

Ulusal ROMATOLOJİ Dergisi

ISSN: 2651-2653
Journal of Turkish Society for Rheumatology www.romatolojidergisi.org

Cilt / Volume: 15 • Ek Sayı / Supplement: 2 • Aralık / December 2023

Türkiye Romatoloji Derneği'nin (TRD) bilimsel yayın organıdır.
Official Publication of Turkish Society for Rheumatology

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
100
Yaşında

30
TÜRKİYE ROMATOLOJİ DERNEĞİ

XXIII. ULUSAL ROMATOLOJİ KONGRESİ

11 - 15 Ekim 2023
Susesi Deluxe Otel & Kongre Merkezi, Belek, Antalya

Önceki adı: RAED Dergisi / Formerly RAED Journal
Türkiye Romatoloji Derneği'nin (TRD) bilimsel yayın organıdır.
Official Publication of Turkish Society for Rheumatology

Sahibi / Owner

**Türkiye Romatoloji Derneği adına / On behalf of the
Turkish Society for Rheumatology**
Sedat Kiraz

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Managing Editor
R. Haner Direskeneli

Editör / Editor

R. Haner Direskeneli

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı,
Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye
ORCID ID: orcid.org/0000-0003-2598-5806

Ömer Karadağ

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı,
Romatoloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye
ORCID ID: orcid.org/0000-0002-3443-3117

Editör Yardımcıları / Associate Editors

Umut Kalyoncu

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı,
Romatoloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye
ORCID ID: orcid.org/0000-0001-7129-2109

Gülen Hatemi

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç
Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye
ORCID ID: orcid.org/0000-0002-1952-1135

**Türkiye Romatoloji Derneği (TRD) Yönetim Kurulu (2023-2025) /
Turkish Society for Rheumatology Executive Committee (2023-2025)**

Başkan / President

Sedat Kiraz, Ankara, Türkiye

Sayman / Treasurer

Abdulsamet Erden, Ankara, Türkiye

Başkan Yardımcısı / Vice President

Ali İhsan Ertenli, Ankara, Türkiye

Üyeler / Members

Ahmet Omma, Ankara, Türkiye

Genel Sekreter / Secretary General

Umut Kalyoncu, Ankara, Türkiye

Göksal Keskin, Ankara, Türkiye

Ayten Yazıcı, Kocaeli, Türkiye

**Bölüm editörleri /
Section editors**

Servet Akar, İzmir

Kenan Aksu, İzmir

Bahar Artım Esen,
İstanbul

Berna Göker, Ankara

Nevsun İnanc, İstanbul

Aysen Tan, Ankara

Serdal Uğurlu, İstanbul

Eftal Yücel, Ankara

**İstatistik editörü /
Statistics editor**

Koray Taşçılar, Almanya

**İçerik editörleri /
Content editors**

Hakan Babaoğlu, Ankara

Murat Torgutalp, Almanya

**Yapım editörleri /
Production editors**

Emre Bilgin, Ankara

Gerçek Can, İzmir

Sinem Nihal Esatoğlu,
İstanbul

**Bilimsel Danışma Kurulu /
Scientific Advisory Board**

Ali Akdoğan, Ankara

Sibel Aydın - Ottawa, Kanada

Müge Bıçakçıl, İstanbul

Ayşe Çefle, Kocaeli

Ediz Dalkılıç, Bursa

Doruk Erkan, New York, ABD

Ali İhsan Ertenli, Ankara

Ahmet Gül, İstanbul

Vedat Hamuryudan, İstanbul

Murat İnanc, İstanbul

Yasemin Kabasakal, İzmir

Timuçin Kaşifoğlu, Eskişehir

Gökhan Keser, İzmir

Sedat Kiraz, Ankara

Süleyman Serdar Koca, Elazığ

Cengiz Korkmaz, Eskişehir

Melike Melikoğlu, İstanbul

Fatoş Önen, İzmir

Mehmet Akif Öztürk, Ankara

Salih Pay, Ankara

Nurhan Sutcliffe, Barts, İngiltere

İsmail Şimşek, San Diego, ABD

Ender Terzioğlu, Antalya

Abdurrahman Tufan, Ankara

Mehmet Tunca, İzmir

Murat Turgay, Ankara

Şule Yavuz, Maryland, ABD

Yusuf Yazıcı, New York, ABD

İsimler soyadı sırasına göre yazılmıştır.

Yönetim Yeri / Administrative Office

Esentepe Mah. Kore Şehitleri Cad. No: 35/6 Şişli 34394 İstanbul, Türkiye



Yayınevi İletişim/Publisher Contact

Adres/Address: Molla Gürani Mah. Kaçamak Sk. No: 21/1
34093 İstanbul, Türkiye

Telefon/Phone: +90 (212) 621 99 25

Faks/Fax: +90 (212) 621 99 27

E-posta/E-mail: info@galenos.com.tr/yayin@galenos.com.tr

Web: www.galenos.com.tr Yayıncı Sertifika No: 14521

**Basım Yeri/Printing at: Son Sürat Daktilo Dijital Baskı Merkezi Sanayi
ve Ticaret Ltd. Şti.**

Gayrettepe Mahallesi, Yıldızposta Caddesi, Evren Sitesi A Blok

No: 32 D: 1 - D: 3 34349 Beşiktaş, İstanbul, Türkiye

Telefon/Phone: +90 (212) 288 45 75

E-posta: info@sonsuratdaktilo.com

Basım Tarihi/Printing Date: Aralık 2023/December 2023

ISSN: 2651-2653 E-ISSN: 2651-2661

Yılda üç kez yayımlanan süreli yayındır.

International periodical journal published three times in a year.

Türkiye Romatoloji Derneği'nin (TRD) yayın organı olan Ulusal Romatoloji Dergisi (önceki adı: RAED Dergisi) yılda üç kez, Türkçe ve İngilizce yayımlanan hakemli bir bilimsel dergidir (p-ISSN: 2651-2653; e-ISSN: 2651-2661). Dergi, romatoloji biliminin bütün konularında orijinal deneysel ve klinik araştırmaları, olgu sunumlarını, derlemeleri, tanıtım ve haberleri, yazarlara ve editöre mektupların yanı sıra romatoloji camiasını ilgilendiren duyuruları yayımlar. Bunun dışında romatoloji alanındaki yenilik ve gelişmelere yönelik toplantıların konuşma metinlerini ya da bu gelişmeleri içeren yazıları ek vererek yayımlayabilir. Derleme yazılar genellikle davetli yazı konumunda olduğundan dergiye gönderilmeden önce editör ile iletişime geçilmesi gerekmektedir. Dergi, doğrudan gönderilen derleme türü yazıları kabul etmemektedir.

Ulusal Romatoloji Dergisi **EBSCO, Gale, J-Gate, Türk Medline ve TÜBİTAK ULAKBİM TR Dizin** veritabanında indekslenmektedir.

Ulusal Romatoloji Dergisi'nin amacı ülkemizde romatoloji ile ilgilenen diğer disiplinlerin de katılımıyla romatoloji alanında güncel bir bilimsel tartışma zemini ve arşiv oluşturmaktır. Dergi bu birikimini, saygın bir biyomedikal periyodik olarak uluslararası bilimsel paylaşımına sunmayı ve böylece romatoloji biliminin gelişmesine akademik katkı sağlamayı hedeflemektedir.

Dergide makale yükleme, işlem veya yayınlanma ücreti uygulanmamaktadır. Değerlendirme ve yayın süreci boyunca hiçbir şekilde yazarlardan herhangi bir ücret talep edilmez. Tüm yazılar dergi web sitesinde yer alan online makale sistemi aracılığıyla sisteme yüklenmelidir.

Yayın politikaları "Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals (ICMJE Recommendations)" (2013, <http://www.icmje.org/>) temel alınarak hazırlanmıştır.

Açık Erişim Politikası

Dergide açık erişim politikası uygulanmaktadır. Açık erişim politikası Budapest Open Access Initiative (BOAI) <http://www.budapestopenaccessinitiative.org/> kuralları esas alınarak uygulanmaktadır.

Açık Erişim, "[hakem değerlendirmesinden geçmiş bilimsel literatürün], İnternet aracılığıyla; finansal, yasal ve teknik engeller olmaksızın, serbestçe erişilebilir, okunabilir, indirilebilir, kopyalanabilir, dağıtılabilir, basılabilir, taranabilir, tam metinlere bağlantı verilebilir, dinlenebilir, yazılıma veri olarak aktarılabilir ve her türlü yasal amaç için kullanılabilir olması"dır. Çoğaltma ve dağıtım üzerindeki tek kısıtlama yetkisi ve bu alandaki tek telif hakkı rolü; kendi çalışmalarının bütünlüğü üzerinde kontrol sahibi olabilmeleri, gerektiği gibi tanınmalarının ve alıntılanmalarının sağlanması için, yazarlara verilmektedir.

Telif Hakları

Telif Hakkı © Türkiye Romatoloji Derneği (TRD). Ulusal Romatoloji Dergisi'nde yayımlanan yazılar ve bütünleyici eklerinin (şekil, tablo, resim vb) basılı ve elektronik yayın hakları Türkiye Romatoloji

Derneği'ne aittir. Bu amaçla makale gönderme sırasında dergi tarafından tüm yazarlarca onaylanan "Telif Hakları Devir Mektubu" talep edilmektedir. Basım için dergiye gönderilen yazılar iade edilmez. Yayınlanan yazılar için yazarlara telif hakkı ödenmez. Yayınlanan yazıların bilimsel ve etik sorumluluğu yazarlara aittir. Yayınevi ve dernek yayınlanan yazıların fikirlerine resmen katılmaz, dergideki hiçbir ürün veya servis reklamı için güvence vermez.

Ulusal Romatoloji Dergisi, yazarlardan devraldığı ve derginin çevrimiçi (online) sürümünde yayımladığı içerikle ilgili telif haklarından, bilimsel içeriğe evrensel açık erişimin (open access) desteklenmesi ve geliştirilmesine katkıda bulunmak amacıyla, bilinen standartlarda kaynak olarak gösterilmesi koşuluyla, ticari kullanım amacı ve içerik değişikliği dışında kalan tüm kullanım (çevrimiçi bağlantı verme, kopyalama, baskı alma, herhangi bir fiziksel ortamda çoğaltma ve dağıtım vb.) haklarını (ilgili içerikte tersi belirtilmediği sürece) Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 Unported (CC BY-NC-ND3.0) Lisansı aracılığıyla bedelsiz kullanıma sunmaktadır. İçeriğin ticari amaçlı kullanımı için yayınevinden yazılı izin alınması gereklidir.

Sekreteryaya, Gülay Koca

E-mail: romatolojidernegi@gmail.com

Adres: Türkiye Romatoloji Araştırma ve Eğitim Derneği Kore Şehitleri Caddesi Onurgül İş Merkezi No:35/6 Esentepe-Sişli-İstanbul

Materyal Sorumluluk Reddi

Ulusal Romatoloji Dergisi'nde yayınlanan tüm yazılarda görüş ve raporlar yazar(lar)ın görüşüdür ve editör, editörler kurulu ya da yayıncının görüşü değildir; Editör, editörler kurulu ve yayıncı bu yazılar için herhangi bir sorumluluk kabul etmemektedir.

Yayınevi Yazışma Adresi

Galenos Yayınevi Tic. Ltd. Şti.

Adres: Molla Gürani Mah. Kaçamak Sk. No: , 34093 Fındıkzade-İstanbul-Türkiye

Tel.: +90 212 621 99 25

Faks: +90 212 621 99 27

E-posta: info@galenos.com.tr



Dergimizde asitsiz kağıt kullanılmaktadır.

Journal of Turkish Society for Rheumatology (formerly RAED Journal), the official organ of Turkish Society for Rheumatology, is a peer-reviewed scientific journal published quarterly in Turkish or English (p-ISSN: 2651- 2653). The journal publishes three times in a year original contributions in the form of basic and clinical research articles, case reports, reviews, news, letters to the editor and authors as well as announcements related to all topics of rheumatology. Also, abstracts or full texts of scientific meetings in rheumatology can be published as supplements of the journal. The reviews are usually invited; therefore it is necessary to contact the editor before sending them to the journal. The journal does not accept unsolicited reviews.

Journal of Turkish Society for Rheumatology is indexed in **EBSCO, Gale, J-Gate, Turkish MEDLINE and TUBITAK ULAKBIM TR Index.**

Journal of Turkish Society for Rheumatology aims to constitute a current scientific discussion platform and archive in rheumatology with the contribution of the disciplines related to rheumatology together. The journal intends to share its experiences with the international scientific community in a prestigious way and to provide academic contribution to the development of rheumatology science.

Processing and publication are free of charge with Journal of Turkish Society for Rheumatology. No fees are requested from the authors at any point throughout the evaluation and publication process. All manuscripts must be submitted via the online submission system which is available through the journal's web page.

Open Access Policy

This journal provides immediate open access to its content on the principle that making research freely available to the public supports a greater global exchange of knowledge.

Open Access Policy is based on the rules of the Budapest Open Access Initiative (BOAI) <http://www.budapestopenaccessinitiative.org/>. By "open access" to peer-reviewed research literature, we mean its free availability on the public internet, permitting any users to read, download, copy, distribute, print, search, or link to the full texts of these articles, crawl them for indexing, pass them as data to software, or use them for any other lawful purpose, without financial, legal, or technical barriers other than those inseparable from gaining access to the internet itself. The only constraint on reproduction and distribution, and the only role for copyright in this domain, should be to give authors control over the integrity of their work and the right to be appropriately acknowledged and cited.

Copyright Statement

Copyright© 20, Turkish Society for Rheumatology. All rights reserved. All contents (including illustrations, tables and images etc.) published in the Journal of Turkish Society for Rheumatology will become the sole property of the Society. Manuscripts sent to the journal for publishing are not returned. No payment is made to authors for their articles property published in the journal. No part of this

journal may be reproduced, stored or transmitted in any form or by means either mechanical or electronic, including photo copying, recording or through an information storage and retrieval system, without the written permission of the copyright holder beforehand, except nationally for research purpose, criticism or review. Permission requests should be addressed to the publisher. All scientific and ethical statements are the responsibility of the authors. The publisher and the Association assume no liability for any material published in the journal.

Journal of Turkish Society for Rheumatology, provided that it is cited as a resource in known standards, offers free use to contribute to the support and development of universal open access to scientific content, from copyrights related to the content it takes over from the authors and published in the online version of the journal, through the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 Unported (CC BY-NC-ND3.0) License for all rights (unless otherwise specified in the relevant content) to use (online linking, copying, printing, reproduction and distribution in any physical environment, etc.), excluding commercial use and content change. Written permission from the publisher is required for commercial use of the content.

Secretariat, Gülay Koca

E-mail: romatolojidernegi@gmail.com

Address: Türkiye Romatoloji Araştırma ve Eğitim Derneği Kore Şehitleri Caddesi Onurgil İş Merkezi No:35/6 Esentepe-Şişli-İstanbul

Material Disclaimer

The author(s) is (are) responsible for the articles published in the Journal of Turkish Society for Rheumatology. The editor, editorial board and publisher do not accept any responsibility for the articles.

Publisher Corresponding Address

Galenos Yayınevi Tic. Ltd. Şti.

Address: Molla Gürani Mah. Kaçamak Sk. No: , 34093 Fındıkzade-İstanbul-Turkey

Phone: +90 212 621 99 25 Fax: +90 212 621 99 27

E-mail: info@galenos.com.tr



The journal is printed on acid-free paper.

Türkiye Romatoloji Derneği'nin (TRD) yayın organı olan Ulusal Romatoloji Dergisi (önceki adı: RAED Dergisi) yılda üç kez, Türkçe ve İngilizce yayımlanan hakemli bir bilimsel dergidir (p-ISSN: 2651-2653; e-ISSN: 2651-2661). Ulusal Romatoloji Dergisi, romatoloji biliminin bütün konularında orijinal deneysel ve klinik araştırmaları, olgu sunumlarını, derlemeleri, tanıtım ve haberleri, yazarlara ve editöre mektupların yanı sıra romatoloji camiasını ilgilendiren duyuruları yayımlar. Bunun dışında romatoloji alanındaki yenilik ve gelişmelere yönelik toplantıların konuşma metinlerini ya da bu gelişmeleri içeren yazıları ek vererek yayımlayabilir. Derleme yazılar genellikle davetli yazı konumunda olduğundan dergiye gönderilmeden önce editör ile iletişime geçilmesi gerekmektedir. Dergi, doğrudan gönderilen derleme türü yazıları kabul etmemektedir.

Dergide yer alan bölümler aşağıda aşağıdaki gibi sınıflandırılmaktadır:

- Klinik Araştırma
- Deneysel Çalışma
- Olgu Sunumu
- Derleme
- Editöre Mektup
- Öneri
- Yazara Mektup
- Kitap Tanıtımı
- Haberler
- Özetler

ETİK VE HAKEM DEĞERLENDİRMESİ

Ulusal Romatoloji Dergisi bağımsız, önyargısız ve çift-kör hakemlik ilkeleri çerçevesinde yayın yapan süreli bir yayın organıdır. Makale baş editöre ulaştığında bilimsel kalitesi değerlendirilir ve ön değerlendirmeyi geçen yazılar yardımcı editöre gönderilir. Bölüm editörü makaleyi 2 hakeme gönderir. Hakemler 21 gün içinde kararlarını belirtmelidirler. Yardımcı editör hakem kararlarına kendi değerlendirme ve önerisini ekleyerek baş editöre gönderir ve son kararı baş editör verir. Hakemlerin kararları çatışıyorsa dergi editörü yeni hakem atayabilir.

Derginin alıntı kontrolü "Crossref Similarity Check" tarafından geliştirilen "iThenticate" programı kullanılarak yapılmaktadır. İntihal raporuna göre makale yazara geri gönderilebilir ya da reddedilebilir.

Yayınlanmak üzere dergiye gönderilen yazılar daha önce başka bir dergide yayınlanmamış veya yayınlanmak üzere eş zamanlı olarak herhangi bir dergiye gönderilmemiş olmalıdır. Bilimsel toplantılarda sunulmuş bildirilerden hazırlanan yazılar, tamamı yayınlanmamış olmak koşuluyla dergiye gönderilebilir. Gelen yazılar Yayın Kurulu tarafından ön incelemeden geçirilir. Derginin yayın amacına uygun olmayan yazılar doğrudan reddedilebilir ya da hakem değerlendirmesine alınmadan yayın amacına ve yayın kurallarına uygun hale getirilmesi amacıyla yazara geri gönderilir. Dergi kapsamına uygun görülen yazılardan klinik araştırma, deneysel çalışma, derleme ve olgu sunumu sınıfı yazılar hakem değerlendirme (eş değerlendirme/peer review) sürecine girerler. Yayın Kurulu, hakem yorum ve önerileri doğrultusunda dergiye gönderilen yazıların yayına hazırlanması aşamalarında gerekli

gördüğü düzeltme ve değişiklikleri önermeye yetkilidir. Dil birliğini sağlamak amacıyla cümlenin bilimsel anlamını değiştirmeyen kelime değişikliklerini yapabilir. Eş değerlendirme sürecinde gerekli düzelti aşamalarını geçtikten sonra sayfa düzeni yapıp yayına hazır hale getirilen yazıların provası, son baskı onayı için ilgili (yazışmaların yapıldığı) yazara gönderilir.

Romatoloji bilim toplantılarının özetleri veya tam metinleri, derginin ekleri olarak yayımlanabilir. Yalnızca konferans konusu kapsamındaki bildiri metinleri kabul edilmektedir. Dergiye yapılan tüm başvurular, bir editör tarafından incelenmeden önce eksiksizlik açısından ilk değerlendirmeye tabi tutulur. Ardından, bu makaleler konferansın bilimsel editöryel komitesi tarafından değerlendirilir.

Araştırma Etiği

Yazar(lar), insanlar üzerinde yapılan çalışmalarda katılımcı bireylerden Bilgilendirilmiş Olur alındığını yazılarında belirtmeli ve çalışmanın yapıldığı kurumun Etik Kurulu veya eşdeğeri bir kuruldun alınan onay belgesini yazıyla birlikte göndermelidir(ler). Olgu sunumlarında, her olgunun kendisine ait bilgilerin yayın amacıyla kullanılacağına dair bilgilendirildiğini gösterir bir belgenin sunulması gerekir. Tüm çalışmalar Helsinki Deklarasyonu'nun son değişiklikleri işlenmiş şekline uygun yapılmış olmalıdır. Hasta bilgileri 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'ne uygun olarak alınmış olmalıdır. Hayvanlar üzerindeki sonuçları bildiren deneysel çalışmaların, Hayvan Hakları Evrensel Bildirgesi, Deneysel ve Diğer Bilimsel Amaçlarla Kullanılacak Omurgalı Hayvanların Korunması Hakkındaki Avrupa Konvansiyonu (European Convention for the Protection of Vertebrate Animals Used for Experimental and Other Scientific Purpose), T.C. Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı'nın Deneysel ve Diğer Bilimsel Amaçlar İçin Kullanılan Deneysel Hayvanlarının Üretim Yerleri ile Deneysel Yapacak Olan Laboratuvarın Kuruluş Çalışma Denetleme Usul ve Esaslarına Dair Yönetmelik, Laboratuvar Hayvanları Biliminin Temel İlkeleri (Principles of Laboratory Animal Science), laboratuvar hayvanlarının bakım ve kullanılmasıyla ilgili el kitaplarında yer alan kural ve ilkelere uygun olarak ve çalışmanın yapıldığı kurumda mevcut ise, Deneysel Hayvanları Etik Kurulu'ndan alacakları onay sonrasında yapılmış olması gerekir. Etik Kurul onayı yazı ile birlikte sunulmalıdır. Yazılarda, insan ve hayvanlarda yapılan çalışmalarda kullanılan ameliyat sonrası ağrı giderici tedavi yöntemleri hakkında da bilgi verilmelidir.

Yayın Etiği ve Kötüye Kullanım Bildirgesi

Ulusal Romatoloji Dergisi yayın etiğini en yüksek standartlarda uygulamayı ve Yayın Etiği ve Kötüye Kullanım Bildirgesinin aşağıdaki ilkelerine uymayı taahhüt eder. Bu bildirme Committee on Publication Ethics (COPE), Council of Science Editors (CSE), World Association of Medical Editors (WAME) ve International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) adlı birlik ve inisiyatiflerin, dergi editörleri için geliştirdikleri öneri ve kılavuzlar temel alınarak hazırlanmıştır. Yayımlanmak üzere dergiye gönderilen yazılar daha önce başka bir dergide yayımlanmamış (bilimsel toplantılarda sunulmuş ve tam metin yayımlanmış bildiriler dahil) veya yayımlanmak üzere eşzamanlı olarak herhangi bir dergiye gönderilmemiş olmalıdır. Dergiye gönderilen

yazılar, bir editör ve en az iki danışman (hakem) tarafından incelenmek suretiyle tek-kör eş değerlendirme (*peer review*) sürecine alınır. Dergimiz gönderilen yazıların herhangi bir aşamada, amaca yönelik bir yazılım aracılığıyla intihal açısından incelenebileceği hakkını saklı tutar. Bu amaçla intihale yönelik izinsiz alıntı ya da düzmece veriler, sahtecilik (tablo şekil ya da araştırma verilerinin uydurma ya da manipüle edilmiş olması) ve araştırmada uygunsuz insan ya da hayvan denekler kullanımına yönelik incelemeler söz konusu olabilir. Bu standartlara uygun olmayan yazılar dergide yayımlanmaz. Bu standartlara uygun olmayan yazılar dergide yayımlanmaz. Bu kural, yayımlanma sonrası aşamada saptanabilecek bu standartlarla ilgili herhangi bir uyumsuzluk durumunda da geçerlidir ve yazının yayımdan geri çekilmesini gerektirir. Yayın etiği gereği dergimiz intihal ya da duplike yayın şüphesi durumlarını rapor edecektir. Dergimiz, yayın etiğinin kötüye kullanımı ya da ihlali ile ilgili olası durumlarda COPE tarafından geliştirilen Yayın Etiği Akış Şemalarını temel alır.

Yazar Sorumluluğu

Yazarlar gönderdikleri yazıların özgünlüğünü teminat altına almalıdır. Yazının daha önce herhangi bir yerde, herhangi bir dilde yayımlanmadığı ya da yayımlanmak üzere değerlendirmeye alınmış olmadığını beyan etmelidirler. Geçerli telif hakkı sözleşme ve yazarlarına uymalıdır. Dergimizde tablo, şekil ya da diğer katkı sunan alıntılar gibi telifli materyal ancak geçerli izin ve telif onayı ile yayımlanır. Yazarlar; başka yazarlar, katkı sağlayıcılar ya da kaynaklara uygun bir biçimde atıf yapmalı ve ilgili kaynakları belirtmelidir. Araştırma türü yazıların (kısa raporlar dahil) yazar(lar)ı "çalışmayı tasarlama", "verileri toplama", "verileri inceleme", "yazıyı yazma" ve "verilerin ve analizlerin doğruluğunu onaylama" aşamalarından en az 3 tanesine katılmış olmak ve bu durumu beyan etmek zorundadır. Yazarlar, çalışma ile ilgili bilinmesi gereken ve çalışmanın bulgularını ya da bilimsel sonucunu potansiyel olarak etkileyebilecek bir mali ilişkiyi ya da çıkar çakışması (conflict of interest) veya rekabet (competing interest) alanlarını açıklamakla yükümlüdür. Çalışmaya yapılan tüm mali katkıları, sponsorlukları ya da proje desteklerini açıklıkla bildirmelidirler. Derginin Çıkar Çakışması Politikası ile ilgili ayrıntılı bilgiyi de içeren ve olası çıkar çakışması durumunda kullanılacak "Çıkar Çakışması Beyan Formu"na PDF dokümanı olarak erişilebilir. Yazar yayımlanmış yazısında anlamlı bir bilimsel hata ya da uygunsuzluk saptadığında, yazıyı geri çekme ya da hatayı düzeltme amacıyla olabildiğince hızlı bir şekilde editör ile temasa geçme yükümlülüğünü taşır.

Hakem Sorumlulukları

Hakemler gelen yazıları, yazarlarının etnik köken, cinsiyet, cinsiyet tercihi, tabiyet, dini inanış ya da politik felsefelerini dikkate almaksızın bilimsel içerik açısından değerlendirir. Hakemler açısından; araştırma, yazarları ya da destekleyiciler ile ilgili bir çıkar veya rekabet çakışması bulunmamalıdır. Hakem kararları nesnel olmalıdır. Hakemler yazar tarafından atıf yapılmamış yayımlanmış ilintili yayınları belirtmelidir. Gönderilen yazı ile ilgili tüm bilgilerin gizli tutulması ve yazar tarafından yapılan telif hakkı ihlali ve intihal durumlarının farkına vardığında Editöre bildirilmesi ile yükümlüdürler. Hakem, gönderilen bir yazının içeriğinin kendi bilimsel alanı ya da birikimi ile uyumsuz olduğunu düşündüğünde ya da hızlı bir değerlendirme yapamayacağı

durumlarda Editörü bilgilendirmeli ve değerlendirme sürecinden affını istemelidir.

Editör Sorumlulukları

Editörler gelen yazıları, yazarlarının etnik köken, cinsiyet, cinsiyet tercihi, tabiyet, dini inanış ya da politik felsefelerini dikkate almaksızın bilimsel içerik açısından değerlendirmelidir. Gönderilen yazıların yayımlanması için adil bir eş değerlendirme süreci sağlamalıdır. Gönderilen yazı ile ilgili tüm bilgilerin yayımlanana kadar gizli tutulmasını garanti altına almalıdır. Editörler yayının içeriği ve toplam kalitesinden sorumludur. Erratum sayfaları yoluyla gerektiğinde düzeltme yayımlamalıdır. Editör; yazarlar, editörler ve hakemler arasında olabilecek herhangi bir çıkar veya rekabet çakışmasına olanak vermemelidir. Ulusal Romatoloji Dergisinde hakem atamasında sadece Editör tam yetkiye sahip olup yazıların yayımlanması ile ilgili sonuç kararından da kendisi sorumludur.

YAYIN POLİTİKASI

Tüm makaleler bilimsel katkıları, özgünlük ve içerikleri açısından bilimsel komite tarafından değerlendirilecektir. Yazarlar verilerinin doğruluğundan sorumludurlar. Dergi gerekli gördüğü yerlerde dil ve uygun değişiklik yapma hakkını saklı tutar. Gereğinde makale revizyon için yazara gönderilir. Daha önce herhangi bir dilde yayımlanmış makaleler dergide yayınlanmak üzere kabul edilmeyecektir. Yazarlar bir başka dergide yayınlanmak üzere olan makaleyi teslim edemez. Tüm değişiklikler, yazar ve yayıncının yazılı izin alındıktan sonra yapılacaktır. Tüm makalelerin tam metinleri derginin www.manuscriptmodule.com/raed web sitesinden indirilebilir.

Yayın Politikası ve Makale Yazım Kuralları aşağıda belirtilen maddeler "Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals (ICMJE Recommendations)" (2013, <http://www.icmje.org/>) temel alınarak hazırlanmıştır.

Araştırma makalelerinin hazırlığı, sistematik derleme, meta-analizleri ve sunumu ise uluslararası kılavuzlara uygun olmalıdır:

Randomize çalışmalar için; CONSORT (Moher D, Schultz KF, Altman D, for the CONSORT Group. The CONSORT statement revised recommendations for improving the quality of reports of parallel group randomized trials. JAMA 2001; 285:1987-91) (<http://www.consort-statement.org/>).

Sistematik derleme ve meta-analizlerin raporlamaları için; PRISMA (Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 2009; 6(7): e1000097) (<http://www.prisma-statement.org/>).

Tanısal değerli çalışmalar için; STARD (Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, Gatsonis CA, Glasziou PP, Irwig LM, et al, for the STARD Group. Towards complete and accurate reporting of studies of diagnostic accuracy: the STARD initiative. Ann Intern Med 2003;138:40-4) (<http://www.stard-statement.org/>).

Gözlensel çalışmalar için; STROBE (<http://www.strobe-statement.org/>).

Meta-analizleri ve gözlemsel çalışmaların sistematik derlemeleri için; MOOSE (Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, et al. Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting "Meta-analysis of observational Studies in Epidemiology" (MOOSE) group. JAMA 2000; 283: 2008-12).

GENEL KURALLAR

Aşağıda belirtilen özelliklerin dışında yazılarla ilgili ilkeler açısından "International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Uniform Requirements for Manuscripts" dokümanları (www.icmje.org) esas alınmalıdır.

Dergiye gönderilecek yazılarda bulunması gereken bölümler sırası ile şunlardır ve her biri ayrı sayfada başlayacak şekilde sunulmalıdır:

Sayfa 1: Başlık sayfası

Sayfa 2: Türkçe Başlık, Özet ve Anahtar Sözcükler

Sayfa 3: İngilizce Başlık (Title), Özet (Abstract) ve Anahtar Sözcükler (Key words)

Sayfa 4 ve sonrası: Temel Metin

Sonraki sayfa: Kaynaklar

Sonraki sayfa: Tablo Açıklama Yazısı ve Tablo (her tablo ayrı sayfada belirtilmelidir)

Sonraki sayfa: Şekil ve Resim Alt Yazıları ve Resim/Şekiller (her şekil ayrı sayfada belirtilmelidir)

Başlık Sayfası

Başlık sayfasında aşağıdaki sıralama gözetilmelidir:

- 1- Yazının gönderildiği kategori (klinik araştırma, deneysel çalışma, derleme, olgu sunumu vb)
- 2- Yazının başlığı (başlık 80 karakteri geçmemeli ve standart dışı kısaltmalar içermemelidir)
- 3- Yazarların ad, soyad, iletişim adresleri ve araştırmanın yapıldığı sırada çalıştıkları kurum
- 4- Yazının, dergide yayınlandığında devam sayfalarının üst tarafında görünmesi arzu edilen ve 40 karakteri geçmeyen kısaltılmış başlığı
- 5- Varsa destekleyen kurum ve kuruluşlar
- 6- Yazı daha önce sunulmuşsa, sunulduğu toplantının ayrıntıları
- 7- İletişim kurulacak yazarın haberleşme bilgileri
- 8- Eğer varsa yazının içeriğiyle ilgili maddi desteğin belirtilmesi

Türkçe Özet

Araştırma yazılarında Amaç, Yöntem, Bulgular ve Sonuç bölümlerinden oluşmalı ve 250 kelimeyi geçmemelidir. Derleme ve olgu bildirilerinde yapılandırılmamış özet verilmelidir. Olgu sunumlarının özeti 100 kelimeyi geçmemelidir. Türkçe özet sayfasında en az 3 en fazla 6 anahtar kelime belirtilmelidir.

İngilizce Özet

Araştırma yazılarında "Objectives", "Methods", "Results", and "Conclusions" bölümlerinden oluşmalıdır ve 250 kelimeyi

geçmemelidir. İngilizce Özet sayfasında en az 3 en fazla 6 İngilizce anahtar sözcük belirlenmeli, yazının İngilizce başlığı eklenmelidir.

Temel Metin

Giriş, Hastalar/Gereç ve Yöntem, Bulgular, Tartışma ve Kaynaklar bölümlerinden oluşmalıdır. Kısaltmalar standart olmalı ve ilk kullanıldığında parantez içinde açıklanmalıdır. Ölçümlerde uluslararası kabul edilmiş birimler kullanılmalıdır.

Tablo, Şekil ve Resimler

Metinde kullanış sırasına göre numaralandırılmalı ve gereksiz kullanımdan kaçınılmalıdır. Olgularda kullanılan fotoğraflarda izin alınmalı ve tanınmayı önlemek için gerekli tedbirler uygulanmalıdır. Fotoğraf ve varsa çizim kalitesine özen gösterilmelidir. Yayın Kurulu yeterli kalitede olmadığı gerekçesiyle tablo, şekil ve resimlerde düzeltme veya yenileme isteğinde bulunabilir. Şekil ve resimlerin orijinal olmaları gerekir. Başka bir yayın içinde kullanılmış bulunan resim, şekil ve grafiklerin dergimizde yayımlanabilmesi için, gerekli izinler yazarlar tarafından ve makale başvurusu yapılmadan önce alınmalıdır. İzin alındığını gösterir belgenin kopyası yazıyla birlikte dergiye gönderilmelidir.

Kaynaklar

Kaynaklar güncel ve yazı için gerekli olanlardan seçilmelidir. Yazı metninde kaynaklar parantez içinde gösterilmeli ve kullanış sırasına göre numaralandırılmalıdır. Süreli yayın adları PubMed kurallarına uygun olarak kısaltılmalı, burada yer almayan dergilerin adlarında kısaltma kullanılmamalıdır. Bildiri özetlerinin kaynak gösterilmesinden kaçınılmalıdır. Bir dergi tarafından kabul edilmiş fakat henüz yayımlanmamış olan yazılar gerektiği şekilde belgelendirilerek kaynak olarak kullanılabilir. Kabul edilmemiş yazılar da dahil olmak üzere bunun dışındaki bilgi, yazı içinde "yayınlanmamış gözlem" olduğu belirtilerek kullanılabilir. Kaynaklar aşağıdaki örneklere göre yazılmalı ve 6 yazara kadar olan kaynaklarda yazarların tamamı sunulmalı, daha fazla yazarı olan kaynak künyeleri, ilk 3 yazar ve sonuna ve ark. (yabancı dildeki kaynakların künyelerinde et al.) kısaltması gelecek şekilde düzenlenmelidir. Kaynakların doğruluğu açısından sorumluluk yazarlara aittir.

Örnekler

Türkçe süreli yayın örneği:

Göksedef D, Ömeroğlu NÖ, Denli Ş, Üreyen C, Sayılğan C, İpek G. Sistemik lupus eritematozuslu bir olguda aort yetmezliği nedeniyle aort kapak replasmanı. Cerrahpaşa Tıp Dergisi 2008;39:73-5.

Yabancı dilde süreli yayın örneği:

Wolfe F, Hawley DJ, Cathey MA. Termination of slow acting antirheumatic therapy in rheumatoid arthritis: a 14-year prospective evaluatin of 1017 consecutive starts. J Rheumatol 1990;17:994-1002.

Elektronik dergide yayımlanan süreli yayın örneği:

Yurdakul S. Is there really a higher risk for infection with anti TNF-alpha agents or is there a selection bias? Lett Ed Rheumatol 1(1):e110006. doi:10.2399/ler.11.0006

Kitap bölümü örneği:

Buchanan WW, Dequeker J. History of rheumatic diseases. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, editors. Rheumatology. Edinburgh: Mosby; 2003:3-8.

Hazırlanan yazıların dergiye gönderilmeden önce aşağıdaki kontrol listesine göre gözden geçirilmesi önerilir:

1- Başlık sayfası

2- Özetler (Türkçe ve İngilizce; olgu sunumlarında en fazla 100 sözcük, diğerlerinde en fazla 250 sözcük; araştırma yazılarında yapılandırılmış)

3- Anahtar sözcükler (en az 3'er adet)

4- Temel metin (alt başlıklar)

5- Kaynaklar (ICMJE kurallarına uygunluk)

6- Şekil, tablo ve resimler (numaralandırma; alt yazılar; özgünlük/izin yazısı)

7- Başvuru mektubu

8- Telif Hakkı Devir Formu (tüm yazarlar tarafından imzalanmış)

9- Çıkar Çakışması Beyan Formu (gereğinde)

Journal of Turkish Society for Rheumatology (formerly RAED Journal), the official organ of Turkish Society for Rheumatology, is a peer-reviewed scientific journal published three times in a year in Turkish or English (p-ISSN: 2651- 2653). The journal publishes original contributions in the form of experimental and clinical research articles, case reports, reviews, news, letters to the editor and authors as well as announcements related to all topics of rheumatology. Also, abstracts or full texts of scientific meetings in rheumatology can be published as supplements of the journal. The reviews are usually invited; therefore it is necessary to contact the editor before sending them to the journal. The journal does not accept reviews which are directly submitted.

The article types in the journal are classified as below:

- Clinical Research Article
- Experimental Study
- Case Report
- Review
- Letter to the Editor
- Recommendation
- Letter to the Author
- Book Review
- News
- Abstracts

ETHICS & PEER-REVIEW

Journal of Turkish Society for Rheumatology is an independent journal based on double-blind peer-review principles. The manuscript is assigned to the Editor-in-Chief, who reviews the manuscript and makes an initial decision based on manuscript quality and editorial priorities. Manuscripts that pass initial evaluation are sent to an Associate Editor. The Associate Editor assigns the manuscript to two reviewers (internal and/or external reviewers). The reviewers must review the manuscript within 21 days. The Associate Editor recommends a decision based on the reviewers' recommendations and sends the manuscript to the Editor-in-Chief. The Editor-in-Chief makes a final decision based on editorial priorities, manuscript quality, and Associate Editor's and reviewers' recommendations. If there are any conflicting recommendations from reviewers, the Editor-in-Chief can assign a new reviewer.

All manuscripts submitted are screened for plagiarism using Crossref Similarity Check powered by "iThenticate" software. Results indicating plagiarism may cause manuscripts being returned or rejected.

Manuscripts sent to the journal for publication should not have been previously published in another journal or sent to any journal simultaneously to be published. Manuscripts prepared from papers presented at scientific meetings can be sent to the journal, provided that they are not fully published. Incoming articles are pre-examined by Editorial Board. Manuscripts that are not suitable for publication purposes may be rejected directly or sent back to the author for publication and publication rules without being evaluated by the

reviewer. Among the articles deemed appropriate for the scope of the journal, clinical research, experimental study, review and case report class articles enter the peer-review process. The Editorial Board is empowered to propose the corrections and changes it deems necessary during the preparation of the articles sent to the journal in line with the comments and suggestions of the reviewers. In order to ensure language unity, he/she can make word changes that do not change the scientific meaning of the sentence. After the necessary correction steps have passed in the peer evaluation process, the proof of the articles that are made ready for publication and the page layout is sent to the relevant author (for whom correspondence is made) for the final print approval.

Abstracts or full texts of scientific meetings in rheumatology can be published as supplements of the journal. Only proceeding papers within the scope of the conference topic are accepted. All submissions to the journal undergo an initial assessment for completeness before being reviewed by an editor. Then, these articles are reviewed by the scientific editorial committee of the conference.

Research Ethics

The author(s) should indicate in their articles that Informed Consent was received from the participating individuals in the studies conducted on people and send the approval document(s) received from the Ethics Committee or equivalent board of the institution where the study was conducted. In case reports, a document must be presented, indicating that each case is informed that their information will be used for publication. All work must have been done in accordance with the final amendments to the Helsinki Declaration. Patient information should be obtained in accordance with the Patient Rights Regulation published in the Official Gazette dated 01.08.1998 and numbered 23420. The European Convention for the Protection of Vertebrate Animals Used for Experimental and Other Scientific Purpose, by the Universal Declaration of Animal Rights, which reports results on animals, for the Protection of Vertebrates to be Used for Experimental and Other Scientific Purposes, T.C. The Regulation of the Ministry of Agriculture and Rural Affairs on the Production Areas of the Experimental Animals Used for Experimental and Other Scientific Purposes and the Regulation on the Establishment Operation Control Procedures and Principles of the Laboratory to Experiment, the Principles of Laboratory Animal Science, by the care and use of laboratory animals. If it is available in accordance with the rules and principles contained in the relevant manuals and in the institution where the study is carried out, it should be made after approval from the Experimental Animals Ethics Committee. Ethics Committee approval must be submitted with the letter. In the articles, the information should be given about post-operative pain-relieving treatment methods used in human and animal studies.

Publication Ethics and Malpractice Statement

Journal of Turkish Society for Rheumatology undertakes to apply the publication ethics to the highest standards and to comply with the following principles of the Publication Ethics and Abuse Declaration. This declaration is prepared based on the suggestions

and guidelines developed by the journal on editors of the Committee on Publication Ethics (COPE), Council of Science Editors (CSE), World Association of Medical Editors (WAME) and International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Manuscripts sent to the journal for publication should not have been previously published in another journal (including papers presented at scientific meetings and published in full text) or simultaneously not sent to any journal for publication. Manuscripts sent to the journal are taken into the peer review process by an Editor and at least two consultants (reviewers). Our journal reserves the right to examine the submitted articles at any stage in terms of plagiarism through a purposeful software. For this purpose, unauthorized quotations or fraudulent data regarding plagiarism, fraudulence (made up or manipulated in the form or research data of the table) and investigations may be subject to inappropriate human or animal subjects. Manuscripts that do not comply with these standards are not published in the journal. This rule also applies in case of any incompatibility with these standards which can be determined at the post-publishing stage and requires the withdrawal of the article from the publication. Due to publication ethics, our journal will report cases of plagiarism or duplicate publication. Our journal is based on Publication Ethics Flowcharts developed by COPE in possible situations related to malpractice or violation of publication ethics.

Author Responsibility

Authors should ensure the authenticity of the articles they send. They must declare that the manuscript has not been published in any language, or has been evaluated for publication. They must comply with applicable copyright contracts and laws. In our journal, copyrighted material such as tables, figures or other contributory citations is published only with valid permission and copyright approval. Authors; other authors, contributors or sources should cite appropriately and indicate relevant sources. Participating in at least three stages of research type articles (including short reports) "designing the study", "collecting data", "reviewing data", "writing the article" and "confirming the accuracy of data and analysis" must declare. The authors are responsible for disclosing a financial relationship or areas of conflict of interest or competing for interest that should be known about the study and potentially affect the findings or scientific outcome of the study. They must explicitly report all financial contributions, sponsorships or project supports to the study. The "Conflict of Interest Declaration Form", which contains detailed information about the journal's Conflict of Interest Policy and can be used in case of potential conflict of interest, is available as a PDF document. When the author detects a meaningful scientific error or incompliance in his published article, he has an obligation to contact the Editor as quickly as possible for the purpose of withdrawing or correcting the article.

Reviewer Responsibilities

Reviewers evaluate incoming articles in terms of scientific content, regardless of their authors' ethnicity, gender, gender preference, nationality, religious belief, or political philosophy. For the reviewers; there should be no conflict of interest or competition regarding

research, authors or promoters. Reviewer decisions must be objective. The Reviewers should indicate the related publications that have not been cited by the author. They are obliged to keep all information regarding the submitted article confidential and inform the Editor when they become aware of copyright infringement and plagiarism by the author. The reviewer should inform the Editor and ask for forgiveness from the evaluation process when he considers that the content of a sent article is incompatible with his or her scientific field or knowledge, or when he cannot make a quick evaluation.

Editor Responsibilities

Editors should evaluate incoming articles in terms of scientific content, regardless of their authors' ethnicity, gender, gender preference, nationality, religious belief, or political philosophy. They must provide a fair peer-review process for the publication of the submitted articles. They must ensure that all information regarding the submitted letter is kept confidential until it is published. Editors are responsible for the content and overall quality of the publication. If necessary, they should publish a correction through the Erratum pages. The Editor should not allow any conflicts of interest or competition between authors, editors and reviewers. Only the Editor has full authority in the assignment of the reviewers in the Journal of Turkish Society for Rheumatology and is also responsible for the final decision on the publication of the articles.

PUBLICATION POLICY

All articles will be evaluated by the scientific committee in terms of their scientific contributions, originality and content. Authors are responsible for the accuracy of their data. The journal reserves the right to change the language and appropriate changes where it deems necessary. If necessary, the article is sent to the author for revision. Articles previously published in any language will not be accepted for publication in the journal. Authors cannot submit an article that is about to be published in another journal. All changes will be made after the written permission of the author and publisher. The full text of all articles can be downloaded from the journal's website, www.manuscriptmodule.com/raed.

The Editorial Policies and General Guidelines for manuscript preparation specified below are based on "Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals (ICMJE Recommendations)" by the International Committee of Medical Journal Editors (2013, archived at <http://www.icmje.org/>).

Preparation of research articles, systematic reviews and meta-analyses must comply with study design guidelines:

CONSORT statement for randomized controlled trials (Moher D, Schultz KF, Altman D, for the CONSORT Group. The CONSORT statement revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials. JAMA 2001; 285: 1987-91) (<http://www.consort-statement.org/>);

PRISMA statement of preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses (Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews

and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 2009; 6(7): e1000097.) (<http://www.prisma-statement.org/>);

STARD checklist for the reporting of studies of diagnostic accuracy (Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, Gatsonis CA, Glasziou PP, Irwig LM, et al., for the STARD Group. Towards complete and accurate reporting of studies of diagnostic accuracy: the STARD initiative. Ann Intern Med 2003;138:40-4.) (<http://www.stard-statement.org/>);

STROBE statement, a checklist of items that should be included in reports of observational studies (<http://www.strobe-statement.org/>);

MOOSE guidelines for meta-analysis and systemic reviews of observational studies (Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, et al. Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting Meta-analysis of observational Studies in Epidemiology (MOOSE) group. JAMA 2000; 283: 2008-12).

GENERAL RULES

Apart from the features mentioned below, "International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Uniform Requirements for Manuscripts" documents (www.icmje.org) should be taken as a basis.

The sections that should be included in the articles to be sent to the journal are as follows and should be presented in a way that each starts on a separate page:

Page 1: Title page

Page 2: Turkish Title, Abstract and Keywords

Page 3: Title, Abstract and Key Words in English

Page 4 and afterwards: Main Text

Next page: Resources

Next page: Table Explanation and Table (each table should be specified on a separate page)

Next page: Figure and Image Subtitles and Image / Shapes (each shape must be specified on a separate page)

Title Page

The title page should be considered in the following order:

- 1- The category in which the article was sent (clinical research, experimental study, review, case report, etc.)
- 2- Title of the article (the title should not exceed 80 characters and should not contain non-standard abbreviations)
- 3- Name, surname, contact addresses of the authors and the institution they work at the time of the research
- 4- The abbreviated title of the article, which is desired to appear at the top of the continuation pages when published in the journal and does not exceed 40 characters.
- 5- Supporting institutions and organizations, if any
- 6- If the article has been submitted before, details of the meeting it was presented
- 7- Communication information of the author to be contacted

8- Indicating the financial support regarding the content of the article, if any

Turkish Abstract

The research articles should consist of the "Objectives", "Methods", "Results", and "Conclusions" sections and should not exceed 250 words. An unstructured abstract should be provided in reviews and case reports. The abstract of case reports should not exceed 100 words. A minimum of 3 and a maximum of 6 keywords should be specified in the Turkish abstract page.

English Abstract

The research articles should consist of "Objectives", "Methods", "Results", and "Conclusions" sections and should not exceed 250 words. At least 3, maximum of 6 English keywords should be determined in the English Abstract page, and English title of the article should be added.

Main Text

The introduction should consist of the Patients / Materials and Methods, Results, Discussion and References sections. Abbreviations should be standard and should be explained in parentheses when they are used first. Internationally accepted units should be used in the measurements.

Tables, Figures and Images

It should be numbered in the order of use in the text, and unnecessary use should be avoided. In the photographs used in the cases, permission should be obtained, and necessary measures should be applied to prevent recognition. Attention should be paid to the quality of photographs and drawings if any. Editorial Board may request correction or renewal in tables, figures and pictures on the grounds that it is not of sufficient quality. Figures and pictures must be original. In order for the pictures, figures and graphics used in another publication to be published in our journal, the necessary permissions must be obtained by the authors and before applying for an article. A copy of the document indicating that the permit has been obtained must be sent to the journal with the article.

References

References should be selected from the ones that are up to date and necessary for the article. References in the text should be indicated in parentheses and numbered according to the order of use. Name of the journals should be abbreviated in accordance with PubMed rules, and abbreviations should not be used in the names of journals which are not included here. Citation of proceedings should be avoided. Manuscripts accepted by a journal but not yet published can be documented as required and used as a source. Information other than this, including unaccepted articles, can be used by stating that there is "unpublished observation" in the article. References should be written according to the examples below, and all the authors should be presented in references up to 6 authors, references which have

more authors should be arranged in a way that "et al." abbreviation will be placed at the end of the first three authors. The responsibility for the accuracy of the references belongs to the authors.

Examples

Periodical publication example in Turkish:

Göksedef D, Ömeroğlu NÖ, Denli Ş, Üreyen C, Sayılğan C, İpek G. Sistemik lupus eritematozuslu bir olguda aort yetmezliği nedeniyle aort kapak replasmanı. Cerrahpaşa Tıp Dergisi 2008;39:73-5.

Periodical publication example in a foreign language:

Wolfe F, Hawley DJ, Cathey MA. Termination of slow-acting antirheumatic therapy in rheumatoid arthritis: a 14-year prospective evaluation of 1017 consecutive starts. J Rheumatol 1990;17:994-1002.

Example of periodical publication published in an online journal:

Yurdakul S. Is there really a higher risk for infection with anti TNF-alpha agents or is there a selection bias? Lett Ed Rheumatol 1(1):e110006. doi:10.2399/ler.11.0006

Example of book section:

Buchanan WW, Dequeker J. History of rheumatic diseases. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, editors. Rheumatology. Edinburgh: Mosby; 2003:3-8.

It is recommended that the prepared articles are reviewed according to the following checklist before being sent to the journal:

- 1- Title page
- 2- Abstracts (Turkish and English; maximum 100 words in case reports, maximum 250 words in others; structured in research papers)
- 3- Keywords (at least three each)
- 4- Main text (subheadings)
- 5- Resources (Compliance with ICMJE rules)
- 6- Figures, tables and pictures (numbering; subtitles; originality/permission letter)
- 7- Application letter
- 8- Copyright Transfer Form (signed by all authors)
- 9- Conflict of Interest Declaration Form (if required)

XXIII. Ulusal Romatoloji Kongresi Bildiri Özetleri **11-15 Ekim 2023**

TÜRKİYE ROMATOLOJİ DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

Başkan

Sedat Kiraz

Başkan Yardımcısı

İhsan Ertenli

Genel Sekreter

Umut Kalyoncu

Sayman

Abdülşamet Erden

Üyeler

Ahmet Omma

Göksal Keskin

Ayten Yazıcı

KONGRE DÜZENLEME KURULU

Kongre Başkanı

İhsan Ertenli

İkinci Başkan

Sedat Kiraz

Kongre Genel Sekreteri

Umut Kalyoncu

Sayman

Abdülşamet Erden

Üyeler

Ahmet Omma

Ayten Yazıcı

Göksal Keskin

Levent Kılıç

Ömer Karadağ

Şule Apraş Bilgen

XXIII. Ulusal Romatoloji Kongresi Bildiri Özetleri **11-15 Ekim 2023**

A-XIV Bilimsel Program / Program Schedule

Özetler / Abstracts

- 1** Sözlü Sunumlar (SS-001 — SS-035)
51 Çocuk Romatoloji'de Zor Olgular (OS-001 — OS-010)
59 Poster Sunumları (PP-001 — PP-269)
297 Poster Turu Sunumları (PS-270 — PS-286)

Dizin / Index

- 315** Yazar Dizini

| 11 Ekim 2023 Çarşamba | | | |
|-----------------------|--|--|---|
| Saat | A Salonu | B Salonu | C Salonu |
| 13:00-17:00 | Maketler Üzerinden Enjeksiyon Teknikleri Kursu Alp Çetin Hakan Erdem Muhammet Çınar Emine Sarıyıldız Duygu Tecer | SMART Spine Reloaded Kurs Koordinatörü: Pamir Atagündüz Eğitmenler: Servet Akar, Ömer Karadağ, Gazanfer Ekinci, Pamir Atagündüz 13:00–13:15 Açılış ve Hedefler Güncel Kılavuzlar Eşliğinde Spondiloartritte MRG Endikasyonları Pamir Atagündüz 13:15–14:15 Radyolojik Anatomi; Spinal MRG, Kesitler, Artefaktlar ve Üç Boyutlu Hayal Gücümüz Gazanfer Ekinci 14:15–15:15 Spondiloartritte Spinal Manyetik Rezonans ile Saptanabilecek Lezyonların Tanımlanması Servet Akar 15:15–15:30 Ara 15:30–17:00 Vakalarla Spondiloartritli Olgularda Spinal MRG Değerlendirilmesi ve Ayırıcı Tanısı Ömer Karadağ Servet Akar Gazanfer Ekinci Pamir Atagündüz Katılım Kriteri: Kurs spinal manyetik rezonans görüntüleme odaklı olacaktır.Kursa kayıt olan katılımcıların daha önce SMART kursuna katılmış olması gerekmektedir. | Sistemik Skleroz- Modifiye Rodnan Cilt Skorlaması Kursu Oturum Başkanları: Ali Akdoğan, Veli Yazısız Modifiye Rodnan Cilt Skoru (mRSS) Yasemin Yalçınkaya Cilt Tutulumu Değerlendirmesinde mRSS Dışı Yöntemler Duygu Temiz Karadağ Pratik uygulama (1.tur) Alper Sarı, Duygu Temiz Karadağ, Orhan Küçükşahin, Yasemin Yalçınkaya Pratik Eğitim Pratik uygulama (2.tur) Alper Sarı, Duygu Temiz Karadağ, Orhan Küçükşahin, Yasemin Yalçınkaya |

| 11 Ekim 2023 Çarşamba | | | |
|-----------------------|---|----------|----------|
| Saat | A Salonu | B Salonu | C Salonu |
| 14:30-14:45 | Kahve Arası | | |
| 17:00-17:15 | Kahve Arası | | |
| 17:15-17:30 | Kongre Açılış Oturumu İhsan Ertenli Sedat Kiraz | | |
| 17:30-18:00 | Açılış Konferansı Oturum Başkanı: Vedat Hamuryudan Hastalık Sınıflama Kriterleri: Ne Tanı Ne De Araştırma İçin! Hasan Yazıcı | | |
| 18:00-19:00 | Yılın Gözden Geçirilmesi (Year in Review) Prelinik Yeşim Özgüler Klinik Gökhan Keser | | |
| 19:00-19:15 | Ulusal Romatoloji Bildirileri 2023 Umut Kalyoncu | | |

| 12 Ekim 2023 Perşembe | | | |
|-----------------------|---|--|--|
| Saat | A Salonu | B Salonu | C Salonu |
| 07:45-08:30 | Uzmanına Danış 10 soruda PAH Alper Sarı | Uzmanına Danış Behçet Hastalığında Kimi, Nasıl Tedavi Ediyorum? İzzet Fresko | Uzmanına Danış Dirençli FMF tedavisi Serdal Uğurlu |
| 08:30- 10:00 | Panel-1: SpA Paneli Oturum Başkanları: İhsan Ertenli, Şebnem Ataman 8:30-8:55 Erken AxSpA Kavramı Servet Akar Evaluation of Radiological Progression in AS Xenofon Baraliakos (Online) ASAS-EULAR Recommendations for The Management of AxSpA/2022 Update Sofia Ramiro (Online) | | Panel-2: Çocuk Romatoloji Paneli: SpA Oturum Başkanları: Balahan Bora Makay, Nuray Aktay Ayaz Çocuk Romatolojide Zor Olgular Oya Köker Turan Selen Duygu Arık Nuran Belder Hatice Kübra Zora Rüya Torun Elif Kılıç Könte Müge Sezer |
| 10:00-10:30 | Kahve Arası | | |
| 10:30-11:15 | FARMANOVA Uydu Sempozyum 1 Verxant Her Adımda Yanında: Hekimlerin Güvendiği Tedavi 5. Yılında Oturum Başkanları: Sedat Kiraz, Servet Akar Konuşmacılar: Pamir Atagündüz, Timuçin Kaşifoğlu | | |
| 11:15-11:45 | Konferans 1 Oturum Başkanları: Ahmet Gül, Gözde Yıldırım Çetin 11:15-11:35: Antifosfolipid Sendromu Güncelleme Doruk Erkan (Online) 11:35-11:45: Sözlü Bildiri 1: 2023 ACR/EULAR Antifosfolipid Antikor Sendromu Sınıflandırma Kriterlerinin Antifosfolipid Antikoru Pozitif Hasta Kohortundaki Performansı Rıza Can Kardeş | Konferans 2 Oturum Başkanları: Yavuz Pehlivan, Ahmet Omma Romatolojik Hastalıklarda Yağ Dokusu Bir Hedefdir: Romatolojik Hastalıkların Gözden Kaçan Komplikasyonu, Lipodistrofiler Süleyman Nahit Şendur Biyolojik İlaçlarda Kilo Etkisi İsmail Sarı | Konferans 3 Oturum Başkanları: Balahan Bora Makay, Nuray Aktay Ayaz, Kenan Barut Çocuk Romatolojide Zor Olgular Gülcan Özomay Hatice Melisa Kaçmaz Emil Aliyev |

| 12 Ekim 2023 Perşembe | | | |
|-----------------------|--|----------|----------|
| Saat | A Salonu | B Salonu | C Salonu |
| 11:45-12:30 | <p>Sözlü Bildiri Oturumu 1 Oturum Başkanları: Tahsin Murat Turgay, Emire Seyahi</p> <p>Sözlü Bildiri 2: Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde Romatolojik Nedenlerle Böbrek Nakli Yapılan Hastaların Kısa ve Uzun Dönem Klinik Sonuçlarının İncelenmesi Mesut Buğra Hatipoğlu (7 dk)</p> <p>Sözlü Bildiri 3: Herhangi Bir Sebep Abdomen Bilgisayarlı Tomografi Çekilen Spondiloartrit Hastalarında Romatoloğun Tomografik Olarak Sakroiliak Eklem Değerlendirmesi İle Radyoloğun Raporundaki Sakroiliit Bulgularının Uyum Başak Gülşah Kalaslıoğlu (7 dk)</p> <p>Sözlü Bildiri 4: Sakroiliak MRG'de Aktif Lezyonlardan Yapısal Değişikliklere Geçiş ve İlişkili Faktörler Levent Kılıç (7 dk)</p> <p>Sözlü Bildiri 5: Takayasu Arteritine Eşlik Eden Spondiloartrit Spektrumundaki Hastalıkların Sıklığı ve Hastalık Seyrine Etkisi Kerem Yiğit Abacar (7 dk)</p> | | |

| 12 Ekim 2023 Perşembe | | | |
|-----------------------|---|--|--|
| Saat | A Salonu | B Salonu | C Salonu |
| 11:45-12:30 | <p>Sözlü Bildiri 6: Behçet Hastalarının 1.Derece Yakınlarında Ailesel Behçet Taraması: Ana Femoral Ven Duvar Kalınlık Ölçümünün Erken Tanıda Değerlendirilmesi Ayşe Elif Boncukoğlu (7 dk)</p> <p>Sözlü Bildiri 7: MİR-183-5p, MİR-451a ve MİR-625-3p'nin Sistemik Sklerozis Patogenezindeki Temel Roller ve Biyobelirteç Potansiyelleri Belkıs Nihan Coşkun (7 dk)</p> <p>Sözlü Bildiri 8: Lupus Nefritli Hastalarda Disfonksiyonel Hdl İle İlgili Biyobelirteçler ve Subklinik Ateroskleroz İle İlişkisi Sibel Zaralı (7 dk)</p> | | |
| 12:30-13:30 | Öğle Yemeği | | |
| 13:30-15:00 | <p>Panel 3 Oturum Başkanları: Sibel Bakırcı, Umut Kalyoncu</p> <p>13:30-14:00: Treatment of Psoriatic Arthritis Laure Gossec (Online)</p> <p>14:00-14:30: Focus On Cardiometabolic Comorbidities and Their Clinical and Molecular Role in the Disease Process of PsA Kurt De Vlam (Online)</p> <p>14:30-14:40: Sözlü Bildiri 9: Non-Spesifik Aksiyal Semptomu Olan Psöriasis ve Psöriatik Artrit Hastalarının Düşük Doz Bt İle Değerlendirilmesi Gizem Ayan</p> | <p>Panel 4: Vaskülit-1 Oturum Başkanları: Emel Gönüllü, Timur Pırıldar</p> <p>13:30-13:55: Takayasu Arteritinde Kime Biyolojik Tedavi Verilmeli? Fatma Alibaz</p> <p>13:55-14:20: DHA'da Steroid Dozu Düşürmek İçin Kullanılan Ajanlar: Kime, Ne Zaman? Haner Direskeneli</p> <p>14:20-14:30: Sözlü Bildiri 10: Ulusal Dev Hücreli Arterit Veritabanı İzlem Verisi: Relaps Oranı Kontrollü Çalışmalardan Düşüktür Fatma Alibaz</p> | <p>Panel 5: Romatizmal Hastalıklar Çocukluk Çağında Erişkinlerden Ne Kadar Farklı? Oturum Başkanları: Özgür Kasapçopur, Yelda Bilginer</p> <p>13.30-13.45: Çocukluk Çağında Sistemik Lupus Eritematosus Erişkin SLE'den Farklı mı? Sezgin Şahin</p> <p>13.45-14.00: Çocukluk Çağında Dermatomiyozit Erişkin Dermatomiyozitten Farklı mı? Erbil Ünsal</p> <p>14.00-14.15: Çocukluk Çağında Skleroderma Erişkin Sklerodermadan Farklı mı? Amra Adrovic</p> |

| 12 Ekim 2023 Perşembe | | | |
|-----------------------|---|--|---|
| Saat | A Salonu | B Salonu | C Salonu |
| 13:30-15:00 | 14:40-15:00: Psöriatik Artrit Hastalarında Tanı Sürecinde Gecikmeler ve Sonuçları Umut Kalyoncu | 14:30-15:00: ANCA İlişkili Vaskülit Tedavisinde Tartışmalı Konular: Kime, Hangi Tedavi? Kenan Aksu | 14:15-14:30: Çocukluk Çağına Özgü Vaskülitler Erişkinde Neden Görülüyor? Betül Sözeri 14:30-14:45: Çocukluk Çağından Erişkinlik Dönemine Uzayan Enflamatuvar Kökenli Olmayan Artropatiler: İskelet Displazileri ve Metabolik Hastalıklarda Tanılandırıcı İpuçları Mehmet Yıldız 14:45-14:55: Sözlü Bildiri 11: Çocukluk Çağı Başlangıçlı Era Ve Poliartrit'in Uzun Süreli Takibi Ve Sonuçları: Hür-Bio Deneyimi Emine Büşra Ata 14:55-15:05: Sözlü Bildiri 12: Pedyatrik Başlangıçlı Behçet Hastalığı'nın Genç Erişkinlik Döneminde Klinik Seyri Tuğçe Bozkurt |
| 15:00-15:15 | Kahve Arası | | |
| 15:15-16:15 |  Uydu Sempozyum 2 Açılış: "Dünden Bugüne Tofasitinib" Pfizer Gelişmekte Olan Pazarlar Dilara Balkan "Gerçek Yaşam Verileriyle ve Klinik Deneyimlerle AS Tedavisinde Tofasitinib" Moderatör: Sedat Kiraz Konuşmacılar: Ahmet Gül, Servet Akar | | |

| 12 Ekim 2023 Perşembe | | | |
|-----------------------|--|--|--|
| Saat | A Salonu | B Salonu | C Salonu |
| 16:15-17:00 | <p>Konferans 4 Oturum Başkanları: Ahmet Mesut Onat, Gerçek Şen</p> <p>Yeni Kılavuzlarda Neler Değişti? (Bağ Dokusu Hastalıkları ve Diğerleri) Nazife Şule Yaşar Bilge</p> <p>Yeni Kılavuzlarda Neler Değişti? (Vaskülitler) Nilufer Alpay Kanitez</p> | <p>Konferans 5 Oturum Başkanları: Bünyamin Kısacık, Vedat Gerdan</p> <p>16:15-16:50: Romatizmal Hastalıklar ve Böbrek Yunus Erdem</p> <p>16:50-17:00: Sözlü Bildiri 13: Sistemik Vaskülitli Hastalarda Renal Elastografi: Vaskülitik Akut Böbrek Hasarı Tanısında Yardımcı Bir Yöntem Olabilir Mi? Prospektif Gözlemsel Kohort Çalışması Fatih Yıldırım</p> | <p>Otoenflamatuvar Hastalıklar Oturumu Oturum Başkanı: Seza Özen, Sercan Gücenmez</p> <p>Otoenflamasyon Kavramı ve Otoenflamatuvar Hastalıklarda Genel Değerlendirme Seza Özen</p> <p>Çocukluk Çağında Çok Bilinmeyenli Denklem: İnterferonopatiler Ezgi Deniz Batu</p> |
| 17:00-17:45 | <p>Uydu Sempozyum 3</p> <p>Moderatör : Sedat Kiraz Romatoloji Alanında Yeni Ses İLKO Özlem Işıksal Romatoid Artrit Tedavisinde Yeni Seçenek JANDARK Onur Pınarbaşı Vakalar Eşliğinde Romatoid Artrit Tedavisinde Tofasitinib Gökhan Keser</p> | | |
| 17:45-18:00 | Kahve Arası | | |
| 18:00-18:45 | <p>Yarışma: Görselden Taniya İhsan Ertenli - Emre Bilgin</p> | | |
| 18:45-19:45 | Çalışma Grupları | Çalışma Grupları | Çalışma Grupları |

| 13 Ekim 2023 Cuma | | | |
|-------------------|---|--|--|
| Saat | A Salonu | B Salonu | C Salonu |
| 07:45 - 08:30 | Uzmanına Danış Erişkinlerde FMF Dışı Otoinflamatuvar Hastalıklara Yaklaşım Özgür Kasapçopur | Uzmanına Danış Mediastinal Lenfadenopati ve Sarkoidoza Yaklaşım Mehmet Soy | Uzmanına Danış Metabolik Kemik Hastalıklarına Yaklaşım Cengiz Korkmaz |
| 08:30- 10:00 | Panel 6: Romatoid Artrit Oturum Başkanları: Sedat Kiraz, Süleyman Özbek 8:30-9:00: RA Pathogenesis: New Insights Gerd Burmester 9:00-9:30: RA Tedavisinde Jakinibler Ahmet Gül 9:30-10:00: Kılavuzlar Eşliğinde Olgularla RA Tedavisi Olgu Sunumları: Emre Bilgin Tartışmacılar İhsan Ertenli Nevsun İnanç | | Panel 7: Osteoporoz Tanı ve Tedavisine Yaklaşım Oturum Başkanları: Füsün Oğuz, Ali Taylan 8:30-9:00: Osteoporoz Tanısı: DXA, FRAX Kullanımı, Biyobelirteçler Alp Çetin 9:00-9:30: Tedavi Nasıl Olmalı /Ardışık tedaviler/ Yeni Tedaviler Lale Altan İnceoğlu Tedavi Takibinde Dikkat Edilmesi Gerekenler Alp Çetin |
| 10:00-10:30 | Kahve Arası | | |
| 10:30-11:15 | abbvie Uydu Sempozyum 4 Romatolojik Hastalıklarda Tedavi Beklentilerine Meydan Okuyun Moderatör: Ahmet Gül Romatoid Artrit Tedavisinde RINVOQ Cemal Bes Aksiyal Spondiloartritlerin Tedavisinde RINVOQ Timuçin Kaşifoğlu Psöriatik Artrit Tedavisinde RINVOQ Umut Kalyoncu | | |

| 13 Ekim 2023 Cuma | | | |
|-------------------|---|--|--|
| Saat | A Salonu | B Salonu | C Salonu |
| 11:15-11:45 | <p>Konferans 6 - D2T İnflamatuvar Artrit Oturum Başkanları: Sebahattin Yurdakul, Şükran Erten</p> <p>11:15-11:25: D2T RA Ediz Dalkılıç</p> <p>11:25-11:35: D2T SpA/PsA Pamir Atagündüz</p> <p>11:35-11:45: Sözlü Bildiri 14: Tedavisi Zor ('Difficult To Treat' (D2t)) Olarak Sınıflandırılan Romatoid Artrit, Ankilozan Spondilit Ve Psoriatik Artrit Hastalarında Tedaviye Yanıtsızlık Nedenleri Fulya Coşan</p> | <p>Konferans 7 Oturum Başkanları: Ayşen Akıncı, Atalay Doğru</p> <p>Bir Romatologun Fibromiyalji ile İmtihani: Fibromiyaljinin Alt Grupları Var mı? Ömer Karadağ</p> | <p>Konferans 8 Oturum Başkanı: Lale Altan İnceoğlu, Melike Ersoy</p> <p>Üst Ekstremitte Bölgesel Ağrıları: Rotator Kılıf Hastalıkları (Labrum Sorunları Dahil) Lateral Epikondilit Akın Erdal</p> <p>Alt Ekstremitte Bölgesel Ağrıları: Priformis Sendromu Büyük Torakanter Ağrısı Duygu Kurtuluş</p> |
| 11:45-12:30 | <p>Konferans 9 Oturum Başkanları: Melike Melikoğlu, Mehmet Şahin</p> <p>11:45-12:10: Behçet Hastalığı Tedavisi 2023 Vedat Hamuryudan</p> <p>12:10-12:20: Sözlü Bildiri 15: Antikoagulan Tedavi Eklenmesi Behçet Hastalığı Pulmoner Tutulumunda Relaps Riskini Azaltır Kerem Yiğit Abacar</p> <p>12:20-12:30: Sözlü Bildiri 16: İnkomples Behçet Hastalığında Tanısal Test Olarak Ana Femoral Ven Duvar Kalınlığı Ölçümü Seda Kutluğ Ağaçkiran</p> | | |

| 13 Ekim 2023 Cuma | | | |
|-------------------|--|---|---|
| Saat | A Salonu | B Salonu | C Salonu |
| 12:30-13:30 | Öğle Yemeği | | |
| 13:30-15:00 | Panel 8: Romatolojide Akciğer Tutulumu Oturum Başkanları: Ayşe Çefle, Emine Figen Tarhan | Panel 9: Vaskülitler-2 Oturum Başkanları: Ömer Karadağ, Mehmet Derya Demirağ | Panel 10: Osteoartrit Oturum Başkanı: Kenan Akgün, Gökhan Sargın |
| | 13:30-13:50: Romatolojide Kullanılan İlaçlara Bağlı Akciğer Hastalığı: Söylentiler ve Gerçekler Cemal Bes | 13:30-13:55: Romatolog Gözüyle Primer SSS Vaskülit Hakan Emmungil | 13:30-14:00: Erken Osteoartriti nedir İlker Yağcı |
| | 13:50-14:00: Sözlü Bildiri 17: HRCT Yıllık Skoru: Sistemik Skleroz İlişkili Pulmoner Tutulumda Yeni Bir Takip Parametresi Olabilir Sıla Kalender | 13:55-14:20: Tek Organ Vaskülitleri Mehmet Engin Tezcan | 14:00-14:30: Osteoartrit Tedavi Rehberleri: Farklılıklar Önemli mi? Deniz Palamar |
| | 14:00-14:25: Grup 4 PH Sebebi Olarak Primer Sistemik Vaskülitler Ali Akdoğan | 14:20-14:30: Sözlü Bildiri 19: Anca İlişkili Vaskülitlerde Merkezi Sinir Sistem Tutulumu ve Taklitçileri Yeliz Yağız Özöğül | 14:30-15:00: Osteoartrit Tedavisinde Yenilikler Gamze Kılıç |
| | 14:25-14:35: Sözlü Bildiri 18: Pulmoner Arteriyal Hipertansiyonu Olan Sistemik Sklerozlu Hastalarda Mortalite Ve İlişkili Faktörler, Tek Merkez Analizi Shirkhan Amikishiyev | 14:30-15:00: Vaskülitlerde Taklitçiler ve Zor Olgular Sevil Kamalı | |
| | 14:35-15:00: Romatoid Artrit ve Sistemik Skleroza Bağlı Akciğer Tutulumunda Antifibrotikler: Kime, ne zaman? Ender Terzioğlu | | |
| 15:00-15:15 | Kahve Arası | | |

| 13 Ekim 2023 Cuma | | | |
|-------------------|--|--|---|
| Saat | A Salonu | B Salonu | C Salonu |
| 15:15-16:00 | Uydu Sempozyum 5 Konu: Romatoid Artrit Tedavisinde Barisitinib ve Psöriyatik Artrit Tedavisinde İxekizumab Etkililik ve Güvenlilik Verileri Moderatör: İhsan Ertenli Konuşmacılar: Nevsun İnanç - Süleyman Serdar Koca  | | |
| 16:00-16:45 | Konferans 10: Patogenezlere Farklı Bakış Oturum Başkanları: Zevcet Yılmaz, Lale Öcal 16:00-16:20: Spondilit Patogenezinde Bağırsak ve Eklemde Farklılıklar Fatoş Önen 16:20-16:30: Sözlü Bildiri 20: Behçet Hastalığında Oral ve Sistemik Hastalık Aktivitesi İle Netosis Bulguları Arasındaki İlişki Erdem Bektaş 16:30-16:45: Behçet Sendromunun Patogenezinde ve Seyrinde Enfeksiyonlar Gülen Hatemi | Konferans 11 Oturum Başkanları: Yasemin Kabasakal, Sedat Yılmaz 16:00-16:35: Sjögren Sendromunda Kanıta Dayalı Tedavi ve Yakın Gelecek Aşkın Ateş 16:35-16:45: Sözlü Bildiri 21: Primer Sjögren Sendromlu Hastalarda Immunsupresif İlaç Kullanımının Glandüler Tutulum Üzerine Etkisi Seda Günay | Konferans 12: Fibromyalji Tanı ve Tedaviye Pratik Yaklaşım Oturum Başkanları: Alp Çetin, Adem Küçük Uzun Covid Fibromyalji Alt Grubu mu? Covid Sonrası Fibromyalji Semptomları Ayşen Akıncı Nöropatik Ağrı Güncel Tedaviye Bakış, Gelecek Tedaviler Murat Birtane |
| 16:45-17:30 | SANDOZ Uydu Sempozyum 6 Erelzi: Romatolojik Hastalıklarda Sandoz Etanercept Tecrübesi Oturum Başkanları: Sedat Kiraz, Ahmet Gül Dünyada ve Türkiye'de biyobenzerler Süleyman Serdar Koca Klinik çalışma ve vakalarla romatolojik hastalıklarda Erelzi Servet Akar | | |
| 17:30-17:45 | Kahve Arası | | |
| 17:45-18:30 | Türkiye Romatoloji Derneği Dernek Toplantısı | | |
| 18:45-19:45 | TRD Genç Romatologlar Toplantısı | | |

| 14 Ekim 2023 Cumartesi | | | |
|------------------------|---|--|--|
| Saat | A Salonu | B Salonu | C Salonu |
| 07:45-08:30 | Uzmanına Danış Romatolojide PET-BT Kullanımı Neslihan Yılmaz Funda Aydın | Uzmanına Danış GUT Tedavisinde Yeni Ne Var? Mehmet Akif Öztürk | Uzmanına Danış İmmun Yetmezlikler ve Romatizmal Hastalıklar Taşkın Şentürk |
| 08:30- 10:00 | Panel 11: SLE Oturum Başkanları: Şule Apraş Bilgen, Ahmet Eftal Yücel 8:30-8:55: SLE Patogenezinde Yenilikler Bahar Artım Esen 8:55-9:20: SLE'de Remisyonun Değerlendirilmesi Murat İnanç 9:20-9:30: Sözlü Bildiri 22: Lupus Nefriti Hastalarında Mikrotrombüs Oluşumu Mortalite İle İlişkili Olabilir Eda Otman 9:30-10:00: SLE Nefritinde Tedavi Güncellemesi Antonis Fanouriakis | | |
| 10:00-10:30 | Kahve arası | | |
| 10:30-11:15 | abbvie Uydu Sempozyum 7 Bio-naif Hastaların Tedavi Yolculuğunda HUMIRA Moderatör: Sedat Kiraz Konuşmacılar: Güzide Nevsun İnanç ve Servet Akar | | |
| 11:15-11:45 | Konferans 13 Oturum Başkanları: Ali Akdoğan, Yasemin Yalçınkaya Otoantikorların İdiopatik İnflamatuvar Miyozit Tedavisindeki Rolü Dana Ascherman | Konferans 14 Oturum Başkanları: Göksal Keskin, Duygu Ersözlü İmmun Kontrol Noktası İnhibitörleri (immune checkpoint inhibitors) ve Romatizmal Hastalıklar Fulya Coşan | |

| 14 Ekim 2023 Cumartesi | | | |
|------------------------|---|----------|----------|
| Saat | A Salonu | B Salonu | C Salonu |
| 11:45-12:30 | <p>Sözlü Bildiri Oturumu 2 Oturum Başkanları: Murat İnanç, Özgül Soysal Gündüz</p> <p>Sözlü Bildiri 23:Sistemik Sklerozis Hastalarında Nek7-Nlrp3 İnflamazom Yolağının Ekspresyonu Ve Fibrozis İle İlişkisi Tuba Yüce İnel (7 dk)</p> <p>Sözlü Bildiri 24: Gastrointestinal Tutulumu Olan Behçet Sendromu Hastalarında Abdominal Cerrahi Sinem Nihal Esatloğlu (7 dk)</p> <p>Sözlü Bildiri 25: Dev Hücreli Arterit Tanısında Temporal Arter Biyopsi Bulgularının 2022 DCVAS Kohort Önerilerine Göre İncelenmesi Gül Sandal Uzun (7 dk)</p> <p>Sözlü Bildiri 26: Spondiloartritlerde Latent Tüberküloz Taramasında Sağlık Bakanlığı Kılavuzu: İnterferon Gama Salınım Testleri Ne Kadar Kullanışlı? Bu Kılavuza Ne Kadar Uyuluyor? Zehra Özsoy (7 dk)</p> <p>Sözlü Bildiri 27: Granümatöz Polianjiitis Hastalarında Retina Ve Optik Diskin Optik Koherens Tomografi İle Değerlendirilmesi Nihal Lermi (7 dk)</p> | | |

| 14 Ekim 2023 Cumartesi | | | |
|------------------------|---|--|----------|
| Saat | A Salonu | B Salonu | C Salonu |
| 11:45-12:30 | <p>Sözlü Bildiri 28: Türkiye'de Romatoid Artrit Prevalansı/İnsidansı Ve Hastaların Genel Özellikleri Gizem Ayan (7 dk)</p> <p>Sözlü Bildiri 29: Ana Femoral Ven Duvar Kalınlığının Doppler Ultrasonografi İle Ölçümü, Behçet Üveitinin Diğer İnflamatuar Üveitlerden Ayırt Edilmesinde Yararlı Bir Tanı Aracıdır Seda Kutluğ Ağaçkiran (7 dk)</p> <p>Sözlü Bildiri 30: Psöriatik Artrit Hastalarında Biyolojik Dmard İle Birlikte Leflunomid Kullanımın Etkinlik Ve Güvenilirliği İbrahim Yahya Çakır (7 dk)</p> | | |
| 12:30-13:30 | Öğle Yemeği | | |
| 13:30-15:00 | <p>Panel 12: Bağ Dokusu Hastalıkları Oturum Başkanları: Yüksel Maraş, Berkan Armağan</p> <p>13:30-14:00: ANA (AC) Sınıflaması Timuçin Kaşifoğlu</p> <p>14:00-14:25: Undiferansiye Bağ Doku Hastalığı Kavramı: Seyri, Ön Gösterciler Abdulsamet Erden</p> <p>14:25-14:35: Sözlü Bildiri 31: Akciğer Tutulumu Olan İdiyopatik İnflamatuar Miyopati Hastalarının Özellikleri: Tek Merkez Sonuçları Ahmet İlbay</p> <p>14:35-15:00: İmmun Nekrotizan Miyozitler: Zor Vakalar Sedat Kiraz – Mustafa Ekici</p> | <p>Panel 13: Sağlık Bakanlığı Paneli Umut Kalyoncu Orhan Küçükşahin</p> | |
| 15:00-15:15 | Kahve Arası | | |

| 14 Ekim 2023 Cumartesi | | | |
|------------------------|---|--|----------|
| Saat | A Salonu | B Salonu | C Salonu |
| 15:15-16:00 |  Uydu Sempozyum 8 Pulmoner Fibroziste Progresyonu Yavaşlatın Konuşmacılar: Murat İnanç, Gülfer Okumuş | | |
| 16:00-16:45 | Konferans 15 Oturum Başkanları: Merih Birlik, Melih Pamukçu 16:00-16:20: Sistemik Sklerozda Steroid Kullanımı Levent Kılıç 16:20-16:45: Sistemik Sklerozda Biyolojik Kullanımı Yasemin Yalçinkaya | Konferans 16 Oturum Başkanları: İsmail Doğan, Sema Yılmaz 16:00-16:35: Akciğer Dışı Sarkoidoz Ayten Yazıcı 16:35-16:45: Sözlü Bildiri 32: Kardiyak Sarkoidoz: Tek Merkez Deneyimi Fatih Yıldırım | |
| 16:45-17:45 |  Uydu Sempozyum 9 PDE-4 İnhibitörü Apremilast: Sahne Senin Romatolojide Apremilastın Yeri Konuşmacı: Gülen Hatemi PsA'da Gerçek Yaşam Verileri İle Apremilast Konuşmacı: Kurt De Vlam Dermatolojide Apremilastın Yeri Konuşmacı: Murat Borlu | | |
| 17:45-18:00 | Kahve Arası | | |
| 18:00-18:45 | Yarışma: Uydulardan Neler Öğrendik? | | |

| 15 Ekim 2023 Pazar | | | |
|--------------------|---|----------|----------|
| Saat | A Salonu | B Salonu | C Salonu |
| 09:00-09:30 | Romatolojide İVİG kullanımı: Kimde, Ne Zaman? Etki Mekanizması Oturum Başkanları: Rıdvan Mercan, Servet Yolbaş Konuşmacı: Taşkın Şentürk | | |
| 09:30-10:00 | HIV ilişkili Otoimmün Hastalıklar Oturum Başkanları: Yusuf Karabulut, Lütfi Akyol Konuşmacı: 9:30-9:50: Veli Yazısız 9:50-10:00: Sözlü Bildiri 33: Bağ Dokusu Hastalıklarıyla İlişkili İnterstisyel Akciğer Hastalığında HHV-6'nın Rolü Orhan Zengin | | |
| 10:00-10:30 | Ayrıca Tanıda Mukopolisakkaridoz Oturum Başkanları: Oğuz Gürler, Selime Ermurat Konuşmacı: Süleyman Serdar Koca | | |
| 10:30-10:45 | Kahve Arası | | |

| 15 Ekim 2023 Pazar | | | |
|--------------------|--|----------|----------|
| Saat | A Salonu | B Salonu | C Salonu |
| 10:45-11:25 | <p>Konferans 17 Oturum Başkanları: Kemal Üreten, Cem Özişler</p> <p>10:45-11:05: Teletıp ve Elektronik Hasta Kayıt Sistemleri Hakan Babaoğlu</p> <p>11:05-11:15: Sözlü Bildiri 34: Tırnak Yatağı Kapilleroskopi Morfolojisi: Yapay Zeka Destekli Sınıflandırma Modeli Figen Çakmak</p> <p>11:15-11:25: Sözlü Bildiri 35: Teletıp Uygulamasında Muayene Öncesi Hasta Değerlendirme Formu: Hasta-Doktor Uyumunun Analizi Mustafa Ekici</p> | | |
| 11:25-12:25 | <p>Ulusal Kongre 2023'de öne çıkanlar Oturum Başkanları: Mehmet Sayarlıoğlu , Umut Kalyoncu</p> <p>11:25-11:45: Preklinik Ertuğrul Çağrı Bölek</p> <p>11:45-12:05: Klinik Levent Kılıç</p> <p>12:05-12:25: Tedavi Gezmiş Kimyon</p> | | |
| 12:25-12:30 | <p>Kapanış: İhsan Ertenli Sedat Kiraz</p> | | |

13-14 EKİM 2023

23. ULUSAL ROMATOLOJİ KONGRESİ HEMŞİRELİK PROGRAMI

| 13 Ekim 2023, CUMA / D Salonu | |
|--|--|
| 13:30-14:00 | AÇILIŞ KONUŞMALARI Romhemder Başkanı: Deniz Delikkaya 23. Ulusal Romatoloji Kongresi Başkanı: İhsan Ertenli TRD Başkanı: Sedat Kiraz |
| Oturum Başkanları: Yasemin Kabasakal, Dilşen Çevirgen | |
| 14:00-14:20 | Romatolojideki Güncel Gelişmeler Gezmiş Kimyon |
| 14:20-14:40 | Romatolojik Hastalıkların Tedavisinde Kullanılan Sentetik DMARD'lar ve Dikkat Edilmesi Gereken Önemli Noktalar Betül Tan |
| 14:40-15:20 | Romatolojik Hastalıkların Tedavisinde Kullanılan Biyolojik DMARD'lar ve Dikkat Edilmesi Gereken Önemli Noktalar İntravenöz Uygulanan Biyolojik Tedaviler Tuğçe Saraç Subkutan Uygulanan Biyolojik Tedaviler Çiğdem Marangoz |
| 15:20-15:40 | Biyolojik Tedavi Alan Romatoloji Hastalarının Tedavi Sürecinde Yaşadığı Zorluklar Filiz Koç |
| 15:40-16:00 | KAHVE MOLASI |
| Oturum Başkanları: Vedat Hamuryudan, Mine Batumlu | |
| 16:00-16:20 | Romatolojik Aciller ve Yaklaşım Müçteba Enes Yayla |
| 16:20-16:40 | Romatoloji Pratiğinde Sık Kullanılan İlaçlar ve Acil Sorunları İsmail Uçar |
| 16:40-17:00 | Romatolojik Hastalıklar ve Malignite İlişkisi Emine Uslu Yurteri |
| Oturum Başkanları: Ender Terzioğlu, Deniz Delikkaya | |
| 17:00-17:20 | Ankilozan Spondilit Hastalığında Tanı ve Tedavi Yöntemleri Emrah Koç |
| 17:20-17:40 | Ankilozan Spondilite Hemşirelik Bakımı ve Hasta Eğitimi Büşra Yücel |

| 14 Ekim 2023, CUMARTESİ / D Salonu | |
|--|--|
| Oturum Başkanları: Şükran Fındıkoğlu, Ayten Dağ | |
| 09:20-09:40 | Romatolojik Hastalıkların Yönetiminde Hemşire Danışmanlığının Rolü ve Önemi Berna Doğukargın |
| 09:40-10:00 | Romatolojik Hastalıklarda Bakım Veren Yüğü Nebahat Güney |
| Oturum Başkanları: Göksal Keskin, Deniz Delikkaya | |
| 10:00-10:20 | Romatolojik Hastalıklarda Enfeksiyon Yönetimi Emine Alp Meşe |
| 10:20-10:40 | Romatolojik Hastalıklarda Aşılama Servet Akar |
| 10:40-11:00 | Romatolojik Hastalıklarda Fertilité Handan Yarkan |
| 11:00-11:20 | KAHVE MOLASI |
| Oturum Başkanları: Berkan Armağan, Dilşen Çevirgen | |
| 11:20-11:40 | Romatolojik Hastalıklarda Deri Tutulumu Önay Gerçi |
| 11:40-12:00 | Romatolojik Hastalıklarda Göz Tutulumu Serdar Sezer |
| 12:00-12:20 | Romatolojik Hastalıklarda Renal Tutulum Sinem Nihal Esatoğlu |
| 12:20-13:30 | ÖĞLE ARASI |
| Oturum Başkanları: Ahmet Omma, Şükran Fındıkoğlu | |
| 13:30-13:50 | Romatolojik Hastalıklarda Nörolojik Tutulum Recep Yılmaz |
| 13:50-14:10 | Romatolojik Hastalıklarda Pulmoner Tutulum Cemal Bes |
| 14:10-14:30 | Romatolojik Hastalıklarda Gastrointestinal Sistem Etkilenmesi Zeynep Toker Dinçer |
| 14:30-14:50 | Romatolojik Hastalıklarda Kardiyovasküler Sistem Etkilenmesi Ertuğrul Çağrı Bölek |
| 14:50-15:10 | KAHVE MOLASI |
| Oturum Başkanları: Timuçin Kaşifoğlu, Ali Şahin | |
| 15:10-15:30 | Osteoporoz Duygu Tecer |
| 15:30-15:50 | Gut Hastalığı Mehmet Emin Derin |
| 15:50-16:10 | Romatoloji Yönüyle Sarkoidoz Seda Yürümez Çolak |
| 16:10-16:30 | Romatoloji Taklitçileri Gökçe Kenar |
| 16:30-17:00 | KAPANIŞ, KONGRE DEĞERLENDİRMESİ |

**POSTER
SUNUMLAR**

| POSTER SUNUMLARI | | | |
|--|----------|---|----------------------|
| 12-13-14 Ekim 2023, Perşembe-Cuma-Cumartesi - Poster Alanı - 09:00 - 18:00 | | | |
| Ref No | Sunum No | Başlık | Sunacak Yazar |
| 113 | PS-01 | BEHÇET SENDROMUNDA AKTİF FOLİKULİT VARLIĞI EŞ ZAMANLI PATERJİ POZİTİFLİĞİ İLE İLİŞKİLİ | Ayşe Özdede |
| 29 | PS-02 | BEHCET HASTALIĞI PULMONER TUTULUMUNDA RADYOLOJİK BULGULARIN SEMPTOM VE AKUT FAZ YANITI İLE İLİŞKİSİ | Aysun Aksoy |
| 175 | PS-03 | B/TSDMARDS KULLANAN RA HASTALARINDA SÜREKLİ YÜKSEK HAQ-DI SKORU İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER: HURBIO TEK MERKEZ KAYIT SİSTEMİNİN UZUNLAMASINA ANALİZİ | Emre Bilgin |
| 418 | PS-04 | SİSTEMİK SKLEROZ HASTALARINDA İNSENTİF SİPİROMETRİ İLE ÖLÇÜLEN ZORLU İNŞİRATUAR VİTAL KAPASİTENİN SOLUNUM FONKSİYON TESTLERİ İLE UYUMLULUĞU | Erdoğan Ünalı |
| 142 | PS-05 | AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ HASTALARINDA OBSTETRİK SÜREÇLERİN RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ | Rabia Deniz |
| 160 | PS-06 | PULMONER ARTER TUTULUMLU BEHCET HASTALARI İLE HUGHES STOVİN SENDROMLU HASTALARIN DEMOGRAFİK VE KLİNİK AÇIDAN KARŞILAŞTIRILMASI | Baver Ordu |
| 397 | PS-07 | ROMATOLOJİ HASTALARI, DOKTORLARI VE DİĞER SAĞLIK ÇALIŞANLARININ AŞILAMA İLE İLGİLİ FARKINDALIKLARI NASIL; EĞİTİMİN FARKINDALIK ARTIŞINA KATKISI OLUR MU? | Aydan Köken Avşar |
| 166 | PS-08 | PERİFERİK VE AKSİYEL SPONDİLOARTRİT HASTALARININ KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN VE İBA ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI; PERİFERİK SPA HASTALARININ İZLEMİNDE FARKLI SONLANIM ÖLÇEKLERİNE İHTİYACIMIZ OLABİLİR | Hasan Kocaayan |
| 233 | PS-09 | ROMATOİD ARTRİT TANILI HASTALARDA ARTERİYEL DAMAR SERTLİĞİ VE KAPİLLEROSKOPİK BULGULAR ARASINDAKİ KO-RELASYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ | Yahya Ürkmez |
| 119 | PS-10 | COAST PROGRAMININ 3 YILLIK BULGULARINA GÖRE AKSİYEL SPONDİLOARTRİTLİ HASTALARDA İXEKİZUMAB TEDAVİSİNİN GÜVENİLİRLİĞİ VE ETKİLİLİĞİ | Soydan İnce |
| 24 | PS-11 | VASKÜLER BEHCET HASTALARINDA POST TROMBOTİK SENDROM TANISINDA KULLANILAN HASTA KÖKENLİ VİLLALTA ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE VALİDASYONU VE ÖLÇEĞİN PROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ | Tuğçe Kübra Güneş |
| 77 | PS-12 | DİFFÜZ VE LİMİTLİ SİSTEMİK SKLEROZ HASTALARINDA DERİ BİYOMEKANİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE OBJEKTİF BİR YÖNTEM: MYOTONPRO | Duygu Şahin |
| 291 | PS-13 | ERKEK VE KADIN ROMATOİD ARTRİT HASTALARI ARASINDAKİ FARKLILIKLAR: E.NABİZ VERİLERİ | Hasan Satış |
| 293 | PS-14 | ZOR ROMATOİD ARTRİT HASTALARININ ÖZELLİKLERİ: E.NABİZ VERİLERİ | Hasan Satış |
| 371 | PS-15 | ANTİ-RO52 ANTİKORUNUN SİSTEMİK OTOİMMÜN HASTALIKLARIN TANISINDA ROLÜ VAR MI? | Mustafa Ekici |
| 21 | PS-16 | BAZAL KAPİLLAROSKOPİ BULGULARI LONG-COVID HASTALARINDA MİKROVASKÜLER DEĞİŞİKLİKLERE İLİŞKİN KANIT SAĞLAMİYOR | Bahar Özdemir Ulusoy |
| 250 | PS-17 | BİRDEN FAZLA OTOİNFLAMATUVAR GEN VARYANTI TAŞIYAN HASTALARIN FENOTİPLERİ: SINIFLANDIRILABİLEN VE MİKST OTOİNFLAMATUAR HASTALIKLAR (MAID) | Shirkhan Amikishiyev |

| POSTER SUNUMLARI | | | |
|--|----------|--|--------------------------|
| 12-13-14 Ekim 2023, Perşembe-Cuma-Cumartesi - Poster Alanı - 09:00 - 18:00 | | | |
| Ref No | Sunum No | Başlık | Sunacak Yazar |
| 287 | PS-18 | ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA MENİNKS TUTULUMU VAKA SERİSİ: 11 HASTANIN KLİNİK, RADYOLOJİK VE PATOLOJİK DEĞERLENDİRMESİ | Erdoğan Ünal |
| 351 | PS-19 | AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ HASTALARINDA SERUM PROTEİN 14-3-3 ETA DÜZEYİ İLE HASTALIĞIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ | Ayla Avcu |
| 290 | PS-20 | ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA TROMBOZ SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER: E.NABİZ VERİLERİ | Umut Kalyoncu |
| 129 | PS-21 | PRİMER SJÖGREN SENDROMU VE UYKU KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ | Zeliha Ademoğlu |
| 281 | PS-22 | BEHÇET SENDROMUNDA AKSİYEL SPONDİLOARTRİT PREVA- LANSI: ARDIŞIK HASTA POPÜLASYONUNDA ASAS KRİTERLERİ İLE DEĞERLENDİRME | Alihan Özyay |
| 343 | PS-23 | PRİMER SJÖGREN SENDROMU'NUN PAROTİS BEZİ ULTRASO- NOGRAFI GÖRÜNTÜLERİNDE MAKİNE ÖĞRENİMİ İLE TANISAL AYRIMININ İNCELENMESİ | Gamze Akkuzu |
| 367 | PS-24 | LUPUS NEFRİTİ VE RENAL TUTULUMLU SİSTEMİK VASKÜLİTLE- RDE SGLT2 İNHİBİTÖRÜ KULLANIMI: TEK MERKEZ DENEYİMİ | Rıza Can Kardeş |
| 378 | PS-25 | PULMONER HİPERTANSİYONLU BEHÇET HASTALARI: 5 YILLIK İZLEM | Mustafa Ekici |
| 126 | PS-26 | ÇOK ULUSLU, PROSPEKTİF, GÖZLEMSEL BİR ÇALIŞMANIN 12 AYLIK AVRUPA VERİLERİNE GÖRE ROMATOİD ARTRİTTE BARİSİTİNİBİN ETKİNLİĞİ VE BIRAKILMASINA KADAR GEÇEN SÜRE | Zeynep Eylül Özmen |
| 318 | PS-27 | ÇOCUK ROMATOLOJİ UYGULAMASINDA KANAKİNOMAB KULLANIMI, UZUN DÖNEM ETKİNLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ | Elif Kılıç Könte |
| 336 | PS-28 | ANCA İLİŞKİLİ VASKÜLİT HASTALARINDA CİDDİ ENFEKSİYON SIKLIĞI VE CİDDİ ENFEKSİYON İLE İLİŞKİLİ RİSK FAKTÖRLERİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ | Duygu Sevinç Özgür |
| 138 | PS-29 | KLİNİSYENE GÖRE İNFLAMATUAR BEL AĞRISI OLAN HASTALAR AKSİYEL SPONDİLOARTRİT HASTALARINDAN FARKLI MIDIR? | Halil İbrahim Yiğit Atlı |
| 348 | PS-30 | SİLİKON İMPLANTLAR VE ROMATİZMAL HASTALIKLAR. | Mehmet Soy |
| 363 | PS-31 | ROMATOİD ARTRİT-İTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIĞINDA RADYOGRAFİK İLERLEME İÇİN KORUYUCU OLARAK METOTREK- SAT: KARŞILAŞTIRMALI BİR ANALİZ | Mustafa Ekici |
| 431 | PS-32 | BEHÇET SENDROMU HASTALARINDA ADALİMUMAB TEDAVİSİ ALTINDA DE-NOVO GELİŞEN TUTULUMLAR | Özge Sönmez |
| 145 | PS-33 | AKSİYEL SPONDİLOARTRİTLİ HASTALARDA ARTMIŞ IL33-SOLUBLE ST2 AKSİNİN KLİNİK ÖNEMİ | Emine Uslu Yurteri |
| 147 | PS-34 | ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ ROMATOLOJİ BÖLÜMÜ İNTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIĞI KOHORTU: MULTİDİSİPLİNER TAKİP DENEYİMLERİ | Serdar Can Güven |
| 398 | PS-35 | ANKİLOZAN SPONDİLİT HASTALARININ TORAKS BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİLERİNDE SAPTANAN MANUBRİOSTERNAL EKLEM DEĞİŞİKLİKLERİ VE KLİNİK BULGULARLA OLAN İLİŞKİSİ | Yeşim Erez |

| POSTER SUNUMLARI | | | |
|--|----------|--|-------------------------|
| 12-13-14 Ekim 2023, Perşembe-Cuma-Cumartesi - Poster Alanı - 09:00 - 18:00 | | | |
| Ref No | Sunum No | Başlık | Sunacak Yazar |
| 419 | PS-36 | HEDEFE YÖNELİK TEDAVİ STRATEJİSİ ('TREAT TO TARGET (T2T)) İLE TEDAVİ DEĞİŞİKLİĞİ ÖNERİLEN ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA TEDAVİ DEĞİŞİKLİĞİNİN KABUL EDİLMEME SIKLIĞI VE NEDENLERİ | Fulya Coşan |
| 466 | PS-37 | BAĞ DOKUSU HASTALIĞI İLİŞKİLİ PULMONER ARTERİYEL HİPERTANSİYON TEDAVİSİ: META-ANALİZ | Mustafa Erdoğan |
| 177 | PS-38 | AKSİYEL VE PERİFERİK SPONDİLOARTRİT TANILI HASTALARDA PERİFERİK ARTRİT ÖZELLİKLERİ: ASAS- PERSPA ÇALIŞMASI TÜRKİYE VERİLERİ | Emine Sarıyıldız |
| 221 | PS-39 | GRANÜLOMATÖZ MASTİTLİ HASTALARDA BAŞLANGIÇ M-SKORU NÜKSÜ ÖNGÖRMEDE ETKİLİ MİDİR? | Mehmet Akif Ötegeçeli |
| 334 | PS-40 | İNFLAMATUAR ROMATOLOJİK HASTALIKLARDA KOMORBİDİTE | Rezan Koçak Ulucaköy |
| 337 | PS-41 | ANKİLOZAN SPONDİLİT HASTALARINDA VE SAĞLIKLI TÜRK POPÜLASYONUNDA HLA ALLEL SIKLIKLARININ KARŞILAŞTIRILMASI | Çisem Okur Maden |
| 347 | PS-42 | GASTROİNTESTİNAL SİSTEM TUTULUMU OLAN BEHÇET HASTALARINDA AKSİYEL SPONDİLOARTRİT SIKLIĞI İLE SPONDİLOARTRİT İLİŞKİLİ SEMPTOM VE BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ | Musab Öztürk |
| 360 | PS-43 | ROMATİZMAL HASTALIĞI OLAN GEBELERİN TAKİBİ: İKİ YILLIK GÖZLEMSEL PROSPEKTİF ÇALIŞMA | Belkis Nihan Coşkun |
| 116 | PS-44 | SİSTEMİK İMMÜN İNFLAMATUAR İNDEKS VE PROGNOZİK NUTRİSYONEL İNDEKSİN PSÖRİYATİK ARTRİT AKTİVASYONU İLE İLİŞKİSİ | Emine Melda Akdağ Kaval |
| 162 | PS-45 | BLEOMİSİNLE OLUŞTURULAN SKLERODERMA CİLT MODELİNDE ERKEN VE GEÇ DÖNEM DEĞİŞİKLİKLERİN FARKLI HAYVAN TÜR VE SOYLARINDA HİSTOPATOLOJİK VE RADYOLOJİK KARŞILAŞTIRMASI | Duygu Temiz Karadağ |
| 399 | PS-46 | SİSTEMİK SKLEROZ VE PRİMER RAYNAUD SENDROMUNDA ANJİOTENSİN 1-7, ALAMANDİN, MRGD DÜZEYLERİ | Mesude Seda Aydoğdu |
| 434 | PS-47 | ANKİLOZAN SPONDİLİT HASTALARINDA ZONULİN VE YAĞ ASİDİ BAĞLAYICI PROTEİN | Dilek Tezcan |
| 209 | PS-48 | SSC, SLE VE SS TANILI BİREYLERİN BİLDİRDİĞİ YORGUNLUK İLE ANKSİYETE-DEPRESYON, FONKSİYONELLİK VE BİYOPİSKOSYAL DURUMLARININ İNCELENMESİ | Orkun Tüfekçi |
| 244 | PS-50 | PEROKSİREDOKSİN-4: SİSTEMİK SKLEROZ İLİŞKİLİ İNTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIĞINDA YENİ BİR BİYOMARKER OLABİLİR Mİ? | Gizem Tuğçe Alp |
| 265 | PS-51 | KOLŞİSİN İNTOLERAN AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ HASTALARINDA IL-1 ANTAGONİSTİNİN MONOTERAPİ KULLANIMI İLE ETKİN TEDAVİ MÜMKÜN MU? | Rıza Can Kardaş |
| 42 | PS-52 | PULMONER ARTERİYEL HİPERTANSİYON TANILI HASTALARDA MİKS BAĞ DOKUSU HASTALIĞININ PREVALANSI VE PROGNOZUNUN İNCELENMESİ | Esra Bayram Sürmeli |
| 141 | PS-53 | MEDİKAL TEDAVİYE DİRENÇLİ TEKRARLAYAN MONOARTRİT TEDAVİSİNDE SİNOVİYAL HİPERTROFİ ALANLARINA MİKRODALGA ABLASYON UYGULAMASI | Rabia Deniz |
| 195 | PS-54 | RADYOGRAFİK OLMAYAN AX-SPA HASTALARININ RADYOGRAFİK AX-SPA'YA DÖNÜŞÜM ORANININ VE ETKİLİ OLAN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ | Esra Erpek Karaova |

| POSTER SUNUMLARI | | | |
|--|----------|--|------------------------------|
| 12-13-14 Ekim 2023, Perşembe-Cuma-Cumartesi - Poster Alanı - 09:00 - 18:00 | | | |
| Ref No | Sunum No | Başlık | Sunacak Yazar |
| 270 | PS-55 | ERKEN DÖNEMDE (≤ 2 YIL) BDMARD BAŞLANAN SPONDİLOARTRİTLİ HASTALARIN ÖZELLİKLERİ- HURBİO GERÇEK YAŞAM VERİLERİ | Büşra Fırlatan |
| 359 | PS-56 | FARKLIŞMAMIŞ BAĞ DOKU HASTALIĞI OLAN HASTALARIN KLİNİK, LABORATUVAR VE RADYOLOJİK ÖZELLİKLERİ: TEK MERKEZ KOHORTU | Senar Şan |
| 98 | PS-57 | AVUSTRALYA OPAL VERİ KÜMESİNDEKİ ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARDA JANUS KİNAZ İNHİBİTÖRLERİNİN GERÇEK YAŞAM KOŞULLARINDA KULLANIMI VE ARALARINDAKİ GEÇİŞ | Zeynep Eylül Özmen |
| 341 | PS-58 | ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARDA BT İLE KANITLANMIŞ PULMONER ROMATOİD NODÜL PROGRESYONUNDA ACPA POZİTİFLİĞİ EN ÖNEMLİ RİSK FAKTÖRÜDÜR | Gül Sandal Uzun |
| 194 | PS-59 | RADYOGRAFİK OLMAYAN AXSPA'DA KALÇA TUTULUMUNU PREDİKTE EDEN FAKTÖRLER OLABİLİR Mİ? | Esra Erpek Karaova |
| 443 | PS-60 | SJÖGREN SENDROMU OLAN HASTALARDA TÜKÜRÜK BEZLERİN GA-68 PSMA PET/BT İLE DEĞERLENDİRİLMESİ | Ayşegül Avcu |
| 467 | PS-61 | SKLERODERMA HASTALARINDA SİGARA KULLANIMI DİJİTAL ÜLSER GELİŞİMİNİ ETKİLİYOR OLABİLİR | Eda Otman |
| 158 | PS-62 | İNFLAMATUVAR BEL AĞRISI KRİTERLERİNİN SPONDİLİARTRİT İÇİN PERFORMANSI | Hasan Kocaayan |
| 219 | PS-63 | PSORİATİK ARTRİTTE CİNSİYET DAĞILIMI: SİSTEMATİK LİTERATÜR TARAMASI | Büşra Fırlatan |
| 457 | PS-64 | ERİŞKİN BAŞLANGIÇLI STİLL HASTALIĞINDA MEVSİMSEL DAĞILIM VE HASTALIĞIN SEYRİ İLE MEVSİMLER ARASINDAKİ İLİŞKİ | Burcu Ceren Uludoğan |
| 276 | PS-65 | GÜVENLİK SONLANIMLI ÇALIŞMALARINDA ARTIŞ VE BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM SORUNU | Ayşe Özdede |
| 288 | PS-66 | HERHANGİ BİR NEDENLE TORAKS BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ YAPILAN ANKİLOZAN SPONDİLİT HASTALARINDAKİ MANUBRİOS-TERNAL EKLEM DEĞİŞİKLİKLERİNİN ORTAYA KONULMASI VE SAĞLIKLI POPÜLASYON İLE KARŞILAŞTIRILMASI | Yeşim Erez |
| 298 | PS-67 | ROMATOİD ARTRİTLİ YAŞLI BİREYLERDE DEPRESYON, POLİFARMASİ VE KOĞNİTİF FONKSİYONLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ | Eftal Ahmet Yücel |
| 317 | PS-68 | B-DMARD ALAN SPONDİLOARTRİT HASTALARINDA TEDAVİNİN ERKEN DÖNEMİNDE KAS ULTRASONU | Zehra Özsoy |
| 331 | PS-69 | HLA-B27 POZİTİFLİĞİNİN AKSİYAL SPONDİLOARTRİTLİ HASTALAR ÜZERİNE ETKİSİ | Haluk Cinaklı |
| 350 | PS-70 | İNERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIKLARIN ETYOLOJİSİNDE YER ALAN ROMATOLOJİK HASTALIKLAR VE OLMAYANLAR ARASINDAKİ KAPİLLEROSKOPİK BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ | Şerife Şeyda Zengin Acemoğlu |
| 161 | PS-71 | PRİMER SJÖGREN SENDROMUNDA OTOANTİKOR VE FENOTİP ARASINDA İLİŞKİ VAR MI? HANGİ ANTİKOR? HANGİ KLİNİK? | Cansu Arslantürk Güneysu |
| 234 | PS-72 | PRİMER SJÖGREN SENDROM TANILI BİREYLERDE PSSQOL ANKETİNİN TÜRKÇE VERSİYONUNUN GEÇERLİĞİ VE GÜVENİRLİĞİNİN İNCELENMESİ - PİLOT ÇALIŞMA | Sinan Buran |
| 274 | PS-73 | PSORİATİK ARTRİTTE TIRNAK TUTULUMU; NAPSİ SKORUNA ROMATOLOG DEĞERLENDİRMESİ | Özlem Özdemir Işık |

| POSTER SUNUMLARI | | | |
|--|----------|--|-----------------------------|
| 12-13-14 Ekim 2023, Perşembe-Cuma-Cumartesi - Poster Alanı - 09:00 - 18:00 | | | |
| Ref No | Sunum No | Başlık | Sunacak Yazar |
| 43 | PS-74 | PERSİSTAN ORTA-YÜKSEK SEVİYEDE İZOLE ANTI-KARDİYOLİPİN ANTIKORU İGA VEYA ANTI- β 2-GLİKOPROTEİN-I İGA İZOTİPLERİNİN KLİNİK ÖNEMİ VAR MI? | Ayşe Bahar Keleşoğlu Dinçer |
| 52 | PS-75 | BEHÇET SENDROMUNDA STAZ ÜLSERİ: TEK MERKEZ TAKİPLİ 51 HASTANIN RETROSPEKTİF VERİLERİ | Alican Karakoç |
| 313 | PS-76 | ROMATOLOJİK HASTALIKLARDA HİDROKSİKLOROKİN KESİLME NEDENLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ | Berkan Armağan |
| 197 | PS-77 | TÜRKİYE'DE SPONDİLOARTRİT PREVALANSI/İNSİDANSI VE HASTALARIN ÖZELLİKLERİ | Gizem Ayan |
| 365 | PS-78 | STİLL HASTALIĞI VE İNFLAMATUVAR MİYÖZİTLERDE PET'TE DALAK ORTALAMA SUV DEĞERİ İLE MAKROFAJ AKTİVASYON SENDROMU RİSKİNİN VE MORTALİTENİN DEĞERLENDİRİLMESİ | Rıza Can Kardeş |
| 414 | PS-79 | NEFROLİTAZİS, AKSİYEL SPONDİLOARTROPATİLERİN EKSTRAARTİKÜLER BULGUSU OLABİLİR Mİ? | Elif Er Gülbezer |
| 27 | PS-80 | AKSİYEL SPONDİLOARTRİTİ OLAN HASTALARDA AKSİYEL TUTULUM DIŞI MANİFESTASYONLARIN SIKLIĞI, KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE TEDAVİ ALTINDAKİ SEYRİ | Ayşenur Yılmaz |
| 294 | PS-81 | AİLESEL AKDENİZ ATEŞİNDE KANAKİNUMAB VE KOLŞİSİN KULLANIMI RENAL SONUÇLAR ÜZERİNE ETKİLİ Mİ? | Tahir Saygın Öğüt |
| 196 | PS-82 | B/TSDMARD TEDAVİSİ ALTINDAKİ PSA HASTALARINDA TANIDA 6 AYLIK GECİKMENİN KLİNİK VE FONKSİYONEL DURUM ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: TREASURE VERİ TABANINDAN ELDE EDİLEN SONUÇLAR | Gizem Ayan |
| 366 | PS-83 | İÇ HASTALIKLARI TARAFINDAN ROMATOLOJİ BÖLÜMÜNE YÖNLENDİRİLEN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ | Pınar Akyüz Dağlı |
| 391 | PS-84 | AKSİYEL SPONDİLOARTRİTLİ HASTALARDA EKLEM DIŞI BULGULARIN BİYOLOJİK TEDAVİ SEÇİMİNE ETKİSİ: TÜRKİYO GERÇEK YAŞAM VERİLERİ | Aydan Köken Avşar |
| 58 | PS-85 | 2003-2013 YILLARI ARASINDA TAKİP EDİLEN SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATUZUS TANILI HASTALARIN KLİNİK, TEDAVİ VE PROGRESYONLARININ 10 YILLIK SÜREÇTE DEĞERLENDİRİLMESİ | Mine Nokay |
| 321 | PS-86 | SEKONDER SJÖGREN SENDROMU PSÖRİASİSTE NADİRKEN PSÖRİATİK ARTRİTTE YAYGINDIR: MADALYONUN İKİ YÜZÜ | Kerem Yiğit Abacar |
| 358 | PS-87 | İGG4 İLİŞKİLİ HASTALIKTA KLİNİK FENOTİPLENDİRME VE YANIT DEĞERLENDİRME: TEK MERKEZ DENEYİMİ | Rıza Can Kardeş |
| 380 | PS-88 | BEHÇET BUDD-CHİARİ SENDROMLU HASTALARDA PULMONER HİPERTANSİYON: NADİR BİR İLİŞKİYE YENİ BİR BAKIŞ | Mustafa Ekici |
| 257 | PS-89 | PRİMER SJÖGREN SENDROMUNDA HASTALIK AKTİVİTESİNİN GLOBAL DEĞERLENDİRİLMESİNDE HASTALAR VE HEKİMLERİ ARASINDAKİ UYUMSUZLUKTA AĞIZ KURULUĞUNUN ROLÜ | Nevsun İnanç |
| 416 | PS-90 | SKLERODERMALİ HASTALARDA PERİFERİK VASKÜLER TUTULUMA BAĞLI CİLT BULGULARI VE KAPİLLEROSKOPIK DEĞERLENDİRİLMENİN, SKLERODERMAYA BAĞLI AKCİĞER HASTALIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ | Nehir Şişman |
| 320 | PS-91 | PRİMER SJÖGREN SENDROMUNDA İNFLAMATUAR BEL AĞRISININ PREVALANSI VE SAKROİLİAK EKLEMDEKİ AKUT VE YAPISAL DEĞİŞİKLİKLERLE İLİŞKİSİ | Kerem Yiğit Abacar |

| POSTER SUNUMLARI | | | |
|--|----------|---|-------------------------|
| 12-13-14 Ekim 2023, Perşembe-Cuma-Cumartesi - Poster Alanı - 09:00 - 18:00 | | | |
| Ref No | Sunum No | Başlık | Sunacak Yazar |
| 330 | PS-92 | GASTROİNTESTİNAL TUTULUMU OLAN HASTALARIN BEHÇET SENDROMLU HASTALARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ; TEK MERKEZ DENEYİMİ | Emine Uslu Yurteri |
| 432 | PS-93 | ANCA-İLİŞKİLİ VASKÜLİTLERDE SERBEST HAFİF ZİNCİRLER: TEK-MERKEZ PİLOT ÇALIŞMA | Mustafa Ekici |
| 112 | PS-94 | RAPID3 ('ROUTINE ASSESSMENT OF PATIENT DATA 3') VE PAS2 ('PATIENT ACTIVITY SCALE 2')TÜRKÇE VERSİYONLARININ ROMATOID ARTRİTLİ HASTALARIMIZDA VALİDİTASYON ÇALIŞMASI. | Müyesser Nergiz Yanmaz |
| 217 | PS-96 | YAŞLI ROMATOİD ARTRİTLİ BİREYLERİN KIRILGANLIK DURUMLARININ İNCELENMESİ | Ayşe Nur Bayındır Akbaş |
| 407 | PS-97 | GRANÜLOMATÖZ POLİANJİTİS VE EOZİNOFİLİK GRANÜLOMATÖZ POLİANJİTİS HASTALIKLARININ DEMOGRAFİK DAĞILIMLARI VE OTORİNOLARİNGOLOJİK SEMPTOMLARIN GÖRÜLME SIKLIĞI | Nihal Lermi |
| 428 | PS-98 | SJÖGREN SENDROMU HASTALARINDA OTOANTİKORLARIN OTONOM DİSFONKSİYON İLE İLİŞKİSİ | Gökhan Yavuzbilge |
| 445 | PS-99 | DİFFİCULT-TO-TREAT ROMATOİD ARTRİT; KATKIDA BULUNAN FAKTÖRLER VE GERÇEK YAŞAM VERİLERİ | Gülşay Alp |
| 198 | PS-100 | 2012 YILI ÖNCESİ BDMARD TEDAVİSİ BAŞLANAN RA HASTALARI HALEN TAKİPLERİNE GELİYOR MU? TEK MERKEZ VERİLERİ | Özlem Şahan Güven |
| 319 | PS-101 | GENETİK ANALİZİN AİLESEL AKDENİZ ATEŞİ TANISINA KATKISI | Sadettin Uslu |
| 406 | PS-102 | PEDİATRİK İDYOPATİK REKÜRREN PERİKARDİTLER | Aybüke Günalp |
| 171 | PS-103 | TÜRKİYE'DEKİ AKADEMİK ÜNVANI OLAN ROMATOLOJİ UZMANLARININ BİBLİYOMETRİK PARAMETRELER İLE ANALİZİ | Haluk Cinaklı |
| 386 | PS-104 | SİSTEMİK SKLEROZ İLİŞKİLİ PULMONER ARTERİYEL HİPERTANSİYON'A GENEL BİR BAKIŞ- ULUSAL SAĞLIK SİSTEMİ VERİLERİ | Alper Sarı |
| 458 | PS-105 | ERİŞKİN BAŞLANGIÇLI STİLL HASTALIĞINDA MEVSİMSEL DAĞILIM VE HASTALIĞIN SEYRİ İLE MEVSİMLER ARASINDAKİ İLİŞKİ | Burcu Ceren Uludoğan |
| 41 | PS-106 | BEHÇET HASTALIĞI İLE TAKİPLİ HASTALARDA OBSTETRİK SÜREÇLERİN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRMESİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ | Rabia Deniz |
| 251 | PS-107 | NLRP1 GEN VARYANTLARI İLE İLİŞKİLİ SİSTEMİK OTOİNFLAMATUVAR HASTALIK FENOTİPİ OLAN HASTALARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ | Shirkhan Amikishiyev |
| 254 | PS-108 | PRİMER SJÖGREN SENDROMU OLAN HASTALARDA PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK DÜZEYİNİN İNCELENMESİ | Nevsun İnanç |
| 192 | PS-109 | RADYOGRAFİK VE NON RADYOGRAFİK AX-SPA HASTALARININ KARŞILAŞTIRILMASI; CİNSİYET YÖNÜNDEN AYRINTILI BİR ANALİZ SONUÇLARI | Esra Erpek Karaova |
| 446 | PS-110 | IGA VASKÜLİTİNİN ÇOCUK VE ERİŞKİNLERDE KARŞILAŞTIRILMASI: ÇOK MERKEZLİ ÇALIŞMA | Murat Karabacak |
| 376 | PS-112 | JÜVENİL SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOSUS TANILI HASTALARDA HASHİMATO TİROİDİTİ SIKLIĞININ ARAŞTIRILMASI | Elif Kılıç Könte |
| 252 | PS-113 | ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA İNTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIĞININ SEMİ-KANTİTATİF RADYOLOJİK DEĞERLENDİRMESİ VE KLİNİK BULGULARLA KORELASYONU | Duygu Temiz Karadağ |
| 253 | PS-114 | SJOGREN SENDROMUNDA HASTALIK TANI YAŞI VE SEMPTOM BAŞLANGIÇ YAŞI KOGNİTİF FONKSİYONLARI ETKİLİYOR MU? | Gamze Dilek |

| POSTER SUNUMLARI | | | |
|--|----------|--|-------------------------|
| 12-13-14 Ekim 2023, Perşembe-Cuma-Cumartesi - Poster Alanı - 09:00 - 18:00 | | | |
| Ref No | Sunum No | Başlık | Sunacak Yazar |
| 268 | PS-115 | SERUM HIGH MOBİLİTY BOX PROTEİN 1(HMGB-1) DÜZEYLERİNİN PSORİASİSLİ VE PSORİATİK ARTRİTLİ HASTALAR ARASINDA KARŞILAŞTIRILMASI | İbrahim Vasi |
| 309 | PS-116 | SPONDİLOARTRİT HASTALARINDA SPONDİLODİSKİT BULGULARININ ÖZELLİKLERİ VE TEDAVİ CEVAPLARININ BELİRLENMESİ | Zehra Özsoy |
| 332 | PS-117 | BEHÇET HASTALARINDA PULMONER TROMBÜSLERİN RADYOLOJİK OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ | Zehra Özsoy |
| 370 | PS-118 | MERKEZİ HEKİM RANDEVU SİSTEMİ ARACILIĞIYLA ROMATOLOJİ VE ÇOCUK ROMATOLOJİ KLİNİKLERİNE YÖNLENDİRİLEN HASTALARIN KESİTSEL DEĞERLENDİRİLMESİ | Deren Esencan |
| 148 | PS-119 | ANKİLOZAN SPONDİLİT HASTALARINDA İZONİAZİD KULLANIMI ANTI-TNF TEDAVİSİNDE İLAÇTA KALIM SÜRESİNİ UZATIYOR MU? | Bilgin Karaalioglu |
| 173 | PS-120 | SERONEGATİF PRİMER SJÖGREN SENDROMLU HASTALAR FARKLI KLİNİK VE LABORATUVAR ÖZELLİKLER GÖSTERİYOR MU? | Müçteba Enes Yayla |
| 300 | PS-121 | AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ HASTALARINDA ANKSİYETE, DEPRESYON VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ | Nazife Şule Yaşar Bilge |
| 312 | PS-122 | SPONDİLODİSKİT'İN KONVANSİYONEL RADYOGRAFİ İLE SAPTANMASI NE KADAR MÜMKÜNDÜR? | Zehra Özsoy |
| 105 | PS-123 | ANTI-IL-17 İLE TEDAVİ EDİLEN PSÖRİYATİK ARTRİT HASTALARINDA GERÇEK YAŞAM KOŞULLARINDA TEDAVİYE DEVAM ETME VE TEDAVİ PATERNLERİNE İLİŞKİN PERFIL-17 ÇALIŞMASI | Soydan İnce |
| 143 | PS-124 | İKİLİ GÜÇ: METOTREKSAT VE LEFLUNOMİD KOMBİNE TEDAVİSİNİN ROMATOİD VE PSÖRİYATİK ARTRİTTEKİ RİTMİ | Gülay Alp |
| 228 | PS-125 | ANCA İLİŞKİLİ VASKÜLİT HASTALARINDA OSTEOPOROZU NE KADAR TANIYORUZ? ÇOK MERKEZLİ RETROSPEKTİF ANALİZ | Tuba Demirci Yıldırım |
| 249 | PS-126 | ROMATOLOJİK HASTALIKLARDA BİYOPSİKOSOSYAL YAKLAŞIMIN ETKİNLİĞİ: SİSTEMATİK DERLEME | Nazlı Elif Nacar |
| 383 | PS-127 | ROMATİZMAL HASTALIKLARDA MALİGNİTESİ OLAN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ | Kevser Orhan |
| 392 | PS-128 | İMMUNGLOBULİN G4 İLİŞKİLİ HASTALIK TÜRKİYE VERİSİ: PEDİATRİK VE ERİŞKİN PERSPEKTİF | Mustafa Ekici |
| 401 | PS-129 | PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ ROMATOLOJİ SERVİS HASTALARININ BİYOPSİKOSOSYAL DURUMLARI | Bilge Başakçı Çalık |
| 236 | PS-130 | PRİMER SJÖGREN SENDROMU HASTALARINDA KURU GÖZ HASTALIĞI BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE HASTALIK ÖZELLİKLERİYLE İLİŞKİSİ | Gizem Sevik |
| 90 | PS-131 | ROMATOİD ARTRİT'Lİ BİREYLERDE SARKOPENİ VARLIĞININ İNCELENMESİ: KARŞILAŞTIRMALI BİR ÇALIŞMA | Bilge Başakçı Çalık |
| 245 | PS-132 | SİSTEMİK SKLEROZ HASTALARINDA FOSFODİESTERAZ-5 İNHİBİTÖRÜ VE ENDOTELİN RESEPTÖR ANTAGONİSTİ KULLANIMININ MİKROVASKÜLER KOMPLİKASYONLAR, SOLUNUMSAL PARAMETRELER VE PULMONER ARTER BASINCINA ETKİSİ | Yağmur Karaman |
| 451 | PS-133 | SİSTEMİK SKLEROZ HASTALARINDA SARS-COV-2 ENFEKSİYONUN KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE HASTALIK SEYRİ | İbrahim Vasi |
| 7 | PS-135 | ROMATİZMAL HASTALIĞI OLAN KİŞİLERDE ANTI-TNF TEDAVİSİ ÖNCESİ GİZLİ TÜBERKÜLOZ TARAMASI İÇİN KULLANILAN TÜBERKÜLİN DERİ TESTİ İLE İNTERFERON GAMA SALINIM TESTİNİN KARŞILAŞTIRILMASI | Ebru Yılmaz |

| POSTER SUNUMLARI | | | |
|--|----------|--|----------------------------|
| 12-13-14 Ekim 2023, Perşembe-Cuma-Cumartesi - Poster Alanı - 09:00 - 18:00 | | | |
| Ref No | Sunum No | Başlık | Sunacak Yazar |
| 31 | PS-136 | SİSTEMİK SKLEREZ HASTALARINDA PARK-7 EKSPRESYONUNUN KLİNİK PARAMETRELERLE KORELASYONUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ | Dilara Bulut Gökten |
| 11 | PS-137 | ROMATOİD ARTRİTTE OTOİNFLAMATUAR BULGULARIN SIKLIĞI VE TEDAVİ YANITINA ETKİSİ | İrem Kılavuz |
| 176 | PS-138 | ODONTOİD PROSESTE REZORPSİYON VE PANNUS DOKUSU ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA ATLANTO-AKSİYAL SUBLUKSASYON İLE İLİŞKİLİDİR | Umut Kalyoncu |
| 408 | PS-139 | FARKLI SEMPTOMLAR NEDENİYLE KRANİAL MR İSTENEN SJÖGREN SENDROMLU HASTALARIN SONUÇLARININ RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ | Mehtap Kalçık Unan |
| 463 | PS-140 | FARKLI MEFV GENOTİPLERİNİN AİLESEL AKDENİZ ATEŞİ OLAN HASTALARIN KLİNİK FENOTİPİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: EKLEM TUTULUMUNA ÖZEL VURGU | Esmâ Aslan |
| 199 | PS-142 | ROMATİZMALI BİREYLERİN BİLDİRDİKLERİ BİYOPSİKOSOSYAL ETKİLENİMLERİNİN İNCELENMESİ | Edibe Ünal |
| 263 | PS-143 | PRİMER SJÖGREN SENDROMU İÇİN TANISAL ARAÇLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ | Gamze Akkuzu |
| 327 | PS-144 | SPONDİLOARTROPATİ HASTALARINDA SECUKİNUMAB VE SERTOLİZUMAB TEDAVİLERİN KARŞILAŞTIRILMASI | Berkan Armağan |
| 339 | PS-145 | TÜMÖR NEKROZİS-ALFA İNHİBİTÖRÜ KULLANAN İNFLAMATUAR ROMATİZMAL HASTALIK TANILI HASTALARDA İLAÇ YAN ETKİ PROFİLLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ | Ceren Demir |
| 447 | PS-146 | PSÖRIAZİS LEZYONLARININ YERLEŞİMİ VE PSÖRIATİK ARTRİTTE ETKİLENEN EKLEM BÖLGELERİ İLİŞKİLİ MİDİR? | Elif Er Gülbezer |
| 50 | PS-147 | PFAPA SENDROMU BEHÇET HASTALIĞINA GİDEN YOLCULUĞUN ERKEN DURAĞI MI? | Sara Şebnem Kılıç Gültekin |
| 70 | PS-148 | PRİMER SJÖGREN SENDROMUNDA İNTERSTİYEL AKCİĞER HASTALIĞI: ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ İNTERSTİYEL AKCİĞER HASTALIĞI KOHORTUNDAN DENEYİMLER | Hatice Ecem Konak |
| 169 | PS-149 | ÇOCUKLUK ÇAĞINDA SİSTEMİK SKLEREZ: TEK MERKEZ İZLEM SONUÇLARI | Gülşah Pirim |
| 410 | PS-150 | SİCCA SEMPTOMLARI İLE GELEN FİBROMYALJİ VE SJÖGREN HASTALARINI OBJEKTİF KURULUK TESTLERİ İLE AYIRT EDEBİLİR MİYİZ? | İdil Kurut Aysin |
| 424 | PS-151 | ANKİLOZAN SPONDİLİT HASTALARINDA SERUM IL-17 VE TNF-ALFA DÜZEYİ İLE HASTALIK AKTİVİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ | Neslihan Güneş Aydemir |
| 248 | PS-152 | SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATUZUS HASTALARINDA ANTI-DSDNA OTOANTİKORLARININ DEĞERLENDİRİLMESİNDE ÜÇ FARKLI YÖNTEMİN KARŞILAŞTIRILMASI | Nazife Şule Yaşar Bilge |
| 455 | PS-153 | METOTREKSAT KULLANAN İNFLAMATUAR ARTRİT HASTALARINDA KARACİĞER FİBROZİSİNİ DEĞERLENDİRMEDE BASİT, NON-İNVAZİV FİB-4 SKORU YOL GÖSTERİCİ OLABİLİR | Gül Sandal Uzun |
| 264 | PS-154 | PSORİASİSLİ VE PSORİATİK ARTRİTLİ HASTALARDA SERUM CXCL13 DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI | İbrahim Vasi |
| 285 | PS-155 | MOYAMOYA SENDROMU VE ANTİFOSFOLİPİD ANTİKOR SENDROMU BİRLİKTELİĞİ | İbrahim Vasi |

| POSTER SUNUMLARI | | | |
|--|----------|--|----------------------|
| 12-13-14 Ekim 2023, Perşembe-Cuma-Cumartesi - Poster Alanı - 09:00 - 18:00 | | | |
| Ref No | Sunum No | Başlık | Sunacak Yazar |
| 239 | PS-156 | KLİNİSYENE GÖRE İNFLAMATUAR BEL AĞRISI OLAN HASTALAR İLE AKSİYAL SPONDİLOARTRİT TANILI KADIN VE ERKEK HASTALARIN İBA ÖZELLİKLERİ FARKLI OLABİLİR Mİ? | Özge Yoğurtçu |
| 220 | PS-157 | PSÖRİYATİK ARTRİT HASTALARINDA C-REAKTİF PROTEİN/ ALBÜMİN ORANI VE ALBÜMİN/FİBRİNOJEN ORANI HASTALIK AKTİVASYONU İLE İLİŞKİLENDİRİLEBİLİR Mİ? | Derya Akarken |
| 104 | PS-158 | ERİŞKİN AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ HASTALARINDA İLAÇ UYUMUNUN HASTALIK ALGISI İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ | Sibel Yılmaz Öner |
| 247 | PS-159 | SİSTEMİK SKLEROZ HASTALARINDA GASTROİNTESTİNAL TUTULUM ÖZELLİKLERİ İLE ANTI MUSKARİNİK RESEPTÖR 3 ANTIKORLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ | Fatma Rukiye Uysal |
| 381 | PS-160 | BEHÇET HASTALIĞINA BAĞLI GÖZ TUTULUMU OLUP BİYOLOJİK TEDAVİ ALAN HASTALARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN RETROSPEKTİF İNCELENMESİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ | Tuğba Ocak |
| 100 | PS-161 | SKLERODERMA HASTALARINDA TAİ CHİ EGZERSİZ PROGRAMININ KARDİYOPULMONER FONKSİYONLAR VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİNLİĞİNİN İNCELENMESİ | Sebahat Yaprak Çetin |
| 246 | PS-162 | SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PSÖRİYATİK ARTRİTTE SEKUKİNOMAB KLİNİK DENEYİMİ | Zübeyde Uğurlu |
| 377 | PS-163 | OTOİMMÜN ROMATİZMAL HASTALIKLARDA IGE YÜKSEKLİĞİ VE KLİNİK ÖNEMİ- ÖN RAPOR SONUÇLARI | Elif Kılıç Könte |
| 149 | PS-164 | SİSTEMİK SKLEROZDA PERİFERİK FOLİKÜLER T HÜCRELERİ İLE HASTALIK ŞİDDETİ ARASINDAKİ İLİŞKİ | Melek Şahinoğlu |
| 190 | PS-165 | SİSTEMİK SKLEROZ HASTALARINDA GASTROİNTESTİNAL SİSTEM ENDOSKOPİSİNİ NE SIKLIKLA KULLANIYORUZ? - TEK MERKEZ DENEYİMİ | Büşra Fırlatan |
| 352 | PS-166 | SARKOİDOZ OLGULARIMIZ: TEK MERKEZ DENEYİMİ | Mehmet Soy |
| 193 | PS-167 | AKSİYAL SPONDİLOARTRİTTE HASTA TARAFINDAN BİLDİRİLEN SONLANIM ÖLÇEKLERİNE HASTA EĞİTİMİNİN ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ | Esra Erpek Karaova |
| 415 | PS-168 | METOTREKSAT VE AZATIOPRİN DİRENÇLİ İDİOPATİK GRANÜLOMATÖZ MASTİT TANILI DOKUZ HASTAMIZDA ADALİMUMAB DENEYİMİMİZ | Nihal Lermi |
| 212 | PS-169 | ROMATOİD ARTRİT VE ANKİLOZAN SPONDİLİTİ OLAN HASTALARDA ANEMİ SIKLIĞININ VE İNFLAMASYON BELİRTEÇLERİ İLE OLAN İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI | Ebru Yılmaz |
| 382 | PS-170 | ANKİLOZAN SPONDİLİT HASTALARINDA TIRNAK YATAĞI KAPİLLEROSKOPİ BULGULARI -ÖN ÇALIŞMA | Enes Başaran |
| 91 | PS-171 | NADİR BİR OLGU SUNUMU: MAJED SENDROMU | Metin Özgen |
| 427 | PS-172 | ROMATOİD ARTRİT'Lİ HASTALARDA ALBÜMİN/FİBRİNOJEN VE CRP/ALBÜMİN ORANININ HASTALIK AKTİVİTE TAKİBİNDE ÖNEMİ | Derya Akarken |
| 89 | PS-173 | FİBROMİYALJİ'Lİ BİREYLERDE BASINÇ AĞRI EŞİĞİ İLE EKSTREMİTE FONKSİYONELLİĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİ | Bilge Başakçı Çalık |
| 74 | PS-174 | BEHÇET SENDROMUNA BAĞLI DAMAR TUTULUMUNDA TOSİLİZUMAB KULLANIMI HASTALIK ALEVLENMESİNE YOL AÇIYOR OLABİLİR | Ayşe Özdede |

| POSTER SUNUMLARI | | | |
|--|----------|--|----------------------|
| 12-13-14 Ekim 2023, Perşembe-Cuma-Cumartesi - Poster Alanı - 09:00 - 18:00 | | | |
| Ref No | Sunum No | Başlık | Sunacak Yazar |
| 75 | PS-175 | NADİR BİR AKUT BÖBREK HASTALIĞI NEDENİ OLARAK "AMİLOİD FİRTINASI": NELER BİLİYORUZ? | Ege Sinan Torun |
| 215 | PS-176 | İNTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIĞI TANILI BAĞ DOKU HASTALARINDA SEKONDER SJÖGREN SENDROMU SIKLIĞI VE HASTALIK ÜZERİNE ETKİSİ | Alida Aliyeva |
| 329 | PS-177 | PRİMER SJÖGREN SENDROMLU HASTALARDA D VİTAMİNİ DÜZEYİ KLİNİK, SEROLOJİK VE PATOLOJİK PARAMETRELERLE İLİŞKİLİ OLABİLİR Mİ? | Nilay Erdik |
| 333 | PS-178 | ERİŞKİN BAŞLANGIÇLI STİLL HASTALIĞI; UZAMIŞ KAŞINTILI DÖKÜNTÜ HİPERFERRİTİNEMİ İLE İLİŞKİLİ MİDİR? | Gizem Varkal |
| 224 | PS-179 | SJÖGREN SENDROMLU HASTALARDA VÜCUT KİTLE İNDEKSİ İLE OTONOM DİSFONKSİYON ARASINDA BİR İLİŞKİ VAR MI? | Tamer Acat |
| 311 | PS-180 | ANKİLOZAN SPONDİLİT HASTALARININ TEDAVİSİNDE SİSTEMİK SECUKİNUMAB: SİSTEMİK VE GÖZYAŞI PROİNFLAMATUAR SİTOKİNLERİ İLE OKÜLER YÜZEY BULGULARININ İLİŞKİSİ | Zehra Özsoy |
| 135 | PS-181 | MEMENİN MPO POZİTİF VASKÜLİTİ | Elif Güngör |
| 412 | PS-182 | EBV İLİŞKİLİ LENFOPROLİFERATİF HASTALIK SEYRİNDE HEMOFAGOSİTİK LENFOHİSTİYOZİTOZİS | Oğuz Çelebi |
| 181 | PS-183 | FMF'Lİ HASTALARDA TETİKLEYİCİ FAKTÖRLER YETERİNCE DEĞERLENDİRİLİYOR MU? KOLŞİSİNE-DİRENÇLİ FMF HASTALARINDA TETİKLEYİCİ FAKTÖRLER OLDUKÇA YAYGINDIR | Bayram Farisoğulları |
| 78 | PS-184 | ÜRTİKERYAL VASKÜLİT HASTASINDA SAPTANAN PULMONER TUTULUM: OLGU SUNUMU | Sevilay Batıbay |
| 260 | PS-185 | PRİMER SJÖGREN SENDROMLU HASTALARDA RAYNAUD FENOMENİ VARLIĞI VE DEPRESYON İLİŞKİSİ | Sümeyye Merve Türk |
| 444 | PS-186 | SKLERODERMA RENAL KRİZ OLGUSUNDA BÖBREK NAKLİ VE REJEKSİYON | Numune Aliyeva |
| 356 | PS-187 | SPONDİLOARTRİTLERİN TEDAVİSİNDE BİYOLOJİK DMARD SONRASI TEDAVİ SEÇİMİ | Rıza Can Kardeş |
| 8 | PS-188 | GRANÜLOMATÖZ MASTİT, ERİTEMA NODOZUM VE OLİGOARTRİT BİRLİKTELİĞİ: OLGU SUNUMU | Sibel Ösken |
| 13 | PS-189 | MALİGNİTE İLİŞKİLİ DERMATOMİYOZİT: İKİ OLGU SUNUMU | Zübeyde Uğurlu |
| 140 | PS-190 | ROTHMUND-THOMSON SENDROMU: OLGU SUNUMU VE LİTERATÜRDE YERİ | Dilara Bulut Gökten |
| 153 | PS-191 | DİZ AĞRISININ NADİR BİR NEDENİ : BİLATERAL LİPOMA ARBOREANS OLGU SUNUMU | Sinem Burcu Kocaer |
| 338 | PS-192 | SJOGREN SENDROMLU HASTALARININ KLİNİK, LABORATUAR VE PATOLOJİK ÖZELLİKLERİNİN İRDELENMESİ | Seyyid Bilal Açıkgöz |
| 342 | PS-193 | SERUM ACE YÜKSEKLİĞİ HER ZAMAN SARKOİDOZ DEĞİLDİR | Mehmet Soy |
| 368 | PS-194 | VEXAS SENDROMUNDA ADALİMUMAB KULLANIMI: TEK MERKEZ DENEYİMİ | Rıza Can Kardeş |
| 101 | PS-195 | PSORİATİK ARTRİTLİ HASTALARDA VE SAĞLIKLI BİREYLERDE FİZİKSEL AKTİVİTE VE FİZİKSEL UYGUNLUK DÜZEYİNDEKİ FARKLILIKLAR | Sebahat Yaprak Çetin |
| 210 | PS-196 | İXEKİZUMAB KULLANAN PSÖRİATİK ARTRİT HASTALARININ ÖZELLİKLERİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ | Ali Ekin |

| POSTER SUNUMLARI | | | |
|--|----------|--|---------------------------|
| 12-13-14 Ekim 2023, Perşembe-Cuma-Cumartesi - Poster Alanı - 09:00 - 18:00 | | | |
| Ref No | Sunum No | Başlık | Sunacak Yazar |
| 400 | PS-198 | SARKOİDOZDA KALP VE KARACİĞER TUTULUMU: 3 OLGU SUNUMU VE LİTERATÜRÜN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ | Nagehan Dik Kutlu |
| 450 | PS-199 | DİRENÇLİ PERİFERİK SİNİR SİSTEMİ TUTULUMU İLE SEYREDEN LUPUS OLGUSU | Derya Akarken |
| 461 | PS-200 | MALİGNİTE ARAŞTIRIRKEN BRUCELLA SAPTANAN OLGU SUNUMU | İzel Özsavaş |
| 63 | PS-201 | LANGERHANS HÜCRELİ HİSTİYOİTOZ HASTASINDA KAS-İSKELET SİSTEMİ BULGULARI: HASTALIK TUTULUMU MU, SPONDİLOARTRİT Mİ? | Muhammed Abdulkerim Şahin |
| 76 | PS-202 | TEKRARLAYAN İNFAKT: ADENAZİN DEAMİNAZ 2 EKSİKLİĞİ Mİ?, BEHÇET HASTALIĞI Mİ? | Aydan Yekedüz Bülbül |
| 110 | PS-203 | GEÇ BAŞLANGIÇLI STATİN İLİŞKİLİ İMMÜN NEKROTİZAN MYOPATİ VAKASI | Sertaç Ketenci |
| 163 | PS-204 | PLEVRAL EFÜZYON ETYOLOJİSİNDE İKİ HASTALIK, BİR HASTA: OLGU SUNUMU | Gül Güzelant Özköse |
| 261 | PS-205 | BÜYÜK TAKLİTÇİ: METASTATİK OVER KANSERİ Mİ? SARKOİDOZ MU? | Ahmet Kıvanç Cengiz |
| 316 | PS-206 | KRONİK REKÜRREN MULTİFOKAL OSTEOMİYELİT(KRMO) [PEDIATRİK SİNOVİT, AKNE, PÜSTÜLOZİS, HİPEROSTOZ, OSTEİT SENDROMU (SAPHO)]: BİR OLGU SUNUMU | Zeynep Tüzün |
| 417 | PS-207 | SİSTEMİK SKLEROZ AYIRICI TANISINDA NADİR BİR HASTALIK: MANDİBULOAKRAL DİSPLAZİ | Adem Ertürk |
| 454 | PS-208 | ROMATOİD ARTRİTLİ OLGUDA ARTRALİYLE SEYREDEN TREPENOMA WHİPPLEİ | Fatma Başbüyük |
| 460 | PS-209 | BEHÇET HASTALIĞININ SEYRİNDE GELİŞEN PİYODERMA GANGRENOSUM OLGU SUNUMU | Bilge Arslan |
| 155 | PS-210 | HASTA TEMELLİ AKTİVİTE ÖLÇEKLERİNİN SPONDİLOARTRİT VE NON SPA HASTALARINDA PERFORMANSI; ASDAS-CRP DAHA UYGUN BİR ÖLÇEK OLABİLİR Mİ? | Ayten Özkan |
| 191 | PS-211 | GRANÜLOMATÖZ MASTİT RİSK FAKTÖRLERİNİN BELİRLENMESİ; TEK MERKEZLİ İKİ YILLIK GÖZLEMSEL ÇALIŞMA | Melis Dilbil |
| 2 | PS-212 | SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOSUS KLİNİĞİ İLE GELEN HASTA DA İG M NEFROPATİSİ | Serdar Esmer |
| 33 | PS-213 | COGAN SENDROMU TEKRARLAYAN OFTALMOLOJİK TUTULUMLAR VE SENSÖRİNÖRAL İŞİTME KAYBINDA AKLA GELMELİDİR, OLGU SUNUMU | Mestan Şahin |
| 82 | PS-214 | VASKÜLİT VE BAĞ DOKU HASTALIKLARI AYIRICI TANISINDA NADİR GÖRÜLEN BİR OLGU | Burcugül Kaya |
| 157 | PS-215 | ROMATOİD ARTRİTLİ HASTADA GEÇ DÖNEM DEFORMİTELERİ | Murat Baloğlu |
| 255 | PS-216 | EVANS SENDROMU VE SJÖGREN SENDROMU: NADİR BİR GÖRÜLEN BİRLİKTELİK | Merve Nalbant |
| 259 | PS-217 | ZOR VAKALAR; AKCİĞER TÜBERKÜLOZU İLE KOMPLİKE, DİRENÇLİ GÖZ TUTULUMU OLAN BEHÇET HASTASINI NASIL TEDAVİ EDELİM? | Zeynep Yılmaz Bozkurt |
| 326 | PS-218 | JÜVENİL BAŞLANGIÇLI ANTI-PL7 ANTİKOR İLİŞKİLİ AMİYOPATİK DİFRMATOMİYÖZİT VAKASI | Sarvan Ağamuradov |

| POSTER SUNUMLARI | | | |
|--|----------|--|----------------------|
| 12-13-14 Ekim 2023, Perşembe-Cuma-Cumartesi - Poster Alanı - 09:00 - 18:00 | | | |
| Ref No | Sunum No | Başlık | Sunacak Yazar |
| 353 | PS-219 | ÇOCUKLUK ÇAĞINDA MONOGENİK LUPUSLU OLGULARIN DEĞERLENDİRMESİ | Gülçin Aytaç |
| 405 | PS-220 | MULTİPLE EKZOSİTOZ TİP 1 | Serpil Ergülü Eşmen |
| 453 | PS-221 | ÜST DUDAKTA ŞİŞLİKLE SEYREDEN, LOKAL TEDAVİYE DİRENÇLİ GRANULOMATOZ KEİLİTİS OLGUSU | Özkan Urak |
| 14 | PS-222 | DERMATOMİYOZİT VE MORFEA 'YA EŞLİK EDEN DİRENÇLİ KALSİNOZİS KUTİS OLGU SUNUMU | Zübeyde Uğurlu |
| 20 | PS-223 | DİRENÇLİ TEKRARLAYAN POLİKONDRİT OLGU SUNUMU | Zübeyde Uğurlu |
| 44 | PS-224 | DUYUSAL AKSONAL POLİNÖROPATİ İLE PREZENTE OLAN SJÖGREN SENDROMU OLGUSU | Yeter Mahmutoğlu |
| 51 | PS-225 | NEFROTİK DÜZEYDE PROTEİNÜRİ İLE PREZENTE OLAN LUPUS PODOZİTİSİ OLGUSU | Ege Sinan Torun |
| 128 | PS-226 | ENDER BİR YAKINMA İLE BAŞLAYAN DEV HÜCRELİ ARTERİT VAKASI | Mehtap Tınazlı |
| 184 | PS-227 | ROMATOİD ARTRİT TANILI BİR HASTADA PSOAS APSESİ | Nihan Neval Uzun |
| 214 | PS-228 | SALMONELLA ENFEKSİYONUNUN GİZEMLİ YÜZÜ: GASTROİNTESTİNAL BELİRTİLER OLMASIZIN OLUŞAN EPİDURAL ABSE VE OSTEOMYELIT VAKASI | Dilara Bulut Gökten |
| 226 | PS-229 | DİRENÇLİ KUTANÖZ ÜLSERLERLE SEYREDEN BİR ANTI MDA-5 POZİTİF DERMATOMİYOZİT OLGUSU | Rahime Duran |
| 314 | PS-230 | TEKRARLAYAN PANNİKÜLİT İLE GİDEN ANTI-MDA5 POZİTİF HİPOMİYOPATİK JUVENİL DERMATOMİYOZİT OLGUSU | Serkan Türkuçar |
| 379 | PS-231 | OLGU SUNUMU: PULMONER VASKÜLİTİK TUTULUMU OLAN TAKAYASU ARTERİTİ HASTASINDA ENDARTEREKTOMİ CERRAHİSİNİN SONUÇLARI | Erdinç Ünalı |
| 388 | PS-232 | İNTRAVENÖZ İLOPROST SONRASI GELİŞEN FLEBİT OLGUSU | Feyza Şahan Gürpınar |
| 402 | PS-233 | NADİR SAPTANAN BİR İSKELET DİSPLAZİSİ: PROGRESİF PSÖDOROMATOİD DİSPLAZİ | Ahmet Furkan Çolak |
| 436 | PS-234 | VASKÜLİTİ TAKLİT EDEN İNFEKTİV ENDOKARDİT OLGUSU | Numune Aliyeva |
| 448 | PS-235 | DİZDE ŞİŞLİKLE GELEN HASTADA İNFLAMATUAR ARTRİT TAKLİTÇİSİ: LİPOMA ARBORESENS | Buğu Bulat |
| 26 | PS-236 | COVİD 19 PANDEMİ SÜRECİNDE ROMATOLOJİ HASTALARININ BİYOLOJİK İLAÇ KULLANIM DURUMU VE AŞILANMA ORANI | Mehmet Şakir Altuner |
| 6 | PS-237 | SARKOİDOZ VAKASINDA KOİNSİDENTAL GELİŞEN ANKİLOZAN SPONDİLİT | Reyhan Bilici |
| 117 | PS-238 | İNFAİTİL DÖNEMDE BAŞLAYAN STING İLİŞKİLİ VASKÜLOPATİ (SAVI) OLGUSU | Duygu Kerim |
| 152 | PS-239 | DÜŞÜK AYAK İLE PREZENTE OLAN SJÖGREN SENDROMU VAKASI | Özlem Doğan Ağbuga |
| 302 | PS-240 | ANTI SENTETAZ SENDROMUNUN KLİNİK PROGRESYONUNDA NADİR BİR SEBEP: KIZAMIK PNÖMONİSİ | Abdulsamet Erden |
| 304 | PS-241 | ROMATOİD ARTRİT HASTASINDA SEPTİK TENOSİNOVİT | Işıl Ezelsoy |
| 361 | PS-242 | HİDROKSİKLOROKİN İLE İNDÜKLENEN AKUT GENERALİZE EKZAMATÖZ PÜSTÜLOZ: KOLŞİSİN TEDAVİ SEÇENEĞİ OLABİLİR Mİ? | Şule Ketenci Ertaş |
| 384 | PS-243 | GENÇ KADIN HASTADA VENTRİKÜLER TAŞİKARDİ: KARDİYAK SARKOİDOZ VAKA SUNUMU | Özge Karakök |
| 385 | PS-244 | KOLŞİSİN MİYOPATİSİ DEĞİLSE NE? | Tuncay Aydın |

| POSTER SUNUMLARI | | | |
|--|----------|--|---------------------------|
| 12-13-14 Ekim 2023, Perşembe-Cuma-Cumartesi - Poster Alanı - 09:00 - 18:00 | | | |
| Ref No | Sunum No | Başlık | Sunacak Yazar |
| 409 | PS-245 | STATİN KAYNAKLI İMMUN ARACILI NEKROTİZAN MYOPATİ OLGUSU | Banu Çiçek Yalçın Dulundu |
| 425 | PS-246 | MADEN İŞÇİSİNDE ERASMUS SENDROMU VE KLATSKİN TÜMÖR BİRLİKTELİĞİ | Gülçin Çelebi |
| 32 | PS-247 | ROMATOİD ARTRİTLİ TANISI İLE RİTUKSİMAB TEDAVİSİ BAŞLANAN BİR HASTADA GELİŞEN PSÖRIAZİS VAKASI | Yunus Durmaz |
| 67 | PS-248 | GUT TOFÜSÜNÜ TAKLİT EDEN NADİR BİR HASTALIK MELORHEOSTOZİS: OLGU SUNUMU | Ali Karakaş |
| 71 | PS-249 | ADALİMUMAB KULLANIMI SONRASINDA GELİŞEN LENFOMA HİKAYESİ | Zübeyde Uğurlu |
| 174 | PS-250 | ROMATOİD ARTRİT İLİŞKİLİ İNTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIĞI VARLIĞINDA İMMUNSUPRESİF TEDAVİ İLE BERABER NİNTEDAN-İB KULLANAN VAKA SUNUMU | Bengisu Aslan |
| 180 | PS-251 | SOĞUK AGLÜTİNİN HASTALIĞI İLE PREZENTE MDA5 İLİŞKİLİ DERMATOMİYOZİT OLGUSU | Tahir Saygın Öğüt |
| 227 | PS-252 | IGG4 İLİŞKİLİ HASTALIK VE ÇOKLU MALİGNİTE BİRLİKTELİĞİ OLAN 2 OLGU SUNUMU | Rahime Duran |
| 243 | PS-253 | FETAL BRADİKARDİ İLE TANI ALAN VE EK KOMPLİKASYON GELİŞMEDEN 34. HAFTAYA ULAŞAN NEONATAL LUPUS OLGUSU: OLGU SUNUMU | Mustafa Cem Bülbül |
| 262 | PS-254 | İZOLE IGG4 İLİŞKİLİ AKCİĞER HASTALIĞI: NADİR BİR OLGU | Sarvan Aghamuradov |
| 283 | PS-255 | DİŞFAJİ İLE PREZENTE OLAN HASTA: MDA-5 İLİŞKİLİ DERMATOMİYOZİT | Engin Çeşmeci |
| 299 | PS-256 | VASKÜLİT İLE KARIŞABİLEN NADİR BİR DURUM; PROLİDAZ ENZİM EKSİKLİĞİ | Abdülsamet Erden |
| 364 | PS-257 | KALSİYUM PİROFOSFAT DİHİDRAT HASTALIĞI MALİGNİTEYE SEKONDER GELİŞEBİLİR | Ruveyda Sak İnal |
| 389 | PS-258 | ROMATOİD ARTRİT' TE TAKİPTE SAPTANAN LENFOMA OLGUSU | Burcuğül Kaya |
| 430 | PS-259 | ACİL TRAKEOSTOMİYE GİDEN SUBGLOTTİK STENOZLU GRANULOMATÖZ POLİANJİTİS VAKASI | Muhammet Emin Kutu |
| 15 | PS-260 | AİLESEL AKDENİZ ATEŞİ'NE EŞLİK EDEN ENFEKTE SAKROİLİT OLGUSU | Zübeyde Uğurlu |
| 237 | PS-261 | AİLESEL AKDENİZ ATEŞİ VE MULTİPL SKLEROZ BİRLİKTELİĞİ: OLGU SUNUMU | Betül Dikanoğlu Demirok |
| 87 | PS-262 | NEKROTİZAN DİSKOİD LUPUS VAKASI | Sevil Yiğit |
| 139 | PS-263 | ROMATOİD ARTRİTE EŞLİK EDEN IGG4 İLİŞKİLİ HASTALIK OLGUSU | Çetin Ergül |
| 165 | PS-264 | EŞLİK EDEN EOZİNOFİLİ VE İG A NEFROPATİSİ OLAN ROMATOİD ARTRİT VAKASI | Nurhan Güven |
| 218 | PS-265 | KRONİK LYME ARTRİTİNE EŞLİK EDEN CHLAMYDİA ENFEKSİYONLU OLGU | Feyza Ak |
| 235 | PS-266 | KARDİYAK TUTULUM İLE SEYREDEN BİR EOZİNOFİLİK GRANÜLOMATÖZ POLİANJİTİS OLGUSU | Gizem Sevik |
| 187 | PS-267 | DİRENÇLİ CİLT TUTULUMLU SİSTEMİK SKLEROZ VAKASI | Taylan Kaplan |
| 121 | PS-268 | SKLERODERMADA LGK-974 VE ETC-159 FİBROZİSİ BASKILAR | Ayşe Koçak |
| 167 | PS-269 | İNFLİKSİMAB TEDAVİSİ İLE TEDAVİ EDİLEN GRANÜLOMATÖZ MASTİT VAKASI | Mehmet Emin Derin |

| POSTER TURU SUNUMLARI | | | |
|---|----------|--|-------------------------|
| Poster Turu Başkanları | | | |
| 12 Ekim, Perşembe: Mustafa Özmen, Yaşar Karaaslan, Didem Arslan | | | |
| 13 Ekim, Cuma: Şükran Erten, Atalay Doğru, Ezgi Deniz Batu, Nihal Coşkun | | | |
| 14 Ekim, Cumartesi: Hamit Küçük, Ali Şahin, Mehmet Engin Tezcan, Ahmet Omma | | | |
| Ref No | Sunum No | Başlık | Sunacak Yazar |
| 64 | PS-270 | RADYOGRAFİK VE RADYOGRAFİK OLMAYAN AKSİYEL SPONDİLOARTRİT: TREASURE VERİ TABANINDAN ELDE EDİLEN SONUÇLAR | Levent Kılıç |
| 271 | PS-271 | BEHÇET HASTALIĞI'NDA CİNSİYETİN KLİNİK BULGULARA ETKİSİ | Burcu Ceren Uludoğan |
| 30 | PS-272 | İNFLAMATUAR BAĞIRSAK HASTALIKLARINDA ENTEROPATİK ARTRİT SIKLIĞI | Dilara Bulut Gökten |
| 10 | PS-273 | PSÖRİYAZİS HASTALARINDA TURPAS (TURKISH PSORİATİC ARTHRİTİS SCREENİNG TOOL)'İN VALİDASYONU | Murat Bektaş |
| 292 | PS-274 | ENTEZİT İLİŞKİLİ ARTRİT TANILI HASTALARDA UZUN DÖNEM TAKİP SONUÇLARI: TEK MERKEZ DENEYİMİ | Mehmet Yıldız |
| 369 | PS-275 | BDMARD KULLANAN SPONDİLOARTRİT'LERDE KRONİK BÖBREK HASTALIĞI SÜRECİNE ETKİ EDEN FAKTÖRLER VE TEDAVİ SEÇİMİ | Gül Sandal Uzun |
| 420 | PS-276 | POTANSİYEL DİFFİCULT-TO-TREAT PSÖRİYATİK ARTRİT SIKLIĞI VE KATKIDA BULUNAN FAKTÖRLER | Gülay Alp |
| 241 | PS-277 | TAKAYASU ARTERİTİNDE VASKÜLER KALSİFİKASYON; SOL VENTRİKÜLER KİTLE İNDEKSİ VE KAROTİS İNTİMA-MEDIA KALINLIĞI İLE İLİŞKİSİ | Hazan Karadeniz |
| 279 | PS-278 | SJÖGREN SENDROMLU HASTALARIN YAKIN AKRABALARINDAKİ KANSER SIKLIĞI | Tuba Uğur Tuzcu |
| 289 | PS-279 | ROMATOLOJİK HASTALIKLARDA GLUKOKORTİKOİD İLİŞKİLİ TOKSİSİTENİN OBJEKTİF VE PROSPEKTİF TAKİBİ; GLUKOKORTİKOİD TOKSİSİTE İNDEKSİ | Ömer Karadağ |
| 297 | PS-280 | İLK MUAYENEDE VİTREUS HÜCRESİ OLUP POSTERİOR ÜVEİTİ OLMAYAN BEHÇET SENDROMU HASTALARINDA POSTERİOR ÜVEİT RİSKİ | Başak Ecem Bircan |
| 222 | PS-281 | ANTI-MDA5 POZİTİF DERMATOMİYÖZİT: İNFLAMATUVAR MİYOPATİLER ARASINDAKİ SIKLIĞI, KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE UZUN DÖNEM TAKİP VERİLERİ | Ömer Uludağ |
| 57 | PS-282 | SİSTEMİK SKLEROZLU HASTALARININ SOLUNUM FONKSİYON TESTLERİNE UYUMU | Gül Sandal Uzun |
| 164 | PS-283 | B/TSDMARD KULLANAN ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA SUBKONDRAL RADIUS KİSTLERİNİN SIKLIĞI VE ÖNEMİ | Umut Kalyoncu |
| 272 | PS-284 | ORBİTAL İNFLAMATUVAR HASTALIK: TANI, TAKİP VE TEDAVİSİNE MULTİDİSİPLİNER YAKLAŞIM | Zeynep Toker Dinçer |
| 349 | PS-285 | BİYOLOJİK DMARD TEDAVİSİ BAŞLANILAN PSÖRİYATİK ARTRİT HASTALARINDA TAKİP SÜRESİ 10 YILIN ÜZERİNDE OLANLARIN KLİNİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ | Gözde Sevgi Kart Bayram |
| 423 | PS-286 | İDİYOPATİK GRANÜLOMATÖZ MASTİT HASTALARINDA İNTRALEZYONEL STEROİD TEDAVİSİ | Mesude Seda Aydoğdu |



XXIII. Ulusal Romatoloji Kongresi Bildiri Özetleri

11-15 Ekim 2023

Sözlü Sunumlar

(SS-001 — SS-035)

SS-001

2023 ACR/EULAR antifosfolipid antikor sendromu sınıflandırma kriterlerinin antifosfolipid antikor pozitif hasta kohortundaki performansı

Rıza Can Kardeş, İbrahim Vasi, Derya Yıldırım, Burcuğül Kaya, Rahime Duran, Abdulsamet Erden, Hamit Küçük, Berna Göker, Mehmet Akif Öztürk

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

Amaç: Revize Sapporo sınıflandırma kriterleri, antifosfolipid antikor sendromu (AFAS) hastalarının sınıflandırılması için en yaygın kullanılan kriter setidir. 2006'daki revizyonundan bu yana, literatürde çeşitli klinik ve laboratuvar belirtiler bildirilmiştir. Bunlar arasında livedo retikularis (rasemoza), deri ülserleri, trombositopeni, kardiyak, pulmoner ve renal tutulum bulunur. 2023'te ACR ve EULAR antifosfolipid antikor sendromu için yeni sınıflama kriterleri yayınlamıştır. Bu çalışmada, antifosfolipid antikor pozitifliği olan bir hasta kohortunda, yeni sınıflandırma kriterlerinin performansını revize Sapporo kriterleri ile karşılaştırdık.

Yöntem: 2016'dan bu yana kurumumuzda takip edilen pozitif antifosfolipid antikor [lupus antikoagülanı (LA), anti-kardiyolipin (aCL) IgM veya IgG, anti- β_2 -glikoprotein I (aB2GPI) IgM veya IgG] olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik, klinik, laboratuvar ve radyolojik özellikleri retrospektif olarak kaydedildi. Tüm parametreler, 2006 revize Sapporo ve 2023 sınıflama kriterlerine referansla değerlendirildi (Tablo 1-3).

Bulgular: Çalışmamıza 40 hasta dahil edildi. Hastaların %80'i (n=32) kadındı. Hastaların tanı veya ilk antikor pozitifliği yaş ortalaması 33,9 yıl idi (SS: 13,3 yıl, %95 GA: 29,7-38,1 yıl).

Hastaların %27,5'i (n=11) kalıtsal trombofili için tarandı; sadece bir hastada heterozigot faktör V Leiden mutasyonu bulundu. Hastaların %37'si (n=13), kohorta dahil olmadan önce sigara içmişti. Hastaların %57,5'inin (n=23) sekonder AFAS'ı, %12,5'inin primer AFAS'ı vardı. Hastaların %30'u ise izole antifosfolipid antikor pozitifliğine sahipti. Sekonder AFAS hastalarının büyük çoğunluğunda SLE (n=20) vardı ve hepsi 2019 ACR/EULAR SLE sınıflandırma kriterlerini karşılıyordu. Hastaların %47,5'i (n=19) vasküler tromboz öyküsüne sahipti. On altı hastada venöz ve 5 hastada arteriyel tromboz vardı. Kadın hastaların %62,5'i (n=20) AFAS ile ilişkilendirilen obstetrik morbiditesi vardı. Hastaların %20,5'i (n=8) AFAS ile uyumlu bir deri bulgusuna sahipti ve bunların en yaygını livedo racemosa idi (n=7). İki hastada pulmoner kanama, iki hastada kalp kapaklarında (her ikisi de aort kapağı) vejetasyon ve iki hastada renal biyopside trombotik mikroanjyopati bulguları vardı. Hastaların %50'sinde trombositopeni vardı ve ortanca minimal değer 85 bin/mm³ idi. Hastaların %20'si (n=8) otoimmün hemolitik anemi geliştirmişti. Yalnızca bir hastada katastrofik AFAS öyküsü vardı. Olguların %17,5'inde (n=7) LA pozitifliği vardı. En yaygın pozitif antifosfolipid antikor aCL IgG'ydi (%55, n=22), onu anti-B2GPI IgG (%28, n=11) izledi. Hastaların %82'si (n=33) pozitif ANA testine sahipti, %62,5'inin (n=25) kompleman (C3 veya C4) düzeyleri düşüktü. Genel olarak, hastaların %42,5'i (n=17) 2006 revize Sapporo kriterlerini karşılarken, %40'ı (n=16) 2022 taslak kriterlerini karşılıyordu. İki kriter seti arasında büyük bir uyum vardı; bir hastanın 2006 kriterlerini karşıladığı ancak 2023 kriterlerini karşılamadığı ve iki hastanın 2006 kriterlerini karşılamadığı halde 2023 kriterlerini karşıladığı görüldü.

Sonuç: Hastalarımızın kohortunda trombositopeni yaygın bir bulgu idi ve önemli bir azınlıkta livedo rasemoza ve otoimmün trombositopeni vardı. Yalnızca izole antifosfolipid antikor pozitifliği olan hastaların birçoğunun taslak kriterlerin ilk tarama aşamasını karşılamasına rağmen, nihai sınıflama kriterlerini

karşılama yapıldığı görüldü. 2023 tarama kriterlerini karşılayan hastaların uzun vadeli takibi gelecekte ek bilgiler sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Antifosfolipid antikor sendromu, sınıflama kriterleri

Tablo 1. 2023 ACR/EULAR AFAS sınıflama kriterleri: Klinik özellikler

| Klinik | Puan |
|---|------|
| Venöz tromboemboli (VTE) | |
| Yüksek VTE risk profili var | 1 |
| Yüksek VTE risk profili yok | 3 |
| Arteriyel tromboz | |
| Yüksek kardiyovasküler hastalık risk profili var | 2 |
| Yüksek kardiyovasküler hastalık risk profili yok | 4 |
| Mikrovasküler tutulum | |
| Şüpheli | 2 |
| İspatlı | 5 |
| Obstetrik | |
| ≥3 tekrarlayan düşük/fetal ölüm (<16 hafta) | 1 |
| Fetal ölüm (≥16hafta–<34 hafta) Şiddetli preeklampsi veya plasental yetmezlik yok | 1 |
| Şiddetli preeklampsi veya plasental yetmezlik var (<34 hafta) | 3 |
| Şiddetli preeklampsi ve plasental yetmezlik var (<34 hafta) | 4 |
| Kalp kapağı | |
| Kalınlaşma | 2 |
| Vejetasyon | 4 |
| Trombositopeni (min 20–130 bin/mcl) | 2 |

Tablo 2. 2023 ACR/EULAR AFAS sınıflama kriterleri: Laboratuvar özellikleri

| Laboratuvar | Puan |
|---|------|
| LA pozitifliği | |
| Bir kez | 1 |
| Persistan | 5 |
| aCL/aB2GPI pozitifliği | |
| Yalnızca orta/yüksek aCL ve/veya aB2GPI IgM | 1 |
| Orta yükseklikte aCL ve/veya aB2GPI IgG | 4 |
| Yüksek aCL veya aB2GPI IgG | 5 |
| Yüksek aCL ve aB2GPI IgG | 7 |

Tablo 3. 2023 ACR/EULAR AFAS <sınıflama kriterleri: Giriş ve sınıflama kriterleri

| | |
|-----------|---|
| Prensip | Her bir alt başlık (domain) altında yalnızca en yüksek puan alan değer kullanın |
| Giriş | ≥1 klinik kriter+ ≥1 laboratuvar kriteri |
| Sınıflama | Klinik kriterler: ≥3 puan ve laboratuvar kriterleri: ≥3 puan |

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde romatolojik nedenlerle böbrek nakli yapılan hastaların kısa ve uzun dönem klinik sonuçlarının incelenmesi

Mesut Buğra Hatipoğlu¹, Berivan Bitik², Cihat Burak Sayın³,
Caner İncekaş⁴, Mehmet Haberal⁵, Eftal Ahmet Yücel²

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

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

³Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji
Bilim Dalı, Ankara

⁴Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

⁵Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Romatolojik hastalıklar, farklı spektrumlarda böbrek tutulumuna neden olabilirler. Bu spektrum, normal böbrek fonksiyonuna sahip hafif eritrositüri/proteinüri gibi anormalliklerden, hızla ilerleyen böbrek yetmezliğine kadar uzanır. Romatolojik hastalık ilişkili böbrek tutulumunda, etkin tedaviye rağmen son dönem böbrek hastalığı (SDBH) gelişebilmektedir. SDBH, yaşam kalitesini bozan, mortalite ve morbiditeleri artıran ve maliyet yükü fazla olan bir hastalıktır. Renal replasman tedavisi (RRT) seçeneklerinden olan böbrek nakli, diyaliz tedavisine göre avantajlı bir tedavi yöntemidir. Literatürde, romatolojik hastalığı olan bireylerde böbrek nakil sonuçlarını araştıran çalışmalar sınırlı sayıdadır. Bu çalışmada, romatolojik hastalık ilişkili SDBH nedeniyle böbrek nakli yapılan hastaların laboratuvar ve klinik verileri incelenmiştir. Bu spesifik hasta grubunda, nakil sonrası beşinci ve onuncu yılda, romatolojik hastalık dışı nedenlerle nakil yapılan bireylere göre hasta ve allograft sağkalımı açısından farklılık olup olmadığı araştırılmıştır. Nakil sonrası takipte dikkat edilmesi gereken noktalara dikkat çekilmiştir.

Yöntem: Ocak 1994-Eylül 2022 tarihleri arasında, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde böbrek nakli yapılan 18 yaş ve üzerindeki 50 kontrol hastası ve romatolojik nedenlerle böbrek nakli yapılan 18 yaş ve üzerindeki 93 hasta olmak üzere toplamda 143 hastaya ait veriler retrospektif olarak incelenmiştir. Araştırmanın değişkenlerine yönelik hasta bilgileri için, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi medikal bilgi sistemi "Nucleus MBS" (Monad Yazılım) ve Clinerion Hasta Kayıt Sistemi Platformu kullanılmıştır. İstatistiksel analizler RStudio yazılımı (R Core Team Version 1.4.1106, 2021) programı ile gerçekleştirildi. Çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ değeri kabul edildi.

Bulgular: Araştırmaya böbrek nakli yapılan 20 sistemik lupus eritematozus (SLE), 43 ailevi Akdeniz ateşi (FMF), 9 romatoid artrit (RA), 21 spondiloartrit (SpA), 50 kontrol grubu hastası olmak üzere toplam 143 hasta dahil edilmiştir. SLE grubunda 20 hasta olup hastaların 14'ü (%70) kadın, 6'sı erkekti, ortalama nakil yaşı 26 (22,5-38,5) yıldı. Takip süresince hastalardan 4'ünün (%20) öldüğü görülürken kontrol grubunda ölüm görülmemesi nedeniyle anlamlı olarak SLE grubunda ölüm oranı daha yüksek bulundu ($p=0,005$). SLE grubunda on yıllık allograft sağkalım oranı (%63,64) kontrol grubuna göre (%92,86) daha düşük olup

on yıllık hasta sağkalım oranı da (%73,33) kontrol grubuna göre (%100) daha düşük bulunmuştur (sırasıyla $p=0,042$; $p=0,011$). SLE grubunda nakil öncesi daha kısa süre diyalize girmenin sağkalıma yararı görüldü ($p=0,038$). FMF grubunda 43 hasta olup hastaların 15'i kadın (%34,88) 28'i erkekti (%65,12), ortalama nakil yaşı $31,98 \pm 12,03$ yıldı. Takip süresince hastalardan 14'ünün (%32,56) öldüğü görülürken kontrol grubunda ölüm görülmemesi nedeniyle FMF grubunda ölüm oranı anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p < 0,001$). Beş ve on yıllık hasta sağkalımları FMF grubunda sırasıyla %87,5 ve %71,43 iken kontrol grubunda %100 olup, FMF grubunda anlamlı derecede daha düşük bulundu ($p=0,026$; $p=0,004$). Beş ve on yıllık allograft sağkalımlarıysa FMF grubunda sırasıyla %79,49 ve %73,91 iken kontrol grubunda sırasıyla %97,56 ve %92,86 olduğu görüldü ($p=0,013$; $p=0,119$). Kardiyak patolojisi AA amiloidoz ile uyumlu olan bir FMF hastasına böbrek nakli sonrasında kalp nakli de yapıldığı görülmüştür. RA grubunda 9 hasta olup hastaların 4'ü kadın (%44,44) 5'i erkekti. Ortalama nakil yaşı 43 (31-54) yıldı. Takip süresince hastalardan 5'inin (%55,56) öldüğü görülürken kontrol grubunda ölüm görülmemesi nedeniyle RA grubunda ölüm oranı anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p < 0,001$). Beş ve on yıllık hasta sağkalımları RA grubunda sırasıyla %71,43 ve %50,00 iken kontrol grubunda %100 olup RA grubunda anlamlı derecede daha düşük bulundu ($p=0,019$; $p=0,003$). SpA grubunda 21 hasta olup hastaların 7'si kadın (%33,33), 14'ü erkekti. Ortalama nakil yaşı $39,65 \pm 13,81$ yıldı. Takip süresince hastalardan 4'ünün (%19,05) öldüğü görülürken kontrol grubunda ölüm görülmemesi nedeniyle SpA grubunda ölüm oranı anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,006$). SpA grubunda beş ve on yıllık hasta sağkalımlarının kontrol grubundaki gibi %100 olduğu, beş ve on yıllık allograft sağkalım oranlarının ise SpA grubunda kontrol grubuyla benzer olduğu görüldü. Nakil zamanı yüksek düzeyde CRP'ye sahip olmanın, SpA hastalarında mortaliteyi artırdığı görüldü ($p=0,027$).

Sonuç: Çalışmamızda, SLE hastalarında yapılan böbrek nakillerinde, kontrol grubuna kıyasla ölüm oranının daha fazla, on yıllık allograft ve hasta sağkalım oranının daha düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca SLE hastalarında nakil öncesi diyaliz süresinin uzun olmasının hasta sağkalımını olumsuz etkilediği gösterilmiştir. FMF hastalarında, kontrol grubunda yapılan böbrek nakillerine oranla ölüm oranının daha fazla, beş yıllık allograft, beş ve on yıllık hasta sağkalım oranının daha düşük olduğu bulunmuştur. RA ve SPA hastalarında yapılan böbrek nakillerinde, kontrol grubuna kıyasla, ölüm oranının daha fazla olduğu görülmüştür. Ayrıca SpA hastalarında nakil zamanı CRP değerinin yüksek olmasının ise mortaliteyi artırdığı gösterilmiştir. Tüm romatolojik hasta gruplarında, böbrek nakli sonrası en sık ölüm nedeninin enfeksiyon olduğu görülmüştür. Çalışmamızın romatolojik hastalarda böbrek nakli sonuçlarına dair az sayıda yayın olması sebebiyle literatüre önemli katkılar sağlaması beklenmektedir. Bu çalışma ile romatolojik hastalık ilişkili SDBH olan hastalarda, endikasyonu olan durumlarda nakilden kaçınılması gerektiği, en iyi RRT şeklinin böbrek nakli olduğu desteklenmiştir. Nakil sonrası gelişebilecek enfeksiyonlar ve erken tedavileri açısından dikkatli olunmalıdır. Nakil döneminde romatolojik hastalık aktivitesinin düşük olmasına dikkat edilmelidir. Nakil sonrasında da romatolojik hastalık nüksü açısından multidisipliner takibe devam edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Lupus nefriti, renal amiloidoz, böbrek nakli

Tablo 1. SLE ve kontrol grubu hastalarının klinik özellikleri ve nakil sonuçları

| Değişkenler | | SLE (n=20) | Kontrol (n=50) | p- değeri |
|---|-------|-----------------|-------------------|--------------------|
| Cinsiyet (n,%) | Kadın | 14 (70,00) | 16(32,00) | 0,004* |
| | Erkek | 6 (30,00) | 34(68,00) | |
| Yaş; yıl (ortalama.±standart sapma) | | 41,3±8,73 | 44,08±11,79 | 0,286 ^a |
| Nakil yaşı; yıl, ortanca (Q1-Q3) | | 26 (22,5-38,5) | 31,5 (21-43) | 0,339 |
| Takip süresi; ay, ortanca (Q1-Q3) | | 120 (60-192) | 126 (60-192) | 0,896 |
| Nakil öncesi hemodiyaliz süresi; (ay) ortanca (Q1-Q3) | | 30 (24-72) | 12 (3-30) | 0,012* |
| Kreatinin mg/dL, 5. yıl, ortanca (Q1-Q3) | | 1,16 (0,91-1,9) | 1,36 (1,04-1,64) | 0,641 |
| Kreatinin mg/dL, 10. yıl, ortanca (Q1-Q3) | | 1,59 (1-8,4) | 1,58 (1,03-2) | 0,602 |
| Kadavra (n, %) | | 5(26,32) | 7(14,00) | 0,289 |
| Ölüm (n, %) | | 4(20,00) | 0(,00) | 0,005* |
| 5 yılda allograft sağkalım oranı (n,%) | | 14/16(87,5) | 40/41(97,56) | 0,187 |
| 5 yılda hasta sağkalım oranı (n,%) | | 16/17(94,12) | 41/41(100,00) | 0,293 |
| 10 yılda allograft sağkalım oranı (n,%) | | 7/11(63,64) | 26/28(92,86) | 0,042* |
| 10 yılda hasta sağkalım oranı (n,%) | | 11/15(73,33) | (100,00) | 0,011* |

Tablo 2. FMF ve kontrol grubu hastalarının klinik özellikleri ve nakil sonuçları

| Değişkenler | | FMF (n=43) | Kontrol (n=50) | P değeri |
|---|-------|------------------|-------------------|--------------------|
| Cinsiyet, n (%) | Kadın | 15(34,88) | 16(32,00) | 0,769 |
| | Erkek | 28(65,12) | 34(68,00) | |
| Yaş; yıl (ortalama±ss) | | 42,86±11,32 | 44,08±11,79 | 0,614 ^a |
| Nakil yaşı; yıl (ortalama±ss) | | 31,98±12,03 | 33,14±13,72 | 0,613 ^a |
| Takip süresi; ay, ortanca (Q1-Q3) | | 108 (60-168) | 126 (60-192) | 0,643 |
| Nakil öncesi hemodiyaliz süresi (ay), ortanca (Q1-Q3) | | 12 (0-96) | 12 (3-30) | 0,371 |
| Kreatinin mg/dL, 5. yıl | | 1,25 (0,99-1,71) | 1,36 (1,04-1,64) | 0,651 |
| Kreatinin mg/dL, 10. yıl | | 1,23 (0,99-2,34) | 1,58 (1,03-2) | 0,817 |
| Kadavra (n, %) | | 11(25,58) | 7(14,00) | 0,159 |
| Ölüm (n, %) | | 14(32,56) | 0(,00) | <0,001* |
| 5 yılda allograft sağkalım oranı (n,%) | | 31/39(79,49) | 40/41(97,56) | 0,013* |
| 5 yılda hasta sağkalım oranı (n,%) | | 35/40(87,50) | 41/41(100,00) | 0,026* |
| 10 yılda allograft sağkalım oranı (n,%) | | 17/23(73,91) | 26/28(92,86) | 0,119 |
| 10 yılda hasta sağkalım oranı (n,%) | | 20/28(71,43) | 28/28(100,00) | 0,004* |

Herhangi bir sebeple abdomen bilgisayarlı tomografi çekilen spondiloartrit hastalarında romatoloğun tomografik olarak sakroiliak eklem değerlendirmesi ile radyoloğun raporundaki sakroiliit bulgularının uyumu

Başak Gülşah Kalashoğlu, İsmail Sarı

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, İzmir

Amaç: Spondiloartrit (SpA) tanılı hastalara akut batın şüphesi, malignite taraması veya nefrolitiazis gibi nedenlerle abdomen bilgisayarlı tomografi (BT) çekildiğinde radyolog tarafından primer hedefe yönelik olarak rapor yazılabilmekte ve sakroiliak eklemdeki (SİE) yapısal değişiklikler bildirilmemektedir. Bu çalışmada herhangi bir sebeple abdomen BT çekilen SpA tanılı hastaların SİE görüntülemelerini retrospektif olarak inceleyip sakroiliit varlığı açısından radyoloğun raporuyla uyumuna bakmayı hedefledik.

Yöntem: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Romatoloji Polikliniği'nde SpA olarak değerlendirilen, herhangi bir sebeple en az bir kez çekilmiş abdomen BT'si olan 188 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların eşlik eden komorbiditeleri, klinik bulguları, laboratuvar verileri ve ilaç kullanımları incelendi. Pelvis direkt grafileri iki ayrı romatolog tarafından birbirinden bağımsız olarak değerlendirildi. Abdomen BT'leri de füzyon varlığı ve total erozyon skoru açısından incelendi. Bu veriler hastane sistemindeki abdomen BT radyoloji raporlarında bildirilen sakroiliit verileri ile karşılaştırıldı.

Bulgular: BT raporları incelendiğinde 33 hastada sakroiliit ile uyumlu bulgular mevcutken, 155 hastada sakroiliit bildirilmemişti. Görüntüler tekrar değerlendirdiğinde 82 hastada sakroiliit ile uyumlu yapısal değişiklikler saptandı. BT'de yapısal değişikliği olan bu hastaların sadece 23'ünde (%28) sakroiliit rapor edilmişti. BT'de yapısal değişikliği olmayan hastaların (106 hasta) 10'unda (%9,4) radyoloji raporunda sakroiliit varken 96 hastanın (%90,6) radyoloji raporunda sakroiliit yoktu ($p<0,001$). Tekrar incelenen BT'lerde aşikar değişiklik/füzyon oranları radyoloji raporunda sakroiliit bulgusu olan grupta %75,8 iken radyoloji raporunda sakroiliit bildirilmeyen grupta %34,2 olarak saptandı ($p<0,001$). Total füzyonu olan hastaların %30,8 inde (16 hasta) radyoloji raporunda sakroiliit bildirilmişken, total füzyonu olmayan hastaların sadece %12,5 inde (17 hasta) sakroiliit raporlanmıştı ($p=0,003$).

Sonuç: Çalışmamız; SpA tanısı olup herhangi bir sebeple abdomen BT çekilen hastaların görüntülerinin romatologlar tarafından yeniden değerlendirilerek radyoloji raporları ile kıyaslandığı literatürdeki ilk çalışmadır. Çalışmada 82 hastada sakroiliit ile uyumlu yapısal değişiklik saptanmışken, BT'de yapısal değişikliği olan hastaların sadece 23'ünde (%28) sakroiliit rapor edilmişti. Bu duruma hekim başına düşen rapor yükünün fazla olması ve sadece tetkik istem nedenine cevap olarak bulguların değerlendirilmesi yol açıyor gibi gözükmektedir.

Anahtar Kelimeler: Spondiloartrit, sakroiliit, bilgisayarlı tomografi, erozyon

Sakroiliak MRG'DE aktif lezyonlardan yapısal değişikliklere geçiş ve ilişkili faktörler

Umur Kalyoncu¹, Gizem Ayan¹, Levent Kılıç¹, Pamir Atagündüz², Servet Akar³, Nazife Şule Yaşar Bilge⁴, Ediz Dalkılıç⁵, Yavuz Pehlivan⁵, Orhan Küçükşahin⁶, Cemal Bes⁷, Hakan Emmungil⁸, Duygu Ersöz⁹, Aşkın Ateş¹⁰, Rıdvan Mercan¹¹, Gezmiş Kimyon¹², Süleyman Serdar Koca¹³, Emel Gönüllü¹⁴, Veli Yazısız¹⁵, Nilüfer Alpay Kanitez¹⁶, Abdülşamet Erden¹⁷, Belkıs Nihan Coşkun⁵, Burcu Yağız⁵, Sedat Yılmaz¹⁸, Timuçin Kaşifoğlu⁴, Ali İhsan Ertenli¹, Sedat Kiraz¹

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

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

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

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

⁵Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

⁶Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁷Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Cam ve Şakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

⁸Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ

⁹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Adana

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

¹¹Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ

¹²Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Hatay

¹³Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ

¹⁴Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

¹⁵Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

¹⁶Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

¹⁷Ankara Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

¹⁸Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Sakroiliak MRG'de hem aktif hem de kronik lezyonlar görülebilir. Spondiloartrit (SpA) hastalarından oluşan bir bDMARD kohortunda sakroiliak MRG'de aktif ve yapısal lezyonları olan hastaların demografik ve hastalık özelliklerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: TReasure, 2017 yılında Türkiye'de başlatılan ve şu anda 17 merkezi içeren ulusal, çok merkezli, uzunlamasına ve gözlemsel bir veri tabanıdır. 1230/7015 (%17,5) SpA [Psoriasis artrit (PsA) dahil] hastasının MRG'sinde sakroiliit ile uyumlu

bulgular vardı ve bu bulgular her merkezdeki radyolog tarafından aktif ve yapısal lezyonların varlığı açısından kaydedildi. Hastaların demografik özellikleri, SpA ile ilişkili özellikler; daktilit, entezit, üveit, İBH, SpA aile öyküsü, kalça tutulumu, kalça replasmanı, mNY ile sakroiliit, sindesmotit. bDMARD başlanması sırasındaki hastalık aktivitesi; ASDAS-CRP, ASDAS- ESR, BASDAI, ESR, CRP, VAS (hekim global, hasta global), fonksiyon ve yaşam kalitesi; BASFI (>40 mm), HAQ-DI (<0,5, 0,5-1,0, >1,0), EQ5D, değerlendirilmiş ve aktif/aktif ve yapısal/yapısal lezyonlu gruplar arasında karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Sakroiliak MRG'si olan 1230 hastanın 548'inde (%44,5) sadece aktif lezyonlar, 418'inde (%33,9) hem aktif hem de yapısal lezyonlar ve 264'ünde (%21,5) sadece yapısal lezyonlar vardı. Hastaların tanıları r-SpA 833 (%67,7), periferik SpA 329 (%26,7), nr-SpA 321 (%26,1), enteropatik SpA 79 (%6,4), PsA 64 (%5,2) şeklindeydi. MRG'de "sadece aktif lezyon" ile "sadece yapısal lezyon" arasında yaş daha büyük, hastalık süresi daha uzun, mNY

kriterlerini karşılama ve kalça tutulumu oranı daha yüksek, HLA-B27 pozitifliği daha yüksek, sindesmotit varlığı daha yüksek, üveit daha fazla metrolojik indeksler (BASMI ve Schober testi) daha kötüydü (Tablo 1). Çok değişkenli analizde aktif lezyonlardan yapısal lezyon gelişimiyle ilişkili faktörler olarak OR 1,09 (%95 GA 1,04-1,14) ile hastalık süresi, OR 3,36 (%95 GA 1,52-7,40) ile mNY pozitif sakroiliit ve 3,80 (%95 1,23-11,8) ile üveit gösterildi.

Sonuç: Sakroiliak MRG'de aktif lezyonlardan yapısal lezyonlara geçiş zamanla ilişkili olabilir ve yaklaşık 5 yıl içinde kronikleşmenin geliştiği gözlenmiştir. Beklendiği gibi, MRG'de yapısal lezyonlar geliştiğinde, mNY kriterlerini karşılama oranı yaklaşık 3 kat artmaktadır. Üveit ile yapısal hasar gelişimi arasında bir ilişki vardır. Metrolojik indekslerin yapısal hasarı ile ilişkisi de göz önünde bulundurulmalıdır. Ancak MR'de merkezi okumamın olmaması bu değerlendirmede bir kısıtlamadır.

Anahtar Kelimeler: Sakroiliak, MRG, SpA

Tablo 1. MRG'de aktif/aktif ve yapısal/yapısal lezyonları olan hastaların özellikleri

| | Aktif lezyonlu MRG n=548 | Aktif ve kronik lezyonlu MRG n=418 | Kronik lezyonlu MRG n=264 | P |
|--|---|---|---|----------------|
| Güncel yaş (yıl) | 40 (33-48) | 41 (35-50) | 45 (38-52) | <0,001 |
| Cinsiyet (erkek) n, (%) | 279 (50,9) | 200 (47,8) | 146 (55,3) | 0,16 |
| Hastalık süresi, yıl, (semptom-bDMARD başlanması) | 5,1 (2,4-9,0) | 5,9 (2,7-10,3) | 7,5 (3,1-14,7) | <0,001 |
| Hastalık süresi, yıl, (tanı-bDMARD başlanması) | 1,6 (0,5-4,4) | 2,2 (0,6-5,9) | 2,9 (0,7-7,4) | <0,001 |
| AS n=833 Periferik SpA n=329 nr-AxSpA n=321 Enteropatik artrit n=79 PsA n=64 | 301 (36,1) 176 (53,5) 204 (63,6) 41 (51,9) 31 (48,4) | 323 (38,8) 91 (27,7) 76 (23,7) 24 (30,4) 25 (39,1) | 209 (25,1) 62 (18,8) 41 (12,8) 14 (17,7) 8 (12,5) | NA |
| BMI | 25,9 (23,4-29,4) | 27,6 (23,4-30,6) | 26,7 (23,9-30,9) | 0,011 |
| mNY kriterleri n (%) | 301 (56,9) | 323 (80,0) | 209 (81,3) | <0,001 |
| BASMI | 1,8 (1,0-2,6) | 3,0 (1,8-3,8) | 3,4 (1,9-4,6) | <0,001 |
| Schober's testi \leq 2 cm n (%) | 11 (4,2) | 23 (12,6) | 19 (19,2) | <0,001 |
| HAQ-DI skoru HAQ-DI <0,5, n (%) HAQ 0,5-1,0, n (%) HAQ >1,0, n (%) | 0,50 (0,20-0,90) 126 (45,3) 84 (30,2) 68 (24,5) | 0,63 (0,35-0,98) 66 (28,4) 105 (45,3) 61 (26,3) | 0,63 (0,30-1,0) 40 (31,0) 53 (41,1) 36 (27,9) | 0,025 0,001 |
| Sindesmotit, n (%) | 57 (12,1) | 62 (17,4) | 56 (24,3) | <0,001 |
| Entezit, n (%) | 155 (34,9) | 70 (21,2) | 64 (31,2) | <0,001 |
| Üveit, n (%) | 45 (8,3) | 34 (8,3) | 42 (16,2) | 0,001 |
| Kalça tutulumu, n (%) | 45 (9,3) | 69 (18,3) | 49 (20,4) | <0,001 |

Sürekli değişkenler medyan (%25-75) olarak sunulmuştur AS: Ankilozan Spondilit, SpA: Spondiloartrit, AxSpA: Aksiyel SpA, PsA: Psöriatik Artrit, BMI: Vücut kitle indeksi, BASMI: Bath Ankilozan Spondilit Metroloji indeksi, mNY: Modifiye New York Kriterleri, HAQ- DI: Sağlık Değerlendirme Anketi Engellilik indeksi

Takayasu arteritine eşlik eden spondiloartrit spektrumundaki hastalıkların sıklığı ve hastalık seyrine etkisi

Kerem Yiğit Abacar¹, Sema Kaymaz-Tahra², Özün Bayındır³, Burak İnce⁴, Muhammet Emin Kutu⁵, Ayten Yazıcı⁶, Elif Durak Ediboğlu⁷, Tuba Demirci Yıldırım⁸, Zeliha Ademoğlu⁹, Ahmet Amma¹⁰, Nazife Şule Yaşar Bilge¹¹, Gezmiş Kimyon¹², Timuçin Kaşifoğlu¹¹, Hakan Emmungil⁹, Fatoş Önen⁸, Servet Akar⁷, Ayşe Çefle⁶, Nilüfer Alpay Kanitez¹³, Selda Çelik⁵, Murat İnanç⁴, Kenan Aksu³, Gökhan Keser³, Haner Direskeneli¹, Fatma Alibaz Öner¹

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

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

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

⁴İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

⁶Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

⁷İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

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

⁹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ

¹⁰Ankara Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

¹¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

¹²Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Hatay

¹³Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Takayasu arteritli (TAK) hastalara spondiloartrit (SpA) spektrumundaki hastalıklar veya bu hastalıkların bulguları eşlik edebilmektedir. Ancak hastalığın kendisi veya bulgularının, TAK seyrine etkisi ve vasküler bulgularla ilişkisi hakkında yeterli veri yoktur. TAK hastalarında SpA, enflamatuvar barsak hastalığı (İBH) ve psoriasis sıklığını, klinik özelliklerini ve TAK'nin klinik özellikleri ve seyri üzerindeki etkisini araştırmayı amaçladık.

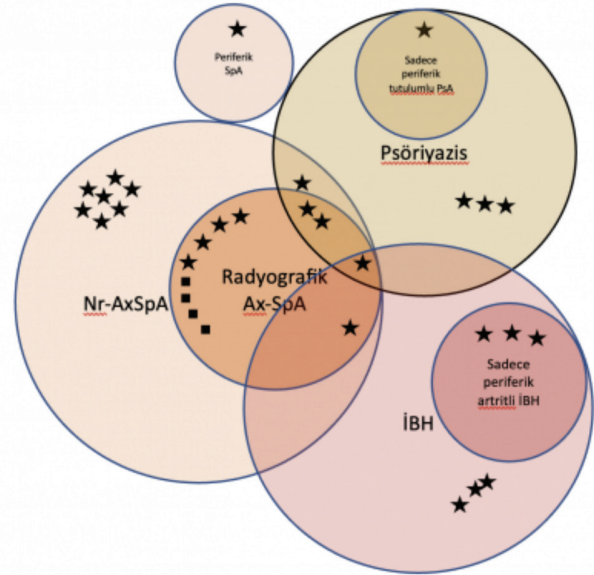
Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya, Türkiye genelinde 12 üçüncü basamak romatoloji kliniğinden ACR 1990 kriterlerine göre sınıflandırılabilen 350 TAK hastası dahil edildi. Tüm bu hastalar Aksiyel SpA (axSpA), İBH veya psoriasis varlığı açısından değerlendirildi. SpA spektrum bozukluğu olan veya olmayan TAK

hastalarının demografik ve klinik özellikleri, anjiyografik tutulum paternleri, hastalık aktivitesi, hasar skorları ve tedavileri kaydedildi ve karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı (SS) 45,5 (13,6) yıl ve ortalama takip süresi (SS) 76,1 (65,9) aydı. Üç yüz elli hastanın 31'inde (%8,8) SpA spektrumundan en az bir hastalık vardı: 8'inde (%2,2) İBH, 8'inde (%2,2) psoriasis ve 20'sinde (%5,7) axSpA tespit edildi (Şekil 1). TAK-SpA grubunda, TAK, grubun geri kalanına kıyasla istatistiksel anlamlı olarak daha erken hastalık başlangıcına sahipti (26,03±7,49 yıl ve 31,59±12,6 yıl, p=0,041). SpA ile ilişkili semptomlar genellikle TAK ilişkili semptomlardan daha önce başlamıştı. TAK için biyolojik tedavi kullanımı oranı TAK-SpA grubunda (%70,9) diğer TAK hastalarına (%27,9) göre anlamlı olarak yüksek idi (p<0,001) (Tablo 1). Damar tutulum paternleri her iki grupta benzerdi.

Sonuç: Çalışmamız, SpA spektrumundaki hastalıkların TAK hastalarında nadir olmadığını doğruladı. Bu tür hastalarda TAK semptomlarının daha erken ortaya çıktığı ve TAK-SpA grubunda biyolojik ajanlarla daha agresif tedavinin gerekli olduğu göz önüne alındığında, SpA-spektrum bozukluklarının varlığının TAK hastalarında daha şiddetli bir hastalık seyrine neden olabileceği sonucuna varılabilir.

Anahtar Kelimeler: Takayasu, spondiloartrit



Şekil 1. TAK/SpA hastalarının SpA spektrumu içinde dağılımı
SpA: Spondiloartrit, AxSpA: Aksiyel spondiloartrit, Nr-AxSpA: Non-radyografik aksiyel spondiloartrit, PsA: Psöriyatik artrit, İBH: Enflamatuvar barsak hastalığı, : kadın, : : erkek

Tablo 1. TAK'ın klinik özelliklerinin SpA-spektrum hastalarının varlığına göre karşılaştırılması

| | TAK/SpA | SpA'sız TAK | p |
|--|-------------|---------------|------------------|
| Tanı yaşı, ort (SS) | 29.5 (9.96) | 34.05 (13.06) | 0.087 |
| Kadın/Erkek oranı | 4/27 | 48/271 | 1 |
| TAK ilişkili semptomların başlangıç yaşı (yıl), ort (SS) | 26 (7.5) | 31.6 (12.6) | 0.041 |
| Tanıda gecikme süresi (ay), ort (SS) | 31.2 (34.5) | 34.7 (54.3) | 0.557 |
| Tanı sırasında ITAS, ort (SS) | 11.5 (6.4) | 11.3 (5.3) | 0.995 |
| Tanı sırasında ateş, n (%) | 6 (20) | 76 (25.6) | 0.507 |
| Eritema nodosum, n (%) | 5 (16.7) | 5 (1.6) | 0.001 |
| Rekürren oral aftöz stomatit, n (%) | 4 (13.3) | 23 (7.3) | 0.477 |
| İlk DMARD sonrası remisyon, n (%) | 15 (68.2) | 175 (70.8) | 0.795 |
| Relaps, n (%) | 8 (34.8) | 113 (40.3) | 0.591 |
| Relaps sayısı, ort (SS) | 0.4 (0.7) | 0.7 (1.05) | 0.365 |
| Biyolojik tedavi, n (%) | 22 (70.9) | 85 (27.9) | <0.001 |
| Güncel PGA skoru, ort (SS) | 1.6 (1.6) | 2.4 (2.1) | 0.035 |
| Güncel ITAS, ort (SS) | 1.2 (2.4) | 2.25 (2.6) | 0.007 |
| Güncel VDI, ort (SS) | 3.7 (2.7) | 3.7 (2.5) | 0.771 |
| Kümülatif kortikosteroid dozu (gram), ort (SS) | 8478 (8437) | 11016 (11037) | 0.254 |
| CRP (TAK tanısı sırasında) (mg/L), ort (SS) | 27.9 (8.5) | 26.7 (9.2) | 0.856 |

(TAK: Takayasu Arteriti, SpA: Spondiloartrit, SS: Standart Sapma, ITAS: Indian Takayasu Activity Score, DMARD: Disease Modifying Anti-Rheumatismal Drugs, PGA: Physician Global Assessment, VDI: Vasculitis Damage Index)

SS-006

Behçet hastalarının 1. derece yakınlarında ailesel Behçet taraması: Ana femoral ven duvar kalınlık ölçümünün erken tanıda değerlendirilmesi

Ayşe Elif Boncukçuoğlu¹, Erhan Topal², Rabia Ergelen³, Dilara Kaş⁴, Elifnur Alkan⁴, Gamzenur Kaya⁴, Şevket Girgin⁵, Tülin Ergun², Haner Direskeneli⁶, Fatma Alibaz Öner⁶

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁴Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

⁵Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

⁶Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Behçet hastalığı (BH) sıklıkla eski ipek yolu ülkelerinde izlenen, patogenezinde genetik ve çevresel etkenlerin rol oynadığı kronik enflamatuvar bir hastalıktır. Genellikle sporadik olmakla birlikte daha önce yapılan çalışmalarda ailesel agregasyon gösterilmiştir. Çalışmamızda Behçet hastalarının 1. derece yakınlarının BH klinik semptom ve bulguları açısından taraması ve ana femoral ven duvar (AFV) kalınlık ölçümünün ailesel BH'nın erken tanısında ek faydası olup olmadığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamıza Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı Behçet Kliniği'nde izlemde olan 129 Behçet hastası ve bu hastaların 230'u 1. derece yakını dahil edildi. Behçet hastaları ve hasta yakınları demografik veriler ve BH klinik bulguları açısından sorgulandı. Klinik muayeneyi kabul eden 111 hasta yakınına paterji testi ve ultrasonografik olarak AFV duvar kalınlık ölçümleri yapıldı. Ölçüm yapılan hasta yakınları ISG ve ICBD kriter setlerine göre sınıflandırıldı ve kriter setlerini karşılamayanlar BH için oral afta ek olarak anlamlı en az bir klinik bulgusu olması halinde "Şüpheli BH" grubuna dahil edildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan hasta yakınlarından %47,4'ü kadın, %52,6'sı erkek olup ortanca yaş 32 olarak gözlenmiştir. İki yüz otuz hasta yakınına yapılan klinik sorgulamada en sık bulgu olarak oral aft %46,5 oranında gözlenmiş olup eklem tutulumu %31,3, folikülit %28,3 ve EN %11,8 oranında saptanmıştır. Çalışmamızda 111 hasta yakınına klinik muayene yapılmış ve bunlardan 10'una BH tanısı konulmuştur. BH tanısı alan 10 kişiden 8'inde femoral ven duvar kalınlığı 0,5 mm ve üzeri cut-off değerinde saptanmıştır. AFV kalınlık oranları ISG ve ICBD tanı kriter setini karşılayan grupta karşılamayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (p<0,001). Şüpheli BH grubuna dahil edilenlerin AFV duvar kalınlık ölçümleri Şüpheli BH grubunda olmayanlara kıyasla istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek gözlenmiştir (p=0,003). OA, GU, folikülit veya EN semptom varlığı ile AFV duvar kalınlık artışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir (p=0,004, p<0,001 ve p=0,002). Semptom sayısı ve venöz duvar kalınlık artışı arasında orta düzeyde korelasyon saptanmıştır (r=0,419).

Sonuç: Çalışmamızda Behçet hastalarının 1. derece yakınlarında %9 oranında yeni BH tanısı konulmuştur. Ayrıca hasta yakını grubunda artmış OA, GU, EN, folikülit ve eklem tutulum sıklığı gözlenmiştir. AFV kalınlık ölçümleri BH için ISG ve/veya ICBD tanı kriter setini karşılayan hasta yakınlarının %80'inde 0,5 mm ve üzeri cut-off değerinde saptanmıştır. AFV kalınlığı şüpheli BH grubunda da yüksek saptanmış olup sonuçlarımız Behçet hastalarının 1. derece yakınlarında erken BH hastalığı tanısında AFV duvar kalınlığını ölçümünün faydalı olabileceğini düşündürmektedir. Tanı kriterlerini karşılamayan, az sayıda semptom veya bulgusu olan şüpheli BH grubunun takibinde artmış AFV kalınlığının BH gelişimini predikte edip etmediği çalışmamızın longitudinal takip verileri ile netleşecektir.

Anahtar Kelimeler: Aile, Behçet hastalığı, femoral ven/diyagnostik görüntüleme

MİR-183-5P, MİR-451A ve MİR-625-3P'nin sistemik sklerozis patogeneziindeki temel rolleri ve biyobelirteç potansiyelleri

Yavuz Pehlivan¹, Belkis Nihan Coşkun¹, Oğuzhan Akgün², Burcu Yağız¹, Yaren Yıldız², Emel Bülbül Başkan³, Şaduman Balaban Adım⁴, Ediz Dalkılıç¹, Ferda Arı²

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

²Bursa Uludağ Üniversitesi, Biyoloji Bölümü, Moleküler Biyoloji Anabilim Dalı, Bursa

³Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Bursa

⁴Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: Epitel-mezenkimal geçiş (EMT) yolağının sistemik sklerozis (SSk) patogenezi sürecinde önemli olabilecek gen-miRNA ağ yapısının açıklığa kavuşturulmasıdır.

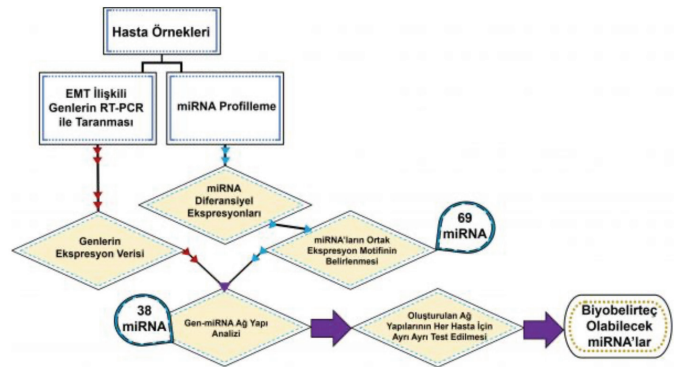
Yöntem: Punch biyopsi örnekleri, ACR/EULAR (2013) sınıflandırma kriterlerini karşılayan, SSK tanısını yeni alan ve tedavi başlanmamış olan hasta gruplarından alındı. Ayrıca SSK tanısı olmayan sağlıklı kontrollerden de biyopsi alındı. Alınan örneklerde miRNA ifade seviyeleri RNA sekans, Gen ekspresyon seviyeleri ise RT-PCR kullanılarak analiz edildi. İlk olarak Epithelial-Mesenchymal Transition Database v2 (dbEMT2) ve Kyoto Encyclopedia of Genes and Genomes (KEGG) veri tabanları kullanılarak EMT mekanizmasında merkezi görevlere sahip genler belirlendi. Her hasta örneğinde farklı miRNA ekspresyon durumları olabileceğinden R/Bioconductor yazılımı altında "WGCNA" paketi kullanılarak ortak ekspresyon motifleri (co-expression) belirlendi. EMT ilişkili genler ile ortak ekspresyon motifine sahip miRNA'lar için ekspresyona bağlı ilişki ağları R'da mirNet paketi kullanılarak miRTarBase, TarBase ve miRecords veritabanlarında analiz edildi. Bu sayede EMT ilişkili genler ile ilişkili miRNA'lar belirlenerek ağ yapı analizleri "cytoscape" yazılımında gerçekleştirildi. Son olarak ağ yapı analizleri sonucu elde edilen veriler tüm hastalarda ayrı ayrı test edildi. Ve biyobelirteç olabilecek miRNA'ların ayırım gücü artırıldı (Şekil 1). Bu araştırma klinik araştırmalar etik kurulu "2011-KAEK-26/434" sayılı kararı ile gerçekleştirilmekte ve ayrıca üniversitemiz Bilimsel Araştırma Proje Birimi tarafından desteklenmektedir. Deneysel çıktılar projemizin ikinci aşama sonuçlarını içermektedir.

Bulgular: Yapılan analizler sonucu sağlıklı kontrol gruplarına kıyasla SSK hastalarında 69 adet miRNA'nın farklı ifade profilleri sergilediği belirlenmiştir. RT-PCR çalışmalarında ise *AKT1*, *SMAD4*, *ERBB2*, *IGF2*, *FGFR2*, *STAT3* genlerinde anlamlı ekspresyonlar gözlenmiş ve gen-miRNA ağ yapı analizleri sonucu

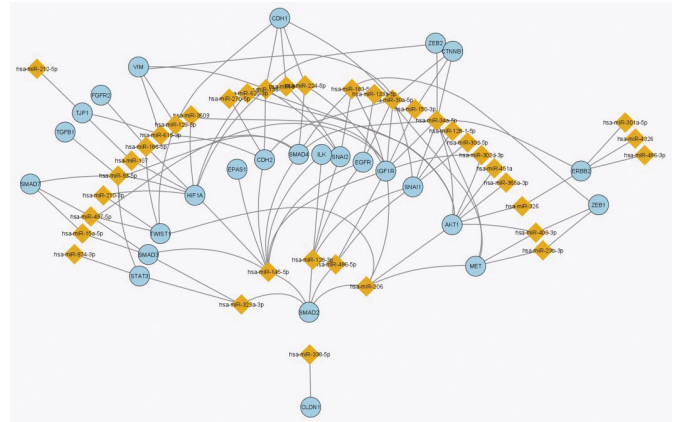
38 miRNA'nın EMT ilişkili olabileceği tespit edilmiştir. Tüm örnekler için ayrı ayrı yapılan ağ yapı analizleri sonucu ise özellikle hsa-miR-183-5p, hsa-miR-451a ve hsa-miR-625-3p'nin biyobelirteç olma potansiyellerinin bulunduğu gözlenmiştir (Şekil 2). Ayrıca alınan sonuçlar Raynaud fenomeninin uzun yıllardır olması ve deri bulgularının şiddetine göre korelasyon göstermiştir.

Sonuç: SSK'da fibrotik bozukluk hastalığının birçok klinik bulgusunun oluşmasında önemlidir. SSK'daki fibrozis sürecinde EMT yolağına yönelik terapötik veya diagnostik hedef/hedefler henüz tam olarak araştırılmamıştır. Çalışmamızda anlamlı ekspresyon artışı saptanan EMT ilişkili 24 gen ve 69 miRNA ile yapılan ağ analizi sonucunda 38 miRNA'nın etkin olduğu gözlenmiştir. Her hastanın ayrı ayrı gen ve miRNA ekspresyon profili test edilip hedef biyobelirteç olabilecek 38 miRNA'nın her hastada ayırım gücünün yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Biyobelirteç, epitel-mezenkimal geçiş (EMT), miRNA, patogenezi, sistemik sklerozis



Şekil 1. Çalışma dizaynı



Şekil 2. Sistemik sklerozis hastalarının miRNA profilleri

Lupus nefritli hastalarda disfonksiyonel HDL ile ilgili biyobelirteçler ve subklinik ateroskleroz ile ilişkisi

Sibel Zaralı¹, Eda Cingöz², Suzan Çınar³, Derya Baykız³, Arzu Poyanlı², Ahmet Kaya Bilge⁴, Yasemin Yalçınkaya⁵, Ahmet Gül⁵, Murat İnanç⁵, Bahar Artım Esen⁵

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

²Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

³Istanbul Üniversitesi, Aziz Sançar Deneysel Araştırma Enstitüsü, İmmünoloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁴Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

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

Amaç: Lupus hastalığında enflamasyon varlığında oluşan disfonksiyonel HDL, ateroskleroz belirteçleri olan plak varlığı veya intima-media kalınlığı ile korelidir. Nefrit gelişen SLE hastalarında plak sıklığı artmıştır. Çalışmada nefritli olan hastalarda disfonksiyonel HDL ilişkili biyobelirteçlerin (Pon-1, Apo-A1, Anti-Apo A1) subklinik ateroskleroz ile ilişkisinin karotis ve femoral Doppler USG ile ortaya konması amaçlanmıştır.

Yöntem: Altmış sekiz biyopsi kanıtı class 4 ve 5 lupus nefriti (LN) hasta, 45 non-nefrit SLE tanılı hasta, 36 sağlıklı gönüllü kontrol grubu dahil edildi. Toplam 139 hastaya karotis ve femoral Doppler ultrasonografi ve ekokardiyografik değerlendirme yapıldı. Eş zamanlı serum örneklerinde Pon-1, Apo-A1, Anti-ApoA1 ELİSA ile çalışıldı.

Bulgular: Renal SLE ve nonrenal SLE’de ayrı ayrı sağlıklı kontrole göre Pon-1 aktivitesi ve Apo-A1 düzeyi düşük, Anti-ApoA1 düzeyi yüksek saptandı (tümü için p<0,05). Renal SLE ile nonrenal SLE arasında biyobelirteç düzeyleri anlamlı farklılık göstermedi. Renal ve nonrenal SLE’de karotis ve femoral intima-media kalınlığı sağlıklı kontrollere kıyasla yüksekti ve SLICC ile pozitif koreleydi. SLEDAI skoru ile belirlenen aktif ve inaktif SLE ayırımında da Pon-1, Apo-A1 ve Anti-ApoA1 tanısız değerde bulunmadı. Renal ve nonrenal SLE’de sağlıklılara göre anlamlı yüksek karotis ve/veya femoral plak mevcuttu, nefritli olan ve olmayan SLE arasında plak sıklığı istatistiksel anlamlılık göstermedi. Renal SLE’de karotis ve femoral plak birlikteliği, nonrenal SLE grubuna göre yüksekti (p=0,02). Plağı olan renal SLE ile plağı olan nonrenal SLE grubu karşılaştırıldığında, Pon-1 aktivitesi ve Apo-A1 düzeyi istatistiksel anlamlılığa ulaşmasa da renal SLE’de daha düşük, Anti-ApoA1 düzeyi plağı olan renal SLE’de daha yüksek titrede idi; ancak fark istatistiksel açıdan anlamlı görülmedi. Plak varlığında bu biyobelirteçler tanısız açıdan anlamlı bulunmadı. Renal ve

nonrenal SLE’de plak varlığı tahmin etmede yaş (p<0,001) her bir birimlik artışta plak görülme olasılığında %14,9 artış ve hastalık süresi (p<0,05) fazladan geçirilen her ayda plak görülme olasılığında %1,4 artış sağladı.

Sonuç: SLE’de artmış akserle subklinik ateroskleroz varlığının erken tespit edilmesinde görüntüleme önemli yere sahiptir. Proenflamatuvar HDL’nin aterosklerozda rolü düşünüldüğünde, HDL komponentleri ve onlara yönelik gelişen antikorların görüntüleme bulguları eşliğinde longitudinal izlemde anlamlı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, ateroskleroz, plak

Tablo 1. PON-1, APO-A1 ve Anti-APOA1 ELISA sonuçları

| Özellik | Renal SLE (n=68) | Nonrenal SLE (n=45) | P* | Sağlıklı (n=36) | p** | p*** |
|------------|------------------|---------------------|-----|-----------------|--------|--------|
| Pon-1 | 137,9±117,4 | 157,6±135,6 | 0,4 | 436,3±206,4 | <0,001 | <0,001 |
| Apo-A1 | 11,3±10,3 | 12,9±13,2 | 0,2 | 37,5±27,2 | <0,001 | <0,001 |
| Anti-ApoA1 | 4,08±3,8 | 4,3±3,8 | 0,8 | 2,9±1,4 | 0,04 | 0,02 |

* Renal SLE vs nonrenal SLE karşılaştırması

** Renal SLE vs sağlıklı kontrol

*** Nonrenal SLE vs sağlıklı kontrol

Tablo 2. Gruplarda plak varlığı

| Özellik | Renal SLE (n=68) | Sağlıklı (n= 26) | P* | Nonrenal SLE (n=45) | p** | p*** |
|---------------------------------|------------------|------------------|------|---------------------|------|------|
| Herhangi bir plak varlığı, n(%) | 39(57,4) | 7(26,9) | 0,01 | 20(44,4) | 0,2 | 0,24 |
| Karotis plak varlığı, n(%) | 30(44,1) | 5(19,2) | 0,03 | 12(26,7) | 0,57 | 0,07 |
| Femoral plak, n(%) | 23(33,8) | 5(19,2) | 0,2 | 10(22,2) | 1,0 | 0,21 |
| Karotis ve femoral plak, n(%) | 14(20,6) | 3(11,5) | 0,38 | 2(4,4) | 0,34 | 0,02 |

* Renal SLE vs sağlıklı kontrol karşılaştırması

** Nonrenal SLE vs sağlıklı kontrol

*** Renal SLE vs nonrenal SLE

Tablo 3. Plak varlığı için risk oluşturan parametrelerin çoklu analizi

| | OR | %95 GA | P |
|---|-------|---------------|-----------------|
| Yaş, yıl | 1,149 | 1,066-1,238 | <0,05 |
| SLE hastalık süresi, ay | 1,014 | 1,001-1,027 | <0,05 |
| Kümülatif steroid dozu, gr | 0,956 | 0,866-1,054 | 0,367 |
| SLICC hasar skoru | 0,878 | 0,479-1,608 | 0,673 |
| Diyabetes mellitus | 1,920 | 0,080-46,172 | 0,688 |
| Hipertansiyon | 0,679 | 0,196-2,356 | 0,542 |
| Sigara | 0,702 | 0,181-2,720 | 0,609 |
| Hiperlipidemi | 1,577 | 0,330-7,536 | 0,568 |
| APS | 0,287 | 0,011-7,393 | 0,452 |
| aPL pozitifliği | 1,517 | 0,035-65,390 | 0,828 |
| LAK pozitifliği | 0,315 | 0,008-11,903 | 0,533 |
| Anti-aKL IgM pozitifliği | 0,089 | 0,003-3,053 | 0,180 |
| Anti-aKL IgG pozitifliği | 0,322 | 0,009-10,956 | 0,529 |
| Antikoagulan kullanımı | 8,087 | 0,588-111,301 | 0,118 |
| Herhangi bir dozda steroid kullanımı | 1,727 | 0,455-6,552 | 0,422 |
| Steroid ilişkili hasar varlığı | 0,639 | 0,111-3,690 | 0,617 |

SS-009

Non-spesifik aksiyal semptomu olan psoriasis ve psöriatik artrit hastalarının düşük doz BT ile değerlendirilmesi

Şerife Asya Germe¹, Gizem Ayan¹, Sibel Doğan Günaydın², Başak Yalıcı Armağan², Levent Kılıç¹, Umut Kalyoncu¹

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

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara

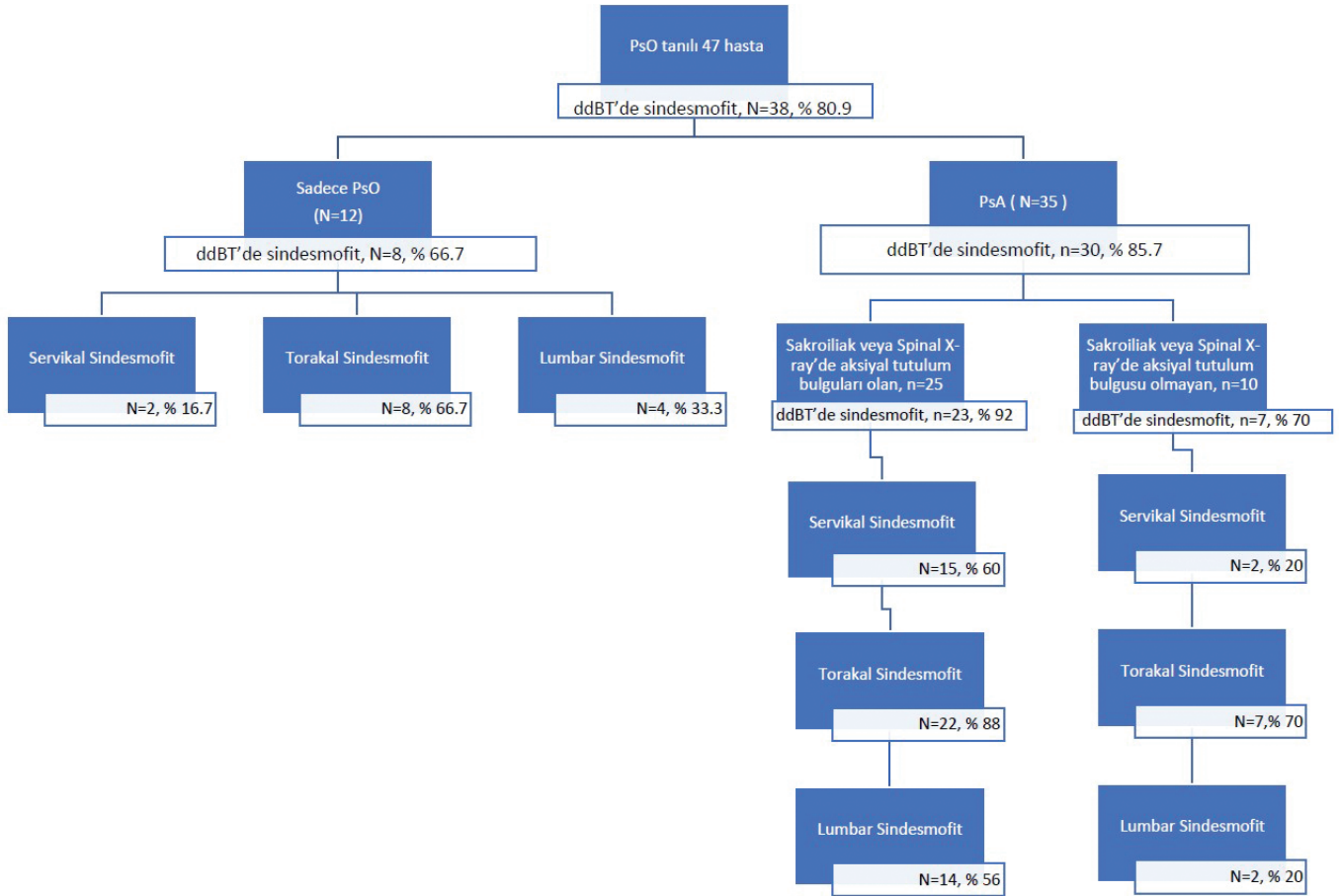
Amaç: Aksiyal Spondiloartrit (SpA) hastalarında yapısal değişikliklerin saptanmasında spinal düşük doz BT'nin (ddBT) konvansiyonel radyografiden üstün olduğu gösterilmiştir. Psöriatik Artrit (PsA) hastalarında bu konuda henüz çalışma yoktur. Bu çalışmanın amacı psoriasis (PsO) ve PsA hastalarında spinal ddBT'nin tanı ve hastalık ciddiyetine katkısının belirlenmesidir.

Yöntem: Son 9 ay içerisinde dermatoloji polikliniğinden yönlendirilmiş olan 143 PsO hastası değerlendirildi. Bu hastaların 116'sında herhangi bir aksiyal semptom vardı, 35/116'sı (%30,1) enflamatuvar karakterdeydi. 47/116'sı (%40,5) pelvis, lomber, servikal X-ray (XR) grafler ve tüm spinal ddBT ile değerlendirildi. Bu hastaların yaşları, cinsiyetleri, PsO ve PsA hastalık süreleri kaydedildi. Hastalar XR'ine göre; modifiye New York kriterlerini (mNY) karşılamıyor, sadece mNY'ye göre sakroiliit (Sİ), sindesmotit (SİN) ve mNY'a göre sakroiliit, sadece sindesmotit şeklinde dört gruba ayrıldılar (iki romatoloji doktorunun konsensusuna göre, UK ve LK). Tüm spinal BT'ler (koronal ve sagittal planda) iki romatoloji doktoru tarafından değerlendirildi. C2-S1 arasında sindesmotit var/yok belirlendi, köprüleşme ve Anderson lezyonu var ise ayrıca not edildi (iki romatoloji doktorunun konsensusuna göre, UK ve GA). Spinal ddBT'nin aksiyal tutulumuna katkıları değerlendirildi.

Bulgular: Bu çalışmaya 47 hasta dahil edildi. On beş (%32) hasta enflamatuvar, 32 hasta (%68) non-spesifik aksiyal semptom tarifliyordu. Hastaların (%68,1 kadın, %31,9 erkek) ortalama yaşı 47,4 yılı. Medyan PsO süresi 15 yıl; daha önceden PsA tanısı olan 10 hastanın medyan hastalık süresi 4,5 yılı. On iki (%25,5) hastada sadece PsO, 35 (%74,5) hastada PsA vardı (Figür 1). PsA olanların 25/35'inde (%71) XR'e göre aksiyal tutulum (Sİ ve/veya SİN) varken, 10/35'inde (%29) XR normaldi. Tüm spinal ddBT ile değerlendirildiğinde sadece PsO olanların 8/12'sinde (%66,7) sindesmotit saptandı (8 torakal, 4 lomber, 2 servikal). PsA hastalarının ise 30/35'inde (%85,7) sindesmotit vardı (Figür 1). Düşük doz BT'de bölgelere göre sindesmotit dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. Köprüleşme ve Anderson lezyonları sırasıyla PsO hastalarında 1/12 (%8,3) ve 2/12 (%16,7); PsA hastalarında ise 17/35 (%48,6) ve 8/35 (%22,9) saptandı. PsO ve PsA olan 47 hasta değerlendirmeye alındığında; XR normal olanların 15/22'sinde (%68), XR'de sadece sakroiliit olanların 7/9'ünde (%77,7), XR'de sakroiliit ve sindesmotit olanların 5/54'ünde (%100), XR'de sadece sindesmotit olanların 11/11'inde (%100) ddBT'de sindesmotit saptandı. Buna göre 38/47 (%80,8) hastada ddBT'de en az bir sindesmotit vardı (Tablo 1).

Sonuç: Non-spesifik aksiyal semptomu olan PsO ve PsA hastaları spinal ddBT ile değerlendirildiğinde hastaların önemli bir kısmında da yeni sindesmotit saptanmıştır (sadece PsO tanısı olan hastaların bile 2/3'ünde) ya da sindesmotitlerin yaygınlığında artış görülmüştür. SpA'da olduğu gibi torakal vertebra en sık tutulan alanların başında gelmektedir. Sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırmalı çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: Sedef hastalığı, psöriatik artrit, radyoloji



Şekil 1. Konvansiyonel radyografi sonuçları ile ddBT bulgularının dağılımı

Tablo 1. ddBT'de saptanan sindesmfotlerin dağılımı

| | Tüm Hastalar n=47 | Sadece mNY sakroiliit (+) n=9 | Sakroiliit ve Sindesmfot n=5 | Sadece Sindesmfot n=11 | mNY ve Sindesmfot negatif n=22 |
|-----------------------------|----------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| C2-L5 en az bir vertebrada | 38 (80,9) | 7 (77,8) | 5 (100) | 11 (100) | 15 (68,2) |
| C2-L5 en az iki bölgede* | 28 (59,6) | 5 (55,6) | 5 (100) | 10 (90,9) | 8 (36,4) |
| C2-L5 en az üç bölgede* | 10 (21,3) | 1 (11,1) | 1 (20) | 7 (63,6) | 1 (4,5) |
| C2-C7 en az bir vertebrada | 19 (40,4) | 3 (33,3) | 2 (40) | 10 (90,9) | 4 (18,2) |
| C2-C7 en az iki vertebrada | 7 (14,9) | 0 | 1 (20) | 6 (54,5) | 0 |
| T1-T12 en az bir vertebrada | 37 (78,7) | 7 (77,8) | 5 (100) | 10 (90,9) | 15 (68,2) |
| T1-T12 en az iki vertebrada | 34 (72,3) | 7 (77,8) | 5 (100) | 10 (90,9) | 12 (54,5) |
| T1-T12 en az üç vertebrada | 24 (51,1) | 4 (44,4) | 5 (100) | 8 (72,7) | 7 (31,8) |
| L1-L5 en az bir vertebrada | 20 (42,6) | 3 (33,3) | 4 (80) | 7 (63,6) | 6 (27,3) |
| L1-L5 en az iki vertebrada | 14 (29,8) | 3 (33,3) | 4 (80) | 5 (45,5) | 2 (9,1) |

* bölge: servikal-torakal-lumbar

Ulusal dev hücreli arterit veritabanı izlem verisi: Relaps oranı kontrollü çalışmalardan düşüktür

Fatma Alibaz Öner¹, Bahar Keleşoğlu², Mehmet Ali Balcı³, Gözde Kübra Yardımcı⁴, Berkan Armağan^{4,5}, Levent Kılıç⁴, Özlem Karakaş⁵, Abdulsamet Erden⁵, Sule Yasar Bilge⁶, Rıza Can Kardeş⁷, Hamit Küçük⁷, Orhan Zengin⁸, Murat Taşcı⁹, Sinem Burcu Kocaer¹⁰, Sule Yavuz¹¹, Atalay Doğru¹², Mehmet Şahin¹², Özün Bayındır¹³, Gizem Sevik¹, Zeynep Ertürk^{1,14}, Nilüfer Alpay Kanitez¹⁵, Hasan Göğebakan¹⁶, Mehmet Engin Tezcan¹⁷, Mustafa Ferhat Öksüz^{18,19}, Ayşe Çefle²⁰, Orhan Küçükşahin²¹, Ayten Yazıcı²⁰, Esen Kasapoğlu²¹, Cemal Bes²², Ali Uğur Ünal^{1,23}, Ediz Dalkalç¹⁸, Gözde Yıldırım Çetin¹⁶, Kenan Aksu¹³, Gökhan Keser¹³, Fatoş Önen¹⁰, Veli Çobankara²⁴, Bünyamin Kısacık²⁵, Ahmet Mesut Onat²⁶, Mehmet Akif Öztürk⁷, Timuçin Kaşifoğlu⁶, Ahmet Omma⁵, Ömer Karadağ⁴, Aşkın Ateş², Haner Direskeneli¹

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

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

³İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

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

⁵Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

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

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

⁸Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

⁹Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bolu

¹⁰Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

¹¹Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

¹²Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Isparta

¹³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

¹⁴Medipol Çamlıca Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

¹⁵Koc Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

¹⁶Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kahramanmaraş

¹⁷Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

¹⁸Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

¹⁹Medical Park Pendik Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

²⁰Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

²¹Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

²²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

²³Medical Park Ordu Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ordu

²⁴Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Denizli

²⁵Sanko Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

²⁶Medical Park Gaziantep Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Gaziantep

Amaç: Dev hücreli arterit (DHA) büyük çaplı arterleri tutan kronik granümatöz bir vaskülitir. DHA'da kortikosteroidler ilk seçenек standart tedavi olarak kabul edilir. Ancak tosilizumab ve abatasept ile yapılan kontrollü çalışmalarda, sadece kortikosteroid tedavi alan hastalarda relaps oranı, 12-24 aylık takipte %70-80 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada, günlük pratikte DHA tanısıyla izlenen hastalarda, kullanılan tedavilerin ve takipte gelişen relaps oranlarının araştırılması amaçlanmıştır.

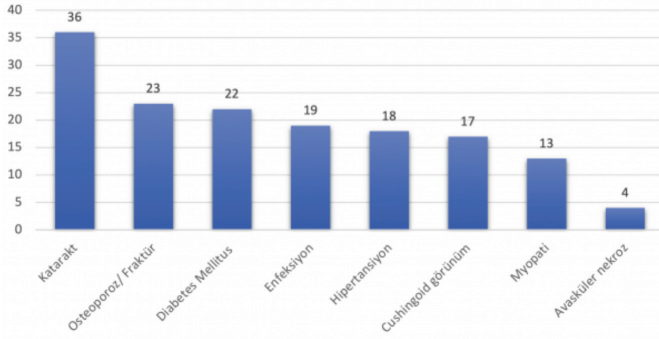
Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya, Türkiye'de tersiyer romatoloji merkezlerinde ACR 1990 kriterlerine göre DHA tanısıyla izlenen hastalar dahil edilmiştir. Hastaların klinik ve demografik özellikleri, tedavi yaklaşımları ve takip verileri dosyalarından elde edilmiştir. Takip eden hekimin, steroid dozunu arttırmasına veya yeni immünosüpresif tedavi (IS) eklemesine neden olan akut faz yanıtı artışı veya yeni hastalık bulgusu gelişimi relaps olarak tanımlanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 330 (kadın/erkek: 196/134) hasta dahil edildi. Tanı sırasında ortalama hasta yaşı 68,9±9,0 yıl idi. Polimyaljia romatika hastaların %24,5'inde (n=81) mevcuttu (Tablo 1). Temporal arter biyopsisi yapılan 241 hastanın, 180'inde (%54,5) DHA tanısı histopatolojik olarak gösterildi. Remisyon indüksiyonunda tüm hastalara 0,5-1 mg/kg/gün kortikosteroid tedavisi başlandığı, ayrıca 69 (%20,9) hastanın başlangıçta pulse kortikosteroid tedavisi aldığı saptandı. İdame tedavide 256 (%76,4) hasta ek IS tedavi almaktaydı (metotretsat: 187, azathioprin: 54, tosilizumab: 9, siklofosamid: 2). Tanı sonrasında medyan takip süresi 26,5 (6-190) aydı. Altı aydan uzun süre takip verisi olan 260 (%78,8) hasta mevcuttu. Takip süresince gelişen relaps oranı %18,8 (n=49) ve mortalite oranı %4,2 (n=11) saptandı. Relaps gelişimi ile hastalık ve tedavi ilişkili faktörler arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Takip süresi sonunda yalnızca 62 (%23,8) hastada kortikosteroid tedavisinin kesilebildiği saptandı. Son takip vizitinde 13 (%5) hasta takip eden hekim tarafından verilen tedavilere refrakter/aktif olarak değerlendirildi. Hastaların %24,6'sında kortikosteroid ilişkili yan etkiler ve %66,2'sinde en az bir vaskülit hasar indeksi bulgusu mevcuttu (Şekil 1).

Sonuç: Türkiye'den bildirilen bu ilk çok merkezli DHA serisinde, hastaların %76,4'üne tanıdan itibaren kortikosteroid-azaltıcı IS ajan başlandığını ve ortalama 26 aylık takip boyunca hastaların yaklaşık beşte birinde relaps geliştiğini saptadık. Takip sonunda hastaların %25'inde kortikosteroid ilişkili yan etkiler mevcuttu. Bu sonuçlar DHA hastalarında tanıdan itibaren ek IS kullanımının takipte daha az relaps ile ilişkili olabileceğini ancak IS kullanımına rağmen hastaların önemli bir kısmında kortikosteroid ilişkili yan etkilerin geliştiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Dev hücreli arterit, relaps, kortikosteroid, immünosüpresif tedavi

Kortikosteroid ilişkili yan etkilerin dağılımı (n=64)



Şekil 1. Kortikosteroid ilişkili yan etkilerin dağılımı

Tablo 1. Dev hücreli artrit hastalarının tanı anındaki klinik özellikleri

| | Dev Hücreli Artrit n=330 |
|--|-----------------------------|
| Sistemik İnflamasyon Bulguları | |
| Eritrosit sedimentasyon hızı (mm/saat) (n=328) | 79.7 ± 29.2 |
| C-reaktif protein (mg/l) (n=325) | 84.9 ± 69.3 |
| Anemi (n,%) | 202 (61.8) |
| Halsizlik (n,%) | 261 (81.3) |
| Kilo kaybı (n,%) | 137 (41.5) |
| Ateş (n,%) | 80 (24.3) |
| Polimyaljia Romatika (n,%) | 81 (24.5) |
| Vasküler İskemi Bulguları | |
| Baş ağrısı, n (%) | 294 (89.1) |
| Saçlı deride hassasiyet, n (%) | 156 (47.3) |
| Çene klidkasyonu, n (%) | 128 (38.8) |
| Oküler semptomlar, n (%) | 139 (42.1) |
| Ekstremitte klidkasyonu, n (%) | 18 (5.9) |
| Nörolojik bulgular, n (%) | 14 (9.0) |
| Komorbiditeler | |
| Hipertansiyon, n (%) | 177 (78.6) |
| Diabetes mellitus, n (%) | 92 (41.1) |
| Hiperlipidemi, n (%) | 78 (26.0) |
| İskemik kalp hastalığı, n (%) | 64 (20.2) |
| Kronik böbrek yetmezliği, n (%) | 26 (8.1) |
| Malignite, n (%) | 12 (3.6) |

SS-011

Çocukluk çağı başlangıçlı ERA ve poliartrit uzun süreli takibi ve sonuçları: HÜR-BİO deneyimi

Emine Büşra Ata, Ali İhsan Ertenli, Sedat Kiraz, Şule Apraş Bilgen, Ömer Karadağ, Ali Akdoğan, Levent Kılıç, Emre Bilgin, Gizem Ayan, Zehra Duman Aksoy, Güllü Sandal Uzun, Mustafa Ekici, Erdinç Ünal, Büşra Fırlatan, Sevgi Gözde Kart Bayram, Umur Kalyoncu

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

Amaç: Çocukluk çağında başlangıçlı kronik artritler farklı şekilde gruplanmaktadır, erişkin yaşta en sık entezit ilişkili artrit (ERA) ve poliartrit artrit vardır. Bu çalışmada biyolojik hastalık modifiye edici ilaç (DMARD) kullanan bir erişkin kohortunda çocukluk yaşında entezit ilişkili artrit (ERA) ve poliartrit arriti olan hastaların klinik özellikleri ve fonksiyonel durumlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: HÜR-BİO veri tabanı 2005 yılında kurulmuş, prospektif olarak bDMARD kullanan hastaların kaydedildiği tek merkezli veri tabanıdır. HÜR-BİO SpA (3448 hasta), RA (2365 hasta) ve PsA (634 hasta) olarak üç farklı veri tabanına kaydedilmektedir. Toplam 6447 hastanın 167'si (%2,6) 16 yaşından önce tanı almıştır. Bu hastalar çocukluk başlangıçlı kronik artritler olarak isimlendirilmiştir. Bu hasta grubunda ILAR sınıflama kriterlerine göre ERA ve poliartrit (RF pozitif veya negatif) 147 hasta belirlenmiştir. Bu iki grubun demografik özellikleri, biyolojik DMARD başlama yaşları, cs ve bDMARD ve steroid kullanma öyküsü, bDMARD öncesi ve son kontrolde hastalık aktivitesi (DAS-28), fonksiyonel durumu (HAQ-DI, bDMARD devam oranları, bDMARD'lara arasında değişim varlığı, FMF ve kalça/diz protezi öyküsü kaydedilmiştir.

Bulgular: Toplam 82 ERA (%17,1 kadın), 65 (%80,0 kadın) poliartrit artrit hastası değerlendirilmiştir. Poliartrit hastalarının 26/65'inde (%40,0) RF pozitifdir. ERA hastalarında semptom başlangıç yaşı 2 yıl, tanısı ise 3 yıl daha geçtir. ERA hastaları daha sık sulfasalazin, poliartrit hastaları ise metotreksat ve steroid kullanmaktaydı. ERA hastalarında bDMARD'a kadar geçen süre çok daha kısadır [5,0 (5,1) karşı 11,2 (10,1) yıl, p<0,001]. bDMARD tedavisi öncesinde hastalık aktivitesi daha az [DAS-28 3,0 (1,2) karşı 4,7 (1,3), p<0,001], fonksiyonel durum daha iyidir [HAQ-DI 0,62 (0,37) karşı 1,18 (0,82)]. ERA hastaları ilk semptomlarından itibaren 17 yıl, poliartrit artrit hastaları 23 yıl takip edilmişlerdir. Son kontrolde poliartrit hastalarının hastalık aktivitesi daha yüksek, fonksiyonel durumu daha kötü, protez ihtiyacı daha fazladır (Tablo 1).

Sonuç: Çocukluk çağında başlayan ERA erişkin yaşta spondiloartrite, poliartrit artrit ise romatoid artrite benzemektedir. Gerçekten de cinsiyet, tedavi seçimleri bu ayrımı desteklemektedir. ERA hastalarında bDMARD'a kadar geçen süre daha makul düzeydeyken poliartrit artritte daha uzun süre geçmektedir. Yüksek hastalık aktivitesi, kötü fonksiyonel durum ve özellikle kalça protezindeki sıklık birlikte değerlendirildiğinde

yaklaşık 20 yıllık takibin sonunda poliyartiküler artritlerin daha kötü prognoza sahip olduğu öngörülebilir, bu hastaların daha erken dönemde gelişmiş tedaviye başlaması daha uygun olabilir.

Anahtar Kelimeler: Jüvenil idiyopatik artrit, entezit ilişkili artrit, poliyartiküler jüvenil idiyopatik artrit

Tablo 1. Entezit ilişkili artrit ile poliyartiküler artrit hastalarının demografik ve klinik verileri

| | ERA n=82 | Poliyartiküler artrit n=65 | p |
|--|--------------|----------------------------|--------|
| Yaş, ort. (SD) | 29,0 (6,1) | 32,9 (9,5) | 0,006 |
| Cinsiyet kadın n (%) | 14 (17,1) | 52 (80,0) | <0,001 |
| Semptom başlangıç yaşı, ort. (SD) | 13,6 (2,3) | 10,7 (4,7) | <0,001 |
| Tanı yaşı ort. (SD) | 13,6 (2,3) | 10,7 (4,7) | <0,001 |
| Semptomdan tanıya kadar geçen süre (SD) | 1,78 (2,41) | 1,17 (2,04) | 0,105 |
| Hastalık süresi ort. (SD) | 15,5 (6,5) | 22,2 (10,4) | <0,001 |
| Vücut kitle indeksi ort. (SD) | 23,2 (4,3) | 22,1 (4,3) | 0,118 |
| FMF, n (%) | 24 (29,3) | 6 (9,2) | 0,074 |
| Metotreksat kullanımı n (%) | 47 (57,3) | 58 (89,2) | <0,001 |
| Sülfosalazin kullanımı n (%) | 66 (80,5) | 35 (53,8) | 0,001 |
| Steroid kullanımı n (%) | 36 (43,9) | 54 (83,1) | <0,001 |
| Biyolojik başlama yaşı (SD) | 18,5 (4,8) | 21,9 (9,6) | 0,012 |
| Biyolojik tedaviye kadar geçen süre ort. (SD) | 5,0 (5,1) | 11,2 (10,1) | <0,001 |
| İlk kullanılan biyolojik ilaç | | | |
| Adalimumab | 15 (18,3) | 9 (13,8) | |
| Etanersept | 46 (56,1) | 47 (72,3) | |
| İnfliksımab | 15 (18,3) | 5 (7,7) | |
| Sertolizumab | 1 (1,2) | 2 (3,1) | |
| Golimumab | 3 (3,7) | 0 (0) | |
| Anakinra | 2 (2,4) | 0 (0) | |
| Abatacept | 0 (0) | 1 (1,5) | |
| Tosilizumab | 0 (0) | 1 (1,5) | |
| Biyolojikler arasında değişim, n (%) | 39 (47,6) | 45 (69,2) | 0,008 |
| Biyolojik değişimine kadar geçen ortalama süre (ay) (SD) | 125,1 (14,6) | 116,3 (8,3) | 0,409 |
| Biyolojik öncesi HAQ, ort. (SD)* | 0,62 (0,37) | 1,18 (0,82) | 0,020 |
| Biyolojik öncesi DAS-28, ort. (SD)* | 3,0 (1,2) | 4,7 (1,3) | <0,001 |
| Son kullanılan biyolojik ilaç | | | |
| Adalimumab | 23 (28) | 17 (26,2) | |
| Etanersept | 32 (39,0) | 19 (29,2) | |
| İnfliksımab | 4 (4,9) | 2 (3,1) | |
| Sertolizumab | 10 (12,2) | 6 (9,2) | |
| Golimumab | 5 (6,1) | 3 (4,6) | |
| Sekukinumab | 3 (3,7) | 0 (0) | |
| Ustekinumab | 1 (1,2) | 0 (0) | |
| Anakinra | 1 (1,2) | 0 (0) | |
| Abatacept | 0 (0) | 1 (1,5) | |
| Tosilizumab | 0 (0) | 13 (20,0) | |
| Tofasitinib | 0 (0) | 3 (4,6) | |
| Barisitinib | 0 (0) | 1 (1,5) | |
| Son kontrol HAQ, ort. (SD)* | 0,22 (0,29) | 0,56 (0,66) | <0,001 |
| Son kontrol DAS-28, ort. (SD)* | 1,8 (0,9) | 2,8 (1,6) | <0,001 |
| Biyolojik altında takip süresi ort. (SD) (yıl) | 7,2 (4,7) | 8,0 (5,2) | 0,365 |
| Kalça protezi, n (%) | 1 (1,2) | 12 (18,5) | <0,001 |
| Diz protezi, n (%) | 0 (0) | 3 (4,6) | 0,084 |

Pediyatrik başlangıçlı Behçet hastalığının genç erişkinlik döneminde klinik seyri

Tuğçe Bozkurt¹, Mehmet Yıldız², Rabia Deniz³, Ayten Yazıcı⁴, Murat Karabacak⁵, Hakan Karataş¹, Seda Kutluğ Ağaçkiran⁵, Aybuke Günel², Elif Kılıç Könte², Sezgin Şahin², Oya Köker⁶, Kenan Barut², Cemal Bes³, Ayşe Çefle⁴, Tülin Ergun⁷, Haner Direskeneli⁵, Özgür Kasapçopur², Fatma Alibaz Öner⁵

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

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

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

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

⁶Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

⁷Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Behçet hastalığı (BH), genellikle puberte sonrası ortaya çıkar ve sıklıkla genç yaşlarda aktif seyrederek. Yetişkinlikte tanınmasına rağmen hastalığın ilk semptomları daha erken yaşlarda başlayabilir, olguların %4-26'sında hastalık nadiren 16 yaşından önce tanı alır. Pediyatrik BH, yalnızca başlangıç yaşı açısından değil, klinik bulguların sıklığı, hastalık şiddeti açısından da erişkin BH'dan farklılık gösterir ve tam bir hastalık fenotipinin gelişimi uzun sürebilir. Bu çalışmada pediyatrik başlangıçlı Behçet hastalarının klinik ve demografik özelliklerinin değerlendirilmesi ve bu hastaların erişkin dönemdeki takiplerinde hastalık seyri ve prognozunun incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Toplam 5 klinikten (Marmara Üniversitesi erişkin multi-disipliner Behçet kliniği ve pediyatrik romatoloji bilim dalı (BD), Kocaeli Üniversitesi Romatoloji BD, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Çocuk Romatoloji BD ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Romatoloji BD) seçilen ve 18 yaşından önce BH tanısı almış olan 112 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Takip süresi 6 ay ve üzerinde olan 93 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, takip ve tedavi verileri dosyalardan kaydedildi.

Bulgular: Hastaların %64,5'i (n=60) erkekti. Medyan tanı yaşı 15 (4-17), medyan semptom başlangıç yaşı 14 (1-17) yıl, medyan takip süresi 55 (6-236) aydı. Oral aft hastalarda en sık görülen bulgu olmakla birlikte genital ülser, eritema nodosum, artrit/artralji, papülopüstüller lezyon sıklığı ve paterji pozitifliği oranı her iki cinsiyette de benzerdi. Hastalığın klinik bulgularının cinsiyete göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. Hastaların %52,6'sında (n=49) tanı sırasında veya takibinde majör organ tutulumu mevcuttu.

Vasküler tutulum erkeklerde daha sık iken diğer organ tutulum sıklıkları iki cinsiyette de benzerdi (Tablo 1). Altmış sekiz (%73,1) hastanın medyan 47 ay (1-200) erişkin dönemde de takip verileri mevcuttu. Pediyatrik dönem takiplerinde yalnızca mukokutanöz bulgular ile seyreden 40 (%58,8) hastanın erişkin dönemde 15'inde (%22) majör organ tutulumu gelişirken, 25 (%36,8) hastanın takibinde organ tutulumu olmadı. Pediyatrik dönemde majör organ tutulumu olan 28 (%41,2) hastanın erişkin dönem takiplerinde ise 12 (%17,7) hastada aynı organ relapsı ve/veya yeni majör organ tutulumu gelişti. On altı (%23,5) hastada ise hastalık aktivitesi gözlenmedi.

Sonuç: Sonuçlarımız, pediyatrik başlangıçlı Behçet hastalarının üçte birinden fazlasının yetişkinlik döneminde hala aktif hastalık belirtilerine (çoğunlukla yeni majör organ tutulumu) sahip olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, pediyatrik başlangıçlı Behçet hastalığı, majör organ tutulumu

Tablo 1. Hastalığın klinik özelliklerinin cinsiyete göre dağılımları

| | Erkek (n=60) | Kadın (n=33) | p | Toplam (n=93) |
|------------------------|--------------|--------------|-------|---------------|
| Oral aft | 57 (%96,6) | 32 (%97) | 1 | 89 (%96,7) |
| Genital ülser | 46 (%78) | 26 (%81,3) | 0,713 | 72 (%79) |
| Paterji pozitifliği | 29 (%55,8) | 14 (%50) | 0,622 | 43 (%53,8) |
| Papülopüstüller lezyon | 27 (%48,2) | 14 (%43,8) | 0,686 | 41 (%46,6) |
| Eritema nodosum | 25 (%44,6) | 19 (%59,4) | 0,184 | 44 (%50) |
| Artrit/artralji | 8 (%13,6) | 6 (%18,2) | 0,554 | 14 (%15,2) |
| Aile öyküsü | 11 (%19) | 10 (%30,3) | 0,217 | 21 (%23,1) |
| Majör organ tutulumu | 34 (%56,7) | 15 (%45,5) | 0,300 | 49 (%52,7) |
| Vasküler | 17 (%28,3) | 3 (%9,1) | 0,031 | 20 (%21,5) |
| Göz | 19 (%31,7) | 8 (%24,2) | 0,421 | 27 (%29) |
| Nörolojik | 9 (%15) | 4 (%12,1) | 0,766 | 13 (%14) |
| Gastrointestinal | 4 (%6,7) | 2 (%6,1) | 1 | 6 (%6,5) |

Tablo 2. Erişkin dönemde takip edilen pediyatrik başlangıçlı Behçet hastalarının hastalık seyri

| Pediyatrik başlangıçlı BH'nın erişkin dönemdeki hastalık seyri | n=68 (%) |
|--|------------|
| Pediyatrik dönemde organ tutulumu olan hastalar | 28 (%41,2) |
| Yeni majör organ tutulumu ve/veya relaps | 12 (%17,7) |
| Yalnızca mukokutanöz bulgular ile izlenen | 16 (%23,5) |
| Pediyatrik dönemde organ tutulumu olmayan hastalar | 40 (%58,8) |
| Yeni majör organ tutulumu | 15 (%22) |
| Yalnızca mukokutanöz bulgular ile izlenen | 25 (%36,8) |

Sistemik vaskülitli hastalarda renal elastografi: Vaskülitik akut böbrek hasarı tanısında yardımcı bir yöntem olabilir mi? Prospektif gözlemsel kohort çalışması

Fatih Yıldırım¹, Samet Mutlu², Merve Şam², Melek Yalçın Mutlu³, Selahattin Alp Temiz³, Sena Tolu⁴, Gamze Akkuzu¹, Duygu Sevinç¹, Bilgin Karaalioglu¹, Rabia Deniz¹, Gürsel Yıldız⁵, Cemal Bes¹

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

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

³Friedrich Alexander Üniversitesi, Erlangen Üniversite Kliniği, Romatoloji ve İmmünoloji Departmanı, Erlangen

⁴Medipol Üniversitesi, Medipol Mega Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilim Dalı, İstanbul

⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Akut böbrek hasarı durumunda etiyolojik nedenin hızlıca belirlenerek nedene yönelik tedavinin erken başlanması, kalıcı böbrek hasarının önlenmesi açısından oldukça önemlidir. Vaskülitik akut renal hasarın kesin tanısı histopatolojik değerlendirmeye dayalı olmakla birlikte klinik pratikte kısa süre içinde böbrek biyopsisine erişimin zorlukları yadsınamaz. Yine günümüzde güvenli olduğu kabul edilse de invaziv bir işlem olan böbrek biyopsinin komplikasyonları üremik hastalarda daha sık görülmektedir. Tüm bu sebepler klinisyenleri tanıyı destekleyebilecek, prognostik değere sahip non-ivaziv inceleme yöntemlerini aramaya itmiştir. Shear-Wave elastografi (SWE) dokuların elastisitesini kantitatif olarak değerlendirebilen ultrasonografik bir inceleme yöntemidir. Daha önce kronik böbrek yetmezliği ve renal transplant hastalarında renal parankimal fibrozisin değerlendirilmesi amacıyla SWE kullanılmış ve etkinliği gösterilmiştir Bununla birlikte akut böbrek hasarında etiyolojik ve prognostik açıdan renal elastografik değerlendirmeye ilgili literatür verisi oldukça azdır. Bu çalışmada akut böbrek hasarı ile başvuran hastaların Share-Wave renal elastografi yöntemi ile incelenerek bu yöntemin vaskülitte bağlı akut böbrek hasarını diğer etiyolojik nedenlerden ayırmadaki etkinliği araştırıldı.

Yöntem: Çalışma prospektif gözlemsel kohort çalışması olarak tasarlandı. Hastanemiz romatoloji ve nefroloji kliniklerine akut böbrek hasarı bulguları (yeni başlayan hematüri, proteinüri, akut böbrek yetmezliği) ile başvuran ve daha önce bilinen bir böbrek hastalığı olmayan 65 yaş altı hastalar ardışık olarak çalışmaya dahil edildi. Hastalara böbrek hasarına yönelik tedavi başlanmadan önce hastanemiz uzman radyologları tarafından klinik bilgiler açısından kör olacak şekilde Share-Wave renal elastografi yapıldı ve hastaların renal kortikal parankim sertlik değerleri kayıt altına alındı. Takip süresi sonunda akut renal hasar sebebi vaskülit olan ve olmayanlar netleştirildikten sonra renal elastografi bulguları gruplar arasında karşılaştırıldı. Çalışmaya kontrol grubu olarak 65 yaş altında ve bilinen bir böbrek hastalığı olmayan 20 sağlıklı erişkin dahil edildi.

Bulgular: Çalışma, sistemik küçük damar vaskülitli kaynaklı akut böbrek hasarı olan 22 hasta, vaskülitik olmayan akut böbrek

hasarına sahip 22 hasta ve kontrol grubu olarak bilinen bir böbrek hastalığı olmayan 20 sağlıklı gönüllü ile yürütüldü. Gruplar arasında yaş, cinsiyet ve beden kitle endeksi açısından fark yoktu. GFR değeri vaskülitik olmayan akut böbrek hasarı grubunda anlamlı olarak daha düşüktü (31 vs. 90 mL/min/1,73 m²), p<0,001. Share-Wave renal elastografi ile ölçülen ortalama renal kortikal sertlik değerleri hem vaskülitik hem de vaskülitik olmayan akut böbrek hasarı gruplarında sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksekti. Akut böbrek hasarı olan gruplar karşılaştırıldığında ise ortalama renal kortikal sertlik değerleri vaskülitik akut böbrek hasarı grubunda (left: 9,37±1,96 kPa / right: 9,63±2,3 kPa) vaskülitik olmayan akut böbrek hasarı grubuna göre (left: 6,70±2,22 kPa/ right: 6,27±1,67 kPa) anlamlı derecede daha yüksekti, p<0,001. Karşılaştırmalı parametreler Tablo 1'de verilmiştir. Vaskülitik akut böbrek hasarını diğer etiyolojik sebeplere bağlı akut böbrek hasarı tablolarından ayırmak için belirlenen renal kortikal sertlik değerinin optimal kesim noktası 8,26 kPa'ydı. Bu kesim noktasında Share-Wave renal elastografi %81 doğruluk, %81 duyarlılık ve %81 özgüllük oranına sahipti ve vaskülitik akut böbrek hasarı açısından gerçek pozitif ve negatif olguları belirlemede eşit oranda etkiliydi (Şekil 1).

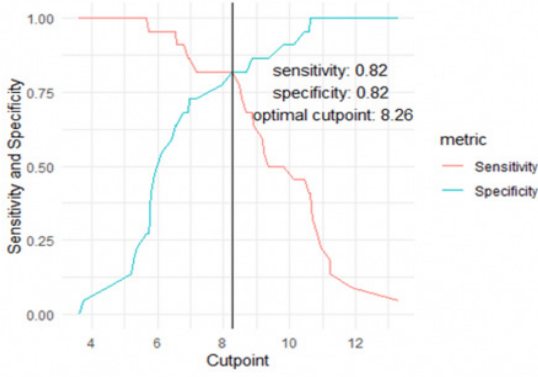
Sonuç: Bu çalışma renal kortikal sertlik değerinin vaskülit kaynaklı akut böbrek hasarı olan hastalarda diğer etiyolojik nedenlerden kaynaklanan akut böbrek hasarına sahip hastalara oranla anlamlı derecede daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Vaskülitik akut böbrek hasarı şüphesi ile başvuran hastalarda Share-Wave renal elastografi tekniği ile saptanan artmış renal kortikal sertlik düzeyi tanıyı destekleyebilir ve erken tedavi konusunda klinisyeni cesaretlendirebilir.

Anahtar Kelimeler: Vaskülit, elastografi, akut böbrek hasarı

Tablo 1. Gruplar arası karşılaştırmalı veriler

| | Tüm hastalar N=64 | Sağlıklı Kontrol Grubu (n=20) | Vaskülitik akut böbrek hasarı olan grup (n=22) | Vaskülit dışı akut böbrek hasarı olan grup (22) | p değeri |
|--|----------------------|----------------------------------|---|--|----------|
| Yaş, median (min-max) | 33 (18-64) | 28 (21-63) | 39 (19-58) | 41 (18-64) | 0,763 |
| Cinsiyet, n/N (%) | | | | | |
| Erkek | 26 (40,6) | 8 (40) | 11 (25) | 7 (16) | 0,469 |
| Kadın | 38 (59,4) | 12 (60) | 11 (25) | 15 (34) | |
| Gfr, median (mL/min/1.73m ²) | 90 (6-140) | 113 (89-126) | 90 (6-140) | 31 (9-110) | <0,001 |
| Beden-kitle endeksi, ortalama (kg/m ²) | 25,1±3,1 | 25,1±3,5 | 24,6±3,4 | 25,7±2,3 | 0,149 |
| Renal kortikal sertlik, ortalama (kPa) | | | | | |
| Sol | 7,2±2,4 | 5,5±1,1 | 9,37±1,96 | 6,70±2,22 | <0,001 |
| Sağ | 7,1±2,5 | 5,4±1,1 | 9,63±2,3 | 6,27±1,67 | <0,001 |

Gfr: glomerular filtration rate, kPa: kilo-pascal



Şekil 1. Vaskülitik ve vaskülit dışı akut renal hasar ayırımı için optimal renal kortikal sertlik cut-off değeri

SS-014

Tedavisi zor ['difficult to treat' (D2T)] olarak sınıflandırılan romatoid artrit, ankilozan spondilit ve psoriatik artrit hastalarında tedaviye yanıtızsızlık nedenleri

Muhammed Mert Sonkaya¹, Işıl Uluşık¹,
Sebahat Dilek Torun², Fulya Coşan¹

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

²Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Romatoid artrit (RA) hastalarının takibinde tedavi hedefine ulaşamayan bir grup hasta, EULAR tarafından "tedavisi zor" [Difficult to treat' (D2T)] olarak tanımlanmış ve D2T tanımına enflamatuvar aktivitenin kontrol altına alınmadığı refrakter hastalara ek olarak, psikolojik ve sosyoekonomik faktörler nedeniyle zor tedavi edilen olgular da dahil edilmiştir. RA'nın yanı sıra, diğer hastalıklardaki D2T olgularında etkili faktörlerin tanımlanması önem kazanmıştır. Bu çalışmada en az iki bDMARD/tsDMARD tedavi kullanmış olan RA, ankilozan spondilit (AS) ve psoriatik artrit (PSA) hastalarında, tedaviye yanıtızsızlık ve ilaç değişimi nedenlerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 2015-2023 yılları arasında romatoloji polikliniğinden takip edilen, en az 2 bDMARD/tsDMARD kullanım öyküsü olan 110 RA, 70 AS ve 34 PSA hastası (toplam 214 hasta) dahil edilmiştir. Yüz on RA hastasının 254 ilaç değişimi [ortalama 3,13 ilaç (2-9)], 70 AS hastasının 19 ilaç değişimi [ortalama 3,6 ilaç (2-9)] ve 34 PSA hastasının 80 ilaç değişimi [ortalama 3,21 ilaç (2-7)] (toplam 527 ilaç değişimi) retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: D2T RA hastalarında 4 ve daha fazla ilaç değişimi olan hasta oranı %30,9, AS'de %41, PSA'da %38,3 bulunmuştur. İlaç değişimi sırasında psikosomatik yakınma sıklığı RA'da %39,1,

AS'de %42,3 ve PSA'da %32,4 bulunmuştur. Cerrahi ilişki tedavi aksamaları/tedavi yanıtızsızlığı RA'da %11,8, AS'de %9,9 ve PSA'da %5,9 oranında; kanser ya da kanser riski nedeniyle ilaç değişimi/kesilmesi RA'da %6,4, AS'de %2,8 ve PSA'da %5,9 sıklığında; ciddi enfeksiyon nedeniyle ilaç değişimi RA'da %9,1, AS'de %1,4; gebelik nedeniyle tedavi değişimi/aksaması RA'da %7,4, AS'de %6,2, PSA'da %8 bulunmuştur. Takipsizlik nedeniyle hastalık aktivitesinde artış RA'da %23,6, AS'de %15,5 ve PSA'da %11,8 oranında gözlenmiştir. Düzenli takibi olan, gerekli tedaviyi düzgün kullanmasına rağmen hastalık aktivitesi yüksek olan refrakter hasta sıklığı RA'da %15,5, AS'de %16,9, PSA'da %20,6 bulunmuştur. RA hastalarının %12,7'sinde, AS hastalarının %23,9'unda ve PSA hastalarının %17,6'sında hasta isteği ile daha önce kullanılmış olan ilaca geri dönülmüştür. RA hastalarının ilaç değişim nedenleri incelendiğinde %35,4 primer yanıtızsızlık, %28,3 sekonder yanıtızsızlık, %7,5 allerji/yan etki, %5,1 uygulama zorluğu, %0,8 hasta isteği, %8,7 takipsizlik, %7,1 ciddi enfeksiyon, %81,1 hastalık aktivitesi olarak tespit edilmiştir. AS hastalarının ilaç değişimi nedenleri; %31,1 primer yanıtızsızlık, %37,3 sekonder yanıtızsızlık, %6,7 yan etki/allerji, %6,2 uygulama zorluğu, %2,6 hasta isteği, %6,2 takipsizlik, %5,2 ciddi enfeksiyon, %78,2 hastalık aktivitesi bulunmuştur. PSA hastalarında ise %56 primer yanıtızsızlık, %27,5 sekonder yanıtızsızlık, %3,8 yan etki/allerji, %2,5 uygulama zorluğu, %1,2 hasta isteği, %3,8 takipsizlik, %1,2 ciddi enfeksiyon, %91,2 hastalık aktivitesi, %33,8 psikosomatik bulgular saptanmıştır. RA, AS ve PSA hastalarından elde edilen veriler Tablo 1'de sunulmuştur.

Sonuç: D2T hastalarında kontrol altına alınamayan enflamasyonun yanı sıra non-enflamatuvar sebepler (psikosomatik bulgular, gebelik, cerrahi ve takipsizlik vb.) de önemli rol oynamaktadır. D2T hastalarının takibi, hastanın eğitimi, özel durumlarda desteklenmesi, psikosomatik yakınmaların tedavi edilmesi, tedavi seçiminde "sürdürülebilirliğe" öncelik verilmesi gibi unsurları da içermelidir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, ankilozan spondilit, psoriatik artrit, DMARD

Tablo 1. RA, AS ve PSA hastalarında ilaç değişim nedenlerinin karşılaştırmalı olarak gösterilmesi

| İlaç değişim nedenleri (%) | RA | AS | PSA |
|----------------------------|------|------|------|
| Primer yanıtızsızlık | 35,4 | 31,1 | 56 |
| Sekonder yanıtızsızlık | 28,3 | 37,3 | 27,5 |
| Yan etki/allerji | 7,5 | 6,7 | 3,8 |
| Uygulama zorluğu | 5,1 | 6,2 | 2,5 |
| Hasta isteği | 0,8 | 2,6 | 1,2 |
| Takipsizlik | 8,7 | 6,2 | 3,8 |
| Ciddi enfeksiyon | 7,1 | 5,2 | 1,2 |
| Hastalık aktivitesi | 81,1 | 78,2 | 91,2 |
| Psikosomatik bulgular | 41,3 | 42,5 | 33,8 |

Antikoagulan tedavi eklenmesi Behçet hastalığı pulmoner tutulumunda relaps riskini azaltır

Kerem Yiğit Abacar¹, Ayşe Elif Boncukçuoğlu², Aysun Aksoy³, Derya Kocakaya⁴, Çağatay Çimşit⁵, Haner Direskeneli¹, Fatma Alibaz Öner¹

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

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

³Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Alanya

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

⁵Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Vasküler enflamasyon, Behçet hastalığı (BH) patogenezinde önemli bir histopatolojik bulgu olmakla birlikte büyük damarlarda doğrudan Vasküler-Behçet hastalığı (VBH) olarak da kendini gösterebilir. En sık alt ekstremitte venöz yapılarında rastlanmakla birlikte pulmoner arter tutulumu (PAT) veya Budd-Chiari sendromuna yol açarak mortalitenin de en önemli sebeplerindendir. PAT kapsamında anevrizmal veya trombotik tutulumun sıklığı ile ilgili çelişkili veriler mevcuttur. Ayrıca PAT'nin klinik seyri, nüks riskini etkileyen hastalık veya tedavi ile ilgili faktörler kesin bilinmemektedir. BH ilişkili PAT'nin klinik özellikleri, seyri ve nüks riskini etkileyen faktörlerin retrospektif değerlendirilmesi amaçlandı.

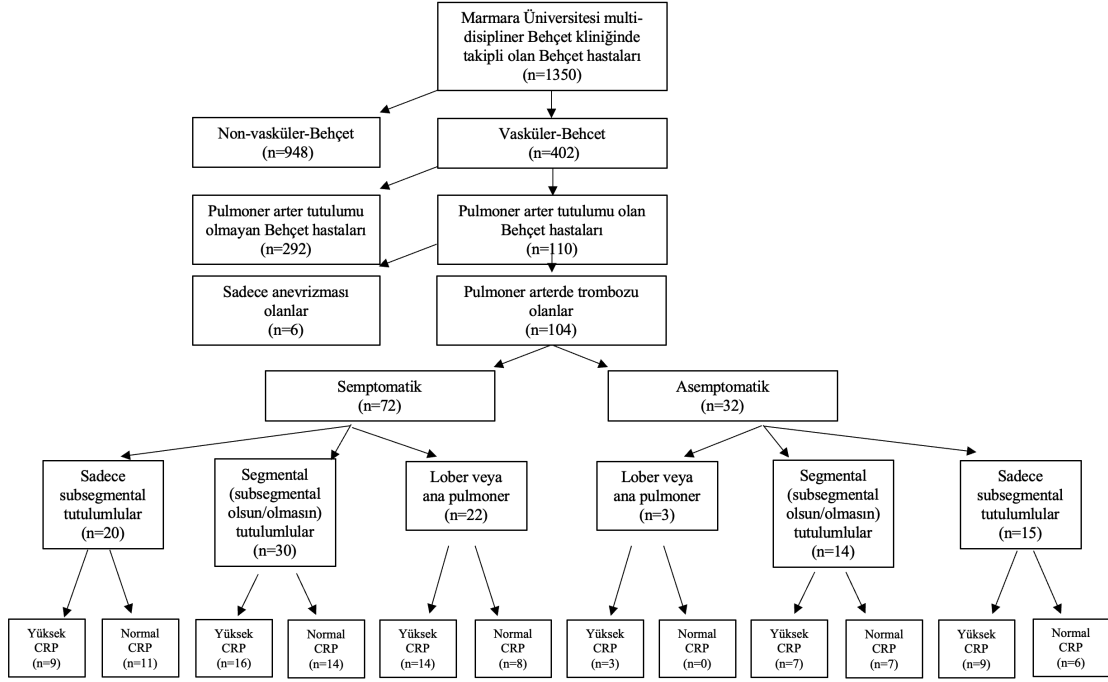
Yöntem: Çalışmamıza Marmara Üniversitesi Multidisipliner Behçet Kliniği'nde 1990-2022 tarihleri arasında tanı almış ve takipli olan BH hastaları dahil edildi. Takipte radyolog tarafından bilgisayarlı tomografi pulmoner anjiyografi (BTPA) görüntüleme ile pulmoner damarlarda saptanan, tromboz veya anevrizmal oluşumlar PAT olarak tanımlandı. Tutulumlar trombotik veya anevrizmal oluşumun saptandığı damar yapılarına göre ana pulmoner arter, lobar dal, segmental dallar ve subsegmental dalların tutulumu olarak sınıflandırıldı. Hastaların demografik verileri, BH ile ilgili klinik özellikleri, PAT sırasındaki semptom

ve görüntüleme bulguları ve verilen tedaviler kaydedildi. Takip sırasında PAT hastalarının relaps zamanları, relaps sırasındaki klinik özellikler ve verilen tedavi bilgisi dosyalardan elde edildi. Relaps riskini belirleyen faktörler çok değişkenli Cox regresyon analizi kullanılarak tespit edildi.

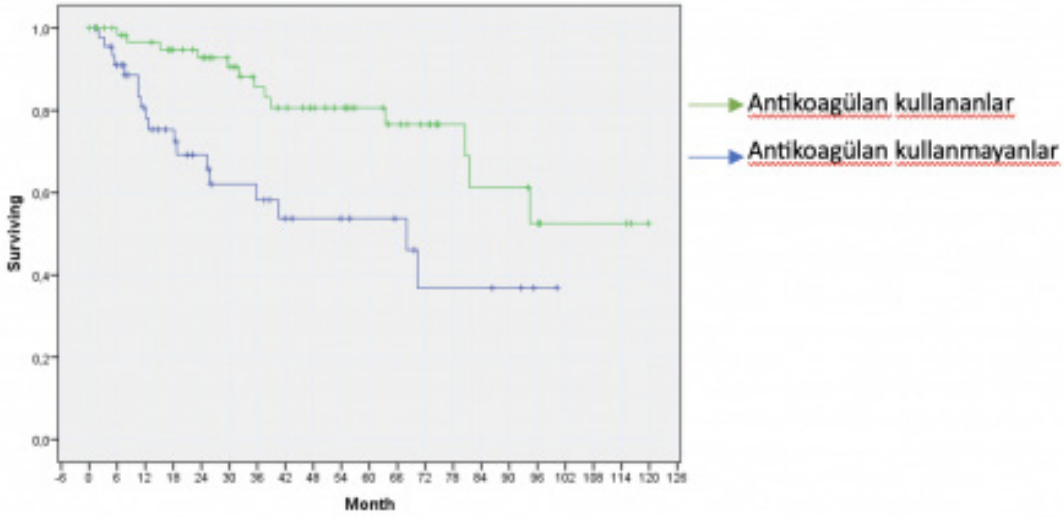
Bulgular: Bin üç yüz elli BH hastasının 402'sinde (%29,8) VBH, 110'unda (%8,1) ise PAT mevcuttu. PAT'li hastaların ortalama yaşı (SS) 42,4 (11,6) yıl olup, kadın/erkek oranı 34/76 idi. Yüz on hastadan 32'si (%29,1) PAT tanısı anında asemptomatikti (Şekil 1). Bu 32 hastanın 16'sı (%50) immünoşüpresif (IS) tedavi almıyordu, olay sonrası 27 (%84,4) hastaya yeni IS, 61 (%55,5) hastaya da antikoagulan tedavi başlanmıştı. Semptomatik hastalar asemptomatik hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yaşlıydı (p=0,031) ve kadın cinsiyet (p=0,001) ve relaps (p=0,019) oranları daha yüksekti. Hastalarda ilk tutulumda en sık görülen semptom nefes darlığı idi (%47,3). Trombotik tutulum 104 (%94,5), anevrizma ise 9 (%6,6) hastada görüldü. İlk PAT sırasında en sık görülen BTPA bulgusu subsegmental dal tutulumları (%74,5) iken hem birinci hem de ikinci ataklarda segmental dal tutulumları ön plandaydı (sırasıyla %36,7 ve %50). PAT hastalarında 31 (%28,2) hastada bir kez, 10 (%9) hastada ise iki kez relaps görüldü. Medyan (IQR 25-75) 24 (15-72) aylık takip süresinde dokuz (%8,2) hastada kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyon gelişirken, 3 (%2,7) hasta öldü. Tek değişkenli analizde yaş, semptomların varlığı, N-terminal proBNP düzeyleri, AK başlanmaması ve ilk PAT sırasında PAH relaps ile ilişkilendirildi (p<0,05). Çok değişkenli analizde AK başlanmaması (HR 5,11, %95 CI 1,21-21; p=0,026) relaps riski ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkiliydi.

Sonuç: Çalışmamızda, PAT Behçet hastalarının %10'undan azında görülmüştür. Tromboz, BH'ye bağlı pulmoner tutulumun en sık prezantasyon şeklidir. Anevrizmatik tutulum nadirdir. PAT'li hastaların bir alt grubunda (%29), diğer hastalık belirtileri nedeniyle verilmiş olan IS tedavisi altında hastalar asemptomatik olabilir. PAT sonrası 2 yıllık takipte, hastaların üçte birinde IS tedaviye rağmen relaps gelişmiştir. Çalışmamızda IS tedaviye eklenen antikoagulan tedavinin BH'ye bağlı pulmoner tutulumda relaps riskini anlamlı derecede azalttığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Behçet, pulmoner



Sekil 1. Hastalara PAT teşhisi konulduğu andaki semptom durumuna, tutulan damarların büyüklüğüne ve akut faz reaktan düzeylerine göre sınıflandırılması



Sekil 2. Kaplan-Meier sağkalım eğrisi. Kaplan-Meier sağkalım analizine göre ilk PAI sonrası antikoagulan başlanan grupta başlamayan gruba göre nüks oranı daha düşüktü (p=0,003)

İnkomplet Behçet hastalığında tanısal test olarak ana femoral ven duvar kalınlığı ölçümü

Seda Kutluğ Ağaçkiran¹, Rabia Ergelen², Fatma Temiz³, Tülin Ergun⁴, 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, İstanbul

⁴Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Behçet hastalığı (BH) tanısı klinik bulguların tespitine dayalı konulur. Bu nedenle, özellikle hastalığın düşük prevalansla görüldüğü yerlerde, sadece majör organ tutulum başlangıçlı hastalarda, hekim açısından tanıyı koymak zor olabilir. Bu hastalar Japon Araştırma Komitesi Kriterleri'ne göre inkomplet/şüpheli Behçet hastalığı, Behçet Hastalığı Uluslararası Kriterleri'ne göre ise olası Behçet hastalığı olarak adlandırılmaktadır. Bu hastalarda günlük pratikte tanı, "uzman görüşü" ile konulmaktadır. Grubumuz yakın zamanda, BH'de artmış ana femoral ven kalınlığı (FVK) gösteren ilk kontrollü Doppler ultrasonografi (USG) çalışmasını yayınlamış, aynı zamanda, artmış FVK'nın, $\geq 0,5$ mm'lik cut-off değeri için %80'den yüksek bir özgüllükle BH'nin ayırt edici bir özelliği olduğunu göstermişti. Ayrıca Türkiye'den farklı gruplar tarafından da bu gözlem doğrulanmış, çocukluk çağı başlangıçlı Behçet ve inkomplet Behçet hastalarında da FVK artışının tanısal kullanılabileceği bildirilmiştir. Bu çalışmada, uzman görüşü ile "inkomplet Behçet Hastalığı" tanısı almış hastalarda, Doppler USG ile FVK ölçümünün tanısal performansını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Marmara Üniversitesi Behçet Kliniği'nde inkomplet (26 erkek, 25 kadın) BH tanısı almış 51 hasta ve 41 yaş-cinsiyet uyumlu sağlıklı kontrol dahil edildi. İnkomplet Behçet Hastalığı tanımı, Uluslararası Çalışma Grubu ve Japon Araştırma Komitesi Kriterleri'ni doldurmayan ancak uzman görüşü ile BH tanısı hastalar olarak belirlendi. 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 (10,9) ve ortalama hastalık süresi 60,3 (51,7) aydı. On altı hastanın (%31,4) birinci derece yakınlarında BH öyküsü bulunmaktaydı ve 7 (%13,7) hastanın paterji testi pozitifliği. Kırk iki (%82,4) hastada majör organ tutulumu mevcuttu (20 vasküler, 8 oküler, 8 nörolojik tutulum). Hastalara ait demografik ve klinik veriler Tablo 1'de verilmiştir. Her iki bacakta inkomplet BH grubunda, yaş-cinsiyet uyumlu sağlıklı kontrollere göre ana femoral ven duvar kalınlığı anlamlı olarak yüksekti [sağ FVK: 0,71 (0,16) vs. 0,18 mm (0,05); sol FVK: 0,71 (0,15) vs. 0,19 mm (0,04), $p < 0,001$ her iki analiz için]. Vasküler tutulumu olan ve olmayan hastaların FVK ölçümleri arasında anlamlı fark bulunmamaktaydı (Tablo 2, Resim 1). Kırk sekiz (%94,1) hastanın FVK ölçümleri 0,5 mm'lik cut-off değerinin üstündeydi.

Sonuç: Çalışmamız, sınırlı hastalık tutulumu olan hastaların ayırıcı tanısında da FVK ölçümünün klinik pratikte faydalı bir test olarak kullanılabileceğini göstermiştir. Özellikle venöz tromboz görülen hastalarda, Behçet hastalığına bağlı tromboz ile non enflamatuvar

venöz trombozların ayırımı, tedavinin tamamen farklı olmasından dolayı kritik öneme sahiptir. Bu sebeple Doppler USG ile FVK ölçümü, özellikle majör organ tutulumlu hastalarda değerli, non invaziv ve kolay ulaşılabilen bir tanı aracı olarak kullanılabilir.

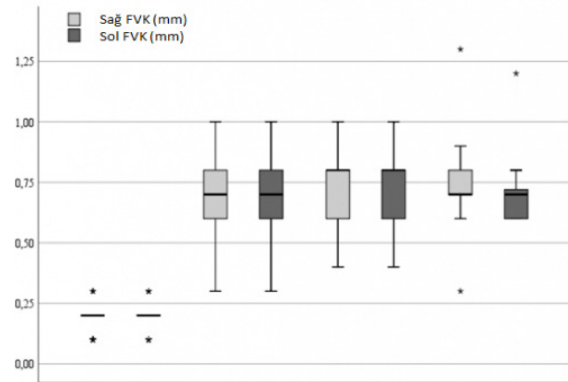
Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, ultrasonografi

Tablo 1. İnkomplet Behçet hastaları ve sağlıklı kontrollerin demografik ve klinik verileri

| | İnkomplet Behçet (n=51) | Sağlıklı kontrol (n=41) | p |
|------------------------------------|-------------------------|-------------------------|------|
| Yaş (yıl), ort. (SS) | 39,0 (10,9) | 36,8 (8,3) | 0,29 |
| Cinsiyet, n (%) | | | |
| Erkek | 26 (51,0) | 21 (51,2) | |
| Kadın | 25 (49,0) | 20 (48,8) | 0,98 |
| Tanı anındaki yaş (yıl), ort. (SS) | 34,8 (11,2) | | |
| Aile öyküsü, n (%) | 16 (31,4) | | |
| Hastalık süresi (ay), ort. (SS) | 60,3 (51,7) | | |
| Paterji pozitifliği, n (%) | | | |
| Pozitif | 7 (13,7) | | |
| Negatif | 43 (84,3) | | |
| Bilinmiyor | 1 (2) | | |
| Takip süresi (ay), ort. (SS) | 38,6 (46,7) | | |
| Mukokütanöz tutulum, n (%) | 9 (17,6) | | |
| Majör organ tutulumu, n (%) | 42 (82,4) | | |
| Eklem tutulumu, n (%) | 3 (5,9) | | |

Tablo 2: İnkomplet Behçet hastalarının organ tutulumlarına göre ana femoral ven kalınlık (FVK) subgrup analizi

| | Sağ FVK, ort (SS), mm | Sol-FVK, ort (SS), mm |
|---|-----------------------|-----------------------|
| İnkomplet BH, tüm grup (n=51) | 0,71 (0,16) | 0,71 (0,15) |
| Mukokütanöz tutulumlu inkomplet BH (n= 9) | 0,68 (0,09) | 0,70 (0,07) |
| Majör organ tutulumlu inkomplet BH (n=42) | 0,72 (0,17) | 0,71 (0,16) |
| Vasküler tutulumlu inkomplet BH (n=20) | 0,73 (0,16) | 0,73 (0,15) |
| Oküler tutulumlu inkomplet BH (n=8) | 0,68 (0,12) | 0,64 (0,14) |
| Nörolojik tutulumlu inkomplet BH (n=6) | 0,75 (0,28) | 0,73 (0,23) |
| Vasküler dışı majör organ tutulumlu inkomplet BH (n=16) | 0,71 (0,21) | 0,69 (0,19) |



Resim 1. İnkomplet Behçet hastalarının ve sağlıklı kontrollerin ana femoral ven kalınlıklarının (FVK) dağılımı

HRCT yıllık skoru: Sistemik skleroz ilişkili pulmoner tutulumda yeni bir takip parametresi olabilir

Sıla Kalender¹, Tuba Demirci Yıldırım², Fatma Dülger Özer¹, Semih Gülle², 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

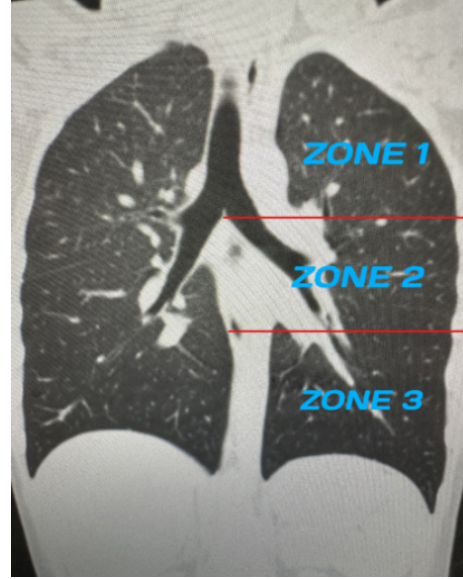
Amaç: Çalışmamızda, sistemik sklerozda (SSk) interstisyel akciğer hastalığı (İAH) tutulumunun prognozunu öngördürücü pratik bir skorlama sistemi geliştirmeyi ve skorlama sisteminin sağlığını öngörmedeki etkinliğini test etmeyi amaçladık.

Yöntem: SSk tanısı ile takip edilen 323 hastadan dahil edilme kriterlerini karşılayan 100 hasta çalışmaya alındı. Hastaların ilk ve son yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (HRCT) ve bu HRCT tarihlerinde yapılan solunum fonksiyon testi (SFT) sonuçları değerlendirildi. HRCT’de sağ ve sol akciğer, anatomik bölgeler ile zonlara ayrıldı (Resim 1). Literatürdeki HRCT skorlama sistemleri referans alınarak puanlama yapıldı (Tablo 1), hastaların takip süresi (yıl) kaydedildi. Elde edilen HRCT ve zorlu vital kapasite (FVC) yıllık değişim skorlarının mortalite ve progresyon üzerine öngörme gücü araştırıldı.

Bulgular: Çalışmamızda 100 (91 kadın, 9 erkek) hastanın verileri değerlendirildi. Hastaların ortanca takip süresi 113,5 aydı (min-maks: 17,0-196,0). Yıllık HRCT skorundaki değişim hesaplandı [HRCT skor yıllık değişim= (son HRCT toplam skor-ilk HRCT toplam skor)/(son HRCT tarih-ilk HRCT tarih) yıl]. ROC analizinde eğri altında kalan alan (AUC) ve Youden index kullanılarak mortalite riskinin artışında yıllık HRCT skor değişimi için cut-off değer 0,39 hesaplandı. HRCT skorunda yıllık 0,39’dan fazla artış olan hastalarda mortalite riski, olmayanlara göre 4,4 kat (%95 GA 1,7-11,2) daha fazla saptandı (Tablo 2). Hastalar cut-off değer 1 puan (HR=10,8 %95 GA 3,5-33,1 p<0,001) ve 2 puan (HR=13,7 %95 GA 4,1-46,1 p<0,001) alınarak değerlendirildiğinde skor arttıkça mortalite riskinin arttığı görüldü. FVC mL değerindeki yıllık değişimin mortalite için öngörü değeri 77,6 mL bulundu (Tablo 3). Hastalar yıllık HRCT skor değişimleri ve FVC ml değişimlerine göre gruplandırıldı ve en yüksek mortalite oranı (%71,4) yıllık HRCT skor değişiminde artış ve yıllık FVC mL değerindeki azalış olan hasta grubunda bulundu. (p<0,001).

Sonuç: SSk-İAH’li hastalarında geliştirdiğimiz yıllık HRCT toplam skorundaki değişim hastalığın progresyonunun takibinde, mortaliteyi öngörmede ve genel sağkalım süreleri üzerinde etkili bir parametredir. FVC mL ve yıllık HRCT toplam skoru birlikte kullanıldığında progresyon gözlenen SSk-İAH’li hastaların mortalite oranları daha yüksektir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, interstisyel akciğer hastalığı, yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi, zorlu vital kapasite



Şekil 1. HRCT değerlendirmesinde akciğer zonlarının anatomik sınırları

Tablo 1. HRCT skorlama sistemi

| HRCT bulguları | Puan |
|---|------|
| Normal, apikal fibroelastozis | 0 |
| Bal peteği dışındaki değişiklikler, plevral kalınlaşma, subplevral nodüller, buzlu cam alanları | 1 |
| Kistik görünüm (4 mm ve üzeri kist sayısı tüm zonda %25’inden az) | 2 |
| Kistik görünüm (4 mm ve üzeri kist sayısı tüm zonda %25’inden fazla) | 3 |

Tablo 2. Yıllık HRCT skorundaki değişimin mortaliteyi öngörme gücünün değerlendirmesi

| | AUC %95 GA | p-değeri | Cut-off | Sensitivite% | Spesifite% | OR %95 GA |
|------------------------------|---------------------|----------|---------|--------------|------------|----------------|
| HRCT skorunda yıllık değişim | 0,699 (0,567-0,867) | 0,006 | 0,39 | 63,2 | 80,2 | 4,4 (1,7-11,2) |

Tablo 3. Yıllık FVC ml değerindeki değişimin mortaliteyi öngörme gücünün değerlendirmesi

| | AUC %95 GA | p-değeri | Cut-off | Sensitivite% | Spesifite% | OR %95 GA |
|-----------------------------------|---------------------|----------|----------------|--------------|------------|----------------|
| FVC mL değerindeki yıllık değişim | 0,652 (0,502-0,802) | 0,040 | 77,6 mL azalma | 42,1 | 87,7 | 5,2 (1,7-15,9) |

Pulmoner arteriyel hipertansiyonu olan sistemik sklerozlu hastalarda mortalite ve ilişkili faktörler, tek merkez analizi

Shirkhan Amikishiyev¹, Yasemin Yalçinkaya¹, Konul Mammadova², Numune Aliyeva¹, Görkem Durak³, Bahar Artım Esen¹, Ahmet Gül¹, Ahmet Kaya Bilge⁴, Gülfer Okumuş², Murat İnanç¹

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

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

³Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Radyoloji Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

⁴Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Pulmoner arteriyel hipertansiyonun (PAH) sistemik skleroz (SSk) seyrinde yeni tedavi ve stratejilere rağmen prognozu yeterli kadar düzelmemiştir. Bu çalışmada merkezimizde takip edilen SSK-PAH hastalarının klinik ve tedavi özellikleri incelenmiştir.

Yöntem: Çalışmaya alınan SSK hastalarının PAH tanısı sağ kalp kateterizasyonu (SKK) ile doğrulanmıştır ve hastalar interstisyel akciğer hastalığı (İAH) olan ve olmayan olarak 2 gruba ayrılmıştır. İAH olan grup Goh ve ark.'nın önerdiği yöntemle göre sınırlı ve yaygın tutulum olarak değerlendirilmiştir. Sınırlı İAH ve İAH olmayan grup ile yaygın İAH gruplarda tanı anında genel demografik özellikleri, transtorasik ekokardiyografide (TTE) sistolik PAB (sPAB), SSK ile elde edilen hemodinamik

veriler, solunum fonksiyon testleri, PAH spesifik tedavi özellikleri değerlendirilmiştir.

Bulgular: Kliniğimizde 415 SSK'lı hastadan 44 (%10,6) hasta SSK-PAH nedeniyle 2008-2022 yılları izlenmiştir. Yaş ortalaması 56,6±13,5 (aralık 34-82, 42 kadın/2 erkek) idi. Sınırlı İAH, İAH olmayan ve yaygın İAH olan grupların her birinde 22 hasta vardı (Tablo 1). SSK-PAH sonrası medyan izlem süresi 45 aydı ve 23 (%52,3) hasta ölmüştür. Yaygın İAH olan grupta bazal FVC, DLCO değerleri daha düşüktü ve ölüm (16/23) daha fazlaydı (Tablo 2, Figür 1, p=0,007). Sağkalım analizi sonucunda %91'lik 1-yıl sağkalım, %75'lik 2-yıl sağkalım, %68'lik 3-yıl sağkalım ve %43,1'lik 5-yıl sağkalım oranları saptanmıştır. Ölüm nedenleri arasında kardiyak-solunum yetmezliği 6 (%26), bir hastada COVID olmak üzere enfeksiyon 6 (%26) ve malignite 3 (%13) saptanmıştır. Tanı anında PAH spesifik ajanlardan monoterapi 31 (%70,5) ve ikili tedavi 11 (%25) hastada başlanmıştır. Takipte 15 (%34) hastada monoterapiden kombine (ikili veya üçlü) tedaviye geçilmiştir. Bosentan (%11,4) monoterapide, ambrisentan ve tadalafil (%9,1) kombine tedavide daha fazla tercih edilmiştir. Medyan sağkalım monoterapiye göre kombine tedavi grubunda daha iyiydi (44 ve 61 ay, p=0,01) (Şekil 1).

Sonuç: SSK-PAH kohortumuzda İAH ilişkili PAH, anti-Scl-70 pozitifliği, azalmış bazal DLCO ölçümleri, monoterapi kötü prognozla ilişkilendirildi. Erken tanı, erken kombine tedavi, tedavide farklı immün yolakların kullanılması bu hasta grubunda sağkalımı olumlu yönde değiştirebilir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, pulmoner arteriyel hipertansiyon, interstisyel akciğer hastalığı

• Tablo 1 : SSK-PAH hastalarının interstisyel akciğer hastalığı zemininde gruplandırılması ve demografik özellikleri.

| | Sınırlı İAH ve İAH yok (n=22) | Yaygın İAH (n=22) | P-değeri |
|--|----------------------------------|----------------------|----------|
| Kadın | 22 (50) | 20 (45.5) | AD* |
| Ölen, n (%) | 7 (15.9) | 16 (36.4) | 0.007 |
| Ortalama yaş, yıl (ort±SD) | 59.2±11.4 | 56.5±13.5 | AD |
| Klinik özellikler, n (%) | | | |
| Raynaud fenomeni süresi ay (ort±SD) | 227±116 | 191±109 | AD |
| Takip süresi ay (ort±SD) | 173±106 | 163±97 | AD |
| PAH tanısına kadar geçen süre, ay (ort±SD) | 23±39 | 17±20 | AD |
| PAH takip süresi, ay (ort±SD) | 40.6±44 | 35.7±40 | AD |
| Leroy Kriterleri | | | |
| Diffüz kutanöz SSK | 18 (40.9) | 16 (36.4) | AD |
| MRSS skoru, n (%) | | | |
| >14 | 3 (6.8) | 9 (20.5) | 0.04 |
| YÇBT* bulgusu | | | |
| NSIP* | 5 (35.7) | 10 (58.8) | 0.001 |
| UIP* | 2 (14.3) | 7 (41.2) | |
| Dijital ülser | 9 (20.5) | 11 (25) | AD |
| Telanjektazi | 19 (43.2) | 17 (38.6) | AD |
| Gastrointestinal tutulum | 11 (25) | 16 (36.4) | AD |
| Sinovit | 4 (9.1) | 3 (6.8) | AD |
| Fleksiyon kontraktürü | 2 (4.5) | 7 (15.9) | 0.06 |
| Renal kriz | 0 | 2 (4.5) | AD |
| Otoantikörler, n (%) | | | |
| Anti-sentromer | 8 (18.2) | 0 | 0.007 |
| Anti-Scl-70 | 7 (15.9) | 15 (34.1) | 0.04 |
| Yüksek CRP | 5 (11.4) | 12 (27.3) | 0.03 |

* YÇBT: Yüksek çözünürlüklü Bilgisayarlı Tomografi

* NSIP: Nonspesifik interstisyel pnömoni

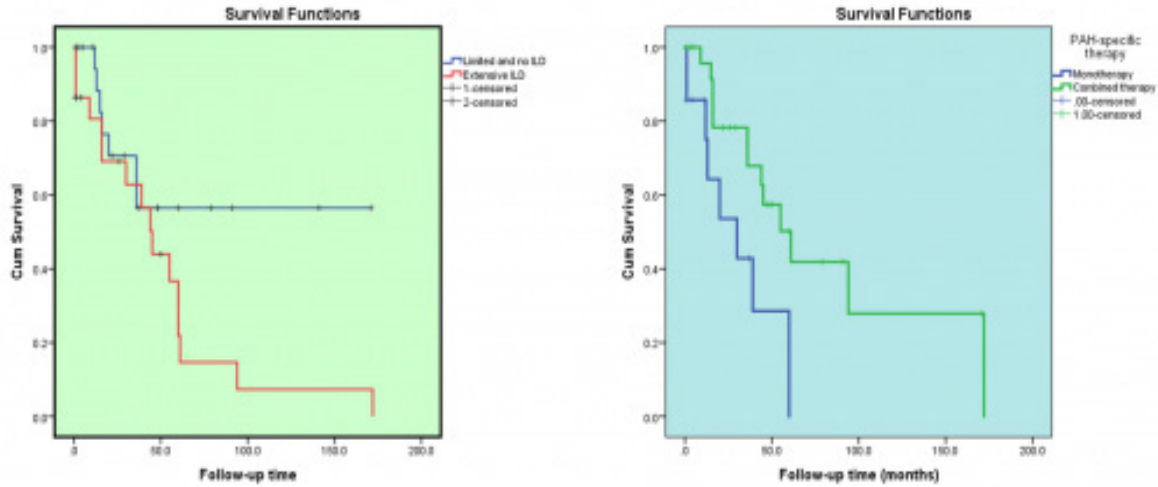
* UIP: Usual interstisyel pnömoni

* AD*: Anlamlı değil

Tablo 2: SSK-PAH hastalarının transtorasik ekokardiyografide sistolik PAB ölçümü, sağ kalp kateterizasyonunda hemodinamik değerler, solunum fonksiyon testleri, fonksiyonel sınıf ve tedavi özellikleri

| | Sınırlı İAH ve İAH yok (n=22) | Yaygın İAH (n=22) | P-değeri |
|------------------------------------|----------------------------------|----------------------|----------|
| TTE | | | |
| sPAB, mmHg, (ort±SD) | 54.5±19.3 | 61.4±25.4 | AD* |
| SSK bulguları | | | |
| oPAB, mmHg, (ort±SD) | 31.0±7.2 | 33.9±9.7 | AD |
| SağAB, mmHg, (ort±SD) | 7.0±3.0 | 6.9±2.8 | AD |
| PVR, WU, (ort±SD) | 5.0±4.1 | 5.0±2.2 | AD |
| PKUB, mmHg, (ort±SD) | 11.5±3.1 | 11.3±3.4 | AD |
| KO, l/dk, (ort±SD) | 4.7±1.2 | 4.4±1.4 | AD |
| KI, L/dk/m ² , (ort±SD) | 2.4±0.5 | 2.7±0.8 | AD |
| NT-proBNP, pg/ml, (ort±SD) | 1095±1366 | 1632±3321 | AD |
| Fonksiyonel değerlendirme | | | |
| FVC, %, (ort±SD) | 91.0±16.2 | 61.9±15.2 | <0.001 |
| DLCO, %, (ort±SD) | 54.1±20.7 | 39.7±12.5 | 0.01 |
| 6 DYM, metre, (ort±SD) | 249±165 | 209±164 | AD |
| BORG skoru, (ort±SD) | 4.0±1.8 | 2.3±2.1 | 0.06 |
| DSÖ-FS, n (%) | | | |
| III-IV | 11 (50) | 12 (54.5) | AD |
| PAH spesifik tedavi | | | |
| Kombine tedavi | 14 (63.6) | 11 (50) | AD |

* AD*: Anlamlı değil



Şekil 1. Sınırlı İAH olan, İAH olmayan grup ve yaygın İAH olan grupta genel ve PAH spesifik tedaviye göre Kaplan-Meier eğrileri

ANCA ilişkili vaskülitlerde merkezi sinir sistem tutulumu ve taklitçileri

Yeliz Yağız Özoğul¹, Sinem Nihal Esatoğlu², Murat Özoğul³, Osman Kızılkılıç⁴, Yeşim Özgüler¹, Uğur Uygunoğlu⁵, Vedat Hamuryudan¹, Gülen Hatemi¹

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

³Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

⁴Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁵Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: ANCA ilişkili vaskülitlerde (AAV) merkezi sinir sistem (MSS) tutulumu nadir görülmektedir. Bununla birlikte, immünoşüpresif tedavi komplikasyonları veya hastalığın diğer tutulumları MSS tutulumunu taklit edebilmektedir. Bu çalışmada, MSS tutulumu olan veya MSS tutulumu dışında herhangi bir nedene bağlı nörolojik semptom ile başvurmuş AAV hastalarımızı özetlemeyi amaçladık.

Yöntem: Kliniğimizde 2001-2022 tarihleri arasında AAV tanısı alan 430 hastanın poliklinik ve/veya yatış dosyası incelendi. Nörolojik semptom ve/veya bulguları olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, AAV tipleri, nörolojik semptom ve bulguları, laboratuvar ve görüntülemeleri, tedavileri, nörolojik semptom ile ilişkili son tanıları ve prognozları not edildi.

Bulgular: Dört yüz otuz AAV hastasının içinde, 61 hasta (%14) nörolojik semptom sebebiyle MSS tutulumu açısından araştırılmıştı. Bu hastalar arasında nörolojik semptomların nedeni 9 hastada AAV ilişkili MSS tutulumu, 30 hastada diğer AAV ilişkili tutulumlar ve 15 hastada MSS tutulumunu taklit eden ikincil komplikasyonlardı. Geriye kalan 9 hastada nörolojik semptomların nedeni bulunamadı (Tablo 1). Tüm hastaların nörolojik semptomlarının ortaya çıktığı dönemde hastalık aktiviteleri yüksek [ortanca (ÇAA) BVAS: 11 (7-15)] idi. Nörolojik semptomları AAV'nin MSS tutulumu ile ilişkili olan 9 (%14,7) hastanın klinik özellikleri Tablo 2'de sunulmuştur. MSS tutulumu tipi 3 hastada meninks tutulumu, 3 hastada vasküler tutulum ve 1'er hastada psödötümör serebri, posterior reversibl ensefalopati sendromu (PRES) ve fasiyal sinir tutulumuna sekonder fasiyal sinir felci idi. Meninks tutulumu olan üç hastanın ilkinde dural tutulum ve sekonder parankimal infarkt mevcuttu ve rituksimab (RTX), glukokortikoid (GK) ve anti-epileptik ile sekilli iyileşti. İkinci hastada meningeal, parankimal tutulum ve sekonder siringomiyeli tespit edildi ve RTX, azatiopurin (AZA) ve GK ile sekilli iyileşti. Meningeal tutulumu olan son hastada ise dural tutulum mevcuttu ve intravenöz immünoglobulin ile sekilli iyileşti. Vasküler MSS tutulumu olan üç hastadan ilki iskemik serebrovasküler olay (SVO) sonrası siklofosamid (CYC) ve GK ile sekilli iyileşti. İkinci hastada iskemik SVO ve hemorajik transformasyon mevcuttu; CYC, GK ve anti-epileptik ile sekelsiz

iyileşti. Vasküler tutulumu olan son hasta ise serebral venöz sinüs trombozu sonrası RTX, AZA ve GK ile sekelsiz iyileşti. MSS tutulumu psödötümör serebri olan hasta CYC, RTX ve GK ile sekelsiz iyileşti. PRES'i olan hasta GK ve anti-epileptik ile sekilli iyileşti. Fasiyal sinir felci olan son hasta ise GK ve CYC ile sekilli iyileşti. Yirmi dokuz hastada (%47,5) semptomlar AAV'nin diğer tutulumları ile ilişkiliydi. Periferik sinir sistemi tutulumu olan 8 hasta, sinonazal tutulumu olan 6 hasta, aktif hastalığa ikincil olduğu düşünülen 4 hasta, oküler tutulumu olan 2 hasta, orbita ve sinonazal tutulumuna sekonder abduzens sinir felci olan 2 hasta, orbita tutulumu olan 1 hasta, orbita tutulumuna bağlı fasiyal sinir felci olan 1 hasta, parotis bezi tutulumuna bağlı fasiyal sinir felci olan 1 hasta, parotis bezi tutulumu olan 1 hasta, kardiyak kitleye bağlı kardiyembolik SVO olan 1 hasta, kardiyak tutulumu olan 1 hasta ve nazofarengeal kitlesi olan 1 hasta tespit edildi. Tüm hastalara immünoşüpresif tedavi uygulandı. Yirmi bir hasta sekelsiz, 8 hasta ise sekilli iyileşti. Nörolojik belirti veya bulguların sekonder komplikasyonlar ile ilişkili bulunduğu 14 (%22,9) hasta tespit edildi. Sekiz hastada bu bulgulara yol açan neden kardiyovasküler hastalığı [aterosklerotik SVO (n=5), hipertansiyona sekonder hemorajik SVO (n=1), kalp yetmezliği (n=1), atriyal fibrilasyon sonucu kardiyembolik SVO (n=1)]. Dört hastanın bulguları ise enfeksiyona ikincildi [aortik psödoanevrizma ve spondilodiskit (n=1), kafa tabanı osteomyeliti (n=1), septik kraniyal emboli (n=1), ketoasidoz ve sepsis (n=1)]. Spondilodiskit ve ketoasidoz tanıları olan hastalar kaybedildi. Son 2 hastada ise nörolojik belirtiler ilaç yan etkisi olarak değerlendirildi. Dokuz hastada (%14,7) herhangi bir patoloji bulunmadı; 4 hastanın nörolojik semptomları geçici idi ve bu hastaların 36, 52, 57 ve 120 aylık takip süreleri boyunca semptomlarında nöks izlenmedi. Üç hastada nörolojik semptomun sebebi net olarak anlaşılamadı. Komayla başvuran hasta kraniyal enfeksiyon veya MSS tutulumu ayırıcı tanısı yapılamadan aniden kaybedildi. İki hasta ise nörolojik semptomlar nedeni ile tetkik edilirken takipten çıkmıştı.

Sonuç: MSS tutulumu ANCA ilişkili vaskülitlerde oldukça nadir olup 430 hastanın sadece %1,6'sında saptanmıştır. AAV hastalarında oküler, orbital ve nazofarengeal gibi diğer AAV ilişkili tutulumlar ve enfeksiyon gibi komplikasyonlar MSS tutulumunu taklit edebilir. Bu taklitçiler nörolojik semptom ile başvuran hastaların neredeyse %75'inde altta yatan sebebi oluşturmaktaydı

Anahtar Kelimeler: ANCA, vaskülit, AAV, MSS, nörolojik

Tablo 1. Çalışmaya dahil edilen hastaların demografik ve klinik özellikleri

| | |
|--|-----------|
| Cinsiyet | 34 E/27 K |
| Ortalama yaş (SS yıl) | 51,6±15,4 |
| Granülatöz polianjit tanılı hasta sayısı (GPA) (%) | 41 (67,2) |
| Mikroskopik polianjit tanılı hasta sayısı (MPA) (%) | 11 (18) |
| Eozinofilik granülatöz polianjit tanılı hasta sayısı (EGPA) (%) | 9 (14,7) |
| Periferik sinir sistemi tutulumlu hasta sayısı | 21 (34,4) |
| Kesin tanısı AAV MSS tutulumu olan hasta sayısı (%) | 9 (14,7) |
| Kesin tanısı AAV'nin diğer tutulumları olan hasta sayısı (%) | 29 (47,5) |
| Kesin tanısı sekonder komplikasyon olarak değerlendirilen hasta sayısı (%) | 14 (22,9) |
| Patoloji saptanamayan hasta sayısı (%) | 9 (14,7) |

Tablo 2. ANCA ilişkili vaskülitin merkezi sinir sistemi tutulumu tanısı alan hastaların demografik ve klinik özellikleri

| Hasta | Cinsiyet | AAV sınıfı | Tanıda yaş | AAV'nin MSS tutulumunda yaş | AAV'nin MSS tutulumu | BVAS | Tedavi | Sonlanım |
|-------|----------|------------|------------|-----------------------------|---|------|-------------------------|-------------------|
| 1 | E | GPA | 45 | 47 | İskemik SVO | 11 | CYC, GK | Sekelli iyileşti |
| 2 | K | EGPA | 42 | 42 | İskemik SVO, hemorajik transformasyon | 19 | CYC, GK, anti-epileptik | Sekelsiz iyileşti |
| 3 | K | GPA | 55 | 55 | Dural tutulum, sekonder parankimal infarkt | 13 | RTX, GK, anti-epileptik | Sekelli iyileşti |
| 4 | E | GPA | 51 | 54 | Meningeal, parankimal tutulum, sekonder siringomiyeli | 10 | RTX, AZA, GK | Sekelli iyileşti |
| 5 | E | GPA | 41 | 42 | Dural tutulum | 8 | IVIG | Sekelli iyileşti |
| 6 | K | GPA | 23 | 24 | Psödötümör serebri | 10 | CYC, RTX, GK | Sekelli iyileşti |
| 7 | E | MPA | 20 | 21 | Serebral venöz sinüs trombozu | 12 | RTX, AZA, GK | Sekelsiz iyileşti |
| 8 | K | GPA | 40 | 40 | PRES | 21 | GK, anti-epileptik | Sekelli iyileşti |
| 9 | E | GPA | 31 | 31 | Fasiyal sinir felci | 15 | GK, CYC | Sekelli iyileşti |

SS-020

Behçet hastalığında oral ve sistemik hastalık aktivitesi ile netosis bulguları arasındaki ilişki

Erdem Bektaş¹, Rabia Deniz², Zeliha Emrence³, Sema Sırma Ekmekçi³, Neslihan Abacı³, Shirkhan Amikishiyev⁴, Yasemin Yalçınkaya⁴, Bahar Artım Esen⁴, Murat İnanç⁴, Ahmet Gül⁴

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

²*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul*

³*İstanbul Üniversitesi, Aziz Sançar Deneysel Tıp Araştırma Enstitüsü, Genetik Bilim Dalı, İstanbul*

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

Amaç: Behçet hastalığı (BH) etiyojisi bilinmeyen multisistemik enflamatuvar bir hastalıktır. Klinik bulguların bir kısmı nötrofilik dermatozlar içerisinde sınıflandırılmakta ve nötrofil ekstraselüler tuzakların (NET) patogeneze rolünün olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada, NETosis bulgularıyla BH'nin oral ve sistemik aktivitesi arasındaki ilişki incelenmiştir.

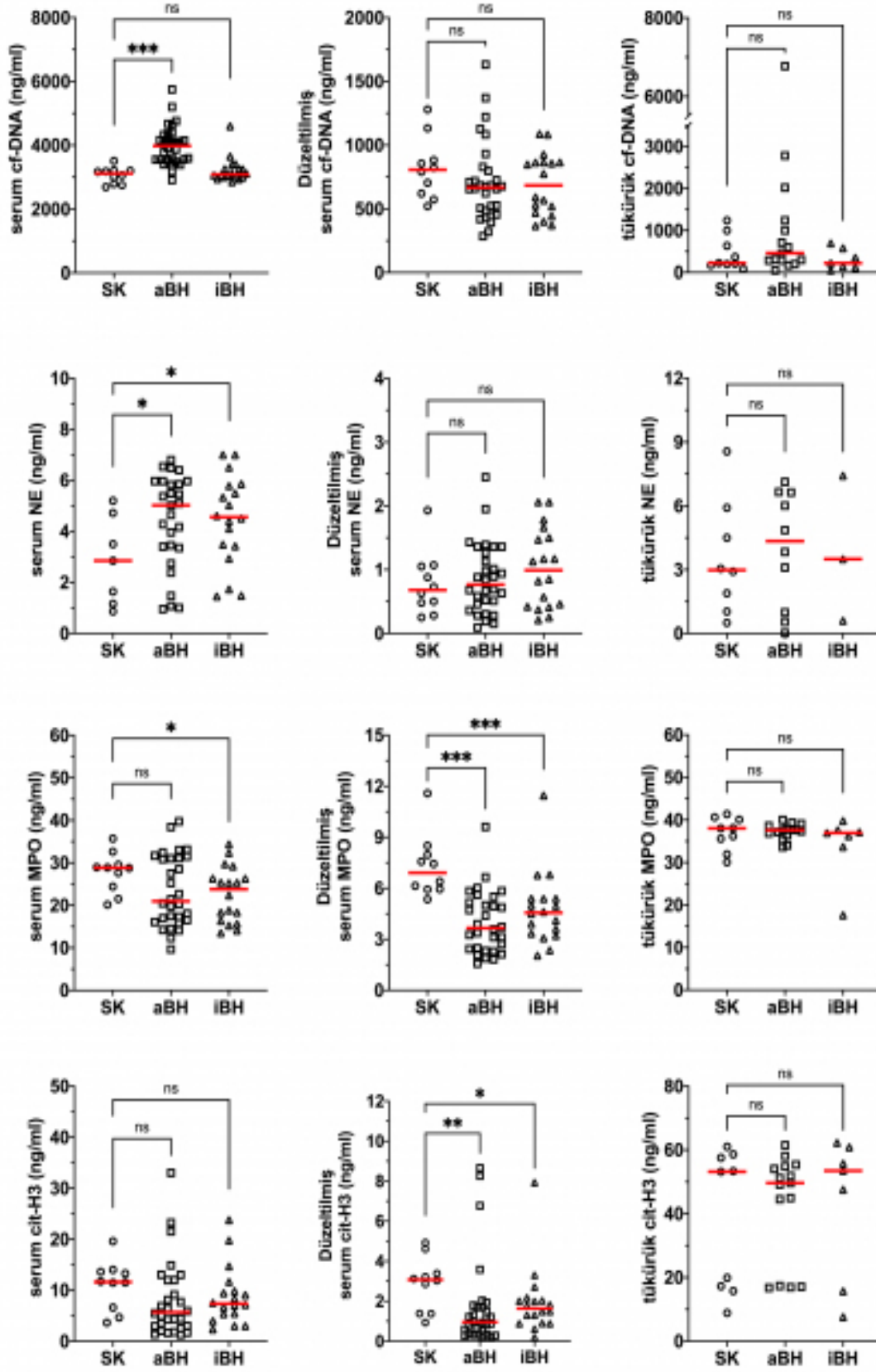
Yöntem: Çalışmaya ISG-1990 kriterlerini karşılayan oral ve/veya sistemik olarak aktif 30 hasta ve 10 sağlıklı birey dahil edilirken; ek enflamatuvar hastalığı olanlar ve biyolojik ilaç kullananlar dahil edilmedi. Kesitsel ve boylamsal olarak takip edilen hastaların aktif (oral ülser ve/veya sistemik tutulum bulguları varlığı) ve remisyonunda (tutulum yok, normal akut faz reaktanları) oldukları dönemde serum ve tükürük örnekleri ile eş zamanlı kan nötrofil sayısı ve enflamatuvar belirteçler (CRP, ESR) için örnek toplandı. NETosis bulgusu olarak hücre-dışı DNA (cf-DNA), nötrofil elastaz (NE), myeloperoksidaz (MPO) ve sitrulinlenmiş histon-3

(cit-H3) düzeyleri ölçüldü, ayrıca 1 milyon nötrofil başına düşen belirteç miktarı hesap edilerek değerler düzeltilerek değerlendirildi.

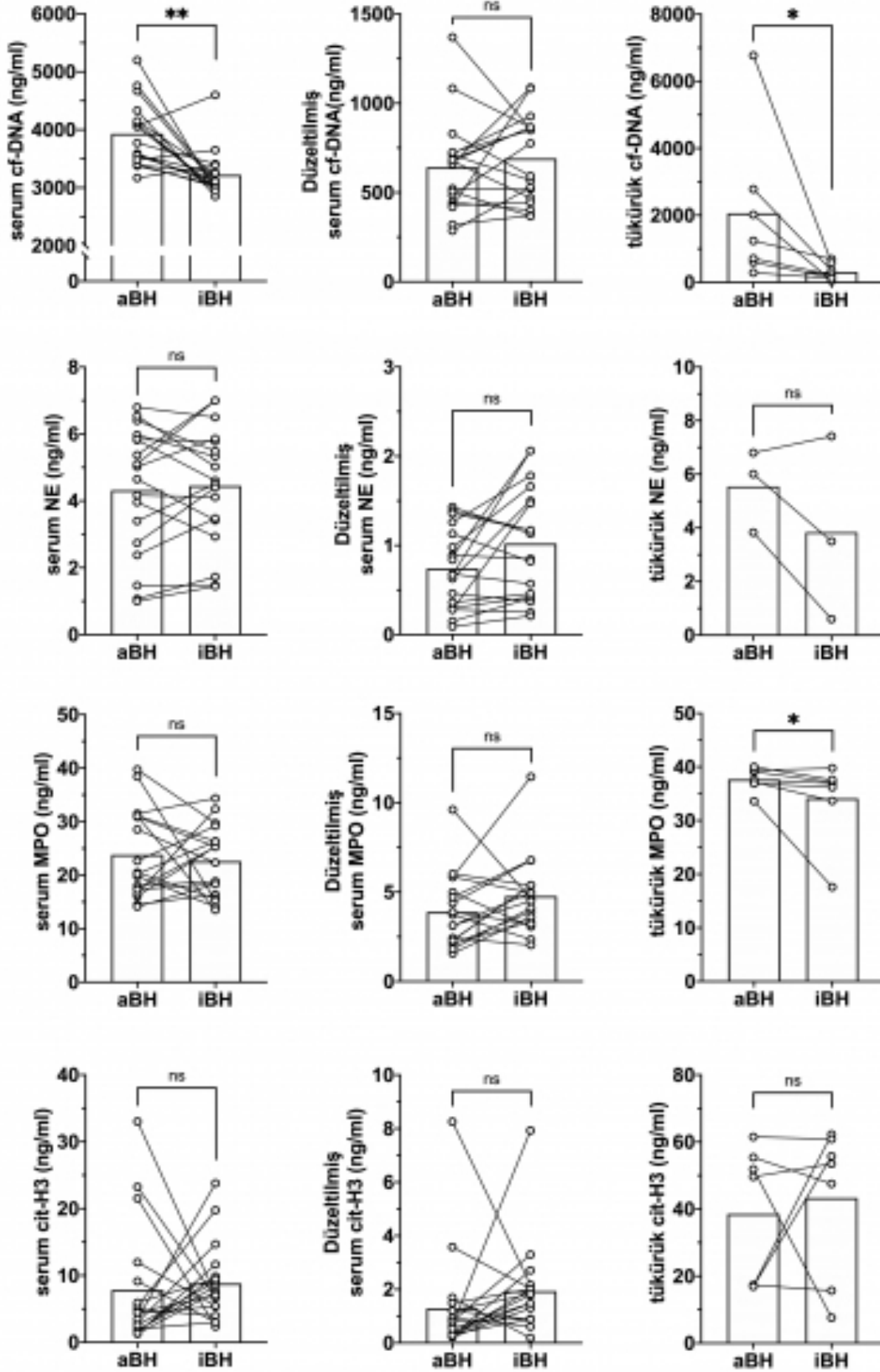
Bulgular: Aktif hastalık ve remisyon döneminde örnek alınan hastaların demografik ve klinik özellikleri ile oral aft özellikleri Tablo 1 ve Tablo 2'de özetlenmiştir. BH'de aktif dönemde serum cf-DNA ve NE düzeylerinin yüksek olduğu ($p \leq 0,001$, $p < 0,05$), düzeltilmiş serum MPO ve cit-H3 düzeylerinin ise düşük olduğu saptandı ($p \leq 0,001$, $p \leq 0,01$). Serum NE remisyon döneminde de yüksek saptandı ($p < 0,05$). Tükürük NETosis belirteçlerinde kontrol ve hastalar arasında fark saptanmadı (Şekil 1). Serum ve tükürük cf-DNA değerinin boylamsal takipte azaldığı görüldü ($p \leq 0,01$, $p < 0,05$) (Şekil 2). Serum cf-DNA, düzeltilmiş serum MPO ve cit-H3 ile enflamatuvar belirteçler arasında ve düzeltilmiş serum NETosis belirteçlerinin birbiri arasında korelasyon saptanırken, tükürük cf-DNA ile enflamatuvar belirteçler arasında korelasyon bulundu ($p < 0,05$). Serum cf-DNA ve NE ile düzeltilmiş serum MPO ve cit-H3'ün hastaları sağlıklı gruptan ayırmada; serum ve tükürük cf-DNA'nın aktif hastaları inaktif hastalardan ayırmada bir biyobelirteç adayı olarak kullanılabilmesi görüldü ($p < 0,05$) (Şekil 3).

Sonuç: Çalışmamızda, NETosis bulgularının BH'nin sistemik ve lokal aktivitesiyle ilişkili olarak değişebileceği gösterilmiştir. Özellikle, cf-DNA lokal ve sistemik aktiviteyi gösterebilirken, NE ise serumda hem aktif hem de remisyon döneminde yüksek saptanmıştır. Periferik nötrofil sayısına göre düzeltme yapıldığında serum NETosis bulgularında değişiklik olması aktif dönemdeki yüksek nötrofil döngüsüyle ilişkili olabilir. Aktif hastalık döneminde düzeltilmiş serum MPO ve cit-H3'ün belirgin düşük bulunmasına sebep olan mekanizmanın açıklanması ve NETosis'in BH patogenezindeki yeriyle biyobelirteç rolünün aydınlatılması için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

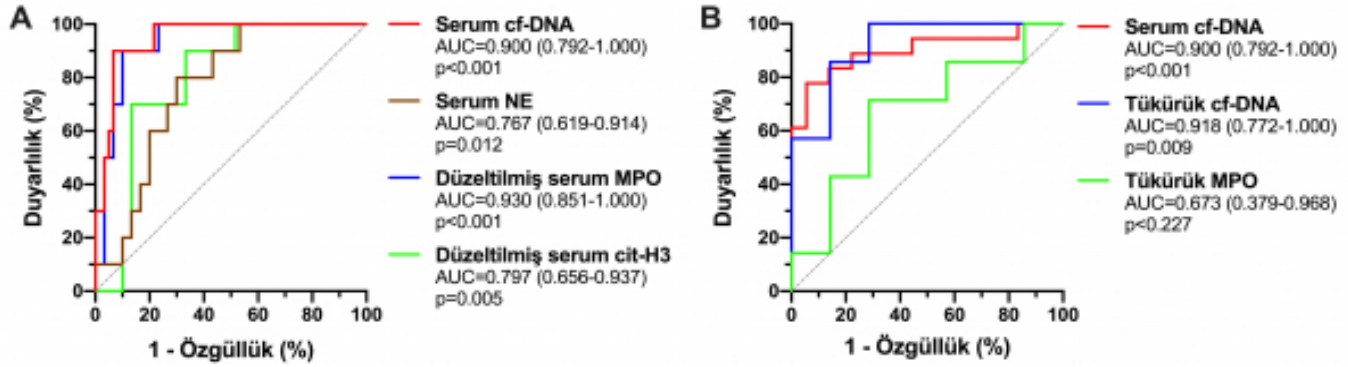
Anahtar Kelimeler: Nötrofil ekstraselüler tuzaklar, NETosis, nötrofil, Behçet hastalığı



Sekil 1. Kontrol grubu, aktif ve inaktif hasta gruplarındaki serum ve tükürük NETosis belirteçlerinin düzeyleri. Veriler ortanca olarak belirtilmiştir (kırmızı çizgi). Mann-Whitney U testi, ns: anlamlı değil, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$. [SK, sağlıklı kontrol (çember); aBH, aktif Behçet hastası (kare); iBH, inaktif Behçet hastası (üçgen)]



Sekil 2. Boylamsal takipte serum ve tükürük NETosis belirteçlerinin düzeylerindeki değişim. Veriler ortalama olarak belirtilmiştir (sütun). Wilcoxon testi, ns: anlamlı değil, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$. (aBH, aktif Behçet hastası; iBH, inaktif Behçet hastası)



Şekil 3. A. Hastaları kontrol grubundan ayırmada NETosis belirteçlerinin ROC eğrileri. B. Aktif hastaları inaktif hastalardan ayırmada NETosis belirteçlerinin ROC eğrileri

Tablo 1. Aktif ve inaktif hastalık döneminde örnek alınan hastaların demografik ve kümülatif klinik özellikleri

| | Aktif BH (n=30) | İnaktif BH (n=18) |
|-------------------------------------|------------------|-------------------|
| Cinsiyet, erkek, n (%) | 21 (70) | 11 (61,1) |
| Yaş, yıl, ort. ± SS | 35,3±10,7 | 36,5±9,1 |
| Hastalık süresi, ay, med (CAA) | 54 (10-150) | 48 (10-70) |
| HLA*B51, n/N (%) | 10/13 (76,9) | 9/12 (75) |
| Sigara, n (%) | 8 (26,7) | 7 (38,9) |
| Hastalık tutulumları, n (%) | | |
| Mukokütanöz | 30 (100) | 18 (100) |
| Artrit | 12 (40) | 8 (44,4) |
| Üveit | 8 (26,7) | 2 (11,1) |
| Nörolojik | 2 (6,7) | 1 (5,6) |
| Gastrointestinal | 1 (3,3) | 0 (0) |
| Vasküler | 7 (23,3) | 6 (33,3) |
| Diğer | 1 (3,3) | 1 (5,6) |
| Tedaviler, n (%) | | |
| Naif | 7 (23,3) | 0 (0) |
| Kolşisin | 23 (76,7) | 18 (100) |
| Azatioprin | 7 (23,3) | 10 (55,6) |
| Kortikosteroid | 3 (10) | 9 (50) |
| TNFi | 0 (0) | 1 (5,6) |
| Laboratuvar değerleri | | |
| Nötrofil sayısı/ μ L, med (CAA) | 6300 (4700-7700) | 4700 (3400-6600) |
| CRP, mg/L, med (CAA) | 7,5 (3,16-26,5) | 2,44 (0,6-4,46) |
| ESH, mm/saat, med (CAA) | 10 (7-23) | 9 (3-15) |

Tablo 2. Oral aktif ve inaktif durumda (aktif olduğu dönemde) iken tükürük örneği alınan hastaların oral aft özellikleri

| | Aktif dönemde örnek alınan hastaların aktif dönemdeki oral aft özellikleri (n=15) | Boylamsal olarak takip edilen hastaların aktif dönemdeki oral aft özellikleri (n=7) |
|-----------------------------------|---|---|
| Aft sayısı, med (CAA) | 1 (1-3) | 2 (1-4) |
| Aft tipi, n (%) | | |
| Minör aft | 11 (73,3) | 5 (71,4) |
| Majör aft | 4 (26,7) | 2 (28,6) |
| Herpetiform aft | 0 (0) | 0 (0) |
| Aft süresi, gün, med (CAA) | 4 (2-7) | 4 (3-7) |
| Nüks sıklığı, atak/yıl, med (CAA) | 6 (5-12) | 7 (4-12) |

Primer Sjögren sendromlu hastalarda immünoşüpresif ilaç kullanımının glandüler tutulum üzerine etkisi

Seda Günay¹, Esra Sevimli², Gonca Mumcu³, Nevsun İnanç⁴

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

²Öğr. Gör. Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı, İstanbul Arel Üniversitesi; Doktora Öğrencisi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Marmara Üniversitesi, İstanbul

³Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul

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

Amaç: Bu çalışmanın amacı, primer Sjögren sendromlu (pSS) hastalarda, immünoşüpresif (IS) ilaç kullanımının glandüler tutulum üzerine etkisini incelemektir.

Yöntem: Bu retrospektif araştırmaya 2016 ACR/EULAR pSS tanı kriterlerini karşılayan 75 pSS tanısı konmuş hasta katıldı (K/E: 71/4; yaş ort.: 53,20±11,14 yıl). Araştırma grubunda, hiç “IS kullanmamış” olan hastaların oranı %38,7 (n=29) olarak belirlendi. İmmünoşüpresif (IS) tedavi alan hastalar (n=46); “Aralıklı IS” (n=10, %13,3) ve “Uzun dönem IS” kullanımı (n=36, %48) olarak da iki gruba ayrıldı. Hastaların son vizitlerinde uyarılmış ve uyarılmamış tükürük akış hızları hesaplandı. Hastalar uyarılmamış tükürük akış hızlarına ($\leq 0,1$ mL/min) göre ağız kuruluğu olup (n=29, %38,7) olmamasına (n=46, %61,3) göre 2 gruba ayrıldılar.

Bulgular: Araştırma grubunda IS ilaç kullanım süreleri “Aralıklı IS” kullanan grupta 41,44±36,95 ay ve “uzun dönem IS” kullanan grupta 79,69±72,01 aydır. Gruplar arasında yaş, sigara kullanımı, diabetes mellitus ve SS-A pozitifliği açısından farklılık görülmedi ($p>0,05$). “Uzun dönem IS” tedavi alan grupta akciğer ve böbrek tutulum oranlarının %19,4 (n=7) ve %25 (n=9) olduğu, artrit görülme sıklığının ise “aralıklı IS” alan hastalarda %70 (n=7) olduğu görüldü. Ağız kuruluğu ($\leq 0,1$ mL/min) görülme sıklığının “IS kullanmayan” hastalarda (%52) “Uzun dönem IS” kullanan hastalara (%25) göre daha fazla olduğu belirlendi ($p=0,056$). “Uzun dönem IS” alan hastalarda uyarılmamış ve uyarılmış tükürük akış hızlarına bakıldığında (0,24±0,18 mL/dakika ve 1,04±0,69 mL/dakika), “aralıklı IS” alan hastalara (0,20±0,31 mL/dakika ve 0,54±0,41 mL/dakika) ($p=0,038$, $p=0,069$) ve “IS tedavi almayan” hastalara (0,14±0,15 mL/dakika ve 0,20±0,31 mL/dakika) göre daha yüksek olduğu belirlendi ($p=0,009$ ve $p=0,025$). Ancak “aralıklı IS” alan hastalar ile “IS almayan” hastalar arasında ise anlamlı fark tespit edilmedi ($p>0,05$).

Sonuç: Araştırma sonuçlarına göre, IS’lerin uzun dönem kullanımının pSS’lu hastalarda tükürük bezlerdeki hasarının önlenmesi ve fonksiyonların korunması üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabileceği görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: İmmünoşüpresif tedavi, tükürük akış hızı, primer Sjögren syndrome

Lupus nefriti hastalarında mikrotrombüs oluşumu mortalite ile ilişkili olabilir

Eda Otman¹, İrfan Öcal², Fulya Çakalağaoğlu², Zeki Soypaçacı³, Dilek Solmaz⁴, Servet Akar⁴

¹Manisa Şehir Hastanesi, Manisa

²İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

³İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, İzmir

⁴İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Lupus nefriti (LN), sistemik lupus eritematozus (SLE) hastalarının yaklaşık yarısında görülür ve böbrek hasarının en yaygın şeklidir. Ancak son zamanlarda renal vasküler lezyonların önemi vurgulanmaktadır. Bu lezyonlardan özellikle trombotik mikroanjyopatinin (TMA) prognoz üzerine etkisine yönelik çalışmalar yapılmıştır ve çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Literatürde mikrotrombozun bazı belirteçlerle daha iyi gösterilebildiği gözlenmiştir. Bu amaçla biz de LN tanısı olan hastalarımızdaki mikrotrombüs sıklığını ve prognoz üzerine etkisini inceledik.

Yöntem: 2009-2020 yılları arasında İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde LN tanısı almış hastaların böbrek biyopsileri tekrar değerlendirildi. Rutin histopatolojik değerlendirmeye ek olarak mikrotrombozları değerlendirmek için anti-glikoproteine IIIa (CD61, 1/50, M075301-1, mouse mono, Y2/51, DAKO) ve anti-fibrin (1/50, A008002-2, rabbit poly, DAKO) uygulandı (Şekil 1). Hastaların son dönem böbrek yetmezliği (SDBY), kronik böbrek yetmezliği (KBY), mortalite gelişme durumu sonlanım olarak belirlendi ve bu şekilde prognostik faktörler incelendi.

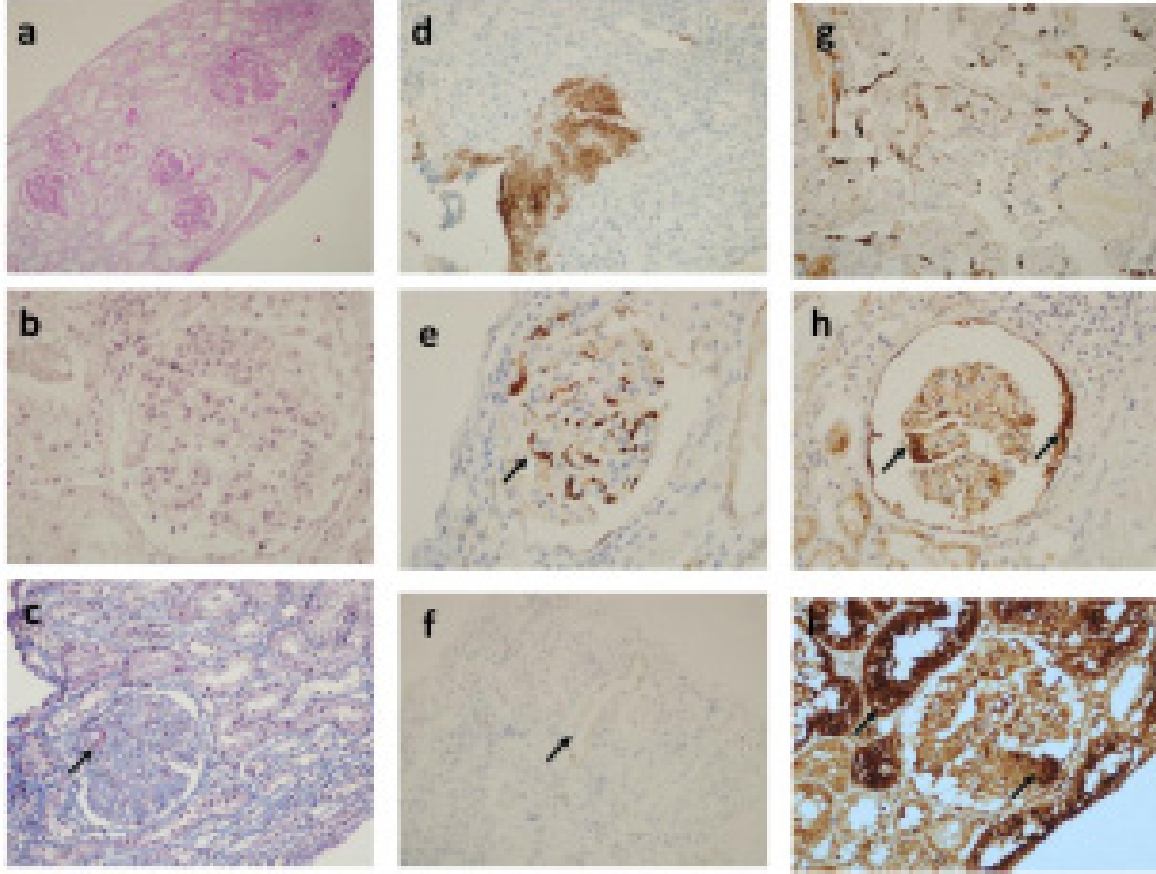
Bulgular: LN tanısı konulan, ilk böbrek biyopsisi kliniğimizde yapılmış olan 66 hasta analizlere dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 42,6 ($\pm 14,6$), SLE tanı yaşı 33,5 ($\pm 15,1$), LN tanı yaşı 35,3 ($\pm 15,1$) idi ve kadın hasta oranı (%80,3) daha fazlaydı. Biyopsilerin %56,5’i anti-CD61, %41,7’si anti-fibrin pozitif boyanma gösterdi. Anti-CD61 ve anti-fibrin pozitif ve negatif hastaların bazal demografik, klinik özellikleri benzerdi. Anti-fibrin pozitif hastalarda anti-fosfolipid antikor (AFA) pozitifliği, anti-fibrin negatif gruba göre istatistiksel anlamlı derecede daha fazlaydı (%52,9 vs. %15, $p=0,014$) (Tablo 1). Histopatolojik değerlendirmede anti-fibrin pozitif hastalarda negatif olanlara kıyasla kronisite indeksi daha yüksekti [2,90 ($\pm 1,16$) vs. 2,30 ($\pm 1,46$); $p=0,040$] (Tablo 2). Anti-fibrin pozitif grupta negatif gruba göre remisyon oranlarının 12. ayda daha düşük olduğu gözlemlendi (%40 vs. %72; $p=0,046$) (Tablo 3). Ayrıca mortalite oranının anti-fibrin pozitif grupta daha yüksek (%36,8 vs. %10,7; $p=0,032$) olduğu gözlemlendi (Şekil 2). Medyan 38 (0-136) ay takip süresi sonunda hastaların %20’sinde KBY, %10’unda SDBY geliştiği ve gruplar arasında bu sonlanımlar açısından istatistiksel anlamlı fark olmadığı gözlemlendi. Anti-CD61 pozitifliği ile mukokutanöz tutulum ($r=0,302$ ve $p=0,042$) ve biyopsi anındaki C4 düşüklüğü ($r=0,316$ ve $p=0,034$) arasında hafif düzeyde korelasyon saptandı. Ölen hasta grubunda ise

SLE tanı yaşı [$46,4 (\pm 20,0)$ vs. $30,7 (\pm 11,9)$; $p=0,006$] ve LN tanı yaşının [$48,7 (\pm 18,3)$ vs. $32,4 (\pm 12,3)$; $p=0,002$] daha ileri olduğu görülürken, daha sık AFA pozitifliği ($p=0,030$) ve anti-fibrin pozitifliğinin ($p=0,032$) olduğu görüldü.

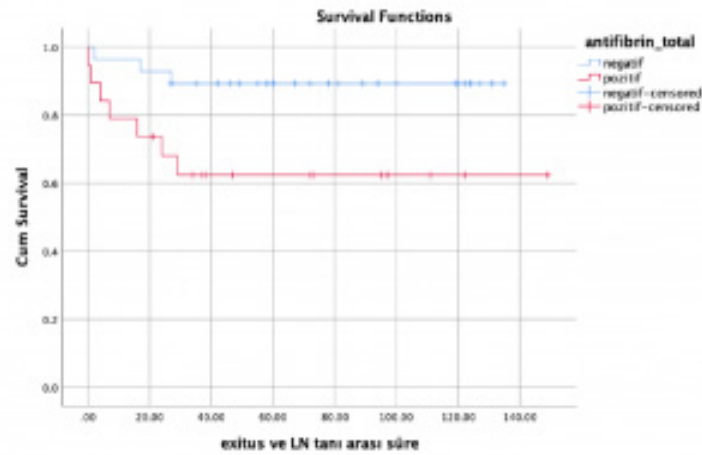
Sonuç: Anti-CD61 ve anti-fibrin gibi mikrotrombüsü saptamada daha duyarlı olduğu düşünülen belirteçlerin geleneksel yöntemlere

göre mikrotrombüsü daha iyi tespit ettiği gözlenmiştir. Ancak bu belirteçlerin klinik önemi ile ilgili ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

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



Şekil 1.



Şekil 2.

Tablo 1. Lupus nefriti hastalarının demografik ve bazı klinik özelliklerinin karşılaştırılması

| | Tüm hastalar | Anti-CD61 (+) | Anti-CD61 (-) | p-değeri | Anti-fibrin (+) | Anti-fibrin (-) | p-değeri |
|------------------------------------|--------------|---------------|---------------|----------|-----------------|-----------------|----------|
| Demografik özellikler | n=66 | n=26 | n=20 | | n=20 | n=28 | |
| Yaş ort (±SS) | 42,6 (±14,6) | 42,6 (±15,2) | 43,4 (±15,9) | 0,991 | 43,5 (±17,4) | 40,5 (±11,6) | 0,794 |
| Kadın cinsiyet, n (%) | 53 (80,3) | 24 (92,3) | 15 (75,0) | 0,213 | 15 (75) | 26 (92,9) | 0,111 |
| SLE tanı yaşı, yıl ort (±SS) | 33,5 (±15,1) | 34,1 (±15,3) | 32,9 (±13,9) | 0,799 | 35,5 (±18,0) | 31,2 (±10,8) | 0,623 |
| LN tanı yaşı, yıl ort (±SS) | 35,3 (±15,1) | 36,2 (±15,0) | 35,0 (±14,0) | 0,877 | 37,1 (±17,5) | 33,7 (±11,8) | 0,645 |
| Takip süresi, ay medyan (min-maks) | 38 (0-136) | 29,5 (0-126) | 47 (0-131) | 0,542 | 21 (0-118) | 45,5 (0-131) | 0,072 |
| Klinik özellikler, n (%) | | | | | | | |
| Akut kutanoz lupus | 15/65 (23,1) | 3 (11,5) | 7 (35,0) | 0,056 | 5 (25,0) | 5 (17,9) | 0,548 |
| Kronik kutanoz lupus | 8/65 (12,3) | 2 (7,7) | 4 (20,0) | 0,380 | 2 (10,0) | 4 (14,3) | 1,000 |
| Oral ülser | 12/65 (18,5) | 3 (11,5) | 6 (30,0) | 0,118 | 3 (15,0) | 6 (21,4) | 0,574 |
| Skar bırakmayan alopesi | 10/65 (15,4) | 5 (19,2) | 3 (15,0) | 1,000 | 7 (35,0) | 1 (3,6) | 0,006 |
| Eklem tutulumu | 38/65 (58,5) | 16 (61,5) | 13 (65,0) | 0,809 | 13 (65,0) | 17 (60,7) | 0,762 |
| Serozit | 16/65 (24,6) | 6 (23,1) | 6 (30,0) | 0,596 | 6 (30,0) | 6 (21,4) | 0,499 |
| Nörolojik tutulum | 6/65 (9,2) | 1 (3,8) | 4 (20,0) | 0,151 | 4 (20,0) | 1 (3,6) | 0,146 |
| Hemolitik anemi | 11/53 (20,8) | 7/23 (30,4) | 4/16 (25,0) | 0,711 | 5/17 (29,4) | 6/23 (26,1) | 0,816 |
| Lökopeni veya lenfopeni | 44/63 (69,8) | 17 (65,4) | 16 (80,0) | 0,275 | 14 (70,0) | 20 (71,4) | 0,915 |
| Trombositopeni | 15/65 (23,1) | 9 (34,6) | 3 (15,0) | 0,133 | 6 (30,0) | 7 (25,0) | 0,701 |
| AFA pozitifliği | 15/45 (33,3) | 5/17 (29,4) | 6/18 (33,3) | 0,803 | 9/17 (52,9) | 3/20 (15) | 0,014 |

Tablo 2. Lupus nefriti hastalarının histopatolojik özelliklerinin karşılaştırılması

| | Tüm hastalar | Anti CD61 (+) | Anti CD61 (-) | p-değeri | Anti-fibrin (+) | Anti-fibrin (-) | p-değeri |
|-------------------------------|----------------|---------------|---------------|----------|-----------------|-----------------|----------|
| Histopatolojik bulgular | n=66 | n=26 | n=20 | | n=20 | n=28 | |
| Ortalama glomerül sayısı | 12 (2-32) | 14 (6-32) | 13,5 (5-25) | 0,570 | 14 (6-28) | 13 (5-32) | 0,240 |
| Aktivite indeksi, ort. (±SS) | 5,52 (±3,60) | 6,36 (±4,36) | 5,6 (±3,5) | 0,629 | 6,00 (±3,46) | 5,74 (±4,27) | 0,544 |
| Endokapiller hiperselülarite | 1,54 (±0,83) | 1,60 (±0,91) | 1,55 (±0,94) | 0,773 | 1,75 (±1,02) | 1,48 (±0,80) | 0,252 |
| Lökosit infiltrasyonu | 0,82 (±0,68) | 0,84 (±0,68) | 0,90 (±0,78) | 0,909 | 0,85 (±0,67) | 0,89 (±0,75) | 0,962 |
| Subendotelial hiyalin deposit | 0,82 (±0,95) | 0,80 (±0,95) | 1,00 (±1,02) | 0,495 | 1,05 (±1,09) | 0,70 (±0,86) | 0,293 |
| Fibrinoid nekroz/karyoreksis | 0,70 (±1,24) | 1,20 (±1,52) | 0,60 (±1,14) | 0,127 | 0,70 (±0,97) | 0,88 (±1,50) | 0,948 |
| Selüler kresent | 0,458 (±1,030) | 0,63 (±1,13) | 0,11 (±0,48) | 0,085 | 0,26 (±0,70) | 0,50 (±1,06) | 0,530 |
| İntertisyel enflamasyon | 1,23 (±0,84) | 1,20 (±0,76) | 1,45 (±0,99) | 0,314 | 1,25 (±0,63) | 1,37 (±1,00) | 0,862 |
| Kronisite indeksi, ort. (±SS) | 2,63 (±1,30) | 2,52 (±1,53) | 2,5 (±0,7) | 0,686 | 2,90 (±1,16) | 2,30 (±1,46) | 0,040 |
| Glomerüler skleroz | 0,69 (±0,68) | 0,72 (±0,67) | 0,55 (±0,60) | 0,410 | 0,80 (±0,69) | 0,52 (±0,64) | 0,150 |
| Fibröz kresent | 0,03 (±0,17) | 0,08 (±0,27) | 0,00 (±0,00) | 0,201 | 0,05 (±0,22) | 0,04 (±0,19) | 0,829 |
| Tübüler atrofi | 0,92 (±0,51) | 0,80 (±0,57) | 1,00 (±0,32) | 0,148 | 1,00 (±0,45) | 0,81 (±0,55) | 0,217 |
| İntertisyel fibrozis | 0,98 (±0,48) | 0,92 (±0,57) | 1,00 (±0,32) | 0,550 | 1,05 (±0,39) | 0,93 (±0,55) | 0,383 |

Tablo 3. Lupus nefriti hastalarının 12. ay takiplerinin karşılaştırılması

| | Tüm hastalar n=66 | Anti CD61 (+) n=26 | Anti CD61 (-) n=20 | p-değeri | Anti-fibrin (+) n=20 | Anti-fibrin (-) n=28 | p-değeri |
|--|-------------------|--------------------|--------------------|----------|----------------------|----------------------|----------|
| Proteinüri, mg/g ort. (±SS) | 931 (±1,076) | 714 (±895) | 1,162 (±1,380) | 0,560 | 1,176 (±984) | 802 (±1,220) | 0,170 |
| 12. ayda tam remisyon, n (%) | 31/55 (56,4) | 15/23 (65,2) | 9/15 (60,0) | 0,744 | 6/15 (40,0) | 18/25 (72,0) | 0,046 |
| Kreatinin (mg/dL) ort. (±SS) | 1,3 (±2,5) | 1,8 (±3,9) | 0,7 (±0,3) | 0,322 | 1,3 (±1,6) | 1,4 (±3,5) | 0,469 |
| eGFR (mL/dk/1,73 m ²) ort. (±SS) | 102,4 (±45,2) | 90,5 (±38,1) | 106,4 (±42,2) | 0,328 | 95,1 (±56,8) | 102,8 (±32,4) | 0,383 |
| Anti-dsDNA pozitifliği, n (%) | 6/24 (25,0) | 3/8 (37,5) | 1/10 (10,0) | 0,163 | 0/6 (0,0) | 4/11 (36,4) | 0,091 |
| Düşük C3, n (%) | 13/29 (44,8) | 5/9 (55,6) | 5/13 (38,5) | 0,429 | 3/7 (42,9) | 7/14 (50,0) | 0,757 |
| Düşük C4, n (%) | 12/29 (41,4) | 6/9 (66,7) | 3/13 (23,1) | 0,041 | 2/7 (28,6) | 7/14 (50,0) | 0,350 |

Sistemik sklerozis hastalarında NEK7-NLRP3 inflamazom yolağının ekspresyonu ve fibrozis ile ilişkisi

Tuba Yüce İnel^{1,2}, Ufkay Karabay², Mehtap Yüksel Eğrilmez², Fatih Alp Öztürk², Haluk Vayvada², Ahmet Merih Birlirk²

¹İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir

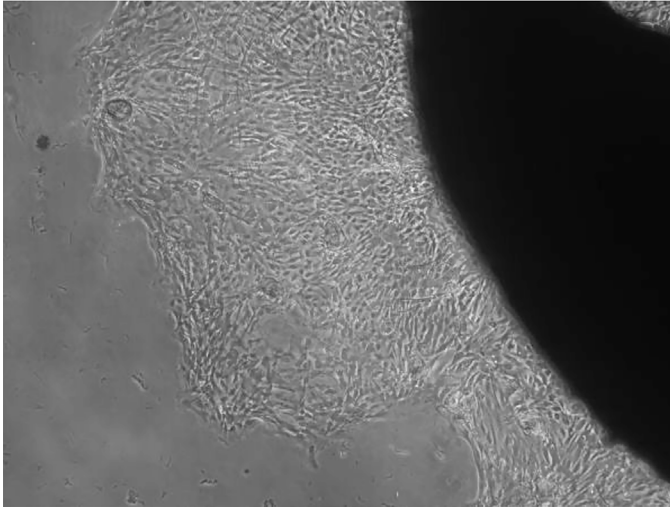
Amaç: İnflamazomun fibrozis üzerindeki etkisi aydınlatılmaya çalışılmaktadır. Aktive olan inflamazom tipi, otokrin veya parakrin yanıtları etkileyen genetik varyasyonlar, inflamazomun aktive olduğu hücre tipi veya tüm bu faktörlerin kombinasyonu fibrozis gelişip gelişmeyeceğini etkileyebilir. NIMA-ilişkili kinaz 7 (NEK7), NLRP3 oligomerizasyonu ve aktivasyonunu düzenlemek için hücre içi potasyum iyonlarının akışında görev yapan bağlayıcı bir proteindir. NLRP3'ün Nek7 ile etkileşimi ASC, kaspaz-1 veya kaspaz-11'den bağımsızdır. NEK7, NLRP3 inflamazom aktivasyonuna bağlı enflamatuvar hastalıkları tedavi etmek için potansiyel terapötik bir hedef olabilir. Biz de bu çalışmayla NEK7-NLRP3 inflamazomunun sistemik sklerozis tanı hastaların cildinde eksprese olup olmadığını ve fibrozis üzerindeki etkisini göstermeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya skleroderma benzeri hastalıklardan ayırt etmek için diyagnostik amaçla deri biyopsisi yapılan veya tıbbi gereklilik (nekroz, digital ülser) nedeniyle parsiyel/total digital amputasyon uygulanan sistemik sklerozis tanı 9 hasta ve kozmetik sebeplerle opere edilmiş 3 kontrol dahil edildi. Biyopsi örnekleri iki kez PBS (fosfat-buffered saline) ile yıkanıp ve daha küçük parçalara ayrılarak örnekler enzimatik yöntem ile parçalanmıştır. Dokular, 1 mL enzim karışımında [Kollegenaz + Dispaz] 37 °C'de karıştırılarak yaklaşık 1 saat tüm doku dissosiyeye olana kadar bekletilip santrifügasyon ile çöktürülüp ve hücre kültür ortamında [DMEM + penisilin/streptomisin (100 Ü/mL + FCS (%30) + Glutamin (2 mM)] resüspanse edilerek 35 mm'lik petride inkübe edilip biyopsi örneklerinin tomurcuklanması sağlanmıştır. Sistemik sklerozlu ve kontrol gruplarından elde edilen fibroblast hücrelerinden "RNA izolasyon" kiti kullanılarak RNA izolasyonu yapılmıştır. Bu işlemden önce lizis solüsyonuyla hücre ve nükleus membranı parçalanarak DNA ve RNA açığa çıkarılmıştır. Ardından DNA ve RNA'nın silikaya yapışma özelliğinden yararlanmak için örnekler silika membran içeren kolondan geçirilmiştir. Daha sonra silikaya yapışan DNA'nın uzaklaştırılması için deoksiribonükleaz enzimiyle enkübasyon yapılmıştır. Sonrasında etanol solüsyonlarıyla yıkama yapılmış ve RNA, santrifüj ardından distile su içinde toplanmıştır. RNA'nın saflığı ve konsantrasyonu spektrofotometrik ölçüm ile değerlendirilmiştir. Complementary DNA (cDNA) sentezi için 1 µg RNA, 100 pmol random heksamer, 1 mM dNTP mix, 200 ünite RevertAid Reverse transkriptaz enzimi kullanılmıştır. Örneklerden "termal cyler" aletinde cDNA elde edilmiştir. Daha sonra NEK7, NLRP3, ASC, Kaspaz-1, IL-1β, IL-18, COL1A1 ve kontrol housekeeping genler olan GAPDH ve Aktin mRNA'larına özgül primerler ile SYBR green içeren qPCR mastermix kullanılarak Real-time PCR yapılmıştır. Erime eğrisi analiziyle de ürünlerin kalite kontrolü gerçekleştirilmiştir. Ekspresyon farklılığı delta delta Ct yöntemine göre analiz edilmiştir.

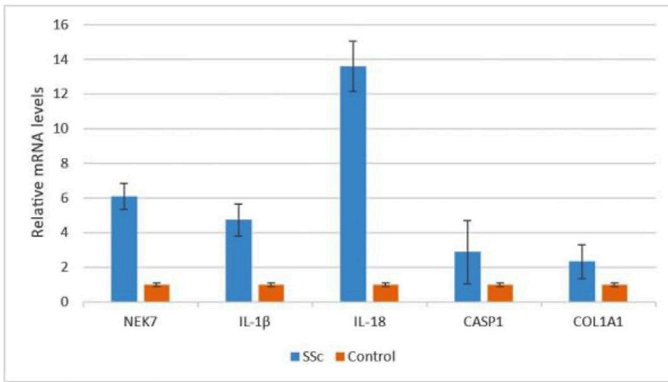
Bulgular: SSc hastalarının %77,8'i kadındı ve medyan yaşı 56 (41-69) idi. Hastaların üçte ikisi diffüz SSc olup, dördünde Sjögren birinde miyozit eşlik etmekteydi. Ortalama tanı süresi 46 (11-276) aydı. Hastaların modifiye rodnan skoru 10 (4-44) iken, medsker skoru 7 (3-18) idi. SSc hastalarında NEK7-NLRP3 inflamazom yolağının aktivasyonu ile ASC, IL-1β, IL-18, Kaspaz1 ve Kollajen1A1 mRNA ekspresyonlarında upregülasyon olduğu saptandı. Şekil 1'de SSc tanı hastalardan birisinin hücre kültüründeki fibroblast izolasyonu görülmektedir. Tabloda SSc ve kontrol hastalarındaki inflamazom yolağında eksprese olan moleküllerin mRNA düzeyleri, Şekil 2'de ise iki grup arasındaki fark gösterilmektedir.

Sonuç: İlk kez Gasse ve ark., inflamazom, IL-1 reseptörü ve MyD88 sinyali ile fibrozis arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. ASC proteininde eksiklik olan farelerde, profibrotik bir ajan olan bleomisine verilen yanıt azalmıştır. Bu çalışma, IL-1 reseptörü ve MyD88 üzerinden IL-1 sinyalinin pulmoner fibrozisteki rolünü göstermiştir. IL-1R1 ve MyD88 eksikliği olan farelerde, bleomisine verilen yanıt ortadan kalkmıştır. Ayrıca, rekombinant fare IL-1β'nin vahşi tip farelerin akciğerlerine doğrudan uygulanması, enflamasyonla birlikte artmış doku destruksiyonuna ve kollajen birikimine neden olmuştur. Vahşi tiplerde fibrozisin sınırlandırılmasında IL-1 reseptör antagonisti eklenmesinin, IL-1β nötrleştirici antikörlerin uygulanmasından daha etkili olduğu görülmüştür. Artlett ve ark. tarafından SSc fibroblastlarda kaspaz-1 aktivitesinin yaklaşık 2 kat arttığı ve fibrotik lezyonlardan izole edilen fibroblastların daha fazla IL-1β ve IL-18 proteini salgıladığı ve bu salgının kaspaz-1'in kimyasal veya siRNA inhibisyonu ile ortadan kaldırılabilirliği gösterilmiştir. Kaspaz-1 inhibitörü YVAD ile muamele edilmiş fibroblastlar ve NLRP3 eksikliği olan fibroblastların, miR-155 ekspresyonunu ve kollajen sentezini önemli oranda azalttığı saptanmıştır. Araştırmamızda SSc hastalarında NEK7-NLRP3 inflamazom yolağının aktivasyonu ile ASC, IL-1β, IL-18, Kaspaz1 ve Kollajen1A1 mRNA ekspresyonlarında upregülasyon olduğunu saptadık. IL-1β ve IL-18'in aktivitesi ve salgılanması, inflamazom ile düzenlenir ve her iki sitokin, birçok hücre tipinde bulunan spesifik reseptörlerine bağlanıp enflamatuvar yanıtı daha da şiddetlendirmektedir. Sonuçlarımızı göre SSc hastalarında IL-1β ve IL-18 mRNA ekspresyonları kontrol grubuna göre daha yüksek tespit edilmiştir. IL-1β üretiminin, toll benzeri reseptör yolağından ziyade ASC sinyalizasyonuna daha fazla bağımlı olduğu bu NLRP3 inflamazom yolağının etkinleştiği, aşırı kollajen birikimi ve enflamatuvar hücrelerin hasarlı dokulara alınmasına neden olduğu da bilinmektedir. Ancak SSc hastalarının hastalık süreleri, deri ve organ tutulum şiddetleri ve otoantikörleriyle NEK7-NLRP3 inflamazom yolağı arasındaki ilişkinin aydınlatılması için daha ileri araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: İnflamazom, fibrozis, NEK7, NLRP3, sistemik skleroz



Şekil 1. Deri biyopsi örneğinden hücre kültürü ile fibroblast izolasyonu



Şekil 2. SSc ve kontrol grubunda inflamazom yolağındaki moleküllerin mRNA düzeylerinin karşılaştırılması

Tablo 1. SSc ve kontrol grubunda inflamazom yolağındaki moleküllerin mRNA düzeyleri

| | NEK7 | IL-1β | IL-18 | CASP1 | COL1A1 | GAPDH |
|----------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Toplam HASTA | 18,9347 | 31,55144 | 28,8343 | 26,37693 | 18,84881 | 16,64278 |
| Toplam KONTROL | 18,01756 | 30,273 | 29,07244 | 24,38256 | 16,54211 | 13,11589 |
| ΔCt-K | 4,901667 | 17,15711 | 15,95656 | 11,26667 | 3,426222 | |
| ΔCt-H | 2,291926 | 14,90867 | 12,19152 | 9,734148 | 2,206037 | |
| ΔΔCt | -2,60974 | -2,24844 | -3,76504 | -1,53252 | -1,22019 | |
| mRNA levels | 6,10394 | 4,751702 | 13,59531 | 2,892904 | 2,329766 | |

SS-024

Gastrointestinal tutulumu olan Behçet sendromu hastalarında abdominal cerrahi

Sinem Nihal Esatoğlu¹, Sabriye Güner¹, Sevim Güler¹,
Gülen Hatemi¹, Nuray Kepil², Yusuf Ziya Erzin³,
Aykut Ferhat Çelik³, İbrahim Hatemi³

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

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

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

Amaç: Gastrointestinal sistem tutulumu olan Behçet sendromu (GİBS) hastalarının yaklaşık üçte biri gastrointestinal tutulumla bağlı abdominal cerrahi olmaktadır. Bu çalışmada, abdominal cerrahi geçiren GİBS hastalarının klinik özelliklerini, tedavilerini ve uzun vadeli prognozlarını özetlemeyi amaçladık.

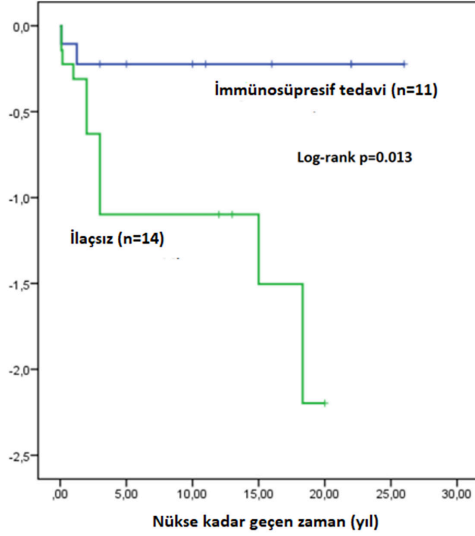
Yöntem: 1978 ile 2022 yılları arasında takibe alınmış olan tüm Behçet sendromu (BS) hastalarının dosyaları geriye dönük olarak incelendi. GİBS olup gastrointestinal tutulum nedeniyle abdominal cerrahi olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Demografik özellikler, cerrahi türü, tedaviler, nüksler ve prognoz not edildi. Bağırsak rezeksiyonunu takiben pozitif bir fekal kalprotektin testi ile aktif gastrointestinal klinik aktivitesinin varlığı veya endoskopide aktif hastalık saptanması nüks olarak tanımlandı.

Bulgular: 11.200 BS hastasında 119 (%1) GİBS hastası vardı. Bu 119 hastanın 29'u (%24) (19 erkek, yaş ortalaması: 49±11 yıl) abdominal cerrahi geçirmişti (Tablo 1). On dokuz hastada (%65) gastrointestinal tutulumdan önce BS tanısı konulmuştu. On hasta ise BS ve gastrointestinal tutulum tanısını aynı anda almıştı. Refrakter hastalık nedeniyle ileoçekal rezeksiyon geçiren 1 hasta dışında, hepsi abdominal cerrahi sonrasında GİBS tanısı almıştı. Abdominal cerrahinin en sık nedenleri perforasyon (n=18, %62) ve masif hematokezya idi (n=6, %21). Abdominal cerrahi türü 25 hastada bağırsak rezeksiyonu, 2 hastada primer kapama ve 2 hastada tanısız laparotomi idi. Gastrointestinal tutulumu refrakter olan 2 hasta yaygın vasküler tutulum (n=1) ve sekonder amiloidoz (n=1) nedeniyle kaybedildi. Bağırsak rezeksiyonu geçiren 25 hastanın 14'ü (%56) ortanca 24 (ÇAA: 1,75-36) aylık takip süresi boyunca nüks yaşadı. Bu 14 hastadan 12'si sadece bir kez nüks yaşadı. Nüks nedeniyle 4 (%29) hasta yeniden abdominal cerrahi geçirmek durumunda kaldı. Geriye kalan 11 hasta ortanca 13 (ÇAA: 10-22) aylık takip süresi boyunca nüks yaşamadı. Operasyon sonrası azatiopurin tedavisi, 3'ü anti-TNF ile beraber olmak üzere, toplamda 11 hastada başlandı. Bu 11 hastadan 3'ünde nüks gözlenirken, operasyon sonrası immünosüpresif tedavi almayan 14 hastadan 11'i nüks yaşadı (%27 vs. %79; p=0,01). Operasyon sonrası immünosüpresif tedavi kullanımı nüks riskini önlemde koruyucu bir faktör olarak bulundu (OR: 0,10; %95 GA: 0,016-0,644). Operasyon sonrasında nükse kadar geçen zaman immünosüpresif tedavi alan hastalarda almayanlara göre anlamlı olarak daha uzundu (p=0,013, log-rank testi, Şekil 1).

Sonuç: Gastrointestinal tutulum BS hastalarında ilk prezentasyonda perforasyon veya ciddi kanama nedeniyle abdominal cerrahi

gerektiren akut bir tablo ile ortaya çıkabilir. Bu kohortta GİBS hastalarının %24'ünde abdominal cerrahi gerekmişti ve bir hasta dışında hepsinde GİBS tanısı operasyon sonrasında konmuştu. Hastaların yaklaşık %50'si nüks yaşadı ve nükslerin çoğu 3 yıl içinde meydana geldi. Nüks yaşayan hastaların %30'unda yeniden abdominal cerrahi gerekti. Cerrahi sonrası immünoşüpresif tedavi kullanımı nüks riskini %90 azaltarak nükten koruyucu bir faktör olarak saptandı

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, gastrointestinal, cerrahi, rezeksiyon



Sekil 1.

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik özellikleri

| | Abdominal cerrahi geçiren GİBS hastaları (n=29) |
|--|---|
| Erkek, n (%) | 19 (66) |
| Ortalama (SS) yaş, yıl | 49±11 |
| Jüvenil BS, n (%) | 4 (13) |
| Ortalama (SS) BS tanı yaşı, yıl | 28±10 |
| Ortalama (SS) GİBS tanı yaşı, yıl | 34±11 |
| ISG kriterini dolduranlar, n (%) | 23 (79) |
| Majör organ tutulumu, n (%) | 15 (51) |
| Üveit | 11 |
| Vasküler tutulum | 5 |
| Merkezi sinir sistem tutulumu | 2 |
| Paterji pozitifliği, n/N (%) | 13/27 (48) |
| HLA-B51, n/N (%) | 12/18 (66) |
| Cerrahi nedenleri, n (%) | |
| Perforasyon | 18 (62) |
| Masif hematokezya | 6 (21) |
| İleus | 2 |
| Akut batin şüphesi | 2 |
| Refrakter hastalık | 1 |
| Cerrahi sırasında immünoşüpresif ilaç kullanımı, n (%) | 3 (10) |

SS-025

Dev hücreli arterit tanısında temporal arter biyopsi bulgularının 2022 DCVAS kohort önerilerine göre incelenmesi

Gül Sandal Uzun^{1,2}, Özey Gököz³, Betül Öğüt⁴, Aylin Heper⁵, Servet Güreşçi⁶, Rıza Can Kardaş⁷, Mehmet Akif Öztürk⁷, Emine Uslu Yurteri⁸, Aşkın Ateş⁸, Berkan Armağan⁹, Ahmet Omma⁹, Levent Kılıç^{1,2}, Ömer Karadağ^{1,2}

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

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Vaskülit Araştırma Merkezi, Ankara

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

⁴Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

⁵Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

⁶Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

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

⁸Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Dev Hücreli Arterit (DHA) tanısında temporal arter biyopsisinin (TAB) yeri ile ilgili The Diagnostic and Classification Criteria in Vasculitis (DCVAS) çalışmasının verileri 2022 yılında yayınlandı. Biyopside mononükleer hücre infiltrasyonu, dev hücre varlığı ve internal elastik laminada fragmantasyon “definitif vaskülit” ilişkili histopatolojik bulgular olarak tanımlandı. Bu çalışmada Ankara ili içerisinde üç üniversite ve bir eğitim araştırma hastanesinde DHA ön tanısı ile TAB yapılan hastaların histopatolojik bulgularının bu kapsamda tekrar değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

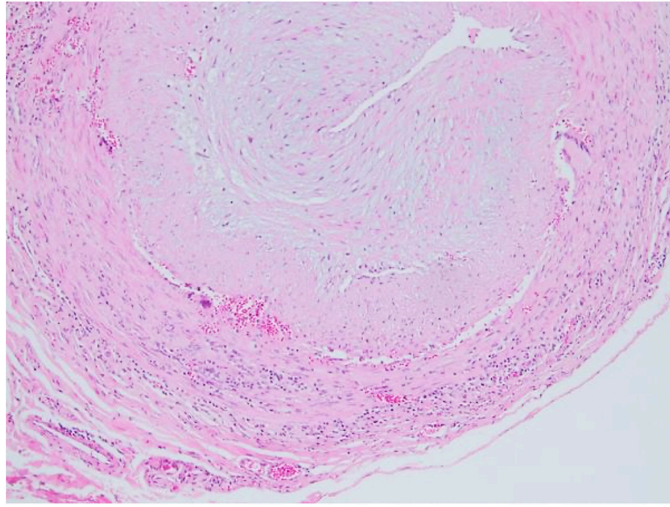
Yöntem: Ocak 2012 ile Mayıs 2022 tarihleri arasında klinisyenlerce DHA tanısı konulan ve TAB yapılmış alan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastane elektronik kayıt sistemlerinden hastaların tanıları gözden geçirildi ve ANCA-asosiyeli vaskülit tanısı almış olan 2 hasta çalışmadan dışlandı. Toplamda 90 hastanın patoloji raporlarındaki mevcut histopatolojik bilgiler bir patolog (ÖG) ve bir romatoloji yan dal asistanı (GSU) tarafından değerlendirildi. Patoloji raporlarında mikroskopik bulguları belirtilmeyen 36 (%40) hastanın patoloji preparatları tekrar değerlendirildi. Hastaların demografik, klinik özellikleri ve TAB sonucundaki histopatolojik bulguları kaydedildi. Ayrıca vaskülit tanılı hastalar definitif vaskülit-DHA ve definitif olmayan-DHA olmak üzere iki gruba ayrıldı klinik ve görüntüleme özellikleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 90 DHA hastasının ortalama tanı yaşı 69,8 (±8,5) ve %52,2'si kadın cinsiyetti. Hastaların %80,9'unda en az bir kraniyal semptom ve kraniyal fizik muayene bulgusu mevcuttu. Altmış altı (%73,3) hastanın patoloji raporunda TAB biyopsisinin nihai sonucu DHA ile uyumlu idi. DCVAS kohortunda definitif vaskülit ilişkili bağımsız histopatolojik bulgulara göre kriterler incelendiğinde ise 76 (%84,4) hastada definitif vaskülit mevcuttu. Patoloji raporunda DHA ile uyumlu olmayan 24 hastanın 10'unda (%41,6) en az bir definitif vaskülit bulgusu vardı. Bu incelemede histopatolojik bulgular arasında en sık rapor edilen mononükleer hücre infiltrasyonu

idi (%57,7) (Resim 1). Definitif vaskülit-DHA hastalarının akut faz reaktan düzeyleri daha yüksek (Eritrosit sedimentasyon hızı; p=0,01 ve C-reaktif protein; p=0,03) ve biyopsi materyalleri daha uzundu (p=0,005). Definitif olmayan-DHA hastalarda temporal Doppler USG'sinde halo bulgusu daha sıkı (p=0,01).

Sonuç: 2022 DCVAS kohortu verilerinden üretilerek kullanımı önerilen histopatolojik bulgular DHA hastalarının %84,4'ünde mevcuttur. İlk patolojik değerlendirmede negatif olarak rapor edilen biyopsilerin DCVAS definitif vaskülit ile ilişkili histopatolojik bulgular açısından tekrar yorumlandığında hastaların yaklaşık yarısında definitif vaskülit olduğu belirlendi. Belirtilen kriterler DHA hastalarında standart biyopsi değerlendirmesine katkı sunacağı düşünülmüştür. 1 cm civarında biyopsi alınmasının yeterli olmadığı mümkünse daha uzun biyopsi alınmasının daha tanımlayıcı olacağı belirtilebilir.

Anahtar Kelimeler: Baş ağrısı, biyopsi, dev hücreli arterit, definitif vaskülit, skalp hassasiyeti, temporal arter ultrasonografisi



Şekil 1. Temporal arter biyopsi kesitinde ye alan; internal elastik laminada fragmentasyon, mononükleer hücre infiltrasyonu, dev hücre varlığı dikkati çekmektedir

Tablo 1. Klinisyenlerce DHA tanısı konulan hastaların demografik ve histopatolojik özellikleri

| Demografik bilgiler ve histopatolojik bulgular | n=90 |
|--|--------------|
| Yaş, ortalama (SS) | 69,88 (±8,6) |
| Cinsiyet, kadın, n (%) | 47 (52,2) |
| Sigara içimi, n (%) | |
| • Halen içiyor | 23/53 (43,3) |
| • Önceden içmiş bırakmış | 9/53 (16,9) |
| • Hiç içmemiş | 29/53 (54,7) |
| Eşlik eden PMR tanısı, n (%) | 35/81 (43,2) |
| En az bir kranial semptom olması | 68/84 (80,9) |
| • Görme kaybı | 27/84 (32,1) |
| • Saçlı deride hassasiyet | 15/84 (17,2) |
| • Yeni başlayan/kötüleşen baş ağrısı | 64/84 (71,1) |
| • Çene kladikasyonu | 35/84 (41,6) |
| • Ekstremitelerde kladikasyonu | 4/84 (4,7) |
| • Ateş | 16/84 (19) |

| | |
|---|----------------------|
| • Kilo kaybı | 22/84 (26) |
| • Kas iskelet sistemi semptomları | 34/84 (40,4) |
| Fizik muayene bulguları, n (%) | |
| • Temporal arterde anormallik | 24/81 (29,6) |
| • Diğer vasküler anormallikler | 3/81 (3,7) |
| Laboratuvar bulguları* | |
| • Anemi, n (%) | 63 (70) |
| • Hemoglobin, g/L ortalama (SS) | 11,4 (1,8) |
| • Lökositöz, n (%) | 21 (23,3) |
| • Lökosit sayısı, ortanca (min-maks) | 9,850 (5,100-21,950) |
| • Anormal ESH, n (%) | 76/89 (85,5) |
| • ESH, ortalama (SS) | 73,8 (34,9) |
| • Anormal CRP, n (%) | 81/89 (91) |
| • CRP, ortanca (min-maks) | 6,8 (0,17-36,6) |
| Görüntüleme bulguları, n (%) | |
| • USG'de halo işareti | 23/59 (38,9) |
| • PET'de damar tutulumu | 12/65 (16,9) |
| • MRG'de anormal angiografi bulguları | 12/64 (18,5) |
| Tedavi, n (%) | |
| • Metotreksat | 38/80 (48) |
| • Leflunomid | 5/80 (6,6) |
| • Azatiopürin | 11/80 (14,6) |
| • Siklofosfamid | 5/80 (6,7) |
| • Tosilizumab | 7/80 (9,3) |
| Komorbid hastalıklar n (%) | |
| • Hipertansiyon | 42/84 (50) |
| • Diabetes mellitus | 20/84 (23,8) |
| • Koroner arter hastalığı | 19/84 (22,6) |
| • Hiperlipidemi | 37/84 (44) |
| • Astım/KOAH | 13/84 (15,4) |
| • Serebrovasküler hastalık | 3/84 (3,5) |
| • Tromboz öyküsü | 8/84 (9,5) |
| Histopatolojik bulgular, n (%) | |
| Dev hücre varlığı | 37 (41,1) |
| İnternal elastik laminada fragmentasyon | 44 (48,8) |
| Mononükleer hücre infiltrasyonu | 52 (57,7) |
| İntimal kalınlık artışı, | 47 (52,2) |
| En az bir histopatolojik bulgu varlığı | 76 (84,4) |
| En az iki histopatolojik bulgu varlığı | 46 (52,8) |
| Vasküler tromboz, n (%) | 2 (2,2) |
| Granülom, n (%) | 1 (1,1) |
| Perivasküler enflamasyon varlığı, n (%) | - |
| Medyal kalsinozis, n (%) | 6 (6,6) |
| Mikroid dejenerasyon, n (%) | 7 (7,7) |

BT: Bilgisayarlı tomografi, CRP: C-reaktif protein, ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı, KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, MRG: Manyetik rezonans görüntüleme, PET: Pozitron emisyon tomografisi, PMR: Polimiyaljiya romatika, SS: Standart sapma, USG: Ultrasonografi, *: Laboratuvar bulgularının referans aralıkları: Hemoglobin düzeyi; erkek: (13,5-17,5), kadın= (12,5-15,5); lökosit sayısı= (4,000-11,000) arasında; CRP, (0-0,8) mg/dL; ESR, (0-25) mm/saat

Tablo 2. Histopatolojik bulgulara göre definite vaskülit olan ve olmayan grupların karşılaştırılması

| Klinik özellikler | Definitif vaskülit-DHA n=76 | Definitif vaskülit olmayan-DHA n=14 | p |
|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|--------|
| Biyopsi anındaki yaş, ortalama (SS) | 74 (7,2) | 69,9 (11,3) | 0,06 |
| Cinsiyet, kadın, n (%) | 39 (50) | 10 (69,2) | 0,16 |
| Sigara maruziyeti, n (%) | 20/42 (47,6) | 3/10 (30) | 0,25 |
| Ateş, n (%) | 14/72 (19,4) | 2/11 (18,1) | 0,5 |
| Kilo kaybı, n (%) | 19/72 (26,3) | 3/13 (23,1) | 0,4 |
| Eşlik eden PMR tanısı, n (%) | 30/72 (41,6) | 5/13 (38,5) | 0,47 |
| Görme kaybı, n (%) | 21/72 (29,1) | 6/13 (46,2) | 0,2 |
| Saçlı deride hassasiyet, n (%) | 12/72 (16,2) | 2/13 (15,4) | 0,65 |
| Yeni kötüleşen baş ağrısı, n (%) | 53/72 (73,6) | 11/13 (84,6) | 0,5 |
| Çene kladikasyonu, n (%) | 29/72 (40,3) | 3/13 (23) | 0,3 |
| Ekstremiteler kladikasyonu, n (%) | 3 /72 (4) | 0 | NA |
| Biyopsi uzunluğu, ortalama (SS) | 21,2 mm (14,8) | 10,4 mm (6,6) | 0,005 |
| Kas iskelet semptomları, n (%) | 24 /72 (33,3) | 8/13 (61,5) | 0,09 |
| Fizik muayene bulguları, n (%) | | | |
| • Temporal arter anormallikleri | 21 (28,8) | 3 (23,1) | 0,3 |
| • Diğer vasküler anormallikler | 3 (4,1) | 0 | NA |
| Laboratuvar bulguları, n (%)* | | | |
| • Anemi | 54 (72,6) | 9 (69,2) | 0,57 |
| • Lökositoz | 16 (25,1) | 6 (46,2) | 0,1 |
| • Anormal ESH | 65 (94) | 11 (84,6) | 0,09 |
| • Anormal CRP | 66 (95,5) | 11 (91,7) | 0,49 |
| CRP, ortalama (SS) | 8,1 (7,1) | 4,2 (3,1) | 0,03 |
| ESH, ortalama (SS) | 77,6 (34,2) | 55,6 (33,3) | 0,01 |
| Görüntüleme bulguları, n (%)* | | | |
| • Temporal USG'de halo bulgusu | 14 (29,5) | 9 (66,7) | 0,01 |
| • PET'de anormal tutulum | 10 (20) | 1 (8,3) | NA |
| • BT/MR angioda tutulum | 10 (16,3) | 2 (8,3) | NA |
| Komorbid hastalıklar, n (%) | | | |
| • Hipertansiyon | 34/72 (47,2) | 8/12 (66) | 0,48 |
| • Diabetes mellitus | 15/72 (20,8) | 5/12 (41,6) | 0,25 |
| • Koroner arter hastalığı | 15/72 (20,8) | 4/12 (33,3) | 0,18 |
| • Hiperlipidemi | 24/72 (33,3) | 10/(83,3) | <0,001 |
| • Astım/KOAH | 8/72 (11,1) | 5/12 (41,6) | 0,03 |
| • SVH | 2/72 (2,7) | 0 | NA |
| • Tromboz öyküsü | 7/72 (9,7) | 1/12 (7,7) | NA |

* Eksik veriler mevcuttur

Spondiloartritlerde latent tüberküloz taramasında Sağlık Bakanlığı Kılavuzu: İnterferon gama salınım testleri ne kadar kullanışlı? Bu kılavuza ne kadar uyuluyor?

Zehra Özsoy¹, Adem Özdemir², Mustafa Ekici¹, Emre Hafizoğlu¹, Asena Eken³, Furkan Çakmak³, Zeynep Sarıbaş², Burçin Şener², İhsan Ertenli¹, Ömer Karadağ¹, Levent Kılıç¹

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

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

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

Amaç: Biyolojik/hedefe yönelik tedavi alacak olan ve/veya alan enflamatuvar artritli hastalarda latent tüberküloz enfeksiyonunu (LTBE) taramasının ne sıklıkta tekrarlanması gerektiği ve nasıl izleneceği klinik hayatta belirsizliğini korumaktadır. 2016 yılında ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın Anti-TNF Kullanan Hastalarda Tüberküloz Rehberi yayınlamıştır. LTBE saptanmayan hastalarda yıllık LTBE taraması önerilmektedir. Bu çalışmada, gerçek yaşamda spondiloartrit (SpA) hastalarında LTBE taraması interferon gama salınım testi (İGST) ile yapılan hastalarda, bu testin ne kadar kullanışlı olduğu ve hangi sıklıkta tekrar edildiğinin incelenmesi amaçlanmıştır.

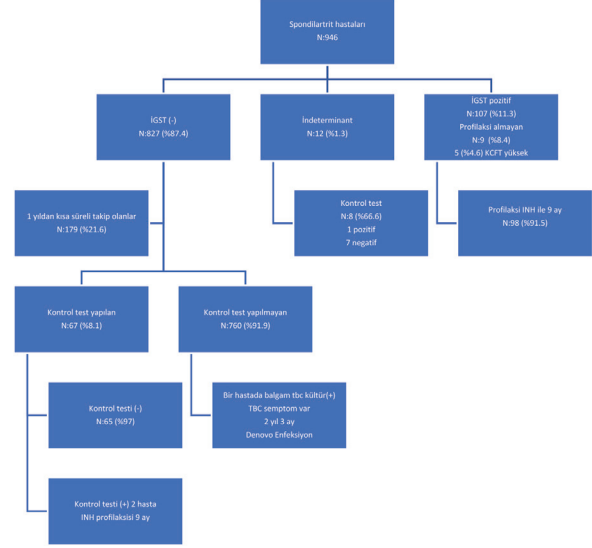
Yöntem: Polikliniğimizde Mayıs 2017 tarihinden itibaren LTBI taramasında İGST kullanılmaktadır. Hacettepe Üniversitesi Romatoloji Biyolojik Veri Tabanına (HURBIO) kayıtlı, Ocak 2018-Mart 2021 tarihleri arasında takip edilen SpA hastasının verileri incelendi. Hastaların demografik özellikleri, laboratuvar değerleri, komorbiditeleri, sigara içme durumları değerlendirildi. QFT-Plus test sonuçları (pozitif, negatif veya indeterminate) kayıtlarımızdan/hastane kayıtlarından elde edildi. QFT-Plus testi (-) saptanan hastaların izlemlerinde varsa tekrarlanan İGST testi ile zamanlaması incelendi. Takip süresince tüberküloz reaktivasyonu varsa hastaların bu dönemdeki klinik durumları kaydedildi. Daha önce İGST (-) iken kontrol testinde pozitifleşen ancak aktif TBC kliniği olmayan hastaların yönetimi incelendi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 946 hastanın 534'ü (%56,4) kadın ve ortalama yaşları 41 (min: 18-maks: 80) idi. QFT-Plus testi 107 (%11,3) hastada pozitif iken 827'sinde (%87,4) negatif bulundu. QFT testi negatif olan hastaların biyolojik/hedefe yönelik tedavi altında takip süresi medyan 3 (0-42) ay idi. QFT-Plus testi negatif 648 hastanın, ilk biyolojik tedavi sonrası 1 yıl üzerinde izlemi vardı. Bu hastaların sadece 67'sinde (%8,1) kontrol test yapıldığı; 27 hastada 1 yıldan önce, 40 hastadan 1 yıldan sonra incelendiği belirlendi. Kontrol İGST testleri bakılan hastaların sadece ikisinde pozitiflik tespit edildi (bir hasta 4 ay sonra, diğeri 2 yıl 7 ay sonra pozitif). Bu hastalarda aktif tüberküloz saptanmamış ve 9 ay süreli İNH profilaksi ile izlendiği görüldü. İlk QFT-Plus sonucu negatif olan ve kontrol QFT-Plus görülmeyen 1 hastanın izleminde 2 yıl 3 ay sonra klinik semptomları olması sebebi ile yapılan balgam tbc kültüründe üreme (Denovo enfeksiyon?) olmuştu.

Sonuç: Spondiloartrit hastalarında biyolojik/hedefe yönelik ilaç tedavisi öncesi latent tüberküloz enfeksiyonunun İGST ile taranması ve pozitif hastalara profilaksi verilmesi akılcı bir yaklaşımdır.

Ulusal kılavuza göre LTBI saptanmayan hastaların, yıllık olarak test edilmesine uyum oldukça düşük bulunmuştur. Buna karşın İGST negatif hastalarda 3 yıllık medyan takipte TBC enfeksiyonu/aktivasyonu oldukça nadirdir. Ulusal rehberlerin gerçek yaşam verileri doğrultusunda güncellenmesi uygun olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Spondiloartritler, interferon gama salınım testi, latent tüberküloz enfeksiyonunu



Şekil 1. Spondiloartrit hastalarının latent ve aktif tüberküloz açısından izlemleri

SS-027

Granülomatöz polianjiit hastalarında retina ve optik diskin optik koherens tomografi ile değerlendirilmesi

Belkis Nihan Coşkun¹, Gamze Uçan Gündüz², Nihal Lermi¹, Sema Nizam², Ediz Dalkılıç¹, Yavuz Pehlivan¹

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

²Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: Granülomatöz polianjiit (GPA) küçük ve orta çaplı damarları etkileyen bir vaskülitir. Pek çok organ ve sistem etkilenebilirken %28-87 oranında oküler bulgular ortaya çıkabilir. Oküler ön segment bulguları arasında episklerit, sklerit ve periferik ülseratif keratit yer alır. Hastaların %5-12'sinde retina veya koroid tutulumu görülür. Biz de bu çalışmamızda GPA tanılı hastalarla sağlıklı kontroller arasında retina ve optik diskin optik koherans tomografisi (OCT) ölçümlerindeki farkları belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: GPA tanısıyla romatoloji polikliniğinde takipli 56 hasta ve 58 kontrol çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, laboratuvar parametreleri, hastalık aktiviteleri ve kullandıkları tedaviler kayıt edildi. Hasta ve sağlıklı kontrole göz hastalıkları tarafından OCT ölçümü yapıldı. OCT ölçümleri, santral makula kalınlığı (CMT), sinir lifi tabakası (NFL), gangliyon hücre tabakası (GCL), iç pleksiform tabaka (IPL), iç nükleer

tabaka (INL), dış pleksiform tabaka (OPL), dış nükleer tabaka (ONL), retina pigment epiteli (RPE) ve retinal sinir lifi tabakasının (RNFL) çeşitli bölümleri dahil olmak üzere analiz edildi. OCT koroid tabaka değerlendirilmesinde; santral foveal koroid kalınlığı (SFKK), nazal koroid kalınlığı, temporal koroid kalınlığı ölçüldü.

Bulgular: Çalışmaya 27 (%48,2) kadın ve 29 (%51,8) erkek 56 hasta dahil edildi. Yaş ortalaması 51 (28-73) saptandı. Hastalar ile kontrol grubu arasında görme keskinliğinde, lens durumunda ve retina değerlendirilmesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar mevcuttu (sırasıyla; $p<0,001$, $p=0,002$, $p<0,001$) OCT ölçümlerinde; sağ CMT, sol NFL, sağ ve sol GCL ve sağ INL değerleri kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (sırasıyla; $p=0,027$, $p=0,005$, $p<0,05$, $p<0,01$, $p<0,01$). Koroid tabaka değerlendirilmesinde de temporal koroid kalınlığı ve SFKK'de fark saptandı (sırasıyla; $p<0,001$, $p<0,005$).

Sonuç: Retina-koroid bölgesini tutan sistemik vaskülitli hastalarda, kullanım kolaylığı, yüksek çözünürlüklü görüntüler elde edilmesi ve özellikle tekrarlanan takiplerdeki güvenlik profili nedeniyle OCT'nin rolü artmaktadır. Koroid kalınlığının GPA hastalarında fazla çıkması vasküler tutulum açısından anlamlı olabilir. Retina tabakalarındaki kalınlık artışı da yine yüzeyel kapiller pleksustaki enflamasyona sekonder olabilir. GPA tanılı hastaların, retina ve optik diskten OCT ölçümlerinde sağlıklı kontrollere göre belirgin farklılıklar saptanmış olup bu bulguların klinik sonuçlarını anlamak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Granülatöz polianjiit, optik koherens tomografi, vaskülit

SS-028

Türkiye'de romatoid artrit prevalansı/insidansı ve hastaların genel özellikleri

Gizem Ayan¹, Umut Kalyoncu¹, Hasan Satış², Erdem Karabulut³, Abdülşamet Erden⁴, Emre Bilgin¹, Berkan Armağan⁵, Duygu Tecer⁶, Alper Sarı⁷, Hakan Babaoğlu⁵, Levent Kılıç¹, Orhan Küçükşahin⁸, Murat Çağlayan⁹, Mustafa Okan Ayvalı¹⁰, Naim Ata¹⁰, Mustafa Mahir Ülgü¹¹, Şuayip Birinci¹²

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

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

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

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

⁵Ankara Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

⁶Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

⁷Etilik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

⁸Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

⁹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Biyokimya Kliniği, Ankara

¹⁰Strateji Geliştirme Başkanlığı, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı

¹¹Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Ankara

¹²Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Ankara

Amaç: Romatoid artrit (RA) simetrik poliartrite neden olan sistemik bir hastalıktır. Hastalık prevalansı Avrupa ve Kuzey Amerika'da %0,5-1,0 arasında değişmekte olup, kadınlarda daha sık görülmektedir. Bununla birlikte, RA prevalansını/sıklığını belirlemek için Türkiye'de veya ülke çapında nispeten az sayıda epidemiyolojik çalışma yapılmıştır. Bu değerlendirmede, Türkiye'de RA prevalansının/insidansının özelliklerini göstermeyi amaçladık.

Yöntem: Türkiye Ulusal Sağlık Veri Sistemi kullanılarak ülke çapında kohort değerlendirmesi yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı, 2014 yılından bu yana Türkiye Sağlık Bakanlığı Ulusal Elektronik Veri Tabanı (e-Nabız) adlı merkezden elde edilen veriler aracılığıyla bilgisayar uygulamaları kullanarak tüm ülkeyi kapsayan sağlık veri depoları oluşturmuştur. Bu e-Nabız sistemi, Türkiye'deki seksen milyondan fazla kişinin demografik özelliklerini, laboratuvar sonuçlarını, ilaç geçmişini, eşlik eden hastalıkları içeren klinik kayıtlarını içermektedir. Bu analiz için RA olguları M05, M06, M08 ve bunların alt gruplarını içeren ICD-10 kodları kullanılarak belirlenmiştir. İki grup hasta tanımlanmış, ilk grupta RA tanısı, belirtilen ICD 10 kodlarını en az 1 ay arayla iki kez giren hastalara konulmuştur. İkinci grup, ilk kriterlere göre RA tanısı konan ve ek olarak en az bir csDMARD ve/veya bDMARD alan ve daha önce spondiloartrit (PsA dahil) için ICD10 kodu olmayan hastalardı (Şekil 1). İkinci grup hastalarda aşağıdaki parametreler verilmiştir. Hastaların genel özellikleri 2016-2022 yılları arasında verilmiştir. Pandemi 2020'den sonraki oranları değiştirmiş ve veri tabanı 2014'te başlatıldığı ve veri aktarımı 2017'ye kadar devam ettiği için 2016 ve 2017'de önceki yılların kümülatif verileri sistemde kayıtlıdır. Bu nedenle prevalans açısından hem 2018 hem de 2019 verileri analiz edilmiştir. RA'nın ulusal prevalansı, yılın 1 Ocak ve 1 Aralık tarihleri arasında tespit edilen RA olgularının sayısının, o dönemde Türkiye'de ikamet eden kişi sayısına bölünmesiyle hesaplanmıştır. İnsidans, o yıldaki yeni olguların o dönemde Türkiye'de ikamet eden kişi sayısına bölünmesiyle hesaplanmıştır. Her iki parametre de her on yılda bir verilmiş ve frekans (./10000) olarak raporlanmıştır.

Bulgular: İlk kriterlere göre 643.309 RA hastası vardı. İkinci kriterlere göre 2016-2022 yılları arasında 346.209 RA hastası bulunmuştur. Bunların %79,6'sı kadını ve ortalama (SD) yaş 59,1 (14,8) idi. Hastaların %59,9'unda romatoid faktör pozitif. RA prevalansı 2018 yılında 40,5/10000 ve 2019 yılında 45,3/10000 idi. RA'nın yıllara ve cinsiyete göre prevalansı Şekil 2'de bulunabilir. RA görülme sıklığı 2018 yılında 6,9/10000 ve 2019 yılında 6,2/10000'dür. RA'nın on yıllara ve cinsiyete göre görülme sıklığı Şekil 3'te bulunabilir.

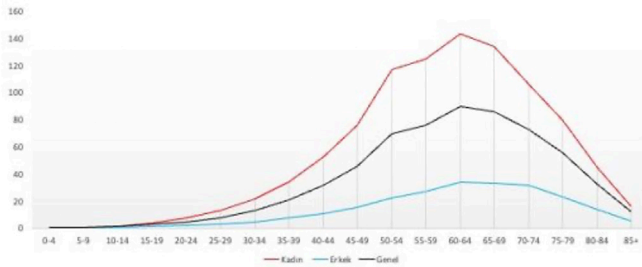
Sonuç: Ulusal verilere göre, hem ICD10 hem de csDMARD ve/veya bDMARD kullanımı kriterleri uygulandığında Türkiye'de RA prevalansı 40-45/10000 arasındadır ve insidans 6/10000 civarındadır. Ancak önemli bir hasta grubu tedavisizdir ve bu hastalar dikkate alındığında oran iki katına çıkacaktır. Bu hasta grubunun ayrıntıları ve özellikleri daha fazla dikkat gerektirmektedir.

Anahtar Kelimeler: RA, epidemiyoloji, prevalans, insidans



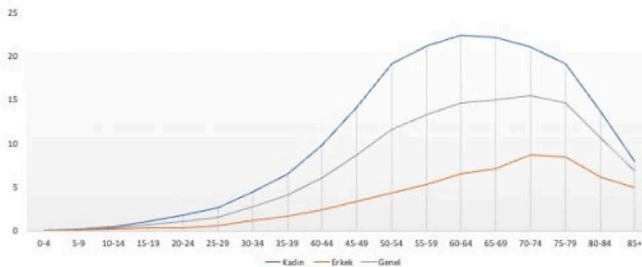
Şekil 1. Olgu seçim sürecinin akış şeması

2018 RA prevalans (yaş-cinsiyet) (.../10.000)



Şekil 2. 2018 RA prevalans (yaş-cinsiyet)

2018 RA İnsidans (Yaş-Cinsiyet)



Şekil 3. 2018 RA insidans (yaş-cinsiyet)

SS-029

Ana femoral ven duvar kalınlığının Doppler ultrasonografi ile ölçümü, Behçet üveitinin diğer enflamatuvar üveitlerden ayırt edilmesinde yararlı bir tanı aracıdır

Seda Kutluğ Ağaçkiran¹, Esra Kardeş², Abdulkaki Ağaçkiran³, Haner Direskeneli¹, Fatma Alibaz Öner¹

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

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

³Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Behçet hastalığının oküler tutulumu (BU) hastaların 2/3'ünü etkilemektedir. Hastalık süresinin ilk 2 yılında ve genç erkek hastalarda daha siktir. Erken ve agresif immünosüpresif tedaviye rağmen relapslar retinal hasar ve kalıcı görme kaybı ile ilişkilidir. Bu nedenle BU'nun diğer enflamatuvar ve enfeksiyöz üveit sebeplerinden ayırımı, takip, tedavi ve prognoz açısından büyük öneme sahiptir. Behçet hastalarında, Doppler ultrasonografi (US) ile ölçülen ana femoral ven duvar kalınlığının (FVK) 0,5 mm ve üzeri olması, yüksek duyarlılık ve özgüllük ile tanısıl bir testtir. Bu testin inkomplet Behçet hastalığı (BH) ve çocukluk çağı BH'nin tanısında, aynı zamanda Crohn hastalığının BH'nin gastrointestinal sistem tutulumundan ayırımında da tanısıl bir test olabileceği gösterilmiştir. Bu çalışmada, BU'nun diğer enflamatuvar üveitlerden ayırımında, Doppler US ile FVK ölçümünün katkısı araştırılmıştır.

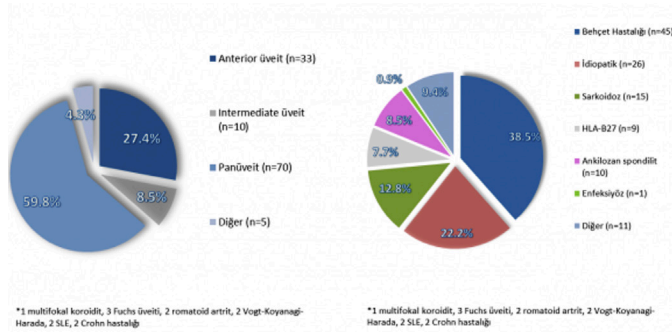
Yöntem: Çalışmaya Behçet panüveiti (BH) tanısıyla takip edilen 45 hasta ve Behçet üveiti dışı (non-BH) tanılarla oftalmoloji kliniğinden takip edilen 72 hasta dahil edildi. Hastaların demografik verileri, hastalık özellikleri ve tedavi bilgileri retrospektif olarak hasta dosyalarından elde edildi. Oftalmolojik takip vizitleri ile aynı gün, klinik bilgiye kör olan iki ayrı radyolog tarafından Doppler USG ile FVK ölçümleri yapıldı.

Bulgular: Her iki grupta yaş ortalamaları benzerdi. BH'de hastaların %51,1 erkek, non-BH grubunun %66,7'si kadındı. Hastalara ait demografik ve klinik veriler Tablo 1 ve Resim 1'de verilmiştir. Her iki grupta da ilk başvuru yakınması görme keskinliğinde azalmaydı. BH'de hastaların %55,9 anti-TNF dışı immünosüpresif tedavi kullanırken, non-BH grubunda hastaların %33,3'ü Anti-TNF dışı immünosüpresif tedavi kullanılmaktaydı ve her iki grupta en çok kullanılan ajan azatioprindi. BH grubunda Anti-TNF tedavi kullanan hastaların oranı %33,8, non-BH grubunda ise %38,1 saptandı. BH grubunda FVK (sağ ve sol), non-BH grubunun FVK'sına göre (sağ ve sol) daha yüksek bulundu [sağ FVK için BH vs. non-BH, 0,74 (0,08) vs. 0,45 (0,08) mm; sol FVK için, 0,74 (0,07) vs. 0,45 (0,08), p<0,001, her analiz için] (Resim 2). Non-BH grubunda 10 (%13,9) hastanın FVK değeri, 0,5 mm cut-off değerinin üzerinde tespit edildi. Yedi hastada idiopatik panüveit, 3 hastada ise intermediate üveit mevcuttu. Bu hastalar BH düşündürecek semptom ve bulgular açısından yeniden değerlendirildi. Sekiz hastada oral aft, 1 hastada akneiform lezyonlar tespit edildi ancak hiçbir hastada eritema nodosum ve genital ülser/skar mevcut değildi. Üç hastanın ultrasonografik değerlendirilmesinde ise asemptomatik kronik venöz trombotik

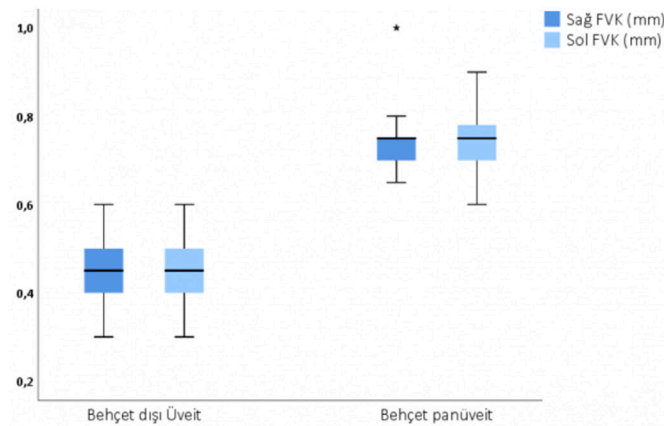
değişiklikler izlendi. Beş hasta Behçet Hastalığı Uluslararası Çalışma Grubu (ISG) ya da Uluslararası Behçet Hastalığı Tanı Kriterleri'ni (ICBD) karşılayarak Behçet Hastalığı tanısı aldı. Üç hasta ise sınıflandırma kriterlerini karşılamamasına rağmen "uzman görüşü" ile BH kabul edilerek romatolojik takibe alındı.

Sonuç: Oküler BH tanısı, özellikle BH'ye özgü başka bir klinik bulgu veya organ tutulumu olmadığında zor olabilir. Hatalı tanı, özellikle enfeksiyöz patolojilerde katastrofik olup ve tanıda geç kalınması prognozu etkilemektedir. Bu nedenle, günlük pratikte oküler BH'nin, diğer enflamatuvar/enfeksiyöz üveit nedenlerinden ayırt edilmesinde Doppler USG ile FVK ölçümü ayırıcı tanıda yardımcı bir yöntem olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, ultrasonografi



Şekil 1. İnkomplet Behçet hastalarının ve sağlıklı kontrollerin ana femoral ven kalınlıklarının (FVK) dağılımı



Şekil 2. Behçet üveiti ve Behçet dışı üveit gruplarında ana femoral ven duvar kalınlıklarının (FVK) dağılımı

Tablo 1. Behçet üveiti ve Behçet dışı üveit gruplarının demografik ve klinik verileri

| | Behçet üveiti (n=45) | Behçet dışı üveit (n=72) |
|--|----------------------|--------------------------|
| Yaş (yıl), ort. (SS) | 38,1 (10,3) | 41,7 (12,6) |
| Cinsiyet, n (%) | | |
| Erkek | 23 (51,1) | 24 (33,3) |
| Kadın | 22 (48,9) | 48 (66,7) |
| Hastalık süresi (yıl), ort. (SS) | 8,8 (8,4) | 6,3 (5,4) |
| Ortalama üveit atak sayısı, medyan (min-maks) | 3 (1-10) | 2 (1-6) |
| Uveit lateralitesi, n (%) | | |
| Unilateral | 30 (69,8) | 52 (75,4) |
| Tanı anındaki semptom | | |
| Görme keskinliğinde azalma, n (%) | 28 (87,5) | 45 (78,9) |
| Hiperemi, n (%) | 9 (28,1) | 20 (35,1) |
| Ağrılı görme, n (%) | 5 (15,6) | 15 (26,3) |
| Diplopi, n (%) | 4 (12,5) | 4 (7) |
| Anti-TNF dışı immünoşüpresif tedavi kullanan hasta sayısı, n (%) | 19 (55,9) | 29 (45,3) |
| Anti-TNF kullanan hasta sayısı, n (%) | 24 (33,8) | 25 (38,1) |

SS-030

Psöriatik artrit hastalarında biyolojik DMARD ile birlikte leflunomid kullanımının etkinlik ve güvenilirliği

İbrahim Yahya Çakır¹, Emre Bilgin², Büşra Fırlatan², Mustafa Ekici², Gözde Sevgi Kart Bayram², Erdiç Ünalı², Güllü Sandal Uzun², Gizem Ayan², Zehra Özsoy², Levent Kılıç², Ali Akdoğan², Ömer Karadağ², Şule Apraş Bilgen², Ali İhsan Ertenli², Umut Kalyoncu², Sedat Kiraz²

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

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

Amaç: Psöriatik artrit optimal tedavi edilmediğinde ciddi sekillere sebep olabilen kronik romatolojik bir hastalıktır. Hastalığın tedavisinde çoğunlukla kombinasyon tedavileri tercih edilmektedir. Çalışmanın amacı biyolojik tedavi ile kombine verilen leflunomid tedavisinin metotreksat kadar etkili olup olmadığını göstermektir.

Yöntem: Bu çalışmada HÜR-BİO-PsA veri tabanına kayıtlı, biyolojik tedavi başlanan psöriatik artrit tanılı 520 hasta değerlendirmeye alınmıştır. Bu hastalar başlangıçtaki tedavilerine göre leflunomid + bDMARD (Grup 1), metotreksat + bDMARD (Grup 2), sadece bDMARD (Grup 3) olarak 3 gruba ayrılmıştır. Değerlendirmede hastaların tedavi başlangıcındaki sosyo-demografik özellikleri, hastalık aktivite skorları ve tedavi altındaki hastalık aktivasyon skorları incelenmiştir. Çalışmada kullanılan hastalık aktivasyon skorları ve parametreleri şunlardır; DAS28, BASDAI, aktif eklem sayısı, hassas eklem sayısı, DAPSA, ESR, CRP, VAS global, VAS halsizlik, VAS ağrı, HAQ, BASFI, DKYI. Hastalık aktivasyon skorları değişimini incelemek için tekrarlayan ölçümlü varyans analizleri yapıldı. Hastalarda biyolojik tedavi ajanının değişimi ve yanında kullandığı konkomitan ajanın değişimi-kesilmesi veya başlanması tedavi değişimi olarak kabul

edildi. Tedavi değişimi ile ilişkili risk faktörlerin tespiti için Cox Regresyon analizi yapıldı.

Bulgular: Bu çalışmaya 495 hasta [grup 1; 87 (%17,5), grup 2; %35,4, grup 3; 233 (%47,1)] dahil edilmiştir. Tüm gruplarda kadın cinsiyet çoğunluğu oluşturmaktaydı (K/E= 2,3). Grup 1'deki hastalar istatistiksel anlamlı olarak daha yaşlı (p=0,034), komorbidite sıklığı daha fazla (p=0,035), VKİ'leri daha yüksek (p=0,02), ortalama PsA hastalık süreleri daha fazla (p=0,07) olarak görüldü (Tablo 1). Başlangıç hastalık aktivasyon skorları olarak bakıldığında yine Grup 1'deki hastaların başlangıç DAS28 skorları (p=0,019), HAQ skorları (p=0,013), aktif eklem sayıları (p=0,004) hassas eklem sayıları (p=0,002) daha yüksek olarak görülmüştür. (Tablo 2). Üç hasta grubunda da hastalık aktivite skorlarınının tedavi ile zamanla gerilediği gözlenmiştir. Aktivite skorlarında gerilemede gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Figür 1). Tedavi değişimleri incelendiğinde, leflunomide bağlı advers etki nedeniyle 2 (%3,3) hastada tedavi değişimi saptanırken metotreksata bağlı advers etki nedeniyle 6 (%6,4) hastada tedavi değişimi saptandı. Tedavi değişimi primer sonlanım noktası olarak kabul edilmiştir. Univaryans analizlerde kadın cinsiyet, sigara kullanımı, yüksek başlangıç HAQ skoru, yüksek başlangıç BASDAI skoru ve düşük başlangıç ESR değeri tedavi değişimi ile ilişkili bulunmuştur. Multivaryans analizlerde başlangıç HAQ skoru (her bir birim artış için) [HR=2,42 (1,59-3,70) p<0,001] ve düşük başlangıç DAS28 skoru (her bir birim artış için) [HR=0,81 (0,69-0,96) p=0,01] tedavi değişimi ile ilişkili bağımsız faktörler olarak görülmüştür.

Sonuç: Bu çalışmada gerçek hayatta PsA hastalarında bDMARD tedavisinin yanında konkomitan olarak leflunamidin de etkili ve güvenilir şekilde kullanılabileceği gösterilmiştir. Üstelik leflunamid ko-morbiditesi daha fazla olan daha ileri yaşta hasta grubunda tercih edilmiştir. Kas-iskelet tutulumu olan PsA hastalarında leflunamid akılda kalması gereken bir tedavi seçeneğidir.

Bilgi notu: Bu çalışmada sunulan sonuçlar, Dr. İbrahim Yahya Çakır'ın İç Hastalıkları Uzmanlık tezinden elde edilmiş sonuçların bir bölümünü kapsamaktadır.

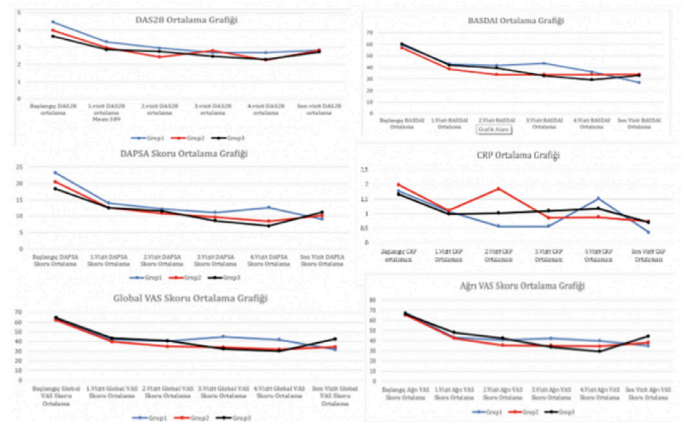
Anahtar Kelimeler: Psöriatik artrit, biyolojik tedaviler, leflunomid, metotreksat

Tablo 1: Tedavi Gruplarının Sosyodemografik ve Başlangıç Klinik Özellikleri

| Değişken | Alt Değişken | Grup1 (Leff/Bsax) | Grup2 (Mox/Bsax) | Grup 3 (Bsx) | Toplam | B | Zıkay.P |
|--|-----------------|-------------------|------------------|--------------|-------------|--------------|--|
| Hasta Sayısı n (%) | | 87 (17,5) | 175 (35,3) | 233 (47,1) | 495 (100) | | |
| Yaş Ortalaması + SD (yıl) | | 45,5 ± 11,3 | 41,7 ± 12,3 | 40,9 ± 12,2 | 42,0 ± 12,2 | 0,034 | Grup1 >> Grup3 p:0,007 |
| Takip Edilme Süre Ortalamaları + SD (ay) | | 709 ± 784 | 795 ± 1008 | 560 ± 916 | 669 ± 933 | 0,038 | Grup2 >> Grup3 p: 0,031 |
| Cinsiyet n (%) | Erkek | 21(24,1) | 57 (32,5) | 72 (30,9) | 150 (30,3) | | |
| | Kadın | 66(75,8) | 118 (67,4) | 161 (69,9) | 345 (69,7) | 0,364 | |
| Vücut Kitle Endeksi Ortalama + SD (kg/m ²) | | 30,5 ± 5,7 | 29,3 ± 6,4 | 28,5 ± 5,3 | 29,1 ± 5,8 | 0,02 | Grup1 >> Grup 3 p:0,015 |
| Sizara n (%) | Hiç içmemiş | 43 (49,4) | 91 (52) | 91 (39) | 225 (45,5) | | |
| | İçmiş-İçmeyecek | 44 (50,6) | 84 (48) | 142 (60,9) | 270 (54,5) | 0,024 | Grup2 >> Grup3 p:0,025 |
| PSA süre ortlama + SD (yıl) | | 8,1 ± 6,6 | 6,8 ± 6,1 | 5,1 ± 5,8 | 6,2 ± 6,2 | 0,007 | Grup1 >> Grup3 p: 0,000 Grup2 >> Grup3 p: 0,016 |
| Biyolojik Başlanmadan Önceki Tam Süresi Ortalama + SD (yıl) | | 4,3 ± 5,2 | 2,9 ± 4,3 | 2,0 ± 5,4 | 2,7 ± 5,1 | 0,002 | Grup1 >> Grup3 p:0,002 |
| Ediş dahil edilmeden CCI (Chadwin Comorbidity Index) ortalaması + SD | | 1,08 ± 1,39 | 0,66 ± 1,09 | 0,60 ± 1,02 | 0,71 ± 1,13 | 0,035 | Grup1 >> Grup2 p:0,015 Grup2 >> Grup3 p: 0,002 |
| Erişmiş (öykü ile izlemde gelişmesi dahil) n (%) | Yok | 21 (24,1) | 56 (32) | 76 (32,6) | 153 (30,9) | | |
| | Var | 19 (21,8) | 24 (13,7) | 46 (19,7) | 89 (17,9) | 0,165 | |
| Düşük (öykü ile izlemde gelişmesi dahil) n (%) | Yok | 34 (39) | 73 (41,7) | 121 (51,9) | 228 (46) | | |
| | Var | 19 (21,8) | 31 (17,7) | 36 (15,4) | 86 (17,3) | 0,151 | |
| Tırnak Tutulumu (öykü ile izlemde gelişmesi dahil) n (%) | Yok | 28 (32,1) | 54 (30,8) | 38 (16,3) | 165 (33,3) | | |
| | Var | 20 (22,9) | 38 (21,7) | 58 (24,8) | 116 (23,4) | 0,998 | |
| Ekstremitelerde Tutulum (öykü ile izlemde gelişmesi dahil) n (%) | JHII | 1 (1,1) | 4 (2,2) | 7 (3) | 12 (2,4) | | |
| | Üvçet | 2 (2,2) | 5 (2,8) | 7 (3) | 14 (2,8) | | |
| | FMF | 1 (1,1) | 0 (0) | 10 (4,2) | 11 (2,2) | 0,209 | |
| | Amiloidoz | 0 (0) | 1 (0,5) | 0 (0) | 1 (0,2) | | |
| | Toplam | 4 (4,5) | 10 (5,7) | 24 (10,3) | 38 (7,6) | | |
| Tedavi Değişimi n (%) | Hayır | 28 (32,1) | 82 (46,8) | 118 (50,6) | 228 (46) | | |
| | Evet | 59 (67,8) | 93 (53,1) | 115 (49,3) | 267 (53,9) | 0,012 | Grup1 vs Grup3 p:0,009 |

Tablo 2: Tedavi Gruplarının Başlangıçta Hastalık Aktivite Skorları

| Değişken | Alt Değişken | Grup1 (Leff/Bsax) | Grup2 (Mox/Bsax) | Grup 3 (Bsx) | Toplam | B | Zıkay.P |
|---|----------------------------|-------------------|------------------|--------------|-------------|--------------|--|
| Başlangıç DAS28 ortalaması + SD | | 4,45 ± 1,43 | 3,96 ± 1,31 | 3,63 ± 1,25 | 3,86 ± 1,32 | 0,001 | Grup1 >> Grup3 p: 0,001 |
| Başlangıç DAS28 Puan Aralıkları Hasta Sayısı n (%) | Remisyon | 5 (11,1) | 14 (15,1) | 31 (20,3) | 50 (17,2) | | |
| | Düşük Hastalık Aktivitesi | 4 (8,9) | 19 (20,4) | 28 (18,3) | 51 (17,5) | 0,019 | Grup1 >> Grup3 p:0,012 |
| | Orta Hastalık Aktivitesi | 22 (48,9) | 37 (39,8) | 78 (49,7) | 135 (46,4) | | |
| | Yüksek Hastalık Aktivitesi | 14 (31,1) | 23 (24,7) | 18 (11,8) | 55 (18,9) | | |
| Başlangıç BASDAI ortalaması + SD | | 59,2 ± 22,6 | 56,6 ± 22,7 | 60,3 ± 21,4 | 59,0 ± 22 | 0,491 | |
| Başlangıç BASDAI Puan Aralıkları Hasta Sayısı n (%) | ≤ 40 puan | 7 (15,6) | 21 (23,1) | 33 (20,9) | 61 (20,7) | 0,595 | |
| | > 40 puan | 38 (84,4) | 70 (76,9) | 125 (79,1) | 233 (79,3) | | |
| Başlangıç BASDAI 6-soru ortalaması + SD | | 41,2 ± 33,3 | 44,0 ± 35,9 | 44,9 ± 34,2 | 44,0 ± 34,5 | 0,819 | |
| Başlangıçta Aktif Eklem Sayısı ortalaması + SD | | 2,6 ± 4,0 | 2,4 ± 3,9 | 1,2 ± 2,4 | 1,8 ± 3,3 | 0,004 | Grup1 >> Grup3 p:0,29 Grup2 >> Grup3 p: 0,014 |
| Başlangıçta Hassas Eklem Sayısı ortalaması + SD | | 5,4 ± 4,8 | 3,8 ± 4,1 | 2,9 ± 4,3 | 3,6 ± 4,4 | 0,002 | Grup1 >> Grup3 p: 0,002 |
| Başlangıç DAPSA ortalaması + SD | | 23,2 ± 10,6 | 20,5 ± 9,8 | 18,4 ± 7,9 | 19,7 ± 9,1 | 0,006 | Grup1 >> Grup3 p:0,006 |
| Başlangıç DAPSA Puan Aralıkları Hasta Sayısı n (%) | Remisyon | 1 (2,4) | 3 (3,5) | 0 (0) | 4 (1,4) | | |
| | Düşük Hastalık Aktivitesi | 6 (14,3) | 17 (20,2) | 42 (28) | 65 (23,5) | 0,002 | Grup1 >> Grup3 p:0,002 |
| | Orta Hastalık Aktivitesi | 24 (57,1) | 44 (52,3) | 93 (62) | 161 (58,3) | | |
| | Yüksek Hastalık Aktivitesi | 11 (25,2) | 20 (23,8) | 14 (9) | 45 (16,6) | | |
| Başlangıç ESR ortalaması + SD | | 27,8 ± 19,4 | 25,7 ± 22,5 | 24,0 ± 21,6 | 25,5 ± 21,6 | 0,452 | |
| Başlangıç CRP ortalaması + SD | | 1,7 ± 2,2 | 1,9 ± 2,8 | 1,6 ± 2,7 | 1,8 ± 2,7 | 0,554 | |
| Başlangıç VAS global ortalaması + SD | | 63,5 ± 20 | 62,0 ± 20 | 64,5 ± 20,9 | 63,5 ± 20,4 | 0,627 | |
| Başlangıç VAS Global Puan Aralıkları Hasta Sayısı n (%) | ≤ 40 puan | 8 (13,3) | 17 (15) | 27 (16,7) | 52 (15,5) | 0,818 | |
| | > 40 puan | 52 (86,7) | 96 (85) | 135 (83,3) | 283 (84,5) | | |
| Başlangıç HAQ ortalaması + SD | | 0,89 ± 0,64 | 0,63 ± 0,48 | 0,64 ± 0,49 | 0,68 ± 0,52 | 0,013 | Grup1 >> Grup2 p: 0,024 Grup1 >> Grup3 p: 0,013 |
| Başlangıç BASFI ortalaması + SD | | 46,9 ± 26,8 | 36,0 ± 26,2 | 41,2 ± 27,4 | 40,5 ± 27,1 | 0,083 | |
| Başlangıç BASFI Puan Aralıkları Hasta Sayısı n (%) | ≤ 40 puan | 19 | 54 | 75 | 148 | | |
| | > 40 puan | 26 | 33 | 77 | 136 | 0,058 | |



Figür 1. Gruplar arasındaki hastalık aktivite ölçümlerinin zamanla değişimi

SS-031

Akciğer tutulumu olan idiyopatik enflamatuvar miyopati hastalarının özellikleri: Tek merkez sonuçları

Ahmet İlbay¹, Emine Uslu Yurteri¹, Nilgün Göveç Gıyınış¹, Müçteba Enes Yayla¹, Didem Şahin Eroğlu¹, Abdulkaki Gaydan¹, Ahmet Usta¹, Yeter Mahmutoğlu¹, Zahra Karaman Ongun¹, Çetin Ergül¹, Özlem Özdemir Kumbasar², Tahsin Murat Turgay¹, Aşkın Ateş¹

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

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

Amaç: İdiyopatik enflamatuvar miyopatiler (IIM) çok geniş bir klinik yelpaze ile karşımıza çıkan multisistemik hastalıklardır. Akciğer tutulumu olması IIM hastalarının önemli bir tutulum şeklidir ve yönetimi oldukça zorlayıcı olabilmektedir. İnterstiyel akciğer tutulumu olması IIM hastalarının morbidite ve mortalite

oranlarını artırmaktadır. Biz de kliniğimizde takip ettiğimiz akciğer tutulumu olan IIM hastalarının özelliklerini tanımlamak amacıyla bu çalışmayı planladık.

Yöntem: Ocak 2011 ile Haziran 2023 tarihleri arasında kliniğimizde IIM ön tanısıyla araştırılan 202 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelendi. Bohan ve Peter kriterlerine göre IIM tanısı alan ve Conor 2010 kriterlerine göre anti-sentetaz sendromu (ASS) tanısı alan toplam 103 hasta son analizlere dahil edildi. Hastaların klinik ve demografik özellikleri, görüntüleme bulguları ile fonksiyonel değerlendirme (solunum fonksiyon testi/difüzyon kapasitesi) sonuçları kaydedildi. Hastaların akciğer tutulumuna göre klinik ve laboratuvar özellikleri ile hastalık progresyonu açısından klinik, radyolojik, laboratuvar özellikleri ve aldıkları tedaviler karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 103 hastadan 73'ü (70,9) kadındı. Enflamatuvar miyopati başlangıç yaşı ortalama 45,1±15,1 olarak bulundu. Hastaların 27'sinde akciğer tutulumu mevcuttu. Overlap miyozit ve ASS tanılı hastalarda akciğer tutulumu daha fazla olduğu, dermatomiyozit ve polimiyozit tanılı hastalarda ise akciğer tutulumunun daha az olduğu görüldü. Non-spesifik interstisyel pnömoni (NSIP) en sık görülen (%63) tutulum paterniydi. Hastaların klinik ve demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Sadece 27 hastada miyozit spesifik antikor (MSA) testi çalışılmıştı. Miyozit ilişkili antikorlar (MAA) ise 99 hastada çalışılmıştı. Hastaların 47'sinde (%45,6) MSA ve/veya MAA pozitifliği olduğu görüldü. En sık izlenen antikorlar sırasıyla Ro52, Jo1, Mi2 ve MDA5 antikorlarıydı. Akciğer tutulumu olanlarda

Ro52, Jo1 ve MDA5 anlamlı derecede daha fazla, Mi2'nin ise daha az olduğu görüldü. MDA5 antikor tespit edilen 3 hastadan birisi hızlı ilerleyen interstisyel akciğer hastalığı nedeniyle kaybedildi. İnterstisyel akciğer hastalığı olanlarda klinik, laboratuvar ve tedavi özellikleri değerlendirildiğinde radyolojik, klinik ve fonksiyonel açıdan progresyon olan ve olmayan hastalar arasında istatistiksel anlamlı fark izlenmedi. İnterstisyel akciğer hastalığı progresyon durumuna göre hastaların özellikleri Tablo 2'de özetlenmiştir.

Bulgular: İnterstisyel akciğer hastalığı IIM hastaları açısından erken tanınım uygun şekilde tedavi ve takip edilmesi gereken önemli bir tutulum şeklidir. Hastalarımızın %26,2'sinde akciğer tutulumu mevcuttu. Son yıllarda MSA'ların hastalık patogeneziindeki rolü ve klinik önemi daha iyi anlaşılmıştır. Literatür ile uyumlu şekilde Ro52 pozitifliği İAH riskini artırdığı, Mi2'nin ise koruyucu olduğu görüldü. Ancak akciğer tutulumu olan hastalarımızın üçte birinde MSA'lar çalışılmamıştı. Risk faktörlerinin belirlenebilmesi ve hasta yönetimine yardımcı olması açısından akciğer tutulumu olan hastalarda MSA/MAA'lar güncel kılavuzlarda da değerlendirilmesi önerilen önemli bir laboratuvar parametresidir. Hastalık progresyonu olan ve olmayan hastalar arasında miyozit tipi, antikor pozitifliği, birinci basamak tedavi seçimi ve başlangıç steroid dozları açısından anlamlı farklılık tespit edilmesinde hasta sayılarımızın az olması yer alabilir.

Anahtar Kelimeler: Anti-sentetaz sendromu, idiyopatik enflamatuvar miyopati, interstisyel akciğer hastalığı, miyozit spesifik antikor

Tablo 1: Hastaların klinik ve demografik özellikleri

| Özellik | Tüm hastalar n=103 | İAH (+) n=27 | İAH (-) n=76 | p |
|---|--------------------|--------------|--------------|--------|
| Cinsiyet, kadın | 73 (70,9) | 20 (74,1) | 53 (69,7) | 0,670 |
| Hastalık başlangıç yaşı, ortalama ± SS | 45,1±15,1 | 49,1±14,3 | 43,7±15,2 | 0,075 |
| Takip süresi ay, ortanca (CAA) | 53 (95) | 46 (74) | 55 (111) | |
| Enflamatuvar miyozit tipi | | | | |
| Polimiyozit | 41 (39,8) | 5 (18,5) | 36 (47,4) | 0,009 |
| Dermatomiyozit | 36 (35) | 5 (18,5) | 31 (40,8) | 0,037 |
| Amyotrofik dermatomiyozit | 5 (4,9) | 1 (3,7) | 4 (5,3) | |
| İmmün aracı nekrotizan miyopati | 2 (1,9) | 0 | 2 (2,6) | |
| Anti-sentetaz sendromu | 13 (12,6) | 12 (44,4) | 1 (1,3) | <0,001 |
| Overlap miyozit | 6 (5,8) | 4 (14,8) | 2 (2,6) | 0,039 |
| Akciğer tutulumu | 27 (26,2) | 27 (100) | | |
| Non-spesifik interstisyel pnömoni | | 17 (63) | | |
| Organize pnömoni | | 5 (18,5) | | |
| Patern belirlenemeyen İAH | | 5 (18,5) | | |
| Miyozit spesifik ya da ilişkili antikor pozitifliği | 47 (45,6) | 23 (85,2) | 24 (31,6) | |
| Jo1 | | 9 (39,1) | 2 (8,3) | <0,001 |
| Ro52 | | 10 (43,5) | 8 (33,3) | 0,006 |
| Mi2 | | 1 (4,3) | 5 (20,8) | 0,5 |
| MDA5 | | 3 (13) | 0 | 0,017 |
| Pm/Scl | | 2 (8,7) | 0 | 0,067 |

Tablo 2. İAH progresyon durumuna göre hastaların özellikleri

| Özellik | Radyolojik progresyon var n=8 | Radyolojik progresyon yok n=16 | p | Klinik progresyon var n=5 | Klinik progresyon yok n=22 | p | Fonksiyonel progresyon var n=3 | Fonksiyonel progresyon yok n=11 | p |
|----------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------|---------------------------|----------------------------|--------|--------------------------------|---------------------------------|--------|
| Cinsiyet, kadın | 7 (87,5) | 10 (62,5) | 0,352 | 4 (80) | 16 (72,7) | >0,999 | 2 (66,7) | 8 (72,7) | >0,999 |
| Enflamatuvar miyozit tipi | | | | | | | | | |
| ASS | 4 (50) | 7 (43,8) | >0,999 | 2 (40) | 10 (45,5) | >0,999 | 1 (33,3) | 5 (45,5) | >0,999 |
| Overlap | 2 (25) | 2 (12,5) | 0,578 | 1 (20) | 3 (13,6) | >0,999 | 1 (33,3) | 2 (18,2) | >0,999 |
| PM | 1 (12,5) | 4 (25) | 0,631 | 1 (20) | 4 (18,2) | >0,999 | 1 (33,3) | 1 (9,1) | 0,396 |
| DM | 0 | 3 (18,8) | 0,526 | 0 | 5 (22,7) | 0,547 | 0 | 3 (27,3) | >0,999 |
| ADM | 1 (12,5) | 0 | 0,333 | 1 (20) | 0 | 0,187 | 0 | 0 | |
| MSA/MAA pozitifliği | | | | | | | | | |
| Jo1 | 4 (50) | 5 (31,3) | 0,412 | 3 (60) | 6 (27,3) | 0,295 | 2 (66,7) | 4 (36,4) | 0,538 |
| Ro52 | 1 (12,5) | 9 (56,3) | 0,079 | 1 (20) | 9 (40,9) | 0,621 | 0 | 5 (45,5) | 0,258 |
| MDA5 | 1 (12,5) | 2 (12,5) | >0,999 | 1 (20) | 2 (9,1) | 0,474 | 0 | 2 (18,2) | >0,999 |
| Pm/Scl | 2 (25) | 0 | 0,101 | 1 (20) | 1 (4,5) | 0,342 | 1 (33,3) | 1 (9,1) | 0,396 |
| İAH paterni | | | | | | | | | |
| NSIP | 7 (87,5) | 9 (56,3) | 0,189 | 4 (80) | 13 (59,1) | 0,621 | 3 (100) | 6 (54,5) | 0,258 |
| OP | 0 | 4 (25) | 0,262 | 0 | 5 (22,7) | 0,547 | 0 | 2 (18,2) | >0,999 |
| İAH-patern belirlenemeyen | 1 (12,5) | 3 (18,8) | >0,999 | 1 (20) | 4 (18,2) | >0,999 | 0 | 3 (27,3) | >0,999 |
| İAH birinci basamak tedavi | | | | | | | | | |
| Siklofosamid | 3 (37,5) | 5 (31,3) | >0,999 | 2 (40) | 6 (27,3) | 0,616 | 2 (66,7) | 3 (27,3) | 0,505 |
| Azatiyopürin | 3 (37,5) | 4 (25) | 0,647 | 2 (40) | 5 (22,7) | 0,580 | 1 (33,3) | 3 (27,3) | >0,999 |
| MMF | 1 (12,5) | 3 (18,8) | >0,999 | 1 (20) | 3 (13,6) | >0,999 | 0 | 2 (18,2) | >0,999 |
| Ritüksimab | 0 | 2 (12,5) | 0,536 | 0 | 2 (9,1) | >0,999 | 0 | 1 (9,1) | >0,999 |
| Steroid başlangıç dozu | | | | | | | | | |
| <20 mg/gün | 1 (12,5) | 3 (18,8) | >0,999 | 1 (20) | 4 (18,2) | >0,999 | 1 (33,3) | 1 (9,1) | 0,396 |
| 21-60 mg/gün | 2 (25) | 6 (37,5) | 0,667 | 1 (20) | 8 (36,4) | 0,636 | 1 (33,3) | 4 (36,4) | >0,999 |
| >60 mg/gün | 5 (62,5) | 7 (43,8) | 0,667 | 3 (60) | 10 (45,5) | 0,648 | 1 (33,3) | 6 (54,5) | >0,999 |

SS-032**Kardiyak sarkoidoz: Tek merkez deneyimi**

Fatih Yıldırım¹, Kübra Kalkan¹, Rabia Deniz¹, Bilgin Karaalioglu¹, Duygu Sevinç¹, Gamze Akkuzu¹, Gül Güzelant Özköse¹, Burak İnce¹, Cemal Bes¹

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

Amaç: Sistemik granümatöz bir hastalık olan sarkoidozda kardiyak tutulum nispeten az görülen fakat önemli morbidite ve mortalite nedeni olabilen bir tutulum şeklidir. Bu retrospektif analizde kohortumuzda bulunan ve kardiyak değerlendirme yapılmış olan sarkoidoz tanılı hastaların klinik, demografik, radyolojik özelliklerinin ve laboratuvar bulgularının analizi planlandı.

Yöntem: Çalışma retrospektif veri analizi şeklinde tasarlandı, 01.05.2020-01.08.2023 tarihleri arasında merkezimize başvuran sarkoidoz tanılı hastaların dosyaları geriye dönük şekilde incelendi. Kohortun genel tanımlayıcı özellikleri belirlendikten sonra hastalar kardiyak değerlendirme yapılanlar içerisinde kardiyak tutulum bulguları olanlar ve olmayanlar şeklinde iki gruba ayrılarak karşılaştırmalı grup analizi yapıldı. Kardiyak değerlendirmesi olmayanlar analize alınmadı.

Bulgular: Yüz bir sarkoidoz hastasının 44'üne kardiyak değerlendirme yapılmış ve hastaların 13'ünde (%29) kardiyak tutulum tespit edilmişti. Semptom gösterdiği için kardiyak değerlendirme yapılan 26 hastanın 10'unda (%38,4), semptom olmaksızın rutin kardiyak değerlendirme yapılan 18 hastanın 3'ünde (%16,6) kardiyak tutulum vardı. Kardiyak tutulum saptanan hastaların 2'si (%15,4) erkek, 11'i (%84,6) kadındı. Ortalama yaş 47,9±7,1, hastalık süresi 6,3±3,9 yıl, tanı-kardiyak tutulum arası süre 49±53,4 aydı. Takip süresi boyunca kardiyak tutulum gelişen ve gelişmeyen hasta grupları karşılaştırıldığında kardiyak tutulum olan grupta hipertansiyon (%75 vs. %32,3, p=0,011) ve koroner arter hastalığı (%33,3 vs. %6,5, p=0,022) anlamlı olarak daha sıktı. Laboratuvar incelemelerinde ise eşlik eden ANA pozitifliği kardiyak tutulum olan grupta anlamlı olarak daha sıktı (%44,4 vs. %4, p=0,003) ve ALP değeri daha yüksekti (128,4±67,7 vs. 76,2±40,6, p=0,004). Tedavi verilerine bakıldığında 6 hastanın konvansiyonel sentetik hastalık modifiye ediyici antiromatizmal ilaçlara ek olarak Tnf-α inhibitörü aldığı gözlemlendi. İki hastada düşük ejeksiyon fraksiyonu ve sık ventriküler ekstrasistoller olması sebebiyle kardiyak resenkronizasyon tedavisi defibrilatörü uygulanmış, 1 hastaya da atrioventriküler nodal re-entran taşikardi sebebiyle kardiyak ablasyon tedavisi yapılmıştı.

Sonuç: Sarkoidoz hastalarında kardiyak tutulum önemli bir morbidite nedenidir. Kardiyak tutulumu olan hastalarda diğer kardiyovasküler hastalıklar da daha sık gözlenmektedir. Hastaların

takibi sırasında immünoşüpresif tedavilere ek olarak kardiyak medikal ve girişimsel tedaviler gerekebileceğinden multidisipliner yaklaşım ve işbirliği büyük önem taşımaktadır. Yeni tanı alan sarkoidoz hastalarının asemptomatik olsalar bile ritim bozuklukları

ve bazal kardiyak fonksiyonlar açısından kardiyak değerlendirmeye tabi tutulması faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Sarkoidoz, kardiyak tutulum, aritmi

Tablo 1: Kardiyak tutulum olan ve olmayan hastaların karşılaştırmalı verileri

| | Kardiyak tutulum olanlar (N=13) | Kardiyak tutulum olmayanlar (N=31) | p değeri |
|---|---------------------------------|------------------------------------|--------------|
| Yaş. | 47,9 ± 7,1 | 45,2 ± 10,1 | 0,394 |
| Cins, n/N (%) | | | 0,589 |
| Erkek | 2/13 (15,4) | 7/31 (22,6) | |
| Kadın | 11/13 (84,6) | 24/31 (77,4) | |
| Hastalık süresi, yıl, ortalama (±SD) | 6,3±3,9 | 4,5±4,7 | 0,248 |
| Başlangıçta sistemik bulgular, n/N (%) | 6/13 (46,2) | 8/31 (25,8) | 0,186 |
| Multi organ-sistem tutulum, n/N (%) | 12/13 (92,3) | 26/31 (83,9) | 0,457 |
| Sigara içme oranı, n/N (%) | 5/12 (41,7) | 6/23 (26,1) | 0,346 |
| Hipertansiyon, n/N (%) | 9/12 (75) | 10/31 (32,3) | 0,011 |
| Diabetes Mellitus, n/N (%) | 7/12 (58,3) | 9/31 (29) | 0,075 |
| Koroner Arter Hastalığı, n/N (%) | 4/12 (33,3) | 2/31 (6,5) | 0,022 |
| Obezite, n/N (%) | 7/13 (53,8) | 10/29 (34,5) | 0,237 |
| Metabolik Sendrom, n/N (%) | 9/12 (75) | 13/26 (50) | 0,147 |
| Crp, mg/L, ortalama (±SD) | 12,4 ± 8,1 | 16,1 ± 30,9 | 0,688 |
| ESR, mm/h, ortalama (±SD) | 23,8 ± 17,1 | 22,8 ± 20,2 | 0,885 |
| ACE, U/L, ortalama (±SD) | 100 ± 76,9 | 96,8 ± 94 | 0,922 |
| GFR, mL/min/1.73m ² , ortalama (±SD) | 93,5 ± 25,1 | 97 ± 23,5 | 0,667 |
| ALT, U/L, ortalama (±SD) | 24 ± 17,3 | 42 ± 15,1 | 0,580 |
| AST, U/L, ortalama (±SD) | 21,3 ± 10,2 | 26,6 ± 41,7 | 0,664 |
| ALP, U/L, ortalama (±SD) | 128,4 ± 67,7 | 76,2 ± 40,6 | 0,004 |
| GGT, U/L, ortalama (±SD) | 71,9 ± 81,7 | 48,3 ± 64,1 | 0,329 |
| Kalsiyum, mg/dl, ortalama (±SD) | 10,2 ± 2,1 | 9,4 ± 0,7 | 0,063 |
| LDH, U/L, ortalama (±SD) | 294 ± 92,2 | 233 ± 99,3 | 0,075 |
| ANA pozitifliği, n/N (%) | 4/9 (44,4) | 1/25 (4) | 0,003 |

SD: Standart deviation, Crp: C-reaktif protein, ESR: Eritrosit sedimentasyon hızı, ACE: Anjiyotensin converting enzim, GFR: Glomerül-filtrasyon hızı, ALT: Alanin aminotransferaz, AST: Aspartat aminotransferaz, ALP: Alkalen fosfat, GGT: Gama glutamil transferaz, LDH: Laknat dehidrojenaz, ANA: Anti-nükleer antibody

Tablo 2: Kardiyak Tutulumu Olan Hastaların Genel Özellikleri

| Hastalar | Yaş | Cins | Tam-tutulum süresi | Semptom | Görüntüleme | Bulgu | Tedavi | Tedaviyi gerektiren esas organ-sistem tutulumu |
|----------|-----|------|--------------------|-------------------------------|-------------------------|--|---------------------------------------|--|
| Hasta 1 | 54 | E | 96 | Efor dispnesi | MR, PET-CT, EKO, Holter | Evre 1 Diyastolik Disfonksiyon, İleri TY, PHT, Sık VES | Mix, aza, mmf, adalimumab, infliximab | Pulmoner |
| Hasta 2 | 47 | K | 60 | Efor Dispnesi | MR, PET-CT, EKO | Evre 1 Diyastolik Disfonksiyon | Mix, infliximab | Pulmoner + Kardiyak |
| Hasta 3 | 38 | K | 24 | Efor Dispnesi | MR, EKO | Evre 1 Diyastolik Disfonksiyon | Aza, infliximab | Nörosarkoidoz |
| Hasta 4 | 60 | K | Eş zamanlı | Efor Dispnesi | MR, EKO | Düşük EF, Dilate KMP, Sol Dal Bloğu, Evre 2 Diyastolik Disfonksiyon, Orta MY, Hafif TY | Mix, aza, mmf, CRT-D | Kardiyak |
| Hasta 5 | 45 | K | 96 | Çarpıntı | MR, EKO, PET-CT, Holter | SVT, Hafif MY, Hafif TY | Aza | Pulmoner-Gastrointestinal |
| Hasta 6 | 39 | E | Eş zamanlı | Yok | EKO, MR, PET-CT | MR da tutulum, kliniğe yansımayan | Mix, infliximab | Kardiyak |
| Hasta 7 | 59 | K | 120 | Yok | PET-CT | PET-CT de aktif tutulum | - | Kardiyak |
| Hasta 8 | 52 | K | 26 | Efor Dispnesi | EKO, PET-CT | Düşük EF, Evre 1 Diyastolik Disfonksiyon, Koroner Yıkılma | Mix, Adalimumab | Kardiyak |
| Hasta 9 | 39 | K | Eş zamanlı | Çarpıntı, sık sık | MR, EKO, PET-CT, Holter | AVNRT | Ablasyon | Kardiyak |
| Hasta 10 | 50 | K | Eş zamanlı | Düşük | MR, EKO, PET-CT | Düşük EF, Obstrüktif KMP, Sık VES | Mix, Adalimumab, CRT-D | Kardiyak |
| Hasta 11 | 48 | K | Eş Zamanlı | ödem | EKO, MR | Mr da tutulum, kliniğe yansımayan | Mix | Pulmoner-Gastrointestinal |
| Hasta 12 | 44 | K | 156 | Yok | EKO, MR, PET-CT | Mr da tutulum, aktif değil, Hafif TY | Mix | Pulmoner ve Eklem |
| Hasta 13 | 48 | K | 60 | Çarpıntı, düşük Efor Dispnesi | EKO, MR, PET-CT | Düşük EF, Evre 1 Diyastolik Disfonksiyon, Orta MY, Hafif TY, PHT | Aza, Hidroksiklorokin | Akciğer-Deri-Kardiyak |

SVT: Supraventriküler Tajikardi, AVNRT: Atrioventriküler Restranjt Tajikardi, VES: Ventriküler Tajikardi, TY: Triküspit Yetmezlik, MY: Mitral Yetmezlik, PHT: Pulmoner Hipertansiyon, SVT: SCRT-D: Kardiyak Resenkronizasyon Tedavisi, KMP: Kardiyomyopati, MR: Manyetik Rezonans Görüntüleme, PET-CT: Pozitron Emisyon Tomografi, EKO: Ekokardiyografi, Mix: Metotrexate, Aza: Azatioprin, mmf: Mikofenolat mofetil

Not: Kardiyak sarkoidoz yönünde patolojik bulgu içeren görüntüleme yöntemleri koyu kalem şekilde yazılmıştır

Bağ dokusu hastalıklarıyla ilişkili interstisyel akciğer hastalığında HHV-6'nın rolü

Fatma Zengin¹, Tekin Karşılıgil¹, Orhan Zengin², Mustafa Sağlam¹

¹Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Gaziantep

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

Amaç: Bağ dokusu hastalıkları (BDH), kronik enflamatuvar multisistemik romatizmal hastalıklardır. İnterstisyel akciğer hastalığı (IAH) bu tutulumlardan birisidir. BDH ve bu hastalıklara bağlı interstisyel akciğer hastalığı etiyojisinde virüslerin de rol aldığı düşünülmektedir. Herpes virüsler suçlanan etkenlerden birisidir. Çalışmada Bağ Doku Hastalıklarına bağlı interstisyel akciğer hastalığında HHV-6'nın rolünü araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Polikliniği'ne başvuran BDH tanısı ile takipli 60 hasta ve 26 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edilmiş olup, hastaların 29'u BDH (IAH olmayan), 31'i bağ doku hastalığına bağlı interstisyel akciğer hastalığı (BDH-IAH) olan hastalardan oluşmaktaydı. Çalışmaya katılan bütün bireylerden serum örneği toplandı. Ayrıca hastalardan steril kaba balgam örneği alındı. Çalışma Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Laboratuvarı'nda yapıldı. Serum örneklerinde, ELISA yöntemiyle HHV-6 IgG antikorlarına bakıldı. Tüm serum örneklerinde ve hastalardan alınan balgam örneklerinde HHV-6 DNA (U94 geni ve U42 geni) real-time PCR yöntemi ile araştırıldı. HHV-6'da genel olarak U94 geni latent enfeksiyonu, U42 ise aktif enfeksiyonu temsil etmektedir. Pozitif bulunan örneklerde, virusun replikasyon durumunu araştırmak için yine U42 ve U94 gen bölgeleri RT PCR ile mRNA'lar açısından ayrı primerler kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 60 BDH ve 26 sağlıklı kontrol dahil edildi (Tablo 1). Sağlıklı kontroller ile BDH ve BDH-IAH grupları arasında HHV-6 IgG serum titreleri karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmadı (p=0,108). Sağlıklı kontrol grubunun serum örneği analizlerinde HHV-6 DNA saptanmadı. Buna karşın hasta serumlarının 33'ünde (%55) HHV-6 DNA (U94 ve/veya U42 pozitif) pozitif saptandı ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (p=0,001). BDH-IAH ve BDH arasında ise serum U94 gen pozitifliği açısından anlamlı fark bulunmadı (p=0,979). Balgam U94 gen pozitifliği, BDH-IAH'sinde 14 (%45,2), BDH hastasında ise 5 örnekte (%17,2) tespit edildi. İstatistiksel açıdan BDH-IAH'de balgam U94 gen pozitifliği anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0,020). Serum U94 gen, serum U42 ve balgam U42 pozitifliği BDH-IAH ve BDH grubunda benzer oranda bulunmuştur (Tablo 2 ve 3).

Sonuç: Sağlıklı kontrolde hiç saptanmayan serum U94 ve U42 pozitifliği BDH-IAH, BDH gruplarında çok önemli ölçüde yüksek bulundu (U42 pozitifliği U94'e göre daha düşük oranda). Bu bulgular bize İAH oluşması da dahil BDH oluşumunda HHV-6 latent enfeksiyonun öncülük edebileceğini ve reaktivasyonların sürece katkıda bulunabileceğini düşündürdü. Hastalarda balgam U94 ve U42 pozitifliği tespit edilmiştir. Ayrıca balgamda saptanan U94, BDH'ye göre BDH-IAH'de belirgin şekilde yüksek

iken zıt şekilde balgamda saptanan U42 pozitifliği açısından aralarında anlamlı bir fark bulunmadı. Bu nedenle HHV-6 latent enfeksiyonu ve zaman zaman reaktivasyonunun, anormal immün yanıt zemininde fibrozisi indüklemesi ve BDH'de İAH gelişiminde tetikleyici bir rol oynaması mümkün görünmektedir. Sonuç olarak HHV-6 enfeksiyonu, mortal seyirle gidebilen bir hastalık olan BDH-IAH ile ilişkili olabilir.

Anahtar Kelimeler: HHV-6, interstisyel akciğer hastalığı, PCR, bağ doku hastalığı

Tablo 1. Çalışma grubunun demografik ve klinik özellikleri

| Parametreler | BDH | BDH-IAH | Sağlıklı kontrol |
|-----------------------------|---------------------|---------------------|----------------------|
| Sayı | 29 | 31 | 26 |
| Yaş [medyan, (%25-75)] | 50,00 (45,00-65,00) | 61,00 (29,00-49,00) | 34,50 (53,00-69,00) |
| Erkek, kadın (n, %) | 9 (31), 20 (69) | 7 (22,6), 24 (77,4) | 10 (38,5), 16 (61,5) |
| HHV-6 IgG pozitiflik (n, %) | 26 (90) | 31 (100) | 25 (96) |
| HHV-6 IgG titre (ort ± SS) | 5,62±5,34 | 3,82±1,85 | 7,78±6,86 |
| BDH türleri (n) | | | |
| RA | 17 | 6 | |
| SSk | 5 | 14 | |
| SjS | 4 | 4 | |
| SLE | 2 | 1 | |
| Miks BDH | 1 | 1 | |
| Miyozit | 0 | 2 | |
| Tedaviler (n, %) | | | |
| Steroid | 23 (79,3) | 31 (100) | |
| csDmard | 23 (79,3) | 27 (87,1) | |
| bDmard | 5 (17,2) | 8 (25,8) | |

BDH: Bağ Dokusu hastalıkları, BDH-IAH: Bağ doku hastalığına bağlı interstisyel akciğer hastalığı, RA: Romatoid artrit, SSK: Sistemik skleroz, SjS: Sjögren sendromu, SLE: Sistemik lupus eritematoz, miks BDH: Miks bağ doku hastalığı, csDMARD: Konvansiyonel DMARD, bDMARD: Biyolojik DMARD

Tablo 2. Balgam ve serum örneklerinde HHV-6 DNA (U42 ve/veya U94 gen) pozitiflik oranları

| | Balgam U94 gen pozitifliği (n, %) | Balgam U42 gen pozitifliği (n, %) | Serum U94 gen pozitifliği (n, %) | Serum U42 gen pozitifliği (n, %) |
|------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Sağlıklı kontrol | NA | NA | 0 | 0 |
| BDH-IAH (n) | | | | |
| RA | 6 (33,3) | 0 (0) | 3 (50) | 3 (50) |
| SSk | 14 (42,8) | 2 (14,2) | 7 (50) | 6 (42,8) |
| Sjs | 7 (42,8) | 0 (0) | 4 (57,1) | 4 (57,1) |
| SLE | 1 (100) | 0 (0) | 1 (100) | 1 (100) |
| Miks BDH | 1 (100) | 1 (100) | 1 (100) | 1 (100) |
| Miyozit | 2 (50) | 1 (50) | 1 (50) | 1 (50) |
| BDH (IAH olmayan) (n) | | | | |
| RA | 17 (11,7) | 1 (5,8) | 6 (35,2) | 5 (29,4) |
| SSk | 5 (20) | 1 (20) | 4 (80) | 2 (40) |
| Sjs | 4 (0) | 0 (0) | 3 (75) | 2 (50) |
| SLE | 2 (100) | 0 (0) | 2 (100) | 2 (100) |
| Miyozit | 1 (0) | 0 | 1 (100) | 1 (100) |
| Toplam (n) | 60 | 19 | 16 | 33 |

BDH: Bağ dokusu hastalıkları, BDH-IAH: Bağ dokusu hastalığına bağlı interstisyel akciğer hastalığı, RA: Romatoid artrit, SSk: Sistemik skleroz, Sjs: Sjögren sendromu, SLE: Sistemik lupus eritematoz, miks BDH: Miks bağ dokusu hastalığı

Tablo 3. Balgam ve serum HHV-6 DNA (U42 ve/veya U94 gen) pozitifliği karşılaştırılması

| | Balgam U94 gen pozitifliği (n, %) | Balgam U42 gen pozitifliği (n, %) | Serum U94 gen pozitifliği (n, %) | Serum U42 gen pozitifliği (n, %) |
|--------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| BDH-IAH (n, %) | 14 (%45,2) | 4 (%12,9) | 17 (%54,8) | 16 (%51,6) |
| BDH (IAH olmayan) (n, %) | 5 (%17,2) | 2 (%6,9) | 16 (%55,2) | 12 (%41,4) |
| p | 0,020* | 0,434 | 0,979 | 0,427 |

BDH: Bağ dokusu hastalıkları, BDH-IAH: Bağ dokusu hastalığına bağlı interstisyel akciğer hastalığı, p<0,05 düzeyinde anlamlı

SS-034

Tırnak yatağı kapilleroskopi morfolojisi: Yapay zeka destekli sınıflandırma modeli

Figen Çakmak¹, Yasin Durusoy², Özlem Akgün³, Nuray Aktay Ayaz³

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

²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul

³İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Tırnak yatağı kapilleroskopi (NVC) incelemesi, mikrovasküler yapı değerlendirilmesinde kullanılan kolay ve non-invaziv bir metottür. Kapiller dansite, kapillerlerin uzanım düzeni, kapiller uzunluk ve kapilleroskopik değişiklikler (tortiyozite, kros artışı, meandering kapiller, dalı kapiller, bushy kapiller, genişlemiş kapiller, dev kapiller, avasküler alan) değerlendirilerek normal kapiller morfoloji, minör bozukluk, majör bozukluk ve skleroderma paterni olarak sınıflandırma yapılabilmektedir. Kapilleroskopi alanında deneyimi yeterli olmayan klinisyenlerin, hastaların takibinde NVC morfolojik sınıflandırmasını yapay zeka destekli sistem ile alabilmeleri ve kapilleroskopinin hasta takibinde etkinliğinin güçlendirilmesi amaçlandı.

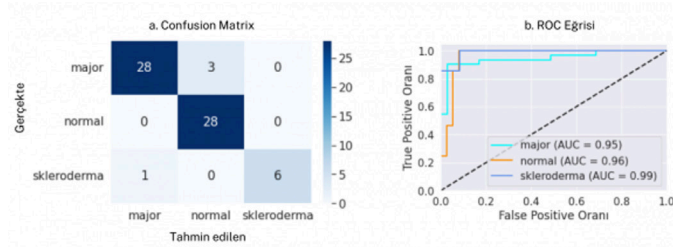
Yöntem: İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi'nin NVC görüntü arşivi retrospektif olarak tarandı. İki farklı kapilleroskopist tarafından görüntüler İngegnoli sistemine göre değerlendirildi. Fikir birliği sağlanarak sınıflandırılmış 92 adet normal morfoloji, 20 adet minör bozukluk, 153 adet majör bozukluk, 17 skleroderma paterni yapay sinir ağlarına (YSA) sunuldu. Minör bozukluk ve normal morfoloji sınıfları klinik olarak fark oluşturmadığından, bu iki sınıf tek bir sınıf olarak birleştirildi ve toplam 3 sınıf oluştu. Verilerin %80'i eğitim için, %20'si test için ayrıldı. Görüntüler öncelikle 512x512 boyutuna getirildi ve daha sonra eğitim verilerindeki görüntülere sağ-sol rotasyon, çevirme ve yakınlaştırma veri artırma yöntemleri uygulandı. Resnet 101 modeli kullanılarak 30 epoch boyunca eğitim yapıldı. Sonrasında model eğitime alınmayan test verileri üzerinde değerlendirildi. Sonuçlar, doğruluk (accuracy), hassasiyet (precision), duyarlılık (recall), F1 skoru (F1 score) ve AUC gibi performans ölçüleri kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmamızda kapilleroskopi görüntüleri kullanarak normal kapiller morfoloji, majör bozukluk ve skleroderma paterni sınıflandırması yapılmıştır. Test için ayrılan 66 veri üzerinde değerlendirilen model %94 oranında doğruluk elde edilmiştir. Ayrıca, normal sınıf için AUC değeri 0,962, precision değeri 0,90, recall değeri 1,00, f1-score değeri 0,95; majör bozukluk sınıfı için AUC değeri 0,946, precision değeri 0,97, recall değeri 0,90, f1-score değeri 0,93; skleroderma paterni sınıfı için AUC değeri

0,987, precision değeri 1,00, recall değeri 0,86, f1-score değeri 0,92 olarak hesaplanmıştır. Figür 1’de Confussion Matrix ve ROC eğrisine yer verilmiştir.

Sonuç: Yapay zeka destekli kapiller morfoloji sınıflandırması yüksek duyarlılık ile görüntüleri doğru sınıflara yerleştirebilmiştir. Poliklinik kontrolleri sırasında NVC değerlendirmesini yapma imkanı sağlayabilecek olması zamandan tasarruf sağlayacaktır.

Anahtar Kelime: Kapilleroskopi



Sekil 1. Kapilleroskopi morfolojik sınıflandırma; Confusion Matrixi ve ROC eğrisi

SS-035

Teletıp uygulamasında muayene öncesi hasta değerlendirme formu: Hasta-doktor uyumunun analizi

Mustafa Ekici¹, Nilüfer Ecem Gezerer², Levent Kılıç¹, Ali Akdoğan¹

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

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

Amaç: Artan popülasyon ve sağlık hizmetine talebin artması, hastaların başvuru öncesi triajının yapılması ve hızlı karar verebilme becerilerinin geliştirilmesi amaçlı olarak tele tıbbın kullanımı giderek artmaktadır. Muayene öncesi hasta tarafından doldurulan formlar, hekimin hasta görüşmesi öncesinde fikir sahibi olabilmesine yardımcıdır. Bu çalışmada hastaların görüşme öncesi oluşturduğumuz soru setine verdiği yanıtlar ile aynı sorulara doktor tarafından yüz yüze yapılan sorgulamada kayıt edilen yanıtları karşılaştırdık.

Yöntem:Hacettepe Üniversitesi Romatoloji Kliniği’ne başvuran, romatoid artrit, ankilozan spondilit veya bağ dokusu hastalığı

tanısı olan ardışık 60 hasta çalışmaya alınmıştır. Hastalara doktor görüşmesi öncesi doldurulmak üzere form verilmiştir. Hasta bireysel olarak formu doldurmuştur. Ardından muayene sırasında hekim tarafından aynı sorular sorulmuştur. Hekim tarafından kayıt edilen cevaplar altın standart olarak kabul edilerek hastanın muayene öncesi cevapları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Cevaplar arası korelasyon spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Hasta ve hekim arasındaki uyum Landis ve Koch tarafından önerilen kappa değerleri kullanılarak yorumlanmıştır.

Bulgular: Hastaların 42’si (%70) kadındı. Yaş ortalaması 46,8±13,2’di. Öğrenim durumları Tablo 1’de verilmiştir. Tanımlamaların daha müphem olduğu eklemde şişlik (r=0,46), kas ağrısı (r=0,5), deri döküntüsü (r=0,49) soğukta el ve ayaklarda renk değişikliği (r=0,52), ateş (r=0,07), kilo kaybı (r=0,48), atlet değiştirecek kadar terleme (r=0,44), halsizlik (r=0,47), besin tüketirken sıvı alım ihtiyacı (r=0,39), tükürük bezi şişliği (r=0,33), boyun-koltuk altı-kasık şişliği (r=0,35), kabızlık (r=0,5), nefes darlığı (r=0,3), dinlenmiş uyanma (r=0,37), balgam (r=0,49), kas kuvvet kaybı (r=0,43) sorularında hekim-hasta arası uyum düşük bulundu. Hastaların formda verdiği yanıtların negatif prediktif değerleri genel olarak yüksek iken, pozitif prediktif değerleri arasında önemli farklılıklar vardı (Tablo 2).

Sonuç: Hastalar tarafından görüşme öncesi doldurulan formlar hasta değerlendirilmesinde fayda sağlayabilir. Verilen pozitif yanıtlar klinik anlamlılık açısından doktor tarafından tekrar sorgulanmalıdır. Hasta yanıtlarının negatif prediktif değerleri yüksek olmakla birlikte sabah tutukluğu, bel ağrısı, nefes darlığı, ağız kuruluğu ve uyku kalitesi her hastada tekrar sorgulanmalıdır. Çalışmamızda tanımlamaları objektif olan soruların anlaşılabilirliğinin yüksek olduğu, daha müphem tanımlamaları olan sorularda ise korelasyonun düşük olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Teletıp, romatolojik sorgulama, hasta doktor uyumu

Tablo 1. Öğrenim durumu

| | n | % |
|------------------|----|------|
| İlkokul | 14 | 23,7 |
| Ortaokul | 4 | 6,8 |
| Lise | 16 | 27,1 |
| Yüksekokul | 5 | 8,5 |
| Üniversite | 19 | 32,2 |
| Okur-yazar değil | 1 | 1,7 |
| Total | 59 | 100 |

Tablo 2. Ön değerlendirme formu ve doktor sorgulamasına verilen yanıtlar arası ilişki

| | Pozitif prediktif değer | Negatif prediktif değer | Hasta-doktor korelasyon (r) | p |
|--|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|----------|
| Alerjiniz var mı? | 63,6 | 100 | 0,76 | <0,001 |
| Sigara kullanıyor musunuz? | 100 | 96,6 | 0,98 | <0,001 |
| Alkol kullanıyor musunuz? | 100 | 100 | 1 | <0,001 |
| Düzenli egzersiz yapıyor musunuz? | 88,2 | 87,5 | 0,74 | <0,001 |
| Düzenli yaptığınız hobiniz var mı? | 77,8 | 91,2 | 0,66 | <0,001 |
| Eklem ağrısı/hassasiyet oluyor mu? | 69,4 | 100 | 0,60 | <0,001 |
| Eklemlerde şişlik oluyor mu? | 33,3 | 100 | 0,46 | 0,003 |
| Kas ağrısı oluyor mu? | 50 | 100 | 0,50 | 0,009 |
| Sabah tutukluğu oluyor mu? | 84,2 | 86,4 | 0,70 | <0,001 |
| Bel ağrısı var mı? | 86,7 | 84,6 | 0,71 | <0,001 |
| Gece uykudan uyandırıyor mu? | 50 | 100 | 0,58 | 0,001 |
| Topuk ağrısı var mı? | 71,4 | 92,3 | 0,66 | <0,001 |
| Deri döküntüsü oluyor mu? | 30,8 | 100 | 0,49 | 0,004 |
| Sivilcelerinizi oluyor mu? | 46,7 | 100 | 0,60 | <0,001 |
| Saç dökülmesinde artış var mı? | 78,6 | 90,3 | 0,69 | <0,001 |
| Psöriazis var mı? | 66,7 | 97,4 | 0,64 | 0,01 |
| Güneşe maruz kaldığınızda her zaman cildinizde kızarma oluyor mu? | 56,5 | 100 | 0,63 | <0,001 |
| Soğukta el ve ayak parmaklarında renk değişikliği oluyor mu? | 33,3 | 100 | 0,52 | 0,003 |
| Deride kanama morluk var mı? | 40 | 100 | 0,59 | 0,001 |
| Ateşiniz oluyor mu? | 10 | 94,6 | 0,07 | 0,52 |
| Kilo kaybı var mı? | 25 | 100 | 0,48 | 0,08 |
| Atlet değiştirecek kadar terleme oluyor mu? | 25 | 100 | 0,44 | 0,01 |
| Halsizlik var mı? | 48,6 | 100 | 0,47 | 0,001 |
| Baş ağrısı var mı? | 73,7 | 100 | 0,79 | <0,001 |
| Gözlerinizde uzun süreli kızarıklık var mı? | 46,2 | 97 | 0,54 | 0,001 |
| Görme kaybı var mı? | 50 | 97,4 | 0,57 | 0,002 |
| Çift görme var mı? | 22,2 | 100 | 0,43 | 0,03 |
| Gözlerde kuruluk hissi var mı? | 86,4 | 100 | 0,88 | <0,001 |
| Gözünüze bir şey kaçma hissi oluyor mu? | 64,7 | 100 | 0,74 | <0,001 |
| Göz damlası kullanıyor musunuz? | 76,9 | 100 | 0,84 | <0,001 |
| Kulak akıntınız oldu mu? | 40 | 100 | 0,61 | 0,009 |
| İşitme kaybınız var mı? | 50 | 100 | 0,68 | 0,001 |
| Burun kanaması oluyor mu? | 60 | 100 | 0,76 | 0,001 |
| Diş eti kanaması oluyor mu? | 68,8 | 100 | 0,77 | <0,001 |
| Ağızda yara çıkar mı? | 73,3 | 100 | 0,81 | <0,001 |
| Ağız kuruluğunuz var mı? | 62,5 | 100 | 0,73 | <0,001 |
| Kuru besinleri tüketirken mutlaka sıvı alma ihtiyacı hissediyor musunuz? | 22,2 | 100 | 0,39 | 0,12 |
| Tükürük bezinde şişlik oldu mu? | 12,5 | 100 | 0,33 | 0,16 |
| Boyunuzda, kasıklarınızda, koltuk altlarınızda şişlik oldu mu? | 14,3 | 100 | 0,35 | 0,14 |
| Yutkunma zorluğu var mı? | 44,4 | 100 | 0,63 | 0,01 |
| Karın ağrısı oluyor mu? | 61,5 | 94,1 | 0,61 | <0,001 |
| Mide, barsak ülseri nedeni ile tedavi adınız mı? | 33,3 | 100 | 0,52 | 0,003 |
| Ağızınıza yemek artıkları veya sıvı geldiği oluyor mu? | 61,1 | 87,5 | 0,51 | <0,001 |
| Kusmanız oluyor mu? | 28,6 | 100 | 0,51 | 0,01 |
| Sık ishal şikayetiniz oluyor mu? | 40 | 97,8 | 0,47 | 0,02 |
| Kabızlık var mı? | 30,8 | 100 | 0,50 | 0,003 |
| Göğüs ağrınız var mı? | 53,8 | 97 | 0,60 | <0,001 |
| Bacaklarda ödem oluyor mu? | 55,6 | 100 | 0,58 | 0,002 |
| Kalp atımlarınızda düzensizlik oluyor mu? | 40 | 100 | 0,58 | 0,002 |

| | | | | |
|---|------|------|------|--------|
| Nefes darlığınız oluyor mu? | 44,4 | 85,7 | 0,30 | 0,06 |
| Öksürük şikayeti oluyor mu? | 50 | 100 | 0,68 | 0,001 |
| Balgam şikayetiniz oluyor mu? | 30,8 | 100 | 0,49 | 0,004 |
| Rahat uyuyor, dinlenmiş bir şekilde kalkıyor musunuz? | 65 | 72 | 0,37 | 0,01 |
| İdrar yaparken yanmanız oluyor mu? | 71,4 | 100 | 0,82 | <0,001 |
| İdrarda kan pıhtı gördünüz mü? | 50 | 100 | 0,70 | 0,04 |
| Gece idrara kalkıyor musunuz? | 82,1 | 100 | 0,80 | <0,001 |
| Hiç böbrek taşı düşürdünüz mü? | 100 | 100 | 1 | <0,001 |
| Epilepsi geçirdiniz mi? | | 100 | 1 | |
| Hiç bayıldınız mı? | 80 | 100 | 0,88 | <0,001 |
| Ellerde ve ayaklarda uyuşukluk oluyor mu? | 88,9 | 100 | 0,88 | <0,001 |
| Ellerde ve ayaklarda karıncalanma oluyor mu? | 85,2 | 100 | 0,85 | <0,001 |
| Kaslarınızda kuvvet kaybı var mı? | 22,2 | 100 | 0,43 | 0,04 |
| Depresyon nedeni ile tedavi aldınız mı? | 100 | 100 | 1 | <0,001 |
| Soruları anladınız mı? | 93,2 | 50 | 0,31 | 0,16 |

XXIII. Ulusal Romatoloji Kongresi Bildiri Özetleri

11-15 Ekim 2023

Çocuk Romatoloji'de Zor Olgular

(OS-001 — OS-010)

OS-001

Çocukluk çağı Behçet hastalığında nadir görülen bir klinik: Kardiyak trombüs ve anevrizması olan bir olgu

Selen Duygu Arık, Nuray Aktay Ayaz

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

Giriş: Behçet hastalığı (BH), tekrarlayan oral ve genital ülserasyonlar, üveit ve deri lezyonları ile karakterize kronik, multisistemik bir hastalıktır ve ilk kez 1937 yılında Hulusi Behçet tarafından tanımlanmıştır. Burada göğüs ağrısıyla başvuran kardiyak trombüs ve anevrizması tespit edildikten sonra Behçet tanısı alan bir hasta sunulmuştur.

Olgu: On dört yaşında erkek hasta Batman'da ani başlayan göğüs ağrısı nedeniyle gittiği hastanede yapılan ekokardiyografik değerlendirmede kardiyak kitle ön tanısıyla Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne sevk edilmişti. Çekilen BT anjiyografide RCA anevrizması, RCA anevrizmasının sağ ventrikül ve sağ atriyal appendiks lümenine protrüzyonu, RCA orta kesiminde oklüzyon, perikardiyal efüzyon (7,5 mm) olarak görülüyor. Myokard perfüzyon sintigrafisinde hafif iskemi, iskemik alan %10'un altında olarak görülüyor. Hasta kardiyak trombüs ayırıcı tanısı değerlendirilmek üzere İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Romatoloji bölümüne yönlendiriliyor. Öyküsünde son 6 aydır halsizlik, kilo kaybı, tekrarlayan oral aft, el bileği, omuz, diz, ayak bileği eklemlerinde gezici artrit, genital ülser, epididimoorşit, bacak ön yüzünde eritema nodozum bulguları olan ve tetkiklerinde akut faz yükseklikleri olduğu öğrenildi ve Behçet hastalığı ön tanısıyla tetkik ve tedavi amaçlı İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Romatoloji servisine yatırıldı. Anne baba arasında akraba evliliği yok, anne, baba, erkek

kardeşlerde ve dayılarda tekrarlayan oral aft öyküsü mevcuttu. Tartı 45 (3 p), boy: 161 (10 p), vücut sıcaklığı: 38,3, nabız: 90/dk, TA:110/70 (50 p) olarak görüldü. Fizik muayenesinde ağız içinde çok sayıda oral aft, yüzde akneiform nodüller, skrotal aft ve ülserleri mevcuttu. Laboratuvarında; lökosit sayısı 10.000/L, nötrofil 7.000/L, hemoglobin 11,9 g/dL, trombosit 315.000/L, ESH 51 mm/sa (0-20 mm/sa), ve CRP 44 mg/L (0-10 mg/L) olarak bulundu. HLA-B51 pozitif ve paterji testi negatifti. Göz muayenesinde üveit yoktu. ANA negatif, antikardiyolipin IgM ve IgG, antifosfolipid IgM ve IgG, p-ANCA, c-ANCA negatif, komplemanlar normal düzeydeydi. Tromboz paneli normaldi. Renal ve batin Doppler ultrasonu normaldi. Tam idrar tahlili normaldi. Kranial MR normaldi. Behçet hastalığı tanısı ile izleme alınan hastaya 3 gün süreyle pulse metilprednizolon (20 mg/kg), azatiopurin (100 mg/gün po), kolşisin dispart (1,5 mg/gün po) başlandı. Siklofosamid tedavisi (1000 mg/m²) 3 haftada bir iv olarak alması planlandı. Kardiyak tutulum açısından aspirin (100 mgx1/gün po) ve enoksoparin (8000 iu/gün sc) tedavileri başlandı. Takibinin 6. ayında Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi tarafından sağ koroner arterin total tıkalı ve anevrizması olması nedeniyle sağ koroner anevrektomi operasyonu yapıldı. Siklofosamid 6 doz alan hastaya adalimumab (40 mg/1 hafta sc) başlandı. Son kontrolünde fizik muayenesi ve laboratuvar değerleri normaldi.

Sonuç: Behçet hastalığında vaskülit hem arteriyel hem de venöz tarafta değişken büyüklükteki damarları tutarak yüzeysel ve derin tromboz ve anevrizma oluşumuna neden olur. Kardiyovasküler tutulum çoğunlukla erişkinlerde bildirilse de nadir de olsa çocukluk çağında da görülebilmektedir. Behçet hastalığında vaskülitin yönetimi için kesin bir kanıt olmamakla beraber akut derin ven trombozunun tedavisi için kortikosteroidler, azatioprin, siklofosamid veya siklosporin A gibi immünosüpresif ajanlar önerilmektedir. Antikoagülasyon tedavisi tartışmalıdır ancak

hastaya göre değerlendirilme yapılmaktadır. Çocukluk çağında nadir olsa da kardiyak trombüs ve anevrizması olan hastalarda Behçet hastalığı akla gelmelidir.

OS-002

Sistemik juvenil idiyomatik artrit ve ciddi hepatoksisite

Oya Köker

Marmara Üniversitesi, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatolojisi Kliniği, İstanbul

Giriş: Karaciğer enzimlerinde değişiklik sistemik juvenil idiyomatik artritte (sJIA) enflamatuvar yanıtın bir parçası, makrofaj aktivasyon sendromunun (MAS) bir bulgusu, ilaç ilişkili toksisite göstergesi olarak karşımıza çıkabilmektedir. sJIA'ya ikincil MAS tanısından 3 ay sonra ağır karaciğer yetmezliği tablosunda izlediğimiz olguyu genetik ve patoloji sonuçlarıyla etiyojik yönden tartışmak ve sizlerle paylaşmak istedik.

Olgu: Daha önce sağlıklı olan 9 yaşında kız hasta döküntünün veya eklem yakınmasının eşlik etmediği, on gündür devam eden ateş yüksekliği, yüksek enflamasyon belirteçleri, kardiyak enzimlerinde on kat artış ve hafif mitral yetmezlik tablosunda Çocukluk Çağı Çoklu Sistem Enflamatuvar Sendrom (MIS-c) ön tanısıyla intravenöz immünoglobulin (IVIg) ve 2 mg/kg/gün steroid tedavisiyle izlendi. Ateş yüksekliği devam eden, tetkiklerinde trombositopeni, yüksek akut faz reaktanları (CRP 300 mg/L), hiperferritinemi (40.000 ng/L) gözlenen hasta enfeksiyöz nedenler ve malignite ekartasyonu sonrası sJIA'ya ikincil MAS tanısıyla devralındı, yüksek doz steroid (30 mg/kg/gün 3 gün) ve anakinra (2 mg/kg/gün) başlandı. Anti-IL1 tedavisine 2. günde yanıt alındı, klinik ve laboratuvar tablosu düzeldikten sonra taburcu edildi. Yaklaşık bir ay süreyle tedavisi ayaktan sürdürüldü. Anakinra (total 25 doz) ve oral steroid tedavisi kademeli azaltılarak sonlandırıldı. Poliklinik izleminin 3. ayında ateş, belirgin ikterik görünüm, direk hakimiyetinde 30 kat artmış hiperbilirubinemi, 50 kat yükselmiş karaciğer enzimleri ile prezente oldu. Eş zamanlı akut faz belirteçlerinde yükseklik gözlenmedi. Enfeksiyöz ve otoimmün nedenler ekarte edildi. Nakil planlanmaktayken plazmaferez ve steroid tedavisi sonrası tablo düzeldi. Karaciğer biyopsisinde portal minimal enflamasyon, rejeneratif hepatositler; tüm ekzon dizilemede otoenflamatuvar hastalık fenotipiyle ilişkilendirilmiş NLRP4 mutasyonu heterozigot ve hemokromatozis ile ilişkili H63D mutasyonu homozigot olarak saptandı.

Sonuç: Olgumuzdaki remisyon ve tedavi süreci sonrası normal enflamasyon belirteçleri varlığında ortaya çıkan nakil adaylığına varan ağır karaciğer yetmezliği tablosu yönetimi karmaşık hale getirmiştir. Ayrıca hastanın geliş tablosunun tipik sJIA kliniği ile uymaması, genetik sonucundaki mutasyonlar altta yatan farklı bir etiyojinin katkısını düşündürmüştür. Hastalık süreci ve zamanlama, eşlik eden diğer klinik ve laboratuvar belirteçler, dikkatli ayırıcı tanı yol gösterici olabilir.

OS-003

Eozinofilik granülomatoz polianjiitisi taklit eden bir kist hidatik olgusu

Nuran Belder, Nihal Karacayır, Tuğba Şişmanlar Eyüboğlu, Merve Yazol, Akif Kavga, Nursel Kara Ulu, Batuhan Küçükali, Aylar Poyraz, Ayşe Tana Aslan, Gonca Erbaş, Semiha Tokgöz, Zühre Kaya, Deniz Gezin Yıldırım, Sevcan Azime Bakkaloğlu

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Kardiyak tromboz, pulmoner nodüler veya kaviter lezyonlar, malignitelerde ve anti-nötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) ile ilişkili vaskülitlerde olabildiği gibi tüberküloz, mantar gibi enfeksiyöz hastalıklar da dahil olmak üzere çeşitli klinik durumlarda görülebilir. Burada eozinofilik granülomatoz polianjiitise benzeyen nadir bir kist hidatik olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: On beş yaşında kız hasta 1,5 yıldır devam eden kronik öksürük ve halsizlik şikayetleriyle hastaneye başvurdu. Hastanın posterior-anterior akciğer grafisinde çok sayıda nodüler lezyon saptandı. Toraks bilgisayarlı tomografi ve anjiyografisinde bilateral multipl pulmoner nodüller, çapı 1,5 cm'den küçük birkaç adet lenf nodu, trombüs oluşumları ve her iki akciğerin üst loblarında pulmoner arterlerin segmental dallarında genişleme saptanması nedeniyle hasta vaskülitik süreçler açısından incelenmek üzere çocuk romatoloji kliniğimize yönlendirildi. Kompleman düzeyleri, ANCA, anti-fosfolipid antikorlar, human lökosit antijeni B51 ve alerji testleri negatif iken, eozinofili ile birlikte akut faz reaktanları düzeylerinde yükseklik saptandı. Tam idrar tahlilinde mikroskopik hematüri mevcuttu. Hastanın yapılan ekokardiyografisinde de sağ atrium içinde triküspit kapak septal yaprağına tutunmuş, 1,8x1,5 cm boyutunda trombüs izlendi. Tromboz açısından bakılan laboratuvar tetkiklerinde *MTHFR* geninde iki heterozigot mutasyon (C677T ve A1298C) dışında patolojik bulgu saptanmadı. Pulmoner nodüller, pulmoner arteriyel ve kardiyak trombüs, mikroskopik hematüri, eozinofili ve yüksek akut faz reaktanlarının varlığı ilk olarak eozinofilik granülomatoz polianjiitis düşündürdü. Ancak, akciğer biyopsisinde vaskülit lehine bulgu saptanmadı. Alınan bronkoskopi örneğinde kist hidatik kütikülleri görüldü. Ardından serum *Echinococcus granulosus* hemaglutinasyon testi pozitif bulundu, trombüs oluşumlarının parazite ait olduğu anlaşıldı ve anti-parazitik tedavi başlandı.

Sonuç: Pulmoner nodüler ya da kaviter lezyonları olan, vaskülit düşündürülen, tromboz saptanan hastalarda kist hidatik gibi enfeksiyöz hastalıklar mutlaka akılda tutulmalıdır.

Otoimmün trombositopeni ile prezente olan spondiloenkondrodisplazi olgusu ve jak inhibitörlerine klinik yanıt

Müge Sezer, Elif Çelikel

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Spondiloenkondrodisplazi (SPENCD), *ACP5* genindeki mutasyonların neden olduğu nadir otozomal resesif iskelet displazisidir. Nörolojik tutulum, sistemik lupus eritematozus (SLE) ve immün yetmezliğe uzanan geniş bir klinik spektruma sahiptir. Aynı zamanda otoimmün trombositopeninin oldukça nadir bir nedenidir. Burada erken dönemde iskelet displazisi henüz gelişmeden dirençli trombositopeni ile prezente olan olgu paylaşılacaktır.

Olgu: Daha önceden bilinen hastalığı olmayan 10 aylık kız hasta yüksekten düşme başvurdu. Fizik muayenesinde frontal bölgede şişlik mevcuttu; laboratuvar tetkiklerinde hemogloblin: 7,2 g/dL, platelet: 5000/mm³, beyaz küre: 17.130/mm³, AST/ALT: 160/98U/L idi. Trombositopeni ve anemiye yönelik yapılan tetkikleri, direkt coombs pozitifliği dışında normaldi. Eritrosit-trombosit süspansiyonu, IVIG ve steroide rağmen dirençli trombositopeni devam etmesi nedeni ile sirolimus ve eltrombopag tedavileri aldı. EBV-CMV PCR pozitifliği, Gram-negatif sepsis öyküsü olması nedeniyle immün yetmezlik açısından gönderilen tetkikleri normaldi. İki aylık yatışı sonrasında kliniği ve laboratuvar bulgularının düzelmesiyle taburcu edildi. Taburculuktan 1 ay sonra kusma nedeni ile tekrar başvurdu. Fizik muayenede apatik görünümde, ışığa ve sese yanıtız, sağ kolda kas gücü 2/5, baş kontrolü yoktu, desteksiz oturamıyordu. Kraniyal BT'de subdural hematoma, laboratuvar tetkiklerinde platelet: 11.000/mm³ saptandı. Hastanın acil nöroşirurjik girişim gereksinimi olması ve tedaviye dirençli trombositopenisi olması nedeni ile splenektomi yapıldı; ancak splenektomiye rağmen trombositlerde yükselme olmadı. Takibi sırasında; ilk yatışında immün yetmezlik açısından gönderilmiş olan WES analizinde *ACP5* geninde homozigot mutasyon saptanması ile SPENCD tanısı konuldu ve tofasitinib tedavisi başlandı. Tedavinin 2. gününden itibaren trombosit sayısında belirgin artış, 3. ayında motor becerilerinde, mental durumunda düzelmeye görüldü. SLE birlikteliği açısından ilk bakılan otoantikör ve kompleman değerleri normaldi ancak tedavinin 3. ayında ANA:1/320 +, AntidsDNA: 545 IU/L, ENA panelinde anti-Mi2 ve anti-Ku +, C3:0,7 g/L, C4: 0,4 g/L olarak sonuçlandı. İzlemede iskelet displazi bulguları gözlenmedi.

Sonuç: SPENCD nadir, heterojen bulgulara sahip, iskelet bulguları ortaya çıkmadan tanınması zor bir hastalıktır. Erken tanı; hastalığın başarılı yönetimi, komorbiditelerin belirlenmesinde önemlidir. İskelet bulguları gelişmeden erken yaşta ortaya çıkan dirençli sitopeni, immün disregülasyon bulguları varlığında mutlaka akla gelmelidir.

Sistemik JIA tanısıyla izlenen hastada interstisyel akciğer hastalığı

Elif Kılıç Könte

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatolojisi Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Ağustos 2021 tarihinden beri sistemik başlangıçlı juvenil idiopatik artritis tanısı ve metotreksat 10 mg/hafta ile prednizolon 10 mg/gün tedavileri altında izlemde olan hastanın takibinde transaminaz yüksekliği olması üzerine metotreksat tedavisi kesildi. Kanakinumab 100 mg/ay tedavisine eklendi. Klinik inaktif olan hastaya, kronik dermatit şikayetinin lokal tedavilere yanıtız olması üzerinde biyopsi uygulandı. Biyopsi sonucu non-spesifik dermatit bulguları olarak raporlandı.

Olgu: Steroid azaltma şemasına başlanan hasta; Eylül 2022 tarihinde ateş, öksürük, sol akciğer bazalde solunum seslerinde azalma ve akciğer grafisinde plevral efüzyon bulgusu olması üzerine Sistemik JIA alevlenmesi, parapnömonik efüzyon ön tanılarıyla hastaneye yatırıldı. Takibinde dirençli ateşi ve solunum sıkıntısı devam etti. Kanakinumab altında makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) gelişen hastanın ferritin değeri >40.000 ug/l't'e kadar çıktı. Beş doz pulse steroid ve günde 2 kez anakinra 100 mg tedavisi altında stabilize edildi. WES, NLRC-4 ve immünolojik tetkikleri normal sonuçlandı. Taburculuk sonrası kanakinumab tedavisi altında metilprednizolon ve anakinra tedavisi tedrici azaltılmaya başlandı ancak anakinra tedavisi gün aşırı 100 mg'ye indiğinde veya metilprednizolon tedavisi 8 mg/gün dozundan düşürüldüğünde sistemik alevlenme geçirdi. Toplamda 2 kez MAS atağı ve 4 kez sistemik alevlenmesi kanakinumab tedavisi altında olan hasta kanakinumab yanıtız kabul edildi. Tedavisine siklosporin 100 mg/gün, metilprednizolon 8 mg/gün ve anakinra 100 mg/gün ile devam edilen hastanın uzun süre steroid kullanımı sebebiyle cushingoid görünümü mevcuttu. Anakinra tedavisinin gün aşırı doza geçilmesi sistemik alevlenmeye neden olan hastanın akciğer grafisinde şüpheli infiltrasyonu olması üzerine toraks BT çekildi. Toraks BT sonucu interstisyel akciğer hastalığı ile uyumlu gelen (Resim 1), bronkoalveolar lavajında alveolar makrofaj hakimiyeti bulunan ve patolojisinde-mikrobiyolojisinde üreme bulunmayan hasta sistemik JIA akciğer tutulumuna sekonder interstisyel akciğer hastalığı tanısı olarak 4 mg/gün baricitinib tedavisi başlandı. Baricitinib tedavisi sonrası anakinra doz aralığı açılması planlandı ancak sistemik alevlenme nedeniyle anakinra 100 mg/gün devam edildi.

Sonuç: Tedavisine baricitinib 4 mg/gün, anakinra 100/gün, siklosporin 100/gün, metilprednizolon 8 mg/gün ile devam edilen hastanın akciğer bulgularında ilerleme ve enfeksiyonla tetiklenen sistemik alevlenmeleri devam etmektedir.

Osteogenezis imperfakta ile birliktelik gösteren entezit ilişkili spondilit: Olgu sunumu

Hatice Kübra Zora

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

Giriş: Osteogenezis imperfakta (OI) düşük kemik kitlesi ve artmış kemik fragilitesi ile karakterize ekstraselüler matrisin kalıtsal bir hastalığıdır. Sıklığı 2,35-4,7/10.000 arasındadır. Temel patoloji tip 1 kollajenin yapımındaki genetik defektir. OI'nin yaklaşık %85'i, tip 1 kollajeni kodlayan *COL1A1/COL1A2* genlerindeki patojenik varyantlardan kaynaklanır. OI ve enflamatuvar artrit birlikteliği çok nadiren tanımlanmıştır. Spondiloartropati ile birlikteliği ise görülmemiştir. Burada OI ve beraberinde entezit ilişkili spondiloartropati gelişen bir olgu sunduk.

Olgu: On yedi yaş erkek hasta, 3 yıldır devam eden kalça ağrısı şikayeti ile başvurdu. Tekrarlayan kırık öyküsü nedeni ile daha önce opere olan olgunun soy geçmişinde baba, amca ve kuzenlerinde da tekrarlayan kırık öyküsü vardı. Mavi sklera, iki taraflı hafif derecede sensörinöral işitme kaybı ve mitral kapak prolapsusu saptandı. Fizik muayenesinde; genel durumu iyi, pektus ekskavatumu, iki kolunda insizyon skarı olup, lökomotor muayenede schober, fabere testleri pozitif ve kalça eklemlerinde palpasyonla hassasiyeti vardı. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar tetkiklerinde WBC: 7130 (%54 nötrofil) Hb: 13,7, PLT: 223.000, CRP: 7,1 mg/L, sedimentasyon: 7 mm/saat, serum amiloid A: <3,47 mg/L, kalsiyum: 9,8 mg/dL, fosfor: 3 mg/dL, alkalin fosfat: 121 U/L, parathormon: 56,9 ng/L, HLA B27: pozitif bulundu. Röntgeninde diffüz osteopeni ile uyumlu bir dansite azalması, sol radius ve sağ ulnada geçirilmiş kırık ve metalik fiksasyon materyallerine ait görünüm vardı (Şekil 1). Kemik dansitometrisinde Z-skoru: -3 SDS olup osteoporoz saptandı. Sakroiliak eklem manyetik rezonans görüntülemesinde bilateral sakroileit görüldü (Şekil 2). *COL1A1* ve *COL1A2* gen mutasyonu açısından genetik test gönderildi. Zolendronat ve metotreksat tedavileri başlandı. İzlem için takibe alındı.

Sonuç: OI'de eklem enflamasyonu sıklığı bilinmemektedir. Şimdiye kadar OI ile ilişkili sadece bir tane juvenil romatoid artrit olgusu tanımlanmıştır. Olgumuz, literatüre göre spondiloartropati ve OI'nin birliktelik gösterdiği ilk olgu sunumudur. OI tanılı hastalarda mevcut bir kemik patolojisinin yanında eklem enflamasyonunda gelişebileceğini akılda tutmak gerekir. Bu nedenle eklem şikayetleri olan OI tanılı hastalarda düz grafinin yanında eklem MR incelemesi de yapılmalıdır. Kas-iskelet sistemi tutulumu bu hastalarda yaşam kalitesini etkilediği için OI ve spondiloartropati arasındaki olası bir ilişki hakkında farkındalık yaratmak, yaşam kalitesini iyileştirmeye yardımcı olabilir.

SLE tanı ölçütlerini dolduran bir pirolidaz eksikliği olgusu

Rüya Torun

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Çocuk romatoloji ilk başvuru: Ocak 2016. Dokuz yaşında kız, üç aylıktan itibaren olan tekrarlayan deri enfeksiyonu-apseleri ve alt solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle immünoloji bölümünde tetkik edilen hasta, tekrarlayan püstüleri deri lezyonları ve akut faz reaksiyonlarında yükseklik nedeniyle otoenflamatuvar hastalıklar açısından bölümümüze yönlendirildi.

Olgu: Bir yaşından itibaren tekrarlayan bronkopnömoni ve bronşiolit öyküsü olan hastanın 2,5 yaşında pulmoner hemosiderosis tanısı ile kortikosteroid tedavi aldığı öğrenildi. Hastanın bölümümüzde yapılan değerlendirmesinde dismorfik yüz görünümü, boy kısalığı, splenomegali, yüzde, her iki alt ekstremitede eski lezyonlara bağlı skarlar mevcuttu. Tetkiklerinde anemi trombositopeni, akut faz raktanlarında yükseklik, hipergamaglobulinemi mevcuttu, ANA negatif saptandı. Tekrarlayan püstüleri deri lezyonları nedeniyle DIRA açısından gönderilen otoenflamatuvar panelde *IL1RN* geninde mutasyon saptanmadı. İzleminde 15 yaşında, ataksi nedeniyle Friedrich ataksisi tanısı aldığı öğrenildi. Lökopeni ve trombositopeni nedeniyle yapılan değerlendirmede, bakılan ANA, direkt coombs, ENA panelinde SS-A pozitifliği saptandı. Hasta SLICC kriterlerine göre SLE tanısı koyularak hidroklorokin tedavisi başlandı. Hastadaki tüm bulguların SLE ile açıklanamaması nedeniyle eşlik edebilecek immün disregülasyon, interferonopati açısından genetik bölümüne yönlendirildi. Tüm ekzom dizi analizi raporu sonucunda *PEPD* geninde homozigot patojenik mutasyon tespit edilerek pirolidaz eksikliği tanısı koyuldu.

Sonuç: Açıklanamayan deri ve sistem bulguları olan SLE kliniği ayırıcı tanısında pirolidaz eksikliği akılda tutulmalıdır.

Pedriatrik nöro-Behçet olgusunda gelişen sakküler abdominal aort anevrizması

Emil Aliyev¹, Halide Özge Başaran¹, Veysel Çam¹,
Yağmur Bayındır¹, Ezgi Deniz Batu Akal¹, Yelda Bilginer¹,
Fatma Gonca Eldem², Seza Özen¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı, Çocuk Romatolojisi Bilim Dalı, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Behçet hastalığı çocukluk çağında erişkin yaş grubuna göre daha nadir görülmekle birlikte önemli mortalite ve morbidite nedenlerinden birisidir.

Olgu: Aralıklı tekrarlayan oral aft dışında bilinen bir rahatsızlığı ve kullandığı ilacı bulunmayan hastanın kafasına top çarpması sonrası gelişen baş ağrısı, çift görme ve görmeye bulanıklık şikayeti ile yapılan değerlendirilmesinde çekilen beyin manyetik rezonans (MR) venografisinde sağ juguler ven distal segmentte ince kalibrasyon; sağ sigmoid sinüs ve transvers sinüsler trombus ile kapalı şeklinde sonuçlandı. Tekrarlayan oral aft şikayeti olan, anne ve teyzede Behçet hastalığı olan hastaya sinüs ven trombüsü bulgusu ile birlikte nöro-Behçet hastalığı tanısı konularak kolşisin, diazomid, azatiyoprin, adalimumab ve oral metil-prednizolon (MPz) tedavileri başlandı. Yaklaşık 1 yıl sonra hastanın sol testisinde şişlik, bulantı, kusma ve karın ağrısı şikayeti başladı. Beraberinde ateş, baş ağrısı ve konuşma bozukluğu gelişen hastanın beyin MR venografi değerlendirilmesinde yeni lezyona rastlanmadı. Hastanın kliniğinde düzelmeme, şiddetli sırt ağrısı ve giderek artan sol testiste ağrı şikayetleri üzerine çekilen kontrastlı abdomen bilgisayarlı tomografisinde (BT): “Abdominal aortada çölyak orijini içine alan ve çölyak trasesi boyunca ekspansil uzanan aort ile 14 mm’lik geniş boyunu ile ilişkisi görünen lobüle konturlu çevresinde hemorajinin izlendiği sakküler anevrizma” (Şekil 1) olarak raporlanması üzerine tarafımıza sevk edilmiştir. Hastanemizde yapılan değerlendirilmesinde abdominal aortada çölyak arter orijini anevrizması olan ve akut faz reaktanları (AFR) yüksek saptanan hastaya toplam 3 doz 10 mg/kg/gün MPz ve tek doz siklofosfamid uygulanmıştır. Tedavi sonrasında AFR normale dönen ve şikayetleri gerileyen hastaya girişimsel radyoloji bölümüne sakküler anevrizmaya balon stent işlemi yapılmıştır (Şekil 2 ve 3). Takibinde siklofosfamid tedavisi 5 doza tamamlanan hastanın kontrol abdominal BT anjiyografi görüntülemesinde stentin patent olduğu görülmüştür. Hastamız halen adalimumab tedavisi ile remisyonda izlenmeye devam edilmektedir.

Sonuç: Bu olgu ile hem venöz hem de arteriyel sistemin tutulduğu ve balon stent uygulaması ile başarılı sonuç elde edilen bir nöro-Behçet hastası sunulmuştur. Behçet hastalığının yakın takibi ve ortaya çıkabilecek şikayetlerinin dikkatlice incelenmesi önem arz etmektedir.

Çocukluk çağında arkus aortanın dallarda tutulumunu oluşturan Takayasu arteriti olgu sunumu

Hulusi Koçak, Ayşe Balat, Hatice Melisa Kaçmaz, Ömer Koçak,
İşıl Saatçi Çekirge

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim
Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

Giriş: Takayasu arteriti, öncelikle arkus aorta ve arkus aortanın ana dallarını etkileyen kronik granülatöz, enflamatuvar bir arterittir. Devam eden enflamasyon geç dönemde damarlarda fibrozis, stenoz ve oklüzyona yol açarak klinik bulguların oluşmasına neden olmaktadır. Etiyolojide genetik faktörler ve immünolojik mekanizmaların önemli rolü bulunmaktadır. Tüm dünyada görülmekle birlikte çocukluk çağında oldukça nadirdir. Erken dönem bulguların non-spesifik olması tanıda gecikmelere yol açabilmektedir. Bu çalışmada uzun süreden beri ateş, halsizlik, iştahsızlık yakınmaları olan ve takiben nörolojik bulguların ortaya çıktığı 15 yaşındaki bir kız olgu sunulmaktadır. Tanıda gecikmenin morbidite ve mortaliteyi artırdığı bu olgularda erken tanı ve etkin tedavinin önemi tartışılacaktır.

Olgu: On beş yaşındaki kız hasta ateş, iştahsızlık, üst ekstremitelerde güçsüzlük, kollarda, boyunda hareketle artan ağrı ve sağ gözde görme kaybı yakınmalarıyla başvurdu. Hastanın öyküsünden yakınmalarının 5 yıl önce başladığı, gündüzleri aralıklı ateşinin olduğu ve bu şikayetleri ile Azerbaycan’da çocuk enfeksiyon kliniğinde takip edildiği, o dönem yapılan tetkiklerinde eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) ve C-reaktif protein (CRP) düzeylerinin yüksek saptandığı öğrenildi. Hastanın takibinde görme sorunu nedeniyle elektroensefelogram ve kraniyal görüntüleme yapıldığı; 1 yıl süre ile antiepileptik tedavi aldığı, fayda göremeyince aile tarafından tedavinin bırakıldığı, yakınmalarının artması ve görme kaybı olması nedeniyle ülkemize geldiği belirtildi. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede vücut sıcaklığı 37,7 °C, boy 172 cm (50p) ağırlık 50 kg (25-50p) olup, kalp tepe atımı 90 atım/dk, solunum sayısı 20/dk idi. Konjunktivalar hiperemik, göğüste eritem, mitral odakta 2/6 sistolik ve bilateral karotis arterle üzerinde üfürüm mevcuttu. Bilateral üst ekstremitelerde nabızları alınamıyordu, eller soğuk ve kapiller dolum zamanı uzamıştı. Alt ekstremitelerde femoral nabızlar alınamıyordu. Olgunun 15 dk’lık istirahat sonrası kan basıncı sol kol 81/65 mmHg, sağ kol 100/87 mmHg, sol bacak 190/59 mmHg (yüksek) sağ bacak 176/57 mmHg (yüksek) ölçüldü. Laboratuvar incelemesinde; hemoglobin 11,6 g/dL, hematokrit %34,2, beyaz küre sayısı 8.150/mm³, MCV 77,2 fl, trombosit sayısı 243.000/mm³ idi, periferik yaymada %52 polimorf nüveli lökosit (PNL), %52 lenfosit mevcuttu, eritrosit morfolojisi hipokrom mikrositerdi. İdrar incelemesi ve kan biyokimyasal değerleri normaldi. Ferritin düzeyi 52,54 ng/mL, eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) 14 mm/saat, C-reaktif protein (CRP) 17,4 mg/dL, fibrinojen 421 mg/dL, anti-dsDNA antikor, protein C, S, antitrombin-III ve renin düzeyleri normaldi. Romatoid faktör, antinükleer antikor (ANA) ve antifosfolipid antikor negatifti. Anti-HBs pozitif ve HBsAg ile anti HCV negatifti. PA akciğer radyogramı ve ekokardiyografi bulguları normaldi. Doppler ultrasonografisinde (USG) bilateral ana karotis ve sol subklavian arterde darlık, internal karotis ve sol

vertebral arterde total oklüzyon görüldü. Abdominal aorta ve renal arterlerde belirgin intimal kalınlaşma saptanmadı. Anjiyografide arkus aortada belirgin diffüz kalınlaşma, sağ subklavian arterde darlık, subklavyen çalma sendromu (Şekil 1) ve sol subklavian arterde total oklüzyon (Şekil 2), bilateral ana karotis arterlerde %95'ten fazla daralmaya neden olan diffüz duvar kalınlaşması izlenmiş olup (Şekil 3), sol vertebral arterde total oklüzyon olduğu saptandı. Pozitron emisyon tomografide (PET) ana vasküler yapılarda FDG tutulumu olmadığı gözlemlendi. Hastanın beyin manyetik rezonans (MR) incelemesinde sağ serebral hemisferde kistik sekel ensefelomalazik alan, sol serebral hemisferde kronik enfarkt alanı ve sekel değişiklikler izlendi. Göz dibi optik koherans tomografi (OCT) ile değerlendirildi; sağ gözde total optik atrofi ve sol göz dibinde disk sınırları belirgin olan ödem ile birlikte her iki gözde yaygın vaskülit bulguları görüldü (Şekil 4). Mevcut bulgular eşliğinde hastaya 1990 ACR sınıflandırma kriterlerine göre Takayasu arteriti tanısı konuldu. Tüberküloz birlikteliği açısından gönderilen kuantiferon testi negatif sonuçlandı. HLA B52 pozitifliği ancak aile öyküsünde özellik yoktu. Anjiyografik sınıflaması tip II-b olan hastaya; 3 gün süre ile pulse metilprednizolon (30 mg/kg/gün), antiagregan klopidogrel ve asetil salisilik asit tedavileri başlandı, steroid tedavisine kademeli doz azaltımı ile devam edildi. Eş zamanlı aylık intravenöz siklofosfamid tedavisi başlandı ve 6 aya tamamlandı. Devam tedavisi metotreksat (15 mg/m²/ hafta) ile sürdürüldü. Hastanın siklofosfamid sonrası çekilen MR anjiyografileri ve Doppler USG bulgularında belirgin fark yoktu, bulgular stabildi. Akut faz reaktanları normal sınırdı idi. Takayasu vaskülitine bağlı tutulumu diffüz olduğundan, perkütan transluminal anjiyoplasti (PTA) ya da stent ile başarı şansı düşük ve rekürrens oranı yüksek olduğundan hastaya endovasküler bir tedavi yaklaşımı düşünülmeydi; medikal tedavi ile izlem planlandı. Göz bulguları başlangıçtan itibaren kötü, ancak takipte stabil olan hastada lokal anti-enflamatuvar tedaviye devam edildi. Hastanın son muayenesinde sağ gözünde görme kaybının devam ettiği ve katarakt geliştiği öğrenildi; cerrahi bir yaklaşım düşünülmeydi. Herhangi bir vasküler iskemi ya da sistemik bulgu olmayan, sedimentasyon ve CRP düzeyleri normal sınırlarda olan hasta metilprednizolon (4 mg/gün), metotreksat (15 mg/hafta) ve folik asit (5 mg/hafta) tedavileri ile kliniğimizde takip edilmektedir.

Sonuç: Takayasu arteritinin başlangıç semptomlarında ateş, iştahsızlık ve kilo kaybı gibi genel enflamasyon belirtileri olmakla birlikte, iskeminin lokalizasyonuna göre farklı klinik bulgular ile başvurabileceği unutulmamalıdır. Bu tür yakınmaları olan hastalarda öykü, fizik muayene ve anjiyografi ile hastalığın erken tanısının konulması, hastalığın prognozu açısından son derece önemlidir.

OS-010

Ateş ve pannikülit ile başvuran zor bir olgu

Gülcan Özamak

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş: Dokuz ay 20 günlük kız hasta tekrarlayan ateş ve pannikülit nedeniyle Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği'nde takip edilmektedir. Zamanında C/S ile 3100 gram doğan ve aile öyküsünde özellik bulunmayan hasta, 20 günlükken başlayan döküntüleri nedeniyle Kırgızistan'da çocuk alerji bölümü tarafından takip edilmiş, steroid ve anti histaminik tedavileri ile şikayetleri kısmen gerileyip, sonrasında tekrarlamıştı.

Olgu: İki aylıkken pertusis nedeniyle hastanede yatışı mevcuttu. Üç buçuk aylıkken dış merkezden kliniğimize uzamış ateş, döküntü ve diyare şikayetleri ile ileri tetkik ve tedavi amacıyla sevk ile geldi. Fizik muayenesinde alt ekstremitelerde belirgin olmak üzere tüm vücutta yaygın deri altı nodüller eritemli ağrılı lezyonlar mevcuttu. Solunum sesleri ve kardiyovasküler sistem muayenesi doğal, organomegalisi yoktu. Tetkiklerinde lökosit 30.000, nötrofil 22.500, lenfosit 4880, hemoglobin 7 gr/dL, trombosit 624.000, CRP 154 mg/dL, ferritin 497 ng/mL, D-dimer 1920 ng/mL, fibrinojen 469 mg/dL, LDH 427, sedimentasyon 47 mm/saat olarak sonuçlandı. Ateş etiyojisine yönelik kan kültürü, immünoglobulinler ve alt grupları, lenfosit alt grupları, viral seroloji, serum amilodi A, anti HBS, sedim, interlökin-6, periferik yayma, ve rutin biyokimya tetkikleri alındı. COVID PCR negatifti. Ateşi olan hastaya profilaktik olarak antibiyoterapi, antipiretik ve idame mayisi başlandı. Tetkiklerinde hemoglobinin düşüklüğü olması nedeniyle 15 cc/kg ES takıldı. Sonrasında 0,5 gr/kg IVIG verildi. Batın USG'de sağ böbrekte grade 1-2 hidronefroz izlenmiş olup, renal pelvis AP çapı 7 mm olarak ölçüldü. EKG ve ekokardiyografisi normaldi. Diyaresi nedeniyle bakılan gaita tetkikleri normaldi. Periferik yaymasında lökomoid reaksiyon ve sola kayma mevcuttu, atipik hücre saptanmadı. Dış merkezde yapılan deri biyopsisi eritema enduratum ile uyumlu sonuçlandı. Serum ACE düzeyi (144), IL-6 (42) ve serum amiloid a (39 mg/dL) düzeyleri yüksekti. İmmünoglobulinleri ve IgG alt grupları yaşa göre normaldi. Tandem MS normal, idrar kantitatif aminoasit analizi normal, alanin, tirozin ve triptofan sınırdı yüksek olarak tespit edildi. CMV IGG pozitif olması üzerine bakılan CMV PCR idrar ve kan kontrolleri negatifti. Otoenflamatuvar hastalık paneli normal olarak sonuçlandı. Boyun US: Sol submandibular bölgede 12x7 mm boyutlarında reaktif görünümde lenf nodu izlendi. İnguinal USG'de: Sağ inguinal bölgede 7x4 mm boyutlarında reaktif görünümde lenf nodu izlendi. Karotis ve vertebral arter Doppler'i normaldi. Akut faz reaktanları geriledi. Prednol 1 mg/kg gün iv başlandı. Yatışın 7. günde çekilen kranial BT'de bifrontoparietal ekstraserebral BOS mesafesi infantın benign subaraknoid mesafe genişlemesi ile uyumlu olarak raporlandı. Çocuk alerji ve immünoloji ile konsülte edildi. ANA, ANCA IFA, PR3 ANCA ve P-anca negatifti, vwf antijeni: 193 (yüksek) sonuçlandı. Otulupeni açısından genetik inceleme yapıldı. Yatışın 11. gününde takiplerde 38,2 ateşi olan hastanın alınan tetkiklerinde hemogram normal, CRP 32 mg/L idi.

Uzamis ateş etiyojisine yönelik olarak enfeksiyon ve malignite ekartasyonu amacıyla kan ve idrar kültürü, viral seroloji, solunum yolu paneli, periferik yayma ve kemik iliği aspirasyonu (KİA) incelemesi yapıldı. KİA incelemesi normaldi. Kan kültüründe üreme olmadı, idrar kültüründe *K. pneumonia* üremesi olup, kontrol idrar kültürü steril idi. Akut faz reaktanları gerilemesi üzerine antibiyoterapisi durduruldu. Tekrar ateş ve döküntü artışı olması nedeniyle tedavisine IVIG ve yüksek doz metilprednizolon (30 mg/kg/gün) 3 doz eklendi, sonrasında ateşi geriledi. Anakinra (4 mg/kg/doz) sc ve siklosporin (2 mg/kg/g) tedavisi başlandı. Döküntü ve ateşi tekrarlaması üzerine anakinra kesilerek infliksimab tedavisi başlandı. Göz muayenesinde sağ-sol noktasal katarakt tespit edildi. Geliş başvurusunda kanlı gaytası olması nedeniyle inek sütü alerjisine bağlı proktokolit ön tanısı ile çocuk alerji ve gastroenteroloji konsültasyonları istendi. Primer immün yetmezlik açısından çocuk immünolojiye danışılarak DHR testi yapıldı normal olarak sonuçlandı. Çocuk nöroloji ile konsülte edildi, nörogelişimsel olarak normal değerlendirildi. Metabolik hastalıklar açısından çocuk metabolizma hastalıklarına danışılan hastadan ileri tetkikler istenerek takip edildi. Döküntüleri devam etmesi üzerine deri biyopsisi tekrarlandı. Sol tibia ön yüzden yapılan incelemede vaskülitin eşlik etmediği lobüler lenfositik-nötrofilik pannikülit

olarak raporlandı. İnfliksimab 2. doz için hastaneye başvurusunda kanlı mukuslu gayta şikayeti olması üzerine tetkik edildi. Akut faz reaktanları negatif. Gaytada redüktan madde negatif. Spesifik IGE (süt yumurta fındık) normal olarak saptandı. ADA-2 enzim düzeyi normaldi. Genetik tetkiklerinde NLRP-1 ilişkili otoenflamatuvar hastalık düşünüldü. *CASP10*, *CD27*, *CTLA4*, *FAS*, *FASLG*, *IL2RB*, *IL2RG*, *ITK*, *KRAS*, *LRBA*, *MAGT1*, *MCM4*, *MYD88*, *NRAS*, *RASGRP1*, *SH2D1A*, *SMARCA1*, *ZAP70* ve *CDC42* genlerinde varyant saptanmadı, *XLAP* geninde derin intronik varyant tespit edildi ancak gen ifadesi etkilemeyeceği belirtildi. Otoimmünite ile ilişkili genlerindeki klinik exomdaki *PAMB8* ve *PSMB4* genlerinde de anlamlı bir varyant tespit edilmedi. Yatışı sırasında taşikardisi gelişmesi üzerine çocuk yoğun bakıma alındı, tedavisine propranolol eklendi, şikayeti gerilemesi üzerine servise alındı.

Sonuç: Takiplerinde ateş ve taşikardi olması üzerine sepsis kliniği düşünülen hastaya pentaglobulin başlandı. Kan, idrar ve kateter kültürlerinde üreme olmaması üzerine 5 doz sonrasında pentaglobulin kesildi. Döküntülerinde artış nedeniyle yüksek doz metilprednizolon 3 gün verildi. Taşikardisi gerileyen hastanın propranolol dozu azaltıldı. Anti IL-1'e yeterli yanıt alınmadığı için baricitinib tedavisine geçildi.

XXIII. Ulusal Romatoloji Kongresi Bildiri Özetleri

11-15 Ekim 2023

Poster Sunumları

(PS-001 — PS-269)

PS-001

Behçet sendromunda aktif folikülit varlığı eş zamanlı paterji pozitifliği ile ilişkili

Zeynep Altan Ferhatoğlu¹, Dursun Dorukhan Altınışık²,
Ayşe Özdede³, Defne Özkoca⁴, Sabriye Güner³, Zekayi Kutlubay¹,
Emire Seyahi³, Vedat Hamuryudan³

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

²Bursa Orhangazi Devlet Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Bursa

³İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, İstanbul

⁴Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Zonguldak

Amaç: Behçet sendromu (BS), etiyolojisi bilinmeyen, multisistemik enflamatuvar bir hastalıktır. Paterji testi, derinin aseptik travmaya karşı verdiği non-spesifik gecikmiş abartılı yanıtı gösterir. Test, klinik bulgulara ek katkı sağlayan yüksek özgüllüğe sahip bir tanı testi olarak kullanılmaktadır ancak, son yıllarda duyarlılığı giderek azalmaktadır. Geçmişte yapılan sınırlı sayıda çalışmada paterji pozitifliği ile erkek cinsiyet, deri-mukoza bulguları ve üveit arasında ilişki olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada, aktif belirtiler ile eş zamanlı yapılan paterji testinin pozitifliği arasında bir ilişki olup olmadığını test etmeyi amaçladık.

Yöntem: İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, multi-disipliner Behçet merkezine Eylül 2022-Şubat 2023 yılları arasında başvuran ve çalışmamıza onay veren 298

hastaya paterji testi uygulandı ve dermatolojik muayeneleri yapıldı, hastalık aktiviteleri ölçüldü. Ancak bu hastaların 48 saat sonra tekrar kliniğimize başvuran sadece 105'i (60 E/45 K) çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, tanı anındaki paterji testi sonuçları ve tedavi detayları ile ilgili bilgiler hasta dosyalarından elde edildi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 43±12 yıl ve ortanca hastalık süresi 10 yıl (minimum-maksimum: 1-47) idi. Çalışma sırasında 105 hastanın 27'sinde (%25,7) paterji pozitifken, tanı aldıkları sırada %40,9'unda paterji pozitifliği. Tanı sırasında paterji testi pozitif olan hastalarda, güncel paterji pozitifliği anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 1). Erkek hastalarda, kadınlara oranla daha yüksek oranda pozitiflik saptandı (%31,7 vs. %17,8, p=0,107). Güncel paterji pozitifliği hastaların yaşı veya hastalık süresi ile ilişkili değildi. Aktif deri-mukoza lezyonları içinde, sadece aktif folikülit varlığı güncel mevcut paterji pozitifliği ile anlamlı bir şekilde ilişkili bulundu (Tablo 2). Ayrıca derin ven trombozuna bağlı staz ülseri gelişen 3 hastanın tümünde paterji testinin pozitif olması dikkat çekti.

Sonuç: Çalışmamız, literatürdeki çalışmalardan farklı olarak, aktif deri-mukoza lezyonları ile eş zamanlı paterji sonuçları ile arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Çalışmaya giren hastaların sayısının az olması en önemli kısıtlılıktır. Önceki çalışmalarla benzer olarak paterji pozitifliğinin hastanın yaşı veya hastalık süresi ile ilişkili olmadığı gösterilmiştir. Aktif folikülit varlığı paterji testi pozitifliği için bağımsız risk faktörü olarak ortaya çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, folikülit, paterji

Behçet hastalığı pulmoner tutulumunda radyolojik bulguların semptom ve akut faz yanıtı ile ilişkisi

Aysun Aksoy¹, Derya Kocakaya², Özlem Demircioğlu³,
Nuri Çağatay Çimşit³, Bedrettin Yıldızeli⁴, Sait Karakurt²,
Haner Direskeneli¹, Fatma Alibaz Öner¹

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁴Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

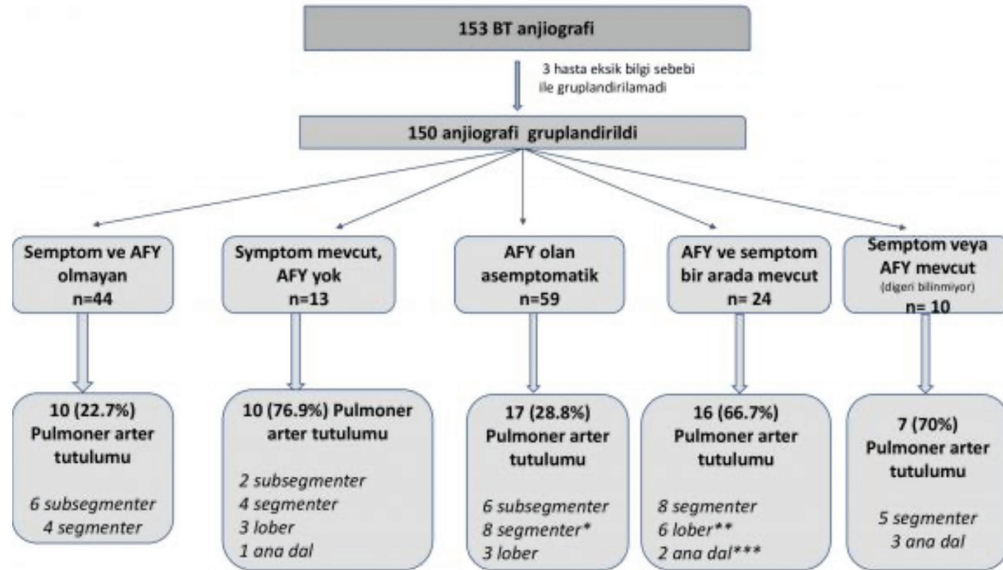
Amaç: Behçet hastalığı (BH) seyrinde arteriyel tutulum en sık pulmoner arter tutulumu olarak görülmektedir. Pulmoner arter anevrizması (PAA) klasik tutulum şekli olarak kabul edilse de, anevrizmaya eşlik eden ya da izole olarak saptanan pulmoner arter trombozu (PAT), artan sıklıkta bildirilen bir tutulum şeklidir. Bu çerçevede çalışmamızda BH pulmoner tutulumunda, bilgisayarlı tomografi pulmoner anjiyografi (BTPA) bulgularının, klinik semptomlar ve akut faz yanıtı ile ilişkisi değerlendirilmiştir.

Yöntem: Retrospektif çalışmamızda BH'larına ait 180 BTPA, hastaların klinik bilgilerine kör olan iki radyolog tarafından değerlendirilmiştir. Hastaların klinik bulguları, anjiyografi endikasyonu ve laboratuvar sonuçlarına dair bilgi hasta dosyalarından elde edilmiştir. BTPA'da trombus ya da anevrizma saptanması pulmoner arter tutulum olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmada 153 BTPA değerlendirilmiştir. Hastaların çoğu (%85,6) erkek, ortalama yaş $33,7 \pm 10$ 'dur (Tablo 1). Hastalar, BTPA çekimi sırasında eşlik eden semptom ve artmış akut faz yanıt (AFY) varlığına göre gruplandırılmıştır. BTPA çekilme nedeni 24 (16%) hastada artmış AFY ve eşlik eden semptom varlığı, 59 (%39,3) hastada sadece artmış AFY ve 13 (%8,7) hastada sadece semptom varlığı idi. Çalışmamızda, 62 (%40,5) BTPA'de trombus saptandı. Bunların 14'ü subsegmenter, 29'u segmenter, 13'ü lobar ve 6'sı ana pulmoner arterdedir. Trombus saptanan BTPA'ların 51'inde (%82,3) tutulum bilateraldir. Trombus saptanan anjiyografilerin 58'inde (%93,5) izole PAT saptanırken sadece 4'ünde (%2,6) trombus anevrizma eşlik ediyordu. Pulmoner enfarkt 9 anjiyografide saptandı. Ortalama yaşları $32,3 \pm 7,9$ (E/K: 35/9) olan asemptomatik 44 (%29,3) hastaya tarama amaçlı çekilen anjiyografilerin yaklaşık dörtte birinde (%22,7) segmenter ya da subsegmenter PAT saptandı (Şekil 1).

Sonuç: Çalışmamızda izole pulmoner trombus, BH'de pulmoner tutulumunun en sık şekli olarak saptanırken, anevrizma nadir görülen bir tutulum şeklidir. CTPA sırasında semptom varlığı, artmış akut faz yanıtı varlığından bağımsız olarak segmenter ve daha proksimal pulmoner arter tutulumu ile ilişkili tespit edilmiştir. Fakat artmış AFR ya da semptomu olmayan asemptomatik hastaların yaklaşık dörtte birinde de pulmoner arter tutulumu saptanmıştır. Sonuçlarımız BH'lerin konstitüsyonel ya da pulmoner semptom varlığında BTPA ile değerlendirilmesini desteklemekte fakat asemptomatik hastalarda rutin tarama önerisi için ek çalışmalar gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, pulmoner arter anevrizma, pulmoner arter trombus



Şekil 1. Semptom ve/veya akut faz yanıtı varlığına göre gruplandırılmış hastalarda pulmoner anjiyografi bulguları

B/tsDMARDs kullanan RA hastalarında sürekli yüksek HAQ-DI skoru ile ilişkili faktörler: HURBIO tek merkez kayıt sisteminin uzunlamasına analizi

Emre Bilgin¹, Ebru Öztürk², Büşra Fırlatan¹, Mustafa Ekici¹, Gözde Sevgi Kart Bayram¹, Erdiñ Ünalı¹, Gizem Ayan¹, Güllü Sandal Uzun¹, Zehra Özsoy¹, Levent Kılıç¹, Ali Akdoğan¹, Ömer Karadağ¹, Şule Apraş Bilgen¹, Ali İhsan Ertenli¹, Pınar Özdemir², Umut Kalyoncu¹, Sedat Kiraz¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: “Health Assessment Questionnaire-Disability Index (HAQ-DI)”, romatoid artrit (RA) hastalarının fonksiyonel değerlendirilmesi için yaygın olarak kullanılan ve kabul gören bir araçtır. Amacımız, b/tsDMARDs kullanan RA hastalarında sürekli yüksek HAQ-DI skorları ile ilişkili faktörleri belirlemektir.

Yöntem: B/tsDMARD ile tedavi edilen ve Hacettepe Üniversitesi Biyolojik Kayıt Sistemi’ne (HURBIO) kayıtlı olan RA hastaları, başlangıç değerlendirilmesinde HAQ-DI skoru ≥ 1 olan ve en az beş takip viziti gerçekleştiren hastalar, ilk beş takip ziyaretindeki HAQ-DI skorlarına göre hipotetik olarak 3 gruba ayrıldı. Grup 1, “sürekli düşük HAQ-DI skoru < 1 ” olarak adlandırıldı ve her takip ziyaretinde HAQ-DI skoru birin altında olanları içeriyordu; grup 2, “1 etrafında dalgalanan HAQ” olarak adlandırıldı ve en az bir ziyarette HAQ-DI skoru birin üzerinde ve birin altında olanları içeriyordu; grup 3, “sürekli yüksek HAQ-DI skoru < 1 ” olarak adlandırıldı ve her ziyarette HAQ-DI skoru birin üzerinde olanları içeriyordu. Başlangıç demografik, hastalık ve tedavi özellikleri kaydedildi,

ilişkili faktörlerin belirlenmesinde kadınlar için multinomia lojistik regresyon ve erkekler için multipl lojistik regresyon (grup 3’te erkek hasta olmadığından) yapıldı.

Bulgular: Çalışma grubu 194 hastadan (%89,7’si kadın) oluşmaktadır. Gruplar 1, 2 ve 3 sırasıyla 58 (%29,9), 111 (%57,2) ve 25 (%12,9) hasta içeriyordu. Grup 3’teki tüm hastalar kadındı. RA hastalık süresi, RA tanısı ile b/tsDMARD başlangıcı arasındaki süre, RF negatifliği ve başlangıç HAQ-DI skoru grup 3’teki hastalarda diğer gruplara kıyasla daha yüksekti (Tablo 1). Multinomial lojistik regresyon, kadınlar için çeşitli ilişkili faktörler (OR, %95 CI) ortaya koydu;

- Grup 2’nin grup 1’e kıyasla: Obez olma durumu [3,0 (1,4-6,4), p=0,004], RF’nin negatif olması [0,5 (0,2-1,2), p=0,13], anti-TNF dışı biyolojik kullanma [2,1 (0,9-4,8), p=0,07], tanı-tedavi başlangıç süresi (yıl başına) [1,0 (0,9-1,1), p=0,85].

- Grup 3’ün grup 1’e kıyasla: obez olma durumu [0,9 (0,3-3,0), p=0,88], RF’nin negatif olması [5,2 (1,4-18,6), p=0,012], anti-TNF dışı biyolojiklerin kullanılması [9,5 (1,8-52,6), p=0,009], tanı-tedavi başlangıç süresi (yıl başına) [1,1 (1,05-1,112), p=0,001].

- Bu model hastaların %61’ini doğru sınıflandırdı. Erkekler için anlamlı bir ilişkili faktör bulunmadı.

Sonuç: RA hastaları hala iyi bir fonksiyonel durumdan uzaktadır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, klinisyenler RA’yı daha erken tedavi etmeli ve RF-negatif ve obez hastalarda yönetim dinamiklerinin hassasiyetini artırmalıdır. Anti-TNF’lerin veya anti-TNF olmayanların işlevsellik üzerinde daha iyi işe yarayıp yaramadığı, çok değişkenli modelde istatistiksel olarak anlamlı kalsa bile dikkatlice yorumlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: HAQ, romatoid artrit, uzunlamasına veri analizi

Tablo 1. B/tsDMARD ile tedavi edilen RA hastalarının (HAQ-DI ≥ 1) başlangıç demografik ve hastalıklı ilgili özellikleri (n=194)

| | Sürekli düşük HAQ (<1) (Grup 1) (n=58, 29,9%) | HAQ skoru 1 etrafında dalgalanan (Grup 2) (n=111, 57,2%) | Sürekli yüksek HAQ (≥ 1) (Grup 3) (n=25, 12,9%) | p |
|--|---|--|--|--------|
| Kadın (n,%) | 47 (81) | 102 (91,9) | 25 (100) | 0,017 |
| RA tanısında yaş, ortalama (SS) | 42,5 (11,4) | 45,6 (11,4) | 46,5 (12,6) | 0,20 |
| RA hastalık süresi, ortalama (SS) | 13,8 (7,3) | 14,3 (7,4) | 21,1 (11,4) | <0,001 |
| RA tanısı-biyolojik arası süre ortalama (SS) | 6,3 (7,0) | 7,4 (6,8) | 13,7 (10,6) | <0,001 |
| Medeni durum (n,%) | | | | 0,25 |
| - Bekar | 6 (10,3) | 8 (7,2) | 0 | |
| - Evli | 52 (89,7) | 103 (92,8) | 25 (100) | |
| Eğitim (n,%) | | | | 0,054 |
| - <Lise | 33 (56,9) | 83 (74,8) | 20 (83,3) | |
| - Lise | 10 (17,2) | 13 (11,7) | 3 (12,5) | |
| - >Lise | 15 (25,9) | 15 (13,5) | 1 (4,2) | |
| VKI ≥ 30 kg/m ² (n,%) | 24 (41,4) | 71 (64,0) | 14 (56,0) | 0,019 |
| Sigara maruziyeti (primer) (n,%) | | | | 0,30 |
| - Evet | 24 (41,4) | 38 (34,2) | 6 (24,0) | |
| - Hayır | 34 (58,6) | 73 (65,8) | 19 (76,0) | |
| Seroloji (n,%) | | | | 0,016 |
| - RF + | 38 (65,5) | 84 (76,4) | 12 (48,0) | |
| - CCP + | 32 (71,1) | 61 (60,4) | 12 (54,4) | 0,33 |
| - RF veya CCP + | 40 (76,9) | 90 (81,8) | 19 (76,0) | 0,68 |
| Hastalık aktivite değerlendirmeleri (bazal), ortalama (SS) | | | | |
| - CRP | 3,7 (3,7) | 3,6 (4,7) | 2,9 (3,9) | 0,73 |
| - DAS28 | 5,2 (1,0) | 5,4 (1,1) | 5,5 (0,8) | 0,34 |
| - HAQ-DI | 1,5 (0,4) | 1,6 (0,4) | 1,8 (0,5) | 0,002 |
| - HES | 7,0 (4,1) | 8,2 (5,0) | 9,1 (4,1) | 0,20 |
| - ŞES | 3,4 (2,4) | 4,3 (3,6) | 3,8 (2,9) | 0,13 |
| - Global VAS | 70,0 (13,7) | 71,8 (16,3) | 75,5 (13,4) | 0,31 |
| - Ağrı VAS | 73,3 (14,5) | 74,2 (18,5) | 77,3 (10,8) | 0,64 |
| Tedaviler (n,%) | | | | |
| tsDMARD | | | | |
| - Steroidler | 41 (71,9) | 80 (72,7) | 18 (72,0) | 0,99 |
| - Metotreksat | 31 (54,4) | 59 (53,6) | 11 (44,0) | 0,65 |
| - Leflunomid | 20 (35,1) | 54 (49,1) | 15 (60,0) | 0,08 |
| - Sülfasalazin | 26 (45,6) | 42 (38,2) | 9 (36,0) | 0,59 |
| - HQ | 34 (59,6) | 72 (65,5) | 14 (56,0) | 0,59 |
| b/tsDMARDs | | | | |
| - Anti-TNF | 33 (56,9) | 64 (57,7) | 12 (48,0) | 0,67 |
| - Non-Anti-TNF | 37 (63,8) | 90 (81,1) | 22 (88,0) | 0,015 |
| - Ardışık anti-TNF/non-anti-TNF (veya tam tersi) | 12 (20,7) | 43 (38,7) | 9 (36,0) | 0,06 |

CCP: Siklik sitrulin peptid, DAS28: Hastalık aktivite skoru, HES: Hassas eklemler sayısı, HQ: Hidroksiklorokin, RA: Romatoid artrit, RF: Romatoid faktör, SS: Standart sapma, ŞES: Şiş eklemler sayısı, TNF: Tümör nekrozis faktör, VAS: Vizüel analog skala, VKI: Vücut kitle indeksi

Sistemik skleroz hastalarında insentif spirometri ile ölçülen zorlu inspiratuvar vital kapasitenin solunum fonksiyon testleri ile uyumluluğu

Erdinç Ünal¹, Alper Sarı², Oğuz Karcıoğlu³, Gizem Ayan¹, Gül Sandal Uzun¹, Alptuğ Hekimcan Kaynar⁴, Aytekin Ödevci³, Levent Kılıç¹, Ali Akdoğan¹, Ata Murat Kaynar⁵

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

²Ankara Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

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

⁴Columbia Üniversitesi Tıp Fakültesi, New York, ABD

⁵Pittsburg Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Yoğun Bakım Anabilim Dalı, Pittsburg, ABD

Amaç: Sistemik sklerozda (SSk) interstisyel akciğer hastalığı (İAH) önde gelen mortalite nedenlerinden biridir. Solunum fonksiyon testleri (SFT), İAH şiddetinin belirlenmesinde ve takibinde kullanılmaktadır. İnsentif spirometri cihazı postoperatif hastalarda ekspansif etkisiyle tedavide kullanılmasının yanı sıra bünyesindeki 4,000 mL'lik hazne yardımıyla ölçüm fonksiyonu da sağlamaktadır. Çalışmamızda, insentif spirometri cihazı yardımıyla ile ölçülen zorlu inspiratuvar vital kapasite (FIVC) ile klasik SFT ile yapılan zorlu vital kapasite (FVC) ve FIVC ölçümlerinin uyumluluğunun değerlendirilmesini amaçladık.

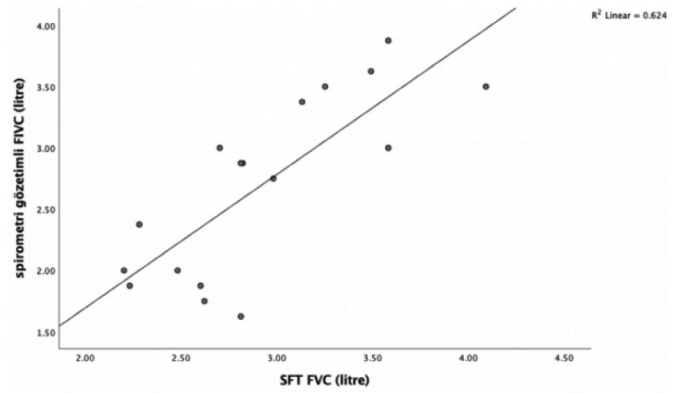
Yöntem: Hacettepe Üniversitesi romatoloji polikliniğine başvuran 17 SSk hastası dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik değerlendirmeleri yapıldı. Klasik SFT kapsamında FVC ve FIVC ölçümleri yapıldı. Hastalarda SFT testinin kabul edilebilirliği Amerikan Toraks Derneği kılavuzuna göre değerlendirildi. Çalışmaya yalnızca kılavuza göre SFT kabul edilebilirliği A/B/C grubunda olan hastalar dahil edildi. İnsentif spirometri ile FIVC ölçümleri yapıldı. Cihazın kullanımı araştırmacı tarafından hastalara uygulamalı olarak ve eğitim videosu ile anlatıldı ve ölçüm (komutlu FIVC) yapıldı. Aynı ölçüm, hastanın ölçüm yapma tekniğindeki doğruluğu saptamak amacıyla, yalnızken tekrarlandı bu ölçüm farklı bir araştırmacı tarafından direktif verilmeden gözlemlenerek değerlendirildi (gözetimli FIVC). Ölçümler arasındaki uyumluluk Spearman's rho korelasyon katsayısı ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 17 SSk hastasının tümü kadındı, ortalama yaş 49 (28-65) idi. Hastaların 5'inde (%29,4) diffüz SSk, 7'sinde (%41,1) İAH vardı. Hastaların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Klasik SFT ölçümlerinde elde edilen FVC ile insentif spirometri ile ölçülen komutlu FIVC (rho: 0,84, p<0,001) ve gözetimli FIVC ölçümleri (rho: 0,78, p<0,001) arasında yüksek düzeyde pozitif korelasyon mevcuttu

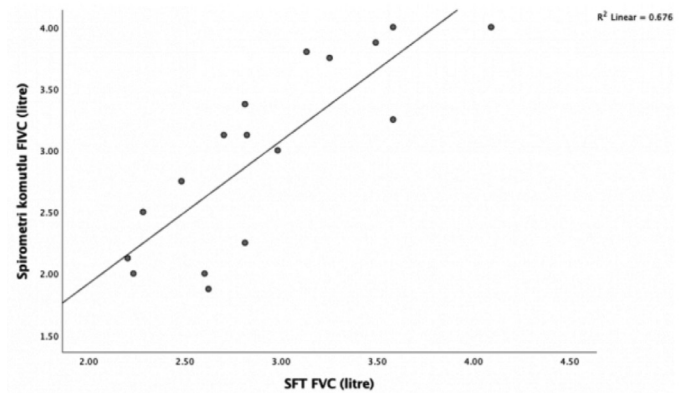
(Resim 1 ve 2). Klasik SFT ile ölçülen FIVC ile insentif spirometri ile ölçülen komutlu FIVC (rho: 0,80, p<0,001) ve gözetimli FIVC ölçümleri (rho: 0,71, p<0,001) arasında da yüksek düzeyde pozitif korelasyon mevcuttu. Komutlu ve gözetimli insentif spirometri FIVC ölçümleri arasında çok yüksek düzeyde korelasyon mevcuttu (rho: 0,94, p<0,001).

Sonuç: İnsentif spirometri ile zorlu inspiratuvar kapasitenin ölçümü, klasik SFT'deki FVC ve FIVC ölçümleri ile yüksek oranda korelasyon göstermektedir. Yöntemin basit olması, hastanın bu ölçümü kendi kendine tekrarlayabilme imkanı sağlamaktadır. Teletıp ile de gerçekleştirilebilecek bu metod ile hastaların insentif spirometri ile FIVC ölçümü SSk hastalarının solunum fonksiyonlarının sık aralıklarla ve hastaneye gelmelerine gerek kalmadan ölçümünde kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: İnsentif spirometri, zorlu inspiratuvar vital kapasite, sistemik skleroz



Şekil 1. Klasik SFT FVC ile gözetimli FIVC (insentif spirometri) ölçümlerinin uyumluluğu



Şekil 2. Klasik SFT FVC ile komutlu FIVC (insentif spirometri) ölçümlerinin uyumluluğu

Ailevi Akdeniz Ateşi hastalarında obstetrik süreçlerin retrospektif olarak değerlendirilmesi

Rabia Deniz¹, Ferdanur Deniz², Şevket Ali Ekmen³, Duygu Sevinç Özgür⁴, Gamze Akkuzu⁴, Bilgin Karaaloğlu⁴, Fatih Yıldırım⁴, Burak İnce⁴, Kübra Kalkan⁴, Gül Güzelant Özköse⁴, Cemal Bes⁴

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul; ²Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıbbi Biyoloji ve Genetik Anabilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

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

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA), üreme çağında her iki cinsiyeti de etkileyen kalıtsal otoenflamatuvar bir hastalıktır. İnfertilite ve oligomenorenin AAA hastalarında arttığına dair veri özellikle tedavisiz hasta sayısının yüksek olduğu dönemde bildirilmiş olup, ataklara bağlı batın içi yapışıklıklara ek patogenezi net olmayan ovulatuvar disfonksiyon eğilimi olduğu düşünülmüştür. Kolşisin kullanımının enflamasyonu ve pelvik adzyonları azalttığı gösterilmiştir ancak gebelik ve fetal sonuçlara etkisi her zaman tartışılmaktadır. Bu çalışmada AAA ile gebelik arasındaki ilişkiyi hem maternal hem de fetal açıdan incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Bu retrospektif, tek merkezli, tanımlayıcı çalışmada 40 FMF hastasının toplam 95 gebeliği analiz edildi. Klinik ve demografik veriler hasta kayıtlarından elde edildi. Hatırlama yanlılığını önlemek için, her hastanın yalnızca son gebeliği, hastalık aktivitesi ve gebelik sırasında ilaç kullanımı veya revizyonu açısından değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların tanı anındaki ortalama yaş 22 ve ilk gebelik yaş 26 idi. Son gebelikte ortalama AAA süresi 8 (0-23) yıldır. Sekiz (%20) hastada en az 1 kez yardımcı üreme teknikleri (IVF) ile gebelik, 34 (%85) hastada ise en az 1 kez spontan gebelik vardı. Otuz iki hasta gebelik öncesi remisyonunda iken (%80), 8 hasta klinik olarak aktif (%20). Gebelikte klinik seyir ve atak sıklığında düzelme 23 hastada (%57,5), stabil seyir 10 hastada (%25,0), kötüleşme 7 hastada (%17,5) gözlemlendi. Canlı doğum oranı %70,0, abortus %28,9, preterm eylem %8,1, preeklampsi %5,0 ve konjenital fetal anomali olarak sadece 1 akondroplazi gözlemlendi.

Sonuç: AAA gebelik için bir kontrendikasyon oluşturmamaktadır. Gebelik sürecindeki en önemli obstetrik sorun, komplikasyon ve olumsuz fetal sonuçlar içinde artan IVF gereksinimi, abortus ve sezaryen oranları öne çıkmaktadır. AAA'nın kendisine veya kolşisin kullanımına bağlı konjenital malformasyon riskinde bir artış olmadığı görülmektedir. Tek merkez verisi, retrospektif analiz ve örneklem sayısının azlığı çalışmanın kısıtlılıklarıdır.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz Ateşi, amiloidoz, gebelik, kolşisin, anakinra

Pulmoner arter tutulumlu Behçet hastaları ile Hughes-Stovin sendromlu hastaların demografik ve klinik açıdan karşılaştırılması

Baver Ordu, Muhammed Şamil Aslan, Emire Seyahi

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

Amaç: Hughes-Stovin sendromu ile Behçet hastalığına bağlı pulmoner arter tutulumunun aynı hastalıklar olduğu düşünülmektedir. Ancak şimdiye kadar bu iki kohort birebir karşılaştırılmamıştır. Literatürde şimdiye kadar bildirilen HSS olguları ile pulmoner arter tutulumu olan Behçet sendromu hastalarını demografik, klinik, radyolojik, laboratuvar, tedavi ve prognoz açısından karşılaştırmak istedik.

Yöntem: Sistemik literatür taraması yapılarak 1980-2020 yılları arasında, PubMed, Scopus ve Web of Science veri tabanları 'HughesStovinsyndrome' anahtar kelimesiyle araştırıldı. Toplam 115 yayın bulundu. Ortak yayınlar, derlemeler ve verileri eksik olanlar dışlandı. Ayrıca tekrarlayan oral afta ek olarak genital ülser veya üveiti olan olgular da çalışma dışında bırakıldı. Geriye kalan 54 (40 E/14 K) HSS olgu bildirisi incelemeye alındı. HSS olgularının 49'u (%91) 2000 yılı sonrası yayınlanmıştı (Şekil 1). Prospero sistemine kaydı yapıldı (PROSPERO 2023 CRD42023413537). 2000-2020 yılları arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi tarafından Behçet sendromuna bağlı pulmoner arter tutulumu tanısıyla izlenen 89 hasta dosyası tarandı. On üç hasta kriter doldurmaması nedeniyle, 2 hasta ise izole bronşiyal arter tutulumu nedeniyle dışlandı ve geriye kalan 74 (62 E/12 K) hasta çalışmaya alındı.

Bulgular: HSS ve BS tanıları hastalar başvuru yaşı (31,26±10,96 vs. 29,51±8,28), erkek hasta oranı (%74 vs. %84), akut faz yüksekliği (%75 vs. %88) ve birçok başvuru semptomu (ateş: %37 vs. %32, kilo kaybı: %20 vs. %30, hemoptizi %85 vs. %77, öksürük: %61 vs. %51) açısından benzer bulundular. HSS olgularında Behçet'e kıyasla daha az oranda göğüs ağrısı (%9 vs. %23) ve nefes darlığı (%35 vs. %53) bildirilmişti. HSS hastalarında pulmoner arter anevrizması daha fazla oranda görülürken (%96 vs. %66), izole pulmoner arter trombozu daha seyrek (%4 vs. %34). Pulmoner arter tutulumunun anatomik lokalizasyonu, anevrizma boyutu ve tutulan arter sayısı her iki grupta benzerdi (Tablo 1). HSS ve Behçet hastaları, sistemik venöztromboz (DVT %46 vs. %60, vena kava inferior trombozu: %24 vs. %20, vena kava superior trombozu: %2 vs. %8, hepatik ven trombozu: %2 vs. %8, dural sinüs trombozu: %9 vs. %18 ve intrakardiyak tromboz: %20 vs. %26) ve periferik arteriyel tutulum oranları (%11 vs. %5) açısından da farklı bulunmadı. Histopatolojik inceleme 14 HSS olgusunda ve 8 Behçet olgusunda mevcuttu. Her iki grupta benzer şekilde, akciğer dokusunda enfarkt, organize pnömoni, intravasküler organize trombüs ve vazo vazorum çevresinde lenfositik infiltrasyon ile karakterize obliteratif vaskülit ile uyumlu lezyonlar izlenmişti. HSS olguları, Behçet hastaları ile karşılaştırıldığında daha az oranda glukokortikoid (%79 vs. %100) ve immünsüpresif ajanlar (azatioprin %26 vs. %77, siklofosfamid %43 vs. %88, anti-TNF: %6 vs. %28) ile tedavi edilmişlerdi. Buna karşılık antikoagülan

tedavi (%43 vs. %15), vasküler (%22 vs. %10) veya cerrahi girişim (%28 vs. %7) HSS hastalarına Behçet'e kıyasla daha fazla oranda uygulanmıştı (Tablo 2). Ölümcüllük oranı Behçet hastalarında HSS olgularına göre daha fazla oranda (%16 vs. %6) izlenmesine rağmen iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmedi (OR: 3,290, %95 güven aralığı: 0,880-12,296, p=0,077).

Sonuç: Çalışmamızda metodolojik olarak iki farklı kohort (sistemik literatür taraması ve tek merkez üniversite hastanesi retrospektif dosya verileri) karşılaştırıldığı için standardizasyon eksikliği gibi bazı kısıtlamalar kaçınılmaz olarak mevcuttur. HSS olgularında Behçet'e oranla daha fazla pulmoner arter anevrizması buna karşın daha az oranda in-situ tromboz olması, HSS olgularının daha çok cerrahi dallarından bildirilmesinden veya anevrizmaların trombüse oranla yayınlama yanlılığına daha elverişli olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bu ayrımı dışında, HSS ve Behçet pulmoner arter hastaları demografik, klinik ve histopatolojik açıdan birbirlerine oldukça benzemektedirler. Çalışmamız HSS'nin, inkomplet Behçet sendromu olduğu kanısını doğrulamaktadır.

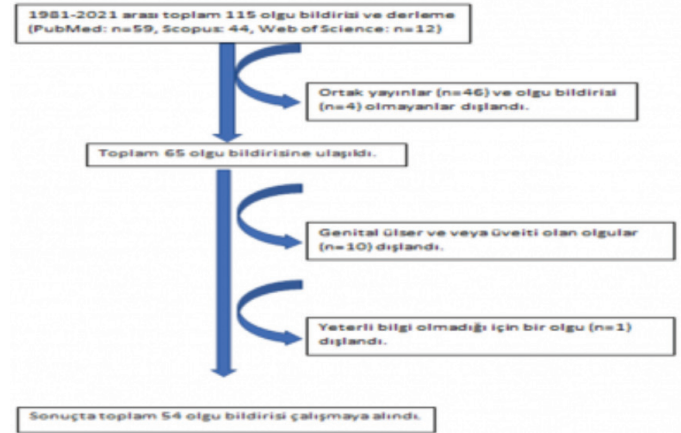
Anahtar Kelimeler: Hughes Stovin sendromu, Behçet sendromu, pulmoner arter anevrizması

Tablo 1. Tedavi yaklaşımları

| | HSS, n=54 | Behçet-pulmoner arter, n=74 | P |
|------------------------------------|-----------|-----------------------------|--------|
| Glukokortikoid, n (%) | 43 (79.6) | 74 (100) | <0.001 |
| Azatioprin, n (%) | 14 (25.9) | 57 (77.0) | <0.001 |
| Siklofosamid, n (%) | 23 (42.6) | 65 (87.8) | <0.001 |
| Anti-TNF ajanlar, n (%) | 3 (5.6) | 21 (28.4) | <0.001 |
| Kolşisin, n (%) | 2 (3.7) | 26 (35.1) | <0.001 |
| Anti-koagulan tedavi, n (%) | 23 (42.6) | 11 (14.9) | <0.001 |
| Anti-agregan | 3 (5.6) | 9 (12.2) | 0.205 |
| VCI filtresi | 4 (7.4) | 0 | 0.030 |
| Vasküler girişim veya embolizasyon | 12 (22.2) | 7 (9.5) | 0.045 |
| Cerrahi girişim | 15 (27.8) | 6 (8.1) | 0.001 |

Tablo 2. HSS ve Behçet pulmoner arter tutulum tipi ve özellikleri

| | HSS, n= 54 | Behçet-Pulmoner tutulum, n= 74 | P |
|--------------------------------------|------------------|--------------------------------|--------|
| Pulmoner arter tutulum tipi | | | |
| Pulmoner arter anevrizması | 52 (96.3) | 49 (66.2) | <0.001 |
| İzole pulmoner trombüs | 2 (3.7) | 25 (33.8) | |
| Tutulan pulmoner arter sayısı, n (%) | | | |
| 1 arter | 25 (46.4) | 23 (31.0) | 0.166 |
| 2 arter | 8 (14.8) | 16 (21.6) | |
| ≥3 arter | 21 (38.8) | 35 (47.4) | |
| Pulmoner arter anatomik lokalizasyon | 21 hasta | 74 hasta | |
| Ana | 4 (12.5) | 28 (36.9) | 0.663 |
| Üst | 8 (25.0) | 31 (17.7) | |
| Orta | 1 (3.1) | 12 (6.8) | |
| Alt | 19 (59.4) | 105 (59.6) | |
| Toplam lezyon | 32 | 176 | |
| Anevrizma boyutu | | | 0.515 |
| Medyan (IQR) | 2 (1,75-3,25) cm | 2.4 (2.0-3.0) cm | |
| Minimum-maksimum | 1-9 cm | 0.5-7 cm | |



Sekil 1. HSS olgularının hazırlanış ve akış şeması

Romatoloji hastaları, doktorları ve diğer sağlık çalışanlarının aşılama ile ilgili farkındalıkları nasıl? Eğitimin farkındalık artışına katkısı olur mu?

Aydan Köken Avcı¹, Gökçe Kenar Artın¹, Esra Erpek², Servet Akar², Özgül Soysal Gündüz³, Emre Ali Acar³, Ediz Dalkılıç⁴, Belkis Nihan Coşkun⁴, Nevsun İnanç⁵, Alida Aliyeva⁵, Abdurrahman Tufan⁶, Derya Yıldırım⁶, Abdurrahman Soner Şenel⁷, Emel Oğuz Kökoğlu⁷, Süleyman Serdar Koca⁸, Mesude Seda Aydoğdu⁸, Ayşe Çefle⁹, Enes Başaran⁹, Sema Yılmaz¹⁰, Gözde Yıldırım Çetin¹¹, Burak Okyar¹¹, Servet Yolbaş¹², Şükran Erten¹³, Hakan Apaydın¹³, Fatoş Önen¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, İzmir

²İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İzmir

³Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Manisa

⁴Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Bursa

⁵Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, İstanbul

⁶Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Ankara

⁷Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İmmünoloji ve Romatoloji Kliniği, Kayseri

⁸Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Elazığ

⁹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Kocaeli

¹⁰Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Konya

¹¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Kahramanmaraş

¹²İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İmmünoloji ve Romatoloji Kliniği, Malatya

¹³Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Kliniği, Ankara

Amaç: TÜRKBİO veri tabanına kayıtlı romatoloji hastalarının, onların takiplerini yapan doktorların ve diğer sağlık çalışanlarının romatizmal hastalıklarda aşılama ile ilgili farkındalıklarının ve aşılama oranlarının başlangıçta ve ilgili eğitimler sonrasında değerlendirilmesidir.

Yöntem: Bu çalışma; ulusal veri tabanı TÜRKBİO'ya kayıtlı merkezlerdeki romatizmal hastalığı bulunan hastaların, romatoloji merkezlerinde çalışan doktor ve veri girişi yapan diğer sağlık çalışanlarının hepatit, grip ve pnömokok aşılımları ile ilgili farkındalıklarını ölçmek amacıyla tasarlandı. Her üç gruba aşılama farkındalığı ile ilgili ayrı anketler uygulandı. İlk anket sonrası TÜRKBİO veri tabanına hastaların aşılama durum bilgileri kaydedildi. Sonraki ziyaretler sırasında romatizmal hastalıklarda

aşılama ile ilgili, özel olarak hazırlanmış formlar eşliğinde eğitim verilen hastalarda, bir yıl sonunda başlangıçta kullanılan anketler tekrar uygulandı. Doktor ve veri girişi yapan diğer sağlık çalışanlarına aşılama ile ilgili yüz yüze eğitim verilerek eğitim öncesi ve hemen sonrası uygulanan anketler ayrıca değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 241'i eğitim öncesi olmak üzere toplam 488 hasta (%54 kadın; ortalama yaş: 46) alındı. Hastaların %40,7'si romatizmal hastalığın ya da kullanılan ilaçların enfeksiyona yakınlık oluşturacağını düşünüyordu ancak %54,4'ünün koruyucu aşılar ile ilgili bir fikri yoktu. Eğitim öncesi aşılama oranları en fazla grip (%28,1), hepatit B (%28,1) ve pnömokok (%15,3) aşıları şeklinde sıralanırken eğitim sonrası bu oran sırasıyla grip (%36,7), pnömokok (%32,1) ve hepatit B (%31,8) şeklinde değişti. Eğitim sonrası grip ve pnömokok aşılama oranlarında istatistiksel olarak anlamlı ölçüde artış saptandı. Aşı yaptırmış olan hastaların aşılama bilgisini en sık doktorundan aldığı görüldü; aşı uygulanmamış hastalardaki en sık aşı yaptırmama nedeni, bilgi eksikliği idi. Çalışmaya katılan hastaların %35,7'si pandeminin aşılama farkındalığını artırdığını bildirdi. Doktorlara yapılan anket çalışmasında (n=16) tüm katılımcılar, romatizmal hastalıkların/kullanılan ilaçların enfeksiyonlara yakınlık oluşturduğunu ve aşılamanın gerekli olduğunu düşünmekteydi. Katılımcıların %56,3'ü daha önce aşılama eğitimi almış olup, kendini bu konuda yeterli hissediyordu. Doktorların %93,8'inin hastalara aşılama önerisinde bulunduğu ve en çok önerilen aşıların sırasıyla hepatit B (%93,3), influenza (%86,7) ve pnömokok (%80 polisakkarit, %73,3 konjuge aşı) aşısı olduğu saptandı. Katılımcıların %75'inin çalıştığı merkezde aşılama polikliniği olduğu görüldü. Doktorlara verilen yüz yüze kısa eğitim sonrasında katılımcıların eğitim öncesine göre kendisini aşılama konusunda istatistiksel olarak daha anlamlı düzeyde yeterli hissettiği saptandı (%56,3 vs. %93,8, p=0,015). Veri girişi elemanlarına yapılan anket sonuçlarında katılımcıların (n=11) %90'ı romatizmal hastalıkların/kullanılan ilaçların enfeksiyona yakınlık oluşturduğunu ve tüm katılımcılar aşılamanın gerekli olduğunu düşünüyordu. Katılımcıların hiçbirisi daha önce bu konuda eğitim almamış olup sadece %36,4'ü hastalara aşılama önerisinde bulunuyordu, eğitim sonrası bu oran istatistiksel olarak anlamlı olmasa da %63,6'ya yükseldi (Tablo 1).

Sonuç: Bu çalışma, romatizmal hastaların aşılama ile ilgili yeterli bilgisi olmadığını, aşı uygulanmamış hastaların en sık doktorlarının önerisi üzerine aşılarını yaptırdıklarını, aşı uygulanmamış olanların ise en sık yaptırmama nedeninin bilgi eksikliği olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca eğitim ve bilgilendirme ile hastaların aşılama oranlarında artış olabileceği görülmüştür. Aynı şekilde doktor ve diğer sağlık çalışanlarının da eğitim sonrası kendilerini bu konuda daha yeterli gördüğü ve hastalara daha fazla aşılama önerisinde bulunduğu saptanmıştır. Hem hasta hem de sağlık çalışanlarının aşılama konusunda daha fazla eğitime ihtiyacı olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aşılama, farkındalık, romatizmal hastalıklar

*Bu çalışma Pfizer Global tarafından desteklenmiştir.

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri; eğitim öncesi ve sonrası anket sonuçları

| Hastalar (n=488) | |
|-----------------------------------|-------------|
| Yaş (yıl) | 46.36±12.54 |
| Cinsiyet (kadın), n (%) | 266 (54.4) |
| Eğitim Durumu (ilköğretim), n (%) | 227 (46.4) |
| Meslek (ev hanımı), n (%) | 200 (40.9) |

| Anket Soruları | Sonuçlar n (%) | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| | Eğitim Öncesi | Eğitim Sonrası |
| Romatizmal hastalığınız/kullandığınız ilaçlar enfeksiyonlara yatkınlık sağlar mı? | | |
| a) Evet | 199 (40.7) | 87(35.4) |
| b) Hayır | 195(39.9) | 108(43.9) |
| c) Fikrim yok | 94 (19.2) | 51(20.7) |
| Romatizmal hastalığı olanlarda koruyucu aşı var mıdır? | | |
| a) Evet | 125 (25.6) | 67(27.2) |
| b) Hayır | 97 (19.8) | 47(19.1) |
| c) Fikrim yok | 266 (54.4) | 132(53.7) |
| Daha önce grip aşısı yaptırınız mı? (Evet) n (%) | 158 (32.4) | 90(36.7) |
| a) Romatizmal hastalık nedeniyle mi yaptırdı? (Evet) n (%) | a) 80 (50.6) | a)44(48.9) |
| b) Aşı bilgisini nerden aldınız? (Doktor) n (%) | b) 105 (66.5) | b)56(62.2) |
| c) Yaptırmama nedeni? (Bilgim yok) n (%) | c)101(30.6) | c)50(32.1) |
| Daha önce pnömokok aşısı yaptırınız mı? (Evet) n (%) | 116 (23.8) | 79(32.1) |
| a) Romatizmal hastalık nedeniyle mi yaptırdı? (Evet) n (%) | a) 76 (65.5) | a)49(62) |
| b) Aşı bilgisini nereden aldınız? (Doktor) n (%) | b) 93(80.9) | b)58(74.4) |
| c) Yaptırmama nedeni? (Bilgim yok) n (%) | c) 160 (42.9) | c)78(46.4) |
| Daha önce hepatit aşısı yaptırınız mı? (Evet) n (%) | 146 (30) | 78(31.8) |
| a) Romatizmal hastalık nedeniyle mi yaptırdı? (Evet) n (%) | a) 69 (47.3) | a)41(56.2) |
| b) Yaptırmama nedeni (Bilgim yok) n (%) | b) 156 (45) | b)75(43.4) |

PS-008

Periferik ve aksiyel spondiloartrit hastalarının klinik özelliklerinin ve İBA özelliklerinin karşılaştırılması; PerSpA hastalarının izleminde farklı sonlanım ölçeklerine ihtiyacımız olabilir

Hasan Kocaayan, Ayten Özkan, Özge Yoğurtçu, Halil İbrahim Yiğit Atlı, Esra Erpek, İdil Kurut Aysin, Elif Ediboğlu, Eda Otman Akat, Haluk Cinaklı, Gülay Alp, Mustafa Özmen, Dilek Solmaz, Servet Akar

İzmir Kâtip Celebi Üniversitesi, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İzmir

Amaç: Tek merkezde periferik (PerSpA) ve aksiyel spondiloartrit (AxSpa) tanılarını ile izlenen hastaların demografik, klinik özelliklerinin karşılaştırılması ve enflamatuvar bel ağrısının kriter setlerine göre değerlendirilmesidir.

Yöntem: Tek merkezde SpA tanısı ile izlenen hastaların dahil edildiği bu çalışmada 568 hasta AxSpA (%37,9 kadın; ortalama yaş: 39,97±11,56) ve 40'ı PerSpA (%70,0 kadın; ortalama yaş: 41,57±12,59) olarak sınıflandırılmakta idi. Bu hastaların bazal demografik ve klinik özellikleri standart bir form aracılığı ile toplandı. İBA'nın değerlendirilmesinde Calin, Berlin ve ASAS kriterleri kullanıldı. Hastalık aktivitesi, Bath Ankilozan Spondilit Hastalığı Aktivite İndeksi ve Ankilozan Spondilit Hastalığı Aktivite

Skoru-C-reaktif proteini (ASDAS-CRP) ile ölçülmüştür. BASDAI inaktif/aktif değerlendirilmesi için 4 kestirim değeri olarak kullanılırken ASDAS-CRP için ise 2,1 değeri kabul edildi.

Bulgular: AxSpa grubundaki hastaların %57,7'sinde, PerSpA grubunda %29 HLA B27 pozitif saptandı (p=0,02). PerSpA grubunda; artrit, daktilit ve psöriazis varlığı sırası ile %84,2, %12,8, %25,0 saptandı ve beklenileceği üzere AxSpA grubundan anlamlı olarak daha yüksek oranda bulundu. AxSpA hastalarında sigara içme oranı anlamlı olarak fazla idi. PerSpA'lı hastaların geçmişe yönelik sorgulamasında %52,6'sında kronik bel ağrısı olduğu görülmektedir. İBA kriter sterlerine göre bakıldığında bu hasta grubunda sırasıyla Calin %68,0, Berlin %60,0 ve ASAS kriterleri ise %52,0 olarak karşılanmaktadır (Tablo 2). Her iki grupta ASDAS-CRP ve CRP değerleri benzer olmasına karşın BASDAI'ye göre aktif hasta oranı PerSpA'da daha yüksek olarak görüldü (Tablo 1).

Sonuç: Bu tek merkezli kohortta PerSpA hastalarının önemli kesiminde İBA bulunmaktadır. Hastaların PerSpA grubunda beklenen bazı klinik farklılıklara ve CRP değerlerinin daha yüksek olmasına karşın hastaların hastalık yükleri AxSpA için geliştirilmiş sonlanım ölçeklerine göre benzer görünmektedir. Bu durumda PerSpA hastalarının izleminde daha spesifik ölçeklere ihtiyacımız olabilir.

Anahtar Kelimeler: Periferik (PerSpA), aksiyel spondiloartrit (AxSpa)

Romatoid artrit tanılı hastalarda arteriyel damar sertliği ve kapilleroskopik bulgular arasındaki korelasyonun değerlendirilmesi

Yahya Ürkmez¹, Osman Başpınar², Esra Ürkmez Kılınç³, Ahmed M. A. Abuassba¹, Ayşe Özcan⁴, Ayşe Nur Turgut¹, Orhan Zengin⁵

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

²Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Kardiyoloji Kliniği, Gaziantep

³Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep

⁴Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gaziantep

⁵Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Gaziantep

Amaç: Romatoid artrit (RA), enflamatuvar artritler arasında en sık görüleni olup, enflamatuvar belirteçlerin yüksek olduğu, eklem harabiyetiyle birlikte multisistemik tutulumu olabilen bir bağ dokusu hastalığıdır. RA'lı hastalarda ölüm oranları genel popülasyondakinin iki katından fazladır. RA'lı hastalarda en sık ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıklardır. Bu çalışmada RA hastalarında arteriyel damar sertliğini değerlendirmek için osilometrik nabız dalga analizi monitörizasyonu kullanılarak ve eş zamanlı yapılan tırnak yatağı kapilleroskopisinde değişiklikleri saptayarak bu iki parametre grubu arasındaki korelasyonu değerlendirmek ve RA hastalarında kardiyovasküler hastalıkların önceden tahmin edilmesine yönelik bir bakış açısı geliştirmek hedeflenmektedir.

Yöntem: Çalışmamıza 90 RA tanılı hasta, 90 sağlıklı gönüllü grubu dahil edildi. RA'lı hasta grubunda aktif enfeksiyon, hiperlipidemi, kardiyovasküler anormallikler, diabetes mellitus, hipertansiyon, ailede erken kardiyovasküler hastalık öyküsü ve RA dışı romatolojik hastalığı olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Sağlıklı gönüllü grubunda aktif enfeksiyon, hiperlipidemi, kardiyovasküler anormallikler, diabetes mellitus, hipertansiyon, ailede erken kardiyovasküler hastalık öyküsü, RA veya başka bir kronik romatolojik hastalık öyküsü olanlar çalışmaya dahil edilmedi. Her iki grupta da osilometrik yöntemle nabız dalga hızı, yükseltme indeksi (Alx75 olarak hesaplanmış olup yükseltme indeksinin 75 atım/dk nabız hızına göre standardize edilmesiyle elde edilmiştir), çevresel direnç, nabız basıncı ölçümü ve eş zamanlı olarak tırnak yatağı kapilleroskopisi yapıldı. Gruplar arteriyel sertlik

ile tırnak yatağı kapilleroskopisi bulgularının ilişkisi açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmamızda yapılan tırnak yatağı kapilleroskopisinde düzenli kapiller ektazi %47,8 (43), tortioze kapiller %78 (70), prominent subpapiller pleksus %36,7 (33), filiform uzamış kapiller %40 (36) ve neoanjyogenezin %56,7 (51) RA'da görülme sıklığını artmış saptadık (Tablo 1.1'de gösterilmiştir sırasıyla p=0,001, p<0,001, p=0,004, p<0,001, p=0,001). Arteriyel sertlik parametreleri olan nabız dalga hızı (7,39±1,56), yükseltme indeksi (28,18±9,21), yansıtma büyüklüğü (60,35±8,18) ve çevresel direnci (1687,72±169,88) RA'lı hastalarda anlamlı şekilde artmış bulduk (sırasıyla p<0,001, p=0,048, p=0,014, p=0,011). Fakat bu kapilleroskopisi parametreleriyle arteriyel sertlik parametrelerinin çapraz karşılaştırmalarında aralarında anlamlı ilişki saptayamadık. Bu kapiller bulguları dışında bazı parametrelerde anlamlı ilişkiler saptadık. Meandering kapiller %54,4 (49) RA'lı hasta grubunda yüksek çıksa da istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır. (p=0,052) Ancak meandering kapilleri olan hastalarda yükseltme indeksi (30,42±8,09) anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (p=0,011). Mikrohemorajisi (%10,0) olan RA'lı hasta grubunda nabız dalga hızı (8,23±1,22) ve nabız basıncı (52,88±10,19) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır (sırasıyla p=0,048, p=0,004). Düzensiz kapiller ektazi pozitif %44,4 (40) olan hastalarda yansıtma büyüklüğü (62,39±7,41) anlamlı şekilde yüksek saptandı.

Sonuç: Çalışmamız RA'lı hastalarda artmış arteriyel sertliği gösteren çalışmalarla uyumlu bulunmuştur. Ayrıca kapilleroskopide düzenli kapiller ektazi, tortioze kapiller, prominent subpapiller pleksus, filiform uzamış kapiller ve neoanjyogenez daha önceki çalışmalarla uyumlu olarak çalışmamızda yüksek saptansa da anlamlı yüksek bulunan bu kapilleroskopisi bulgularının kardiyovasküler hastalık riski açısından prediktif değerini ispat edemedik. Bunlar dışında RA'lı hastalarda düzensiz kapiller ektazi ile yansıtma büyüklüğü arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Mikrohemorajisi ile nabız dalga hızı ve nabız basıncı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Meandering kapilleri olan hastalarda ise yükseltme indeksi anlamlı şekilde yüksektir. Düzensiz kapiller ektazi, mikrohemorajisi ve meandering kapiller bazı arteriyel sertlik parametreleriyle ilişkili bulunsa da kontrol grubuyla karşılaştırınca RA'lı hastalarla ilişki saptanamamıştır. Fakat düzensiz kapiller ektazi, mikrohemorajisi ve meandering kapiller saptanan hasta grubunda arteriyel sertlik parametrelerinin anlamlı yüksek saptanması bu kapilleroskopisi bulgularının kardiyovasküler risk açısından prediktif değeri olabileceğini göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, kapilleroskopisi, arteriyel sertlik, kardiyovasküler hastalık

PS-010

Coast programının üç yıllık bulgularına göre aksiyel spondiloartritli hastalarda ixekizumab tedavisinin güvenilirliği ve etkililiği

Soydan İnce¹, Atul Deodhar², Denis Poddubnyy³, Proton Rahman⁴, Rebecca Bolce⁵, Soyı Liu Leage⁵, Andris Kronbergs⁵, Caroline Johnson⁵, Ann Leung⁶, Désirée Van Der Heijde⁷

¹Lilly İlaç Ticaret Ltd. Şti., İstanbul

²Oregon Health & Science University, Portland, USA

³Charite Universitätsmedizin Berlin, Germany and German Rheumatism Research Centre, Berlin, Germany

⁴Memorial University of Newfoundland, St. John's, Canada

⁵Eli Lilly And Company, Indianapolis, USA

⁶Syneos Health, Morrisville, USA

⁷Leiden University Medical Center, Leiden, The Netherlands

Amaç: Seçici olarak interleukin-17A'ya karşı yüksek bağlayıcılığa sahip bir monoklonal antikor olan ixekizumab, COAST klinik çalışmalarında 16. haftada etkililiğini kanıtlanmış ve 2 yıl boyunca sürdürmüştür. Ayrıca tutarlı bir güvenlik profili göstermiştir.

Yöntem: COAST-V: Biyolojik hastalık modifiye eden antiromatizmal ilaç (bDMARD) naif aktif radyografik aksiyel spondiloartrit (r-axSpA)/ankilozan spondilit (AS) tanısı olan 341 hasta.

COAST-W: Bir veya 2 tümör nekroz faktör inhibitörüne (TNFi) yetersiz yanıt veya intoleransı olan aktif r-axSpA/AS tanısı olan 316 hasta.

COAST-X: bDMARD naif, enflamasyonun objektif belirtilerine sahip non-radyografik aksiyel spondiloartrit (nr-axSpA) tanısı olan 303 hasta.

COAST-Y: COAST-V, -W veya -X çalışmalarını tamamlayan axSpA hastalarını içeren uzun süreli uzatma çalışmasıdır.

COAST programı, ixekizumabın r-axSpA ve nr-axSpA hastalarının tedavisinde en az 3 yıl boyunca güvenilirlik ve etkililiği raporlamaktadır: 1 yıl başlangıç çalışmalarından (COAST-V, -W veya -X) ve 2 yıl COAST-Y çalışmasından.

Çalışma Tasarımı, COAST-Y: Başlangıç çalışmalarında; 40 mg adalimumab her 2 haftada bir veya plaseboya atanmış hastalar, COAST-V ve -W'de 16. haftada 80 mg ixekizumab her 2 haftada bir (IXE Q2W) veya her 4 haftada bir (IXE Q4W) olacak şekilde yeniden randomize edildi.

COAST-X'teki hastalar, hafta 16 ile hafta 44 arasında, araştırmacının takdirine bağlı olarak IXE Q4W'den IXE Q2W'ye dozuna yükseltebilirlerdi.

COAST-X'te 52 hafta boyunca plasebo alan hastalar, COAST-Y'de IXE Q4W'ye geçirildi.

COAST-Y'ye giren hastalar, başlangıç çalışmanın sonunda 52. haftada aldıkları ixekizumab dozuyla devam ettiler (IXE Q2W veya IXE Q4W).

Yüz on altı haftadan (COAST-Y'nin hafta 64'ü) itibaren, IXE Q4W alan hastalar, araştırmacının takdirine bağlı olarak dozlarını IXE Q2W'ye yükseltebilirlerdi.

Değerlendirmeler ve İstatistiksel Analizler: Standartlaştırılmış etkililik ölçütleri değerlendirilmiştir;

- Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite Skoru (ASDAS) başlangıçtan itibaren değişiklik ve <2,1'i elde eden hastaların yüzdesi,

- Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAI) başlangıçtan itibaren değişiklik ve %50 iyileşme sağlayan hastaların yüzdesi,

- Uluslararası Spondilo Artrit Derneği Değerlendirmesi'nde (ASAS) %40 iyileşme sağlayan hastaların yüzdesi,

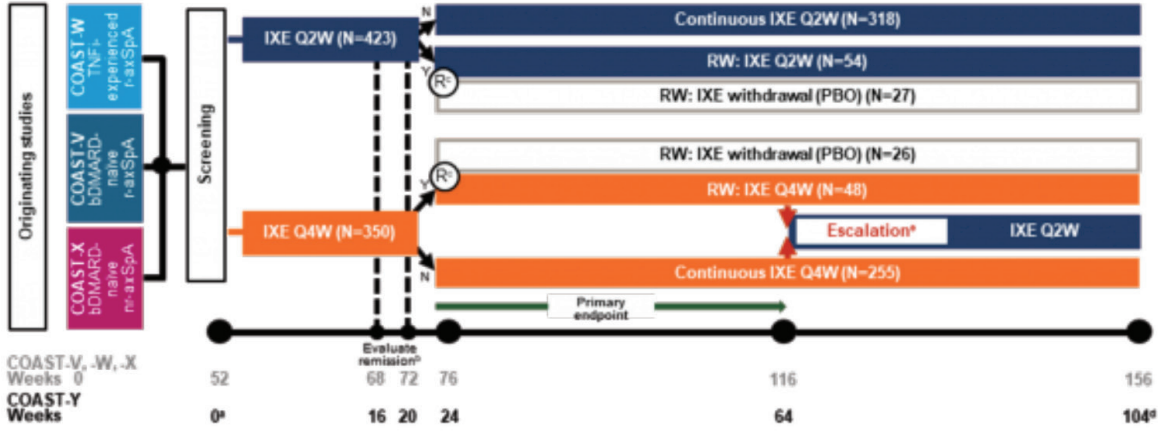
- Kategorik ve sürekli veriler gözlemlenen şekilde özetlendi,

- Etkililik analizleri, başlangıç çalışmalarının 0. haftasından itibaren IXE Q4W dozu almış olan hastaları içermektedir; IXE Q2W yükseltilmiş doz alan hastaların verileri hariç tutulmuştur.

Bulgular: Güvenlik verileri, başlangıç çalışmalarının 0. haftasından itibaren ixekizumab dozu almış olan tüm hastalar için analiz edilmiştir; plasebo veya adalimumab alırken elde edilen veriler hariç tutulmuştur. Toplamda 932 hasta ≥ 1 doz IXE almıştır: 414 hasta ≥ 1 doz IXE Q4W almış ve 562/932 (%60) hasta 3 yıllık takibi tamamlamıştır [PBO→IXE Q4W, 63/119 (%53); ADA→IXE Q4W, 29/44 (%66) ve IXE Q4W→IXE Q4W, 114/251 (%45)]. Tedavi sırasında ortaya çıkan advers olaylar arasında en sık bildirilenler enfeksiyonlar [insidans oranı (IR) 25,7/100 hasta yılı (HY)] ve enjeksiyon bölgesi reaksiyonları (IR 7,4/100 HY) olmuş, çoğunun hafif/orta şiddette olduğu kaydedilmiştir. Ciddi advers olaylar için IR'nin 4,8/100 HY olduğu bildirilmiştir. Üç ölüm bildirilmiştir (IR 0,1/100 HY). Başlangıçtaki hastalık aktivitesi (ASDAS) yüksek bulunmuş ve ASDAS'da başlangıca göre (gözlemlenen) 3 yıllık ortalama (SS) değişikliğin iyileştiği saptanmıştır. Toplam 3 yıl boyunca tutarlı hastalık kontrolü, ek etkililik sonlanım noktalarında doğrulanmıştır.

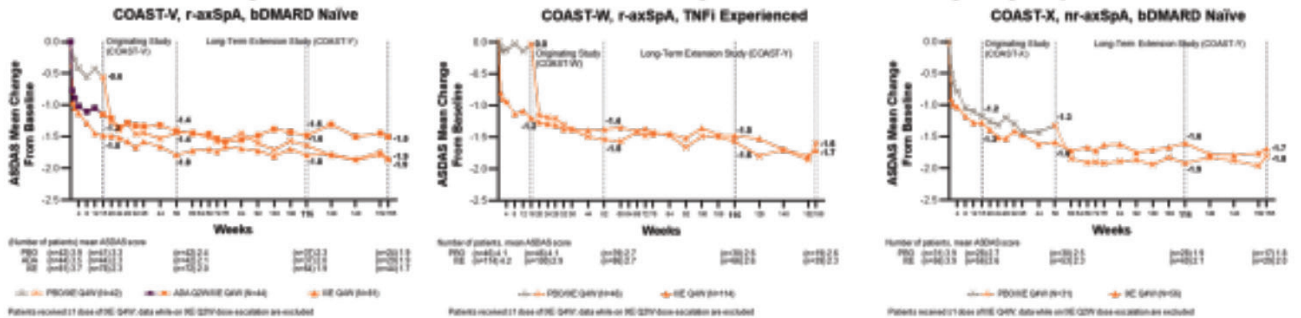
Sonuç: Detaylı sonuçlar için Tablo 1 ve Şekil 1, 2'yi inceleyebilirsiniz. COAST çalışma programındaki axSpA hastalarının analizi, ixekizumabın güvenilirlik profili, bilinen güvenilirlik profiliyle tutarlı bulunmuştur ve yeni güvenlik sinyali gözlenmedi. IXE Q4W, üç temel çalışma ve uzun süreli uzatma çalışması boyunca değerlendirilen ASDAS düşük hastalık aktivitesi olarak sürdürülebilir etkililik gösterdi. Hastaların %69'u 3 yıl boyunca ixekizumab tedavisine devam etti.

Anahtar Kelimeler: İxekizumab, aksiyel spondiloartrit, COAST programı

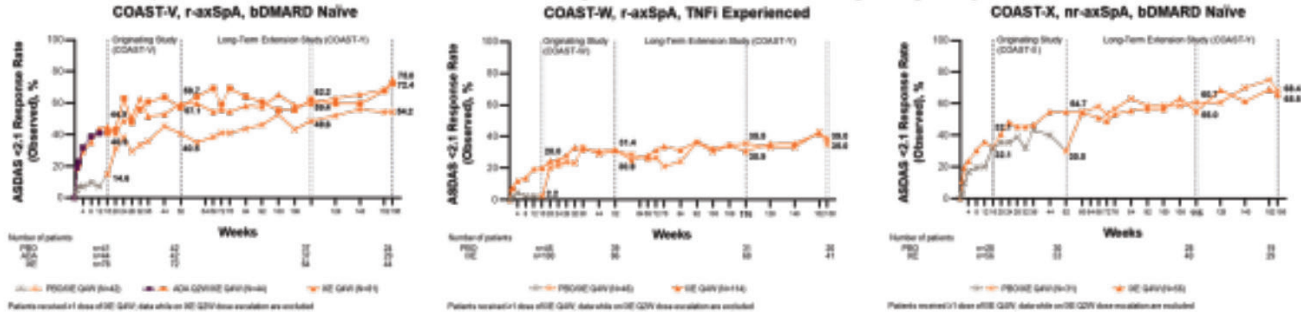


Sekil 1. COAST-Y çalışma tasarımı

ASDAS Observed Mean Change From Baseline Was Maintained for Patients Receiving ≥ 1 Dose of IXE Q4W From Originating Study Week 0 to COAST-Y Week 156



ASDAS <2.1 Response Rate Was Maintained for Patients Receiving ≥ 1 Dose of IXE Q4W From Originating Study Week 0 to COAST-Y Week 156



Sekil 2. Etkililik sonuçları

Tablo 1. Hasta özellikleri

| | COAST-V (bDMARD-Naïve r-axSpA) | | | COAST-W (TNFi-Experienced r-axSpA) | | COAST-X (bDMARD-Naïve nr-axSpA) | |
|--|-----------------------------------|-------------------|-------------------|--|--------------------|---------------------------------------|-------------------|
| | PBO (N=87) | ADA Q2W (N=90) | IXE Q4W (N=81) | PBO (N=104) | IXE Q4W (N=114) | PBO (N=105) | IXE Q4W (N=96) |
| Age, years | 42.7 (12.0) | 41.8 (11.4) | 41.0 (12.1) | 46.6 (12.7) | 47.4 (13.4) | 39.9 (12.4) | 40.9 (14.5) |
| Male, n (%) | 71 (82.6) | 73 (81.1) | 68 (84.0) | 87 (83.7) | 91 (79.8) | 44 (41.9) | 50 (52.1) |
| Symptom duration since axSpA onset, years | 16.6 (10.1) | 15.6 (9.3) | 15.8 (11.2) | 19.9 (11.6) | 18.8 (11.6) | 10.1 (8.3) | 11.3 (10.7) |
| HLA-B27 positive, n (%) | 76 (89.4) | 82 (91.4) | 75 (92.6) | 86 (82.7) | 91 (79.8) | 77 (74.0) | 71 (74.7) |
| ASDAS | 3.9 (0.7) | 3.7 (0.8) | 3.7 (0.7) | 4.1 (0.8) | 4.2 (0.9) | 3.8 (0.9) | 3.8 (0.8) |
| BASDAI | 6.8 (1.2) | 6.7 (1.5) | 6.8 (1.3) | 7.3 (1.3) | 7.5 (1.3) | 7.2 (1.5) | 7.0 (1.5) |

Vasküler Behçet hastalarında post trombotik sendrom tanısında kullanılan hasta kökenli Villalta ölçeğinin Türkçe validasyonu ve ölçeğin prospektif değerlendirmesi

Tuğçe Kübra Güneş¹, Murat Karabacak², Mehmet Umut Çapar¹, Tülin Ergun³, Haner Direskeneli², Fatma Alibaz Öner²

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Alt ekstremitelerde derin ven trombozu (DVT), Behçet hastalığına bağlı tüm vasküler bulguların %70'ini oluşturur. Post trombotik sendrom (PTS), DVT'nin kronik venöz yetmezliğe bağlı gelişen, kişinin yaşam kalitesini düşüren ciddi bir komplikasyondur. Hekim Villalta ölçeği PTS'nin tanısını koymak ve şiddetini değerlendirmek için yaygın kullanılan ve valide edilmiş tanısal ölçektir, fakat klinisyen tarafından değerlendirilme zorunluluğu hekim ve sağlık sistemi üzerine yük bindirmekte, hastanın değerlendirilmesinde gecikmelere sebep olmaktadır. Bu amaçla hasta kökenli Villalta ölçeği geliştirilmiş ve valide edilmiştir.

Yöntem: Biz çalışmamızda hasta kökenli Villalta ölçeğinin Türkçe validasyonunu ve prospektif değerlendirmesini amaçladık. Çalışmaya 78'i Behçet hastalığı (K/E: 16/62), 22'si BH dışı (K/E: 13/9) tanımla takipli 100 DVT öykülü hasta dahil edilmiştir. Tüm hastalar PTS tanısı için hekim Villalta ölçeği, CEAP, VCSS, VDS ve hasta kökenli Villalta ölçeği ile değerlendirilmiştir. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için VEINES ve SF36 uygulanmıştır. Validasyon için kappa ve korelasyon analizi yapılmıştır.

Bulgular: BH'ye bağlı DVT'li hastalarda PTS gelişme oranı %52,5 iken, BH dışı hastalarda bu oran %77,3 ile daha yüksek bulundu ($p=0,038$). Bununla birlikte BH tanılı hastaların %17,1'inde şiddetli PTS mevcutken, BH dışı DVT öykülü hastaların %52,9'unda şiddetli PTS görüldü ($p<0,001$). Tüm hastaların %58'inde ($n=58$) PTS tespit edildi. Hekim Villalta ve hasta kökenli Villalta ölçeği kappa uyum analizinde 0,767 ile çok iyi uyum saptandı ($p<0,001$). Hasta kökenli Villalta ölçeği ve hekim Villalta ölçeği arasında sensitivite %98, spesifite %76, pozitif prediktif değer %85 ve negatif prediktif değer %97 bulundu.

Sonuç: Çalışmamızda PTS tanısı koymak için hasta kökenli Villalta ölçeğinin Türkçe validasyonunu yaparak; poliklinik şartlarında hastalar tarafından bekleme salonunda doldurulabilecek, PTS varlığı açısından tanısal ve güvenilir bir ölçek olarak kullanılabileceğini saptadık. Hasta kökenli Villalta ölçeğinin klinik kullanımını ve geniş hasta sayısı ile değerlendirmesini amaçlayan prospektif çalışmalarımız devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, DVT, post-trombotik sendrom, hekim ve hasta kökenli Villalta ölçeği, yaşam kalitesi

Diffüz ve limitli sistemik skleroz hastalarında deri biyomekanik özelliklerinin değerlendirilmesinde objektif bir yöntem: Myotonpro

Özgül Öztürk¹, Duygu Şahin², Ali Ömer Acar¹, Nihan Neval Uzun², Nesrin Şen², Mehmet Engin Tezcan²

¹Acibadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Dr. Lütfi Kırdar Kartal Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Sistemik skleroz (SSc), deri kalınlığında ve sertliğinde artış, vaskülopati ve viseral organ tutulumu ile seyreden nadir bir otoimmün hastalıktır. Sistemik sklerozda derinin etkilenim şiddeti ve zaman içerisindeki değişim düzeyi, hastalığın progresyonu ve mortalitenin belirleyicisidir. Deri biyomekanik özelliklerinin objektif bir yöntem olan myotonometre (MyotonPRO) ile değerlendirilmesi SSc'li olgularda derinin etkilenimini daha hassas bir şekilde takip etmeyi sağlayabilir. Bu çalışmanın amacı, diffüz ve sınırlı sistemik skleroz hastalarının el ve önkol dorsal bölge deri biyomekanik özelliklerinin MyotonPRO ile değerlendirilmesi ve elde edilen bulguların Modifiye Rodnan Deri Skoru (MRDS) ile karşılaştırılmasıdır.

Yöntem: Çalışma kapsamında 13 diffüz ve 21 sınırlı olmak üzere toplam 34 SSc'li (31 kadın) olgu değerlendirildi. El ve ön kol dorsal bölge deri biyomekanik özellikleri MyotonPRO (Tallin, Estonya) ve deri sertliği MRDS ile belirlendi. MyotonPRO ölçüm bulguları tonus (Hz) ve sertlik (N/m) olarak ele alındı. Elin fonksiyonelliği, Skleroderma Modifiye El Mobilitesi Testi ve Michigan El Sonuç Anketi ile değerlendirildi. Diffüz ve sınırlı SSc'li olguların deri etkilenimi ve el fonksiyonellik düzeyleri bağımsız örneklem t-testi veya Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı. Değişkenler arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelendi.

Bulgular: MRDS bulgularına benzer şekilde, diffüz SSc'li bireylerin el ve ön kol dorsal bölge tonus ve sertlik değerleri sınırlı SSc'li bireylerden daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Aynı zamanda, diffüz SSc'li bireyler, elin fonksiyonellik düzeyini bildiren Skleroderma Modifiye El Mobilitesi Testi ve Michigan El Sonuç Anketi skorlarında sınırlı SSc'li bireylere göre daha düşük performans sergiledi ($p<0,05$). El ve önkol dorsal bölge frekans ve sertlik değerleri ile MRDS toplam skoru ve elin fonksiyonel düzeyi arasında orta ile yüksek düzeyde anlamlı korelasyon vardı ($p=0,001$).

Sonuç: Myotonometre, diffüz ve limitli SSc'li bireylerin el ve önkol dorsal bölge deri etkilenim düzeylerini ayırtmada başarılı bir performans göstermiştir. Aynı zamanda, MyotonPRO ölçüm bulguları ile deri sertliğini değerlendirmede altın standart bir yöntem olan MRDS skoru ve elin fonksiyonelliği arasındaki orta-yüksek düzeyde korelasyon, objektif bir yöntem olan myotonometrik ölçümlerin SSc'li hastaların klinik durumunu yansıtmada kullanılabilmesine işaret etmektedir. MyotonPRO, SSc'li bireylerde derinin zaman içerisindeki değişimini ve tedaviye verdiği yanıtı değerlendirmede kullanışlı bir yöntem olabilir.

Anahtar Kelimeler: Myotonometre, sistemik skleroz, Modifiye Rodnan Deri Skoru

Erkek ve kadın romatoid artrit hastaları arasındaki farklılıklar: E-Nabız verileri

Hasan Satış¹, Umut Kalyoncu², Gizem Ayan², Erdem Karabulut³, Abdulsamet Erden⁴, Emre Bilgin², Berkan Armağan⁵, Duygu Tecer⁶, Alper Sarı⁷, Hakan Babaoğlu⁵, Levent Kılıç², Orhan Küçükşahin⁸, Murat Çağlayan⁹, Mustafa Okan Ayvalı¹⁰, Naim Ata¹⁰, Mustafa Mahir Ülgü¹¹, Şuayip Birinci¹²

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

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

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Ankara

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

⁵Ankara Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

⁶Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

⁷Ankara Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

⁸Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

⁹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bilkent Şehir Hastanesi, Biyokimya Kliniği, Ankara

¹⁰Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara

¹¹Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Ankara

¹²Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Ankara

Amaç: Romatoid artrit (RA) hastalarının demografik ve klinik özellikleri cinsiyete göre farklılık gösterebilmektedir. Bu çalışmada e-Nabız veri tabanına kayıtlı RA hastalarında cinsiyetlere göre farklılıkların incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Hasta seçimi; bu inceleme 01.2016-31.12.2022 arasında e-Nabızda kayıtlı hastaları içermektedir. RA ile ilgili ICD-10 kodu (M05.0', 'M05.1', 'M05.2', 'M05.3', 'M05.8', 'M05.9', 'M05.0', 'M06', 'M06.0', 'M06.1', 'M06.2', 'M06.3', 'M06.4', 'M06.8', 'M06.9) en az bir defa girilmiş hasta sayısı 1.409.504'tür. Otuz gün arayla en az iki defa RA-ICD-10 kodu girilmiş hasta sayısı ise 643.309'dur. Bu çalışmada 30 gün arayla en az iki defa ICD-10 kodu girilmiş ve en az bir sentetik ve/veya biyolojik DMARD kullanmış hastaların verileri analiz edilmiştir.

Bulgular: Toplanan veriler; hastaların yaş, RF pozitifliği, overlap sıklığı, komorbiditeleri (glukoz intoleransı, HT, HL, tromboz, akciğer hastalıkları, hepatit, malinite, böbrek hastalıkları, nöropsikiyatrik hastalıklar) ve herhangi bir zamanda kullanılan tedavileri (glukokortikoid, sentetik ve biyolojik DMARD kullanımı), b/t arasında değişim ve ilk bölüm (romatoloji ve FTR) ve kurum (Üniversite, 2. ve 3. Basamak, Özel Hastane, Özel ve Vakıf Üniversitesi) başvuruları kaydedilmiştir.

Sonuç: Hastaların tedavileri; hastaların steroid kullanımları cinsiyetler arasında benzerdi. Metotreksat ve sulfasalazin kullanımları erkek bireylerde daha sık iken, leflunamid ve hidroksiklorokin kullanımları kadın bireylerde daha sıklı. Anti-TNF kullanımları cinsiyetler arasında farklılık göstermezken erkeklerde B hücre blokörleri, kadınlarda ise Jak inhibitörleri ve T hücre blokörleri daha sık kullanıldığı görülmüştür. Biyolojik tedaviler arasındaki değişim kadınlarda daha sıklı. Hastaların ilk kurum ve bölüm başvuruları açısından cinsiyetler arasında farklılık saptanmamıştır. Literatür ile uyumlu şekilde Türkiye'de de RA hastalarının 4/5'i kadındır, ortalama yaşları 60 civarındadır. Komorbiditeler cinsiyetlere göre önemli farklılık gösterebilmektedir. Bu durum tedavi seçimini etkiliyor olabilir. Kadınlarda Jak inhibitörleri ve T hücre blokörleri bir miktar daha sık tercih edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, e-Nabız, cinsiyet, ek hastalık, biyolojik tedavi

PS-014

Zor romatoid artrit hastalarının özellikleri: E-Nabız verileri

Hasan Satış¹, Umut Kalyoncu², Gizem Ayan², Erdem Karabulut³, Abdulsamet Erden⁴, Berkan Armağan⁵, Duygu Tecer⁶, Alper Sarı⁷, Hakan Babaoğlu⁵, Levent Kılıç², Orhan Küçükşahin⁸, Murat Çağlayan⁹, Mustafa Okan Ayvalı¹⁰, Naim Ata¹¹, Mustafa Mahir Ülgü¹⁰, Şuayip Birinci¹²

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

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

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Ankara

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

⁵Ankara Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara Türkiye

⁶Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

⁷Ankara Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

⁸Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Ankara

⁹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Ankara

¹⁰Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara

¹¹Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Ankara

¹²Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Ankara

Amaç: Son zamanlarda zor romatoid artrit (RA) hastalarının özellikleri üzerinde daha fazla durulmaktadır. 2021 tarihinde zor RA tanımı yapılmıştır. Bu çalışmada e-Nabız veri tabanına kayıtlı biyolojik/hedefe yönelik sentetik DMARD kullanan RA

hastalarında zor RA olanların klinik ve demografik özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Hasta seçimi; bu inceleme 01.2016-31.12.2022 arasında e-Nabızda kayıtlı hastaları içermektedir. RA ile ilgili ICD-10 kodu (M05.0', 'M05.1', 'M05.2', 'M05.3', 'M05.8', 'M05.9', 'M05.0', 'M06', 'M06.0', 'M06.1', 'M06.2', 'M06.3', 'M06.4', 'M06.8', 'M06.9) en az bir defa girilmiş hasta sayısı 1.409.504'tür. Otuz gün arayla en az iki defa RA-ICD-10 kodu girilmiş hasta sayısı ise 643.309'dur. Bu çalışmada 30 gün arayla en az iki defa ICD-10 kodu girilmiş ve en az bir sentetik ve/veya biyolojik DMARD kullanmış hastaların verileri analiz edilmiştir.

Bulgular: Toplanan veriler; hastaların yaş, RF pozitifliği, overlap sıklığı, komorbiditeleri (glukoz intoleransı, HT, HL, tromboz, akciğer hastalıkları, hepatit, malinite, böbrek hastalıkları, nöropsikiyatrik hastalıklar) ve herhangi bir zamanda kullanılan tedavileri (glukokortikoid, sentetik ve biyolojik DMARD kullanımı), b/t arasında değişim ve ilk bölüm (romatoloji ve FTR) ve kurum (Üniversite, 2. ve 3. Basamak, Özel Hastane, Özel ve Vakıf Üniversitesi) başvuruları kaydedilmiştir. Zor RA tanımı; en az iki farklı etki mekanizmasında b/ts DMARD kullanmış hastalar zor RA olarak tanımlanmıştır. Hastaların demografik özellikleri ve komorbiditeleri; Bu çalışmada b/ts DMARD kullanan 46.764/346.209 (%13,5) hasta dahil edilmiştir. 9176/46.764 (%19,6) hasta zor RA ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Tüm RA popülasyonunda 9176/346.209 (%2,65) zor RA vardı. Zor RA hastaları daha sık kadın, RF pozitifliği daha sık, bağ dokusu hastalıkları daha az sıklıkta, malinite daha azdır. Hastaların tedavileri; anti-TNF ajanlardan en sık geçiş yapılan ilaç grubu JAK inhibitörleri iken diğer ilaç gruplarında 2. basamakta en sık tercih edilen anti-TNF grubu ilaçlardı.

Sonuç: Tedavisi zor RA tanımında "etkisizlik nedeniyle ilaç değişimi" yer almakta iken bizim çalışmamızda bDMARD değişim sebebinin bilinmemesi çalışmanın kısıtlılıkları arasında yer almaktadır. Hangi hastaların tedaviye dirençli olacağını önceden belirlenmesi tedavi hedeflerinin belirlenmesi konusunda yardımcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, biyolojik tedavi, tedavi direnci

PS-015

Anti-Ro52 antikorunun sistemik otoimmün hastalıkların tanısında rolü var mı?

Neşe Kahlıkaya¹, Neval Yurttutan Uyar^{2,*}, Esvet Mutlu^{3,*}, Nilgün Kaşifoğlu^{4,*}, Rukiye Berkem^{5,*}, Tutku Taşkınoglu^{6,*}, Aylin Somun Ocaklı⁷, Pınar Tufanoğlu⁸, Öykü Şimşek⁴, Gözde Ongut³, Esra Özkaya¹, Mustafa Ekiçi¹⁰, Metin Sancaktar¹, Büşra Sultan Cesur⁵, İlyas Ercan Okatan⁹, Ömer Karadağ¹⁰, Veli Yazısız¹¹, Timuçin Kaşifoğlu¹², Burçin Şener^{5,*}

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Trabzon

²Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

³Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Temel İmmünoloji Kliniği, Antalya

⁴Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Eskişehir

⁵Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

⁶Ankara Düzen Laboratuvarları, Ankara

⁷Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

⁸Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Antalya

⁹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon

¹⁰Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Ankara

¹¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Antalya

¹²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Eskişehir

*Klimud Temel İmmünoloji Çalışma Grubu

Amaç: Anti-Ro52 antikor, otoimmün hastalıklarda (OH) en sık rastlanan otoantikordardan biridir. Bununla birlikte, anti-Ro52 antikorlarının klinik önemi hala tartışmalıdır. Bu çok merkezli retrospektif gözlemsel çalışmanın amacı, çeşitli OH'lerde anti-Ro52 antikorlarının diğer nükleer antikorlarla, özellikle anti-SSA/Ro60 ve anti-SSB/La ile birlikte veya tek başına önemini araştırmaktır.

Yöntem: Ocak 2019 ile Mayıs 2023 tarihleri arasında Türkiye'deki altı, üçüncü basamak hastanede bir romatolog tarafından SOH tanısı konan ve EUROLINE anti-ENA Profili (Euroimmun, Almanya) ile anti-Ro52 antikorları pozitif olarak test edilen hastalar çalışmaya dahil edildi. Tetkikin istendiği klinisyenlerce hastaların almış oldukları tanılar not edildi. Demografik ve ilgili laboratuvar verileri tıbbi kayıtlardan çıkarıldı ve klinik ilişkiler analiz edildi.

Bulgular: EUROLINE blotunda anti-Ro52 pozitif sonuç veren toplam 1268 hasta arasından sistemik lupus eritematozus (SLE), Sjögren sendromu (SS), romatoid artrit (RA), sistemik skleroz (SSc), dermatomyozit/polimiyozit, mikst bağ dokusu hastalığı (MBDH), overlap sendromu ve undiferansiye bağ dokusu hastalığı (ABDH) tanısı olan 995 hasta ileri analiz için alındı. Ortalama yaş 51,24±15,59 (aralık: 6-89 yıl) olup %91,2'si kadındı. Hastaların %44,6'sında (n=444) izole anti-Ro52 (grup 1), %30,75'inde

(n=306) anti-Ro52+anti-SSA/Ro60, ancak SSB/La negatif (grup 2) ve %24,62'sinde (n=245) anti-Ro52+anti-SSA/Ro60+anti-SSB/La (grup 3) vardı (Tablo 1). Grup 1'de ABDH (n=134), SS (n=121) ve SLE (n=74); grup 2'de SS (n=120), SLE (75) ve ABDH (67); grup 3'te SS (n=107), FBDH (n=59) ve SLE (n=51) en sık görülen üç tanıydı. İzole Ro52 pozitifliği en yüksek ABDH hastalarında görülmüştür. İzole anti-Ro52 pozitif hastaların (grup 1) yaş ortalaması grup 2 ve 3'e göre daha yüksekti. Üç anti-Ro52 antikor grubu ile diğer antinükleer antikorlar arasında bağımsızlık testi yapılmıştır. DFS-70, AMA M2, histon, PCNA, Jo-1, Scl-70, Sm, Sm/RNP, Ku ve Mi-2 antikorlarının varlığı ile anti-Ro52 antikor grupları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak, grup 1'de CENP-B, PM-Scl ve Scl70 antikorları daha yüksek oranda tespit edilirken, grup 2'de ribozomal P proteini ve nükleozom, grup 3'te ise anti-dsDNA daha yaygındı.

Sonuç: Bu çalışmanın bulguları anti-Ro52 antikorlarının, farklı klinik ilişkileri nedeniyle anti-SSA/Ro60'dan ayrılarak, ayrı ayrı tespit edilmesi ve raporlanmasının gerekli olduğunu göstermektedir. SSA/SSB negatifliği durumunda, izole Ro52 pozitifliği Sjögren sendromu tanısında ek bir etkiye sahip olabilir. İzole anti-Ro52'nin CENP-B, PM-Scl ve Scl70 antikorları ile ilişkisi daha fazla araştırma gerektirmektedir. Bu bulgular klinik verilerle birlikte anti-Ro52'nin ek ve bağımsız bir serum belirteci olarak değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Anti-Ro52'nin OH'lerin tanılmasında rolünün aydınlatılmasının prognostik ve terapötik etkileri olabilir.

Anahtar Kelimeler: Anti Ro-52 antikor, Sjögren sendromu, otoimmünite

PS-016

Bazal kapilleroskopi bulguları Long-COVID hastalarında mikrovasküler değişikliklere ilişkin kanıt sağlamıyor

Bahar Özdemir Ulusoy

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç: Long-COVID genellikle zayıflatıcı bir hastalıktır. Long-COVID sendromu, akut COVID-19 enfeksiyonunun başlangıcından sonra en az 4 hafta boyunca devam eden çeşitli semptomları ifade eder. Long-COVID, semptomların benzerliği nedeniyle otoimmün romatizmal hastalıkları taklit eden bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Çalışmalar long-COVID'in potansiyel mekanizmaları üzerine odaklanmaktadır. "Mikro pıhtılar/mikrovaskülopati" yeni bir teoridir; bu konuda çok az çalışma yapılmıştır. Tırnak kıvrımı kapilleroskopisi mikrovaskülopatiyi değerlendirmek için kullanılan non-invaziv bir yöntemdir. Bu çalışmada, Long-COVID sendromu olan ve olmayan hastaların temel özelliklerini ve kapilleroskopik bulgularını karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: SARS-CoV-2 testi pozitif çıkan 53 hastanın temel klinik özellikleri kaydedildi. COVID-19 tanısı sırasında hastalara tırnak kıvrımı kapilleroskopisi uygulandı. Bir yıl sonra, hastalar Long-COVID semptomları açısından yeniden tarandı. Long-COVID

sendromu olan ve olmayan hastalar arasında temel özellikleri ve kapilleroskopik bulguları açısından karşılaştırmalar yapıldı.

Bulgular: Long-COVID sendromu olan 35 kişi (%66) vardı. Long-COVID ile ilişkili en yaygın semptomlar yorgunluk (%43,4), miyalji (%34), artralji (%20,8), dispne (%20,8) idi. Toplamda 22 hastada (%41,5) anormal kapilleroskopi bulguları vardı. Anormal kapilleroskopik bulguları olan hastaların oranı (%40'a karşı %44, p=0,76) Long-COVID sendromu olan ve olmayan hastalar arasında farklılık gösterdi.

Sonuç: Long-COVID sendromuna neden olan patofizyolojik mekanizmalar hala belirsizdir. Mikrovaskülopati ve mikrotrombotik vasküler hasar bu konuda tartışılan en güçlü hipotezler arasındadır. Sonuçlarımız, mikrovaskülopatiden ziyade faktörlerin, yeterince anlaşılammış Long-COVID sendromunun altında yatan temel patofizyolojik mekanizma olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, mikroanjyopati, kapilleroskopi, long-COVID, post-COVID

PS-017

Birden fazla otoenflamatuvar gen varyantı taşıyan hastaların fenotipleri: Sınıflandırılabilen ve mikst otoenflamatuvar hastalıklar

Shirkhan Amikishiyev¹, Tuğba Kalaycı², Lale Soltanova³, Yasemin Yalçınkaya¹, Bahar Artım Esen¹, Murat İnanç¹, Ayla Şahin², Aynur Aday², Sema Sırma Ekmekçi², Neslihan Abacı², Şükrü Öztürk², Şükrü Palanduz², Ahmet Gül¹

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

²*Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, İstanbul*

³*Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

Amaç: Sistemik otoenflamatuvar hastalıklar (SAID, systemic autoinflammatory disorders), genetik varyasyonlar zemininde doğal immün sistemin spontan ya da uyarıyla aktivasyonu ve hiperenflamatuvar yanıtla seyreden bir grup hastalığı içerir. Belirli genlerdeki patojenik ve muhtemel patojenik varyantlar tanımlanmış bir fenotiple ilişkilendirilmiştir. Ancak otoenflamatuvar fenotipi olan çok sayıda hastanın genetik taramaları sonucunda, aynı hastada birden fazla otoenflamatuvar gende farklı varyantlar, özellikle de çok sayıda önemi belirsiz varyantlar (VUS) saptanabilmektedir. Bu çalışmada, merkezimizde otoenflamatuvar gen paneliyle taranan ve ≥ 2 farklı gende varyant taşıyan hastaların fenotipi ile genotipi arasındaki ilişki araştırılmıştır.

Yöntem: Nisan 2019-Ocak 2023 tarihleri arasında merkezimizde otoenflamatuvar hastalıklar açısından değerlendirilen hastaların dosyaları ve genetik analiz sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm hastalarda IonTorrent platformu ve Hedefli Yeni Nesil Dizileme yöntemiyle, 22 genin tüm ekzonları ve 10 bp intron sınırları tarandı ve klinik bulgularla ilişkisi değerlendirildi.

Bulgular: Başvuran 146 hasta (60 erkek, 86 kadın, ortalama yaş $41,0 \pm 12,6$, dağılım 19-82) değerlendirildi ve 37'sinde (%25,3) ≥ 2

farklı varyant tespit edildi. Gattorno ve ark.'nın son sınıflandırma kriterleri kullanılarak, 37 hastadan 11'i (%29,7) Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) olarak sınıflandırıldı. Patojenik *MEFV* mutasyonlarına sahip hastalar arasında, sensörinöral işitme kaybı gibi beklenmeyen klinik bulgusu olan hastada, *NLRP3* geninde bir VUS varyantın saptanması, genotipin mikst fenotip üzerinde etkili olmuş olabileceğini düşündürdü. Beş (%13,5) hasta mutasyon ve fenotip sonucu ile VEXAS sendromu (n=1), ADA2 eksikliği (DADA2, n=2), A20 haplo yetersizliği (HA20, n=1), DADA2 ve HA20 kombinasyonu (n=1) olarak sınıflandırıldı (Tablo 1). Geri kalan hastaların bir kısmı baskın fenotiplerine göre PFAPA-benzeri (n=2) ve Behçet hastalığı taklitçisi (n=7) olarak değerlendirildi (Tablo 2). On iki (%32,4) hasta herhangi bir klinik grupta sınıflandırılmadı (Tablo 3). Bu olgulardan ikisinde VUS ile birlikte patojenik ve muhtemel patojenik varyantlar, diğerlerinde ise 2-7 arasında farklı VUS kombinasyonları mevcuttu.

Sonuç: Gattorno ve ark. tarafından geliştirilen sınıflandırma kriterleri, otoenflamatuvar hastalık kliniği olanlarda yalnızca CAPS, AAA, TRAPS ve MKD fenotiplerini değerlendirdiğinden ve yetişkinlerde doğrulanmadığından günlük uygulamada bazı kısıtlılıklara sahiptir. Patojenik varyantları olan hastaların fenotipi, bu varyantlar kullanılarak sınıflandırılabilir de, diğer genlerde ek varyantların fenotipe yapmış olduğu katkının daha fazla araştırılması gerekmektedir. Yetişkin hastaların önemli bir grubu da, farklı genlerdeki VUS'ların kombinasyonu sonucu sınıflandırılmayan bir SAID fenotipine sahip olabilmektedirler. Bu tabloların mikst otoenflamatuvar hastalık 'mixed autoinflammatory disorder' (MAID) başlığı altında takip edilmesi hastalık seyri ve uzun vadeli prognozlarının değerlendirilmesi yönünden yararlı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Mikst otoenflamatuvar hastalıklar (MAID), systemic autoinflammatory disorders (SAID)

Tablo 1. Gattorno ve ark.'nın kriterlerine göre sınıflandırılan hastaların genotip ve fenotipleri

| Hasta numarası | Cinsiyet | Güncel yaş | Sınıflandırma | Gen | | | | | | | Klinik | | |
|----------------|----------|------------|---------------|-------------------|--|--|--|---|---|---|---|--|--|
| | | | | Majör | Amino asit değişimi | rs numarası | Diğerleri | Amino asit değişimi | rs numarası | Sıklık | Tipik | Atipik | |
| 1 | E | 45 | FMF | MEFV * | p.Met694Val | rs61752717 | NLRP3 † | | p.Gln705Lys | rs35829419 | 0.030266 | 3 gün süren artrit, karın ve göğüs ağrısı atakları | Sensorinöral işitme kaybı |
| 2 | E | 37 | FMF | MEFV* | p.Met694Val | rs61752717 | TNFAIP3 † | c.1233G>T | | - | - | 3 gün süren artrit, karın ve göğüs ağrısı atakları | Ankilozan spondilit ve Crohn hastalığı |
| 3 | E | 72 | FMF | MEFV* | p.Met694Ile | rs28940578 | NLRP3 † IL10RB † | p.Gln705Lys c.49>47C>T | rs35829419 | 0.030266 | 3 gün süren artrit, karın ve göğüs ağrısı atakları, amiloidoz | Yok | |
| 4 | E | 36 | FMF | MEFV* | p.Met694Val | rs61752717 | TNFAIP3* | p.Thr647Pro | rs142253225 | 0.001885 | 3 gün süren artrit, karın ve göğüs ağrısı atakları | Aseptik menenjit, sensorinöral işitme kaybı | |
| 5 | E | 32 | FMF | MEFV* | p.Met694Val | rs61752717 | NLRP3 † | p.Thr954Met | rs139814109 | 0.000740 | 3 gün süren karın ve göğüs ağrısı atakları, amiloidoz | Yok | |
| 6 | K | 44 | FMF | MEFV* | p.Met694Val | rs61752717 | TNFRSF1A † | p.Arg283Lys | rs149342980 | 0.000227 | 3 gün süren artrit, karın ve göğüs ağrısı atakları, amiloidoz | Splenik, renal ve superior mezenterik arter anevrizması, pansitopeni | |
| 7 | E | 56 | FMF | MEFV † | p.Arg408Gln p.Pro369Ser | rs11466024 rs11466023 | NLRP3 † | p.Gln703Lys | rs35829419 | 0.030266 | 3 gün süren artrit, amiloidoz | Yok | |
| 8 | K | 31 | FMF | MEFV* | p.Met694Val | - | LPIN2 † | p.Pro626Ser | - | - | - | Artrit | Optik nörit |
| 9 | E | 49 | FMF | MEFV† | p.Val726Ala p.Met680Ile | rs28940579 rs28940580 | CARD14 † | p.Asp176His | rs144475004 | 0.000945 | Artrit | Pyoderma gangrenosum, akne, hidradenitis suppurativa | |
| 10 | E | 21 | FMF | MEFV† | p.Ser444Leu p.Pro396Ser p.Arg408Gln p.Arg761His | rs137947663 rs11466023 rs11466024 rs104895097 | SH3BP2 † | p.Ser444Leu | rs137947663 | 0.000008 | 3 gün süren karın atakları, amiloidoz | Yok | |
| 11 | E | 26 | FMF | MEFV* | | | NOD2 † TMEM173 † | p.Arg235Cys p.Asn183Ser p.Met41Lue | rs104895422 rs201277595 | 0.000121 0.000015 | Artrit | Pyoderma gangrenosum | |
| 12 | E | 57 | VEXAS | | | | UBA1 † NLRP7 † | p.Cys399Tyr | rs104895510 | - 0.000408 | Ateş, artrit, miyelodisplastik sendrom, nefritik sendrom, kriyoglobulinemik vaskülit, otoimmün hemolitik anemi, immün trombositopeni | Yok | |
| 13 | E | 28 | DADA2 HA20 | ADA2* TNFAIP3* | p.Pro251Leu p.Thr647Pro | rs148936893 rs142253225 | NLRP3 † | p.Gln705Lys | rs35829419 | 0.030266 | Ateş, böbrek AA amiloidoz, artrit, çölyak, dalak, superior, inferior mezenterik, bilateral renal arterlerde çoklu trombotik mikroanevrizmalar | Yok | |
| 14 | K | 28 | DADA2 | ADA2* | p.Gly47Arg | rs202134424 | IKKB † NLRP2 † NLRP7 † SERPING1 † | p.Gly555Arg p.Ile532Thr p.Val101Leu p.Ala2Val | rs14901177 rs147222602 rs540923289 rs185342631 | - 0.000087 0.000011 0.001115 | Ateş, döküntü, serebrovasküler olaylar, sensorinöral işitme kaybı | Yok | |
| 15 | K | 41 | DADA2 | | | | ADA2 † MEFV † | p.Lys158AsnfsTer26 p.Glu148Gln | rs1317479109 rs3743930 | - 0.028203 | Serebrovasküler olaylar (antifosfolipid seroloji negatif) | Sistemik lupus eritematosus (artrit, malar raş, lupus nefriti) | |
| 16 | K | 27 | HA20 | | | | TNFAIP3 † MEFV † NLRP12 † LPIN2 † | p.Thr647Pro p.Glu520Val p.Glu148Gln p.Gly448Ala p.Lys387Glu | rs142253225 rs769888172 rs3743930 rs104895566 rs104895501 | 0.001885 0.000019 0.028203 0.00009 0.000960 | Ateş, aftöz stomatit, genital ülser, üveit, Paterji pozitifliği, sitopeni ve hiperinflamatuvar yanıt olduğu ataklar | Yok | |

Tablo 2. Fenotip baskınlığına göre sınıflandırılan hastaların genotip ve fenotipleri

| Hasta numarası | Cinsiyet | Güncel yaş | Patojenik | Muhtemel patojenik | VUS | Amino acit değişimi | rs numarası | Sıklık | Fenotip | Sınıflandırma |
|----------------|----------|------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---|---|--|--|----------------|
| 1 | K | 32 | MEFV p.Val726Ala rs28940579 | | IL10RB | p.Val108Met | - | - | Ateş, aftöz stomatit, periorbital ödem , artralji | PFAPA-benzeri |
| 2 | K | 21 | | | PSTPIP1 TRAP1 LPIN2 | p.Thr68Met c.1165+5G>A p.Cys874Phe | rs201872851 rs373016534 rs201160155 | 0.000457 0.000253 0.000227 | Ateş, aftöz stomatit, genital ülser, follikülit, döküntü | PFAPA- benzeri |
| 3 | K | 30 | | NLRP6 p.Arg799* rs370721274 | NLRP3 CASP5 | p.Val200Met p.Ser60Cys | rs121908147 rs572097980 | 0.007864 0.000045 | Ateş, aftöz stomatit, genital ülser, artrit sebebiyle Behçet hastalığı tanısı ve FSGS nedeniyle böbrek transplantasyonu | BH taklitçisi |
| 4 | E | 56 | | | NLRX1 IL36RN | p.Glu435Glyfs*40 p.Pro76Leu | - rs139497891 | - 0.000200 | Aftöz stomatit, genital ülser, Paterji pozitifliği, serebrovasküler olaylar üzerine Behçet hastalığı tanısı | BH taklitçisi |
| 5 | K | 36 | | | NLRX1 NLRP3 CARD14 | p.Trp35Leu p.Gln705Lys p.Arg38Cys | rs985939928 rs35829419 rs281875217 | 0.000015 0.030266 0.000008 | Ateş, aftöz stomatit, artrit (2 hafta süren ataklar) | BH taklitçisi |
| 6 | E | 47 | | | MEFV | p.Pro369Ser p.Arg408Gln | rs11466023 rs11466024 | 0.011398 0.012396 | Ateş, aftöz stomatit, genital ülser, splenomegali, nötropeni | BH taklitçisi |
| 7 | K | 46 | | | FAS NLRP3 TRAP1 NLRP13 | p.*336Tryext**? p.Val200Met p.Leu638Met p.Lys1033* | rs1258512501 rs121908147 rs147600197 rs766010573 | 0.000007 0.007864 0.000200 0.000000 | Ateş, aftöz stomatit, baş ağrısı, miyalji | BH taklitçisi |
| 8 | K | 28 | | | ADA2 NLRP3 TMEM173 | p.Met68Ile p.Gln705Lys p.Ala97Thr | rs146597836 - rs181566154 | 0.001734 - 0.000148 | Ateş, aftöz stomatit, servikal lenfadenopati, faringotonsillit, miyalji | BH taklitçisi |
| 9 | E | 33 | | | NLRP3 PSTPIP1 | p.Pro317Leu p.Ala353Val | rs180177462 rs200188483 | 0.000106 0.000098 | Her hafta olan ateş atakları ve beraberinde şiddetli baş ağrısı, optik nörit ve kranial MR'da heterojen kontrast tutulumu (lezyonun mezial temporal bölgenin sol tarafından kaynaklanması ve talamusa uzanması, kanama odakları) | BH taklitçisi |

Tablo 3. Sınıflandırılmayan hastaların genotip ve fenotipleri

| Hasta numarası | Cinsiyet | Güncel yaş | Patojenik | VUS | Amino acit değişimi | rs numarası | Sıklık | Fenotip | Sınıflandırma |
|----------------|----------|------------|---|--|---|---|---|---|-------------------|
| 1 | K | 22 | MEFV p.(Met680Ile) rs28940580 C1QA p.(Gln208*) rs121909581 | NLRX1 TRAP1 | p.Arg547Trp p.Arg692His | rs145779362 rs2791 | 0.005769 0.027481 | Sistemik lupus eritematozus tanısı Artrit, malar döküntü, sitopeni, lupus nefriti, serebrovasküler olay ve ANA, ds-DNA ve anti-Ro pozitifliği Antifosfolipid serolojisi negatif | Sınıflandırılmadı |
| 2 | E | 39 | | NLRP3 TNFRSF1A | p.Val200Met p.Cys158Tyr | rs121908147 - | 0.007864 - | Ateş, karın ağrısı, ve yüksek akut faz reaktan yanıtı ile FMF benzeri klinik | Sınıflandırılmadı |
| 3 | K | 23 | | MEFV STING1 | p.Glu148Gln p.Gly192Val | rs3743930 rs201096097 | 0.028203 - | Faringotonsillit, servikal lenfadenopati, aftöz stomatit | Sınıflandırılmadı |
| 4 | E | 22 | | TRAP1 LPIN2 | p.Leu638Met p.Pro348Leu | rs147600197 rs34676691 | 0.000200 0.001352 | Ateş, karın ağrısı, bulantı (4 gün süren ataklar) | Sınıflandırılmadı |
| 5 | K | 60 | | NLRX4 MEFV PLCG2 IL1R1 LPIN3 NLRP14 | p.Lys21Thr p.Glu148Gln p.Tyr648Cys p.Gly398Arg p.Val292Met p.Leu897Pro | - rs3743930 rs766742207 rs34835752 rs772608582 rs768724978 | - 0.028203 0.000008 0.001602 0.000042 0.000094 | Akut böbrek yetmezliği sebebiyle yapılan böbrek biyopsisi: nonkazefiy granülom | Sınıflandırılmadı |
| 6 | E | 29 | | NLRX4 NLRP3 PSMB9 | p.Ala160Thr p.Gln705Lys c.60+4A>G | rs113631419 rs35829419 rs1385542681 | 0.000744 0.030266 0.000005 | Ateş, karın ağrısı, aortit | Sınıflandırılmadı |
| 7 | K | 20 | | LPIN2 NOD2 | p.Lys387Glu p.Val162Ile | rs104895501 rs139571975 | 0.000960 0.000104 | Ateş, karın ve göğüs ağrısı, servikal lenfadenopati, sitopeni (nötropeni) | Sınıflandırılmadı |
| 8 | K | 48 | | TRAF3IP2 MEFV SERPINA3 FAS IL31RA CIITA | p.Pro100Arg p.Glu148Gln p.Glu109Gly p.Glu194Lys p.Ile553Asn p.Ala888Thr | rs533450897 rs3743930 - rs56006128 rs368179574 - | 0.000087 0.028203 - 0.001424 0.000023 - | Ateş, göğüs ağrısı, perikardit | Sınıflandırılmadı |
| 9 | K | 23 | | MEFV | p.Leu110Pro | rs11466018 | 0.003132 | Ateş, karın ağrısı, aftöz stomatit, faringotonsillit | Sınıflandırılmadı |
| 10 | K | 48 | | TRAP1 MEFV NOD2 PLCG2 CEBPE | p.Asp685Asn p.Arg653His p.Asn852Ser p.His193Gln p.Arg167His | rs61756352 rs104895085 rs104895467 rs201080992 rs540261393 | 0.001953 0.000060 0.000971 0.000525 0.000003 | Ateş, artrit atakları | Sınıflandırılmadı |
| 11 | E | 37 | | MEFV | p.Glu148Gln | rs3743930 | 0.028203 | 3 gün süren ateş, artrit atakları | Sınıflandırılmadı |
| 12 | K | 20 | | NOD2 MEFV NLRP2 CARD14 NOD2 TNFAIP2 | p.Asp290Gly p.Gly304Arg p.Asp417Asn c.1658+9_1658+11del p.Leu1007Profs*2 p.Gly39AAsp | - rs75977701 rs267605682 rs773281285 rs2066847 - | - 0.001379 0.000026 0.000026 0.013457 - | Ürtikeriyal döküntü, lenfadenopati, pansitopeni | Sınıflandırılmadı |

Romatoid artrit hastalarında meninks tutulumu olgu serisi: On bir hastanın klinik, radyolojik ve patolojik değerlendirmesi

Erdiñ Ünal¹, Samed Önder², Meryem Aslı Tuncer³, Mehmet Akif Topçuođlu³, Raħşan Göçmen⁴, Umut Kalyoncu¹

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

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara

⁴Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Romatoid artrit (RA) hastalarında nadir tutulum yerlerinden birisi meninkslerdir, bu tutulumu pakimenejit denilmektedir. Nadir olmakla birlikte önemli nörolojik semptomlar oluşturmaları nedeniyle romatologlar tarafından bilinmelidir. Bu çalışmada tek merkezde takip edilmiş RA ve menenjit olan hastaların demografik, klinik özellikleri, MR bulguları, tedavi seçenekleri ve prognozlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Hasta seçimi; hastanemizde 2010-2022 yılları arasında RA ICD-10 kodu sisteme girilmiş ve beyin MR görüntülemesi yapılmış hastalar taranmıştır. 2.945 hastanın tanısı ve MR raporları gözden geçirilmiştir. RA ve meninks tutulumu şüphesi olan 21 hasta saptanmıştır. Bu hastaların beyin MR görüntüleri radyoloji doktoru tarafından tekrar gözden geçirilmiş ve kesin RA ve menenjit olan 11 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastanemizde RA tanısında ICD-10 kodu doğru girilme oranı %35 olarak saptanmıştır, buna göre bu tarihler arasında olası RA hasta sayısının yaklaşık 7.000 olduğu öngörülmüştür. Romatolojik değerlendirme; hastaların RA tanısı, demografik özellikleri, hastalık süresi, akut faz yanıtları (menenjit sırasında), doktora göre eklem hastalık aktivitesi (remisyonda, hafif, orta, yüksek hastalık aktivitesi), RF ve anti-CCP düzeyleri, ekstra-artiküler tutulumları (romatoid nodül, interstisyel akciğer hastalığı, keratokonjunktivitis sikka, perikardit, plevral efüzyon, sklerit, vaskülit), komorbiditeleri, tedavi seçimleri tekrar gözden geçirilmiştir. Nörolojik değerlendirme; nörolojik bulgular şu şekilde sınıflandırılmıştır; baş ağrısı veya meningeal irritasyon bulgusu, hareket bozuklukları (parkinsonizm, yürüme imbalansı, ekstremitelerin anormal hareketleri, fokal belirtilerle açıklanamayan düşme), nöropsikiyatrik semptomlar (mental durum değişiklikleri, konfüzyon, apati, depresyon ve irritasyon), nöbet, fokal nörolojik belirtiler (hemiparezi, pozitif Babinski işareti, afazi, palsi, hipoestezi). BOS hücre sayımı, oligoklonal bant, EEG bulguları kaydedildi. Beyin MR görüntüleme ve patolojik inceleme; ilk başlangıçta ve takip sırasında beyin MR'lar radyoloji bölümünce tekrar değerlendirilmiştir. Lezyonların lokasyonu, tek-çift taraflı, mesial/convexity tutulumu, meninks tutulum yeri (leptomeningeal, pakimenejit), parankim tutulumunun varlığı, sulkal hiperintensite varlığı, difüzyon kısıtlılığı, hidrosefali varlığı belirlenmiştir. Dokuz hastada kontrol beyin MR vardı, MR'a göre tam iyileşmiş/minimal rezidü kalmış, aktif-kötüleşme var olarak değerlendirildi. Meninks patolojisi olan hastaların bulguları da kaydedildi.

Bulgular: 11/7000 (%0,15) RA hastasında meninks tutulumu saptanmıştır. On bir hastanın 8'i (%72,7) kadındı, ortanca

yaşları 61'di (50-74). Hastaların hepsi seropozitif. 10/11 (%91) hastada menenjit sırasında akut faz yanıtı yüksekti. İki hastada (%18,1) menenjit tanısı RA tanısından önceyken ikisinde RA ve menenjit tanıları eş zamanlı olarak konulmuştu. RA ve menenjit arasındaki süre 12,4 (8,4) yıldır. İki hastada menenjit sırasında aktif hastalık vardı. Hastaların 7'sinde (%63,6) ekstra-artiküler tutulum vardı. Nörolojik bulgular şu şekildeydi; fokal nörolojik belirti (72,7), nöropsikiyatrik semptom (%54,5), baş ağrısı (%45,4), nöbet (%27,2), hareket bozuklukları (%18,1). On hastada BOS incelemesi yapıldı, ikisinde glukoz düşük (%20), 7'sinde (%70) protein yüksek, 6'sında (%60) MN predominansı vardı. Hastaların tutulan beyin bölgesi, meninks tutulum yerleri Tablo 2'de gösterilmiştir. Hastaların 10'unda tedavi bilgisi vardı, hepsine yüksek doz steroid, 7'sine pulse steroid, 5'ine rituksimab, 5'ine siklofosamid verilmişti. Klinik yanıt 9 hastada biliniyordu, 8'inde tam veya kısmi yanıt vardı.

Sonuç: RA hastalarında leptomeningeal tutulum sıklığı bilinmemektedir, literatürde olgu serileri vardır. Tersiyer bir merkezde yaklaşık 12 yıllık takipte %0,15 sıklıkla RA'da meninks tutulumu olduğu görülmüştür. Üniversitemizin referans merkezi olması da göz önüne alınarak gerçek sıklığın daha da düşük olduğu ön görülebilir. RA'da meninks tutulumunun değerlendirildiği en geniş seridir. Değişik nörolojik başvuru şekilleri olabilmektedir, hastalarda RA tanısından önce de meninks enflamasyonu görülebilmektedir. Glukokortikoid ve rituksimab/siklofosamid asıl tedavi seçeneğini oluşturmaktadır. Hastalarda iyi tedavi yanıtı elde edilmekle birlikte hidrosefali gibi değişiklikler de görülebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, romatoid menenjit, pakimenejit

PS-019

Ailevi Akdeniz Ateşi hastalarında serum protein 14-3-3 eta düzeyi ile hastalığın klinik özellikleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi

Ayla Avcu¹, Derya Yıldırım², Abdulsamet Erden², Hamit Küçük², Berna Göker², Mehmet Akif Öztürk², Abdurrahman Tufan²

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

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Protein 14-3-3 hücre içi protein ailesindedir. Protein 14-3-3 eta pirin aktivite düzenleyicisidir. Pirine 14-3-3 bağlanması enflamasyonu inhibe ederken, mutasyona pirin varlığında 14-3-3 bağlanması azalır ve enflamasyonun aktivasyonu oluşur. Romatoid artrit hastalarında protein 14-3-3 düzeyi hem sinovyal sıvı hem de dolaşımında artmış olarak saptanmış olup erken prognostik öneme sahip olduğu görülmüştür. Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) tekrarlayan ateş, karın ağrısı, göğüs ağrısı, eklem ağrısı ve deride döküntü atakları ile seyreden otoenflamatuvar bir hastalıktır.

Yöntem: Çalışmanın amacı AAA olan ve olmayan hastalarda serum protein 14-3-3 eta düzeylerini değerlendirmek ve protein 14-3-3 eta'nın hastalığın klinik aktivitesi, hasar varlığı ve akut faz değerleri ile diğer laboratuvar ilişkisini araştırmaktır. Çalışmaya 104 AAA hastası ve 50 sağlıklı kontrol dahil edildi. Periferik

kan örneklerinden serum protein 14-3-3 eta düzeyleri ELK Biotechnology marka kit (Çin) aracılığıyla ELISA yöntemiyle analiz edildi. Çalışmamızın sonucunda protein 14-3-3 eta'nın AAA hastalığının patogenezinde etkili olduğu görülmektedir. Molekülün klinik ile bir ilişkisi saptanmamıştır. Hastalığın tespitinde kullanışlı bir marker olabilir fakat prognoza bir etkisi olmadığı düşünülmektedir.

Bulgular: AAA hastalarının klinik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Kontrol grubu ile yaş, cinsiyet ve vücut kitle indeksi gruplar arası benzer sonuçlara sahipti (p=0,324, p=0,075 ve p=0,068) (Tablo 2). Protein 14-3-3 eta düzeyi AAA hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşüktü (p<0,001).

Sonuç: Ancak hastalığın klinik özellikleri ile molekül düzeyi arasında herhangi bir ilişki olmadığı tespit edildi (p>0,05). Atak-atak dışı hastalar, amiloidoz olan-olmayan hastalar arasında protein 14-3-3 eta düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Bu molekül hastalık patogenezinde önemlidir. Ayrıca literatür ile uyumlu olarak AAA hastalarında kontrol grubuna göre C-reaktif protein (CRP) ve eritrosit sedimentasyon hızı anlamlı derecede yüksekti (p<0,001 ve p<0,001).

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz Ateşi, 14-3-3 eta protein

PS-020

Romatoid artrit hastalarında tromboz sıklığı ve ilişkili faktörler: E-Nabız verileri

Umut Kalyoncu¹, Hasan Satış², Gizem Ayan¹, Erdem Karabulut³, Abdulsamet Erden⁴, Berkan Armağan⁵, Duygu Tecer⁶, Alper Sarı⁷, Hakan Babaoğlu⁵, Levent Kılıç¹, Orhan Küçükşahin⁸, Murat Çağlayan⁹, Mustafa Okan Ayvalı¹⁰, Naim Ata¹⁰, Mustafa Mahir Ülgü¹¹, Şuayip Birinci¹²

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

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

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

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

⁵Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Ankara

⁶Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

⁷Ankara Etiler Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

⁸Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Ankara

¹⁰Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara

¹¹Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Ankara

¹²Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Ankara

Amaç: Romatoid artrit (RA) hastalarında artmış tromboz riski vardır. Trombozu etkileyen hastalık ilişkili faktörlerin yanı sıra komorbiditeleri, tedavi seçimleri de etkili olabilir. Bu çalışmada e-Nabız veri tabanına kayıtlı RA hastalarında tromboz sıklığı ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Hasta seçimi; bu inceleme 01.2016-31.12.2022 arasında e. nabızda kayıtlı hastaları içermektedir. RA ile ilgili ICD-10 kodu (M05.0', 'M05.1', 'M05.2', 'M05.3', 'M05.8', 'M05.9', 'M05.0', 'M06', 'M06.0', 'M06.1', 'M06.2', 'M06.3', 'M06.4', 'M06.8', 'M06.9) en az bir defa girilmiş hasta sayısı 1.409.504'dür. 30 gün arayla en az iki defa RA-ICD-10 kodu girilmiş hasta sayısı ise 643.309'dur. Bu çalışmada 30 gün arayla en az iki defa ICD-10 kodu girilmiş ve en az bir sentetik ve/veya biyolojik DMARD kullanmış hastaların verileri analiz edilmiştir. Toplanan veriler; hastaların yaş, RF pozitifliği, overlap sıklığı, komorbiditeleri (glukoz intoleransı, HT, HL akciğer hastalıkları, Hepatit, malinite, böbrek hastalıkları, nöropsikiyatrik hastalıklar) ve herhangi bir zamanda kullanılan tedavileri (glukortikoid, sentetik ve biyolojik DMARD kullanımı), b/t arasında değişim ve ilk bölüm (romatoloji ve FTR) ve kurum (Üniversite, 2. ve 3. Basamak, Özel Hastane, Özel ve Vakıf Üniversitesi) başvuruları kaydedilmiştir. Hem arteriyel hem de venöz trombozlar kaydedilmiştir. Trombozu olan hastalar ICD-10 kodlarına ('I82.0', 'I82.1', 'I82.2', 'I82.3', 'I82.8', 'I82.8', 'I74.0', 'I74.1', 'I74.2', 'I74.3', 'I74.4', 'I74.5', 'I74.8', 'I74.9', 'I80.0', 'I80.1', 'I80.2', 'I80.3', 'I80.8', 'I80.9', 'I82.0', 'I82.2', 'I82.3', 'I82.8', 'I82.9', 'O22.2', 'O22.3', 'O22.5', 'I51.3', 'I81', 'N28.0', 'K55.0, I26.0', 'I26.9', 'I80.20', 'I80.28) göre belirlenmiştir. En az 10 gün arayla ilgili ICD-10 kodlarının üç defa girilmiş hastalar tromboz var olarak gruplanmıştır. Pulmoner tromboembolisi olan hastalar ayrıca kaydedilmiştir. Tromboz tarihi ve hastalık zamansal ilişkisi arasında analiz yapılmamıştır. Hastaların demografik özellikleri ve komorbiditeleri; 347.902 RA hastasının 10.149'unda (%2,9) tromboz vardır. 2.183 (%0,62) hastada PTE vardı. Trombozu olan hastalar daha ileri yaşta, RA ve SLE overlap daha siktir, komorbid hastalıklar (astım, KOAH, İAH, kronik karaciğer hastalığı, HT, HL, böbrek hastalığı) trombozu olanlarda daha siktir.

Bulgular: Hastaların tedavileri; trombozu olan hastalarda anti-TNF kullanımı (%39,7'ye karşı %49,8) ve JAK inhibitörleri (%9,1'e karşı %14,6) kullanımı daha azken B hücre blokörlerinin (%37,3'e karşı %22,8) kullanımı daha siktir.

Sonuç: Türkiye'deki RA hastalarında herhangi bir zamanda tromboz sıklığı %2,9'dur. Bu sıklık literatür ile benzerlik göstermektedir. Beklendiği üzere yaş ve diğer komorbid hastalıklar bu hasta grubunda daha siktir. Her ne kadar zamansal ilişki gösterilmemiş olsa da JAK inhibitörü ve anti-TNF kullanımı trombozu olan RA hastalarında daha az sıklıkta saptanmışken, rituksimab ve anti-IL6 kullanımı daha siktir, bu durum eşlik eden komorbid hastalıklarla (SLE, malinite gibi) ilgili olabilir. Zamansal ilişkinin belirlendiği incelemeler e-Nabız gibi büyük gerçek yaşam verilerinde çalışılması planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, tromboz, biyolojik tedavi, ulusal veri

Primer Sjögren sendromu ve uyku kalitesi arasındaki ilişki

Ezgi Kubur¹, Zeliha Ademoğlu², Yelin Koçak Ünsal², Elif Güngör², Rabia Gökçen Umurca Aydemir², Hakan Emmungil²

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

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

Amaç: Primer Sjögren sendromunda (PSS) özellikle ekzokrin bezleri hedef alan kronik otoimmün enflamatuvar bir hastalıktır. PSS'nin temel klinik belirtisi sikka semptomları olsa da büyük ölçüde ekstra-glandüler tutulumlar da ortaya çıkabilir. PSS'nin ekstra glandüler belirtileri arasında, psiko-bilişsel sorunlar sıklıkla gözlenir, prevalansı %10 ile %60 arasında değişir. Bu psiko-bilişsel sorunlardan biri de uyku bozukluğudur. Bu çalışmanın amacı PSS'de uyku kalitesi ve hastalık aktivitesi gibi uykuyu etkileyen faktörleri araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmamıza Haziran 2021-2023 tarihleri arasında 2016 ACR/EULAR kriterlerine göre PSS tanısı konulan 106 hasta dahil edilmiştir. Hastaların demografik ve klinik verileri hasta kayıt sisteminden elde edilmiştir. Hastalık aktivitesini değerlendirmek için 'EULAR Sjögren sendromu (SS) hastalık aktivitesi indeksi (ESSDAI)' ve 'EULAR SS Patient Reported Index (ESSPRI)', fonksiyonellik ve yaşam kalitesini değerlendirmek için ise 'sağlık değerlendirme anketi (HAQ)' kullanılmıştır. Uyku kalitesini değerlendirmek için Pittsburgh uyku kalitesi indeksi (PUKİ) Türkiye versiyonu, anksiyete ve depresyonu değerlendirmek için Beck anksiyete ölçeği (BAÖ) ve Beck depresyon ölçeği (BDÖ) uygulanmıştır. PUKİ puan kestirim değeri 5 alınarak yapılan kategorizasyona göre 5 puan altında olan grup iyi uyku kalitesine sahipken 5 ve üzerinde puan alanlar kötü uyku kalitesine sahip olarak değerlendirilmiştir. Uyku kalitesine göre, klinik özellikler, hastalık aktivite skorları, anksiyete ve depresyon özellikleri karşılaştırılmıştır. PUKİ'ye göre iyi ve kötü uyku kalitesine sahip olan iki grup arasında tek değişkenli analizlerde anlamlı farklılık ($p<0,005$) saptanmış olan parametreler için çok değişkenli lojistik regresyon analizi uygulanmıştır.

Bulgular: Hastaların demografik ve klinik özellikleri, ESSDAI, ESSPRI, HAQ, BDÖ ve BAÖ, PUKİ puanları kategorize edilerek Tablo 1'de gösterilmektedir. Analize alınan 106 hastanın 98'i (%92,5) kadın, 8'i (%7,5) erkek, yaş ortalaması $55,80\pm 11,39$ olarak saptanmıştır. Çalışmamızda 106 hastanın 66'sı (%62,3) kötü uyku kalitesine sahipti. Ayrıca depresyonun eşlik etmediği pSS hastalarında ise %28'inde uyku kalitesinin kötü olduğu izlenmiştir. Uyku kalitesi iyi ve kötü olan hastalar arasında yaş, cinsiyet, antidepresan ve immünsüpresif ilaç kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 2). Hastalık aktivitesi açısından değerlendirildiğinde ise, iyi uyuyanlara göre uyku kalitesi kötü olanlarda orta-yüksek derecede hastalık aktivitesi (ESSDAI ≥ 5) skoru daha fazla tespit edilmiştir ($p<0,007$). Kötü uyku kalitesine sahip hastalarda komorbid hastalık ve organ tutulumu oranı daha fazla tespit edildi (sırasıyla $p<0,025$, $p<0,011$). PSS hastalarında %78,3'ünde hafif, %21,7'sinde ise orta ve şiddetli anksiyete saptanmıştır. Aynı zamanda hastaların %53,8'inde çeşitli düzeylerde depresyon saptanmıştır. Anksiyete ve depresyon açısından bakıldığında, şiddetli depresyon ve anksiyete kötü uyku kalitesine sahip olan grupta daha yüksekti ($p<0,001$). Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde uyku kalitesini etkileyen bağımsız faktörler depresyon ve anksiyete skorları olarak saptanmıştır (sırasıyla OR: 1,128, $p=0,028$; OR: 1,111, $p=0,041$) (Tablo 3). Çalışmamızda PSS hastalarında uyku bozukluğunun yaygın olduğu gösterilmiştir. Bu hastalarda anksiyete ve depresyon gibi klinikler de sıklıkla eşlik etmektedir. Buna göre bu sonuçlar, depresyon ve anksiyetenin uyku kalitesi üzerinde belirgin bir rol oynayabileceğini ve hastaların psikolojik sağlık durumunun uyku kalitesini etkileyebileceğini düşündürmektedir. Uyku kalitesi kötü olan hastalarda daha yüksek hastalık aktivitesi ve daha fazla organ tutulumunun olması bu hastalarda uyku kalitesinin organ tutulumu ve hastalık aktivitesi ile ilgili olabileceğini de akla getirmektedir.

Sonuç: Sonuç olarak PSS'de uyku kalitesi bozuktur ve uyku kalitesini bozabilecek anksiyete, depresyon ve fibromiyalji gibi komorbiditeler sıklıkla eşlik etmektedir. Bu nedenlerle PSS hastalarına bütüncül yaklaşılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, depresyon, primer Sjögren sendromu, uyku kalitesi, yorgunluk

Behçet sendromunda aksiyel spondiloartrit prevalansı: Ardışık hasta popülasyonunda ASAS kriterleri ile değerlendirme

Alihan Özyay¹, Sinem Nihal Esatoğlu², İbrahim Adaletli³, Fatih Kantarcı⁴, Ahmet Öz³, Erkan Yılmaz⁵, Gülen Hatemi², Emire Seyahi², Serdal Uğurlu², Didar Uçar⁶, Hasan Yazıcı⁷, Melike Melikoğlu²

¹*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

²*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, İstanbul*

³*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

⁴*Surp Pirgic Hastanesi, İstanbul*

⁵*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Doku Tiplendirme Laboratuvarı, İstanbul*

⁶*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

⁷*Academic Hospital, İstanbul*

Amaç: Behçet sendromu (BS) ve spondiloartritleri (SpA) birbirinden ayıran belirli özellikler bulunmakla birlikte, her iki enflamatuvar hastalık da üveit, entezit, enflamatuvar bağırsak hastalığı ve artrit gibi ortak klinik bulgular içermektedir. Daha da ötesi, her iki hastalıkta da güçlü bir MHC sınıf I ilişkisi bulunmakta ve genom çapında ilişkilendirme çalışmaları SpA ve BS arasında patogeneze ilişkili benzer yollarla saptamıştır. Bu çalışmada, Assessment in SpondyloArthritis International Society (ASAS) sınıflandırma kriterlerini kullanarak BS hastalarında aksiyel SpA (aksSpA) sıklığını belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya 45 yaş altında olan ve Uluslararası Çalışma Grubu kriterlerini karşılayan toplam 84 ardışık BS hastası dahil edildi. ASAS'a göre kronik sırt ağrısı tarifleyen hastalara aksSpA için ASAS sınıflandırma kriterleri uygulandı. Sorgulama sırasında veya geçmişte kronik sırt ağrısı olduğunu söyleyen hastalara SpA özellikleri sorgulandı ve HLA-B27 ile C-reaktif protein testi ve düz grafi ile sakroiliak eklemlere yönelik manyetik rezonans görüntülemesi (MRG) yapıldı. Enflamatuvar sırt ağrısı

ASAS kriterleri ile sorgulandı. Radyolojik görüntülemeler iki deneyimli radyolog tarafından incelendi. BS hastalarındaki aksSpA prevalansını genel popülasyonda %1,4 olan prevalans ile karşılaştırmak için tek örneklem t-testi kullanıldı.

Bulgular: Seksen dört BS hastasının 29'unda (%34) sorgulama sırasında kronik sırt ağrısı vardı ve 15'inde (%52) ağrı enflamatuvar karakterdeydi. Dört hasta (%5; %95 GA: 1,3-12,0; p=0,03) ASAS'a göre aksSpA kriterlerini karşılıyordu. Bir hasta radyografik aksSpA, diğer 3 hasta non-radyografik aksSpA olarak sınıflandı (Tablo 1). Non-radyografik aksSpA'lı 3 hastadan biri görüntüleme kolu (MRG pozitif), diğer 2 hasta klinik koldaydı (HLA-B27 pozitif). Bu 4 hastanın SpA ve BS özellikleri Tablo 1'de sunuldu. Toplam hasta popülasyonunun 4'ünde (%7) HLA-B27 pozitif. Geçmişte kronik sırt ağrısı öyküsü olan 13 BS hastasından sadece biri radyografik aksSpA olarak sınıflandı. Bu hasta enflamatuvar sırt ağrısı, düz grafi ve MRG'de sakroiliit varlığı, artrit, NSAİİ'ye iyi yanıt ve pozitif aile öyküsü ile aksSpA olarak sınıflanmıştı. BS hastalarında ASAS kriterlerine göre aksSpA prevalansı %5 (%95 GA: 1,3-12) idi ve genel popülasyona göre bu prevalans daha yüksekti. BS hastalarında birçok SpA özelliğinin sıklıkla gözlemlendiği göz önüne alındığında, BS'nin SpA'yı taklit edebileceği (veya tam tersi) beklenebilir. Bununla birlikte, posterior üveit, BS'nin vasküler ve nörolojik tutulumu gibi bazı mukokütanöz ve majör organ tutulumları iki hastalığı birbirinden ayırmada yardımcı olmaktadır. Bulgularımızı yorumlarken ASAS kriterlerinin aksSpA için sadece %80 duyarlılıkta ve özgüllükte oluşu ile hastane kohortunda yapılan bir çalışma olmasının yol açabileceği yanlılığı dikkate alınmalıdır.

Sonuç: BS hastalarında ASAS kriterlerine göre aksSpA prevalansı %5 (%95 GA: 1,3-12) idi ve genel popülasyona göre bu prevalans daha yüksekti. BS hastalarında birçok SpA özelliğinin sıklıkla gözlemlendiği göz önüne alındığında, BS'nin SpA'yı taklit edebileceği (veya tam tersi) beklenebilir. Bununla birlikte, posterior üveit, BS'nin vasküler ve nörolojik tutulumu gibi bazı mukokütanöz ve majör organ tutulumları iki hastalığı birbirinden ayırmada yardımcı olmaktadır. Bulgularımızı yorumlarken ASAS kriterlerinin aksSpA için sadece %80 duyarlılıkta ve özgüllükte oluşu ile hastane kohortunda yapılan bir çalışma olmasının yol açabileceği yanlılığı dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, ASAS, spondiloartrit

Tablo 1. aksSpA kriterlerini sağlayan 4 BS hastasının BS ve SpA özellikleri

| SPA ÖZELLİKLERİ | HASTA 1 (37, E) | HASTA 2 (34, K) | HASTA 3 (38, K) | HASTA 4 (39, E) | BS MANİFESTASYONLARI |
|--------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|--|
| İNFLAMATUAR SIRT AĞRISI (ASAS) | | | | | ORAL ÜLSER |
| ARTRİT | | | | | GENİTAL ÜLSER |
| AİLEDE SPA VARLIĞI | | | | | PAPÜLOPÜSTÜLER LEZYONLAR |
| PSÖRİYAZIS | | | | | ERİTEMA NODOZUM |
| CRP YÜKSEKLİĞİ | | | | | PATERJİ |
| HLA B27 | | | | | HLA B51 |
| ENTEZİT | | | | | NÖROBEHÇET |
| İNFLAMATUAR BAĞIRSAK HASTALIĞI | | | | | GİS BEHÇET |
| NSAİD YANITI | | | | | VASKÜLER |
| ANTERIOR ÜVEİT | | | | | ÜVEİT (PANÜVEİT YA DA POSTERIOR ÜVEİT) |
| DAKTİLİT | | | | | |
| GRAFİDE SAKROİLİT | | | | | |
| MR GÖRÜNTÜLEMEDE SAKROİLİT | | | | | |
| NON-RADYOGRAFIK aksSpA | | | | | |
| RADYOGRAFIK aksSpA | | | | | |

PS-023**Primer Sjögren sendromunun parotis bezi ultrasonografi görüntülerinde makine öğrenimi ile tanısal ayrımının incelenmesi**

Gamze Akkuzu¹, Sena Tolu², Muhammed Furkan Daşdelen³, Rabia Deniz¹, Bilgin Karaalioglu¹, Duygu Özgür¹, Fatih Yıldırım¹, Cemal Bes¹

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

²Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

³Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

Amaç: Primer Sjögren sendromu (pSjS), ekzokrin glandüler yapıların lenfosit infiltrasyonu ile karakterize sistemik otoimmün bir hastalıktır. Hastalığın tanısı klinik, serolojik ve histolojik bulguların kombinasyonuna dayanır. Geçmiş senelerde çeşitli tanı/sınıflama kriterleri geliştirilmiş ve 2016 yılında ACR/EULAR komiteleri tarafından pSjS Sınıflandırma Kriterleri başlığında son kriterler sunulmuştur. Buna göre, serolojik belirteçler (anti-SSA) ve minör tükürük bezi biyopsisi (MTB) pSjS'nin objektif tespitinde temel dayanak noktalarını oluşturmuştur. MTB diğer tanı yöntemleri ile karşılaştırıldığında en yüksek duyarlılık ve özgüllüğü sunmasına rağmen, invaziv, zahmetli ve hastalar için rahatsızlık verici olmaya devam etmektedir. Serolojik belirteçler ise optimalin altında duyarlılık seviyelerine sahiptir. Tükürük bezi ultrasonografisi (US), maliyet, invaziv olmama, güvenlik gibi açılardan avantajlı bir tanısal görüntüleme yöntemidir. Ancak US görüntülerinin değerlendirilmesi operatör bağımlı ve subjektiftir. Tanısal doğruluk ise uzun yıllara dayanan deneyime bağlıdır. Bu çalışmamızda, tükürük bezi US'nin pSjS'deki tanısal performansını makine öğrenimine dayalı bir metod ile test etmeyi hedefledik.

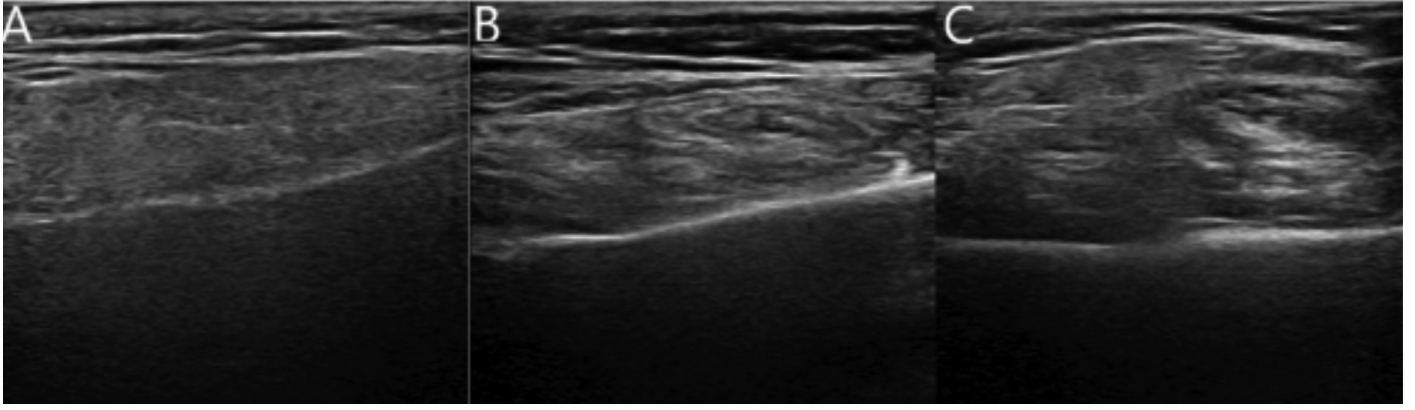
Yöntem: Kliniğimize başvuran, ağız ve/veya göz kuruluğu ya da serolojik belirteçler nedeniyle SjS açısından tetkik edilmiş

kişiler çalışmaya dahil edildi. 2016 ACR/EULAR kriterlerine göre, pSjS tanısı alan (n=19) ve olmayan (şüpheli, n=25) ile sağlıklı kontrol (n=25) olmak üzere üç gruptaki kişiler için US taramaları gerçekleştirildi. Tüm US taramaları, klinik verilerden haberdar olmayan ve bir Philips Lumify tarayıcı kullanan aynı uzman tarafından gerçekleştirildi. Parotis bezler için iki taraflı longitudinal ve transversal planlarda görüntüler alındı (Şekil 1). On dokuz pSjS hastası, 25 şüpheli ve 25 sağlıklı bireyden alınan toplam 134 parotis US görüntüsü analiz edildi. Sınıflandırma görevleri için Resnet34 mimarisi kullanıldı. Başlangıçta model yalnızca pSjS hastalarından ve sağlıklı bireylerden alınan görüntüler kullanılarak eğitildi ve ardından pSjS hastalarındaki US anormalliklerini tespit etmek için 'class activation mapping' (CAM) algoritması uygulandı. İkinci aşamada ise model, her üç gruptan görüntülerle eğitildi. Eğitilen modelle US görüntülerinden çıkarılan özellikler, 'uniform manifold approximation and projection' (UMAP) çizimi kullanılarak görselleştirildi.

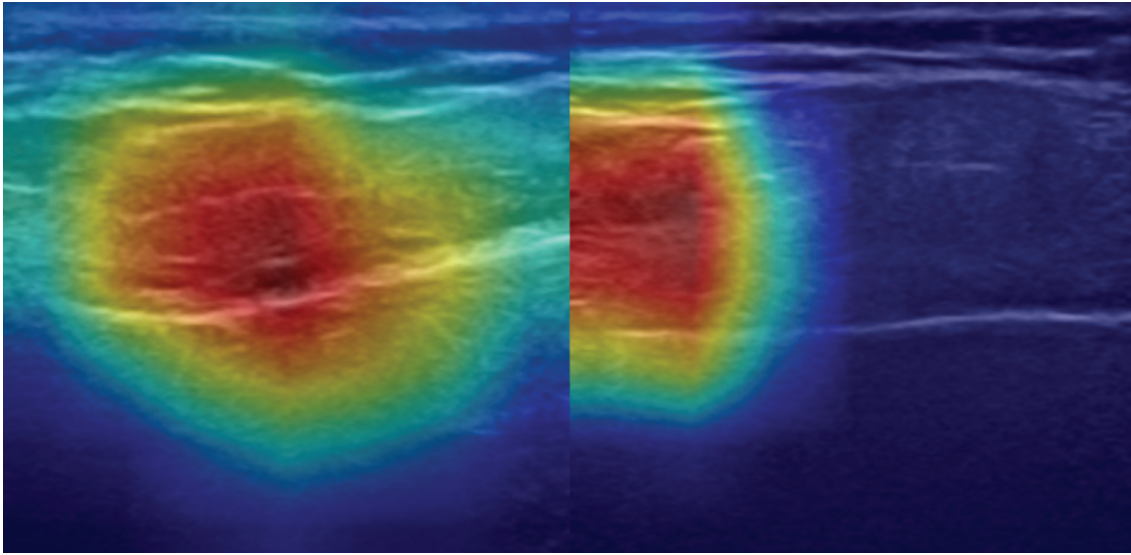
Bulgular: İkili sınıflandırma, 5 kat çapraz doğrulamaya dayalı olarak 0,94±0,06 doğruluk elde ederken, çoklu sınıf modeli 0,71±0,1 doğruluk kaydetti. CAM algoritması tarafından oluşturulan aktivasyon haritaları, US görüntülerinde ağırlıklı olarak hipoekojenik bölgeleri ve hiperintens bantları vurguladı (Şekil 2). UMAP görselleştirmesi, pSjS hastaları ve sağlıklı bireyler arasında belirgin bir kümelenme olduğunu ve şüpheli olguların hasta grubu içerisine serpiştirildiğini gösterdi (Şekil 3).

Sonuç: Bu makine öğrenme sistemi ile pSjS hastaları ve sağlıklı bireyler belirgin bir şekilde ayrı kümelenme gösterdi. Bu metod pSjS'yi sağlıklı kişilerden ayırmada önemli bir teşhis yeteneği göstermiştir. Ancak şüpheli olgulardan ve diğer hastalıklardan ayırt etmedeki yeteneğinin daha büyük hasta kohortlarında test edilmesine ihtiyaç vardır.

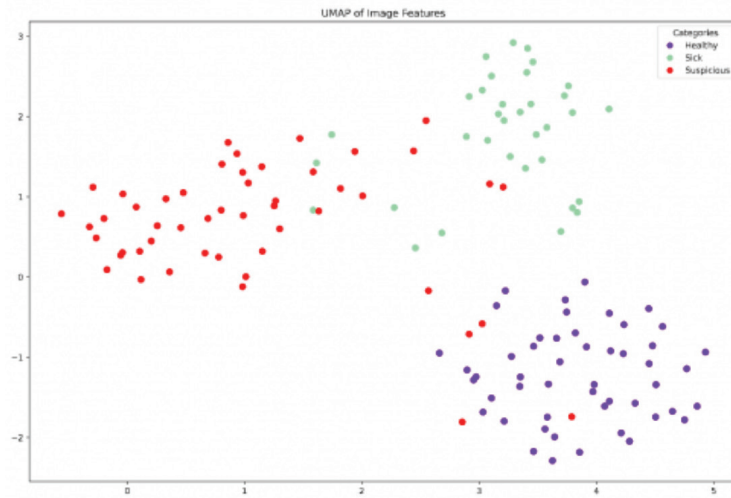
Anahtar Kelimeler: Primer Sjögren sendromu, parotis ultrasonografisi, makine öğrenimi



Sekil 1. A) Sağlıklı. B) Şüpheli. C) Hasta parotis US görüntüleri



Sekil 2. CAM algoritması tarafından oluşturulan aktivasyon haritaları



Sekil 3. UMAP görselinde sağlıklı, hasta ve şüphelilerin kümelenmesi

Lupus nefriti ve renal tutulumlu sistemik vaskülitlerde SGLT2 inhibitörü kullanımı: Tek merkez deneyimi

Rıza Can Kardaş, Derya Yıldırım, Burcuğül Kaya, İbrahim Vasi, Rahime Duran, Abdulsamet Erden, Hamit Küçük, Berna Göker, Mehmet Akif Öztürk

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

Amaç: Sodyum-glukoz ko-transporter 2 inhibitörleri (SGLT2i), renal proksimal tübülde glukoz geri emilimini engelleyerek anti-glisemik etki gösteren diyabet ilaçlarıdır. SGLT2i'lerin anti-glisemik etkilerinin yanı sıra, diyabetik olmayan hastalarda da renal ve kardiyovasküler sistem üzerinde koruyucu etkileri olduğu görülmüştür. SGLT2i'ler hiperfiltrasyonu ve renal tübüllerin metabolik ihtiyacını azaltarak renal fonksiyonları korurlar. Bu sebeple, kardiyovasküler ve renal riskin yüksek olduğu lupus nefriti ve ANCA ilişkili vaskülitlerde SGLT2i'lerin kullanılmasının morbidite ve mortaliteyi azaltabileceği düşünülmektedir; ancak bu konuda yapılan çalışmalar kısıtlıdır. Biz bu çalışmamızda merkezimizde lupus nefriti ve renal tutulumu olan sistemik vaskülit olup, SGLT2i kullanmakta olan hastaların özelliklerini tanımlamayı amaçladık.

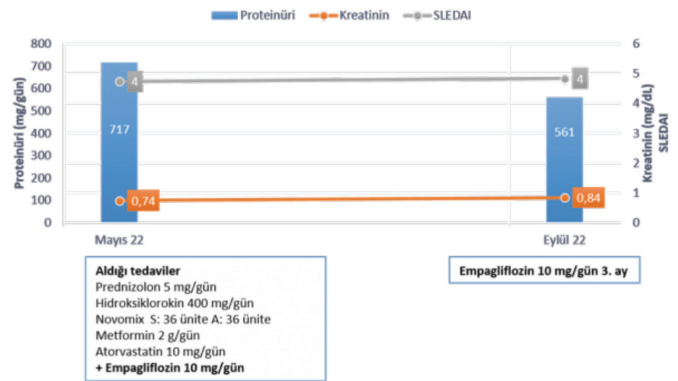
Yöntem: Gazi Üniversitesi Hastanesi'ne Ocak 2021-Temmuz 2023 tarihleri arasında başvurmuş, hekim tarafından lupus nefriti veya vaskülit tanısı olan hastalar, retrospektif olarak SGLT2i kullanımı açısından taranmıştır. Bu hastalar arasından 2019 ACR/EULAR SLE sınıflama kriterlerini sağlayan ve biyopsi ile ispatlı lupus nefriti olan hastalar ile, 2012 Chapel Hill vaskülit tanımlarını sağlayan ve biyopsi ile ispatlı glomerüler tutulumu olan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalar demografik, klinik, laboratuvar ve patolojik özellikleri ve hastalık aktivasyon kriterleri açısından değerlendirilmiştir. Klinik ve laboratuvar özelliklerini etkileyebilecek yeni bir ilaç başlananlar çalışmadan çıkarılmıştır.

Bulgular: Altı yüz doksan altı SLE ve 383 sistemik vaskülit hastası arasında dört SLE, iki ANCA ilişkili vaskülit ve iki IgA nefropatisi hastası tespit ettik (Tablo 1). Bunlar arasında renal tutulumu olup SGLT2i kullanan bir lupus nefriti, bir ANCA ilişkili vaskülit ve iki IgA nefropatisi hastası vardır. Lupus nefriti ve ANCA ilişkili vaskülit hastalarının seyri aşağıda anlatılmıştır (Tablo 2). Lupus nefriti hastası: 2010'da 43 yaşında bir kadın hasta, fotosensitiver, ekstremitelerde eritemli döküntüler ve ekstremitelerde ödem şikayetleriyle başvurdu. ANA IFA 3+, anti-Sm 3+, 24 saatlik idrarda 10 g/gün proteinürisi saptanan hastanın renal biyopsisi sınıf 1-2 lupus nefriti ile uyumlu görüldü. 1 mg/kg steroid, 400 mg/gün hidroklorokin ve 2 mg/kg gün azatiyoprin başlanan hastanın takibi dış merkezde devam etmiş. 2018'den itibaren yeniden takibimize giren hastada azatiyoprin azaltılarak 2020'de kesilmiştir. Eş zamanlı tip 2 diabetes mellitusu (T2DM) olan, takibinde bazal-bolus insülin kullanması gereken hastanın Mayıs 2022'deki kontrolünde prednizolon 5 mg/gün, hidroklorokin 400 mg/gün ve perindopril/amlodipin 10/10 mg/gün almaktayken kan şekeri regülasyonunun olmaması ve 24 saatlik idrarda proteinürisinin 176 mg/günden 717 mg/gün'e yükselmesi sebebiyle mevcut tedavisine empagliflozin 10 mg/gün eklenmiştir. Eylül 2022'deki kontrolünde

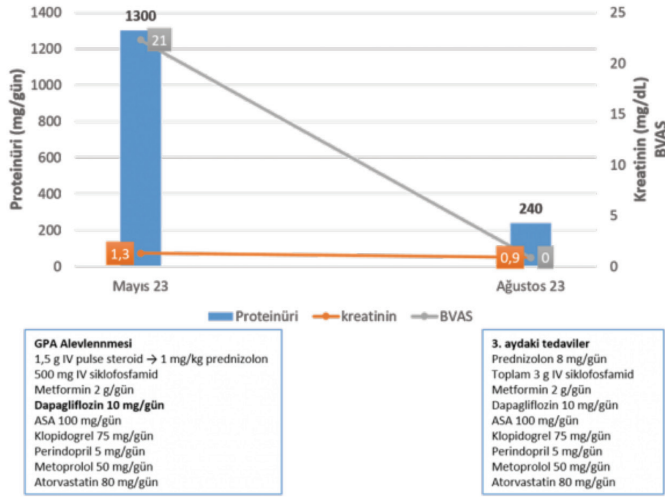
24 saatlik idrar proteininin 561 mg/gün'e gerilediği görülmüştür. Ancak hastanın Mayıs 2023'teki kontrolünde proteinürisinin 1026 mg/gün'e yükseldiği saptanmıştır (Şekil 1, Tablo 2). ANCA ilişkili vaskülit hastası: 2017'de 55 yaşındaki erkek hasta dispne, hemoptizi ve yaygın ağrı şikayetleriyle başvurdu. İdrarda hematüri, idrar sedimentinde dismorfik eritrositler görülen, 24 saatlik idrarda 1 g/gün proteinürisi olan, toraks görüntülemesinde yaygın nodülleri olan, ANCA IFA: p-ANCA 1+ saptanan hastaya yapılan renal biyopside pausi-immün nekrotizan glomerülofrit saptanmıştır. Hastaya toplam 1,5 g pulse steroid sonrası 1 mg/kg prednizon eşdeğeri steroid ile IV siklofosfamid başlanmıştır. Ancak 2,5 g kümülatif IV siklofosfamid aldıktan sonra hasta takibe gelmemiş, sonradan öğrenildiği üzere bütün tedavisini kesmiştir. Mayıs 2023'te yeniden hemoptizisi olması üzerine kliniğimize başvuran hastanın tetkiklerinde kreatinin 1,3 mg/gün, idrarda hematüri, idrar sedimentinde disformik eritrositler, 24 saatlik idrarda 1,3 g/gün proteinürisi, ANCA IFA: p-ANCA 2+, MPO-ANCA pozitif, toraks görüntülemesinde alveolar kanama ile uyumlu yaygın buzlu cam dansiteleri, paranazal görüntülemesinde nazal septumda erozyon ve perforasyon, işitme testinde yeni gelişen sensörinöral işitme kaybı saptanmıştır. BVAS: 21 hesaplanan hastada granülomatöz polianjiitis alevlenmesi sebebiyle toplam 1,5 g pulse steroid ve 500 mg IV siklofosfamid verilmiştir. Komorbidity olarak T2DM'si olan hasta, yatışında pulse steroid sonrası tip 2 MI geçirmiş, koroner anjiyografisi normal olarak saptanmıştır. Hastaya post-MI rutin tedavisine ek olarak, halihazırda kullandığı metformin tedavisi ile birlikte dapagliflozin 10 mg/gün başlanmıştır. Ağustos 2023'teki kontrolünde prednizolon 7,5 mg/gün, kümülatif IV siklofosfamid 3 g, perindopril 5 mg/gün ve dapagliflozin 10 mg/gün almakta iken BVAS: 0, spot idrarda protein/kreatinin oranı 240 mg/gün saptanmıştır (Şekil 2, Tablo 2).

Sonuç: SGLT2 inhibitörleri, lupus nefriti ve sistemik vaskülitlerin tedavisinde, kardiyak ve renal koruyucu etkilerinden dolayı, non-immünesüpresif yardımcı tedavi potansiyeli olan ilaçlardır. Ancak bu etkilerinin daha güçlü desteklenmesi için kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: SGLT2 inhibitörleri, lupus nefriti, ANCA ilişkili vaskülit



Şekil 1. Lupus nefriti hastasının başlangıç ve üçüncü aydaki proteinürisi, kreatinin ve hastalık aktivitesi seyri



Sekil 2. ANCA ilişkili vaskülit hastasının başlangıç ve üçüncü aydaki proteinüri, kreatinin ve hastalık aktivitesi seyri

PS-025

Pulmoner hipertansiyonlu Behçet hastaları: Beş yıllık izlem

Mustafa Ekici¹, Alper Sarı⁴, Erdiç Ünalı¹, Berkan Armağan³, Uğur Nadir Karakulak², Ali Akdoğan¹, Gözde Sevgi Kart Bayram¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

³Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

⁴Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Behçet hastalarında pulmoner hipertansiyonu (PH) olan hastaların klinik seyri konusunda bilgiler sınırlıdır. Daha önce yaptığımız çalışmada; transtorasik ekokardiyografi (TTE) ile BH'de artmış sistolik pulmoner arter basıncı (sPAB) ≥ 40 mmHg sıklığını %11 (17/154) saptamıştık. Bu çalışmada sPAB yüksekliği saptadığımız hastaların fonksiyonel ve ekokardiyografik parametrelerini 5. yıl kontrolünde tekrar değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: PH saptanan 17 hasta 5. yıl izleminde tekrar muayeneye davet edildi. Muayeneye gelmeyen hastalara telefon ile ulaşıldı. Hastaların fonksiyonel sınıfları, kardiyovasküler olay/cerrahi öyküleri ve güncel tedavileri sorgulandı. Kontrolde gelen hastalar ayrıca TTE ile değerlendirildi.

Bulgular: Beş yıl sonunda tüm hastalar hayattaydı. On yedi hastadan 13'ü kontrole geldi. İkisine telefon ile ulaşıldı. İki hastanın ise bilgileri elektronik kayıt sisteminden elde edildi. İlk çalışmada sPAB yüksek saptanan hastaların 8'i grup 2, biri grup 3, 4'ü grup 4 (pulmoner arter tutulumu) ve 1'i grup 2-4 PH olarak değerlendirilmişti. Üç hastada ise PH grubuna karar verilememişti. PH saptanan hastaların 5 yıl sonrası klinik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Başlangıçta grup 2 ve grup 3 PH olarak değerlendirilen 9 hastanın 8'i TTE ile değerlendirildi. Bu hastalardan başlangıçta semptomatik olan (WHO-FC ≥ 2) 5 hastadan sadece 1'i son kontrolde semptomatikti, bu hastada da fonksiyonel sınıf kötüleşmemişti. Bu hastaların 6'sında sPAB

40 mmHg altına inmişti, 2'sinde sPAB ≥ 40 mmHg idi ancak başlangıçta göre artış göstermemişti. Başlangıçta grup 4 PH olarak değerlendirilen 4 hastanın 2'sinde endarterektomi yapılmıştı. Bu hastaların son kontrolde sPAB değerlerinde başlangıçta göre azalma izlendi ancak hala ≥ 40 mmHg idi. Diğer 2 hastada ise sPAB 40 mmHg altına inmişti. Endarterektomi yapılan 2 hasta son kontrolde de semptomatikti, ancak FC'de kötüleşme yoktu. Diğer 2 hastanın FC'lerinde değişim yoktu. Endarterektomi yapılan bir hastaya (hasta 2) daha sonra mitral darlık nedeni kapak replasmanı yapıldı (Tablo 1).

Sonuç: Behçet hastaları PH nedenlerine göre sınıflandırıldığında yalnızca grup 4 PH'ye sahip hastalarda ilerleyici PH izlendi. Diğer PH gruplarındaki hastalar genellikle asemptomatikti. BH'de grup 1 PH gelişme olasılığı düşüktür; 5 yıl süre içerisinde hiçbir hastamızda hızlı kalp yetmezliğine neden olan klinik tablo gözlenmemiştir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, pulmoner hipertansiyon, transtorasik ekokardiyografi

PS-026

Çok uluslu, prospektif, gözlemsel bir çalışmanın 12 aylık Avrupa verilerine göre romatoid artritte barisitinibin etkinliği ve bırakılmasına kadar geçen süre

Rieke Alten¹, Gerd R. Burmester², Marco Matucci-Cerinic³, Andrew Östör⁴, Liliana Zarella-Pechmann⁵, Tamas Treuer⁶, Khai Jing Ng⁶, Jens Gerwien⁶, Kathryn A. Gibson⁶, Bruno Fautrel⁷, Zeynep Eylül Özmen^{8,*}

¹Berlin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Schlosspark-klinik, İç Hastalıkları ve Romatoloji Anabilim Dalı, Berlin, Almanya

²Charité Universitätsmedizin Berlin, Romatoloji ve Klinik İmmünoloji Anabilim Dalı, Berlin, Almanya

³Florence Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, Floransa, İtalya; Irccs San Raffaele Hastanesi, Alerji, Nadir Hastalıklar (UNIRAR) ve İmmünoloji, Romatoloji Bölümü, Milan, İtalya

⁴Cabrini Hospital, Monash University & Emeritus Research, Melbourne, Avustralya

⁵Haapacs GmbH, Schriesheim, Almanya

⁶Eli Lilly and Company, Indianapolis, ABD

⁷Sorbonne University-Assistance Publique Hôpitaux De Paris, Pitié Salpêtrière Hastanesi, Romatoloji Anabilim Dalı; Pepites Team, Pierre Louis Epidemiyoloji ve Halk Sağlığı Enstitüsü, Paris, Fransa

⁸Lilly İlaç Ticaret Ltd. Şti., İstanbul

*Yazar olmayıp sunumu yapan kişi

Amaç: Bu analizde BARI, biyolojik bir hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç (bDMARD) veya herhangi bir diğer hedefli sentetik tsDMARD kullanmaya ilk kez başlanmasından sonra 12 aylık tedavinin ardından etkinlik ve tedaviyi bırakmaya kadar geçen süre bildirilmektedir.

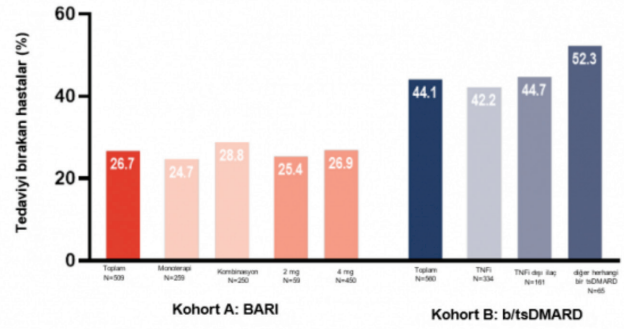
Yöntem: Kohort A'daki hastalar BARI (monoterapi olarak 2 mg veya 4 mg ya da herhangi bir csDMARD ile kombinasyon halinde) ile tedaviye başlarken kohort B'deki hastalar herhangi bir bDMARD (TNFi veya TNFi olmayan) veya başka bir tsDMARD ile tedaviye ilk kez başlamak üzere iki kohort değerlendirilmiştir.

Tedaviye başlama ve değişiklikler hastanın veya hekimin takdirine göre gerçekleşmiştir. Kohort A'daki hastalarda (BARI 2 mg veya 4 mg ile monoterapi veya kombinasyon tedavisi alan hastalar dahil) ve kohort B'deki (bDMARD ve diğer herhangi bir tsDMARD) hastalarda tedaviyi bırakma kadar geçen süre, hem bDMARD kullanmamış hem de kullanmış hastalar arasında analiz edilmiştir. Düşük hastalık aktivitesi (LDA) ve remisyon ile ilgili yanıt oranları, 12. aydaki Klinik Hastalık Aktivitesi İndeksi kullanılarak belirlenmiştir. Her iki kohort için steroid kullanımına ilişkin veriler toplanmıştır. Bu önceden belirlenmiş ara dönem analizinde, herhangi bir çıkarımsal test olmaksızın özet istatistikler kullanarak tanımlayıcı 12 aylık veriler bildirilmektedir.

Bulgular: On ikinci ayda, monoterapi (%24,7) veya herhangi bir csDMARD ile kombinasyon tedavisi (%28,8) alan benzer oranda hastanın 2 mg (%25,4) ve 4 mg (%26,9) BARI tedavisini bıraktığı kaydedilmiştir (Şekil 1). Kohort B'de sırasıyla TNFi, TNFi dışı ilaç ve diğer herhangi bir tsDMARD kullanan hastaların %42,2'si, %44,7'si ve %52,3'ü 12 ayda tedaviyi bırakmıştır (Şekil 1). Her iki kohortta, daha önce b/tsDMARD tedavisi almamış hastaların tedaviyi bırakma olasılığı en düşükken, daha önce ikiden fazla b/tsDMARD tedavisi almış olanların tedaviyi bırakma olasılığı en yüksek olarak saptanmıştır (Şekil 2). Tedaviyi bırakmanın en yaygın nedenleri arasında primer yanıtızsızlık (Kohort A: %6,3; Kohort B: TNFi; %8,3, TNFi dışı ilaç; %10,6, diğer herhangi bir tsDMARD; %10,6) ve advers olaylar (Kohort A: %6,3; Kohort B: TNFi; %5,1, TNFi dışı ilaç; %7,5, diğer herhangi bir tsDMARD; %13,6) yer almıştır. On ikinci ayda remisyon oranlarının BARI, TNFi, TNFi dışı ilaç ve diğer herhangi bir tsDMARD ile monoterapi alanlarda sırasıyla %21,8, %18,0, %4,0 ve %18,2 olduğu görülmüştür. Kombinasyon tedavisinde remisyon oranları BARI, TNFi, TNFi dışı ilaç ve diğer herhangi bir tsDMARD ile tedavi edilen hastalar için sırasıyla %26,2, %19,0, %15,9 ve %13,6 olmuştur (Şekil 3). On ikinci ayda, Kohort A ve Kohort B'deki hastaların sırasıyla %31,8'i ve %36,0'ı devam eden steroid kullanımı bildirmiş ve başlangıca göre sırasıyla %25,9 ve %18,0 oranında azalma olduğu kaydedilmiştir.

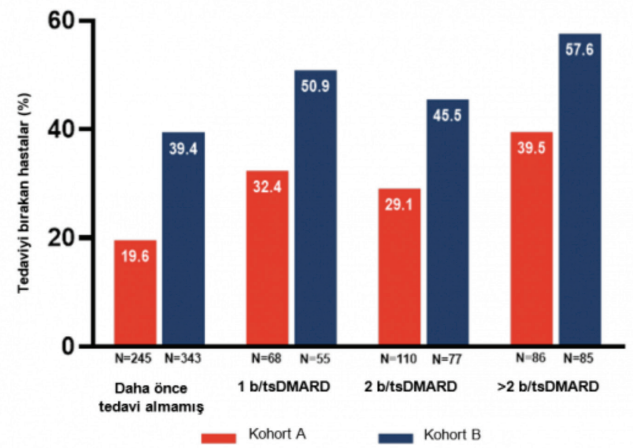
Sonuç: Popülasyonun daha yaşlı ve daha fazla bDMARD deneyimi olan hastalardan oluşmasına rağmen, BARI ile tedavi edilenlerde kohort B'dekilere kıyasla tedaviyi bırakma oranının daha düşük, remisyon oranının ise daha yüksek olduğu görülmüştür. Tedaviyi bırakma oranı, BARI dozundan ya da monoterapi veya kombinasyon tedavisinde kullanılmasından bağımsız olarak tutarlı bulunmuştur. BARI ile tedavi edilen hastalar için 12. ayda sayısal olarak daha düşük tedaviyi bırakma oranları görülmek üzere, bu oranların iki kohortta da önceki b/tsDMARD sayısıyla birlikte arttığı kaydedilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, Avrupa popülasyonu, barisitininib



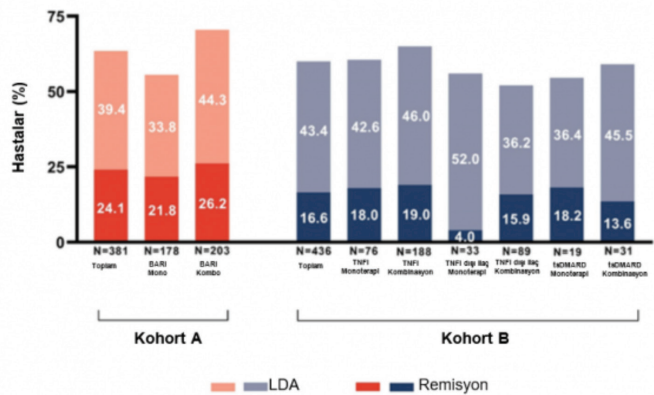
Dipnot: Değerler, her bir kohorttaki yüzde olarak sunulmuştur. BARI; barisitininib, b/tsDMARD; biyolojik/hedefli sentetik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç, Mono; monoterapi, Kombo; herhangi bir konvansiyonel sentetik DMARD ile kombinasyon tedavisi, TNFi; tümör nekroz faktörü inhibitörü, tsDMARD; hedefli sentetik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç.

Şekil 1. Kohort A ve kohort B'de RA tedavisini 12 ayda bırakan hastaların yüzdesi



Dipnot: Değerler, her bir kohorttaki yüzde olarak sunulmuştur. BARI; barisitininib, b/tsDMARD; biyolojik/hedefli sentetik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç.

Şekil 2. Önceki b/tsDMARD deneyimine dayalı olarak RA tedavisini 12 ayda bırakan hastaların yüzdesi



Dipnot: Değerler, her bir kohorttaki yüzde olarak sunulmuştur. BARI; barisitininib, Mono; monoterapi, Kombo; herhangi bir konvansiyonel sentetik DMARD ile kombinasyon tedavisi, TNFi; tümör nekroz faktörü inhibitörü, tsDMARD; hedefli sentetik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç.

Şekil 3. Kohort A ve kohort B'de 12 ayda remisyon ve düşük hastalık aktivitesi (LDA) elde eden hastaların yüzdesi

Çocuk romatoloji uygulamasında kanakinumab kullanımı, uzun dönem etkinlik ve güvenilirliği: Tek merkez deneyimi

Elif Kılıç Könte, Kübra Uçak, Aybüke Günalp, Esmâ Aslan, Ecenur İzzete Derelioğlu, Damla Gürleyik, Fatih Haşlak, Mehmet Yıldız, Amra Adrovic, Sezgin Şahin, Kenan Barut, Özgür Kasapçopur

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Kanakinumab IgG yapısında bir insan monoklonal antikorudur, otoenflamatuvar hastalıklar ile sistemik juvenil idiyopatik artrit (SJIA) tedavisinde kullanılmaktadır. Çalışmamızda kliniğimizde kanakinumab kullanan hastaların düzenli kontrollerindeki ilaç yanıtını ve kanakinumabın güvenlik profilini göstermeyi amaçladık.

Yöntem: Kliniğimizde 2015-2022 tarihleri arasında kanakinumab tedavisi alan 215 hasta dosyası geriye dönük olarak incelendi. İzlemi süren hastalar poliklinik kontrolü ile, izlemi sonlanan hastalar telefonla aranarak kanakinumab kullandığı döneme ait yan etkileri ve sonrasında aldıkları ek tanılar sorgulandı. Yaşamını yitiren üç hasta ile bilgilerine ulaşılamayan hastalar dışlandıktan sonra 189 hasta çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: Hastaların 115'i kız 74'ü erkekti. Semptom başlangıç yaşı 2 (1-17) yıl, tanı yaşı 4 (1-17) yıldır. Yüz altı (%56,1) hastaya kolşisin direnci, 11 hastaya anakinra lokal reaksiyonu sonrası, 72 hastaya AAA dışı tekrarlayan otoenflamatuvar hastalıklar nedeniyle tedavi başlandı. Kanakinumab birikimsel dozu 2.400 (240-18.000) mg bulundu. Hastaların %15,9'unda kullandığı dönemde en az bir kez hastane yatışı vardı. Altı hastada sistemik reaksiyon, 15 hastada yerel reaksiyon, 18 hastada PPD pozitifliği ve 10 hastada ciddi COVID-19 enfeksiyonu öyküsü vardı. Prepubertal-pubertal dönemde tedavi gören 124 hastanın 2'si (%1,6) gecikmiş puberte nedeniyle izleme alındı (Tablo 1). Kanakinumab kullanılan dönemde geçirilen enfeksiyonlar ile kanakinumab kümülatif dozu arasında istatistiksel anlam bulunamadı (Tablo 2). Tekrarlı ölçümlerle bakılan sedimentasyon, CRP, idrarda proteinüri ölçümü ile hekim/aile GAS skorlaması istatistiksel anlamlı sonuçlandı. Kanakinumab kullanımı sonrası izlemde 3 hasta yangısal barsak hastalığı, 1 hasta sistemik lupus eritematozus, 2 hasta lenfoma, 1 hasta overde kitle, 1 hasta alopesi areata, 2 hasta epilepsi tanısı aldı. İki hastanın kanakinumab sonrası SJIA atağı yineledi. Hastaların tedavi sonrası aldıkları tanılar doz bağımlı değildi (Tablo 3).

Sonuç: Çalışmamızda tedavi başlangıç semptomlarında iyileşme ve akut faz yanıtında istatistiksel anlamlı düşme olması kanakinumab tedavisinin etkili bir tedavi olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda kanakinumab kullanımı ile çok az sayıda yan etki gerçekleşmiş olması ilacın güvenli olarak kullanılabileceğini göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Anti-IL-1, Ailevi Akdeniz Ateşi, otoenflamatuvar hastalıklar

Tablo 1. Kanakinumab tedavisi alan hastaların demografik özellikleri

| | |
|--|-----------------|
| Cinsiyet | |
| Kız | 115(%60,8) |
| Erkek | 74(%39,2) |
| Semptom Başlangıç Yaşı(yıl)(ortanca) | 2(1-17) |
| Tanı Yaşı(yıl)(ortanca) | 4(1-17) |
| Kanakinumab kümülatif dozu(mg)(ortanca) | 2400(240-18000) |
| Kullandığı dönem hastane yatışı | 30(%15,9) |
| Sistemik reaksiyon | 6(%3,2) |
| Enjeksiyon bölgesinde lokal reaksiyon | 15(%7,9) |
| Ciddi Covid enfeksiyonu | 10(%5,3) |
| PPd pozitifliği | 18(%9,5) |
| Üst Solunum yolu enfeksiyonu/yıl(ortanca) | 3(1-16) |
| Alt solunum Yolu enfeksiyonu | 13(%6,8) |
| İdrar Yolu Enfeksiyonu | 29(%15,3) |
| Lenfadenit | 6(%3,1) |
| Pubertede gecikme* (n:124) | 2(%1,6) |

*prepubertal-pubertal dönem tedavi alanlar sorgulandı

Tablo 2. Kanakinumab kullanıldığı dönemde geçirilen enfeksiyonlar

| | N(%) | KÜMÜLATİF KANAKİNUMAB DOZU (P) |
|-------------------|-------------|---------------------------------------|
| İYE | 29(%15,3) | |
| OTIT | 2(%1) | |
| GINGIVIT | 2(%1) | |
| LENFADENIT | 6(%3,1) | |
| AGE | 1(%0,5) | |
| TOTAL | 189 | 0,85* |

İYE. İdrar yolu enfeksiyonu

AGE. Akut gastroenterit

*Kruskal Wallis testi uygulandı

Tablo 3. Kümülatif doz kanakinumab-prednizolon yan etki korelasyonu

| Kümülatif Prednizolon dozu | Kümülatif Kanakinumab Dozu | | | |
|----------------------------|----------------------------|--|---------------------|-----------------|
| | <1000mg N: 45 | 1000-5000 mg N:125 | 5000-1000mg N:15 | >10000mg N:3 |
| Tedavi almayanlar n:119 | Lenfoma 24 | IBH 83 Ovaryan kitle Epilepsi(2) | Lenfoma 10 | ---- |
| <1000 mg N: 13 | Alopesi areata 7 | IBH 6 SLE | ---- | 0 |
| 1000-5000 mg N: 21 | ---- | IBH 13 | 1 | 1 |
| 5000-10000mg N: 31 | sJIA atağı(2) 7 | Osteoporoz 20 Otizm | 4 | 0 |
| >10000 mg N:5 | ---- | 4 | 0 | 0 |

IBH: İnflamatuvar Barsak Hastalığı

sJIA: Sistemik Juvenil İdyopatik Artrit

SLE: Sistemik Lupus Eritematozus

PS-028**ANCA ilişkili vaskülit hastalarında ciddi enfeksiyon sıklığı ve ciddi enfeksiyon ile ilişkili risk faktörleri: Tek merkez deneyimi**

Duygu Sevinç Özgür, Bilgin Karaalioglu, Gamze Akkuzu, Fatih Yıldırım, Rabia Deniz, Burak İnce, Gül Güzelant Özköse, Kübra Kalkan, Cemal Bes

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

Amaç: ANCA ilişkili vaskülit hastalarında tanı ve takip sırasında ciddi enfeksiyonlar önemli mortalite ve morbidite nedenidir. Bu çalışmamızda, kliniğimizde ANCA ilişkili vaskülit tanısı ile takipli olan hastalarda hastalık seyri boyunca gelişen ciddi enfeksiyonları ve bu enfeksiyonlarla ilişkili risk faktörlerini incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya, 2012 Chapel-Hill vaskülit sınıflama kriterlerine göre kliniğimizde ANCA ilişkili vaskülit tanısı almış olan 67 hasta dahil edildi. Yatış gerektiren ve/veya intravenöz antimikrobiyal tedavi gerektiren enfeksiyonlar ciddi enfeksiyon olarak tanımlandı. Hastaların tanı yaşı, takip süresi, takip sırasındaki BVAS skorları, remisyon induksiyonu ve idame için almış oldukları tedaviler, plazmaferez, diyaliz gereksinimi, alevlenme durumları, güncel BVAS skorları, akciğer, böbrek, periferik ve santral sinir sistemi tutulumu, tanı sırasındaki kreatinin düzeyleri, hipogamaglobulinemi (ıgg <6) varlığı değerlendirildi. Renal tutulum, diffüz alveolar hemoraji, kardiyak tutulum, santral sinir sistemi tutulumu ve mononöritis multipleks gibi tutulumlardan herhangi birisinin varlığı majör organ tutulumu olarak değerlendirildi. Hastalığın ağırlığı, kullanılan tedaviler gibi durumların ciddi enfeksiyon sıklığı üzerine etkisi incelendi.

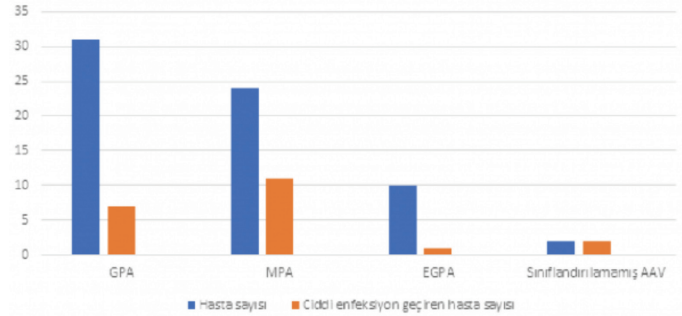
Bulgular: Çalışmaya alınan 67 hastanın %46'sı (n=31) granülatöz polianjiit, %36'sı (n=24) mikroskopik polianjiit (MPA), %15'i (n=10) eozinofilik granülatöz polianjiit ve %3'ü (n=2) sınıflandırılmamış ANCA ilişkili vaskülit tanılıydı. MPA hastalarında ciddi enfeksiyon sıklığı diğer gruplarına göre daha fazlaydı (p=0,02) (Şekil 1). Altmış yedi hastanın %31'inde

ciddi enfeksiyon gelişmiş olduğu ve enfeksiyonların büyük çoğunluğunun ilk 3 ayda gelişmiş olduğu görüldü (Şekil 2). Diyalize giren (%42 vs. %4, p=0,001), kronik renal yetersizliği olan (%71 vs. %26, p=0,001) hastalarda ciddi enfeksiyon sıklığının daha fazla olduğu saptandı. Kardiyak tutulumu olan hastalarda kardiyak tutulum olmayanlara göre (%19 vs. %2, p=0,03), majör organ tutulumu olan hastalarda majör organ tutulumu olmayan hastalara göre (%37 vs. %7, p=0,049) (Tablo 1) ve tanı sırasında BVAS skoru yüksek olan hastalarda (17,4±8,3, 12,9±7,3, p=0,03) ciddi enfeksiyon sıklığının daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 2). İndüksiyon sırasında verilen pulse glukokortikoid, siklofosamid, rituksimab tedavisi ile ciddi enfeksiyonlar arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı (Tablo 3).

Sonuç: ANCA ilişkili vaskülit hastalarında ciddi enfeksiyon oranını ve bununla ilişkili faktörleri inceleyen tek merkezli ve retrospektif çalışmamızda, tanı sırasındaki BVAS skorlarının, güncel BVAS skorlarının, herhangi bir dönemde diyaliz gerekliliğinin, kardiyak tutulum varlığının, kronik renal yetersizlik gibi durumların artmış ciddi enfeksiyon riski ile ilişkili olduğu saptandı. İndüksiyon tedavisi sırasında pulse glukokortikoid tedavisine ek olarak verilen siklofosamid ile rituksimabın ise kendi aralarında mukayese edildiklerinde ciddi enfeksiyon riski açısından aralarında bir fark olmadığı tespit edildi. Aynı şekilde idame tedavi olarak verilen mikofenolat mofetil, azatiopurin tedavilerinin ciddi enfeksiyon ile ilişkisi gösterilemedi.

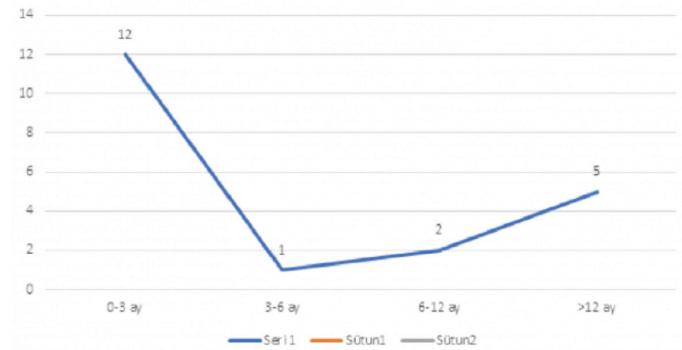
Anahtar Kelimeler: ANCA ilişkili vaskülitler, ciddi enfeksiyon, renal yetersizlik

Ciddi enfeksiyon geçiren hastaların AAV alt gruplarına göre dağılımı

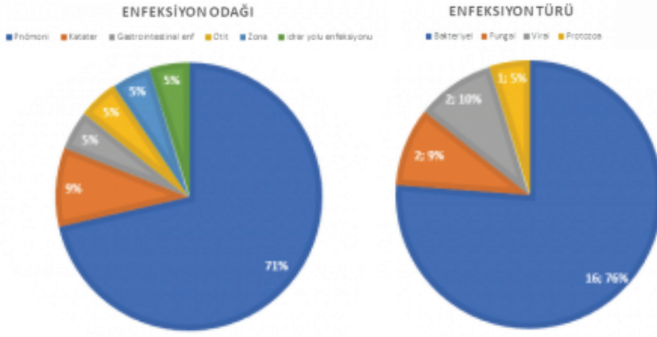


Şekil 1.

Enfeksiyon zamanı



Şekil 2.



Sekil 3.

PS-029

Klinisyene göre enflamatuvar bel ağrısı olan hastalar aksiyel spondiloartrit hastalarından farklı mıdır?

Halil İbrahim Yiğit Atlı, Hasan Kocaayan, Ayten Özkan, Özge Yoğurtçu, Esra Erpek, Elif Ediboğlu, İdil Kurut Aysin, Eda Otman Akat, Haluk Cinaklı, Mustafa Özmen, Dilek Solmaz, Servet Akar

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

Amaç: Klinisyene göre enflamatuvar bel ağrısı (İBA) olan ve aksiyel spondiloartritli (axSpA) hastaların klinik özellikleri ve kriter setleri ile İBA karakterlerinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Tek merkez axSpA kohortunda takip edilen spondiloartrit olarak sınıflandırılmayan İBA tanımlayan 105 hasta (yaş: 34,95±11,20; kadın: 75, %71,4) ile ASAS kriterlerine göre sınıflandırılmış 568 axSpA tanılı hasta (yaş: 34,61±11,56; kadın: 215, %37,9) çalışmamıza dahil edildi. AxSpA tanılı hastaların %65'i radyografik axSpA olarak sınıflandırılmıştır. Hastalar standart bir form aracılığı ile değerlendirildi. Demografik, klinik özellikleri, aktivite, yaşam kalitesi ve laboratuvar ölçümleri elde olundu. İBA için Calin, Berlin ve ASAS kriterleri sorgulandı.

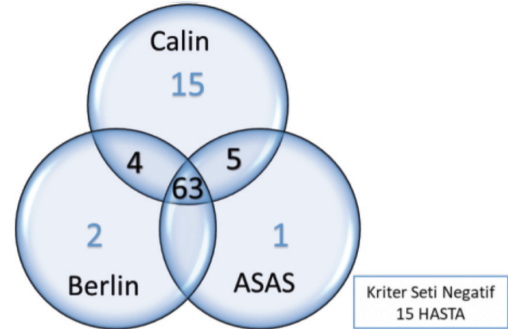
Bulgular: İBA grubunda daha yüksek kadın hasta oranı (%71,4 vs. %37,9; p<0,001) ve daha yüksek eğitim düzeyi gözlemlendi (p<0,001). axSpA grubunda ise daha yüksek vücut kitle indeksi (p=0,049) ve daha uzun semptom süresi saptandı (p<0,001). Diğer demografik

verilerde ise anlamlı bir fark görülmedi. axSpA grubunda artrit (p<0,001), entezit (p=0,006) ve üveit (p=0,001) varlığı klinisyene göre İBA tanısı alanlara göre anlamlı oranda daha sık tespit edildi. Yine HLA B27 sıklığı (p<0,001) ve CRP değerleri (p<0,001) axSpA da daha yüksek oranda bulundu. Aktivite ölçümlerine bakıldığında, BASDAI ve ASDAS-CRP total skorları benzer görülmekle birlikte yüksek aktivite durumundaki (BASDAI >4) hasta oranı ilginç şekilde İBA grubunda daha fazlaydı (p=0,049).

İBA karakteri kriter setleri ile değerlendirildiğinde, ASAS ve Berlin kriter setlerini karşılama oranı axSpA hastalarında daha yüksek saptanmıştır (<0,001). Buna karşın Calin kriter setine göre anlamlı bir fark görülmemiştir (p=0,120). Calin kriterlerindeki sabah tutukluğunda gruplar arası bir fark yokken; Berlin kriterlerindeki sabah tutukluğu sorusunda anlamlı bir fark gözlemlenmiştir (p=0,040).

Sonuç: İBA genellikle spondiloartritlerin önde gelen belirtisidir ve hekimler her zaman farkında olmalıdır. Doğru tanı için İBA mekanik ağrılardan ayırt edilmelidir. Kohortumuzda uzman görüşüyle İBA olduğu düşünülen 15 hasta kriter setleriyle değerlendirildiğinde İBA olarak sınıflandırılmamaktadır. İBA'ya sahip hastalar uzun süreçte diğer semptom ve bulguların eklenmesiyle axSpA olarak sınıflandırılabilir. Bizim kohortumuzda Calin kriter seti kullanıldığında gruplar arasında fark saptanmazken; Berlin ve ASAS kriter setlerinde anlamlı fark saptanmıştır. Ayrıca egzersizle düzelme, 40 yaş altında başlangıç, sabah tutukluğunun 30 dakikadan uzun sürmesi ve alterne olan kalça ağrısının İBA/axSpA ayırımında daha ön gördürücü olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Spondiloartrit, İBA, Calin, Berlin, ASAS



Sekil 1. Klinisyene göre İBA tanısı alan hastaların kriter setlerine göre dağılımı

Silikon implantlar ve romatizmal hastalıklar

Mehmet Soy¹, Seher Küçükoglu Cesur^{1,2}, Hüseyin Akyol^{1,3}

¹Altınbaş Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bahçelievler Medicalpark Hastanesi, Romatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

²Altınbaş Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bahçelievler Medicalpark Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

³Altınbaş Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bahçelievler Medicalpark Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Rekonstrüktif ya da meme büyütme amaçlı olarak yapılan meme implantları 18 yy. sonlarından beri uygulanmaktadır. 1962 yılından itibaren bu amaçla en sık kullanılan malzeme silikon jel implantlardır. İlk zamanlarda bildirilen yan etkiler nedeni ile 1992'de kullanımdan çekilmiş iseler de 2006'da yeniden FDA onayı almışlardır. Amerikan Plastik Cerrahi Derneği'nin 2022 raporuna göre meme büyütme, en popüler plastik cerrahi prosedürlerinden biri olmayı sürdürüyor ve yıllık 298.568 yeni olgula yine ilk beşte yer alıyor (Şekil 1). Dünyanın kalan yerinde de giderek artan sıklıkta silikon meme implantları (SMI) uygulanmaktadır. Ülkemizde de son zamanlarda artmış bir talep söz konusudur. Buna paralel olarak romatoloji kliniklerinde daha sık olarak öncesinde SMI öyküsü olan enflamatuvar romatizmal hastalık (IRH) olguları görmekteyiz. Bu implantlar sonrasında gelişen IRH'ler son zamanlarda literatürde daha sık yer almaya başladı. En sık olarak Sjögren sendromu, skleroderma, mikst bağ dokusu hastalığı (MBDH) ve sarkoidoz ile ilişkili olarak bildirilse de başka birçok değişik IRH'de bildirilmiştir. Örneğin; mikroskopik polianjiit, Takayasu arteriti, az sayıda olsa da erişkin başlangıçlı Still hastalığı, miyozit ve akciğer fibrozisi, jeneralize lenfadenopati ile sarkoidoz veya memede sarkoidoz, interstisyel akciğer hastalığı, faktöre karşı antikor gelişimi sonucu kazanılmış, A tipi hemofili VIII. Ek olarak, SMI rüptürünü takiben hızla gelişen deri sklerozu olan 52 yaşındaki başka bir kadın hastada skleroderma böbrek krizi bildirilmiştir. Üstelik 2011'de Shonfeld ve ark.'ları tarafından tanımlanan spesifik bir sendrom, adjuvanlara (aşılara eklendiğinde potansi artırmayı ve bağışıklık sistemini güçlü bir şekilde uyarması amaçlandığı gibi işlev görmesine yardımcı olmayı amaçlayan bir materyal) maruziyet sonrası, otoimmün/enflamatuvar sendromu (ASIA) bildirilmiştir. Sarkoidoz, silikon implant uyumsuzluk sendromu, Sjögren sendromu, MBDH ve immün ilişkili advers olaylar Shonfeld ve ark. tarafından AISA'nın en tipik 5 örneği olarak rapor edilmiştir. Daha sonra uluslararası katılımlı çalışma ile çok sayıda ASIA olgusunun dökümü yapılmıştır. Olguların %90'a yakını kadın ve ortalama 40'lı yaşlarda tanı konmuştur. Hepatit B ve influnza aşuları, hyalüronik asit dolgular ve mineral yağlar, poliakrilamid ve daha bir çok değişik kimyasal maddeler muhtemel başlıca nedenler olarak bildirilmiştir. Silikon implantlar %12,5 kadar olguda sorumlu tutulmuştur. Nitekim son çalışmalar en güçlü skleroderma, Sjögren sendromu ve sarkoidoz ile olmak üzere SMI'lar ile IRH'ler arasında ilişki olduğu bildirilmiştir. Çeşitli meslek gruplarında maruz kalan silikonun neden olduğu silikozis konusu ülkemizde genişçe araştırılmış ise de silikon implantları konusu ülkemizde yeterince araştırılmamıştır. Burada romatoloji polikliniğimize çeşitli nedenlerle başvuran ve öyküsünde estetik amaçlı olarak SMI yaptırdığı öğrenilen hastalarımızın klinik ve laboratuvar özellikleri gözden geçirilmiştir.

Yöntem: Çalışmamıza 2017 Ocak-2023 Temmuz tarihleri arasında rutin romatoloji polikliniğinde başvuran, estetik amaçlı SMI öyküsü olan ve romatizmal hastalık tanısı konulan kadın hastalar dahil edildi. Bu amaçla hastaların rutin romatoloji polikliniğine ilk başvuru ve takipleri sırasında deneyimli bir romatolog tarafından sorgulandı, şikayetleri ve fizik muayene bulgularına göre rutin laboratuvar tetkikleri ve gerekiyorsa ek tetkikler yapıldı. Ayrıca hastanın varsa hyalüronik asit (dudak veya yüz dolgusu amacıyla uygulanan) öyküsü de alındı. Kanser cerrahisi sonrasında SMI uygulanmış olan olgular çalışmaya dahil edilmemiştir.

Bulgular: Toplam 28 kadın hastada SMI öyküsü mevcuttu. Bu olguların 22 tanesinde önce meme silikonu takılmış daha sonra romatizmal hastalık tanısı konmuştur (Grup 1). Kalan 6 hasta ise bilinen bir romatolojik hastalığı var iken meme silikonu taktırmış idi (Grup 2).

Grup 1:

Ortalama yaş; 41,20±8,32 (28-59) yıl idi. Silikon meme implantlarından ortalama 2,84±2,03 (1-8) yıl sonra yakınmaları başlamıştı. On üç olguda sigara içme ve 1 olguda ailede otoimmün hastalık öyküsü vardı. Yedi olguda aynı zamanda dudak ve/veya yüzde hyalüronik asit dolgusu mevcuttu. Başvuru yakınmalarının dağılımı; eklem ağrısı: 17, döküntü: 6, Sicca yakınmaları: 6, Raynaud: 2, kas ağrısı: 8 olguda vardı. Bu gruptaki olguların 4'ünde sadece kas eklem ağrıları vardı ve otoantikörleri negatif idi.

Başvurdukları dönemde laboratuvar sonuçları; ANA pozitifliği: 11; anti-Ro: 5; anti-La: 2; antiRNP: 2; anti-sentromer: 2; RF: 0, ACPA: 0 idi. Grup 1'de saptanmış olan hastalıkların dağılımı; Sjögren sendromu: 4 (bir hastada SjS ve SPA beraberliği vardı); MBDH: 2; skleroderma: 1; sistemik lupus eritematozus: 1; diskoid lupus eritematozus: 1; üst ekstremitede başka nedenle açıklanamayan dijital iskemik atak: 1; SPA: 3; allerjik deri döküntüleri ve ANA+: fibromiyalji: 4; lenfositik vaskülit: 1; izole Hashimoto tiroiditi: 2; 1 Söğren ve 1 MBDH olgusunda aynı zamanda Hashimoto tiroiditi vardı. İki hastanın implantları çıkarılmıştır. Bu hastalarda klinik ve serolojik düzelme saptanmıştır.

Grup 2:

Ortalama yaş; 38,00±6,45 (32-49) yıl idi. Halihazırda tanısı konmuş olan IRH: RA: 1, SPA: 2, FMF: 1 ve SLE: 1 hastası mevcuttu. Hastaların silikon implantlarından sonraki ortalama 2,66 (1-6) yıl takipleri sonrasında kliniklerinde anlamlı değişiklik yoktu. Tıbbi literatürde silikon jel dolgulu meme implantasyonu yapılan hastalarda enflamatuvar bağ dokusu hastalığının görülme sıklığının arttığını açıklayan olgu raporları ve çok büyük sayıda olguları içeren çalışmalar yayımlanmıştır. Silikon aynı zamanda olası bir adjuvan olarak adjuvanların neden olduğu otoimmün/ASIA ile de ilişkilendirilmiştir.

Balk ve ark. SMI olgularında uzun vadeli primer meme ve endometriyal kanser riskinde olası bir azalma olduğunu ve akciğer kanseri, Romatoid artrit, Sjögren sendromu ve Raynaud fenomeni riskinde artışla olası bir ilişki olduğunu bildirmiştir. 1994'te Teksas'ta ve 2004'te Hollanda'da rapor edilen iki ayrı SMI olgu grubunu içeren 200 olguluk seride (bunlardan biri transseksüeldi), olguların yaklaşık %80'inin kozmetik amaçlı SMI olduğu bildirildi. Bu kohorttaki hastaların SMI uygulanan ortanca yaşı 33 (14-56) yıl, SMI şikayetlerinin başlangıç yaşı 41 (20-68) yıl olup, şikayetleri SMI'dan ortalama 4 yıl sonra başlamıştır. Ancak SMI

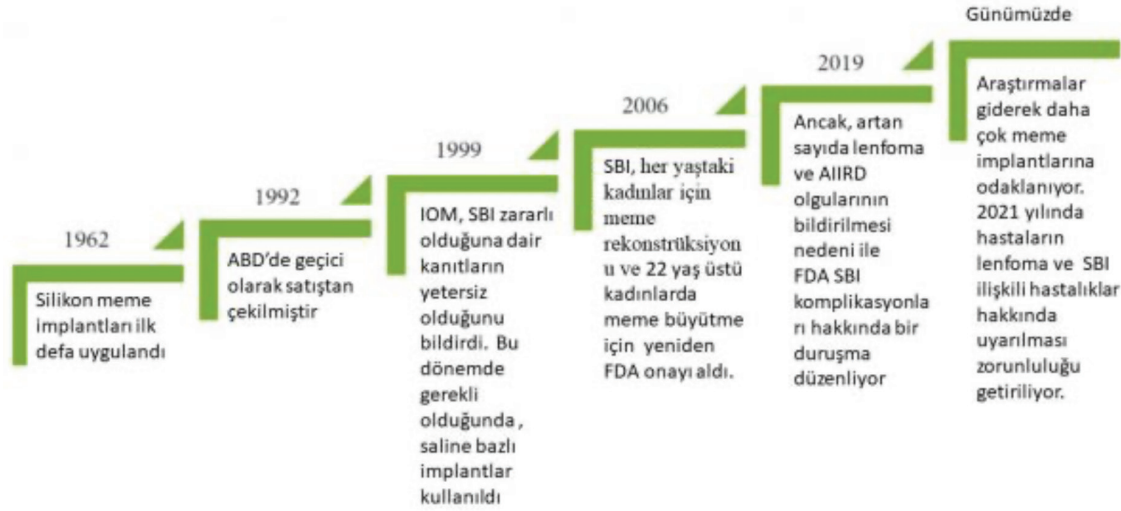
ile ilişkili hastalığın tanısı için ortalama 13 yıl gerekiyordu. En sık görülen şikayetler lokal olarak gelişen kapsül kontraktürü ve/veya silikon implantın sızıntısı, memelerde hassasiyet, ağrı veya memelerde yanma ve şişme, enfeksiyonlar, meme uçlarında uyuşma veya meme uçlarından akıntı ve koltuk altı lenfadenopati ve terlemeydi. Teksas kohortunda IRH olgusu bildirilmezken, Hollanda olguları arasında 34 farklı IRH olgusu rapor edilmiştir. Bunlar sıklıkla Sjögren sendromu, sistemik skleroderma, romatoid artrit, SLE, antifosfolipid sendromu, sarkoidoz, Crohn hastalığı, Hashimoto tiroiditi gibi hastalıklardan oluşmaktadır. Birçok farklı ülkeden toplam 24.651 SMI olgusunun gerçek dünya verilerini inceleyen bir çalışmada, SMI ile en güçlü ilişki (OR >1,5, p<0,001) Sjögren sendromu, skleroderma ve sarkoidoz (OR sırasıyla; 1,58, 1,63 ve 1,98) için bildirilmiştir. Sunduğumuz 22 olgunun sonuçları literatür ile uyumlu idi. En sık Sjögren sendromu ve MBDH olgusu vardı. Bu serideki 7 olguda aynı zamanda hyalüronik asit dolgusu vardı. Hastalarımızın diş ve ortopedik amaçlı başka implantlarına dair öyküsünün alınmamış olması eksiklidir. Ayrıca son zamanlarda sıkça yapılan COVID-19, influenza gibi aşılardan olası tetikleyici etkisi de göz ardı edilemez.

SMI ilişkili IRH tedavisi öncelikle SMI çıkarılmasını gerektirir. Literatürde bildirilen SMI çıkarılmış olguların yaklaşık %50'den fazlasında kadarında semptomların gerilediği bildirilmiştir. Silikon implantlar genelde komplikasyonsuz olarak çıkarılabilmektedir. İki

olgumuzda implantlar çıkartılmıştır. MBDH tanısı koyduğumuz bir hastada ANA ve anti-Ro antikorları negatifleşmiştir. Diğerinin klinik olarak eklem ağrısı, deri döküntüleri düzelmiştir. Her iki hastada hidroklorokin tedavisi almıştır. Ayrıca önceden romatizmal hastalığı olup SMI taktırmış olan 6 hastamızın implantlardan sonraki ortalama 2,66 (1-6) yıl takipleri sonrasında kliniklerinde anlamlı değişiklik yoktu. SMI ile ilişkili immün hastalıkların gelişiminin altında yatan gerçek neden tam olarak bilinmemekle birlikte bazı olası mekanizmalar öne sürülmüştür. Silikonun başlangıçta biyolojik olarak inert olduğu düşünülüyordu. Ancak bugün silikonun bir adjuvan görevi görerek lokal ve hatta uzak lenf düğümlerine nüfuz ederek çeşitli bağışıklık reaksiyonlarına neden olabileceğini biliyoruz. Duyarlı bir bireyde bağışıklık sisteminin kronik olarak uyarılması sonucu memede otoimmün/enflamatuvar hastalıklara ve anaplastik büyük hücreli lenfomaya yol açabilir.

Sonuç: SMI'lerden sonra çeşitli IRH'ler gelişebilmektedir. Bu implantların takılmasından önce hastaların bu konularda bilgilendirilmiş olması ve takibi gereklidir. Semptomatik ya da tedavi yanıtı olmayan olgularda implantların çıkarılması da göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca bu konunun daha geniş hasta gruplarında daha detaylı araştırılmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Silikon meme implantlar, enflamatuvar romatizmal hastalıklar



Suh L.J, et al. Breast Implant-Associated Immunological Disorders. J Immunol Res. 2022 May 4;2022:8536149.

Şekil 1. Silikon meme implantlarının tarihsel geçmişi

Romatoid artrit-interstisyel akciğer hastalığında radyografik ilerleme için koruyucu olarak metotreksat: Karşılaştırmalı bir analiz

Mustafa Ekici¹, Yusuf Baytar², Ali Akdoğan¹, Gamze Durhan², Macit Arıyürek², Umut Kalyoncu¹

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

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Romatoid artrit (RA) eklem dışı tutulumun ana bölgesi akciğerlerdir. Bilgisayarlı tomografi (BT), RA hastalarında interstisyel akciğer hastalığının (İAH) saptanması ve ilerlemesinin değerlendirilmesi için geçerli bir yöntemdir. Buna dayanarak, BT'de radyografik progresyonu (RP) olan ve olmayan RA-İAH hastalarının özelliklerini karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: Tek merkezli, retrospektif ve tanımlayıcı karakterdeki bu çalışmaya, Ocak 2010 ile Eylül 2018 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı'na başvuran ve en az bir kez yüksek çözünürlüklü BT (YÇBT) çekilen RA hastalarının BT'lerini yeniden değerlendirdi. Akciğerler eşit dilimlerle üst, orta ve alt zonlara ayrıldı. İlerleme, aynı temel bulguların dikey olarak daha fazla bölgeyi tutması veya aynı bölgelerde bir önceki muayeneye göre daha şiddetli bulguların ortaya çıkması olarak tanımlandı. Klinik, laboratuvar ve mortalite verileri hastane ve ulusal kayıt sisteminden toplandı. Tek değişkenli analizle belirlenen olası faktörleri değerlendirmek için lojistik regresyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Bu çalışmaya analiz için 215 akciğer BT'si olan 104 hasta dahil edilmiştir. Hastaların 70'i (%67,3) kadındı. RP 43 (%41,3) hastada görüldü. RP'ye kadar geçen medyan süre 8,5 yıldır (4,2-12,9). Tüm hastaların demografik, klinik, laboratuvar ve görüntüleme verileri YÇBT'deki progresyona göre Tablo 1 ve 2'de sunulmuştur. Cinsiyet, buzlu cam opasitesi, akciğer grafisinde İAH, metotreksat kullanımı (ever), kategorize edilmiş İAH ve RA tanı yaşı çok değişkenli modelde değerlendirilmiştir. Erkek cinsiyet [OR: 3,9 (CI: 1,4-11,4)] ve akciğer grafisinde İAH [OR: 3,9 (CI: 1,1-14)] progresyon için bağımsız risk faktörleri iken, herhangi bir zamanda metotreksat kullanımı [OR: 0,28 (0,1-0,8)] progresyona karşı koruyucu bulunmuştur.

Tartışma: RA-İAH varlığında seçilecek tedavi konusunda şu anda bir fikir birliği bulunmamaktadır. RA-İAH hastalarında metotreksat rutin uygulamada tartışmalı olmakla beraber; sonuçlarımız metotreksatın İAH progresyonu için koruyucu bir ilaç olduğunu göstermektedir. Bu etki, İAH gelişimini önlemek ve oluşum süresini uzatmasıyla aynı şekilde, enflamasyonu azaltarak İAH'nin ilerlemesini azaltması olarak yorumlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, interstisyel akciğer hastalığı, progresyon

Behçet sendromu hastalarında adalimumab tedavisi altında *de novo* gelişen tutulumlar

Özge Sönmez¹, Sinem Nihal Esatoğlu², Elif Kaymaz³, Didar Uçar⁴, Yeşim Özgüler¹, Serdal Uğurlu², Emire Seyahi², İzzet Fresko², Melike Melikoğlu², Vedat Hamuryudan², Uğur Uygunoğlu³, Zekayi Kutlubay⁶, 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

³İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul

⁴İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

⁵İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁶İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Tümör nekroz faktör alfa inhibitörlerinden monoklonal antikorlar [infliksimab ve adalimumab (ADA)] Behçet sendromu (BS) tedavisinde en sık kullanılan biyolojik ajanlardır. BS'de farklı organ tutulumlarında ilaçların yanıtları farklılık gösterebilir. Biz bu çalışmada BS hastalarında ADA tedavisi altında *de novo* ortaya çıkan BS tutulumlarının sıklığını araştırmayı amaçladık.

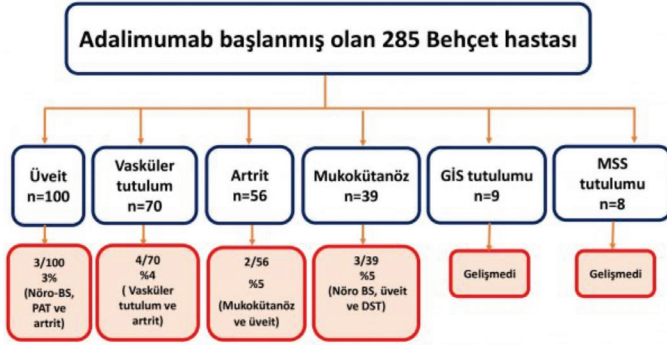
Yöntem: Kliniğimizde ADA tedavisi başlanmış olan 285 BS hastasının dosyaları geriye dönük incelendi. Hastaların demografik verileri, ADA başlama endikasyonları, *de novo* tutulumlar ve tedavileri kaydedildi. *De novo* tutulum ADA başlanmadan önce var olmayan ve tedavi sırasında ortaya çıkan tutulumlar olarak tanımlandı. Vasküler tutulumu olan hastalarda başka bir damarda gelişen BS lezyonu da *de novo* tutulum olarak kabul edildi.

Bulgular: İki yüz seksen beş hastanın ADA başlanma endikasyonu 100 hastada üveit (%35), 70 hastada vasküler tutulum (%25), 56 hastada artrit (%20), 39 hastada mukokütanöz tutulum (%14), 9 hastada gastrointestinal tutulum (%3) ve 8 hastada merkezi sinir sistem tutulumuydu (%3). Beş hastada vasküler tutulum, 3 hastada artrit, 2 hastada üveit ve 2 hastada merkezi sinir sistem tutulumu olam üzere toplamda 12 (%4) hastada *de novo* tutulum gelişti (Şekil 1).

De novo tutulum geliştiren hastalarda ADA başlanma endikasyonu 3 hastada vasküler tutulum, 3 hastada artrit, 3 hastada üveit ve 2 hastada mukokütanöz tutulumdu. *De novo* tutulumlara yönelik 3 hastada ADA'nın tedavi aralığı 1 hafta olacak şekilde azaltıldı; 3 hastada ADA başka bir biyolojik ilaç ile değiştirildi (2 hastada infliksimab ve 1 hastada sertolizumab); 2 hastanın tedavisine kortikosteroid eklendi, bir hastaya azatiopurin ve yüksek doz kortikosteroid ve bir hastaya kolşisin başlandı. Anterior üveit olan iki hastaya topikal tedavi verildi.

Sonuç: ADA tedavisi altında 12 hastada *de novo* tutulum görüldü. Majör organ tutulumu en sık gelişen *de novo* tutulumdu ve sıklıkla da vasküler tutulumdu. Posterior üveit ADA altında hiçbir hastada gözlenmez iken, 2 hastada topikal tedaviye yanıt veren anterior üveit gelişti.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, adalimumab, *de novo*



Sekil 1.

PS-033

Aksiyel spondiloartritli hastalarda artmış IL33-soluble ST2 aksının klinik önemi

İrem Alkan Tekeş¹, Recep Yılmaz², Emine Uslu Yurteri², Serdar Sezer³, Müçteba Enes Yayla², Tahsin Murat Turgay², Gülay Kınıklı², Aşkın Ateş²

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

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

³Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

Giriş: IL-33, IL-1 ailesine ait yeni tanımlanmış bir sitokindir, bağdritik hücrelerde ve aktive makrofajlarda eksprese olur, doğal bağışıklık sisteminde önemli bir role sahiptir. ST2, IL-33'ün bilinen tek reseptörüdür. ST2 reseptörü, Toll-like reseptör ve IL-1 reseptör süper ailesinin bir üyesidir. Soluble ST2 ise IL-33 için tuzak reseptördür. Daha önce otoimmün ve bazı kronik enflamatuvar romatizmal hastalıklarda az sayıda çalışmada IL-33 ve sST2 ilişkisi incelenmiştir. Çalışmada amacımız radyografik ve non-radyografik aksiyel spondiloartrit hastalarında IL-33-sST2 aksını değerlendirmektir.

Çalışmaya dahil edilen hastaların periferik kan örnekleri IL-33 ve sST2 düzeyleri çalışılması için 8-12 saat açlık sonrası 5 mL aprotininli tüplere alındı. Bu serum örnekleri 30 dakika oda ısısında tutulup pıhtılaşması sağlandıktan sonra 5 dakika 2000 x g ile santrifüj edilerek serumları ayrıldı. Serum örnekleri steril pipet uçlarıyla steril endorf tüplerine aktarılarak hasta alımı tamamlanana kadar derin dondurucuda -40 °C'de saklandı.

Çalışmaya 01.06.2021-1.12.2022 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı Polikliniği'ne başvuran, 18 yaş ve üzerinde, American College of Rheumatology (ACR)/European League Against Rheumatism (EULAR) primer Sjögren sendromu 2016 sınıflandırma kriterlerine göre primer Sjögren sendromu tanısı almış 60 primer Sjögren sendromu hastası, modifiye New York sınıflama kriterlerine göre ankilozan spondilit tanısı almış veya aksiyel spondiloartrit için ASAS sınıflandırma kriterlerini karşılayan 60 aksiyel spondiloartrit hastası ve kontrol grubu olarak herhangi bir romatolojik hastalık öyküsü ya da varlığı olmayan, aydınlatılmış onam formunu imzalayıp gönüllü olan 40 sağlıklı gönüllü olmak üzere toplamda 160 kişi çalışmaya dahil edildi.

Modifiye New York kriterlerini karşılayan axSpA hastaları radyografik axSpA olarak, ASAS sınıflandırma kriterlerine göre radyografik sakroiliti olmayan MR görüntülemesinde aktif enflamasyon bulgusu olan hastalar non-radyografik axSpA olarak kabul edildi.

Primer Sjögren sendromu veya aksiyel spondiloartrit dışında ek romatolojik hastalığı olanlar (sistemik lupus eritematozus, romatoid artrit, Behçet hastalığı gibi), örnek alınması anında aktif enfeksiyon durumu olanlar, 18 yaş altında olanlar ve çalışmaya katılmak istemeyenler çalışmaya dahil edilmedi.

Çalışmaya alınan hastaların ayrıntılı öyküsü (demografik özellikleri, hastalık süresi, aldığı medikal tedaviler ve mevcut semptomları) alındı ve fizik muayenesi yapıldı.

Aksiyel spondiloartrit hastalarında hastalık aktivitesini değerlendirmede ise laboratuvar testlerinin yanı sıra Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI), Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI), Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS) skalaları kullanılmış olup bu skalaya göre puan arttıkça hastalığın daha aktif olduğu bilinmektedir. BASDAI ≥ 4 yüksek hastalık aktivitesi (aktif hastalık), BASDAI < 4 düşük hastalık aktivitesi (inaktif hastalık) olarak değerlendirildi.

Primer Sjögren sendromu, aksiyel spondiloartrit hastaları ve sağlıklı kontrol grubunun serum örneklerinde IL-33 ve sST2 düzeyleri, çalışma gününde tüm serumlar çözülerek bir defada çalışıldı.

Human IL-33 ELISA kitinin ölçüm aralığı (detection range) 15,6 pg/mL-1000 pg/mL, minimum ölçülebilir düzeyi (sensitivity) 10 pg/mL iken human IL1RL1/ST2 ELISA kitinin ölçüm aralığı (detection range) 1560 pg/mL-10000 pg/mL, minimum ölçülebilir düzeyi (sensitivity) 10 pg/mL idi.

İstatistiksel Yöntem: Verilerin analizi IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 25 paket programında yapıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemlerle (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testleri) incelendi. Tanımlayıcı analizler normal dağılmayan sayısal değişkenler için ortanca ve çeyrekler arası aralık; ordinal ve kategorik değişkenler için ise frekans tabloları ile verildi. Gruplar arası karşılaştırmalarda normal dağılmayan sayısal değişkenler için Mann-Whitney U testi, kategorik değişkenler için ise yerine göre ki-kare ya da Fisher's testi kullanıldı. Gruplar arasında normal dağılmayan ikiden fazla sayısal değişkeni karşılaştırmada Kruskal-Wallis testi kullanıldı. Spearman testi kullanılarak klinik değişkenler ve laboratuvar değişkenleri arasında korelasyon analizi yapıldı. $P < 0,05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Çalışmaya primer Sjögren sendromu tanısı olan 60 hasta, aksiyel spondiloartrit tanısı olan 60 hasta ve 40 sağlıklı gönüllü olmak üzere toplam 160 kişi dahil edilmiştir.

Grupların serum IL-33 ve sST2 değerlerine bakıldığında PSS grubunun IL-33 ortanca değeri 11,88 pg/mL, axSpA grubunun ortanca IL-33 değeri 12,33 pg/mL ve kontrol grubunun ortanca IL-33 ortanca değeri 11,14 pg/mL olarak bulunmuştur. Gruplar arasında serum IL-33 değerleri arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. PSS grubunun sST2 ortanca değeri 96,3 pg/mL,

axSpA grubunun ortanca sST2 değeri 141,21 pg/mL ve kontrol grubunun ortanca sST2 değeri 59,72 pg/mL olarak bulunmuştur. sST2 değeri PSS ve axSpA grubunda kontrol grubuna göre anlamlı oranda yüksek bulunmuştur (sırasıyla; $p=0,009$ ve $p<0,001$). sST2 değerleri PSS ve axSpA grubunda karşılaştırıldığında axSpA grubunda PSS grubuna göre sST2 değerlerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,011$) (Tablo 1).

Aksiyel spondiloartrit hastaları radyografik ve non-radyografik olarak ayrı ayrı incelendiğinde hem r-axSpA grubunda hem de nr-axSpA grubunda serum sST2 düzeyleri kontrol grubuna göre anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$, $p=0,007$). Ayrıca r-axSpA hastalarında serum sST2 düzeyleri nr-axSpA grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Her iki grup arasındaki serum IL-33 düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 2).

Aksiyel SpA grubundaki hastaların hastalık süresi ile serum IL-33 seviyesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak serum sST2 seviyesi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Hastalık süresi arttıkça serum sST2 düzeyinin yükseldiği görülmüştür ($p=0,015$).

Aksiyel SpA hastalarında hastalık aktivitesini gösteren ölçekler olan BASDAI, BASFI, ASDAS CRP, ASDAS ESH değerleri ile serum IL-33 ve sST2 seviyeleri arasında anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır. Hastalık aktivitesi ile serum IL-33 ve sST2 seviyeleri korele değildir.

Aksiyel SpA hastaları r-axSpA ve nr-axSpA grubu olarak ayrı ayrı incelendiğinde ise her 2 grupta da BASDAI, BASFI, ASDAS-CRP, ASDAS-ESH ile serum IL-33 ve sST2 düzeyleri arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır. Her iki hasta grubunda hastalık süresi ile IL-33 seviyeleri arasında anlamlı ilişki saptanmazken, sST2 düzeyinin nr-AxSpA grubunda hastalık süresiyle anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır.

Aksiyel SpA hastalarının BASDAI skorlarına göre aktif (BASDAI ≥ 4) ve inaktif (BASDAI < 4) hastalık olarak gruplandırılarak serum IL-33 ve sST2 düzeyleri karşılaştırıldığında BASDAI < 4 olan ve BASDAI ≥ 4 olan grup arasında serum IL-33 ve sST2 düzeyleri açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (sırasıyla; $p=0,47$, $p=0,70$). Yine axSpA hastaları ASDAS-CRP skorlarına göre gruplandırılarak serum IL-33 ve sST2 düzeyleri karşılaştırıldığında ASDAS-CRP $< 2,1$ (düşük hastalık aktivitesi) ve ASDAS-CRP $\geq 2,1$ (yüksek hastalık aktivitesi) olan grup arasında serum IL-33 ve sST2 düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (sırasıyla; $p=0,98$, $p=0,28$).

Radyografik ve non-radyografik axSpA grubunda biyolojik ajan kullanımına göre serum IL-33 ve sST2 düzeyleri karşılaştırıldığında r-axSpA hastalarında biyolojik kullanan ve kullanmayan grupta serum IL-33 düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmazken ($p=0,27$) serum sST2 düzeyleri biyolojik ajan kullanan hastalarda daha yüksek olmakla birlikte anlamlı fark yoktur ($p=0,62$). Nr-axSpA grubunda biyolojik ajan kullanan ve kullanmayan hastaların serum IL-33 düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmazken ($p=0,72$) serum sST2 düzeyleri biyolojik alan hasta grubunda almayan gruba göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,001$) (Tablo 3).

Erkeklerde r-axSpA oranı %76,1 iken kadınlarda r-axSpA oranı %43,5 olarak bulunmuştur. Erkeklerde r-axSpA oranı, kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Cinsiyete göre serum IL-33 ve sST2 düzeyleri karşılaştırıldığında r-axSpA grubundaki kadınların ortanca serum sST2 düzeyi 188,22 pg/mL iken erkeklerin ortanca serum sST2 düzeyi 334,9 pg/mL bulunmuştur. Radyografik axSpA grubunda erkeklerin serum sST2 düzeyi kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,034$). R-axSpA grubunda kadınların serum IL-33 düzeyi ile erkeklerin serum IL-33 düzeyi karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,22$). Nr-axSpA grubunda ise kadınların ortanca serum IL-33 düzeyi 14,72 pg/mL iken erkeklerin ortanca serum IL-33 düzeyi 10,09 pg/mL bulunmuştur. Nr-axSpA grubunda kadınlarda serum IL-33 düzeyi erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,049$). Nr-axSpA grubunda kadınların serum sST2 düzeyi ile erkeklerin serum sST2 düzeyi karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,41$).

En karakteristik enflamatuvar romatizmal hastalıklardan biri olan romatoid artritte IL-33 ve sST2 seviyelerinin sadece hastaların serumunda değil, aynı zamanda sinovyumlarında da önemli ölçüde arttığı ve daha yüksek seviyelerin, yüksek hastalık aktivitesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. 2011 yılında Han ve ark. yaptığı bir çalışmada serum IL-33 seviyelerinin AS hastalarında yüksek olduğu ve hastalık aktivitesi ile korele olduğu gösterilmiştir. Benzer şekilde Li ve ark. yaptığı bir çalışmada serum IL-33 seviyelerinin AS hastalarında kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve aktif AS olan hastalarda inaktif AS olan hastalara göre IL-33 seviyelerinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Bizim çalışmamızda serum IL-33 düzeyi, axSpA tanısı ya da hastalık aktivitesi açısından ayırt edici özellikte bulunmadı. Hastaların klinik özellikleri (periferik artrit, üveit, entezit, daktilit, psöriyazis, Crohn, ülseratif kolit), aile öyküsü, ek hastalıkları, hastalık aktivitesini gösteren BASDAI, BASFI, ASDAS-CRP, ASDAS-ESH ile serum IL-33 değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi (p değerleri $> 0,05$). Çalışmamızda serum IL-33 düzeylerinin axSpA tanısı, klinik özellikleri ve hastalık aktivitesi ile ilişkili bulunmaması; hasta grubumuzun nispeten küçük olması, dirençli hastalarda kullanılan biyolojik ajanların enflamasyonu baskılayarak enflamatuvar sitokinlerin salınımını azaltması, yine enflamasyonu baskılayabilecek NSAİİ ve steroid kullanımından kaynaklanıyor olabilir. AS hastalarında yapılan bir çalışmada 22 hastanın biyolojik ajan kullanmadan önce ve kullandıktan sonraki serum IL-33 ve sST2 seviyeleri karşılaştırılmış, serum IL-33 ve sST2 seviyelerinin biyolojik ajan tedavisi sonrası önemli ölçüde azaldığı görülmüştür.

Manetti ve ark., sistemik sklerozlu hastaların hedef organlarında sST2'nin anormal şekilde eksprese edildiğini bildirmiştir. Yapılan başka çalışmada sistemik lupus eritematozus ve enflamatuvar bağırsak hastalığı olan hastalarda serum sST2 düzeyinin hastalık aktivitesi ile korele olduğu gösterilmiştir. Li ve ark. AS'li hastalarda yaptığı çalışmada ise ilk kez AS'li hastalarda serum sST2 seviyesinin sağlıklı kontrollere göre belirgin şekilde arttığı ve BASDAI, ESH, CRP, trombosit sayısı ile korele olduğu gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda da serum sST2 düzeyleri axSpA hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Aksiyel SpA hastaları radyografik ve non-radyografik grupta ayrı ayrı incelendiğinde ise r-axSpA grubunda nr-axSpA grubuna göre serum sST2 düzeyi yüksek saptanmıştır. Bunun nedeni r-axSpA grubunda enflamasyonun; entezis bölgeleri ve aksiyel iskelette yapısal hasarın daha şiddetli olması ile ilişkili olabilir. Bugüne

kadar literatürde r-axSpA ve nr-axSpA grubunda ayrı ayrı IL-33 ve sST2 düzeylerini karşılaştıran çalışma yoktur.

Çalışmamızda axSpA hastalarında hastalık süresiyle serum sST2 düzeyini korele bulduk. Bunu da hastalık süresi arttıkça enflamasyonun ve radyografik axSpA oranının artmasıyla açıklayabiliriz. Aksiyel SpA hastaları radyografik ve non-radyografik grupta ayrı ayrı incelendiğinde ise r-axSpA grubunda hastalık süresiyle serum IL-33 ve sST2 düzeyleri arasında anlamlı bir korelasyon yokken nr-axSpA grubunda hastalık süresi arttıkça serum sST2 düzeyinin arttığını saptadık. Bu durum hastaların radyografik bulgularının ortaya çıkışı için belirli bir süre geçmesi gerekliliği ve yapısal değişikliklerin gelişim sürecinde enflamasyonla ilişkili olarak sST2 düzeyinin arttığı şeklinde yorumlanabilir. R-axSpA hastalarında yapısal hasar gelişmiştir ve enflamasyon yüksek seviyededir, bu evrede yapısal hasar zamanla daha yavaş seyirli olduğundan hastalık süresiyle serum sST2 düzeyi arasında korelasyon saptanmamış olabilir. Nr-axSpA grubundaki hastalarda ise henüz radyografik bulgular oluşacak kadar zaman geçmemiştir ve hastalık süresi uzadıkça enflamasyon devam ederek yapısal hasar gelişecektir ve bununla ilişkili olarak serum sST2 düzeyleri artmaktadır. Aksiyel SpA hastaları radyografik ve non-radyografik grupta ayrı ayrı incelendiğinde r-axSpA grubunda nr-axSpA grubuna göre serum sST2 düzeyinin daha yüksek saptanması, sST2'nin yapısal hasar ve radyografik progresyonla ilişkili bir belirteç olduğunu destekler niteliktedir.

ST2, IL-33'ün bilinen tek reseptörüdür. Çalışmamızda, plazmada çözülmüş halde bulunan, IL-33 için tuzak reseptör olarak sadece fazla IL-33 moleküllerini tutan ve sinyal oluşturmayan soluble ST2 formuna bakılmıştır. Soluble ST2, IL-33'ün axSpA üstündeki rolünü tersine çevirebilir. AxSpA hastalarında serum sST2 düzeyinin yüksek bulunup serum IL-33 düzeyinin yüksek bulunmaması sST2'nin tuzak reseptör olması, enflamasyon düzenleyici role sahip olması ve serum IL-33 düzeyini düşürmesiyle açıklanabilir.

AxSpA hastaları radyografik ve non-radyografik gruplarda ayrı ayrı incelendiğinde her 2 grupta da biyolojik ajan kullananlarda kullanmayanlara göre serum sST2 düzeyleri daha yüksek saptanmıştır. Bunun nedeni biyolojik ajan gerektirecek kadar şiddetli hastalığı olanlarda enflamasyonun daha fazla olmasına bağlı serum sST2 düzeyi yüksekliği olabilir.

Çalışmamızda axSpA grubundaki kadın hastalarda serum IL-33 düzeyi erkek hastalara göre anlamlı olarak daha yüksekken ($p=0,040$) serum sST2 düzeyleri erkek hastalarda kadın hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Erkek hastalarda serum sST2 düzeylerinin daha yüksek olması erkeklerde r-axSpA oranlarının daha yüksek olmasına bağlı olabilir. Erkek cinsiyet axSpA için kötü prognostik faktördür. AxSpA hastaları

radyografik ve non-radyografik olarak 2 ayrı grupta incelendiğinde r-axSpA grubundaki erkeklerde serum sST2 düzeyi kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Erkeklerde hastalık daha kötü seyrettiğinden enflamasyon ve yapısal hasarın daha fazla olmasıyla ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda serum sST2 düzeylerini aksiyel spondiloartrit hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulduk. Aksiyel SpA hastalarını radyografik ve non-radyografik olarak ayrı gruplarda incelendiğimizde ise serum sST2 düzeyini r-axSpA grubunda nr-axSpA grubuna göre daha yüksek saptadık. Bunun nedeni r-axSpA grubunda enflamasyonun; entezis bölgeleri ve aksiyel iskelette yapısal hasarın daha şiddetli olması olabilir. R-axSpA grubunda nr-axSpA grubuna göre serum sST2 düzeyinin daha yüksek saptanması, sST2'nin yapısal hasar ve radyografik progresyonla ilişkili bir belirteç olduğunu destekler niteliktedir. Yapılacak prospektif ileri çalışmalarla hastaların direkt grafi skorlaması ve MRG skorlamasıyla serum IL-33 ve sST2 düzeylerinin ilişkisinin ortaya konulması özellikle sST2'nin enflamasyon ve hasar belirteci olarak kullanılmasını sağlayabilir.

Çalışmamızda ax-SpA hastalarında serum IL-33 ve sST2 düzeyleri hastalık aktivitesiyle korele bulunmamıştır. R-axSpA grubunda serum sST2 düzeylerinin nr-axSpA grubuna göre yüksek olması da göz önüne alındığında serum sST2 düzeyinin hastalık aktivitesiyle ilişkili değil hastalık şiddeti ve yapısal hasarla ilişkili olduğu söylenebilir.

Bugüne kadar literatürde r-axSpA ve nr-axSpA grubunda ayrı ayrı IL-33 ve sST2 düzeylerini karşılaştıran çalışma yoktur. Aksiyel SpA hastalarının radyografik ve non-radyografik olarak ayrı gruplarda incelendiği daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç vardır.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarına göre serum sST2 düzeyi axSpA'da hastalık biyobelirteci olarak tanımlanabilir ancak artan serum sST2 düzeylerinin axSpA için biyobelirteç işlevi görüp görmediği veya hastalık patogenezinde katkıda bulunan düzenleyici bir mekanizma olup olmadığı daha fazla araştırılmalıdır. Aksiyel spondiloartritte kronik enflamasyon sonucunda yükselen TNF-a konsantrasyonu ve onun sonucunda aktive olan endotelial ve epitelyal hücreler IL-33 seviyesinin yükselmesine neden olabilir. IL-33 yüksek konsantrasyonlarda nötrofil göçünü indükler ve enflamasyonu artırarak lokal TNF-a konsantrasyon artışıyla eklem ankilozunda rol oynar. TNF-a yükselmesi axSpA hastalarında anahtar değişikliktir ve anti-TNF ajanlar tedavide etkin olarak kullanılmaktadır. Aynı şekilde IL-33 ve sST2 yolağı da terapötik bir hedef olabilir. Bu alanda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Primer Sjögren sendromu, aksiyel spondiloartrit, IL-33, soluble ST2

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Romatoloji Bölümü intersitisyel akciğer hastalığı kohortu: Multidisipliner takip deneyimleri

Serdar Can Güven¹, Hatice Ecem Konak¹, Habibe Hezer², Ebru Atalar¹, Rezan Koçak Ulucaköy¹, Esra Kayacan Erdoğan¹, Hakan Babaoğlu¹, Berkan Armağan¹, Kevser Orhan¹, İsmail Doğan³, Yüksel Maraş⁴, Ahmet Omma⁴, Ayşegül Karalezli⁵, Şükran Erten³, Orhan Küçükşahin³

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

²Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

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

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

⁵Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Romatizmal hastalıklarda intersitisyel akciğer hastalığı (İAH) önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Bu hastaların takibinde sağkalımı uzatabilmek ve yaşam kalitesini artırabilmek için farkındalık, multidisipliner yaklaşım ve merkez tecrübesi son derece önemlidir. Hastanemizde de 2020 yılından bu yana romatoloji, göğüs hastalıkları ve daha sonradan da radyoloji bölümlerinin katılımı ile haftalık konsey düzenlenmekte olup, gerekli hastalar burada değerlendirilmektedir. Bu bildiriye kliniğimizin İAH yönünden deneyimlerini sunmak istedik.

Yöntem: Romatizmal hastalık ile ilişkili İAH ile kliniğimizde takip edilen hastaların demografik, klinik ve radyografik verileri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Toplam 210 hasta değerlendirildi. Hastaların 68'i romatoid artrit (RA), 49'u sistemik skleroz (SSc), 59'u primer Sjören (Sjs), 10'u enflamatuvar miyozit (İM), 10 tanesi interstittal pneumonia with autoimmune features (IPAF)/undiferansiyel bağ doku hastalığı (UBDH) ile takipliydi (Tablo 1). Kadın cinsiyet oranı %57,72, sigara kullanım oranı %40'tu. En sık görülen patenler non-spesifik intersitisyel pnömoni (NSIP), usul intersitisyel pnömoni (UIP) ve lenfosittik intersitisyel pnömoniydi. Tüm hasta gruplarında en sık kullanılan ilaçlar sistemik glukokortikoidler, mikofenolat mofetil, azatiyopurin, rituksimab ve siklofosfamitti. On beş hasta antifibrotik tedavi kullanmıştı. Mortalite oranı %8,18, uzun süreli oksijen tedavisi kullanım oranı %6,82'yd. Majör hastalık grupları incelendiğinde RA ve Sjs hastalarında yaş ortalaması, RA ve IPAF/UBDH hastalarında erkek cinsiyet sıklığı daha fazlaydı (Tablo 2). İM ve IPAF/UBDH hastalarında İAH ve romatoloji hastalık eş zamanlı tanı alma sıklığı ve İAH daha önce tanı alma sıklığı daha fazlaydı. En sık patern RA hastalarında UIP diğerlerinde NSIP idi. Sistemik glukokortikoid kullanımı SSc grubunda en azken, siklofosfamid kullanımı RA ve Sjs gruplarında azdı. Rituksimab kullanımı RA grubunda en fazlaydı. Mortalite RA grubunda daha az sıklıktaydı. Antifibrotik kullanımı RA ve Sjs gruplarında en azdı.

Sonuç: Kohortumuzun verileri değerlendirildiğinde diğer hastalıklardan farklı olarak RA hastalarında erkek cinsiyet ve sigara kullanımı daha sıktı. İleri yaş RA ve Sjs hastalarında İAH açısından

bir risk faktörü olarak görünmekteydi. RA hastalarında mortalite ve antifibrotik kullanımı daha azdı benzer şekilde Sjs hastalarında antifibrotik kullanımı daha azdı. Bu durumu bu gruplarda daha az progressif fibrotik hastalık görüldüğünü düşündürmekteydi. Sonuçlarımız İAH gibi yavaş seyirli bir komplikasyonu değerlendirmek için süre olarak kısa olsa da ilerleyen dönemlerde daha sağlıklı veriler sunacak birikime ulaşacağımızı düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Bağ doku, intersitisyel akciğer, vaskülit, romatoid artrit

PS-035

Ankilozan spondilit hastalarının toraks bilgisayarlı tomografilerinde saptanan manubriosternal eklem değişiklikleri ve klinik bulgularla olan ilişkisi

Yeşim Erez¹, Özkan Uruk², Abdullah Taylan³, Erkan Yılmaz³, Fatoş Önen², İsmail Sarı²

¹Bakırçay Üniversitesi, Cıgli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

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

³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Ankilozan spondilite (AS) göğüs kafesi bölgesindeki eklemlerin ve entezis noktalarının da etkilendiği bilinmektedir. Ancak manubriosternal eklem tutulumunun hastalık prognozu ve klinik bulgular ile olan ilişkisini araştıran çalışma sayısı kısıtlıdır. Bu çalışmada, AS hastalarında manubriosternal eklem değişiklikleri, bu değişikliklerin klinik ve radyografik bulgular ile olan ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Modifiye New York kriterlerine göre AS tanısı ile merkezimizde izlenen, 2013-2023 yılları arasında toraks bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesi yapılan hastalar çalışmaya dahil edildi. Toraks BT'deki sagittal ve koronal reformat görüntüleri (kemik penceresinde), radyolog tarafından değerlendirildi. Değerlendirmede radyolojik değişiklikler: Grade 0: Eklem mesafesi normal, skleroz ve erozyon yok, Grade 1: Eklem mesafesi daralmış, subkortikal skleroz, kortikal düzensizlik ve erozyon var, Grade 2: Ekleme parsiyel veya tam füzyon olarak tanımlandı. Hastalara ait demografik, klinik ve radyografik bulgular retrospektif kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya 236 AS hastası (erkek: 165, %69,9) alındı. Ortalama yaş 54,4±12, tanı yaşı 38,8±13,1 olarak saptandı. Yüz yirmi sekiz (%58,4) hastanın sigara kullanımı vardı. Hastaların 81'inin (%34,3) artrit, 49'unun (%20,8) entezit öyküsü vardı. Sadece 2 hastada daktilit saptanmıştı. Elli yedi (%24,2) hastada üveit gelişmişti. HLA-B27 sıklığı %72 (n=108) olarak bulundu. Yüz yetmiş sekiz (%75,4) hastada ilk başvuruda akut faz reaktan (AFR) yüksekliği mevcuttu. Yüz kırk sekiz (%62,7) hasta metotreksat ve/veya sülfasalazin kullanmıştı. Yüz doksan yedi (%83,4) hasta biyolojik tedavi almaktaydı. Yüz yedi (%45,3) hastanın pelvis grafisinde bilateral grade 4 sakroiliit saptanır iken 30 (%18) hastada kalça tutulumu olduğu görüldü. Kırk dokuz (%20,7) hastada bambu görünümü vardı. Kırk altı (%19,5) hastada toraks BT'de manubriosternal eklem olağan saptandı. Seksen üç (%35,2) hastada grade 1, 107 (%45,3) hastada grade 2 değişiklikler olduğu görüldü. Cinsiyet, sigara, artrit, aşil enteziti, üveit, HLA-B27 pozitifliği ve

AFR yüksekliği ile manubriosternal eklem değişiklikleri arasında bir ilişki saptanmadı. Kalça tutulumu ile manubriosternal eklem tutulumu arasında bir ilişki saptanmaz iken sindesmofit ve bambu görünümü olan hastalarda manubriosternal eklem füzyonu daha sık bulundu ($p<0,01$).

Sonuç: Bu çalışmada AS hastalarının yaklaşık %80'inde manubriosternal eklemde radyolojik değişiklik olduğu ve yaklaşık yarısında eklemde füzyon geliştiği görüldü. Omurga tutulumunun ciddiyeti ile manubriosternal eklem tutulumu arasında ilişki olduğu gözlemlendi. Ancak çalışmanın en önemli kısıtlılığı, toraks BT çekilen hastaların çoğunlukla biyolojik tedavi alan ve deforman AS hastaları olmasıdır. Erken evre AS hastalarının da dahil edildiği bir çalışmada manubriosternal eklem tutulumunun klinik ve diğer radyografik bulgular ile olan ilişkisi daha net ortaya konulabilir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, manubriosternal eklem

PS-036

Hedefe yönelik tedavi stratejisi ["treat to target" (T2T)] ile tedavi değişikliği önerilen romatoid artrit hastalarında tedavi değişikliğinin kabul edilmeme sıklığı ve nedenleri

Muhammed Mert Sonkaya¹, Işıl Ezgi Uluşık¹,
Sebahat Dilek Torun², Fulya Coşan¹

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

²Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Romatoid artrit (RA) tedavisinde, hedefe yönelik tedavi stratejisi ["treat to target" (T2T)] EULAR ve ACR tedavi kılavuzlarında tedavi stratejisi olarak önerilmektedir. Yeni gelişen bDMARD/tsDMARD ilaçların RA tedavisinde yeni seçenekler sunması, romatoloji uzmanlarının sayısının artmasıyla tedavide daha etkili ilaçların kullanılmasına rağmen, istenilen tedavi hedeflerine ulaşılma oranları düşüktür. Tedavi başarısında ilaç etkinliği ve doktor önerisinin yanı sıra, hastanın tedaviyi kabul etmesi ve benimsemesi en önemli unsurdur. Bu çalışmada orta-yüksek hastalık aktivitesi nedeniyle T2T stratejisi ile bDMARD/tsDMARD tedavi önerisi yapılan hastalarda tedaviyi reddetme sıklığının ve nedenlerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 2015-2023 tarihleri arasında romatoloji polikliniğinden takip edilmiş ve orta-yüksek hastalık aktivitesi nedeniyle bDMARD/tsDMARD tedavisi önerilmiş olan 304 RA hastası dahil edilmiştir. Üç yüz dört hastaya yapılan toplam 680 öneri retrospektif olarak incelenmiş, red oranları ve red nedenleri analiz edilmiştir.

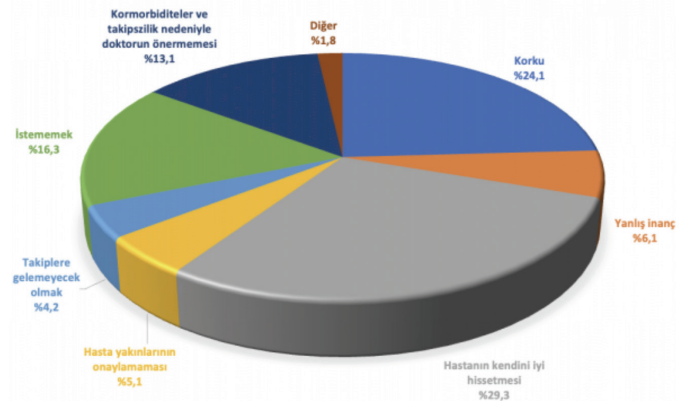
Bulgular: CsDMARD tedavisinden bDMARD/tsDMARD tedavisine geçiş önerilen hastalara 1-4 tedavi önerisi yapılmış (ortalama: 1,2 öneri) ve tedavi kabul oranı %77 bulunmuştur. İlk seferde kabul %67,7; 1 kez reddetme: %23,4, 2 kez red: %6,6, 3 ve daha fazla red %2,3 hastada izlenmiştir. Tedaviyi reddeden hastaların ortalama 2,52 ay içinde (1-91 ay) tedaviyi kabul ettikleri görülmüştür. %23 hasta hiçbir öneride tedaviyi kabul etmemiştir. csDMARD-bDMARD geçişinde tedaviyi red nedenleri %24,1 korku, %6,1 yanlış inanç, %29,3 hastanın kendini iyi hissetmesi,

%5,1 hasta yakınının onaylamaması, %4,2 takiplere gelemeyecek olması, %16,3 istememek idi. %13,1 olguda komorbiditeler veya takipsizlik nedeniyle doktor tarafından T2T önerilmemesidir. Hastaların %48,4'ünde bDMARD'den başka bir bDMARD/tsDMARD tedavisine geçiş yapıldı. bDMARD-bDMARD geçişinde hastalara yapılan 1-10 tedavi önerisinin (ortalama: 2,09) %44,2'si birinci öneride, %20,9'u ikinci öneride, %20,5'i 3 ve daha fazla öneride geçişi kabul etti. %14,4 hasta tedavi değişikliğini kabul etmedi. En az bir defa tedavi değişikliğini reddetme oranı %35,8 bulundu. bDMARD-bDMARD geçişinde tedaviyi red nedenleri, korku: %15,3; yanlış inanç: %3,8; takiplere gelemeyecek olma %23,1; hastanın kendini iyi hissetmesi %26,9; hasta yakınının onaylamaması %2; neden belirtmeden istememek %23,1 idi. %5,8 olguda komorbiditeler veya takipsizlik nedeniyle doktor tarafından T2T önerilmedi.

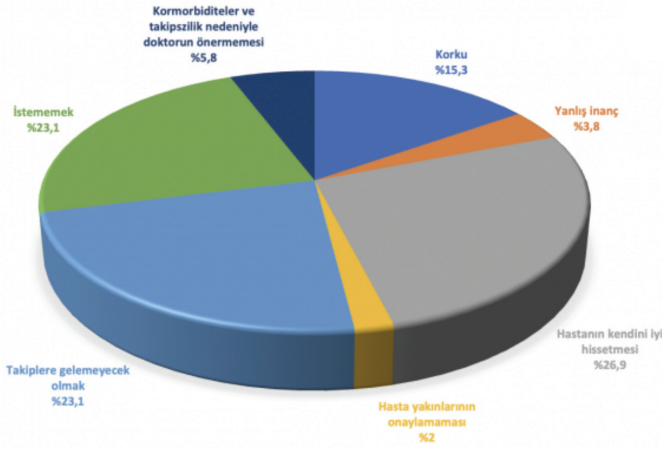
Sonuç: T2T tedavi stratejisi uygulanırken hastanın ve yakınlarının tedavi ile ilgili olumsuz algılarının değiştirilmesi; ilaca ve doktora erişim imkanları göz önünde bulundurularak en sürdürülebilir tedavinin tercih edilmesi ve hastanın kendi değerlendirdiği hastalık aktivitesinin de göz önünde bulundurulması, tedavi planının bir parçası olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, DMARD, tedavi

**Bu proje, TÜBİTAK 2209-A programı kapsamında, 1919B012202471 proje numarasıyla desteklenmektedir.*



Şekil 1. csDMARD-bDMARD geçişinde tedaviyi red nedenleri



Şekil 2. bDMARD-bDMARD geçişinde tedaviyi red nedenleri

PS-037

Bağ dokusu hastalığı ilişkili pulmoner arteriyel hipertansiyon tedavisi: meta-analiz

Mustafa Erdoğan¹, Sinem Nihal Esatoğlu², Burçak Kılıçkiran Avcı³, Gülen Hatemi²

¹Marmara Üniversitesi, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

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

³İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH) için tedavi seçenekleri son 20 yılda giderek artmaktadır. Bununla birlikte, bağ dokusu hastalığı ile ilişkili PAH'nin (BDH-PAH) tedavisine yönelik kanıtlar çoğunlukla randomize kontrollü çalışmaların (RKÇ) alt grup analizlerine dayanmaktadır. Bu nedenle, BDH-PAH için sonuçları bildiren RKÇ'lerin bir meta-analizini gerçekleştirdik.

Yöntem: Arama stratejisi Şekil 1'de özetlenmiştir. Meta-analiz için seçilen sonuçlar fonksiyonel sınıf (FC) değişikliği, sağkalım oranları, 6 dakika yürüme testi (6-MWD), klinik kötüleşme (CW), N-terminal prohormon BNP (NT-proBNP), pulmoner vasküler direnç (PVR), ortalama pulmoner arter basıncı (mPAB), sağ atriyal basınç (RAP) ve kardiyak indeks (Kİ) idi. Meta-analizimizin PROSPERO kayıt numarası CRD42020153560'dır.

Bulgular: PubMed ve Embase taramalarında sırasıyla 1,216 ve 468 makale bulunmuştur. İlgisiz makaleler ve meta-analiz için mevcut verileri olmayan çalışmalar çıkarıldıktan sonra, 1,837 hasta ile yapılan 12 RKÇ dahil edilmiştir (Şekil 1). Tanılar %59'unda sistemik skleroz, %20'sinde sistemik lupus eritematozus ve %21'inde diğer BDH'ler idi. Seçilen çalışmaların takip süresi 12 hafta ile 192 hafta arasında değişmekteydi.

Sonuç: BDH-PAH tedavisi, sağkalım ve NT-proBNP düzeyleri dışında klinik ve hemodinamik sonuçlar üzerinde olumlu etkiler sahiptir. Bugüne kadar bildirilen meta-analizler, sonuç olarak yalnızca 6-MWD, TTCW ve CW riskine odaklanmıştır. Bu çalışma, bazıları PAH için önemli prognostik değere sahip olan FC, hemodinamik ölçümler (RAP, PVR, CI) ve NT-proBNP'deki

değişimin havuzlanmış analizini bildiren literatürdeki ilk meta-analizdir. KTD-PAH'de egzersiz kapasitesindeki iyileşme ve CW riskindeki azalma İPAH'ye kıyasla daha az belirgindi ve önceki çalışmalara benzerdi. Bununla birlikte, meta-analizimizde BDH-PAH hastalarında hemodinamik parametrelerdeki değişiklikler, yayınlanan RK'lerde İPAH hastalarında görülen değişikliklere benzerdi.

Arama stratejisi Şekil 1'de özetlenmiştir.

Meta-analiz için seçilen sonlanım noktaları;

1. FC değişikliği,
2. Sağkalım oranları,
3. 6-MWD,
4. CW,
5. NT-proBNP,
6. PVR,
7. mPAB,
8. RAP,
9. Kİ'dir.

PubMed ve Embase taramalarında sırasıyla 1,216 ve 468 makale bulunmuştur.

İlgisiz makaleler ve meta-analiz için mevcut verileri olmayan çalışmalar çıkarıldıktan sonra, 1,837 hasta ile yapılan 12 RKÇ dahil edilmiştir (Şekil 1).

Tanımlar %59'unda sistemik skleroz, %20'sinde sistemik lupus eritematozus ve %21'inde diğer BDH'ler idi. Seçilen çalışmaların takip süresi 12 hafta ile 192 hafta arasında değişmekteydi.

Farmakolojik müdahaleler 3 çalışmada prostasiklin analogları (1 çalışmada epoprostenol ve 2 çalışmada treprostinil), 2 çalışmada PDE-5 inhibitörleri (biri çalışmada sildenafil ve tadalafil), 4 çalışmada ERA (2 çalışmada bosentan, 1'er çalışmada macitentan ve ambrisentan), 1 çalışmada riociguat, 1 çalışmada seleksipag ve 1 çalışmada ambrisentan ve tadalafil kombinasyonu olmuştur.

- Gruplar arasında FC, 6-MWD, CW, PVR, RAP ve CI açısından anlamlı bir fark vardı ve meta-analizde müdahale lehineydi (Şekil 2).
- Analizimiz PAH tedavisinin CW riskinde %30 azalma sağladığını gösterdi.

- Kombinasyon tedavileri ile bu azalma daha yüksek saptandı (%46).

- Ancak, kısa dönem (24-26 hafta) sağkalım ve ortalama serum NT-proBNP değişikliği gruplar arasında benzerdi.

Çalışmaların yanlılık risk değerlendirmesi Şekil 3'te özetlenmiştir.

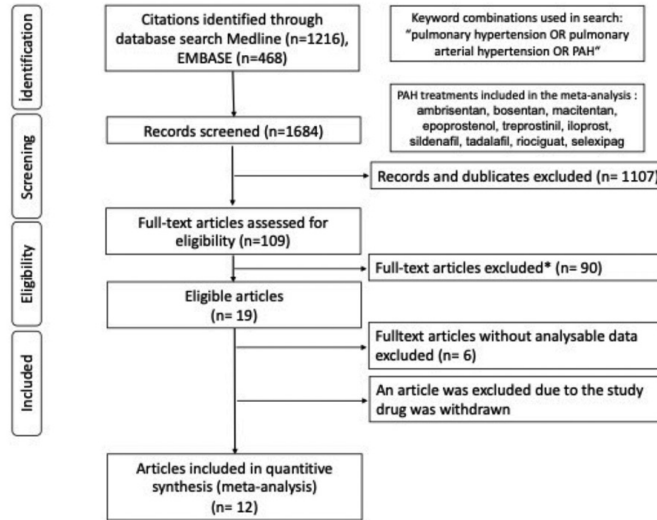
- PAH tedavisi, BDH-PAH hastalarında, sağkalım ve NT-proBNP düzeyleri haricinde anlamlı klinik ve hemodinamik sonuçlar üzerinde olumlu etkilere sahiptir.

- Bugüne kadar bildirilen meta-analizler, sonuç olarak yalnızca 6-MWD, TTCW ve CW riskine odaklanmıştır.

- Bu çalışma, bazıları PAH için önemli prognostik değere sahip olan FC, hemodinamik ölçümler (RAP, PVR, CI) ve NT-proBNP'deki değişimin analizini bildiren literatürdeki ilk meta-analizdir.
- Meta-analizimizde, BDH-PAH'de egzersiz kapasitesindeki iyileşme ve CW riskindeki azalma, İPAH'ye kıyasla daha az belirgindi ve önceki çalışmalara benzerdi.

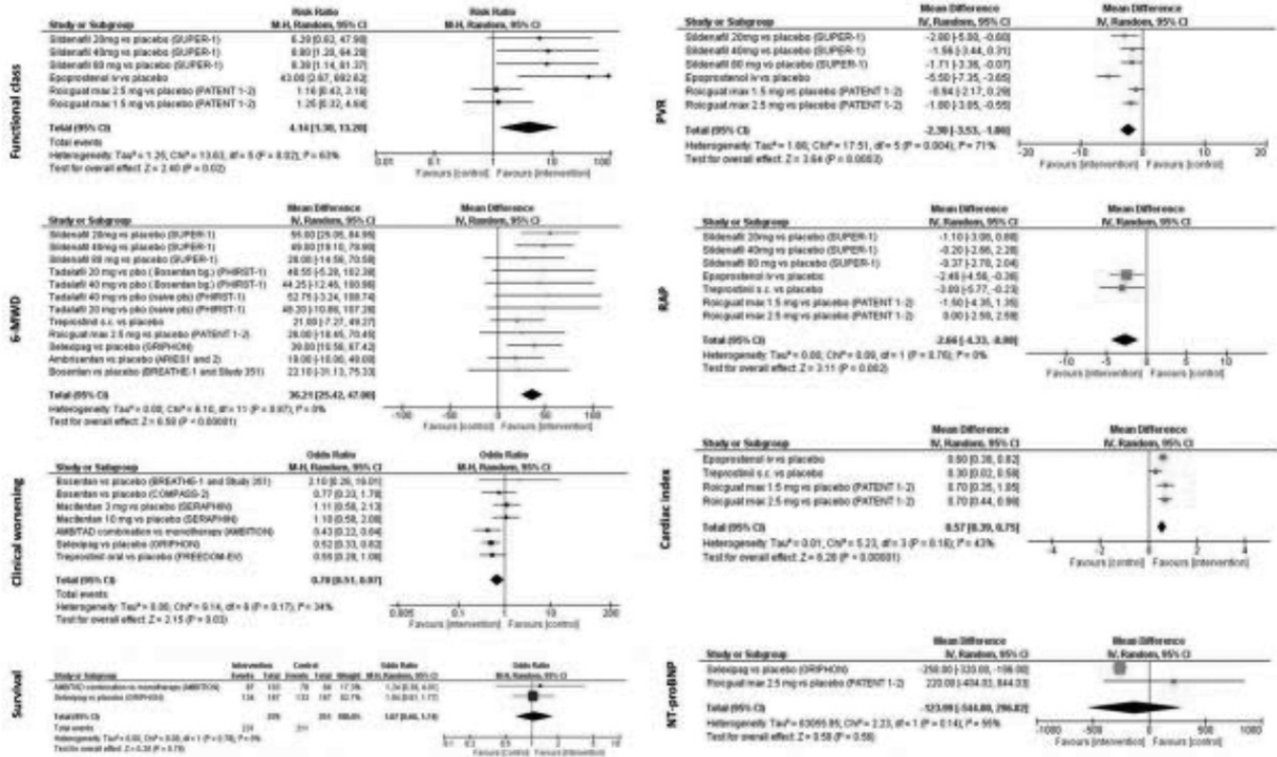
• Bununla birlikte, meta-analizimizde BDH-PAH hastalarında hemodinamik parametrelerdeki değişiklikler, yayınlanan RKÇ'lerde İPAH hastalarında görülen değişikliklere benzerdi.

Anahtar Kelimeler: Bağ doku hastalığı, sistemik skleroz, sistemik lupus eritematozus, pulmoner arteriyel hipertansiyon

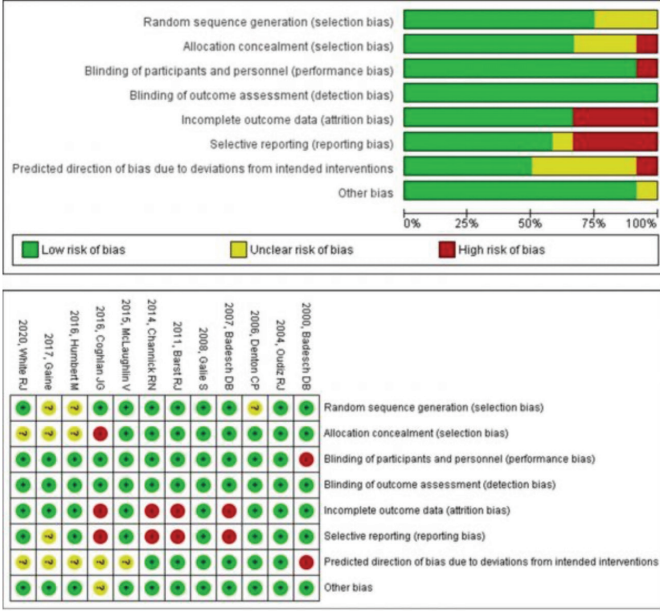


- * Reasons for exclusion due to;
- No data for CTD-PAH (n=59)
- Not using proper diagnostic criteria (n=5)
- Review (n=2)
- No placebo arm (n=5)
- Not a PAH study (n=2)
- No efficacy data (n=5)
- Recurrent reporting of the same patient data (n=12)

Sekil 1. Literatür tarama metodu ve sonuç akış şeması



Sekil 2. Meta-analiz sonuçları



Şekil 3. Yanlılık değerlendirmesi sonuçları

PS-038

Aksiyel ve periferik spondiloartrit tanılı hastalarda periferik artrit özellikleri: ASAS-PERSPA çalışması Türkiye verileri

Emine Sarıyıldız¹, Umut Kalyoncu¹, Halise Hande Gezer², İlknur Aktaş³, Servet Akar⁴, Sami Hizmetli⁵, Nilay Şahin⁶, Özgür Akgül⁷, Meltem Alkan Melikoğlu⁸, İlhan Sezer⁹, Şebnem Ataman¹⁰, Hatice Bodur¹¹, Erhan Çapkın¹², Figen Yılmaz¹³, Mehmet Tuncay Duruöz²

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

⁴İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

⁵Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas

⁶Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Balıkesir

⁷Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Manisa

⁸Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Erzurum

⁹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

¹⁰Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

¹¹Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi; Ankara Şehir Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara

¹²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Trabzon

¹³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

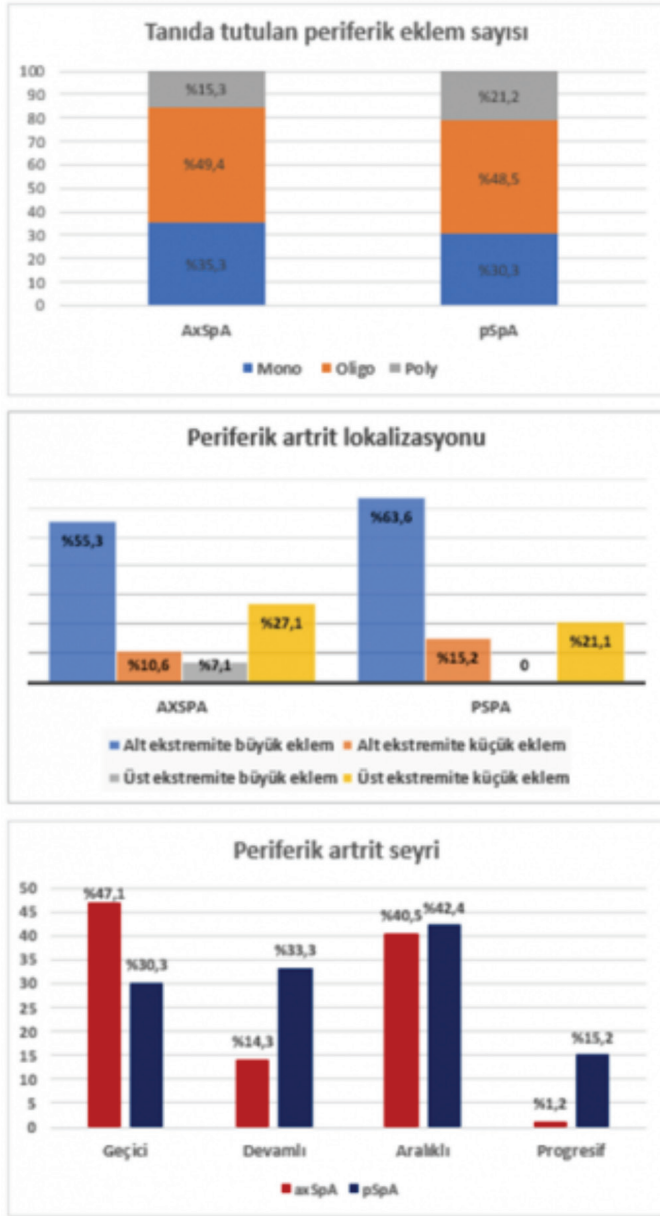
Amaç: Periferik artrit (PA), spondiloartrit (SpA) hastalarında sıklıkla alt ekstremiteleri asimetrik mono ya da oligoartrit şeklinde tutan sık görülen bir klinik bulgudur. Bu çalışmanın amacı; aksiyel spondiloartrit (axSpA) ve periferik spondiloartrit (pSpA) hastalarında PA sıklığını belirlemek ve ilişkili faktörleri değerlendirmektir.

Yöntem: Bu çalışma, Uluslararası Spondiloartrit Derneği (ASAS) tarafından 24 katılımcı ülkede SpA hastalarında periferik tutulumun değerlendirilmesini içeren kesitsel çalışmanın Türkiye verilerinin ek analizini içermektedir. Çalışmaya Türkiye'den 14 merkez katılmış olup hekime göre axSpA veya pSpA tanısı alan hastalar dahil edildi. Psöriyatik artrit tanılı hastalar farklı klinik eklem tutulumuna sahip olmaları nedeniyle çalışmaya dahil edilmedi. Çalışmada hastaların klinik özellikleri, tutulan eklem sayısı, eklem tipi, artrit seyri, PA tedavisi ve hastalık yükü (global iyilik hali, BASDAI, BASFI, ASDAS, ASAS sağlık indeksi, şiş ve hassas eklem sayısı) kaydedildi. PA tutulumu olan (PA+) ve olmayan (PA-) hastalar ayrıca karşılaştırılarak tek değişkenli ve çok değişkenli analizler ile PA ilişkili faktörler belirlendi.

Bulgular: Çalışmaya 394 (axSpA/pSpA=359/35) hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 40,8 ($\pm 10,7$) ve %57,6'sı erkekti. En az bir kez PA+ hasta sayısı 118 (%29,9) olup PA- hastalar ile kıyaslandığında erkek hasta sayısı ve aktif sigara kullanımı daha az (%49,2 vs. %61,2 p=0,026; %19,5 vs. %30,1 p=0,031); entezit, daktilit, üveit ve IBH sıklığı daha fazla (sırasıyla; %69,5 vs. %34,8 p<0,001; %8,5 vs. %1,4 p=0,001; %23,7 vs. %12 p=0,003 ve %6,8 vs. %2,2 p=0,024); MR'de sakroiliit varlığı ve SpA aile öyküsü daha düşüktü (%88,3 vs. %95,8 p=0,011; %37,6 vs. %55,8 p=0,001) (Tablo). PA+ hastaların (axSpA/pSpA=85/33) en sık görülen eklem tutulum paterni alt ekstremitte büyük eklem baskın oligoartriküler formdu ve axSpA ve pSpA hastalarında benzerdi. Devamlı ve progresif artrit varlığı ise pSpA grubunda daha sıklıkla (%14,3 vs. %33,3 p=0,020; %1,2 vs. %15,2 p=0,002) (Şekil 1). Yapılan çok değişkenli lojistik regresyon analizinde ise entezit [aOR 3,72 GA (2,11-6,56), p<0,001], daktilit [aOR 5,50 GA (1,24-16,37), p=0,022] ve tanı sırasında CRP yüksekliği [aOR 2,00 GA (1,07-3,76), p=0,030] PA ile ilişkili saptanırken MR'de sakroiliit varlığı [aOR 0,27 GA (0,09-0,75), p=0,012] ve SpA için aile öyküsü [aOR 0,52 GA (0,29-0,91), p=0,024] azalmış PA olasılığıyla ilişkili bulundu.

Sonuç: Bu çalışmada entezit, daktilit ve SpA tanısı sırasındaki yüksek CRP PA gelişimi ile ilişkili bulunmuştur. Her ne kadar SpA alt tipi olan axSpA ve pSpA benzer klinik özellikleri paylaşırsa da PA seyri pSpA hastalarında daha ciddi seyir göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Aksiyel spondiloartrit, periferik spondiloartrit, periferik artrit



Şekil 1. AxSpA ve pSpA hastalarının periferik artrit özellikleri

PS-039

Granülomatöz mastitli hastalarda başlangıç M-skoru nüksü öngörmede etkili midir?

Mehmet Akif Ötegeçeli¹, Nihal Lermi¹, Belkis Nihan Coşkun¹, Yavuz Pehlivan¹, Şehsuvar Gökgöz², Ediz Dalkılıç¹

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: İdiyopatik granülomatöz mastit (İGM), doğurganlık çağındaki kadınları etkileyen, tekrarlamaya meyilli, kronik enflamatuvar bir meme hastalığıdır. Çalışmamızın amacı İGM hastalarının klinik prezentasyonu, demografik özelliklerini, kullanılan tedavileri, tekrarlamaya etki eden faktörleri incelemek ve başlangıç M-skorumun tekrarlamaya olan etkisini araştırmaktır.

Yöntem: Bu çalışmaya Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne 2011-2023 yılları arasında başvurmuş, klinik ve histopatolojik olarak İGM tanısı almış olan 90 hasta dahil edildi. Hasta kayıtları geriye dönük olarak incelenerek elde edildi. Hastaların yaşı, komorbiditeleri, tanı yaşı, gebelik sayısı, son emzirme üzerinden geçen yıl, oral kontraseptif kullanımı, apse varlığı, sigara kullanımı, hiperprolaktinemi varlığı, semptomları, etkilenen taraf ve kadran, tedavileri, başlangıç M-skorumu ve hastalığın tekrarlayıp tekrarlamadığı ayrı ayrı kaydedildi. Semptomların şiddetini değerlendirmek için daha nesnel veriler sunan M-skoru kullanıldı. Başlangıç M-skoru ile birlikte hastalığın tekrarlamaya oranları karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 33,7 olup hastalarımızın hepsi tanıdan önce doğum yapmıştı. Hastalarımız en sık memede ele gelen kitle nedeniyle kliniğimize başvurdular. Apsesi olanlarda tekrarlamaya oranı %93,18 ile olmayanlara göre (%60,87) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Cerrahi yapılan hastalarda tekrarlamaya oranları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,518$). M-skoru düzeylerinin 5'in altı ile 5 ve üzeri arasında tekrarlamaya oranları karşılaştırıldığında, 5 ve üzeri skoru olanların (%98,4) tekrarlamaya oranlarının M-skoru 5'in altına (%24) göre istatistiksel olarak daha yüksek saptanmıştır ($p<0,001$).

Sonuç: İGM hastalarında tedavi hastanın semptomlarına bağlıdır. Bu yüzden semptomları daha objektif olarak tanımlayabilen, tedaviye yanıtı daha nesnel olarak yorumlayan bir skorlama sistemine ihtiyaç duyulmuştur. M-skoru da bu ihtiyacı karşılayabilecek düzeydedir. Çalışmamızda başlangıç M-skoru 5 ve üzerinde olan hastalarda tekrarlamaya oranının 5 ve altında olan hastalara göre daha yüksek olarak saptanması, bize başvuru anında M-skoru yüksek olan hastalarda, nüksü öngörmede yol gösterici olabilir.

Anahtar Kelimeler: İdiyopatik granülomatöz mastit, M-skoru, nüksü

| | | Tekrarlama | | p |
|----------------------------|------|-------------|--------------------------|------------------|
| | | Yok (n=21) | Var (n=69) | |
| M skoru (başlangıç) | 2,00 | 3 (%100) | 0 (%0) ^{ab} | <0,001 |
| | 3,00 | 11 (%91,67) | 1 (%8,33) ^b | |
| | 4,00 | 5 (%50) | 5 (%50) ^{abc} | |
| | 5,00 | 0 (%0) | 24 (%100) ^d | |
| | 6,00 | 0 (%0) | 24 (%100) ^d | |
| | 7,00 | 1 (%12,5) | 7 (%87,5) ^{acd} | |
| | 8,00 | 0 (%0) | 9 (%100) ^{cd} | |
| M skoru | <5 | 19 (%76) | 6 (%24) | <0,001 |
| | ≥5 | 1 (%1,5) | 64 (%98,4) | |

Şekil 1.

M-skorunun puanlaması aşağıda tanımlanmıştır:

Kitle skoru:

0 puan: Palpasyonla kitlenin olmaması

1 puan: Palpasyonla kitlenin ≤3 cm olması

2 puan: Palpasyonla kitlenin >3 cm olması

Eritem skoru:

0 puan: Meme derisinde eritemin olmaması

2 puan: Meme derisinde eritemin olması

Fistül skoru:

0 puan: Memede fistül olmaması

2 puan: Memede fistülün olması

Ağrı skoru:

0 puan: Vizüel Analog Skoru(VAS) 0-2 puan olması

1 puan: VAS 3-5 olması

2 puan: VAS 6-10 olması olarak tanımlanır.

Yaşam Kalitesi skoru:

0 puan: Yaşam kalitesinin etkilenmemesi

1 puan: Yaşam kalitesinin hafif derecede etkilenmesi, tıbbi yardım gerektirmez

2 puan: Yaşam kalitesinin ciddi derecede etkilenmesi, tıbbi yardım gerektirir

Şekil 2.

PS-040

Enflamatuvar romatolojik hastalıklarda komorbidite

Rezan Koçak Ulucaköy¹, Berkan Armağan¹, Hatice Ecem Konak¹, Bahar Özdemir Ulusoy¹, Pınar Akyüz Dağlı¹, Özlem Karakaş¹, Serdar Esmer¹, Hakan Apaydın¹, Mehmet Akif Eksin¹, Bünyamin Polat¹, Ebru Atalar¹, Esra Kayacan Erdoğan¹, Serdar Can Güven¹, Kevser Orhan¹, İsmail Doğan², Hakan Babaoğlu¹, Yüksel Maraş³, Orhan Küçükşahin², Ahmet Omma³, Şükran Erten²

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

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

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Romatizmal hastalıklarda artmış komorbidite riski bilinmektedir. Çalışmamızın amacı kliniğimizde takipli enflamatuvar romatizmal hastalığı olan hastaların komorbiditelerini değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışma tek merkezli kesitsel bir çalışmadır. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Romatoloji Kliniği'nde takipli hastaların tanıları, demografik özellikleri, klinik özellikleri, medikal tedavileri ve komorbiditeleri kaydedildi.

Bulgular: On bin iki yüz altmış dokuz hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik bilgileri, tedavileri ve komorbidite varlığı tabloda verilmiştir. Hastaların %65,8'inde en az bir tane komorbidite vardı. En sık görülen komorbiditeler arasında hipertansiyon (%35), obezite (%29,3), diabetes mellitus (%14,2), hiperlipidemi (%12,2) ve osteoporoz (%9,3) yer almaktaydı. Romatolojik hastalık alt gruplarına göre komorbidite dağılımı şekilde gösterilmiştir.

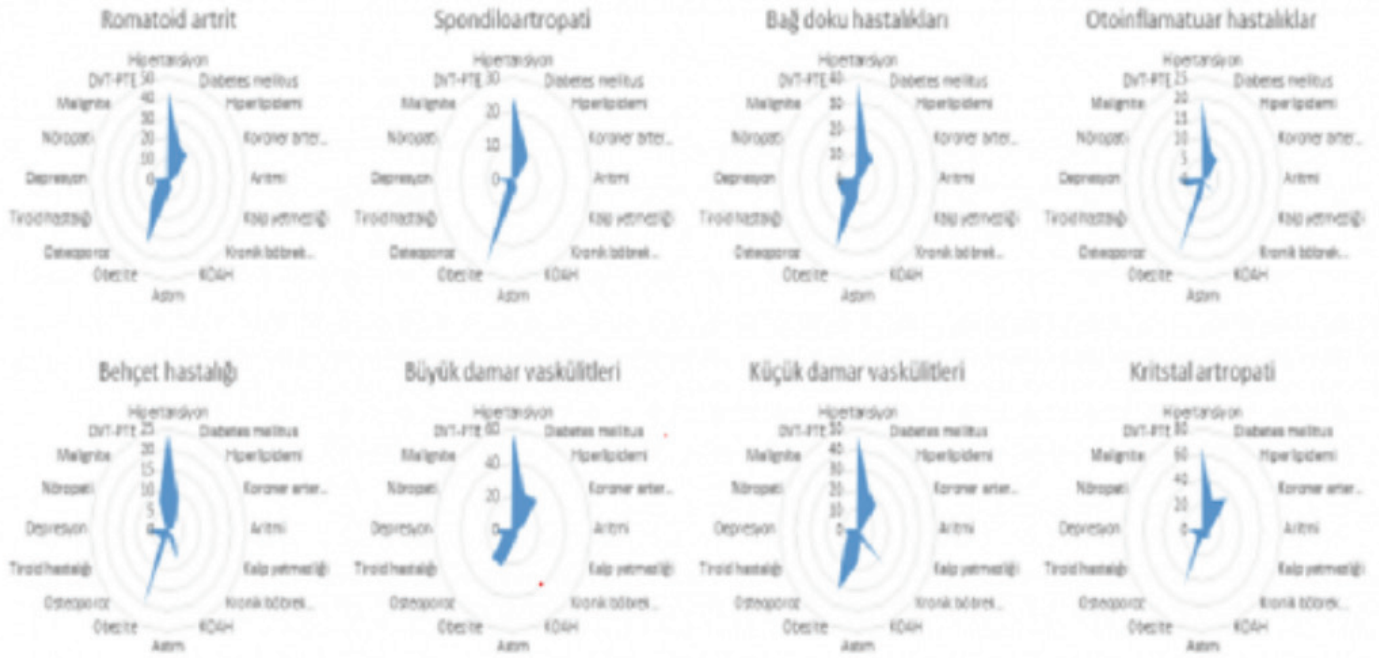
Sonuç: Komorbiditeler, enflamatuvar romatizmal hastalıklarda yüksek bir prevalansa sahiptir. Hastanın rutin muayenesinde hastaya bütüncül bir yaklaşımla komorbiditeler değerlendirilmelidir. Romatizmal hastalıklarda sık görülen komorbiditelerin farkında olmamız gerekmektedir ve hasta yönetimi buna göre planlanmalıdır. Bu çalışma gelecekte ki komorbidite yönetimi standart tarama programlarının oluşturulabilmesi için ön fikir vermiştir.

Anahtar Kelimeler: Enflamasyon, komorbidite, romatizmal hastalık

Tablo 1. Hastaların demografik verileri, tedavileri ve komorbidite varlığı

| | RA | SpA | Bağ doku Hastalıkları | Otoinflamatuar Hastalıklar | Behçet Hastalığı | Büyük damar vaskülitü | Küçük damar vaskülitü | Kristal artropati |
|---|-------------|-------------|-----------------------|----------------------------|------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| sayı (%) | 3321 (31,4) | 3096 (30,1) | 2535 (24,7) | 393 (3,8) | 537 (5,2) | 166 (1,6) | 144 (1,4) | 177 (1,7) |
| Yaş, yıl, ortalama (SS) | 56,7 (13,5) | 46,2 (11,7) | 51,3 (13,5) | 39,5 (14,1) | 43,3 (11,6) | 55,5 (20,8) | 51,4 (15,5) | 59,4 (12,0) |
| Kadın, % | 75,3 | 46,3 | 88,4 | 60,6 | 47,5 | 72,9 | 47,2 | 41,8 |
| VKI kg/m ² , ortalama (SS) | 28,2 (5,6) | 27,5 (5,2) | 27,3 (5,3) | 25,5 (5,2) | 25,7 (5,6) | 26,5 (5,1) | 28,0 (5,7) | 30,1 (5,3) |
| ksDMARDs, % | 96,8 | 47,4 | 66,4 | 90,6 | 61,1 | 66,9 | 72,2 | 80,2 |
| bDMARDs, % | 19,0 | 46,1 | 1,1 | 17,3 | 8,8 | 17,5 | 22,9 | 0,6 |
| Kortikosteroid kullanımı, % | 23,8 | 5 | 16,9 | 7,4 | 13,8 | 54,2 | 49,3 | 7,9 |
| Biyolojik devam, % | 13,5 | 35,5 | 0,4 | 5,3 | 1,5 | 3,0 | 0,7 | 0 |
| 2. basamak tedavi, % | 20,2 | 46,3 | 10,8 | 17,8 | 31,7 | 33,1 | 68,8 | 1,7 |
| Komorbidite varlığı, % | 74,5 | 52,9 | 71,6 | 39,7 | 65,4 | 85,5 | 75,7 | 82,5 |
| Total komorbidite sayısı, ortalama (SS) | 1,6 (1,5) | 0,9 (1,1) | 1,4 (1,3) | 0,8 (1,2) | 0,8 (1,0) | 2,2 (1,6) | 1,8 (1,6) | 2,5 (1,8) |

RA: Romatoid Artrit, SpA: Spondiloartrit, VKI: Vücut Kitle İndeksi, ksDMARD: konvansiyonel sentetik DMARD, bDMARD: biyolojik DMARD

**Sekil 1.** Hastalıklara göre komorbidite dağılımı

PS-041

Ankilozan spondilit hastalarında ve sağlıklı Türk popülasyonunda HLA allel sıklıklarının karşılaştırılması

Çisem Okur Maden¹, Gizem Ayan², Buğu Bulat², Füsün Özmen³, Melek Günindi Korkut³, Erdem Karabulut⁴, Umut Kalyoncu², Levent Kılıç²

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

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

³Hacettepe Üniversitesi Kanser Enstitüsü, Temel Onkoloji Anabilim Dalı, Ankara

⁴Hacettepe Üniversitesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Ankilozan spondilit (AS) hastalarında insan lökosit antijeni B*27 (HLA-B*27) gösterilmiş en önemli genetik risk faktörlerindedir. Diğer HLA allellerinin sıklığı ve klinikle ilişkisi konusunda bilgiler kısıtlı ve heterojendir. Bu çalışmada amaçlarımız; Türk toplumundaki AS hastalarında HLA allellerinin sıklıklarının karşılaştırılması, klinik özelliklerle ilişkisinin incelenmesidir.

Yöntem: Hasta seçimi; Aralık 2022-Haziran 2023 tarihleri arasında ayaktan poliklinik başvurusu olan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil etme kriterleri; (a) Semptom süresi 10 yılın üzerinde olan, (b) radyografik olarak modifiye New York kriterlerini (mNY) karşılayan sakroiliiti olan hastalar (iki deneyimli romatoloji doktoru tarafından mNY kriterleri karşılayan hastalar). Spondiloartrit (SpA) sorgulaması; demografik veriler, aile öyküsü, ekstra-artiküler bulgular, komorbiditeler, hastalık aktivite Bath ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi, akut faz reaktanı ve fonksiyonel ölçümleri Bath ankilozan spondilit fonksiyonel indeksi, sağlık değerlendirme anketi-engellilik indeksi kaydedilmiştir. HLA tiplendirmesi; Sekans spesifik oligonükleotid polimeraz zincir reaksiyonu düşük çözünürlük yöntemi kullanılmıştır. HLA-A *(01, 02, 03, 11, 13, 23, 24, 26, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 66, 68, 69), HLA-B *(07, 08, 13, 14, 15, 18, 27, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 44, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 73), HLA-C* (01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 12, 14, 15), HLA-DRB1* (01, 03, 04, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16), HLA-DQB1* (02, 03, 04, 05, 06) allelleri hasta grubunda tespit edilmiştir. Heterozigot ve homozigot pozitiflikler ayrıca not edilmiştir. Kontrol grubunu oluşturmak üzere onkoloji hastanesi doku tipleme laboratuvarına 2010-2015 yılları arasında donör olarak başvurmuş sağlıklı 100 kişinin HLA tiplendirme test sonuçları çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalıklı ve sağlıklı gruptaki anlamlılık false discovery rate (FDR)- (Benjamini-Hochberg) yöntemine göre düzeltilerek verilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya alınan 100 AS hastasının %62'si erkek, ortalama yaşları 49,4±9,4 yıl, ortalama semptom süresi 21,1±9,0 yıldır. Hastaların %55'inde SpA açısından pozitif aile öyküsü vardı (Tablo 1). AS ve sağlıklı popülasyonda HLA- A, B, C, DRB1 ve DQB1 dağılımları Tablo 2'de gösterilmiştir. AS hastalarında kontrol grubuna göre sık ve daha az saptanan HLA allelleri Tablo 3'te gösterilmiştir. HLA-B*27 (29,5 kat), HLA-C*02 (12,3 kat) ve HLA-A*02 (3,4 kat) AS hastalarında öne çıkan HLA allelleri iken HLA-B*35 (0,32 kat) ve HLA-C*04 (0,30 kat) HLA allelleri daha az sıklıkta saptanmıştır.

Sonuç: Bu çalışmada Türk toplumunda AS hastalarında bilinen HLA- B*27 alleline ek olarak HLA-A*02, C*02 allellerinin daha sık olduğu gösterilmiştir. Ancak HLA-A*02 ve HLA-C*02 allellerinin HLA-B*27 ile arasında pozitif bağlantı eşitsizliği (linkage disequilibrium- LD) bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda bazı HLA A-B-C allelleri arasında pozitif ya da negatif LD olduğu gösterilmiştir. Bu durum allel sıklıkları değerlendirilirken mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Spondilit, HLA antijenleri, linkage disequilibrium

PS-042

Gastrointestinal sistem tutulumu olan Behçet hastalarında aksiyel spondiloartrit sıklığı ile spondiloartrit ilişkili semptom ve bulguların değerlendirilmesi

Musab Öztürk¹, Sinem Nihal Esatoğlu², İbrahim Hatemi³, Aykut Ferhat Çelik³, Osman Aykan Kargın⁴, Ahmet Öz⁴, Erkan Yılmaz⁵, Didar Uçar⁶, Melike Melikoğlu², Hasan Yazıcı⁷, İbrahim Adaletli⁴, 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

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

⁴İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁵İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Doku Tiplendirme Laboratuvarı, İstanbul

⁶İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

⁷Academic Hospital, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Enflamatuvar bağırsak hastalığında aksiyel spondiloartrit (axSpA) sıklığı artmıştır. Ancak Behçet sendromu hastalarında yapılan kontrollü çalışmalarda böyle bir artış saptanmamıştır. Behçet hastalarının enflamatuvar barsak hastalarına birçok açıdan benzerlik gösteren bir alt grubu olan gastrointestinal sistem tutulumlu Behçet sendromu (GİBS) hastalarında axSpA sıklığının artmış olup olmadığını anlamak için bu grubu sadece mukokütanöz ve/veya eklem tutulumu olan Behçet sendromu hastaları ile karşılaştırdık.

Yöntem: Yetmiş bir GİBS hastası ve 76 mukokütanöz ve/veya eklem tutulumlu Behçet hastasına ASAS'ın axSpA kriterleri uygulandı. Son 3 ayda kronik bel/sırt ağrısı tarifleyen 45 yaşından küçük hastalardan HLA-B27, CRP düzeyi, sakroiliak grafi ve sakroiliak manyetik rezonans görüntülemesi (MRG) istendi. Sakroiliak eklem grafileri ve MRG'leri 2 radyolog tarafından hastaların tanınmasına, klinik bulgularına ve birbirlerinin değerlendirmelerine kör olarak değerlendirildi. Gözlemciler arası ve gözlemci içi güvenilirliği Cohen'in kappa analizi ile yapıldı. Gözlemci içi güvenilirlik için her 2 radyolog farklı zamanlarda 20 hasta için görüntülemeleri tekrar değerlendirdi.

Bulgular: ASAS'ın axSpA kriterleri ile her iki gruptaki toplam 147 hastanın 9'unda (%6) aksiyel spondiloartrit saptandı. Yetmiş bir GİBS hastasının 5'inde (%7), 76 mukokütanöz/eklem tutulumu olan Behçet hastasının 4'ünde (%5) axSpA mevcuttu ($p=0,739$). Yalnızca 1 GİBS hastasında radyografik axSpA (ankilozan spondilit) varken; 4 GİBS hastası ve kontrol grubundaki 4 Behçet hastasında non-radyografik axSpA vardı. HLA-B27, GİBS hastalarının 3'ünde (%4) ve kontrollerin 5'inde (%7) pozitif ($p=0,72$). Diğer SpA özellikleri açısından gruplar arasında anlamlı farklılıklar bulunmamaktaydı (Tablo). İki gözlemci arasında düz grafi ile sağ ve sol sakroiliak evrelemede mükemmel yakın uyum gözlemlendi (sağ sakroiliak $\kappa=0,86$, $p<0,001$ ve sol sakroiliak $\kappa=0,85$, $p<0,001$). Sakroiliak MR'da ASAS kriterlerine göre aktif kemik iliği ve modifiye New York kriterlerine göre ankilozan spondilit varlığı açısından iki gözlemci arasında %100 uyumluk gözlemlendi ($\kappa=1,00$, $p<0,001$). Gözlemci içi uyumluk MRG'de ASAS kriterlerine göre aktif kemik iliği açısından her 2 radyolog için de mükemmel idi ($\kappa=1,00$, $p<0,001$). Birinci ve ikinci radyologun sağ sakroiliak evreleme için uyumu mükemmel yakın, sol sakroiliak için ise mükemmel idi (sırasıyla; 1. radyolog $\kappa=0,92$ ve $\kappa=1,00$, $p<0,001$ ve 2. radyolog $\kappa=0,91$ ve $\kappa=1,00$, $p<0,001$).

Sonuç: GİBS hastalarında axSpA sıklığı sadece mukokütanöz ve/veya eklem tutulumu olan Behçet hastalarından daha fazla bulunmadı. GİBS hastalarında genel popülasyondaki prevalansın üzerinde bir axSpA oranı görünmesine rağmen bu oran daha önce diğer enflamatuvar bağırsak hastalarında bildirilen kadar yüksek değildi. Bu bulgular Behçet sendromunda gastrointestinal tutulumun klinik olarak Crohn hastalığı ile önemli benzerlikler göstermesine rağmen patogeneizde farklı mekanizmaların rol oynuyor olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, aksiyel spondiloartrit, gastrointestinal sistem, ASAS

PS-043

Romatizmal hastalığı olan gebelerin takibi: İki yıllık gözlemsel prospektif çalışma

Belkıs Nihan Coşkun¹, Esra Çelik², Bilge Çetinkaya Demir³, Ediz Dalkılıç¹, Yavuz Pehlivan¹

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

²Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

³Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: Otoimmün romatizmal hastalıklar (ORH) sıklıkla doğurganlık çağındaki bireyleri etkiler. Gebelikte romatizmal hastalıkların seyri değişkenlik gösterir. Tedavi sürecinde hastalar gebelik isteği ile gelebilir. Bazen de plansız gebeliklerle karşı karşıya kalınmaktadır. Çalışmamızda romatizmal hastalık nedeniyle romatoloji polikliniğimizde takipli olup gebelik sebebiyle başvurmuş olan hastaları gebelik süresince takip etmeyi amaçladık.

Yöntem: Polikliniğimize 2020-2022 arasında başvuran ORH tanısı olup gebe kalan hastalar çalışmaya dahil edildi ve hastalar prospektif olarak izlendi. Hastaların tanısı, gebelik öncesi, gebelikte

ve emzirmede kullandığı ilaçlar, gebe kalma şekli, gebelik sürecinde romatizmal hastalığında aktivasyon ya da remisyon olup olmadığı ve doğum şekli kayıt altına alındı. Yerel etik kuruldan onay alındı.

Bulgular: Yetmiş altı hastanın 83 gebeliği takip edildi. Hastaların yaş ortalaması 30,36, eşlerinin yaş ortalamasıysa 33,39'du. Tanılar sırasıyla; romatoid artrit (%19,3), sistemik lupus eritematozus (%18,1), ankilozan spondilit (%14,5), Ailevi Akdeniz Ateşi (%13,3), Behçet hastalığı (%7,2), sistemik lupus eritematozus ve antifosfolipid sendrom (%7,2), antifosfolipid sendrom (%6), undifferansiye bağ doku hastalığı (%3,6), Sjögren sendromu (%2,4), Takayasu arteriti (%2,4), akut romatizmal ateş (%2,4), psöriatik artrit (%1,2), granülomatöz polianjiit (%1,2) ve Still hastalığı (%1,2) idi. Korunma yöntemlerine bakıldığında %41 geleneksel yöntemler, %16,9 bariyer yöntemi, %4,8 rahim içi araç ve %1,2 oral kontraseptif tercih edilirken, %36,2 hasta herhangi bir korunma yöntemi kullanmıyordu. Üç hasta tedavi ile gebe kalırken, 80 hasta (%96,4) spontan yollarla gebe kalmıştı. Kullanılan ilaçlara ait bilgiler Tablo 1'de verilmiştir. Gebelikte metotreksat kullanan beş hastanın ikisinde ilk trimestirde gebelik kaybı oldu. Bir hastanın ikiz bebeklerinden biri meningesel nedeniyle doğumdan sonra 3. ayda kaybedildi. Gebelikte leflunomid kullanan iki hastadan biri gebeliğini sorunsuz tamamlarken eş zamanlı metotreksat kullanan diğer hastada gebelik kaybı görüldü. Gebelikte biyolojik ajan kullanan 18 hasta (%21,7), emzirmedeyse 14 hasta (%16,9) vardı. Hastaların %47'si asetil salisik asit, %27,7'si düşük molekül ağırlıklı heparin kullanmıştı. Altı (%7,2) hastada hastalık aktivasyonu, beş hastada gestasyonel diyabet, beş hastada preeklampsi, dört hastada tiroid hastalığının alevlenmesi görüldü. Sekiz (%9,6) gebelik kaybı oldu. Bebekte gelişen komplikasyonlar ise sırasıyla şöyleydi: Preterm doğum (%6), intrauterin gelişme geriliği (%4,8), anomali (%4,8), amnion sıvı değişikliği (%3,6) ve erken membran rüptürü (%1,2). Doğum şekli; sezaryen (%55,4) ve normal vajinal doğum (%34,9). Doğum sonrası hastalık alevlenme sıklığı %22,9'du. Gebelik öncesi romatolojiye danışılma oranı %62,7'yd.

Sonuç: ORH'nin gebelikte etkileşimleri değişkenlik gösterir. Konsepsiyon öncesi dönemde, romatizmal hastalık yönetimi ve gebelik planı yapılması önemlidir. Özellikle plansız gebeliklerde teratojenik ilaç maruziyeti son derece önemli bir sorun olarak karşımıza çıkabilmektedir. Gebelik sırasında hastalar romatoloji ve kadın doğum hekimlerince multidisipliner olarak takip edilmelidir. Günümüzde hastalarımız yakın ve uygun obstetrik, romatolojik ve neonatal izlem ile başarılı bir şekilde gebelik geçirip sağlıklı çocuklar doğurabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, otoimmün romatizmal hastalıklar, kontrasepsiyon, doğurganlık

Sistemik immün enflamatuvar indeks ve prognostik nutrisyonel indeksin psöriatik artrit aktivasyonu ile ilişkisi

Emine Melda Akdağ Kaval¹, Rıdvan Mercan²

¹Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tekirdağ

²Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ

Amaç: Psoriatik artrit (PsA), eklemleri tutan psoriasis ilişkili enflamatuvar bir hastalıktır. Çalışmamızda sistemik immün enflamatuvar indeks (SII) ve prognostik nutrisyonel indeksin (PNI) PsA aktivasyonu ile ilişkisinin incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: Çalışmamıza polikliniğimize gelen 99 PsA'lı hasta alınmıştır. Aktivite için BASDAI, ASAS, eklem şişliği, daktilit, ESR CRP düzeyleri ve yaşam kalitesi için PsAQoL, PsAID12 kullanıldı. SII ve PNI'nin PsA aktivasyonu ile ilişkisi retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: PNI ile ESR ($r=-0,381$, $p\leq 0,001$), ASAS ($r=-0,221$, $p=0,028$), CRP ($r=-0,327$, $p=0,001$) arasında negatif yönde anlamlı (Tablo 1), SII ile PsAQoL ($r=0,229$, $p=0,022$), ASAS ($r=0,199$, $p=0,048$) arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon elde edilmiştir (Tablo 2). ASAS gözetilerek hastalar ($5\leq$ İyi, $6-11=$ Orta, $12\geq$ Kötü) iyi sağlık durumunun varlığı/yokluğu şeklinde ayrılmış ve SII değişkeni için bulunan cut-off değeri 473,99 [AUC (%95)=0,616, sensitivity= %41,2, specificity=%58,8] bulunmuş ve anlamlı saptanmıştır ($p=0,047$).

Sonuç: Yapılan çalışmalarda SII'nin AS aktivitesi ile PNI'nin ise SLE aktivitesi ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir. Çalışmamız bildiğimiz kadarıyla PsA aktivitesinin PNI ile ilişkisini değerlendiren ilk çalışmadır. PNI'nin CRP ($r=-0,327$, $p=0,001$), ESR ($r=-0,381$, $p\leq 0,001$) ile negatif yönde anlamlı (Tablo 1), SII'nin ise PsAQoL ($r=0,229$, $p=0,022$), ASAS ($r=0,199$, $p=0,048$) ile pozitif yönde anlamlı CRP ($r=0,198$, $p=0,050$) (Tablo 2) ile ise anlamlılığa yakın bir ilişkisinin bulunması bu iki belirtecin PSA aktivitesinde bize yol gösterici olabileceğini düşündürür niteliktedir. SII'nin ROC analizi ile belirlenen cut-off değeri 473,99'dur. PsA aktivasyonunu tanımlamak için kesme değeri olarak 473,99 önerilebilir görünmektedir. SII'nin psoriasis ve PsA'da artan şiddeti tahmin ettiğine dair bir çalışmada ise şiddeti belirlemek için kesme değeri 490 olarak önerilmiştir. PsA aktivitesi için kullanılabilir ulaşılır ve ekonomik bir biyobelirteç bulmak adına başladığımız çalışmamızda anlamlı sonuçlar elde etmiş olmakla beraber, bu belirteçlerin rutin olarak hastalık aktivitesi göstergesi olarak kullanılabilmesi için daha fazla sayıda hasta içeren geniş çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Psöriatik artrit, sistemik enflamatuvar indeks, prognostik nutrisyonel indeks, hastalık aktivitesi

Bleomisinle oluşturulan skleroderma deri modelinde erken ve geç dönem değişikliklerin farklı hayvan tür ve soylarında histopatolojik ve radyolojik karşılaştırması

Duygu Temiz Karadağ¹, Seda Duman Öztürk², Özgür Çakır³, Cüneyt Özer⁴, Gürler Akpınar⁵, Murat Kasap⁵, Ayten Yazıcı¹, Ayşe Çefle¹

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

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Kocaeli

³Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Kocaeli

⁴Kocaeli Üniversitesi Deneysel Tıp Araştırma Birimi, Kocaeli

⁵Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, Kocaeli

Amaç: Bleomisinle (BLM) oluşturulan hayvan modeli sistemik sklerozda (SSk) fibrotik mekanizmaları araştırmak için en sık kullanılan yöntemlerden biridir. BLM ile farklı tür ve aynı türde farklı soylarla oluşturulan hayvan modellerinin erken ve geç dönemlerinde ortaya çıkan değişikliklerle ilgili veriler sınırlıdır. Çalışmamızın amacı 2 farklı hayvan türünde (fare ve sıçan) 3 farklı soyda (Wistar, BALB/c ve C57BL/6) BLM ile oluşturulan hayvan modellerinin erken ve geç dönemlerini histopatolojik ve radyolojik olarak karşılaştırmaktır.

Yöntem: Bleomisinle (BLM) oluşturulan hayvan modeli sistemik sklerozda (SSk) fibrotik mekanizmaları araştırmak için en sık kullanılan yöntemlerden biridir. BLM ile farklı tür ve aynı türde farklı soylarla oluşturulan hayvan modellerinin erken ve geç dönemlerinde ortaya çıkan değişikliklerle ilgili veriler sınırlıdır. Çalışmamızın amacı 2 farklı hayvan türünde (fare ve sıçan) 3 farklı soyda (Wistar, BALB/c ve C57BL/6) BLM ile oluşturulan hayvan modellerinin erken ve geç dönemlerini histopatolojik ve radyolojik olarak karşılaştırmaktır.

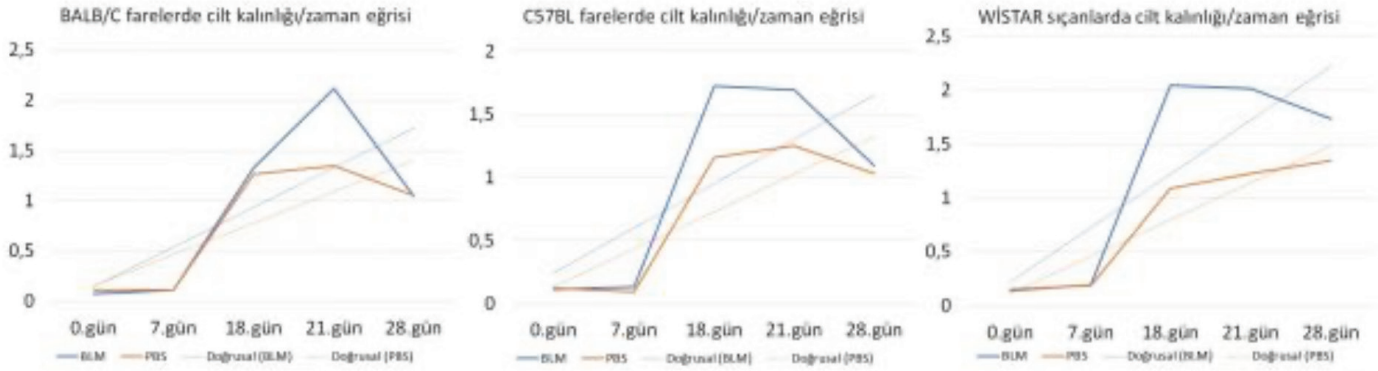
Bulgular: 20-25 g ağırlığında C57BL/6 (n=4) ve BALB/C (n=4) cinsi dişi fareler ile 200-250 g ağırlığında Wistar cinsi dişi sıçan (n=4) kullanıldı. Her gruptaki hayvanların yarısına 4 hafta boyunca (hafta içi) 10 mg/kg/gün dozunda subkütan (sk) BLM ve diğer yarısına phosphate buffered saline (PBS) subkütan (sk) uygulandı. Erken dönem değişiklikleri saptamak için çalışmanın 2. haftasında her koldaki hayvanların yarısı sonlandırıldı, kalan hayvanlar 4 haftayı tamamladı. Deri kalınlığındaki değişimi göstermek için ultrasonografi (GE Healthcare Venue R3, linear prob 4-20 mHz) ile yüksek frekansta haftalık deri kalınlığı ölçümleri yapıldı. Ölçümler sırt bölgesinden, vertebranın sağ ve solundan olmak üzere her hayvan için 2 kez yapıldı. Histopatolojik inceleme için deri biyopsileri, her hayvanın sırt bölgesinde vertebranın sağ ve solundaki alan üst ve alt bölgeye ayrıldıktan sonra, dört farklı kadrandan 1'er adet alındı. Histopatolojik incelemede kollajen homojenizasyon skoru, eozinofil sayısı, bazofil sayısı, enflamatuvar yanıt skoru ve deri kalınlığı (epidermis + dermis) hesaplandı. Her biyopsi örneğinde 3 kesit ve her kesitte 10 tane farklı (x40) büyütme alanı (10 BBA) incelendi. Kollajen homojenizasyon skoru: Kollajen liflerinin kalın-ince ve gevşek-sıkı olmasına göre 0-3 aralığında skorlandı. Eozinofil ve mast hücre yoğunluğu 10 BBA'da hücrelerin yoğunluğuna göre 0-2 arasında (1-2/BBA=0;

3-7/BBA=1 ve ≥ 8 /BBA=2) skorlandı. Enflamatuvar yanıt skoru 10 BBA'da tüm enflamatuvar hücrelerin yoğunluğuna göre 0-2 arasında (1-2/BBA=0; 3-7/BBA=1 ve ≥ 8 /BBA=2) skorlandı. Deri kalınlığı epidermisten-subkütan yağ dokuya kadar olan kalınlık esas alınarak her kesitte 3 kez ölçüldü ve ortalaması alındı. Her üç hayvan için (BALB/c, C57BL ve Wistar), PBS ile kıyaslandığında BLM kolundaki deri dokularının kollajen homojenizasyon skoru, eozinofil sayısı, bazofil sayısı, enflamatuvar yanıt skoru ve deri kalınlığı (epidermis + dermiş) daha yüksek saptandı (Tablo 1). Hayvan modelinde erken enflamatuvar ve geç fibrotik evrenin karşılaştırması 2. ve 4. haftalarda BLM kolları arasında yapıldı. Her üç cins için de kollajen homojenizasyon skoru 2. ve 4. haftalarda aynıken; enflamatuvar yanıt skoru, eozinofil sayısı ve mast hücre sayısı her üç cins için de 2. haftada 4. haftadan daha yüksek saptandı. İkinci haftadaki eozinofil sayısı, bazofil sayısı ve enflamatuvar yanıt skoru cinsler arasından BALB/c'de en yüksek bulundu. Deri kalınlığı BLM kolunda BALB/c ve C57BL için 2. haftada daha yüksek; Wistar için 4. haftada daha yüksek saptandı. Yüksek frekanslı ultrasonografi görüntülemeye deri kalınlığının

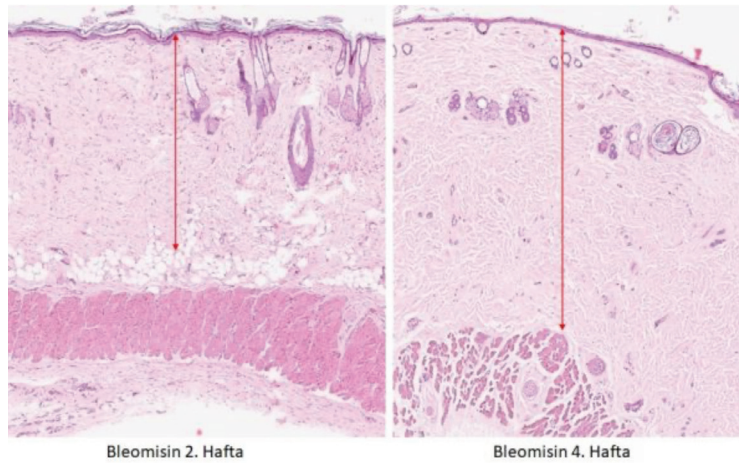
zaman içerisinde her üç cins için de arttığı ve 3. haftadan sonra azalmaya başladığı görüldü (Şekil 1).

Sonuç: Çalışmamızda BALB/c, C57BL ve Wistar hayvan soylarının her üçü ile de BLM ile deri fibrozisi modeli oluşturulabileceği ve modelin erken enflamatuvar ve geç fibrotik dönemleri yansıtabileceği gösterilmiştir. Sonuçlarımıza göre BALB/c farelerde erken enflamatuvar yanıt daha şiddetli iken; kollajen yoğunluğu ve deri kalınlığı açısından üç hayvan soyu da benzerdir. Günümüzde SSK hastalarında erken dönemde ekstraselüler matris oluşumunun ilerlemesini önleyen tedaviler henüz bulunmamaktadır. Bu nedenle, SSK hastalarında fibrozisin erken dönemlerinin daha iyi anlaşılması ve aşırı kollajen birikiminin azaltılmasına yönelik tedavilere ihtiyaç vardır. Çalışmamızın sonuçları bilimsel araştırmaların amacına yönelik olarak erken enflamatuvar ve geç fibrotik dönemlere uygun hayvan tür ve soylarının seçilebileceği yönünde kanıtlar ortaya koymuştur.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, fibrozis, deri



Şekil 1. Farklı hayvan soylarında deri kalınlığının yüksek frekanslı ultrason ile zamana göre değişimi



Şekil 2. Wistar soyu sıçanlarda 2 ve 4. haftada deri kalınlığındaki değişimin H&E ile boyanmış doku kesitlerinde gösterilmesi

Sistemik skleroz ve primer Raynaud sendromunda anjiyotensin 1-7, alamandin, MrgD düzeyleri

Alper Demirkol¹, Ahmet Karataş¹, Necip İlhan²,
Ramazan Fazıl Akkoç³, Tuba Kaya Karataş², Mesude Seda Aydoğdu¹,
Süleyman Serdar Koca¹

¹Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ

²Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Elazığ

³Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anatomi Anabilim Dalı, Elazığ

Amaç: Bu çalışmanın amacı sistemik skleroz (SSk) ve primer Raynaud fenomeni (RF) hastalarında Raynaud durum skoru günlüğü (RDS) ile hastalık şiddetini ölçerek serum anjiyotensin 1-7, alamandin ve MrgD düzeylerini sağlıklı kontrol grubu bireylerle karşılaştırıp SSk ve primer RF'de bu moleküllerin klinik önemlerini belirlemektir.

Yöntem: Çalışmaya ACR/EULAR 2013 sınıflama kriterlerine göre tanı almış 30 SSk tanılı hasta, International Consensus kriterlerine göre tanı almış 30 primer Raynaud tanılı hasta ve 30 sağlıklı kontrol grubu alınarak karşılaştırılmıştır. Hastalık şiddetini ve aktivitesini değerlendirmek için hastalık aktivite skoru RDS hesaplandı. Serum anjiyotensin 1-7, alamandin ve MrgD düzeyleri ELISA yöntemiyle ölçüldü.

Bulgular: SSk, primer RF tanılı hastalar ve kontrol grubunda serum anjiyotensin 1-7 düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,129). SSk, primer RF ve sağlıklı kontrol grubundan elde edilen alamandin düzeyleri istatistiksel farklılık göstermemektedir (p=0,075). Elde edilen serum MrgD düzeyleri SSk, primer RF ve sağlıklı kontrol grupları arasında istatistiksel olarak farklılık göstermektedir (p=0,002). SSk MrgD düzeyi, RF ve sağlıklı kontrol grubu bireylerden farklılık göstermektedir (p=0,002). SSk'de RDS ortalama değeri primer RF'den yüksek olarak saptanmıştır (p<0,001). RDS ile anjiyotensin 1-7, alamandin, MrgD arasındaki ilişki incelendiğinde elde edilen veriler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Sonuç: Vazokonstriktör etkili anjiyotensin 1-7, alamandin ve MrgD düzeylerinin RF ve patogenezi açıklamaya yol gösterebilecek parametreler olabileceğini düşünmekteyiz. Ancak bu bulguları doğrulamak için katılımcı sayısının fazla olduğu, coğrafi olarak daha geniş bir alanda daha kapsamlı çalışmalar yapılması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, primer Raynaud, anjiyotensin 1-7, alamandin, MrgD

Ankilozan spondilit hastalarında zonulin ve yağ asidi bağlayıcı protein

Dilek Tezcan¹, Duygu Eryavuz Onmaz², Selda Hakbilen²,
Sema Yılmaz², Abdullah Sivrikaya²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

²Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Konya

Amaç: Ankilozan spondilit (AS), etiyojisi bilinmeyen, spinal eklemlerde ve komşu yapılarda belirgin enflamasyon ile karakterize, omurgada progresif kemik füzyonuna yol açan kronik enflamatuvar otoimmün bir hastalıktır. Bugüne kadar, AS'nin kesin etiyojileri ve patogenezi hala bilinmemektedir. Genetik yatkınlık, doğuştan ve adaptif bağışıklıktaki bozukluk, çevresel tetikleyicilere maruz kalma ve hücreler arası sıkı bağlantıların (TJ) işlev bozukluğuna bağlı olarak bağırsak bariyer fonksiyonunun kaybı, otoimmün hastalıkların patogenezinde rol oynayan anahtar bileşenler gibi görünmektedir. Bağırsak yağ asidi bağlayıcı protein (I-FABP) ve zonulin, bağırsak bariyerinin bütünlüğünün bilinen en önemli belirteçleridir. AS hastalarında zonulin ve IFABP düzeylerinin ve hastalık ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya; AS tanılı 50 hasta ve benzer yaş ve cinsiyette 50 sağlıklı birey dahil edildi. Serumda zonulin, IFAB düzeyleri, ELISA test kitleri kullanılarak her iki grupta analiz edildi ve belirteçler gruplar arasında istatistiksel olarak karşılaştırıldı. AS'li hastalarda serum zonulin ve FABP seviyelerinin tanı için bir biyobelirteç olarak kullanılıp kullanılmayacağını tahmin etmek için ROC analizi yapıldı.

Bulgular: AS'li hastalarda sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında serum zonulin düzeyinde anlamlı bir artış vardı [44,80 (IQR, 38,24-52,18) vs. 35,09 (IQR, 17,21-49,28), p=0,038]. Ayrıca AS hastalarında sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı derecede daha düşük serum FABP düzeyi bulundu. Serum zonulin düzeyi tüm bireylerde yaş ile pozitif korelasyon gösterdi. Serum FABP düzeyi ile demografik özellikler, laboratuvar bulguları ve hastalık aktivite indeksleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. AS'li hastaların serum zonulin düzeyine dayanan bir ROC analizi, 0,620 değerinde AUC (%95 GA, 0,518-0,716; p=0,035) ve %76 sensitivite ve %54 spesifite ile sağlıklı kontrollerden ayırdı. Buna ek olarak, FABP'nin serum düzeyi, AS hastalarını, 0,862'lik bir AUC (%95 GA, 0,779-0,923; p<0,001) ve %76 tanısal duyarlılık ve %88 özgüllük ile sağlıklı kontrollerden ayırdı. Optimal cut-off değeri zonulin için 35.813 ve IFAB için 13.907 olarak bulundu.

Sonuç: Otoimmün hastalıkları olan bireylerde aşırı ekspresyon edilmiş zonulin varlığını destekleyen biriken kanıtlar vardır. Serum zonulin ve I-FABP seviyelerinin bağırsak geçirgenliğini yansıttığı ileri sürülmüştür. Zonulin aracılı barsak duvarı bariyer fonksiyonu, birçok hastalıkta önemli bir patojenik rol oynar. Yükselmiş zonulin ekspresyonu, AS hastalarında bakteriyel disbiyoz ve bozulmuş geçirgenlik ile de korelasyon göstermiştir. Çalışmamızda da AS hastalarında patogenezinde bağırsak geçirgenliğinin rolü yükselmiş zonulin düzeyleri ile gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, bağırsak geçirgenliği, yağ asidi bağlayıcı protein, zonulin

SSC, SLE ve SS tanılı bireylerin bildirdiği yorgunluk ile anksiyete-depresyon, fonksiyonellik ve biyopsikosozal durumlarının incelenmesi

Orkun Tüfekçi¹, Sinan Buran², Merve Durmuş¹, Nur Banu Karaca¹, Aysu Kahraman³, Mustafa Ekici⁴, Ali Akdoğan⁴, Şule Apraş Bilgen⁴, Sedat Kiraz⁴, Edibe Ünal³

¹Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Temel Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Kalp ve Solunum Fizyoterapisi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

³Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Temel Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

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

Amaç: Sistemik skleroz (SSc), sistemik lupus eritematozus (SLE) ve Sjögren sendromu (SS) kronik romatizmal bağ dokusu hastalıklarıdır. Bu romatizmal hastalıkların klinik belirtileri farklılıklar gösterse de yorgunluk yaygın olarak bildirilen bir bulgudur ve yorgunluğun biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan karmaşık yapısı literatürde yer almaktadır. Dolayısıyla bu durumun altında yatan karmaşık mekanizmayı anlamak için romatizmalı bireyleri diğer açılardan da bütüncül olarak değerlendirmek önemlidir. Bu çalışmanın amacı SSc, SLE ve SS tanılı bireylerin ifade ettikleri yorgunluk ile anksiyete-depresyon, fonksiyonellik ve biyopsikosozal durumlarının incelenmesiydi.

Yöntem: Çalışmaya Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı'na başvuran SSc, SLE ve SS tanılı 18 yaş üstü gönüllü bireyler dahil edilerek demografik bilgileri kaydedildi. Bireylerin bildirdiği yorgunluk durumları Bilişsel Egzersiz Terapi Yaklaşımı-Biyopsikosozal Ölçeği'nin (BETY-BQ) 11. maddesiyle değerlendirildi. Bireylere ait anksiyete-depresyon için Hastane

Anksiyete Depresyon Skalası (HADS), fonksiyonellik için Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ) biyopsikosozal özellikler için BETY-BQ-Toplam puanı kullanıldı. Çalışmada gruplar arası karşılaştırmalar "Kruskal-Wallis H" testi analiz edilirken değişkenlerin ikili karşılaştırmaları post-hoc test olarak "Mann-Whitney U" ile yapıldı. İstatistiksel olarak anlamlılık sırasıyla $p<0,05$ ve $p<0,017$ şeklinde yorumlandı. Korelasyon analizi için ise Spearman korelasyon analizi uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya 52 SSc'li (46 kadın; 6 erkek) 60 SLE'li (52 kadın; 8 erkek) 54 SS'li (52 kadın; 2 erkek) toplam 166 birey dahil edildi. Bu üç hastalık grubunun sadece cinsiyetleri benzer özellik göstermekteydi ($p>0,05$). Bireylerin %94'ü (156 birey) yorgunluk bildirirken yorgunluğa verilen cevaplar Tablo 1'de gösterildi. Gruplar arasında bildirilen yorgunluk ve anksiyete-depresyon düzeyleri fark göstermezken; biyopsikosozal durum ve fonksiyonellik arasında farklılıklar bulundu. Biyopsikosozal durum SLE'li bireylerde SS'li bireylere göre daha kötüyken; fonksiyonellik en kötü SSc olmak üzere sırasıyla $SSc>SLE>SS$ şeklindeydi. Ayrıca tüm bireylerin HADS sonuçları anksiyete kesme değeri içindeydi (HADS-Anksiyete >7) (Tablo 2). Biyopsikosozal durum tüm parametrelerle orta ve yüksek düzeyde; bildirilen yorgunluk ise biyopsikosozal durumla (BETY-BQ) yüksek; diğer ölçeklerle düşük düzeyde ilişki gösterdi (Tablo 3). Çalışmamızın sonucunda yorgunluk en çok biyopsikosozal durumdan etkilenirken; her üç hastalık grubunda da bireylerin tamamına yakınının yorgunluk bildirmesi dikkat çekiciydi. Biyopsikosozal özellikler yönüyle SS'li bireylere göre SLE'li bireylerde daha fazla etkilenim olduğu görüldü. Fonksiyonellikte ise SSc'li bireyler diğer gruplara göre daha sınırlıydı.

Sonuç: Bu çalışmadan elde edilen verilere göre ilgili hastalıklarda görülen yorgunluğun hastaların biyopsikosozal özellikleriyle ilişkisi, bu durumun hastalık yönetimlerinde dikkate alınması gereken bir parametre olduğu yönünde yorumlandı.

Anahtar Kelimeler: Biyopsikosozal model, Sjögren sendromu, sistemik lupus eritematozus, sistemik skleroz, yorgunluk

Tablo 1. Bireylere ait özellikler

| N=166 | SSc (n=52) | | SLE (n=60) | | SS (n=54) | |
|--|-------------|--------------------|------------|--------------------|------------|--------------------|
| | Mean ± SS | Ortanca (min-maks) | Mean ± SS | Ortanca (min-maks) | Mean ± SS | Ortanca (min-maks) |
| Yaş (yıl) | 49.27±10.89 | 52 (20-65) | 45.97±9.57 | 44.5 (21-64) | 53.80±9.77 | 54.5 (26-65) |
| Vücut Kitle İndeksi (kg/m ²) | 25.20±6.07 | 24.36 (13.6-39.8) | 25.95±4.08 | 25.75 (18.4-37) | 30.26±6.90 | 28.13 (19.8-55.1) |
| Hastalık durasyonu (yıl) | 14.68±8.42 | 14.5 (0.5-40) | 11.61±7.23 | 10 (1-30) | 8.02±7.56 | 6 (0.3-30) |
| Cinsiyet n (%) | | | | | | |
| Kadın | 46 (30.7) | | 52 (34.7) | | 52 (34.7) | |
| Erkek | 6 (37.5) | | 8 (50.0) | | 2 (12.5) | |
| BETY-BQ Soru 11: Kendimi Yorgun Hissediyorum n (%) | | | | | | |
| Evet her zaman (4 puan) | 20 (27.8) | | 25 (34.7) | | 27 (37.5) | |
| Evet sıklıkla (3 puan) | 7 (18.9) | | 23 (62.2) | | 7 (18.9) | |
| Evet bazen (2 puan) | 14 (43.8) | | 7 (21.9) | | 11 (34.4) | |
| Evet nadiren (1 puan) | 9 (60.0) | | 1 (6.7) | | 5 (33.3) | |
| Hayır hiçbir zaman (0 puan) | 2 (20.0) | | 4 (40.0) | | 4 (40.0) | |

BETY-BQ, Bilişsel Egzersiz Terapi Yaklaşımı-Biyopsikosozal Ölçeği; HADS, Hastane Anksiyete Depresyon Skalası; SSc, Sistemik skleroz; SLE, Sistemik Lupus Eritematozus; SS, Sjögren Sendromu

Tablo 2. Grupların yorgunluk, anksiyete-depresyon ve fonksiyonel durumlarının karşılaştırmaları

| | SSc | SLE | SS | p değeri | p değeri (Grup içi karşılaştırma) | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------------|--------------------------------------|--|
| BETY-BQ Soru 11: Kendimi Yorgun Hissediyorum | 3 (0-4) | 3 (0-4) | 3.5 (0-4) | 0.448 | - | - |
| BETY-BQ-Total | 48 (5-112) | 60 (7-106) | 43 (5-85) | 0.002* | SSc-SLE SSc-SS SLE-SS | 0.093 0.120 <0.001** |
| HAQ | 0.63 (0-2.9) | 0.35 (0-1.9) | 0.13 (0-1.8) | <0.001** | SSc-SLE SSc-SS SLE-SS | 0.004* <0.001** 0.010* |
| HADS-Anksiyete | 8.5 (0-21) | 8 (3-19) | 7 (0-14) | 0.294 | - | - |
| HADS-Depresyon | 7 (0-16) | 6 (0-13) | 6 (0-16) | 0.820 | - | - |

BETY-BQ, Bilişsel Egzersiz Terapi Yaklaşımı-Biyopsikososyal Ölçeği; HADS, Hastane Anksiyete Depresyon Skalası; SSc, Sistemik skleroz; SLE, Sistemik Lupus Eritematozus; SS, Sjögren Sendrom
Gruplar arası karşılaştırmalar: Kruskal Wallis H Testi (p<0.05*, p<0.001**)
Grup içi karşılaştırmalar: Mann Whitney U Testi (p<0.017*, p<0.001**)

Tablo 3. Bireylerin korelasyon katsayıları

| rho | BETY-BQ Soru 11: Kendimi Yorgun Hissediyorum | BETY-BQ-Toplam | HAQ | HADS-Anksiyete | HADS-Depresyon |
|---|---|----------------|---------|----------------|----------------|
| BETY-BQ Soru 11: Kendimi Yorgun Hissediyorum | 1 | | | | |
| BETY-BQ-Toplam | 0.660** | 1 | | | |
| HAQ | 0.356** | 0.653** | 1 | | |
| HADS-Anksiyete | 0.371** | 0.505** | 0.396** | 1 | |
| HADS-Depresyon | 0.346** | 0.517** | 0.400** | 0.564** | 1 |

BETY-BQ, Bilişsel Egzersiz Terapi Yaklaşımı-Biyopsikososyal Ölçeği; HADS, Hastane Anksiyete Depresyon Skalası; SSc, Sistemik skleroz; SLE, Sistemik Lupus Eritematozus; SS, Sjögren Sendrom
*p<0,05, **p<0,001

Peroksiredoksin-4: Sistemik skleroz ilişkili interstisyel akciğer hastalığında yeni bir biyomarker olabilir mi?

Gizem Tuğçe Alp¹, İbrahim Vasi², Aslıhan Avanoğlu Güler², Hazan Karadeniz², Abdulsamet Erden², Hamit Küçük², Özlem Gülbahar³, Mehmet Akif Öztürk²

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

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Sistemik sklerozda, interstisyel akciğer hastalığı (İAH) sık görülen akciğer tutulum tipi olup, hastaların %25-30'unda progresif İAH gelişmektedir. Pulmoner fibrozis, hastalığa bağlı mortalitenin %35'inden sorumludur. Sistemik skleroz ilişkili interstisyel akciğer hastalığında (SSc-İAH) alveolitin başarılı tedavi ile geri döndürülebilir olduğu düşünülürken, fibrozis akciğer fonksiyonlarında geri dönüşsüz restriksiyona ve önemli morbiditeye neden olmaktadır. Semptomlar ve fizik muayene bulgularının non-spesifik olması, tanıda kullanılacak spesifik laboratuvar testlerinin olmaması bu hastalarda tanı koymada güçlüğü ve gecikmeye sebep olmaktadır. Krebs von den Lungen-6 (KL-6) ve sürfaktan protein D (SP-D); sistemik skleroz ilişkili interstisyel akciğer hastalığında (SSc-İAH) hastalık değerlendirilmesinde kullanılan biyobelirteçlerdir. İnterstisyel akciğer hastalığında (İAH) akciğer dokusunda, peroksiredoksin-4 (PRDX-4) mRNA ekspresyonunun arttığı gösterilmiştir. PRDX-4, peroksidaz ailesinden bir antioksidan protein, SSc-İAH'nda potansiyel bir biyobelirteç olabilir. Çalışmamızda SSc-İAH'nda serum PRDX-4'ün, KL-6 ve SP-D ile karşılaştırılması, bu moleküllerin interstisyel akciğer hastalığı tanısı ve prognozunda belirteç olarak klinik öneminin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bölümü'ne başvuran, 2013 ACR-EULAR tanı kriterlerine göre sistemik skleroz tanısı kriterlerini karşılayan hastalar dahil edildi. SSc hastalarının akciğer tutulumu, serolojik bulgular (anti Scl-70, antisentromer antikor, ANA); dosyalarındaki kayıtlardan ve rutin takiplerinde yapılmış HRCT, P-A akciğer grafisi, SFT, DLCO bilgilerinden elde edildi. Serum PRDX-4, KL-6 ve SP-D düzeyleri, sistemik skleroz tanılı 61 hastada (34'ü SSc-İAH olan ve 27'si SSc-İAH olmayan) ve 28 sağlıklı kontrolde ELISA yöntemi ile ölçüldü. SSc-İAH, HRCT görünümleri özelliklerine göre usual interstisyel pnömoni (UIP), fibrotik non-spesifik interstisyel pnömoni (NSIP), sellüler NSIP, kriptojenik organize pnömoni (OP), lenfoid interstisyel pnömoni (LIP) olarak değerlendirildi. Goh kriterlerine göre hastalık yaygınlığı açısından HRCT'de %20'nin üzerinde tutulum olması veya indetermine görünümde FVC'nin %70'in altında olması yaygın hastalık olarak evrenirken; HRCT'de %20'nin altında tutulum olması veya indetermine görünümde FVC'nin %70 ve üzerinde olması limitli akciğer hastalığı olarak sınıflandırıldı. Amerikan Toraks Derneği, European Respiratory Society, Japanese Respiratory Society ve Asociacion Latinoamericana de Torax kılavuzlarının kriterleri ile progresyon değerlendirildi. Pulmoner fibroziste progresyon durumlarına göre progresif hastalık ve stabil hastalık olarak

değerlendirildi. Hastaların demografik, klinik özellikleri ve klinik özellikleri ile biyobelirteçler arası ilişki incelendi.

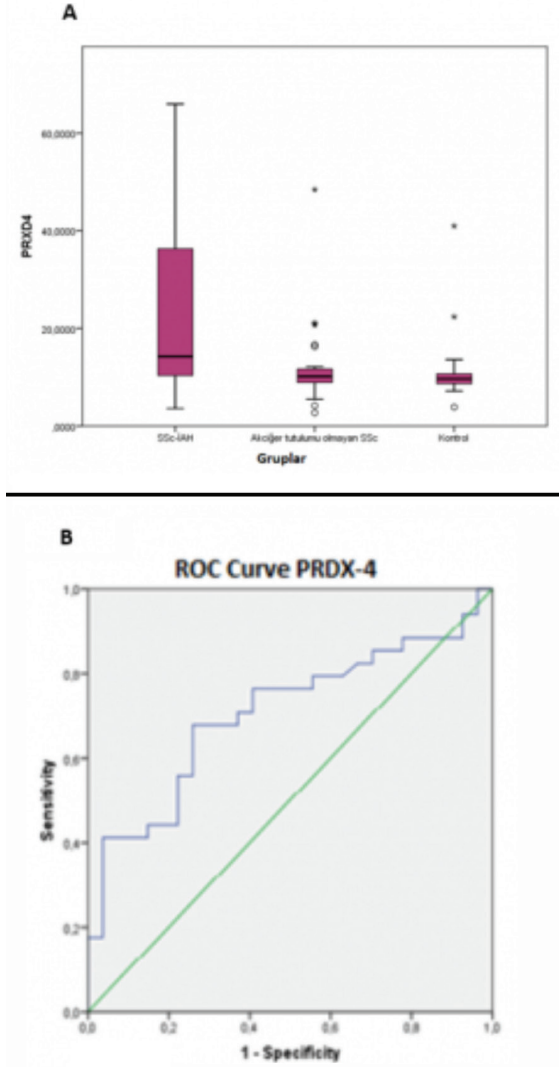
Bulgular: Çalışmaya 61 SSc hastası ve 28 sağlıklı kontrol grubu hastası olmak üzere toplam 89 birey dahil edildi. Çalışmaya katılanların %91 (n=81)'i kadındı, yaş ortalaması 50,81±12,71 (ort ± SS) olarak saptandı. SSc hastalarının %70,5'inde (n=43) limitli, %29,5'inde (n=18) diffüz deri tutulumu vardı. SSc-İAH grubunda HRCT'de 28 hastada (%82,4) fibrotik NSIP paterni saptanırken, 3 (%8,8) hastada sellüler NSIP, 2 (%5,9) hastada UIP, 1 (%2,9) hastada lenfoid interstisyel pnömoni paterni saptandı. Hastaların klinik ve demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. PRDX-4 seviyeleri SSc-İAH'nda, İAH olmayan SSc hastalarına ve kontrollere göre anlamlı yüksek saptandı [14,27 (26,14) vs. 10,17 (3,22) vs. 9,68 (2,06) ng/mL, medyan, (IQR), p=0,001]. İleri analizlere, post-hoc analizlere devam edildi ve sonuçlar Bonferroni ile kontrol edildiğinde post-hoc analiz sonrası farklılığın SSc-İAH grubundan kaynaklandığı görüldü (p=0,006 <0,017 ve p=0,001 <0,017). KL-6 seviyelerinde de gruplar arasında anlamlı olarak farklılık saptandı [134,25 (224,28) vs. 103,90 (34,81) vs. 92,84 (29,16) U/mL, medyan, (IQR), p=0,002]. Progresif pulmoner fibrozisi olan İAH grubunda ise PRDX-4, KL-6 ve SP-D düzeyleri, İAH stabil olan gruba göre anlamlı yüksek izlendi (p<0,001). PRDX-4, KL-6 and SP-D arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde kuvvetli ilişki izlendi (p<0,01) (Şekil 1A). SSc-İAH grubunda, HRCT'de tutulum yaygınlığına göre limitli ve diffüz ayrımı yapıp karşılaştırıldığında; moleküllerin medyanları arasındaki farkın istatistiksel olarak %5 önem düzeyinde anlamlı olmadığı görüldü (p>0,05). SSc-İAH hastalarının PRDX-4 molekülleri ile akciğer tutulum yaygınlığı arasında istatistiksel olarak %5 önem düzeyinde anlamlı pozitif yönlü düşük orta derecede bir korelasyon olduğu görüldü (p<0,05). SSc hastalarında İAH varlığını saptayabilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla ROC analizi yapıldı. KL-6 ve PRDX-4 moleküllerinin SSc-İAH saptamada anlamlı olduğu görüldü. KL-6 molekül düzeyi 109,05 U/mL olarak belirlendiğinde SSc-İAH'yi %65 sensitivite ve %70,4 spesitivite ile saptayabildiği görüldü (AUC=0,666, %95; 0,530-0,802, p<0,05). PRDX-4 molekül düzeyi 11,29 ng/mL olarak belirlendiğinde SSc-İAH'si %67 sensitivite ve %74,1 spesitivite ile saptayabildiği görüldü (AUC=0,705, %95; 0,574-0,837, p<0,01). PRDX-4 molekülünün istatistiksel olarak KL-6'ya göre daha yüksek öngördürücülüğe sahip olduğu görüldü (Şekil 1B).

Sonuç: SSc-İAH'nda irreversible fibrozis evresinden önce erken tanı ve tedavide biyobelirteçler önemli rol oynamaktadır. Diğer moleküllere göre antioksidan olarak patofizyolojik sürecin daha erken dönemlerinde ortaya çıkabilmesi, diğer moleküllere oranla daha düşük molekül ağırlığı ve hidrofobik sinyal peptidi olması nedeniyle, sistemik dolaşıma daha hızlı geçerek immün yanıtta rol oynadığını düşünülen PRDX-4; KL-6 ve SP-D'den daha duyarlı ve spesifiktir ve SSc'li hastalarda interstisyel akciğer hastalığının ve progresif pulmoner fibrozisin değerlendirilmesinde potansiyel bir belirteç olarak gelecekte kullanılabilir.

PRDX-4, SSc-İAH grubunda İAH olmayan SSc grubuna göre yüksek saptanmıştır. PRDX-4; SSc-İAH tanısında biyomarker olarak kullanılabilir. PRDX-4, SSc-İAH progresyon gösteren hastalarda, İAH progrese olmayan SSc hastalarına göre yüksek saptanmıştır. SSc-İAH progresyonunda biyomarker olarak kullanılabilir. SP-D, KL-6 ve PRDX-4 pozitif yönlü ve mükemmel korelasyon göstermektedir. Her 3 molekülün de progresif pulmoner

fibrozisi saptama gücü yüksek olarak bulunmakla birlikte; PRDX-4 molekülü istatistiksel olarak en yüksek öngördürücülüğe sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Bağ dokusu hastalıkları, sistemik skleroderma, sistemik skleroz, interstisyel akciğer hastalığı, progresif pulmoner fibrozis, biyobelirteç, KL-6 antijen, sürfaktan protein D, peroksiredoksin-4



Şekil 1. Grupların PRDX-4 seviyeleri. Kutular 75 ve 25. persentilleri göstermektedir; horizontal bar = medyan B. Progresif pulmoner fibröziste PRDX-4, sensitivite and spesifite, ROC eğrisi altı alan (AUC)=0,936

PS-051

Kolşisin intoleran Ailevi Akdeniz Ateşi hastalarında IL-1 antagonistinin monoterapi kullanımı ile etkin tedavi mümkün mü?

Derya Yıldırım, Burcu Gül Kaya, İbrahim Vasi, Rıza Can Kardaş, Rahime Duran, Hazan Karadeniz, Aslıhan Avanoğlu Güler, Hamit Küçük, Abdülsamet Erden, Berna Göker, Mehmet Akif Öztürk, Abdurrahman Tufan

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

Amaç: Kolşisin Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF) tanı hastalarda tedavinin temelini oluşturur. IL-1 antagonistleri ise kolşisin dirençli ya da intoleran olgularda seçkin tedavi olarak yerini almıştır. Çalışmamızın amacı, kolşisin dirençli/intoleransı nedeniyle efektif doz tedavi alamayan hastalarda klinik, laboratuvar yanıt ve hasar oranını belirlemek ve bunu tam doz kolşisin kullanabilen hastalarla karşılaştırmaktır.

Yöntem: FMF tanısı ile izlenen ve IL-1 antagonisti tedavisi alan 125 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 96 tanesi kolşisin ve IL-1 antagonisti kombinasyonu, 29 tanesi ise sadece IL-1 antagonisti kullanmaktaydı. Retrospektif dizayn edilen bu çalışmada hastaların kolşisin dozlarına göre klinik aktiviteleri, inter-atak akut faz değerleri, diğer laboratuvar özellikleri ve hasar durumları karşılaştırıldı. Aynı parametreler kolşisin dozlarına göre hastalar gruplandırılarak değerlendirildi.

Bulgular: Monoterapi olarak IL-1 antagonistleri ve farklı dozlarda kolşisin kombinasyonu ile tedavi edilen hastalarla benzer klinik aktivite, ataklar arası enflamasyon ve hasara sahipti. IL-1 antagonistleri ile ortanca (IQR) tedavi edilme süreleri kolşisin almayan grupta alanlara göre anlamlı oranda yüksekti [48 ay (43) vs. 36 ay (24); p=0,034] (Tablo 1).

Sonuç: Kolşisin FMF tedavisinin olmazsa olmaz ilacıdır; ancak kolşisin etkin dozda kullanamayan ya da dirençli olan hastalarda monoterapi olarak IL-1 antagonistleri kullanımı da klinik aktiviteyi baskılama ve hasarı önlemede etkin olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz Ateşi, kolşisin, IL-1 antagonistleri

Pulmoner arteriyel hipertansiyon tanılı hastalarda mik s bağ dokusu hastalığının prevalansı ve prognozunun incelenmesi

Esra Bayram Sürmeli¹, Tuba Demirci Yıldırım², Ayşe Çolak³, Yeşim Erez², Bahri Akdeniz³, Ahmet 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

³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

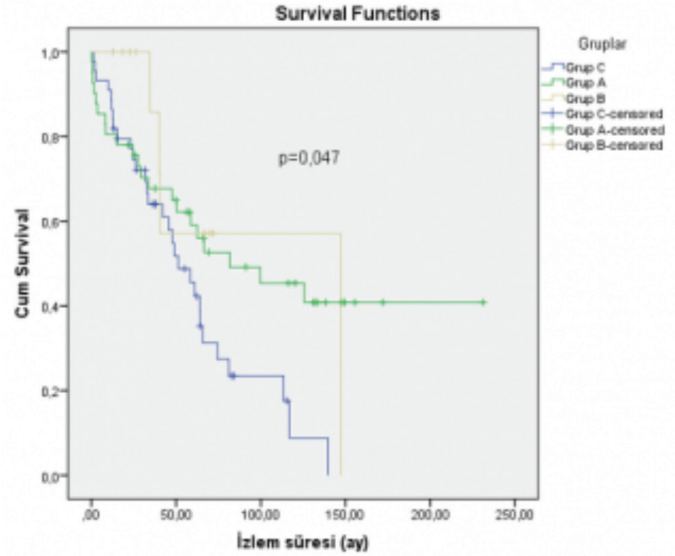
Amaç: Pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH); pulmoner vazokonstriksiyon, vasküler yeniden şekillenme ve media tabakasında hipertrofi ile karakterize bir patoloji olup bağ dokusu hastalıklarının da (BDH) ciddi bir komplikasyonudur. BDH ilişkili PAH hakkında literatürde çok sayıda kapsamlı araştırma bulunsa da bu grubun önemli bir alt grubunu oluşturan mik s bağ dokusu hastalığı (MBDH) ile ilişkili PAH hakkında literatürde sınırlı sayıda çalışma yer almaktadır. Çalışmamız, PAH tanılı hastalarda MBDH'nin prevalansı ve prognozunu incelemektedir.

Yöntem: Çalışmamız, etik kurul karar no: 2022/09-13 ile onaylanmış, hastanemiz pulmoner hipertansiyon (PH) kohortunu içeren retrospektif bir kohort çalışmasıdır. PH kohortundaki 18 yaş ve üzeri 296 hastadan; kliniğe tek başvurusu olanlar, Takayasu arteriti ile primer antifosfolipid antikor sendromu (AFAS) tanısı olanlar çıkarıldıktan sonra kalan 221 hastadan sadece idiyopatik PAH (IPA) ve BDH-PAH tanısı alan 96 hasta üzerinde çalışma yürütüldü. ANA(-) IPA tanılı hastalar grup A, ANA(+) IPA tanılı hastalar grup B ve BDH-PAH tanılı hastalar grup C olarak sınıflandırılarak istatistiksel analiz yapıldı. İlk aşamada gruplar demografik veriler, prognostik belirteçler, genel sağkalım süresi ve mortalite oranı açısından karşılaştırıldı. Sonraki aşamada, BDH-PAH grubu içinde MBDH tanılı hastaların, skleroderma (SSk) ve diğer BDH [sistemik lupus eritematozus (SLE), primer Sjögren sendromu (pSS) ve romatoid artrit (RA)] hastalarıyla aynı parametreler üzerinden karşılaştırması yapıldı.

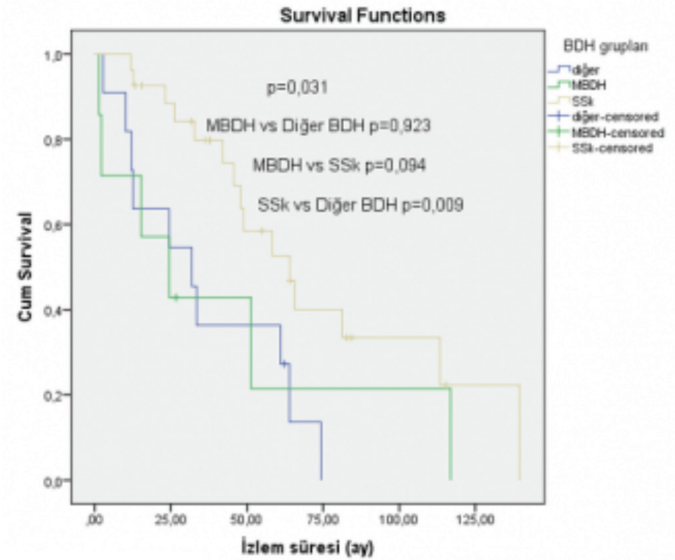
Bulgular: Doksan altı hastalık çalışma kohortumuzda grup A'da 41, grup B'de 11 ve grup C'de 44 hasta tespit edildi. Gruplara ait ayrıntılı demografik ve klinik özellikler Tablo 1'de özetlenmiştir. Kohortun takibi süresince hastaların genel mortalite oranı %57,3'tü, mortalitede gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (p=0,094). Grup C'nin genel sağkalım süresi grup A'ya göre anlamlı derecede daha kısaydı (p=0,047) (Şekil 1). Grup C içinde BDH alt gruplarına göre dağılım incelendiğinde; hastaların 7'si MBDH, 27'si SSk ve 11'i diğer BDH (SLE, pSS ve RA) tanılıydı. MBDH hastalarının SSk hastalarına göre daha erken yaşta PAH tanısı aldığı görüldü (p=0,022). Tablo 2 MBDH ve diğer BDH'ya ait demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılmasını içermektedir. MBDH, SSk ve diğer BDH grupları arasında da mortalite oranı açısından anlamlı fark tespit edilmedi (p=0,059). Bununla birlikte, SSk hastalarının genel sağkalım süresi diğer BDH olan hastalara göre anlamlı derecede daha uzundu (p=0,009) (Şekil 2). MBDH hastalarının genel sağkalım süresi ise, SSk ve diğer BDH grubuyla karşılaştırıldığında anlamlı farklılık göstermedi.

Sonuç: Çalışmamızda, MBDH-PAH prevalansı literatüre göre daha yüksek saptandı. MBDH-PAH hastalarının, BDH grubu içindeki diğer hastalarla benzer bir prognoz gösterdiği tespit edildi. Ayrıca BDH-PAH hastalarının sağkalım süresi IPAH hastalarına göre daha kısa bulundu.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner arteriyel hipertansiyon, mik s bağ dokusu hastalığı, skleroderma



Şekil 1. Grup A, grup B ve grup C hastalarının genel sağkalım sürelerinin karşılaştırılması (Kaplan-Meier analizi)



Şekil 2. MBDH, SSk ve diğer BDH tanısı alan hastaların genel sağkalım sürelerinin karşılaştırılması (Kaplan-Meier analizi)

Tablo 1. Grup A, grup B ve grup C hastalarının demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması

| | Grup A n=41 | Grup B n=11 | Grup C n=44 | P |
|--|-------------------|--------------------|-------------------|--------------------------------------|
| PAH tanı yaşı median (min-max) | 60,0 (20,0-86,0) | 60,0 (42,0-79,0) | 64,0 (14,0-86,0) | ,162 |
| Cinsiyet n (%) | | | | |
| Erkek | 12 (29,3) | 2 (18,2) | 4 (9,1) | ,059 |
| Kadın | 29 (70,7) | 9 (81,8) | 40 (90,9) | |
| Sigara n (%) | | | | |
| Bırakmış | 8 (19,5) | 1 (9,1) | 6 (13,6) | ,754 |
| İçiyor | 5 (12,2) | 1 (9,1) | 3 (6,8) | |
| Hiç içmemiş | 28 (68,3) | 9 (81,8) | 35 (79,5) | |
| Komorbidite n (%) | 36 (87,8) | 11 (100,0) | 36 (81,8) | ,273 |
| DM n (%) | 9 (22,0) | 1 (9,1) | 8 (18,2) | ,619 |
| HT n (%) | 16 (39,0) | 5 (45,5) | 17 (38,6) | ,914 |
| KAH n (%) | 6 (14,6) | 3 (27,3) | 7 (15,9) | ,597 |
| Diğer n (%) | 25 (61,0) | 10 (90,9) | 24 (54,5) | ,085 |
| Mean PAB (mmHg) median (min-max) | 42,0 (25,0-80,0) | 45,0 (25,0-60,0) | 38,5 (25,0-102,0) | ,052 |
| 6-DYM (metre) median (min-max) | 330,0 (0,0-720,0) | 320,0(100,0-460,0) | 190,0 (0,0-650,0) | ,002 1,000* ,001** 0,280*** |
| Tedavide kalma süresi (ay) median(min-max) | 37,5 (0,-172,0) | 34,5 (12,7-147,2) | 42,8 (0,0-158,9) | ,980 |
| Kullanılan ilaç sayısı median (min-max) | 1,0 (0,0-6,0) | 2,0 (1,0-5,0) | 2,0 (0,0-6,0) | ,208 |
| Prostasiklin yolu n (%) | 12 (29,3) | 4 (36,4) | 19 (43,2) | ,412 |
| Endotelin yolu n (%) | 22 (53,7) | 8 (72,7) | 38 (86,4) | ,004*** |
| NO yolu n (%) | 33 (56,1) | 10 (90,9) | 27 (61,4) | ,104 |
| İzlem süresi (ay) median (min-max) | 58,1 (0,2-231,3) | 39,9 (12,7-147,2) | 37,8 (1,4-139,6) | ,295 |
| Mortalite oranı n (%) | 21 (51,2) | 4 (36,4) | 30 (68,2) | 0,094 |

* Grup A-İPAH vs Grup B-İPAH, ** Grup A-İPAH vs Grup C, *** Grup B-İPAH vs Grup C

PS-053

Medikal tedaviye dirençli tekrarlayan monoartrit tedavisinde sinoviyal hipertrofi alanlarına mikrodalga ablasyon uygulaması

Rabia Deniz¹, Tefik Güzelbey², İlhan Nahit Mutlu², Duygu Sevinç Özgür³, Bilgin Karaalioglu³, Gamze Akkuzu³, Fatih Yıldırım³, Kübra Kalkan³, Özgür Kılıçkesmez², Cemal Bes³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği; ²Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıbbi Biyoloji ve Genetik Anabilim Dalı, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

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

Amaç: Tekrarlayan monoartrit (RM) birçok romatizmal hastalığın seyrinde ortaya çıkabilen ve kısıtlılığa yol açan bir komplikasyondur. Ablasyon teknikleri farklı etiyojilere sahip benign veya malign lezyonların tedavisinde başarıyla uygulanmaktadır ve son zamanlarda osteoartrit başta olmak üzere kas-iskelet sistemi hastalıklarında da kullanılmaya başlanmıştır. Bu çalışmada mikrodalga ablasyon (MWA) yönteminin medikal tedaviye dirençli

Tablo 2. MBDH, SSK ve diğer BDH tanısı alan hastaların demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması

| | MBDH N=7 | SSK N=27 | Diğer BDH N=11 | P değeri |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------------------------|
| PAH tanı yaşı median (min-max) | 50,0 (22,0-69,0) | 66,0 (45,0-86,0) | 63,0 (14,0-80,0) | ,027 *,224 **,022 ***1,000 |
| Cinsiyet n (%) | | | | ,381 |
| Erkek | 0 (0,0) | 2 (7,4) | 2 (18,2) | |
| Kadın | 7 (100,0) | 25 (92,6) | 9 (81,8) | |
| Komorbidite n (%) | 5 (71,4) | 21 (77,8) | 11 (100,0) | ,192 |
| DM n (%) | 1 (14,3) | 5 (18,5) | 2 (18,2) | ,966 |
| HT n (%) | 1 (14,3) | 11 (40,7) | 5 (45,5) | ,227 |
| KAH n (%) | 0 (0,0) | 5 (18,5) | 2 (18,2) | ,466 |
| Diğer n (%) | 4 (57,1) | 14 (51,9) | 7 (63,6) | ,799 |
| Mean PAB (mmHg) median (min-max) | 44,0 (36,0-102,0) | 33,0 (16,0-54,0) | 41,0 (27,0-68,0) | ,026 *,474 **,025 ***,651 |
| 6-DYM (metre) median (min-max) | 120,0 (0,0-650,0) | 240,0 (0,0-450,0) | 180,0 (0,0-380,0) | 0,250 |
| HRCT de İAH n (%) | 5 (71,4) | 16 (59,3) | 5 (45,5) | 0,537 |
| FVC (%) median (min-max) | 64,5 (40,0-99,0) | 73,0 (37,0-122,0) | 58,0 (38,0-100,0) | 0,398 |
| DLCO (%) median (min-max) | 35,0 (27,0-66,0) | 48,5 (23,0-83,0) | 35,0 (23,0-49,0) | 0,198 |
| Tedavide kalma süresi (ay) median (min-max) | 24,3 (0,0-129,1) | 45,6 (0,0-158,3) | 31,9 (0,6-73,2) | 0,273 |
| İmmünespresif tedavi n (%) | 5 (71,4) | 13 (48,19) | 7 (63,6) | 0,448 |
| İzlem süresi (ay) median (min-max) | 24,5 (1,4-116,9) | 45,7 (11,9-139,6) | 31,9 (2,77-74,4) | 0,173 |
| Mortalite oranı n (%) | 6 (85,7) | 15 (55,6) | 10 (90,9) | 0,059 |

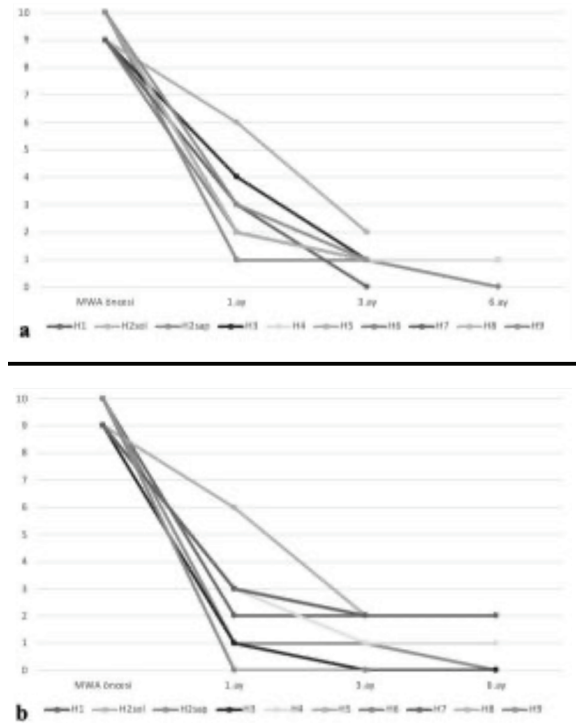
*MBDH vs Diğer BDH, **MBDH vs SSK, ***Diğer BDH vs SSK

RM yönetiminde yardımcı tedavi olarak kullanımının başarı ve güvenilirliğini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Rekürren monoartrit atakları olan, romatoid artrit, spondiloartropati, Behçet hastalığı, juvenil idiyopatik artrit ve farklılaşmamış enflamatuvar monoartrit tanılı hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Hasta seçiminde kortikosteroidle ilaveten en az 2 DMARD, kontraendikasyon yoksa biyolojik DMARD olarak maksimum medikal tedavi almasına rağmen son altı ayda en az 3 veya toplam takipte en az 5 kez intra-artiküler sıvı aspirasyonu (İAA) yapılan hastalar RM olarak tanımlanmış ve hem ultrasonografi (USG) hem manyetik rezonans (MR) ile işleme uygun sinovyal hipertrofi varlığı doğrulanmıştır. Hasta seçimi ve işlem aynı romatolog ve radyolog tarafından yapılmıştır. Sinoviyal hipertrofi boyutu ölçüldükten sonra uygun prob seçilerek, hastanın toleransı ve doku boyutuna göre 10-20 W arasında değişen güçte, USG kılavuzluğunda, nekroza işaret eden mikro kabarcıklar görülene kadar devam edilerek MWA işlemi gerçekleştirilmiştir. Hastaların demografik bilgileri, tedavileri, İAA sayısı, komplikasyonlar, fonksiyonel kısıtlılık ve ağrı skorları, rutin laboratuvar parametreleri, USG ve MR görüntüleri kaydedilmiştir.

Bulgular: Yaşları 26-49 arasında değişen 2 kadın ve 7 erkek hastanın toplam 10 diz eklemine MWA uygulanmıştır. Takip boyunca hastaların önceki tedavileri değiştirilmeden sürdürülmüştür. MWA sonrası medyan takip süresi 5,5 (3-7) aydır. Son 6 ayda işlem öncesi

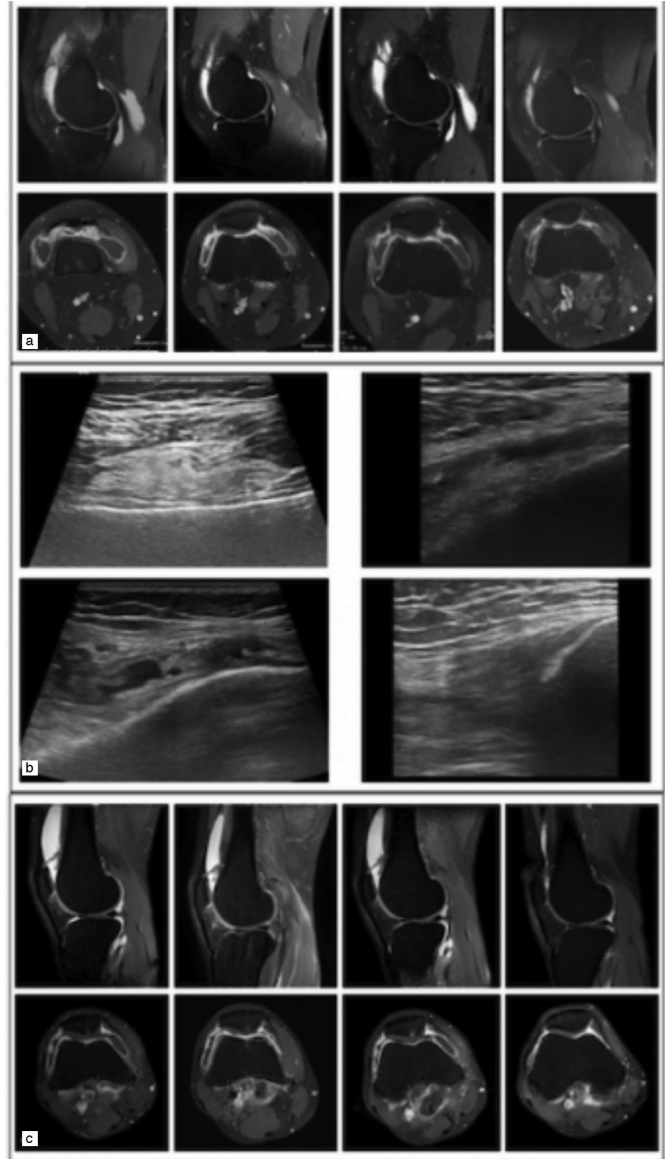
İAA ihtiyacı medyan 6 (3-8) iken takipte yalnız bir hastada sadece ikinci MWA seansında İAA ihtiyacı olmuş, diğer hastaların İAA ihtiyacı olmamış ve takip görüntülemelerde sinovyal hipertrofi giderek gerilemiştir (Şekil 1a, b). Üç hastada ikinci MWA seansına ihtiyaç duyulmuştur. Üç hastaya farklı nedenlerle kısa süreli düşük doz ek kortikosteroid verilmiştir. İşlem öncesi, işlemden sonra 1., 3. ve 6. ayda hastalarca 0-10 arasında belirlenen fonksiyonel kısıtlılık ve ağrı skorlarında anlamlı şekilde iyileşme olmuştur (her ikisinde de medyan skor 9'dan 1'e gerilemiştir, $p < 0,00001$, Şekil 2a, b, c). İşlem sırası ve takipte herhangi bir komplikasyon görülmemiştir. Örneklem büyüklüğü, hastaların heterojen hastalık şiddeti ve tanıları, bazılarının tıbbi tedaviye kısmen uyum sağlamamaları ve USG/MR bulgularının yarı-objektif değerlendirilmesi çalışmanın kısıtlılıklarıydı. MWA'nın romatizmal hastalıklarda kullanımının erken dönem sonuçlarına bakıldığında, herhangi bir komplikasyon olmaksızın, monoartrit atakları ve İAA ihtiyacında azalma, fonksiyonellik ve ağrı skorlarında dramatik düzelmeler olduğu düşünüldüğünde, maksimum medikal tedaviye dirençli ve sinovektominin mümkün veya uygun olmadığı RM'de umut verici bir yardımcı tedavi olabileceği düşünülmüştür. Uzun vadeli sonuçların izlemi ve bu bulguların farklı merkezlerde, daha geniş kohortlarda tekrarlanmasının, bu olumlu sonuçları ve MWA tekniğinin uygulanabilirliğini doğrulaması gerekecektir.



Şekil 1. Hastaların MWA işlemi öncesi ve işlem sonrası 1., 3. ve 6. ay ziyaretlerinde olabilecek en kötü 10 ve olabilecek en iyi değerlendirme 0 olacak şekilde fonksiyonel kısıtlılık ve ağrı skorları. **a)** fonksiyonel kısıtlılık puanını ve **b)** ağrı puanını göstermektedir

Sonuç: Romatizmal hastalıkta sinovyal hipertrofi ile birlikte tıbbi olarak dirençli RM'li hastalarda tümünde cerrahi tedavi daha iyi bir seçim değildir. MWA ile hem monoartrit ataklarının kontrolü, hem de fonksiyonellik ve ağrı skorlarında iyileşme sağlanmıştır. MWA, RM'de yardımcı tedavi olarak güvenli ve uygulama kolay bir yöntem gibi görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Mikrodalga ablasyon, medikal tedaviye dirençli tekrarlayan monoartrit, sinovyal hipertrofi, enflamasyon, kas-iskelet radyolojisi, anti-enflamatuvar ajanlar



Şekil 2. İşlem öncesi ve işlem sonrası 1., 3. ve 6. ay ultrasonografi (USG) ve manyetik rezonans (MR) görüntüleri olan iki hasta örneği. **Şekil 2a'** da hasta 3'ün işlem öncesi 1., 3. ve 6. ay MR görüntüleri soldan sağa olacak şekilde, üst sırada sagittal T1 ağırlıklı kontrastlı kesitler ve alt sırada trombosit dağılım genişliği (PDW) aksyonel kesitler gösterilmektedir. **Şekil 2b'** de aynı hastanın işlem öncesi ve işlemden sonra 1., 3. ve 6. ay USG görüntüleri soldan sağa doğru işlem öncesi ve 1. ay üst sırada, 3. ve 6. ay alt sırada görülmektedir. **Şekil 2c'** de hasta 1'in işlem öncesi ve işlem sonrası 1., 3. ve 6. ay MR görüntüleri soldan sağa olacak şekilde, üst sırada sagittal T1 ağırlıklı kontrastlı kesitler ve alt sırada PDW aksyonel kesitler gösterilmektedir

Radyografik olmayan ax-SpA hastalarının radyografik AX-SPA'YA dönüşüm oranının ve etkili olan faktörlerin değerlendirilmesi

Esra Erpek Karaova, Elif Ediboğlu, İdil Kurut Aysin, Eda Otman Akat, Haluk Cinaklı, Gülay Alp, Ayten Özkan, Hasan Kocaayan, Özge Yoğurtçu, Halil İbrahim Yiğit Atlı, Mustafa Özmen, Dilek Solmaz, Servet Akar

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

Amaç: Non-radyografik aksiyal spondiloartritli (nr-AxSpA) hastaların radyografik aksiyal spondiloartrite (r-AxSpA) progresyon oranları ve etkili faktörlerin gözden geçirilmesi amaçlandı.

Yöntem: AxSpA kohortunda izlenen 695 hastadan nr-AxSpA olan ve en az bir takip pelvis AP grafisi olan 209 hasta çalışmaya dahil edildi. İki yüz dokuz hastaya ait 520 grafi kronolojiye kör olarak tek okuyucu tarafından değerlendirildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, bazal laboratuvar tetkikleri ve bazal hastalık aktivite, fonksiyon ve yaşam kalitesi ölçekleri, tedavi durumları kaydedildi. Ortalama 5,4±2,1 takip sürecinde Nr-axSpA'dan r-axSpA'ya progresyon oranı hesaplandı; r-axSpA'ya progresyon üzerinde etkili olabilecek faktörler "The Generalized Estimating Equations (GEE)" analiz yöntemi ile test edildi.

Bulgular: İki yüz dokuz hastadan; 57'si (%27,3) takip süresi sonunda nr-axSpA'dan r-axSpA'ya progresse olduğu görüldü. Progrese olan ve olmayan hastaların özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. İkinci yılda görüntülenmesi olan 178 hastanın 29'unun (%16,29), beşinci yılda görüntülenmesi olan 119 hastanın 25'inin (%21,73) ve sekizinci yılda görüntülenmesi olan 37 hastadan 9'unun (%21,62) progresse olduğu görüldü. Yapılan tek değişkenli GEE analizinde hastaların nr-axSpA'dan r-axSpA'ya progresyon üzerinde etkili faktörler; eğitim düzeyinin düşük olması (<8 yıl), C-reaktif protein (CRP) yüksekliği, ve bazal BASMI ile değerlendirilen spinal mobilitenin kötü olması ve ASAS'a göre aile öyküsünün varlığı şeklinde tespit edildi. Multivariate analiz için oluşturulan modelde ise eğitim düzeyinin düşük olması, aile öyküsü ve CRP değerinin yüksekliği nr-axSpA'nın r-axSpA'ya ilerlemesinde bağımsız değişkenler olarak bulundu (Tablo 2).

Sonuç: Non-radyografik-axSpA hastalarının r-axSpA'ya progresyonu diğer çalışmalarla benzer şekilde CRP yüksekliği ile ilişkili görünmektedir. Bu çalışmada diğer çalışmalardan farklı olarak aile öyküsü varlığının ve eğitim düzeyinin düşük olmasının da (<8 yıl) r-axSpA'ya progresyona etkili olabileceğini tespit ettik. Bu analizde r-axSpA'ya progresyon ile ilişkili olduğu görülen BASMI yüksekliği ise neden değil ilerlemenin bir sonucu olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: ax-SpA, progresyon, sakroiliak eklem

Tablo 1. Nr-axSpA'dan r-axSpA'ya progresse olan ve olmayan hastaların bazal demografik, klinik ve laboratuvar özelliklerinin karşılaştırılması

| Tüm Hastalar N=209 | Progrese Olanlar | | P değeri |
|--|------------------|----------------|----------|
| | N=57 | N=152 | |
| Erkek cinsiyet n (%) | 25/57 (43.8) | 69/152 (45.4) | 0.877 |
| Yaş, yıl ort ± SD | 44.4 ± 11.07 | 45.6 ± 10.2 | 0.902 |
| Semptom süresi, yıl ort ± SD | 17.06 ± 8.97 | 17.06 ± 8.97 | 0.656 |
| Eğitim süresi, yıl ort ± SD | 9.33 ± 3.7 | 11.1 ± 4 | 0.005 |
| Halen sigara kullanımı n (%) | 24/57 (42.1) | 59/140 (42.1) | 0.953 |
| VKI kg/m ² ort ± SD | 32.1 ± 3.9 | 26.3 ± 4.3 | 0.085 |
| Daktilit n (%) | 3/53 (5.6) | 2/146 (1.4) | 0.119 |
| Periferik artıt n (%) | 16/51 (31.3) | 45/140 (32.1) | 1.000 |
| Torak artıt n (%) | 29/47 (61.7) | 69/136 (50.7) | 0.236 |
| Radyolojik kalça tutulumu n (%) | 3/57 (5.3) | 3/152 (2) | 0.348 |
| Psoriasis n (%) | 6/57 (10.5) | 7/151 (4.6) | 0.194 |
| İBH n (%) | 2/47 (4.2) | 14/118 (11.9) | 0.244 |
| Üveit n (%) | 7/57 (12.28) | 22/151 (14.6) | 0.686 |
| HLA-B27 pozitifliği n (%) | 27/44 (61.3) | 60/128 (46.9) | 0.069 |
| C-reaktif protein mg/dl ort ± SD | 17.2 ± 26.8 | 7.5 ± 13.6 | 0.001 |
| Eritrosit sedimentasyon hızı mm/h ort ± SD | 26.2 ± 21.5 | 23.5 ± 19.4 | 0.417 |
| BASDAI ort ± SD | 4.1 ± 2.5 | 4.4 ± 2.3 | 0.356 |
| BASFI ort ± SD | 3.4 ± 3 | 3.1 ± 2.5 | 0.569 |
| ASDAS-CRP ort ± SD | 2.9 ± 1.4 | 2.5 ± 1.1 | 0.098 |
| BASMI ort ± SD | 3.3 ± 1.7 | 2.8 ± 1.1 | 0.015 |
| ASQOL ort ± SD | 8.3 ± 5.3 | 9 ± 5.2 | 0.387 |
| HAQs ort ± SD | 0.8 ± 0.7 | 0.8 ± 0.6 | 0.750 |
| ASAS aile öyküsü n (%) | 25/44 (56.8) | 32/100 (32) | 0.005 |
| NSAID kullanımı n (%) | 40/50 (80) | 111/134 (82.9) | 0.669 |
| Biyolojik tedavi kullanımı n (%) | 30/57 (52.6) | 67/152 (44.1) | 0.280 |
| Biyolojik tedavi süresi ort ± SD | 8 ± 3.3 | 7.3 ± 3.7 | 0.427 |
| Ek hastalık varlığı n (%) | 14/47 (29.7) | 22/127 (17.3) | 0.058 |

Tabloda verilen veriler ortalama (SD) veya n / toplam n içinde (%) olarak verilmiştir. ASDAS: Spondylitis Disease Activity Score, ASQOL: Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index, BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index, BASFI: Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index, BASMI: Bath Ankylosing Spondylitis Metroloji İndeksi, BASFI: Bath Ankylosing Spondylitis Funksiyonel İndeksi, CRP: C Reaktif Protein, ESR: eritrosit sedimentasyon hızı, HAQs: Spondiloartritler için sağlık değerlendirme anketi (Health Assessment Questionary For The Spondyloarthropathies), İBH: İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı, NSAID: Non-steroid anti enflamatuvar ilaç ASAS: The Assessment of Spondyloarthritis International Society, HLA-B27 İnsan Lökosit Antijeni B27

Tablo 2. Nr-axSpA dan r-axSpA ya progresyonda etkili faktörler tek değişkenli ve çok değişkenli longitudinal analiz sonuçları

| | Tek değişkenli analiz | | | Çok değişkenli analiz | | |
|-------------------------------------|-----------------------|---------------|-------|-----------------------|---------------|-------|
| | B | %95 CI | P | B | %95 CI | P |
| Eğitim yılı <8 yıl olması | 0.217 | -0.683 1.118 | 0.032 | -23.139 | -24.25 -22.02 | 0.000 |
| HLA-B27 pozitifliği | -0.547 | -1.027 -0.067 | 0.068 | -0.632 | -1.51 0.255 | 0.162 |
| C-reaktif protein değeri yüksekliği | -1.32 | -1.69 -0.95 | 0.000 | 0.41 | 0.004 0.079 | 0.031 |
| BASMI değeri yüksekliği | -1.918 | -2.83 -1.006 | 0.022 | | | |
| ASAS Aile Öyküsü varlığı | 0.037 | -0.513 0.587 | 0.002 | -0.965 | -1.81 -0.115 | 0.026 |

BASMI: Bath Ankylosing Spondylitis Metroloji İndeksi, ASAS: The Assessment of Spondyloarthritis International Society, HLA-B27 İnsan Lökosit Antijeni B27

Erken dönemde (≤ 2 yıl) bDMARD başlanan spondiloartritli hastaların özellikleri - HURBIO gerçek yaşam verileri

Büşra Fırlatan, Gözde Sevgi Kart Bayram, Emre Bilgin, Zehra Özsoy, Gizem Ayan, Gül Sandal Uzun, Mustafa Ekici, Erdiç Ünalı, Buğru Bulat, Levent Kılıç, Ali Akdoğan, Ömer Karadağ, Şule Apraş Bilgen, Ali İhsan Ertenli, Sedat Kiraz, Umur Kalyoncu

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

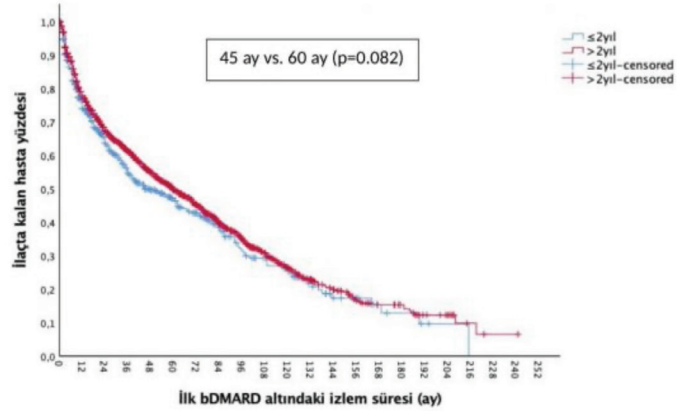
Amaç: Bu çalışmada, semptom başlangıcından itibaren iki yıl içerisinde biyolojik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç (bDMARD) başlanmış spondiloartritli (SpA) hastaların özelliklerinin değerlendirilmesi ve daha geç dönemde bDMARD başlanan hastalarla karşılaştırılması amaçlanmaktadır.

Yöntem: Hacettepe Üniversitesi Romatoloji Biyolojik Kayıt Kütüğü (HUR-BIO), 2005 yılında kurulan b/tsDMARD kullanan hastaların kaydedildiği prospektif, tek merkezli bir veri tabanıdır. Veri tabanına Temmuz 2023'e kadar kayıt edilen, semptom ve bDMARD başlangıç tarihi bilinen 3.161 SpA hastası çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, semptom başlangıç ve tanı tarihleri, varsa HLAB27 sonuçları ve radyografik bulguları, ekstra-artiküler tutulumları, bDMARD öncesinde kullanılan sentetik DMARDlar, bDMARD başlangıç tarihi ve etken maddesi, bDMARD başlangıcında ve son vizitteki hassaslaşık eklem sayısı, ESR, CRP ile BASDAI, BASFI, VAS ve HAQ skorları kayıt edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 3.161 SpA hastasından 665'ine (%51,3 erkek) semptom başlangıcından medyan 11 ay (6-18) içerisinde bDMARD tedavisi başlandığı görüldü. Erken bDMARD başlanan hastaların semptom yaşı daha büyük [32 yaş (25-41) vs. 27 yaş (21-35), $p<0,001$] ve semptomu göre hastalık süreleri daha kısaydı [9 yıl (5-11) vs. 16,5 yıl (12-23), $p<0,001$]. Tanı yaşı grupları arasında benzerdi. Hastalık süresi daha uzun olan ve daha geç dönemde bDMARD başlanmış olan hastalarda sindezmofit, bambu omurga ve kalça tutulumunun daha fazla olduğu saptandı (hepsi için $p<0,05$). Grupları arasında ekstra-artiküler tutulumlardan psoriasis ve enflamatuvar barsak hastalığı açısından farklılık yokken, üveitin erken bDMARD başlanan hastalarda daha az olduğu görüldü (%6,8 vs. %13,3, $p<0,001$). Grupları arasında bDMARD seçiminde, ilaçta kalımda, ilk ve son vizitte hastalık aktivite göstergelerinde anlamlı farklılık izlenmedi. Başlangıç BASFI skorları grupları arasında benzerken, erken bDMARD başlanan hastalarda son vizitteki BASFI skoru daha düşük bulundu [2,3 (0,4-4,8) vs. 2,8 (0,9-5,3), $p<0,001$].

Sonuç: Bu çalışmada, semptom başlangıç yaşı daha geç olmasına rağmen erken dönemde tedavi başlanan hastalarda ilaçta kalım ve hastalık aktivitesinde anlamlı farklılık izlenmezken, fonksiyonel kötüleşmenin daha az olduğu saptanmıştır. Ayrıca bu grupta üveit sıklığının daha az olduğu görülmüştür. Tedavi kararını belirlerken hastalık aktivitesini kontrol almanın yanı sıra, hastanın fonksiyonelliğinin korunması da göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Spondiloartrit, bDMARD, BASFI, fonksiyonellik



Sekil 1. İlk bDMARD sonrası ilaçta kalım

PS-056

Farklılaşmamış bağ doku hastalığı olan hastaların klinik, laboratuvar ve radyolojik özellikleri: Tek merkez kohortu

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

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

Amaç: Farklılaşmamış bağ dokusu hastalığı (UCTD), bir bağ dokusu hastalığının klinik bulgularını gösteren ancak herhangi bir bağ dokusu hastalığının sınıflama kriterlerini karşılamayan hastalar için kullanılan bir terimdir. UCTD olan hastaların bir kısmı zaman içerisinde kesin bir bağ dokusu hastalığına evrilirken, büyük çoğunluğu değişmeden kalır. Bu çalışmada kliniğimizde UCTD tanısı ile takip edilen hastalarla, bunlardan takipleri sırasında kesin bir bağ dokusu hastalığına evrilmiş olanların klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulgularının araştırılması amaçlanmıştır.

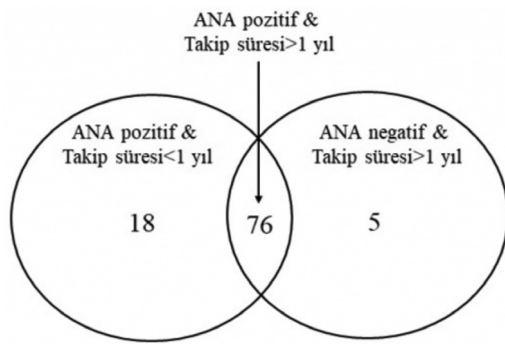
Yöntem: Çalışmamıza 2004-2022 yılları arasında UCTD tanısı konulmuş 99 hasta dahil edildi. UCTD tanısı sırasındaki demografik, laboratuvar ve klinik verileri retrospektif olarak incelendi. Analizlere antinükleer antikor (ANA) sonucu negatif olan, ancak bağ dokusu hastalıkları açısından önemli başvuru semptomları gösteren hastalar da dahil edildi. Takipleri sırasında bir bağ dokusu hastalığına dönüşen hastaların da kesin tanı sırasındaki laboratuvar ve klinik verileri analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastaların takip süresi >1 yıl olanların 76'sında ANA pozitif iken 5'inde ise ANA negatif bulundu. Takip süresi <1 yıl olanların ise 18'inde ANA pozitif saptandı (Şekil 1). Tüm UCTD hastaları için ortalama takip süresi 53,16±43,68 ay (min-maks=6-207 ay) olarak bulundu. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri Tablo 1 ve 2'de gösterilmiştir. Başvuru sırasında en sık görülen 3 semptom sırasıyla artralji (55 hasta), Raynaud fenomeni (34 hasta) ve artrit (28 hasta) idi. Hastaların 11'i (%11,1) ortalama 2,7±2,2 yıl (min-maks=1-7 yıl) içerisinde kesin bir bağ dokusu hastalığına dönüşmüştü. Takipleri sırasında hastaların 4'üne (%4) mikst bağ dokusu hastalığı, 6'sına (%6) sistemik skleroz ve 1'ine sistemik lupus eritematozus tanısı konuldu (Tablo 3). Başvuru sırasında hastaların sadece 37'sine (%37,4) toraks BT çekilmişti ve bunların 4'ünde intersitisyel

akciğer hastalığı (İAH) ile uyumlu bulgu verdi. Takipleri sırasında 13 hastaya daha toraks BT çekilmiş olup 3 hastaya daha İAH tanısı konuldu. Hastaların takipleri sırasında akciğer tutulumu dışında ciddi bir organ tutulumu görülmedi.

Sonuç: Sonuç olarak UCTD tanısı ile takip ettiğimiz hastaların büyük çoğunluğunun takip sırasında tanısının değişmediğini saptadık. UCTD tanısı koyduğumuz hastaların başvuru semptomları genellikle kas-iskelet sistemi veya vaskülopati ile ilişkiliydi ve hastaların çoğunda gerek tanı gerekse takipleri sırasında ciddi bir organ tutulumları yoktu. Bu ilk tanı sırasındaki bulgularının hafif olması nedeniyle hastalara ileri tetkik yapılmamış olması ile ilişkilendirilebilecek olsa da mevcut bulgular ışığında UCTD tanısı konulan hastaların klinik seyirlerinin iyi gittiği söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Otoantikörler, undiferansiye bağ doku hastalığı, lupus like sendrom, preskleroderma



Şekil 1. Analiz edilen hastaların ANA ve hastalık süresine göre dağılımı
ANA: Antinükleer antikor

PS-057

Avustralya opal veri kümesindeki romatoid artritli hastalarda Janus kinaz inhibitörlerinin gerçek yaşam koşullarında kullanımı ve aralarındaki geçiş

Sabina Ciciriello^{1,2}, Geoffrey Littlejohn^{1,3}, Tamas Treuer⁴, Kathryn A. Gibson^{4,5}, Peter Youssef^{6,7}, Paul Bird^{1,8}, Catherine O'sullivan¹, Tegan Smith¹, Claire T. Deakin^{9,10}, Zeynep Eylül Özmen¹¹

¹Opal Rheumatology Ltd, Sydney, NSW, Australia

²Royal Melbourne Hospital, Melbourne, VIC, Australia

³Department of Medicine, Monash University, Clayton, VIC, Australia

⁴Eli Lilly Australia Pty Ltd., Sydney, NSW, Australia

⁵Liverpool Hospital, Liverpool, NSW, Australia

⁶Royal Prince Alfred Hospital, Sydney, NSW, Australia

⁷University Of Sydney, Sydney, NSW, Australia

⁸University Of New South Wales, Kensington, NSW, Australia

⁹Centre For Adolescent Rheumatology Versus Arthritis At University College London, University College London Hospitals, Great Ormond Street Hospital and University College London, London, UK

¹⁰National Institute of Health Research Biomedical Centre at Great Ormond Street Hospital, London, UK

¹¹Lilly İlaç Ticaret Ltd. Şti., İstanbul, Turkey

Amaç: JAK inhibitörleri (JAKi), patogenezi de rol oynayan birden fazla sitokin yolağını bloke etme yetenekleri sayesinde RA tanılı birçok hastanın tedavisinde majör bir gelişme sağlamıştır. Avustralya'da devlet sübvansiyonu, romatologlara hasta bazındaki değerlendirmelerine göre klinik açıdan en uygun buldukları b/tsDMARD'ı reçete etme imkanı vermektedir. Onaylı 3 JAKi'nin kullanımına girişi hızla gerçekleşmiştir [tofositinib (TOF; Ekim 2015'ten bu yana), barisitininib (BARI, Eylül 2018) ve upadasitinib (UPA; Mayıs 2020)]. Bu çalışmanın amacı birinci basamak, ikinci basamak veya üçüncü basamak tedavi olarak TOF, BARI veya UPA başlanan ve ardından alternatif bir JAKi, TNFi veya diğer bDMARD'lara (IL-6i, CTLA-4 ve CD20) geçen hastalarda geçişe kadar geçen süreyi, geçiş paternlerini, eş zamanlı csDMARD'ları ve geçiş nedenini incelemektir.

Yöntem: OPAL veri kümesi, Avustralya'dan 112 romatologun elektronik tıbbi kayıtlarından elde edilen isimlendirilmiş, toplu klinik verilerin bir araya getirildiği bir veri kümesidir. Veriler, klinisyenin reçete yazma yazılımı olarak da kullanılan özel yapım bir yazılımda (Audit4, S4S Pty Ltd., Sidney, Avustralya) hasta başı olarak toplanmıştır. 1 Ekim 2015 ile 30 Eylül 2021 arasında hekimin RA tanısı koyduğu ve bir JAKi başlattığı 18-95 yaş grubundaki hastalar uygun olarak değerlendirilmiştir. Veriler, tanımlayıcı istatistik kullanılarak özetlenmiştir. Kaplan-Meier analizi kullanılarak, JAKi kullanmaya başlayanların oluşturduğu genel popülasyon için ilaca devam etme analizi yapılmış ve tedaviyi bırakma, olay olarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışma döneminde 5.900 hasta bir JAKi kullanmaya başlamış ve bu analize dahil edilmiştir (BARI n=1,875, TOF n=3,662, UPA n=1,814). Genel popülasyonda medyan tedaviye devam etme süresinin, yeterli takibin olduğu durumlarda BARI, TOF ve UPA için benzer olduğu ve birinci basamak tedavide JAKi başlanan hastalarda en uzun, ikinci basamak ve üçüncü basamak tedavi olarak JAKi alan hastalarda ise daha kısa olduğu görülmüştür (Tablo 1). JAKi'den JAKi'ye geçiş tüm tedavi basamaklarında gözlenmiş, ancak birinci basamak TOF ve UPA'dan geçiş yapan hastaların alternatif bir JAKi'ye kıyasla bir TNFi'ye geçme olasılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Daha ileri tedavi basamaklarında JAKi'den TNFi'ye geçiş daha düşük sıklıkta gözlenmiş ve diğer etki mekanizmalarına sahip bDMARD'ların daha yaygın kullanıldığı anlaşılmıştır. Birinci basamaktan geçiş zamanında, BARI ve TOF ile tedavi edilen hastaların sırasıyla %35,6 ve %37,6'sına kıyasla UPA kullananların %22,8'inin tedaviyi monoterapi şeklinde almakta olduğu kaydedilmiştir. Tüm ajanlar genelinde, ikinci ve üçüncü basamakta monoterapi kullanımının arttığı görülmüştür. "Etkisizlik" geçişin en yaygın nedeni olarak kaydedilirken, JAKi kullanmaya başlayan hastaların küçük bir bölümünde tedavinin kesilmesine yol açan advers reaksiyon geliştiği saptanmıştır. Takip süresinin sınırlı olması nedeniyle UPA ile ilgili bulguların dikkatli bir şekilde yorumlanması gerekmektedir.

Sonuç: Avustralya'da gerçek yaşam koşullarındaki klinik uygulamada, medyan tedaviye devam etme süresinin tedavi grupları genelinde benzer olduğu ve JAKi'den JAKi'ye geçişin sıklıkla gerçekleştiği gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, JAK inhibitörleri, gerçek yaşam koşullarında kullanım, geçiş paternleri

Tablo 1. Birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak tedavi olarak JAKi'ye devam etme durumu

| | Birinci basamak JAKi | | | İkinci basamak JAKi | | | Üçüncü basamak JAKi | | |
|--------------------------------------|------------------------|-------------------------|---------------------|-----------------------|-------------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------|
| | BARI n=545 | TOF n=1408 | UPA n=459 | BARI n=481 | TOF n=997 | UPA n=517 | BARI n=849 | TOF n=1257 | UPA n=838 |
| Medyan sağkalım, ay (%95 GA) | 33.6 (25.7, NR) | 34.9 (30.9, 40.7) | NR | 24.8 (20.1, NR) | 21.4 (18.2, 24.8) | NR (16.1, NR) | 20.5 (17.5, 21.8) | 21.1 (18.5, 24.4) | 18.8 (18.8, NR) |
| 25. yüzdelerik dilim, ay (%95 GA) | 10.1 (9.2, 14.1) | 9.2 (8.2, 10.5) | NR (12.9, NR) | 8.1 (6.6, 9.6) | 6.9 (5.5, 8) | 8.8 (6.7, NR) | 5.7 (4.9, 6.9) | 6.6 (5.6, 7.9) | 7 (6, 9) |

NR, ulaşılmamıştır.

Tablo 2. JAKi'den geçiş yapan hastalarda geçiş paternleri, geçişe kadar geçen süre, monoterapi veya kombinasyon tedavisi kullanımı ve geçiş nedeni

| | Birinci basamak JAKi | | | İkinci basamak JAKi | | | Üçüncü basamak JAKi | | | |
|--|-------------------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|---------------|
| | BARI | TOF | UPA | BARI | TOF | UPA | BARI | TOF | UPA | |
| N | 545 | 1,408 | 459 | 481 | 997 | 517 | 849 | 1,257 | 838 | |
| Takip süresi (yıl), medyan [IQR] | 2.3 [1.7- 2.7] | 4.0 [2.9- 5.1] | 0.9 [0.7- 1.1] | 2.2 [1.7- 2.8] | 4.2 [2.8- 5.1] | 0.8 [0.7- 1.1] | 2.4 [1.9- 2.8] | 4.2 [3.0- 5.3] | 1.0 [0.7- 1.2] | |
| Tedavide kalan hastalar ^a , n; % | 371; %68.1 | 783; %55.6 | 402; %87.6 | 295; %61.3 | 454; %45.5 | 432; %83.6 | 461; %54.3 | 550; %43.8 | 669; %79.8 | |
| Geçiş yapan hastalar, n; % | 174; %31.9 | 625; %44.4 | 57; %12.4 | 186; %38.7 | 543; %54.5 | 85; %16.4 | 388; %45.7 | 707; %56.2 | 169; %20.2 | |
| Geçilen ilaç sınıfı ^b , n; % | JAKi | 76; %43.7 | 191; %30.6 | 9; %15.8 | 61; %32.8 | 162; %29.8 | 20; %23.5 | 152; %39.2 | 264; %37.3 | 44; %26.0 |
| | TNFi | 78; %44.8 | 315; %50.4 | 40; %70.2 | 70; %37.6 | 221; %40.7 | 33; %38.8 | 110; %28.4 | 221; %31.3 | 72; %42.6 |
| | Diğer | 20; %11.5 | 119; %19.0 | 8; %14.0 | 55; %29.6 | 160; %29.5 | 32; %37.6 | 126; %32.5 | 222; %31.4 | 53; %31.4 |
| | bDMARD'lar | | | | | | | | | |
| Geçişe kadar geçen süre, ay; medyan [IQR] | 8.4 [3.8- 15.8] | 9.5 [4.3- 21.0] | 3.7 [2.8- 5.1] | 7.1 [3.7- 12.9] | 8.7 [3.9- 18.4] | 4 [3.2- 5.8] | 6.6 [3.7- 15.1] | 9.2 [4.1- 21.2] | 3.7 [3- 5.4] | |
| Geçiş zamanında kullanılan csDMARD'lar ^c , n; % | Monoterapi | 62; %35.6 | 235; %37.6 | 13; %22.8 | 95; %51.1 | 235; %43.3 | 43; %50.6 | 174; %44.8 | 315; %44.6 | 101; %59.8 |
| | Kombinasyon tedavisi | 112; %64.4 | 390; %62.4 | 44; %77.2 | 91; %48.9 | 308; %66.7 | 42; %49.4 | 214; %55.2 | 392; %55.4 | 68; %40.2 |
| Geçiş nedeni ^d , n; % | Etkisizlik | 53; %9.7 | 139; %9.9 | 16; %3.5 | 58; %12.1 | 154; %15.4 | 22; %4.3 | 107; %12.6 | 197; %15.7 | 39; %4.7 |
| | Daha iyi bir alternatif | 18; %3.3 | 93; %6.6 | 3; %0.7 | 31; %6.4 | 98; %9.8 | 9; %1.7 | 69; %8.1 | 122; %9.7 | 9; %1.1 |
| | Advers reaksiyon | 18; %3.3 | 64; %4.5 | 12; %2.6 | 30; %6.2 | 52; %5.2 | 16; %3.1 | 56; %6.6 | 84; %6.7 | 38; %4.5 |
| | Kontrendikasyon | 2; %0.4 | 6; %0.4 | 0; %0 | 1; %0.2 | 4; %0.4 | 1; %0.2 | 3; %0.4 | 3; %0.2 | 0; %0 |
| | Hastanın tedaviye uyum göstermemesi | 2; %0.4 | 4; %0.3 | 0; %0 | 2; %0.4 | 5; %0.5 | 1; %0.2 | 2; %0.2 | 8; %0.6 | 0; %0 |

^aJAKi kullanmakta olan, sonraki bir b/tsDMARD'a başlamayan veya takibi sürdürülemeyen hastalar dahil.

^bPayda, ilgili JAKi'den geçiş yapan toplam hasta sayısıdır.

^cKortikosteroidlerden bağımsız olarak geçiş zamanında en az bir csDMARD (metotreksat, leflunomid, hidroksiklorokin, sülfasalazin, siklosporin) ile JAKi olarak tanımlanmıştır.

^dPayda, ilgili JAKi'ye başlayan toplam hasta sayısıdır.

Romatoid artritli hastalarda BT ile kanıtlanmış pulmoner romatoid nodül progresyonunda ACPA pozitifliği en önemli risk faktörüdür

Gül Sandal Uzun¹, Yasin Sarıkaya², Sevtap Arslan², Mustafa Ekici¹, Emine Büşra Ata³, Emre Bilgin¹, Levent Kılıç¹, Sedat Kiraz¹, Ali İhsan Ertenli¹, 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: Romatoid artrit (RA) önemli bir extraartiküler tutulum olan romatoid pulmoner nodül (RPN) sıklığı %1 ile 32 arasında değişkenlik göstermektedir. Erkek cinsiyet, sigara içme ve seropozitivite nodül gelişimi ile ilişkili olmasına rağmen, RPN boyutunun değişimini etkileyen faktörlerle ilgili literatür, esas olarak RA'ya özgü tedavilere odaklanmıştır. Bu çalışmada RA hastalarında RPN'nin özelliklerini ve nodül progresyonu ile ilişkili faktörleri belirlemek amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya Ocak 2010 ile Eylül 2018 arasında en az bir toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) olan RA hastaları dahil edilmiştir. Yaş, cinsiyet, hastalık süresi, nodül saptanma yaşı, sigara içimi, romatoid faktör ve anti-CCP değeri, RA özgün tedaviler ve mortalite durumu kaydedilmiştir. RPN; takipte boyutları değişen, en az iki farklı boyutta nodül veya nodülde kavitasyon olarak tanımlanmıştır. RPN'deki değişimler için bu şekilde tanımlama yapılmıştır. Nodülde progresyon; takipte yeni nodüllerin ortaya çıkması veya nodüllerin çapındaki artış, nodülün stabil olması; takipte yeni nodüllerin oluşmaması ve nodüllerin boyutunda hiçbir artışın olmaması ve nodülde regresyon; en az bir nodülün çapındaki azalması idi. Ayrıca dominant nodülün yerleşim yeri ve çapı kaydedilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 204 [136 (%66,7) kadın] hasta dahil edildi. RA tanısı doğrulanan ve en az bir BT çekilen hastaların RPN sıklığı %33,5 idi, medyan hastalık süresi 12,9 (0,05-61,2) yıldır. Yüz otuz üç (65,1) hastanın en az iki BT'si mevcuttu. Yirmi bir (%10,2) hastanın RA tanısı öncesi [taniye kadar geçen süre medyan 10,4 (0,46-254) ay] herhangi bir sebeple çekilen ilk BT'sinde pulmoner nodül saptandı. Seropozitif hastalarda medyan nodül sayısı ve dominant nodülün medyan çapı daha yüksekti ve kavitasyon daha yaygındı (Tablo 1). Progresyonu olan hastalarda ACPA pozitifliği regresyon ve stabil nodülü olanlara göre daha yüksekti [%86,6'ya karşı %65,2 (p=0,06) ve %57,1 (p=0,007)]. Çok değişkenli analizde ACPA pozitifliği bağımsız olarak progresyon ile ilişkiliydi [odds ratio: 3,69 (%95 güven aralığı 1,33-12,4), p=0,03]. Tüm hastaların %37'si bir bDMARD kullanmıştı (seropozitifte %43, negatifte %18, p=0,001), B/ts-DMARD kullanımı, özellikle anti-TNF kullanımı, nodül progresyonunu etkilemedi (Tablo 2).

Sonuç: Seropozitif RA hastalarında nodül sayısı, çapı daha yüksek ve kavitasyon daha sıkı. Romatoid nodüllerin progresyonunda en önemli belirteç ACPA pozitifliği idi. RA, akciğer tutulumu ve ACPA pozitifliğine vurgu yapıyor olabilir. bDMARD tedavilerinin nodül boyutlarında değişime etkisi gösterilemedi. Önemli olarak hastaların %10'unda nodüller RA tanısından ortalama 1 yıl

önce saptanmıştır bu nedenle akciğer nodülleri olan hastalar RA açısından takip edilmesi uygun olabilir.

Anahtar Kelimeler: ACPA pozitifliği, pulmoner nodül, progresyon, romatoid artrit

PS-059

Radyografik olmayan axSpA'da kalça tutulumunu predikte eden faktörler olabilir mi?

Esra Erpek Karaova, Elif Ediboğlu, İdil Kurut Aysin, Eda Otman Akat, Haluk Cinaklı, Gülay Alp, Ayten Özkan, Hasan Kocaayan, Özge Yoğurtçu, Halil İbrahim Yiğit Atlı, Sercan Gücenmez, Dilek Solmaz, Servet Akar

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

Amaç: AS veya r-axSpA hastalarında kalça tutulumunu predikte ettiren faktörler göreceli olarak iyi bilinmektedir. Bu nedenle çalışmamızda radyografik olmayan aksiyal spondiloartrit (nr-axSpA) hastalarında kalça tutulumunu predikte ettiren faktörlerin saptanması amaçlandı.

Yöntem: "Assessment of Spondyloarthritis International Society" kriterlerine göre nr-axSpA olarak sınıflandırılan 367 hasta çalışmaya dahil edildi. Radyolojik kalça tutulumunu tanımlamada Bath Ankilozan Spondilit Radiology Index (BASRI) kalça indeksi kullanıldı. İki ve üzerindeki skorlar kalça tutulumu olarak tanımlandı. Üç yüz atmış yedi hastaya ait 764 grafi tek okuyucu tarafından kalça tutulumu açısından değerlendirildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, bazal laboratuvar tetkikleri ve bazal hastalık aktivite, fonksiyon ve yaşam kalitesi ölçekleri, tedavi durumları kaydedildi. Kalça tutulumu üzerinde etkili olabilecek faktörler lojistik regresyon yöntemi ile test edildi.

Bulgular: Ortanca izlem süresi üç (çeyrekler arası aralık beş) yıl idi. On iki (%3,3) hastada bazalde, üç (%0,8) hastada izlemde radyolojik kalça tutulumu saptandı. Toplamda dört (%1,1) hastada izlemde BASRI skorunda progresyon olduğu görüldü. Kalça tutulumu olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında semptom süresi, tanıdan itibaren geçen süre, eğitim yılı <8 yıl olan hastaların oranı, bazal eritrosit sedimentasyon hızı ve bazal C-reaktif protein (CRP) seviyesi, spinal kısıtlılığı gösteren Bath Ankilozan Spondilit Metroloji İndeksi (BASMI) skoru kalça tutulumu olan grupta anlamlı olarak yüksekti (p<0,05) (Tablo 1). Semptom süresi, BASMI değeri, eğitim süresinin <8 yıl olması ve CRP değeri çok değişkenli lojistik regresyon modeli ile incelendiğinde BASMI skoru yüksekliğinin kalça tutulumunda etkili bağımsız değişken olduğu görüldü.

Sonuç: Radyografik olmayan axSpA'lı hastalarda mobilite kısıtlılığını gösteren BASMI skorunun yüksek olması kalça tutulumu konusunda uyarıcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: axSpA, kalça tutulumu, BASRI

Tablo 1. Sjögren sendromu olan hastalarda Ga-68 PSMA PET/BT parametreleri (mean ± SD)

| | PSMA SUVmax | PSMA SUVmean | PSMAvolume |
|--------|-------------|--------------|------------|
| Sağ PG | 7,2±3,6 | 4,3±2,2 | 19,4±7,3 |
| Sol PG | 7,2±3,9 | 4,4±2,5 | 17,9±5,9 |
| Sağ SG | 6,3±4,3 | 3,8±2,6 | 4,3±2,5 |
| Sol SG | 5,8±4,1 | 3,6±2,5 | 4,1±2,7 |

PG:Parotis gland SG:Submandibuler gland

Tablo 2. 68 Ga-68 PSMA PET/BT parametreleri ile USG verilerinin karşılaştırılması

| | Omeract Skoru | |
|-------------------|---------------|--------|
| | r | p |
| Sağ PG SUVmax | -0,60 | 0,003 |
| Sağ PG SUVmean | -0,65 | <0,001 |
| Sağ PG PSMAvolume | -0,26 | 0,023 |
| Sol PG SUVmax | -0,52 | 0,02 |
| Sol PG SUVmean | -0,54 | 0,009 |
| Sol PG PSMAvolume | -0,056 | 0,80 |
| Sağ SG SUVmax | -0,38 | 0,085 |
| Sağ SG SUVmean | -0,39 | 0,075 |
| Sağ SG PSMAvolume | -0,407 | 0,067 |
| Sol SG SUVmax | -0,43 | 0,049 |
| Sol SG SUVmean | -0,48 | 0,026 |
| Sol SG PSMAvolume | -0,495 | 0,022 |

PG:Parotis gland SG:Submandibuler gland

PS-061

Skleroderma hastalarında sigara kullanımı dijital ülser gelişimini etkiliyor olabilir

Eda Otman¹, Dilek Solmaz², Sercan Gücenmez², Servet Akar², Mustafa Özmen²

¹Manisa Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

²İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Sigaranın genel popülasyonda vasküler hastalıklarla ilişkili olduğu bilinmektedir. Ancak sklerodermanın (SSc) vasküler prezentasyonlarından biri olan dijital ülser (DÜ) gelişiminde sigaranın etkisi ile ilgili çelişkili sonuçlar mevcuttur. Bu amaçla, bu çalışmada sigaranın DÜ gelişimi ile ilişkisini incelemeyi planladık.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmada, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma hastanesinde takipli, ACR/EULAR SSc 2013 kriterlerini karşılayan hastalar 2020-2021 tarihlerinde çalışmaya dahil edildi. Toplam 86 hastanın -18 yaşın üstünde-cinsiyet, yaş, kilo, boy, ilk semptom ve tanı tarihi, sigara içme

durumu, modifiye Rodnan deri skoru, Raynaud fenomeni, DÜ öyküsü, artralji veya artrit, telenjektazi, gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH), disfaji, pulmoner hipertansiyon (PH), interstisyel akciğer hastalığı, tıbbi tedavi öyküleri kaydedildi. Hastalar sigara öyküsüne göre, hiç içmemiş (non-smoker), daha önce içmiş (ex-smoker) ve içmeye devam ediyor (current smoker) olarak gruplandırıldı. Ayrıca alt analizler için herhangi bir zamanda içmiş (ever smoker) veya hiç içmemiş (never smoker) olarak gruplandırıldı. Ekokardiyografide sPAP ≥40 olması PH olarak kabul edildi. Bir hasta hariç tüm hastalarda sağ kalp kateterizasyonu ile PH teyit edilmişti. İstatistik analiz için SPSS (26.0 versiyonu) programı kullanıldı. DÜ olan ve olmayan grupları karşılaştırmak için tek değişkenli lojistik regresyon analizi yapıldı.

Bulgular: Seksen altı SSc hastasının [kadın 80 (%93), ortalama yaş 51,2 (14,7) yıl, ortalama hastalık süresi 8,1 (6,4) yıl], 32'si (%37) herhangi bir zamanda DÜ geçirmişti. Bunlardan 14'ünün (%43) çalışmaya alındığı sırada DÜ'sü vardı. Herhangi bir zamanda sigara içen hastalarda anlamlı olarak daha fazla DÜ öyküsü vardı [3,449 (1,321-9,004), p<0,05]. DÜ öyküsü olan bireylerde GÖRH'nin daha sık olduğu gözlemlendi [2,552 (1,018-6,398), p<0,05]. Ayrıca DÜ öyküsü olan hastalarda ölüm oranı daha yüksekti [6.000 (1.132-31.813), p<0,05] (Tablo 1). DeSSc, lcSSc ve tüm SSc hastalarının sırasıyla %43,3, %33,9 ve %37,2'sinde DÜ öyküsü vardı. DeSSc hastalarının lcSSc hastalarına göre herhangi bir zamanda daha fazla DÜ öyküsü vardı, ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,484) (Figür 1). Toplamda 26 (%30,2) hastanın herhangi bir zamanda sigara içme öyküsü vardı. Yirmi altı hastanın 10'u (%38,4) çalışmaya alındığı sırada sigara içmeye devam ediyordu. Ex-smoker'larda DÜ öyküsü non-smoker'lara göre istatistiksel anlamlı olarak daha fazlayken (p=0,018), current smoker ile non-smokerlar arasında anlamlı fark yoktu (p=0,268) (Figür 2). Bunun da maruz kalınan kümülatif sigara miktarı ile ilişkili olabileceği düşünüldü. Current smokerlarda >20 paket/yıl sigara öyküsünün belirgin olarak daha düşük olduğu görüldü (current smoker %11,1 vs. ex-smoker %50). Herhangi bir zamanda DÜ öyküsü olan ve hiç DÜ öyküsü olmayan hastalarda Duruoz El indeksi, HAQ-DI açısından anlamlı fark yoktu. DÜ öyküsü olan hastaların SHAQ-DÜ VAS skorları daha kötüydü (Tablo 2).

Sonuç: SSc'nin vasküler komplikasyonları üzerine sigaranın etkisi ile ilgili çelişkili sonuçlar vardır. Bunun nedeni de çoğunlukla çalışmaların dizaynı ve heterojenitesi ile ilişkilidir. Bizim çalışmamız da sigaranın DÜ'sü gelişen SSc hastalarında risk faktörlerinden biri olabileceği yönündedir. Bu nedenle gelecekte bu alanda daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Skleroderma, dijital ülser, sigara, smoker

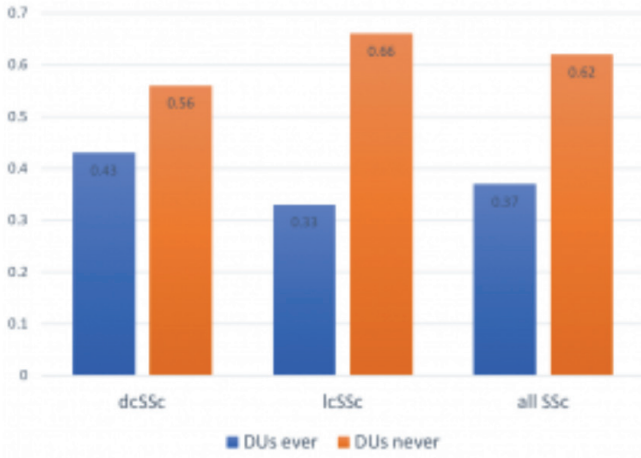


Figure 1. Skleroderma alt tiplerine göre dijital ülser öyküsü olan hastalar deSSc: Diffüz kutanöz sistemik sklerozis, lcSSc: Limitli kutanöz sistemik sklerozis, DU: Dijital ülser

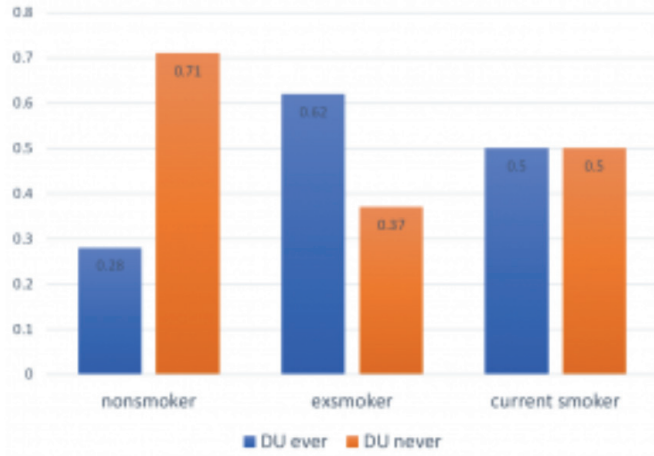


Figure 2. Skleroderma hastalarında sigara içme öyküsüne göre dijital ülser durumunun karşılaştırılması
DU: Dijital ülser

PS-062

Enflamatuvar bel ağrısı kriterlerinin spondiliartrit için performansı

Hasan Kocaayan, Ayten Özkan, Özge Yoğurtçu, Halil İbrahim Yiğit Atlı, Esra Erpek, İdil Kurut Aysin, Elif Ediboğlu, Eda Otman Akat, Gülay Alp, Haluk Cinaklı, Mustafa Özmen, Dilek Solmaz, Servet Akar

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İzmir Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, İzmir

Amaç: Bel ağrısı nedeni ile değerlendirilen hastalar içerisinde AxSpA olarak sınıflandırılabilen ve sınıflandırılmayanlarda enflamatuvar bel ağrısı (İBA) kriterleri olmak üzere klinik ve demografik özelliklerin karşılaştırılması.

Yöntem: Tek merkezde bel ağrısı nedeniyle spondiloartrit şüphesi ile refere edilmiş 706 hasta bu analize dahil edildi. Hastaların

568'i ASAS kriterlerine göre AxSpA (%37,9 kadın; ortalama yaş: 39,97±11,56) olarak sınıflandırıldı ve 138'i klinisyen tarafından non-SpA (%72,5 kadın; ortalama yaş: 36,64±10,24) olarak değerlendirildi. Demografik ve klinik özellikler standart bir form aracılığı ile toplandı. İBA sınıflamasında; Calin, Berlin ve ASAS kriterleri kullanıldı. BASDAI inaktif/aktif değerlendirilmesi için 4 kestirim değeri olarak kullanılırken ASDAS-CRP için ise 2,1 değeri kabul edildi.

Bulgular: AxSpA grubunda hastaların %57,7 sinde HLA-B27 pozitif saptandı. Non-SpA grubunda semtom süresi daha kısa olarak değerlendirildi. Periferik artrit, kalça artrit ve üveit varlığı AxSpA grubunda anlamlı düzeyde daha fazla bulundu. Serum CRP değeri yanında ASDAS-CRP skorları AxSpA'da daha yüksek saptanırken BASDAI skorlarının non-SpA da daha yüksek olduğu gözlemlendi (Tablo 1). Calin, Berlin, ASAS kriter setlerinin AxSpA da ki sensitivite sırası ile %90,3, %77,0, ve %82,6 olarak bulundu. Non-SpA içerisinde önemli bir hasta grubunun farklı kriter setlerine göre İBA (%79,7-62,3) olarak sınıflanabildiği görüldü. Calin kriter setinde sabah katılığı ve egzersizle düzelme axSpA grubunda anlamlı farklı idi. Calin kriter setinde sinsi başlangıç AxSpA grubunda anlamlı yüksek olmasına karşın ASAS kriter setinde anlamlılığa ulaşmadı. Ayrıca İBA için Berlin kriterlerinin tüm bileşenleri gruplar arasında anlamlı farklılık göstermekteydi (Tablo 2).

Sonuç: Bel ağrısı ile gelen ve SpA ön tanısı ile değerlendirilen bu grupta non-SpA kabul edilen hastalar daha genç, semptom süresi daha kısa ve daha fazla kadın cinsiyeti içermektedir. Non-SpA olarak değerlendirilen hastaların önemli bir kısmında değişen kriterlere göre İBA bulunabilmektedir. Spesifite ve tanılabilirliği ileri görüntüleme yöntemlerinin kısıtlılıkları da göz önünde bulundurulduğunda axSpA tanısında veya ileri tanılabilirlik için planlanmasında İBA dışı klinik özelliklerin de göz önünde bulundurulması uygun olacaktır. Calin, Berlin, ASAS kriter setlerinin AxSpA da ki sensitivite sırası ile %20,3, %39,1, ve %34,6 olarak bulundu. AxSpA da kriter setlerinin performansı Tablo 3'te verilmiştir. Ek olarak AxSpA grubundan SpA ilişkili diğer özelliklerdeki farklılıklar ile de ayrılmaktadır. İBA özelliklerine bakıldığında ise non-SpA olarak değerlendirilen grupta ilk basamakta bel ağrısının değerlendirilmesinde Calin kriterleri yönlendirici olmakla birlikte ayırıcı özellik açısından Berlin kriterleri ön plana geçmektedir.

Anahtar Kelimeler: AxSpA, enflamatuvar bel ağrısı (İBA), ASAS, BASDAI

Psoriatik artritte cinsiyet dağılımı: Sistemik literatür taraması

Büşra Fırlatan, Gözde Sevgi Kart Bayram, Gizem Ayan, Umur Kalyoncu

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

Giriş: Psoriatik artrit (PsA) prevalansı kadın ve erkek hastalarda eşit kabul edilmekle birlikte, PsA kohortlarında yapılan son araştırmalarda cinsiyet dağılımında kadınların daha baskın olduğu ve kadın-erkek oranının 1,2 ile 2 arasında değiştiği gözlemlenmiştir. Ancak bunun hastalığın epidemiyolojisindeki bir değişiklik ile ilgili olup olmadığı konusu henüz netleşmemiştir. Bu araştırmada, son zamanlarda yapılan PsA çalışmalarında kadın-erkek oranlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

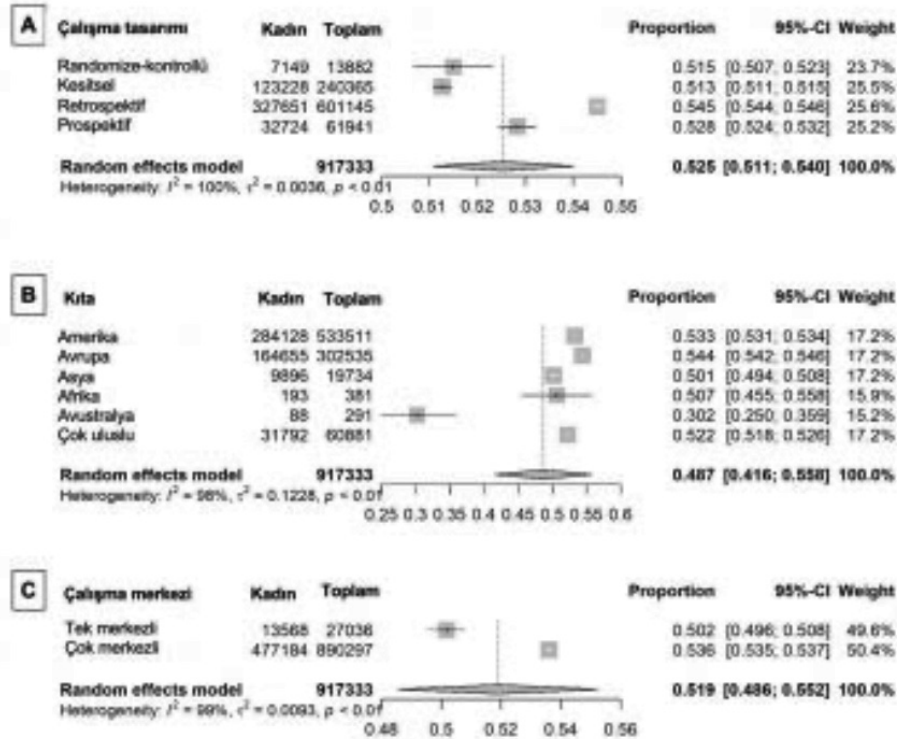
Yöntem: Pubmed veri tabanı kullanılarak, Ocak 2020'den Eylül 2022'ye kadar yayınlanan yayınlar, "psoriatik artrit" anahtar kelimeleri ve MeSH terimleri kullanılarak tarandı. Yirmiden fazla hastayı içeren, erkek ve kadın sayısını belirten, randomize kontrollü, kesitsel, prospektif ve retrospektif kohort çalışmalarından yayın dili İngilizce olanlar araştırmaya dahil edildi. Çalışma seçimi ve veri toplama işlemi iki bağımsız araştırmacı tarafından gerçekleştirildi. Kadın ve erkek hasta sayısı, çalışma tasarımı, çalışma merkezi ve PsA klinik fenotipleri kaydedildi. Oranların meta-analizi, R yazılımındaki "Meta" paketi kullanılarak yapıldı ve %95 güven

aralığına sahip havuzlanmış oran logit dönüşümü kullanılarak hesaplandı. Çalışmalar arasında heterojenlik beklendiğinden, rastgele etkiler modeliyle ters varyans kullanıldı. Heterojenlik, I^2 istatistiği kullanılarak değerlendirildi. Yüksek, orta ve düşük heterojenite sırasıyla %75, %50 ve %25 I^2 değerleri olarak tanımlandı. Eşit dağılım için Forest grafiği referans noktası 0,50 olarak alındı.

Bulgular: Taranan 2.800 çalışmadan 1.469 tam metin değerlendirildi ve bunların 486'sı analize dahil edildi. Çalışmalar tasarımlarına göre değerlendirildiğinde kadın cinsiyetin daha baskın olduğunu gözlemlendi (Şekil 1A). Amerika, Avrupa ve çok uluslu olarak yürütülen çalışmalarda kadın katılımı daha ağırlıklı olduğu, ancak Avustralya'daki araştırmalarda ise daha büyük oranda erkek katılımcıların olduğu saptandı. Bununla birlikte, tüm kıtalar dikkate alındığında, cinsiyet dağılımında anlamlı bir fark bulunmadı (Şekil 1B). Çok merkezli çalışmalar, kadın katılımcıların daha fazla temsil edildiğini gösterse de, çalışma merkezlerinin genel analizinde kadın ve erkeklerin dağılımında önemli bir eşitsizlik gözlenmedi (Şekil 1C).

Sonuç: Çalışma tasarımına göre cinsiyet dağılımında bazı farklılıklar kaydedilmesine rağmen, hem kıtalara göre hem de tek/çok merkezli olarak kategorize edilen çalışmalarda kadınların erkeklere oranı genel olarak benzerdi. Bazı araştırmalarda gözlenen kadın cinsiyet baskınlığı, potansiyel olarak seçim yanlılığına veya tıbbi bakıma daha yüksek erişilebilirlik seviyelerine bağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Psoriatik artrit, cinsiyet, kadın, erkek, sistemik literatür taraması



Şekil 1. Çalışma tasarımı, kıtalar ve çalışma merkezine göre kategorize edilen cinsiyet dağılımı için Forest grafiği

Erişkin başlangıçlı Still hastalığında mevsimsel dağılım ve hastalığın seyri ile mevsimler arasındaki ilişki

Reşit Yıldırım, Mustafa Dinler, Burcu Ceren Uludoğan,
Nazife Şule Yaşar Bilge, Timuçin Kaşifoğlu

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

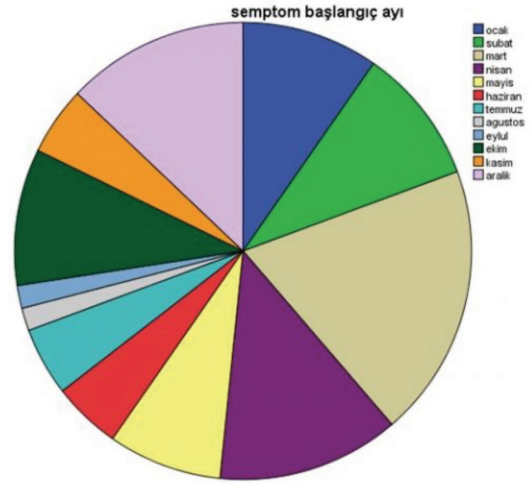
Amaç: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı, tekrarlayan yüksek ateş, döküntü, eklem tutulumu ve hiperenflamasyon ile karakterize otoimmün bir hastalıktır. Hastalığın patogenezi tam olarak bilinmemekle beraber monofazik, polifazik veya kronik persistan seyir gösterdiği klinik çalışmalarla gösterilmiştir. Çalışmamızda erişkin başlangıçlı Still hastalığının mevsimsel dağılımına ve bu dağılımın hastalığın seyri olan ilişkisini inceledik.

Yöntem: Bu çalışmaya Yamaguchi kriterlerini karşılayan, ilk tanısı ve takipleri kliniğimizde yapılan toplam 62 erişkin başlangıçlı Still hastalığı tanılı hasta alındı. Hastaların ilk tanıya kadar olan süredeki semptomları, semptomların başladığı mevsim ve ay, demografik verileri, laboratuvar parametreleri, takip ziyaretlerindeki klinik seyirleri kaydedildi. Hastaların semptomlarının başladığı ay ve mevsim dağılımı ile klinik seyir arasındaki ilişki incelendi.

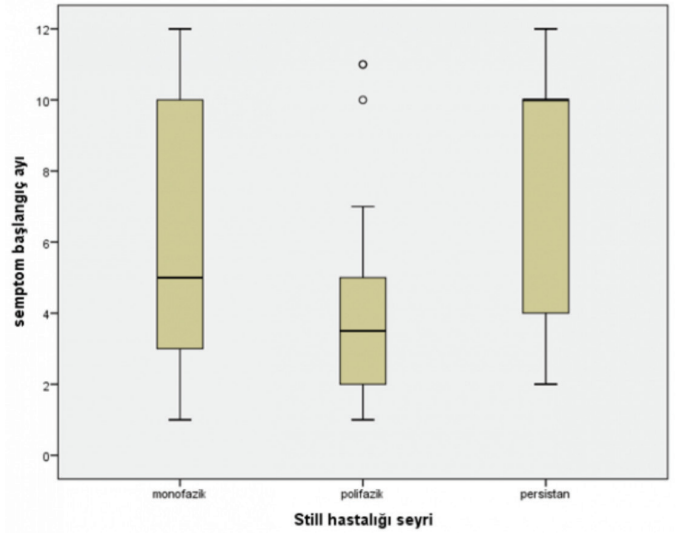
Bulgular: Hastaların %80,6'sı kadın idi ve ortalama tanı yaşı $40,32 \pm 14,88$ yıl olarak hesaplandı. Ateş (%98,4), döküntü (%77,4), artrit (%67,7) ve boğaz ağrısı (%54,4) en sık görülen bulgular iken, lenfadenopati (%24,2), splenomegali (%14,5), hepatomegali (%10) ve serözit (%6,5) diğer klinik bulgular idi. Hastaların 35'i monofazik, 18'i polifazik ve 5'i kronik persistan seyir göstermekteydi. Toplam takip süresi $53,5 \pm 57,15$ ay olarak bulundu. Altı hastada makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) gelişmişti ve bu hastaların 2'si multiorgan yetmezlik nedeniyle kaybedildi. Semptomların başlangıcı anında ay dağılımına bakıldığında en sık mart (%19,4), nisan ve aralık (%12,9) iken, ağustos ve eylül aylarında Still başlangıcı çok nadir saptanmıştır (%1,6) (Şekil 1). Tüm başvurular içerisinde Still hastalığının en sık ilkbahar ayında (%40,3) en az yaz ayında ortaya çıktığı gözlemlendi (%11). Hastalığın mevsimsel dağılımı ile klinik seyri arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı (Şekil 2) ($p=0,635$). MAS gelişiminin Mart (2), Mayıs (2) ve Aralık (2) aylarında olduğu görüldü.

Sonuç: Erişkin başlangıçlı Still hastalığında tetikleyici faktörler tam olarak bilinmemektedir. Gözlemsel çalışmalarda enfeksiyöz, ilaç gibi nedenlerin hastalığı tetiklediği yönünde veriler bulunmaktadır. Çalışmamızın sonuçları hastalığın başlangıcında mevsimsel bir dağılım olduğunu göstermesi açısından değerlidir. Ek olarak makrofaj aktivasyonu sendromu gelişimi açısından da mevsimsel farklılıklar olduğunu gözlemledik.

Anahtar Kelimeler: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı, mevsimsel dağılım, klinik seyir



Şekil 1. Erişkin başlangıçlı Still hastalığında semptom başlangıcının aylara göre dağılımı



Şekil 2. Semptom başlangıç ayları ile Still hastalığı seyri dağılımı

Güvenlik sonlanımlı çalışmalarında artış ve bilgilendirilmiş onam sorunu

Ayşe Özdede¹, Sinem Nihal Esatoğlu¹, Hasan Yazıcı²

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

²*Academic Hospital, Romatoloji Kliniği, İstanbul*

Amaç: Randomize kontrollü çalışma (RKÇ), bir yandan çok önemli bir araştırma aracı bir yandan da ilaç ruhsatlandırması için gerekli bir belgedir. Bilgilendirilmiş onam, aynı aracın ayrılmaz bir bileşenidir. Bilgilendirilmiş onam daha önce de dile getirildiği gibi geçirgen, kamuya açık değildir. Bu geçirgenlik yalnızca kamuoyunun güvenini sağlamak açısından değil, aynı zamanda bilimsel araştırmanın vazgeçilmez bir ögesi olan organize kuşkuculuk açısından da önemlidir. Yine aynı geçirgenlik, güvenlik sonlanımlı araştırmalarda daha da önem kazanır. Güvenlik sonlanımlı araştırmaların günümüzde giderek sıklığı ve kimi örnekte çalışmanın sonuç ölçütünün inme veya ölüm kadar ciddi, geri dönüştürülemez sonuçlar olabildiği gözlemimiz vardı. Bu amaçla 4 ana genel tıp dergisinde yayımlanmış, birincil sonlanım noktaları güvenlik olan RKÇ'lerin zaman içinde sıklığını araştırdık.

Yöntem: NEJM, JAMA, LANCET ve BMJ'de 1990-1991 ile 2019-2020 arasında yayımlanan RKÇ'ler, iki bağımsız gözlemci tarafından tarandı (A.Ö., S.N.E.). Faz 1-2 RKÇ'ler, RKÇ'lerin post-hoc analizleri ve çalışma sonrası izlenim verilerini bildiren RKÇ'lerle, COVID-19 enfeksiyonuyla ilgili 19 RKÇ çalışma dışı tutuldu. Birincil sonlanım noktası tartışmasız etkinlik olan RKÇ'ler "A"; birincil sonlanım noktası tartışmasız zarar olan çalışmalar "B"; gözlemciler arasında sonlanım noktasının ne olduğu açısından uyum sağlanamayan çalışmalar "C" olarak nitelendirildi. Gözlemciler arası tutarsızlıklar HY ile tartışıldıktan sonra çözülmeye çalışıldı ve yine tam bir uyum sağlanamadığında çalışma "A dışı" olarak nitelendi. Zaman içinde değişimi 1990-1991'de yayımlanan RKÇ'leri 2019-2020'de yayımlananlarla kıyaslayarak irdeledik. Çalışmamızda RKÇ'lerin bazı diğer göze çarpan özelliklerine de bakmakla beraber bu bildiriye, yalnız, incelenen çalışmanın yoğun bakım ünitesinde yapılıp yapılmadığını belirtiyoruz.

Bulgular: 1990-1991'de 309 RKÇ ve 2019-2020'de 600 RKÇ yayımlanmıştı. Tabloda görüldüğü üzere 30 yıl arayla güvenlik sonlanımlı çalışmaların sayısında ciddi bir artış vardı. Üstüne üstlük, bilgilendirilmiş onam almanın etik açısından sıklıkla sorunlu olabildiği bir ortam olan yoğun bakım araştırmalarının sayısında da önemli ölçüde bir artış vardır.

Sonuç: Güvenlik sonlanımlı çalışmaların sayısında ciddi bir artış vardır. Tüm RKÇ'lerin, özellikle de güvenlik sonlanımlı çalışmalarla ilgili olanların, bilgilendirilmiş onamlarının kamuya açık olması gerektiğini yeniden vurguluyoruz. Böyle bir girişimin, a. bilimsel araştırma için gerekli kamu güvenini almaya devam edebilmek ve b. bilimsel araştırmanın vazgeçilmez ögesi olan organize kuşkuculuğa meslektaşlarımızın ilgisini çekmek açısından gerekli olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Bilgilendirilmiş onam, güvenlik, randomize kontrollü

Herhangi bir nedenle toraks bilgisayarlı tomografi yapılan ankilozan spondilit hastalarındaki manubriosternal eklem değişikliklerinin ortaya konulması ve sağlıklı popülasyon ile karşılaştırılması

Yeşim Erez¹, Özkan Urak², Abdullah Taylan³, Erkan Yılmaz³, Fatoş Önen², İsmail Sarı²

¹*Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir*

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

³*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir*

Amaç: Ankilozan spondilit'te (AS) entezis sıklığı %30-40 olarak bildirilmiştir. Göğüs kafesi bölgesindeki eklemlerin ve entezis noktalarının da etkilendiği, tüm hastalık süresince hastaların %30-60'ının ön göğüs ağrısı tariflediği bilinmekle birlikte literatür verisi kısıtlıdır. Sağlıklı popülasyonda da özellikle yaşa bağlı göğüs kafesi yapılarında dejeneratif değişiklikler gelişebilmektedir. Bu çalışmada, AS hastalarında manubriosternal eklem değişiklikleri sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılarak incelenmiştir.

Yöntem: Modifiye New York kriterlerine göre AS tanısı ile merkezimizde izlenen, 2013-2023 yılları arasında toraks bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesi yapılan hastalar çalışmaya dahil edildi. Kontrol grubu, romatoloji başvurusu ve AS tanısı olmayan, toraks BT görüntülemesi olan hastalar arasından randomizasyonla belirlendi. Toraks BT'deki sagittal ve koronal reformat görüntüleri (kemik penceresinde), radyolog tarafından değerlendirildi. Değerlendirmede radyolojik değişiklikler:

0: Eklem mesefesi normal, skleroz ve erozyon yok,

1: Eklem mesafesi daralmış, subkortikal skleroz, kortikal düzensizlik ve erozyon var,

2: Eklemde parsiyel veya tam füzyon olarak tanımlandı.

Bulgular: Çalışmaya 236 AS (ortalama yaş: 54,4±12, erkek: 165), 236 sağlıklı kontrol (ortalama yaş: 55,9±13,6, erkek: 165) alındı. AS hastalarının 46'sında (%19,5), kontrol grubunun 138'inde (%58,5) manubriosternal eklem olağandı. Manubriosternal eklemdeki radyolojik değişikliklerin AS'de daha sık olduğu görüldü (sırasıyla %80,5 ve %41,5, p<0,01). AS hastalarının 83'ünde (%35,2) kontrol grubunun 47'sinde (19,9) grade 1 değişiklikler saptandı (p<0,01). Grade 2 değişiklikler ise 107 (%45,3) AS hastasında görülür iken, kontrol grubunun 51'inde (%21,6) izlendi. AS hastalarında manubriosternal eklemde füzyon gelişimi kontrol grubuna göre daha sık bulundu (p<0,01).

Sonuç: AS hastalarının %80'inde manubriosternal eklemde radyolojik değişiklik olduğu ve yaklaşık yarısında füzyon geliştiği görüldü. Manubriosternal eklemdeki radyolojik değişiklikler ve füzyon AS'de sağlıklı popülasyona göre daha sık saptandı. Bu çalışmada, manubriosternal eklemde saptanan radyolojik bulguların ön planda AS tutulumuna bağlı olduğu yönünde sonuca varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Spondiloartropati, manubriosternal eklem

Romatoid artritli yaşlı bireylerde depresyon, polifarmasi ve kognitif fonksiyonların değerlendirilmesi

Berivan Bitik¹, Ayşenur Yalçıntaş Kanbur¹, Çağdaş Şahap Oygür¹, Hüseyin Doruk², Eftal Ahmet Yücel¹

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

²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, 45-59 yaş arası bireyler orta yaş, 60-74 yaş arası yaşlılık, 75-89 yaş arası ileri yaşlılık, 90 ve üstü ise ihtiyarlık kategorisine alınmıştır. Son 50 yılda toplumdaki yaşlıların oranı artmıştır. Yaşam süresinin uzaması ile birlikte romatoid artritli (RA) hasta popülasyonu da genişlemektedir. Global Burden of Disease Study 2017 çalışmasına göre, RA prevalansı, kadınlar ve erkekler arasında sırasıyla 70-74 ve 75-79 yaş gruplarında zirveye ulaşmıştır. Polifarmasi, beş veya daha fazla ilacın aynı anda kullanılması olarak tanımlanabilir. Yaşlı bireylerde polifarmasi, ilaç toksisitesi, düşme, kognitif fonksiyonlarda azalma ile ilişkilidir. Bu çalışmada RA'sı olan yaşlı bireylerin polifarmasi, depresyon ve kognitif fonksiyonlar açısından incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Ocak 2022 ile Haziran 2022 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Romatoloji polikliniğinde RA tanısı ile takip edilen, altmış yaş ve üzeri 20 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. DAS28 skoru 3,2 ve üzerinde olan, son üç ay içinde operasyon, fraktür geçiren, aktif yas sürecinde olan bireyler çalışmaya dahil edilmemiştir. Kontrol grubu hastaları, aynı hastanenin geriatri polikliniğinde, aynı tarihler arasında değerlendirilen hastalardan seçilmiştir. Hastaların demografik verileri, düzenli kullandıkları ilaçlar ve vitamin takviyeleri, hobileri, haftada kaç gün evden dışarı çıktıkları kayıt edilmiştir. Kognitif fonksiyonların değerlendirilmesi için mini-mental test, depresyon değerlendirmesi için geriatrik depresyon ölçeği, günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi için Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi kullanılmıştır.

Bulgular: Yirmi RA'lı (14 kadın) hasta ve aynı yaş grubunda 21 RA'sı (12 kadın) olmayan birey depresyon açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 1). Hastaların 17'si geç başlangıçlı RA, üçü ise 60 yaş öncesinde RA tanısı almışlardı. Kullanılan ortanca (min-maks) ilaç sayısı RA grubunda 7 (5-17), kontrol grubunda ise 4 (1-19) idi (p=0,002). Geriatrik depresyon skoru RA grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek idi (p=0,003). Kullanılan ilaç sayısı ile depresyon skorları arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı. Her iki grupta kognitif fonksiyonlar açısından bir fark saptanmadı. Hastaların eşlik eden komorbiditeleri hipertansiyon, diyabetes mellitus, koroner arter hastalığı ve hipotiroidi idi. Hastaların hepsi desteksiz mobilize oluyordu. RA'lı sadece üç hastanın düzenli yaptığı hobisi vardı. Bu hobiler kitap okuma, düzenli günlük yürüyüş ve resim yapma idi. Her iki grupta da hastaların ev dışına çıkma oranlarının az olduğu görüldü.

Sonuç: Yaşlı RA hastalarını romatolojik hastalıkları açısından değerlendirirken depresyon açısından da tarama yapılmalıdır. Bu

hasta grubunda polifarmasinin olumsuz etkilerini incelemek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, polifarmasi, depresyon, kognitif fonksiyon

PS-068

B-DMARD alan spondiloartrit hastalarında tedavinin erken döneminde kas ultrasonu

Merve Hafizoğlu¹, Zehra Özsoy², Zeynep Özge Öztürk³, Mustafa Ekici², Arzu Okyar Baş¹, Zeynep Şahiner¹, Didem Karaduman¹, Cafer Balcı¹, Burcu Balam Doğu¹, Mustafa Cankurtaran¹, Umut Kalyoncu², Meltem Gülhan Halil¹

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

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

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

Amaç: Spondiloartrit (SpA) hastalarında sarkopenik değişiklikler görülebilmektedir. Kas kütlelerini değerlendirmek amacıyla kas ultrasonografisi (US) kullanılabilir. Bu çalışmada b-DMARD tedavisi başlanan SpA hastalarının tedavi öncesi ve sonrasında kas US ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Yüz on SpA hastası b-DMARD tedavisi öncesi ve 3-6. ay kontrollerinde değerlendirmeye alınmıştır. Kas US ile gastrocnemius medialis (GM) kas kalınlığı, lif uzunluğu, penasyon açısı, rektus femoris (RF) kas kalınlığı, kesitsel alanı, rektus abdominis (RA), transvers abdominis (TA), internal oblik (İO) ve external oblik (EO) kas kalınlığı ölçülmüştür. Kas kuvveti; el kavrama gücü ölçüm testi ve 5 kere otur kalk testi ile; fiziksel performans ise 4 metre yürüme testi ve zamanlı kalk ve yürü testleri ile değerlendirilmiştir. SpA aktivitesini değerlendirmek amacıyla BASDAI, ASDAS-CRP, BASFI, hasta global değerlendirme VAS skorları ölçülmüş, akut faz yanıtları değerlendirilmiştir.

Bulgular: Yüz on SpA hastası çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 43,8±11,1 yıl, medyan hastalık süreleri 3,8 (1,5) yıl idi. Hastaların %91'ine anti-TNF, %9'una anti-IL17 tedavisi verildi. Atmış yedi (%60,9) hastanın medyan 3,9 (1,6) ay sonra kontrol kas kuvveti, fiziksel performans testleri ve kas US değerlendirmeleri yapıldı. Başlangıç düzeyine göre kontrolde GM kas kalınlığında (p<0,001), GM lif uzunluğunda (p=0,03), RF kas kalınlığında (p<0,001), RF kesitsel alanında (p<0,001), RA kas kalınlığında (p≤0,001) ve TA kas kalınlığında (p=0,004) anlamlı artış izlendi (Tablo 1). Aynı zamanda ASDAS-CRP skorları, hastalık aktivitesi yüksekten orta dereceye gerileyen hastalarda GM kas kalınlığı, RF kesitsel alanı ve TA kas kalınlıkları yüzde değişimleri ile ilişkilidi (sırasıyla; p=0,03, p=0,04, p=0,002) (Tablo 2).

Sonuç: B-DMARD tedavisinin SpA hastalarında kas kütlelerinde hafif-orta düzeyde düzelmeye neden olduğu görülmüştür. Kas US ile değerlendirmenin klinik pratikte faydalı olup olmayacağına dair ileride daha geniş çalışmalara ihtiyaç vardır, ancak ilk sonuçlar kas US'nin kullanılabilir bir ölçme yöntemi olduğunu düşündürmektedir. Spondiloartrit (SpA) hastalarında sarkopenik değişiklikler görülebilmektedir. Kas kütlelerini değerlendirmek

amacıyla kas ultrasonografisi (US) kullanılabilir. Bu çalışmada b-DMARD tedavisi başlanan SpA hastalarının tedavi öncesi ve sonrasında kas US ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Yüz on SpA hastası b-DMARD tedavisi öncesi ve 3-6. ay kontrollerinde değerlendirmeye alınmıştır. Kas US ile gastrocnemius medialis (GM) kas kalınlığı, lif uzunluğu, penasyon açısı, rektus femoris (RF) kas kalınlığı, kesitsel alanı, rektus abdominis (RA), transvers abdominis (TA), internal oblik (İO) ve external oblik (EO) kas kalınlığı ölçülmüştür. Kas kuvveti; el kavrama gücü ölçüm testi ve 5 kere otur kalk testi ile; fiziksel performans ise 4 metre yürüme testi ve zamanlı kalk ve yürü testleri ile değerlendirilmiştir. SpA aktivitesini değerlendirmek amacıyla BASDAI, ASDAS-CRP, BASFI, hasta global değerlendirme VAS skorları ölçülmüş, akut faz yanıtları değerlendirilmiştir. Yüz on SpA hastası çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 43,8±11,1 yıl, medyan hastalık süreleri 3,8 (1,5) yıl idi. Hastaların %91'ine anti-TNF, %9'una anti-IL17 tedavisi verildi. Atmış yedi (%60,9) hastanın medyan 3,9 (1,6) ay sonra kontrol kas kuvveti, fiziksel performans testleri ve kas US değerlendirmeleri yapıldı. Başlangıç düzeyine göre kontrolde GM kas kalınlığında (p<0,001), GM lif uzunluğunda (p=0,03), RF kas kalınlığında (p<0,001), RF kesitsel alanında (p<0,001), RA kas kalınlığında (p<0,001) ve TA kas kalınlığında (p=0,004) anlamlı artış izlendi (Tablo 1). Aynı zamanda ASDAS-CRP skorları, hastalık aktivitesi yüksekte orta dereceye gerileyen hastalarda GM kas kalınlığı, RF kesitsel alanı ve TA kas kalınlıkları yüzde değişimleri ile ilişkililiydi (sırasıyla; p=0,03, p=0,04, p=0,002) (Tablo 2). B-DMARD tedavisinin SpA hastalarında kas kütlelerinde hafif-orta düzeyde düzelmeye neden olduğu görülmüştür. Kas US ile değerlendirmenin klinik pratikte faydalı olup olmayacağına dair ileride daha geniş çalışmalara ihtiyaç vardır, ancak ilk sonuçlar kas US'nin kullanılabilir bir ölçme yöntemi olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kas ultrasonu, spondiloartrit, biyolojik DMARD

PS-069

HLA-B27 pozitifliğinin aksiyal spondiloartritli hastalar üzerine etkisi

Haluk Cinaklı^{1,2}, Elif Durak Ediboğlu^{2,3}, Dilek Solmaz², Servet Akar²

¹Kırklareli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Kırklareli

²Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Hatay

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

Amaç: İnsan lökosit antijeni [Human leucocyte antigen B27 (HLA-B27)], "Uluslararası Spondiloartrit Değerlendirme Cemiyeti" [Assessment of Spondyloarthritis International Society (ASAS)] sınıflandırma kriterlerine göre, aksiyal spondiloartrit (axSpA) sınıflamasında klinik kol kısmında merkezi rol oynamaktadır. Genel popülasyonun %6-8'inde; Kuzey Amerikalı ve batı Avrupalı ankirozant spondilit hastalarında %80-95 pozitif olarak bildirilmiştir. Ortadoğu ve Arap ülkelerinde ise bu sıklık azalmaktadır. Yapılan bir derlemeye göre HLA-B27 pozitifliği ve radyografik hasar ile ilgili yeterli kanıt olmadığı bildirildiği gibi, son zamanlarda yapılan bir çalışmaya göre HLA-B27 (+) axSpA hastalarında

HLA-B27 (-) hastalara kıyasla daha şiddetli radyografik hasar olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte bu konuyla ilgili halen yeterli veri bulunmamaktadır. HLA-B27 pozitifliğinin, axSpA hastalarında demografik, klinik ve radyolojik özellikleri üzerine etkisini incelemektir.

Yöntem: Bu tek merkezli çalışmada ASAS kriterlerine göre axSpA olarak sınıflandırılan 657 hastadan, HLA-B27'si bilinen 515 (%78,4) hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların başlangıç demografik, klinik ve radyolojik özelliklerine ek olarak radyolojik hasarı ve ilerlemesi de değerlendirildi. HLA-B27 pozitifliğine göre demografik ve hastalık ilişkili özellikleri gözden geçirildi.

Bulgular: Hastaların 297'sinin (%57,7) HLA-B27 gen testi pozitif olup, bunların 210'u (%70,7) radyografik (r)-axSpA idi. HLA-B27 pozitif olan hastalar daha fazla erkek cinsiyet oranına sahipken (%68,9 vs. %51,2; p<0,001), yaş ortalamaları (39,9±11,9 vs. 40,2±11,0; p=0,577) benzerdi (Tablo 1). Tanı yaşı HLA-B27 (+) olanlarda daha erken olup (33,7±11,8 vs. 36,7±11,2; p=0,001), semptom süresi (13,4±10,5 vs. 10,3±8,8; p=0,001) daha fazlaydı. Herhangi bir zamanda biyolojik ajan kullanımı HLA-B27 (+) grupta (138±46,5 vs. 70±32,1; p<0,001) anlamlı olarak daha fazlaydı. Aktivite skorları HLA-B27 (+) olan ve olmayan hastalarda benzer bulunurken; HLA-B27 (+) hasta grubunda sedimentasyon (27,2±20,6 vs. 22,6±18,7; p=0,007) ve CRP (14,5±21,6 vs. 12,4±21,4; p=0,008) değerleri anlamlı derecede yüksek tespit edildi. Bazal mSASS skorları, bazal servikal, bazal lomber sindesmoft, lomber bölgede bambu kamışı varlığı yanında total SİE ankiroz, entezit ve simfizit oranı HLA-B27 (+) axSpA hastalarında anlamlı olarak daha fazlaydı. Kalça tutulumu sıklığı ve progresyonu açısından gruplar arasında farklılık yoktu. R-axSpA ve non-radyografik (nr)-axSpA alt grup analizlerinde, total SİE ankiroz, entezit, simfizit, mSASS servikal oranları HLA-B27 (+) r-axSpA hasta grubunda anlamlı bulunurken, HLA-B27 (+) nr-axSpA hastalarında yapısal hasar üzerine anlamlı farklılık görülmedi. Cinsiyete göre yapılan alt grup analizlerinde ise erkek hastalarda mSASS bazal, total SİE ankiroz, bazal servikal sindesmoft, entezit ve simfizit oranları anlamlı olarak yüksek bulunurken, kadın hastalarda yapısal hasar üzerine anlamlı farklılık görülmedi.

Sonuç: HLA-B27 (+) hastalar daha erken yaşta tanı almakta olup, erkek hastalarda daha sık görülmektedir. HLA-B27 pozitifliği, axSpA hastalarında daha çok bazal radyografik hasara neden olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: HLA-B27, aksiyal spondiloartrit, yapısal hasar

İnterstisyel akciğer hastalıklarının etiyolojisinde yer alan romatolojik hastalıklar ve olmayanlar arasındaki kapilleroskopik bulguların değerlendirilmesi

Şerife Şeyda Zengin Acemoğlu, İpek Türk, Mehmet Ali Aşık, Pelin Pınar Deniz, Didem Arslan, İsmail Hanta, İlker Ünal

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

Amaç: İnterstisyel akciğer hastalıkları (İAH), spesifik klinik, radyolojik ve histopatolojik özelliklere göre sınıflandırılan bir grup yaygın parankimal akciğer hastalığıdır. Etiyolojisinde; bağ doku hastalıkları, romatoid artrit, idiopatik pulmoner fibrozis (İPF), hipersensitivite pnömonisi (HP), sarkoidoz ve otoimmün özellikli interstisyel pnömoni (IPAF) yer alır. Amacımız kliniğimize başvuran İAH tanısı alan bireylerde tırnak kıvrımı kapilleroskopi (NFC) bulguları romatolojik hastalıklar ve olmayanlarda ayrı ayrı değerlendirilerek bulguları not etmek, tanıda ve takipte NFC'nin katkısını belirlemektir.

Yöntem: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Polikliniği'ne Eylül 2021-Şubat 2023 tarihleri arasında başvuran İAH tanısı alan 95 hastanın tamamı çalışmaya alındı. Hastaların sosyodemografik özellikleri, sigara öyküsü, ek hastalık varlığı, meslek hastalığı, bağ doku hastalıkları ve İAH ile ilişkilendirilebilecek semptom ve bulguları, hastalık tanı süresi, hasta dosyalarından ise bağ doku ilişkili otoimmün markerlar, C-reaktif protein (CRP), eritrosit sedimentasyon hızı (ESR), hemogram ve biyokimya değerleri, solunum fonksiyon testi (SFT), EKO bulguları ve toraks tomografi sonuçları kaydedildi. İPF hastalarında yaş, cinsiyet ve SFT değerleri ile hesaplanan ve mortalite öngörüsü için yardımcı olduğu gösterilen gap stage hesaplaması toraks BT'si UIP ile uyumlu olan hastalara yapıldı. Bununla birlikte tüm hastalara baş parmaklar hariç diğer sekiz parmakta tırnak yatağı videokapilleroskopisi yapıldı ve sonuçlar kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya skleroderma tanılı hastalar, koroner arter hastalığı ve kalp temezliği olanlar, diyabeti olanlar, hipoksik hastalar dahil edilmedi. Çalışmaya dahil edilen 95 hastanın 49'u romatizmal olmayan İAH grubunda (birinci grup), 46'sı ise romatizmal hastalıklara bağlı İAH grubunda (ikinci grup) yer alıyordu. Birinci grubun yaş ortalaması 62,31±11,027 iken ikinci grubun yaş ortalaması 62,09±10,887 idi. Yine ilk grupta 25 kadın (%43,9), 24 erkek (%63,2) varken ikinci grupta 32 (%65,1) kadın, 14 erkek (%36,8) vardı. Birinci grupta 32 (%65,3) hastanın alt tanısı IPF, 6 (%12,2) hastanın alt tanısı HP, 9 (%18,4) hastanın alt tanısı sarkoidoz ve 2 (%4,1) hastanın alt tanısı diğer hastalıklar sınıfındaydı. İkinci grupta ise; 24 (%52,2) hasta romatoid artrit (RA), 11 (%23,9) hasta sjögren (SJS), 5 (%10,9) hasta myozit ve 6 (%13) hasta undiferansiye bağ doku alt tanı sınıfındaydı. Klinik bulgular açısından birinci grupta reynaud olan hiç hasta yoktu, ikinci grupta 2 (%4,3) hasta vardı (p=0,232); enflamatuvar artrit birinci grupta hiç yoktu, ikinci grupta 31 (%67,4) hasta vardı (p=0,000); ağız-göz kuruluğu olan birinci grupta 1 (%5), ikinci grupta 19 (%95) hasta vardı (p=0,000); çomak parmak birinci grupta 10 (%20,4) ikinci grupta hiç yoktu (p=0,001). İki gruba arasında dijital ülser, üveit, sklerodaktili, telenjektazi, deri döküntüsü, oral/genial ülser, kas güçsüzlüğü açısından anlamlı farklılık yoktu.

Otoantikörler açısından birinci grupta yalnızca bir hastada RF pozitifliği vardı, diğer otoantikörler birinci grupta negatifti. Anti-dsDNA, sentromer ve anti-Scl 70, ancak otoantikörleri her iki grupta da negatifti. Her iki grupta radyolojik paternde toplam 49 hastada (%51,6) usual interstisyel pnömoni (UIP) paterni vardı ve bunların 33'ü (%67,3) birinci grupta, 16 (%32,7) ikinci gruptaydı. Toplam 8 hastada non-spesifik interstisyel pnömoni (NSIP) vardı; birinci grupta 1 (%12,5), ikinci grupta 7 (%87,5) idi. Klasifiye edilemeyen patern toplam 24 (%25,3) hastayı ve bunların 1'i (%4,2) birinci grupta, 23'ü (%95,8) ikinci gruptaydı. Toplam HP hasta sayısı 5 (%5,3) idi ve hepsi birinci gruptaydı. Toplam sarkoidoz hasta sayısı 9'du (%9,5) ve hepsi birinci grupta yer aldı. On hasta solunum fonksiyon testini (SFT) yapamadı. FEV1 açısından birinci grup ortalaması 87,24±19,224, ikinci grupta 84,87±20,805; FVC birinci grup ortalaması 86,76±20,967, ikinci grup ortalaması 84,36±22,246; DLCO birinci grup ortalaması 54,91±23,633, ikinci grup ortalaması 54,31±23,101 idi. Tüm SFT parametreleri açısından her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu. EKO bulgularında ise % EF birinci grup ortalaması 61,04±3,640, ikinci grup ortalaması 60,63±3,517; PAB birinci grup ortalaması 23,14±3,634, ikinci grup ortalaması 23,33±5,329 idi. EKO bulgularında da istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı. NFC bulgularına bakıldığında; her iki grupta da minimum 6 adet, maksimum 10 adet kapıl vardı. Birinci grupta ortalama kapıl sayısı 8,16±0,9, ikinci grupta ise 7,96±1,0 idi. Her iki grupta ortalama kapıl sayısı istatistiksel olarak benzerdi. Cinsiyet, sigara kullanımı, BMI, çomak parmak, klinik bulgular, radyolojik paternle ilişkili olarak ortalama kapiller dansite arasında bir ilişki yoktu. Tortusiyös site oranına baktığımızda; cinsiyetle, sigarayla, çomak parmakla, radyolojik paternle ilişkisi yoktu. Ancak, bağ doku hastalıkları kolunda hastalık süresi arttıkça tortusiyöz kapıl oranı artmaktaydı (p=0,16). Ağız/göz kuruluğu olan hastalarda (p=0,029) ve kas güçsüzlüğü olan hastalarda (p=0,038) tortusiyöz kapıl sayısı daha fazlaydı. Crossing açısından bakıldığında; BMI, sigara, klinik bulgular, radyolojik patern açısından bir ilişki yoktu. Ancak, tüm grupların toplamın erkek cinsiyette daha fazla crossing mevcuttu (p=0,047). Bununla birlikte gruplar arasında cinsiyetle crossing arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. Hastalık süresi bağ doku grubunda istatistiksel olarak anlamlı olmasa da (p=0,343) hastalık süresi arttıkça crossing oranı artmıştı. Çalışmamızda vasküler alan saptanan hiç hasta yoktu. Toplam 3 (%3,2) hastada dev kapıl (≥50 µm) saptandı ve bunların 2 tanesi (%4,1) birinci grupta, 1 tanesi (%2,2) ikinci gruptaydı. Toplam 28 (%29,5) hastada dilate kapıl (20-49 µm) tespit edildi ve bunların 12 (%24,5) tanesi birinci grupta, 16 (%34,8) tanesi ikinci gruptaydı. Toplam 8 (%8,4) hastada hemoraji izlendi. Hemoraji saptanan 2 (%4,1) hasta birinci grupta, 6 (%13) hasta ikinci gruptaydı. Neoanjiyogenez toplam 9 (%9,5) hastada saptandı. Bunların 6'sı (%12,2) birinci grupta, 3'ü (%6,5) ikinci gruptaydı. Remified ve branching kapıl birer hastada tespit edilirken, bushy kapıl ise toplam 8 (%8,4) hastada tespit edildi. UIP hastalarında hesapladığımız gap point hesaplaması sonucu 1 ve 2 skoru kendi içinde iyi prognostik; 3, 4 ve 5 skoru ise kendi içinde daha kötü prognostik gösterge olarak kabul edildi. Toplam UIP olan 49 hastada; istatistiksel olarak anlamlı olmasada, gap point iyi prognostik grubunda ortalama kapıl sayısı 6 olan hiç hasta bulunmazken, kötü prognostik grubunda ise kapıl sayısı 6 olan 2 hasta vardı. Yine tortusiyös site ve crossing saptanan gap point 1-2 grubunda toplam ayrı ayrı 16 hasta bulunurken, gap point 3-4-5 grubunda toplam 3 hasta tespit edildi. Dilate kapıl gap

point 1-2 grubunda hiç yokken gap point 3-4-5 kolunda toplam 6 hastada mevcuttu. Dev kapil gap point 1-2 de hiç yokken gap point 3-4-5 grubunda 1 hastada vardı. Gap point 1-2 grubunda neoanjiyogenez saptanan hasta yokken gap point 3-4-5 kolunda 5 hastada neoanjiyogenez saptandı.

Sonuç: Skleroderma hastalarında ve diğer bağ doku hastalarında İAH varlığında kapilleroskopik bulguların tanı ve prognozda kullanıma dair çalışmalar literatürde mevcuttur. Ancak, çalışmamız skleroderma dışındaki romatolojik hastalıklara bağlı İAH'ları ile bağ doku dışı İAH'larda kapilleroskopik bulguların değerlendirildiği ilk çalışma özelliği taşımaktadır. Çalışmamızın sonuçlarına dayanarak kapilleroskopi skleroderma dışındaki hastalıklarda net olarak ayırıcı tanı sağlamasa da bağ doku hastalıkları tanısı için uyarıcı olabilir. Ayrıca İAH izleminde kapilleroskopik spesifik olmayan bazı bulgular hastalığın prognozu hakkında bilgi verebilir. Yine çalışmamızın sonuçlarına baktığımızda sağlıklı bireylerde görülmesi beklenmeyen bazı kapilleroskopik bulguların (neonajiyogenes, dev kapil vs.) İAH olanlarda görüldüğünü ve hastalığın fizyopatolojisindeki enflamasyon ve fibrozisin varlığını desteklediği söylenebilir. Çalışmamız kesitsel olması sebebi ile gruplar arasındaki hasta sayıları eşit değildi ve toplam hasta sayımız istatistiksel anlamlılığa ulaşmada yetersizdi. Daha büyük çaplı çalışmalar için bulgularımız yol gösterici olabilir.

Anahtar Kelimeler: İnterstisyel akciğer hastalıkları, kapilleroskopi, bağ doku hastalıkları, idiyopatik pulmoner fibrozis

PS-071

Primer Jögren sendromunda otoantikor ve fenotip arasında ilişki var mı? Hangi antikor? Hangi klinik?

Cansu Arslantürk Güneysu¹, Seyyid Bilal Açıköz¹, Abbas Karakurt², Mehtap Kalçık Unan¹, Nilay Erdik¹, Sümeyye Merve Türk¹, Gamze Dilek³, Damla Karataş⁴, Gökhan Yavuzbilge⁵, Tamer Acat¹, Emel Gönüllü¹

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

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

³Abant İzzet Baysal Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bolu

⁴Yalova Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Birimi, Yalova

⁵Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Hatay

Amaç: Primer Sjögren sendromu (pSjS) hasta semptomları, başvuru şikayetleri, tutulum paternleri açısından oldukça heterojendir. Tanı objektif sikka bulgularına, tükürük bezi biyopsi sonuçlarına ve otoantikor pozitifliğine dayanmaktadır. Hastalık ilişkili otoantikorlardan ENA panelinde değerlendirilen anti-SSA, anti-SSB, anti-Ro52 ile hastalığın sık saptanan bulguları olan ağız kuruluğu, göz kuruluğu, artralji ve artrit arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık.

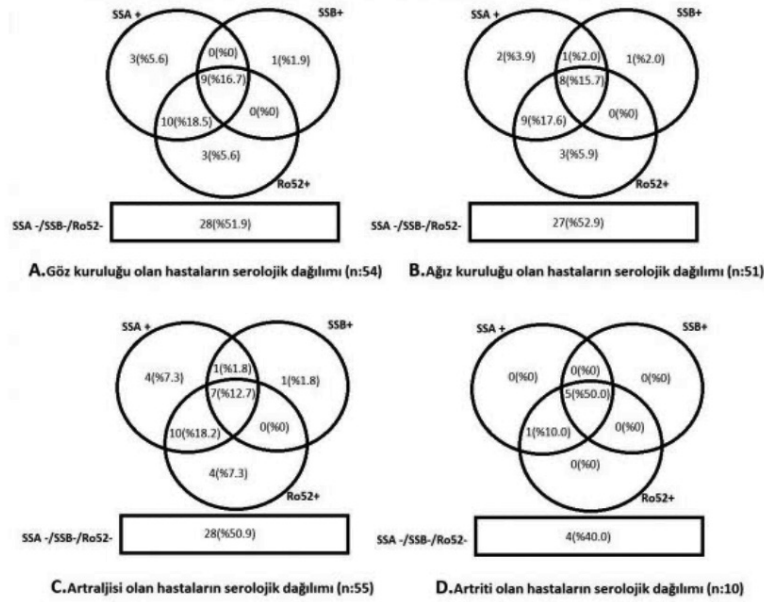
Yöntem: Sakarya Üniversitesi İç Hastalıkları Romatoloji Polikliniği'ne 2021 Aralık-2022 Aralık tarih aralığında başvuran pSjS tanılı hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaşı, tanı yaşı, semptom başlangıç yaşı değerlendirildi. Tanı yaşı, semptom başlangıç yaşı verileriyle hastalık tanısındaki gecikme süresi

hesaplandı. Anti-SSA, anti-SSB, anti-Ro52 antikorları pozitif ya da negatif olarak kayıt edildi. Ağız kuruluğu, göz kuruluğu, artralji, artrit bulgularının antikorlar ile ilişkisi araştırıldı. Değerlendirdiğimiz antikorların tanı koyma sürecine zamansal bir etkisi olup olmadığı incelendi. Verilerin değerlendirilmesinde independent samples t-test, Mann-Whitney, ki-kare ve Fishers exact testi kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya 79'u kadın (96,3) olmak üzere 82 hasta dahil edildi. Yaş ortalama 53±11 yıl idi. Anti-SSA, anti-SSB, anti-Ro52 pozitif ve negatif hastaların yaş ortalaması benzerdi. Anti-SSA ve anti-Ro52 pozitif olanlar negatiflere göre daha erken yaşta tanı alırken (sırasıyla p=0,048, 0,006); anti-SSB antikor pozitif ve negatif olanların benzer yaşlarda tanı aldığı görüldü. Anti-SSA negatif olanlarda tanı gecikme saptanırken (p=0,038) diğer antikorlarda bu ilişki gözlenmedi. Üç antikordan en az bir tanesinin pozitif olduğu grup ile hepsinin negatif olduğu grubu karşılaştırdığımızda negatif grubun daha ileri yaşta tanı aldığı saptandı (p=0,004) ancak semptom ve tanı arasında geçen süre gruplar arasında benzerdi (p=0,117) (Tablo 1). Ağız kuruluğu, göz kuruluğu ve artralji semptomları incelendiğinde antikor pozitif ve negatif gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Artrit ile ilgili veriler değerlendirildiğinde anti-SSB pozitif hastaların %38,5'inde, negatif olan hastaların %8,3'ünde artrit mevcuttu ve fark istatistiksel anlamlı idi (p=0,013) (Tablo 2). Anti-SSA ve anti-Ro52 pozitif hastalarda negatif olanlara göre artrit olan hastaların oranı fazla idi ancak istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmedi. Semptom pozitif olan hastaların otoantikorlara göre serolojik dağılımı değerlendirildi (Resim 1). Semptomatik hastaların nerdeyse yarısı otoantikor negatifti. Anti-SSA ve anti-Ro52 pozitif olan hastaların daha erken yaşta tanı almış olması bu antikorların erken hastalık başlangıcı ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Anti-SSA pozitif olan hastaların tanı gecikme süresinin az olması bu antikorun SjS sınıflandırma kriterlerinde yer alması nedeniyle tanı koyma sürecinin anti-SSA pozitif olanlarda daha kısa olduğunun göstergesi olabilir. Sık görülen bulgular ile antikor karşılaştırılmasında ise artrit ve anti-SSB arasında saptanan ilişki dışında anlamlı farklılık görülmedi.

Sonuç: Anti-SSA ve anti-Ro52 pozitif olan hastaların daha erken yaşta tanı almış olması bu antikorların erken hastalık başlangıcı ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Anti-SSA pozitif olan hastaların tanı gecikme süresinin az olması bu antikorun SjS sınıflandırma kriterlerinde yer alması nedeniyle tanı koyma sürecinin anti-SSA pozitif olanlarda daha kısa olduğunun göstergesi olabilir. Sık görülen bulgular ile antikor karşılaştırılmasında ise artrit ve anti-SSB arasında saptanan ilişki dışında anlamlı farklılık görülmedi.

Anahtar Kelimeler: Primer Sjögren sendromu, anti-SSA, anti-SSB



Resim 1. Ağız kuruluğu, göz kuruluğu, artralji, artriti olan hastaların serolojik dağılımı

Tablo 1. Otoantikor ile hastalık tanı yaşı ve tanı gecikme süresi arasındaki ilişki

| | | Yaş | | Tanı Yaşı | | Semptom Başlangıç Yaşı | | Tanıda Gecikme Süresi | |
|------------|---------|-------------|-------|-------------|-------|------------------------|-------|-----------------------|-------|
| | | Mean±SD | p | Mean±SD | P | Mean±SD | p | Median (IQR) | p |
| Anti -SSa | Pozitif | 51.14±11.87 | 0.352 | 43.77±12.67 | 0.048 | 42.04±13.46 | 0.336 | 0 (2) | 0.038 |
| | Negatif | 53.62±10.44 | | 49.19±10.13 | | 44.81±10.64 | | 1 (5.5) | |
| Anti -SSb | Pozitif | 55.23±12.27 | 0.358 | 46.88±14.24 | 0.938 | 43.77±15.43 | 1.00 | 0 (5) | 0.699 |
| | Negatif | 52.11±10.73 | | 47.16±10.83 | | 43.77±10.96 | | 1 (4) | |
| Anti -Ro52 | Pozitif | 50.31±11.58 | 0.115 | 42.61±11.13 | 0.006 | 40.12±11.82 | 0.043 | 0 (4) | 0.217 |
| | Negatif | 54.55±9.80 | | 50.18±10.36 | | 45.92±10.74 | | 1 (4.5) | |
| Seroloji | Pozitif | 50.65±12.04 | 0.063 | 43.61±12.34 | 0.004 | 41.30±13.37 | 0.060 | 0 (3.5) | 0.117 |
| | Negatif | 55.59±9.36 | | 51.43±9.20 | | 46.76±9.76 | | 1 (4.8) | |

Tablo 2. Otoantikor ve hastalığın sık görülen semptom ve bulguları arasındaki ilişki

| | | Göz Kuruluğu | | Ağız Kuruluğu | | Artralji | | Artrit | |
|-----------|---------|--------------|-------|---------------|-------|-----------|-------|----------|-------|
| | | n(%) | p | n(%) | p | n(%) | p | n(%) | p |
| Anti -SSa | Pozitif | 23 (82.1) | 1.00 | 21 (75.0) | 0.562 | 22 (78.6) | 0.700 | 6 (21.4) | 0.168 |
| | Negatif | 36 (83.7) | | 35 (81.4) | | 37 (82.2) | | 4 (8.9) | |
| Anti -SSb | Pozitif | 11 (84.6) | 1.00 | 11 (84.6) | 0.721 | 9 (69.2) | 0.258 | 5 (38.5) | 0.013 |
| | Negatif | 48 (82.8) | | 45 (77.6) | | 50 (83.3) | | 5 (8.3) | |
| Anti Ro52 | Pozitif | 22 (84.6) | 1.00 | 20 (76.9) | 1.00 | 21 (80.8) | 1.00 | 6 (23.1) | 0.175 |
| | Negatif | 31 (81.6) | | 30 (78.9) | | 33 (82.5) | | 4 (10.0) | |
| Seroloji | Pozitif | 27 (79.4) | 0.378 | 25 (73.5) | 0.281 | 27 (79.4) | 0.758 | 6 (17.6) | 0.493 |
| | Negatif | 28 (87.5) | | 27 (84.4) | | 28 (82.4) | | 4 (11.8) | |

Primer Sjögren sendromu tanılı bireylerde PSSQoL anketinin Türkçe versiyonunun geçerliliği ve güvenilirliğinin incelenmesi - pilot çalışma

Orkun Tüfekçi¹, Gamze Nur Ahıskalı¹, Nazlı Elif Nacar^{1,2}, Sinan Buran³, Nur Banu Karaca¹, Aysu Kahraman⁴, Mustafa Ekici⁵, Şule Apraş Bilgen⁵, Edibe Ünal³, Sedat Kiraz⁵

¹Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Temel Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Kahramanmaraş

³Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Kalp ve Solunum Fizyoterapisi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

⁴Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Temel Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

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

Amaç: Primer Sjögren sendromu (PSS), ekzokrin bezlerin lenfositik infiltrasyonu ile karakterize, glandüler disfonksiyona yol açan sistemik kronik otoimmün bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Kuruluk, yorgunluk ve kronik ağrı gibi faktörlerin PSS'li bireylerin yaşam kaliteleri üzerinde çok boyutlu etkileri söz konusudur. Literatürde PSS'li hastaların yaşam kalitesini değerlendirmede sıklıkla kullanılan jenaralize ölçeklerin hastalık yükünü yansıtmadığı ve hastalığa özgü değerlendirme yapan ölçüm araçlarının yetersizliğinden bahsedilmektedir. Bu çalışmanın amacı PSS'li bireylerde hastalığa özgü yaşam kalitesini değerlendiren "Primary Sjögren's Syndrome Quality of Life Questionnaire" (PSSQoL) isimli anketin Türkçe geçerliliği ve güvenilirliğinin incelenmesiydi.

Yöntem: Çalışmamıza Ocak 2022-Nisan 2023 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı'na başvuran ve PSS tanısı alan 45 kişi dahil edildi. Demografik bilgileri alınan PSS tanılı bireylerin geçerlik için hastalığa özgü yaşam kaliteleri PSSQoL (Beaton protokolüne göre Türkçe yapısına uyumlandırılan), biyopsikososyal özellikleri "Bilişsel Egzersiz Terapi Yaklaşımı-Biopsychosocial Questionnaire" (BETY-BQ), fonksiyonel durumları "Health Assessment Questionnaire" (HAQ), duygu-durumları "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HADS) ve genel yaşam kaliteleri "Short Form 36" (SF-36) kaydedildi. Güvenirlik için PSSQoL, ölçeklerin doldurulmasından 1 hafta sonra ikinci defa dolduruldu. İç tutarlılık Cronbach alfa ve test-tekrar test güvenirliliği ICC (Intraclass Correlation Coefficient) katsayısı ile belirlendi.

Bulgular: Çalışmaya yaş ortalaması 55,44±10,43 yıl olan 45 PSS'li birey dahil edildi. Yirmi bireye test-tekrar test uygulandı. Geçerlik için gerçekleştirilen korelasyon analizi sonuçlarına göre değişik derecelerde anlamlı korelasyon saptandı (Tablo 1). İç tutarlılık için Cronbach alfa katsayısı 0,831 olarak yüksek güvenirlilikte bulundu. PSSQoL'nin ICC katsayısı 0,950 (p<0,001) olarak çok yüksek güvenirlilikte bulundu (Tablo 2).

Sonuç: PSS'li bireylerde Türkçe geçerlik (diğer ölçeklerle korelasyon) ve güvenirliliğini (test-tekrar test yöntemi) incelediğimiz bu pilot çalışmadan elde edilen veriler potansiyel olarak hastalığa spesifik bir anket olan PSSQoL'nin geçerli ve güvenilir bir

ölçek olduğunu göstermektedir. Bu potansiyel göz önünde bulundurularak çalışmaya ölçek madde sayısı ile uyumlu olgu sayısına ulaşılan kadar devam edilmesi sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Geçerlik ve güvenirlilik, psikometrik, Sjögren sendromu

PS-073

Psoriatik artrit tırnak tutulumu; NAPSİ skoruna romatolog değerlendirmesi

Özlem Özdemir Işık, Neslihan Gökçen, Duygu Temiz Karadağ, Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle

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

Amaç: Psoriatik artrit (PsA), artrit, entezit, deri, tırnak, aksiyel hastalık ve daktilit gibi tutulumlar yapabilen kronik enflamatuvar bir hastalıktır. Genel popülasyonda PsA prevalansı %0,05 ile %0,25 arasında geniş bir aralıktadır ve psoriasis (PsO) olan hastaların %30'unda PsA gelişebilmektedir. PsO hastaları arasında, tırnak psoriasis prevalansı %50'nin üzerindedir ve yaşam boyu insidansı %80-90'dır. PsA'da tırnak hastalığı prevalansı %80 oranında görülebilir. İzole tırnak tutulumu %5-10 arasındadır. Tırnak tutulumu, PsA gelişimi için bir risk faktörü olarak düşünülmektedir. Tırnak tutulumu Nail Psoriasis Severity Index (NAPSİ) kullanılarak değerlendirilmektedir. PsA tanısı ile takipli 50 hastanın tırnak tutulumlarının iki uzman romatolog tarafından NAPSİ skoruna göre değerlendirilmesi ve hastalık tutulum ve aktivite ile ilişkilerini sunmak çalışmanın amacıdır.

Yöntem: 2012-2022 yılları arasında CASPAR sınıflama kriterlerine göre PSA tanısı konulmuş, düzenli takibe gelen 50 hastanın verileri retrospektif olarak kaydedildi ve son kontrolde NAPSİ, deri tutulumu açısından Psoriasis Area and Severity Index (PASI), artrit açısından Disease Activity in Psoriatic Arthritis (DAPSA), entezit açısından Leeds enthesitis index (LEI), aksiyel tutulum açısından Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS)-C reaktif protein (CRP), hastalık etkisi ile ilgili Psoriatic Arthritis Impact of Disease (PsAID)12 verileri değerlendirildi. Romatologlar arası güvenirlilik, sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) skoru kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların %68'i kadın, yaş ortalaması 53,6±10,8 idi. PsO tanı yaşı 29,9±13,1 yıl, PsA tanı yaşı 38,1±8,9 yıl, hastaların takip süresi 12,9±3,6 yıldır. Hastaların poliklinik başvuru nedeni %82 artrit, %22 daktilit, %6 enflamatuvar bel ağrısı ve %2 üveit idi. Başlangıçta hastaların %86'si periferik artrit, %4'ü izole spondilit, %10'u her iki tablo nedeniyle takibe alınmıştı. Klinik ve demografik veriler Tablo 1'de sunulmuştur. Hastaların %60'ında elde, tırnak tutulumu görüldü, bu hastaların %10'unda splinter hemoraji, %3,3'ünde subungual hiperkeratoz, %33,3'ünde yağ damlası, %40'ında onikoliz, %36,7'sinde pitting, %53,3'ünde lökonişi, %16,7'sinde crumbling saptandı, el NAPSİ skoru medyan (min-maks) 2 (0-41) idi. Tırnak tutulumu olan ve olmayan hastalar klinik ve laboratuvar bulgular açısından karşılaştırıldı ve anlamlı farklılık gözlenmedi. NAPSİ skoru eş zamanlı olarak iki ayrı romatoloji uzmanı tarafından değerlendirildi ve ICC 0,98 (%95 CI 0,98-0,99) "mükemmel güvenirlilik" şeklinde

değerlendirildi. PASI medyan (min-maks) 0,25 (0-10,1), LEI 0 (0-3), DAPSA 3 (0-27) idi. Bu veriler detaylı olarak Tablo 2’de sunulmuştur. NAPSİ skoru ile PASI, LEI, DAPSA, ASDAS-CRP, PsAID skorları arasında anlamlı bir korelasyon gözlenmedi (sırasıyla p=0,412, p=0,757, p=0,565, p=0,622, p=0,552). Hastalık başlangıcında ve günümüzde eklem tutulum paternleri, daktilit varlığı, biyolojik ajan ihtiyacı ile NAPSİ skoru arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Bununla birlikte yüksek NAPSİ skorları olan hastaların, birden fazla biyolojik ilaç kullanmış, deri tutulumları da belirgin olan tedavilere dirençli hastalar olduğu gözlemlendi. NAPSİ skorları ile PsO ve PsA tanısı arasında anlamlı bir korelasyon gözlenmedi.

Sonuç: Çalışmamızda klinik bulgular ile tırnak tutulumu ve NAPSİ skorları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Ancak özellikle NAPSİ skoru yüksek olan bireylerin, biyolojik tedavilere yetersiz yanıtı olan, tedaviye dirençli hastalar olması düşündürücüdür. Ayak parmakları özellikle onikomikoz ayırıcı tanısını değerlendirme güçlüğü nedeniyle skorlamaya dahil edilmemiştir. İki uzmanın el NAPSİ değerlendirmesi yüksek güvenilirlik göstermiştir, bu yönüyle uygulanabilir olduğu, tırnak değerlendirmesinin romatoloji muayenesindeki önemi vurgulanmıştır. Tırnak tutulumu da tedaviye yön veren önemli bir parametre olarak düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Psoriasis, psoriatik artrit, tırnak, NAPSİ

PS-074

Persistan orta-yüksek seviyede izole anti-kardiyolipin antikoru IGA veya anti- β_2 -glikoprotein-I IGA izotiplerinin klinik önemi var mı?

Ayşe Bahar Keleşoğlu Dinçer^{1,2}, Jonathan Thaler¹, Doruk Erkan¹

¹Hospital For Special Surgery, New York, USA

²Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç: Antikardiyolipin (aCL) ve anti- β_2 -glikoprotein-I ($\text{a}\beta_2\text{GPI}$) antikollarının IgA izotipinin patojenik olduğu bazı hayvan modellerinde gösterilmişse de klinik önemleri tam olarak aydınlatılamamıştır. Bazı olgu bildirimleri ya da olgu serilerinde IgA izotipinin trombojenik rolünden bahsedilmiş olmakla beraber bu yazılarda her üç antifosfolipid antikorumun [aCL, $\text{a}\beta_2\text{GPI}$ ve lupus antikoagülanı (LA)] varlığının veya devamlılığının incelenmemesi gibi bir takım metodolojik kısıtlılıklar mevcuttur. İzole aCL/ $\text{a}\beta_2\text{GPI}$ IgA pozitifliğinin nadir olması nedeniyle, çalışmamızda orta-yüksek seviyede izole aCL/ $\text{a}\beta_2\text{GPI}$ IgA pozitif olan hastaların retrospektif olarak demografik, klinik ve laboratuvar özelliklerinin incelenmesini amaçladık.

Yöntem: Şubat 2016-Nisan 2023 yılları arasında “antifosfolipid antikoru (aPL) pozitifliği” [International Classification of Diseases (ICD)-10 code: R76.0] ya da “Antifosfolipid Sendromu (APS)” (ICD-10 code: D68.61) tanı kodları ile belirlenen hastalar çalışmaya alınmıştır. Persistan (en az 12 hafta ara ile en az iki pozitif sonuç), orta-yüksek seviyede (≥ 40 ELISA Units) ve izole aCL veya $\text{a}\beta_2\text{GPI}$ IgA pozitif olan hastalar retrospektif olarak değerlendirilmiştir. İzole aCL/ $\text{a}\beta_2\text{GPI}$ IgA pozitifliği; LA, aCL IgG/M ve $\text{a}\beta_2\text{GPI}$ IgG/IgM negatifliklerinin gösterilmesi ile tanımlanmıştır. Hastaların demografik, genel tıbbi özellikleri

ve aPL ilişkili klinik ve laboratuvar özellikleri sistematik olarak incelenmiştir. Hem bazal hem de takip verileri tanımlayıcı istatistik kullanılarak rapor edilmiştir.

Bulgular: Antifosfolipid antikoru pozitifliği nedeniyle değerlendirilen toplam 578 hastadan sadece on hastada (%2) persistan orta-yüksek seviyede izole aCL IgA veya $\text{a}\beta_2\text{GPI}$ IgA pozitifliği mevcuttu (Kadın =9; ortalama yaş: $47,5 \pm 15,4$ yıl, Lupus klasifikasyon =4). Hastaların hiçbirinde “Updated Sapporo APS Klasifikasyon Kriterleri”ne göre tromboz, gebelik morbiditesi, kardiyak kapak hastalığı, trombositopeni veya hemolitik anemi mevcut değildi. İzole aCL IgA pozitifliği olan sadece bir hastada livedo reticularis mevcuttu. Tablo 1’de hastaların klinik ve laboratuvar özellikler özetlenmiştir. Ortalama $7,5 \pm 5,9$ yıl takip süreci boyunca, hastaların hiçbirinde aCL ve $\text{a}\beta_2\text{GPI}$ IgA pozitiflikleri eş zamanlı görülmemiştir ancak hastaların %30’da (3/10) aPL’in negatifleştiği görülmüştür (aCL: 2 ve $\text{a}\beta_2\text{GPI}$ =1).

Sonuç: Diğer aPL testleri (LA ve aCL/ $\text{a}\beta_2\text{GPI}$ IgG/M) negatif iken persistan orta-yüksek seviyede izole aCL/ $\text{a}\beta_2\text{GPI}$ IgA pozitifliği nadir görülmektedir. Bu çalışmamızda, az sayıda hasta kohortumuza göre, izole aCL/ $\text{a}\beta_2\text{GPI}$ IgA varlığı ile antifosfolipid-ilişkili klinik bulgular arasında bir ilişki gösterilememiştir ve hastaların yaklaşık 1/3’ü takipte negatifleşmiştir. İzole IgA pozitifliğinin klinik öneminin daha iyi tanımlanması için büyük ölçekli mekanistik ve klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Antifosfolipid antikoru, antifosfolipid sendromu, immünoglobulin A

PS-075

Behçet sendromunda staz ülseri: Tek merkez takipli 51 hastanın retrospektif verileri

Alican Karakoç¹, Yeşim Özgüler¹, Ayşe Özdede¹, Zeynep Altan Ferhatoğlu², Zekayi Kutlubay², Seyfullah Halit Karagöz³, Sinem Nihal Esatoğlu¹, Gülen Hatemi¹, Melike Melikoğlu¹, Emire Seyahi¹

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

²Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

³Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Behçet sendromunda (BS) alt ekstremitelerde derin ven trombozu (DVT) tüm vasküler olayların yaklaşık %75’ini oluşturur. Post-trombotik sendrom (PTS) ve staz ülserleri, DVT’nin geç dönem komplikasyonları arasında yer alır; %20-50 oranında görülmekle birlikte, %5-10 hasta ciddi seviyede olabilmektedir. PTS; bacak ağrısı, bacakta ağırlık hissi, şişme ödem, hiperpigmentasyon ve variköz venöz kollaterallerin değişken bir kombinasyonu olsa da ağır PTS ile ilişkili staz ülserlerinin etiyolojisi, tedavisi ve prognozları ile ilgili veriler yeterli değildir. Bir önceki çalışmamızda, uzun süreli hastalık ve kasık venlerinin bilateral tutulması halinde ağır PTS riskinin arttığını göstermiştik. Bu çalışmamızda özellikle staz ülseri öyküsü olan hastaları hedefleyerek, ülserlerin histopatolojik özellikleri, tedavi yanıtları ve prognozları hakkında bilgi edinmek istedik.

Yöntem: İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, mültidisipliner Behçet hastalığı merkezinde Ocak 2021-Temmuz 2022 tarihleri arasında görülen 310 vasküler tutulumu olan hasta arasından staz ülser öyküsü olan 51'i (%16) (49E/2K) çalışmaya alındı. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, histopatolojik incelemeleri, radyolojik görüntülemeleri ile tedavi detaylarıyla ilgili bilgiler standardize bir form eşliğinde hasta dosyalarından elde edildi. Ülser ilişkili veriler (sayı, boyut, anatomik lokalizasyonları ve ülserin ne zaman açılıp, iyileştiği) fizik muayene sırasında tanımlandı ayrıca dosya takip kayıtları incelendi. Birçok ülser varlığında boyut olarak en büyüğü değerlendirildi. Ek olarak sosyoekonomik durum ve sigara öyküsü soruldu, CEAP (Klinik, Etiyolojik, Anatomik ve Patofizyolojik sınıflama) skorları hesaplandı. Son 1 yıldır ülseri iyileşmiş olanlar remisyonda kabul edildi.

Bulgular: Tablo 1'de gösterildiği gibi, 51 hastanın medyan güncel yaşları 45, BS tanı yaşı 25 ve vasküler tutulum başlama yaşı 27 yılı. Hastaların 26'sı (%51) ilkökul mezunuydu ve 27'si (%53) aktif sigara içmekteydi. On üç hasta (%25) işsiz/emekliydi. Ülser, vasküler tutulum başladıktan medyan 4 yıl sonra ortaya çıkmıştı. Hastalar 1993-2021 yılları arasında tanı almışlardı. 2010 sonrası tanı alan hasta oranı %35'di (18/51). Alt ekstremité DVT'sine ek olarak, 24'ünde (%47) göz tutulumu, 20'sinde (%40) DVT dışı damar tutulumu, 6'sında (%12) nörolojik tutulum vardı. Yirmi sekiz (%55) hastanın en az bir tane ek komorbiditesi vardı ve bunların içinde en sık görüleni hipertansiyondu (%20). Elli bir hastadan 3'ünde sadece venöz yetmezlik vardı. Kırk sekiz hastanın 36 tanesinin DVT'si bilateral, 12 tanesinin ise unilateraldi (sol taraf: %66, sağ taraf: %34). Ülser boyutları açısından sağ veya sol bacak arasında fark yoktu ($p>0,05$). En sık femoral (n=40, %83), popliteal (n=35, %72) ve yüzeysel venlerin (n=22, %46) tutulduğu görüldü. Ek olarak vena kava inferior (n=12, %25) ve iliak venlerde de tromboz (n=13, %27) saptanmıştı. Güncel değerlendirmede, 51 hastanın 28'inde (%55) açık ülser saptandı. Bu grupta ülserler hastalık başladıktan medyan 5 yıl sonra açılmıştı ve tüm tedavilere rağmen, medyan 11,5 yıl süre içinde kalıcı bir düzelme izlenmemişti. Yine bu grupta, %54 oranında ülserlerin nüks ettiği gözlemlendi. Tüm hasta grubunda medyan ülser boyutu 3 cm'di. Elli bir hastanın toplamda 165 ülseri vardı; bunların 67 tanesi (%41) iç malleolde, 42 tanesi (%25,5) tibia ön yüzde, 11 tanesi (%6,5) dış malleolde yerleşmişti. Ülserlerin medyan iyileşme zamanı 8 aydı. Staz ülseri olan 14 hastaya ait 18 histopatolojik inceleme mevcuttu. Hastaların %71'inde (10/14) histopatolojik tanı staz dermatiti/oklüziv vaskülopati lehine olsa da 2 hastada nekrozlaşan dermatit, 1 hastada mikst pannikülit ve 1 diğerinde vaskülit saptandı. Yatak istirahati, lokal tedaviler ve kompresyon tüm hastalara önerilmişti. Ancak hastaların sadece 27 tanesi (%52) varis çorabı giymekteydi ve en az 4 haftalık yatak istirahati %67 hastada gerçekleşmişti. Tablo 3'te özetlendiği gibi, staz ülseri için, 36 hasta (%70) immünsüpresif tedavi [(biyolojik: n=23, %45), (biyolojik olmayan: n=32, %63)] ve/veya glukokortikoid

tedavi (n=14, %28) almıştı. Ek olarak yaraların hızlı iyileşmesi için intravenöz iloprost (n=25, %49), debridman amacıyla *Lucilia Sericata* (larva) (n=13, %25) ve deri grefti (n=2, %4) uygulanmıştı. Hastalar açık ve iyileşmiş staz ülseri olmak üzere iki gruba ayrıldığında, hastalık başlangıç yaşı, hastalık başlangıcı ile ilk ülser gelişimi arasındaki süre, toplam hastalık süresi, sigara kullanma, sosyo-ekonomik düzey, vücut kitle endeksi, varis çorabı giyme, ayakta kalma süresi, biyolojik tedavi, intravenöz iloprost tedavisi ve trombozun proksimal derin venlerde olması açısından anlamlı fark yoktu (Tablo 2).

Sonuç: Staz ülserleri BS'de nadir görülen ancak, tedavisi oldukça dirençli bir DVT komplikasyonudur. Genel popülasyonda kadınlarda ve ileri yaşta görülen bu tablo, BS kohortunda gençlerde ve erkeklerde ortaya çıkmaktadır. Yine genel popülasyondan farklı olarak sadece iç malleol ve tibia ön yüzeyinde değil, bacağın lateral kısmında, ayak sırtında hatta parmak aralarında ortaya çıkmaktadır. Nekrotizan vaskülit bildiren Jung ve ark. aksine, serimizde çoğunlukla staz dermatiti ile uyumlu bulgular gözlenmiştir. Takipte nadiren de olsa hasta ve hekimin birlikte uyum içinde ve sabırla çalışmasının olumlu sonuçlar verdiği izlenmiştir (Resim 1a, b). Ne var ki, hastaların %55'inde her türlü tedaviye rağmen medyan 11,5 yıl boyunca yaranın açık olarak sebat etmesi, geç dönemde immünsüpresif tedavinin fayda etmediğini düşündürmektedir. Kanımızca, erken dönemde agresif tedavi ile rekanalizasyon sağlandığı takdirde geç dönemde bu tip komplikasyonların önlenmesi mümkün olabilir.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, derin ven trombozu, post-trombotik sendrom, staz ülseri



Resim 1. a. Tedavi öncesi staz ülseri, **b.** Tedaviden 2 ay sonraki hali

Romatolojik hastalıklarda hidroklorokin kesilme nedenlerinin değerlendirilmesi

Berkan Armağan¹, Hatice Ecem Konak¹, Ebru Atalar¹, Bahar Özdemir Ulusoy¹, Pınar Akyüz Dağlı¹, Özlem Karakaş¹, Serdar Esmer¹, Hakan Apaydın¹, Mehmet Akif Eksin¹, Bünyamin Polat¹, Rezan Koçak Ulucaköy¹, Esra Kayacan Erdoğan¹, Serdar Can Güven¹, Kevser Orhan¹, İsmail Doğan², Hakan Babaoğlu¹, Yüksel Maraş³

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

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

³Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Romatolojik ve dermatolojik hastalıkların tedavilerinde hidroklorokin (HCQ) uzun yıllardır, güvenle tercih edilen etkili bir hastalığı modifiye edici ajandır. Retinal toksisite, alerjik deri reaksiyonları ve COVID-19 pandemisi ile birlikte gündeme gelen kardiyotoksikite nedeniyle hasta ve hekimler tarafından HCQ tedavileri kesilebilmektedir. Bu çalışmanın amacı romatoloji kliniğinde takipli hidroklorokin tedavisi kesilen hastaların özelliklerini incelemektir.

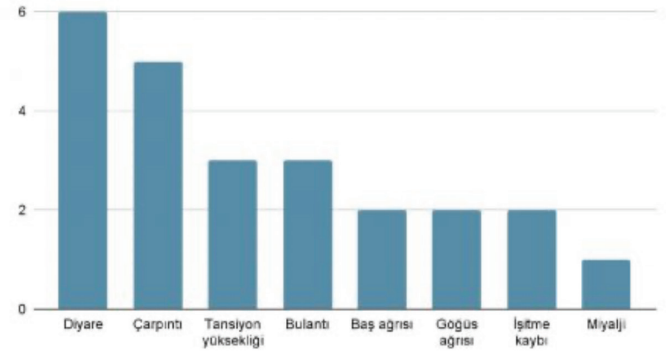
Yöntem: Ocak 2022-Haziran 2023 tarihleri arasında, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Romatoloji polikliniklerinde takipli olup HCQ tedavisi kesilmiş hastaların sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. Komorbiditeleri, HCQ kesilme nedenleri ve tarihleri kaydedildi.

Bulgular: HCQ tedavisi kesilen 140 hastanın %93'ü kadındı. Hastaların ortalama yaşları 54,5±12,9 idi. En sık eşlik eden komorbidite %37 ile hipertansiyonu bunu ise sırasıyla, hiperlipidemi %15, diabetes mellitus %14, koroner arter hastalığı %7, aritmi %5, kalp kapak problemi %3 ve kronik böbrek hastalığı %3 izlenmekteydi. HCQ tedavisi kesildiği sırada hastaların %36'sının steroid tedavi alıyordu. Tedavi kesilme nedenleri içinde olası retinal toksisite %54 ile ilk sıradaydı ve bunu döküntü (%19), hiperpigmentasyon (%9) ve diğer nedenler (Resim 1) %15 izlenmekteydi. Sadece 3 hasta HCQ tedavisini kendi isteğiyle bırakmıştı. Retinal toksisite nedeniyle tedavisi kesilen 75 hasta içinde 60 tanesi HCQ tedavisini 400 mg/gün dozundan alıyordu. Bu hastalar içinden de sadece %8'inde tedavi kesilmeden önce doz azaltımı yapılmıştı. On dokuz (%25) hastanın göz hastalıkları tarafından yeterli objektif değerlendirmesinin olmadığı görüldü.

Sonuç: Çalışmamızda beklenildiği gibi HCQ tedavisinin en sık kesilme nedeni retinal toksisiteydi. Fakat bu hastaların %25'inde yeterli objektif göz değerlendirmesinin yapılmadığı görüldü. Retinal toksisite sonrasında doz azaltımı yapılan hasta oranı da oldukça düşüktür.

Anahtar Kelimeler: Hidroklorokin, toksisite, retinopati

Hasta Sayısı



Resim 1. Hidroklorokin tedavisinin sık görülmeyen kesilme nedenleri

PS-077

Türkiye’de spondiloartrit prevalansı/insidansı ve hastaların özellikleri

Gizem Ayan¹, Umut Kalyoncu¹, Hasan Satış², Erdem Karabulut³, Abdülşamet Erden⁴, Emre Bilgin¹, Berkan Armağan⁵, Duygu Tecer⁶, Alper Sarı⁷, Hakan Babaoğlu⁵, Levent Kılıç¹, Orhan Küçükşahin⁸, Murat Çağlayan⁹, Mustafa Okan Ayvalı¹⁰, Naim Ata¹⁰, Mustafa Mahir Ülgü¹¹, Şuayip Birinci¹²

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

²Abdullah Yurtaslan Onkoloji Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

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

⁵Ankara Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁶Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁷Ankara Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁸Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

⁹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Biyokimya Kliniği, Ankara

¹⁰Strateji Geliştirme Başkanlığı, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Ankara

¹¹Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Ankara

¹²Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Ankara

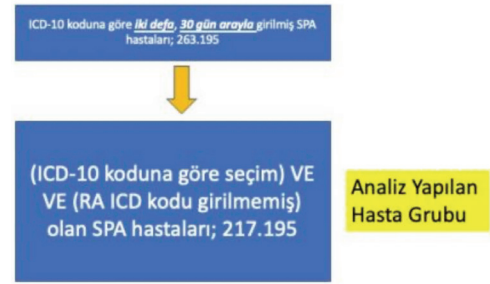
Amaç: Spondiloartrit (SpA), esas olarak aksiyel iskeletin enflamasyonu ile karakterize kronik, ilerleyici bir romatizmal hastalıktır. Hastalık prevalansı Avrupa, Kuzey Amerika ve Asya’da %0,01-2,5 arasında değişmekte olup, görülme sıklığı Avrupa’da %0,1-0,6 civarındadır. Bununla birlikte, SpA prevalansını/insidansını belirlemek için ülke çapında nispeten az sayıda epidemiyolojik çalışma yapılmıştır. Bu değerlendirmede, Türkiye’de SpA prevalansının/insidansının özelliklerini göstermeyi amaçladık.

Yöntem: Türkiye Ulusal Sağlık Veri Sistemi kullanılarak ülke çapında kohort değerlendirmesi yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı, 2014 yılından bu yana Sağlık Bakanlığı Ulusal Elektronik Veri Tabanı (e-Nabız) adlı merkezden elde edilen veriler aracılığıyla bilgisayar uygulamaları kullanarak tüm ülkeyi kapsayan sağlık veri ambarları oluşturmuştur. Bu e-Nabız sistemi, Türkiye'deki seksen milyondan fazla kişinin demografik özelliklerini, laboratuvar sonuçlarını, ilaç geçmişini, eşlik eden hastalıkları içeren klinik kayıtlarını içermektedir. Bu analiz için SpA olguları M02, M07, M09, M45, M46 ve bunların alt gruplarını içeren ICD-10 kodları kullanılarak belirlenmiştir. SpA tanısı, belirtilen ICD 10 kodlarını en az 1 ay arayla iki kez giren ve ek olarak romatoid artrit gösteren M05, M06 ve M08 için daha önce ICD10 kodu bulunmayan hastalarda konmuştur (Şekil 1). Hastaların genel özellikleri 2016-2022 yılları arasında verilmiştir. Pandemi 2020'den sonraki oranları değiştirmiş, veri tabanı 2014'te başlatıldığı ve veri aktarımı 2017'ye kadar devam ettiği için 2016 ve 2017'de önceki yılların kümülatif verileri veri tabanında kayıtlıdır. Bu nedenler prevalans açısından hem 2018 hem de 2019 verileri analiz edilirken, SpA'nın ulusal prevalansı, yılın 1 Ocak ve 1 Aralık tarihleri arasında tespit edilen SpA olgularının sayısının, o dönemde Türkiye'de ikamet eden kişi sayısına bölünmesiyle hesaplanmıştır. İnsidans, o yıldaki yeni olguların o dönemde Türkiye'de ikamet eden kişi sayısına bölünmesiyle hesaplanmıştır. Her iki parametre de her on yıl ve cinsiyet için verilmiş ve frekans (/10000) olarak raporlanmıştır.

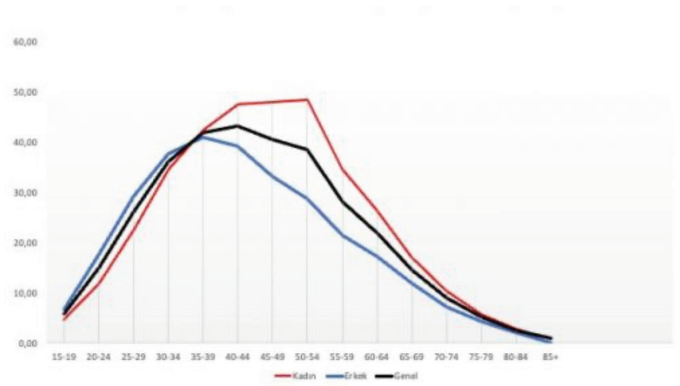
Bulgular: Genel olarak, 2016-2022 yılları arasında 217,195 SpA hastası bulunmuştur. Bunların %47,8'i erkektir ve ortalama (SD) yaş 45,1 (13)'dir. bDMARD alınmasına göre demografik özellikler analiz edildiğinde, erkeklerin oranı %63,7'ye yükselmiştir. SpA prevalansı 2018 yılında 21/10000 iken 2019 yılında 25,1/100000 olmuştur. SpA'nın 2018'de yıllara ve cinsiyete göre prevalansı Şekil 2'de bulunabilir. SpA'nın görülme sıklığı 2018 yılında 4,5/10000 iken 2019 yılında 4,6/10000 olmuştur. SpA'nın 2018 yılında on yıllara ve cinsiyete göre görülme sıklığı Şekil 3'te bulunabilir.

Sonuç: Ulusal verilere göre, Türkiye'de SpA prevalansı yaklaşık %0,2 ve insidansı %0,04'tür. Bu sonuçlar, Türkiye'de hastaların ICD-10 kodlarına göre dağılımını ve bir önceki değerlendirmeye göre daha düşük olduğunu göstermektedir. Bu durum, bazı hastaların hala rutin doktor takibine girmemiş olmasından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca, kadınlarda prevalans/insidans zirvesine yaklaşık on yıl sonra ulaşılmıştır.

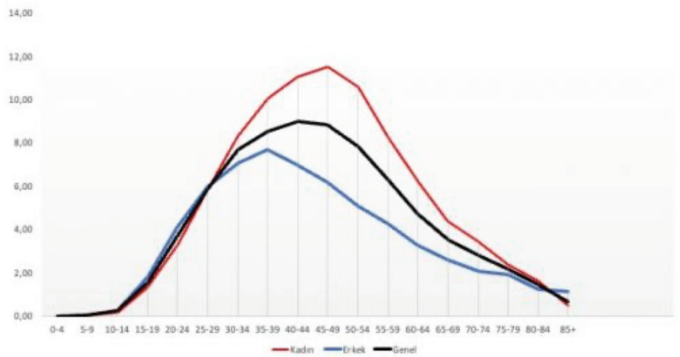
Anahtar Kelimeler: Prevalans, insidans, SpA



Şekil 1. Hasta seçim sürecinin akış şeması



Şekil 2. 2018 yılında SpA on yıllara ve cinsiyete göre görülme prevalansı



Şekil 3. 2018 yılında SpA on yıllara ve cinsiyete göre görülme insidansı

Still hastalığı ve enflamatuvar miyozitlerde PET'te dalak ortalama SUV değeri ile makrofaj aktivasyon sendromu riskinin ve mortalitenin değerlendirilmesi

Nail Zelyurt¹, Rıza Can Kardeş², Derya Yıldırım², Burcuğül Kaya², İbrahim Vasi², Rahime Duran², Abdulsamet Erden², Hamit Küçük², Berna Göker², Mehmet Akif Öztürk²

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

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

Amaç: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı (ESBH) tipik olarak; 39 °C'yi geçen ateş, geçici somon renginde döküntü, artrit veya artralji, hiperferritinemi ile seyreden, etiyojisi net bilinmeyen sistemik otoenflamatuvar bir hastalıktır. Dermatomiyozit (DM) farklı deri tutulumları ile giden, proksimal kas güçsüzlüğü yapan, eklemler, akciğer, Özofagus gibi organları tutan etiyojisi net aydınlatılmamış sistemik otoimmün idiyopatik enflamatuvar miyopatidir. Bu hastalıkların önemli ortak özelliği mortal seyreden makrofaj aktivasyon sendromuna neden olabilmesidir. Pozitron emisyon tomografi; onkolojide hastalıkların tanısında takibinde kullanılan bir görüntü yöntemidir. PET kullanımı romatoloji kliniğinde kullanımı giderek artmaktadır. Bu çalışmada PET çekilen EBSH ve DM hastalarının dalak ortalama SUV değerinin mortalite ve komorbiditeye neden olabilecek komplikasyonlar ile arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amaçlanmıştır.

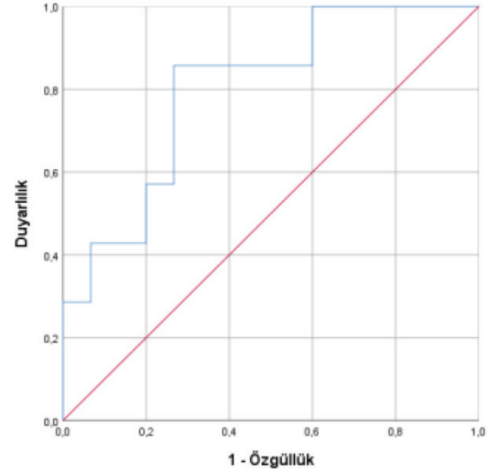
Yöntem: Tek merkezli, retrospektif yapılan çalışmamızda Ocak 2012-Kasım 2022 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı'na başvuran EBSH ve DM tanılı 224 hastanın verileri retrospektif olarak taranmıştır. Taranan hastalar arasında PET çekilen 11 EBSH VE 11 DM hastası olmak üzere 22 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya alınan EBSH hastaları Yamaguchi kriterleri, DM hastaları için Bohan kriterlerini sağladığı teyit edilmiştir. Makrofaj aktivasyon sendromu için 9 değişkene sahip olan HScore kullanıldı. Hastaların birçoğunda kemik iliği aspirat sonuçları olmaması üzerine skorlamaya dahil edilmemiştir. Optimal cut-off değeri 169 olarak kabul edildi. Elde edilen verilerin analizinde SPSS v.23 programı kullanılmıştır.

Bulgular: Hastaların dalak SUV_{ort}, karaciğer SUV_{ort}, kemik iliği SUV_{ort} ve KC/dalak SUV_{ort} ile laboratuvar bulguları arasındaki korelasyon, MAS ve mortalite arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. HScore ≤169 olanlarla >169 olan hastaların karşılaştırıldığında HScore >169 olan hastaların dalak SUV_{ort} daha yüksek saptanmıştır (p=0,026). HScore ≤169 olanlarda KC/Dalak SUV_{ort}'si daha yüksektir (p=0,022). Ölen hastalar ve yaşayan hastaların organ SUV_{ort} ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı.

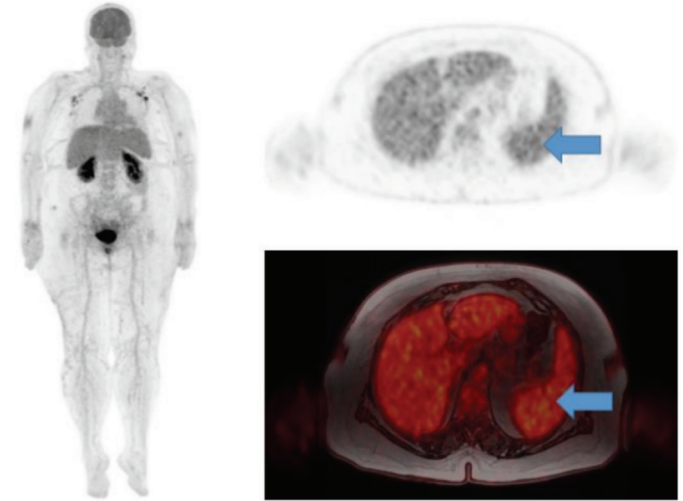
Sonuç: Pozitron emisyon tomografi çekilen hastaların dalak SUV_{ort} arttıkça MAS riskinin arttığını bu çalışma doğrultusunda söyleyebiliriz. Çalışmamızdaki bu sonuçlar dalak SUV_{ort} ile hastaların MAS riskini önceden belirlemede, prognozu tahmin etmede, olası klinik MAS görülmesi halinde erken tedavi planlanmasına yardımcı olabilir. Patolojik tutulum olmasa bile dalak SUV_{ort} değerlendirilmesi karaciğer/dalak oranı SUV_{ort} belirlenmesi bu hastalar açısından hayat kurtarıcı olabilir. Bu doğrultuda bir farkındalık oluşturmak amaçlanmıştır. Romatolojide

PET kullanımı yaygınlaştıkça bu hastalıklarda aydınlanmamış birçok veriye ışık tutacağını umuyoruz. Çalışmamızın en önemli özelliği Türkiye'de dalak SUV_{ort} ile MAS ve mortalite ilişkisini değerlendiren ilk çalışma olmasıdır. Ancak daha fazla hasta grubuyla prospektif yapılan çalışmalara ihtiyaç vardır.

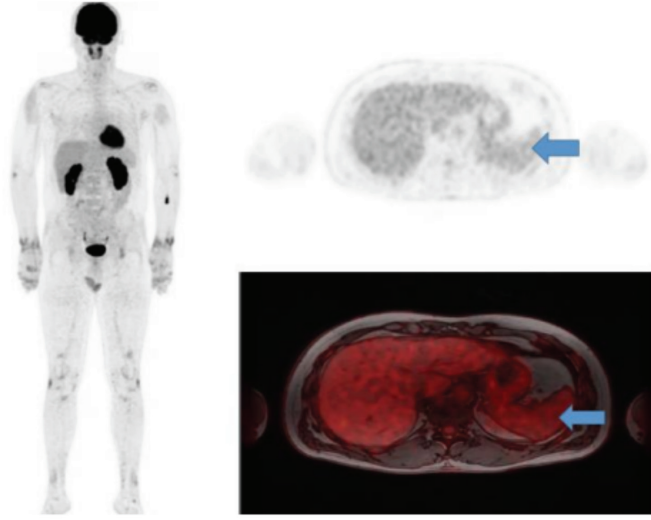
Anahtar Kelimeler: Still, dermatomiyozit, PET



Şekil 1. HScore >169 için dalak SUV_{ort} ROC eğrisi



Şekil 2. Atmış sekiz yaşında, kadın, EBSH hastası takibinde MAS öyküsü olan hastanın tüm vücut görüntüleme PET ve dalak tutulumu



Şekil 3. Otuz sekiz yaşında, erkek, DM hastası 1. yılda septik şok nedeniyle eksitus olan hastanın tüm vücut görüntüleme PET ve dalak tutulumu

PS-079

Nefrolitiazis, aksiyel spondiloartropatilerin ekstraartiküler bulgusu olabilir mi?

Elif Er Gülbezer¹, Mustafa Cem Bülbül², Nur İlayda Genç², Işıl Ezelsoy³, Nilüfer Alpay Kanitez¹

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

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

³Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

Amaç: Ankilozan spondilit (AS) hastalarında nefrolitiazis prevalansının, genel popülasyon ve diğer kronik enflamatuvar romatolojik hastalıkları olan hastalara göre artmış olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmada nefrolitiazisin aksiyel ve periferik eklem tutulumuyla ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 2020-2023 yılları arasında ayaktan romatoloji polikliniğine başvuran AS, psoriatik artrit (PsA) ve seropozitif romatoid artrit (RA) hastaları değerlendirildi. Sosyo-demografik bulguları, nefrolitiazis öyküleri, aile öyküsünde ek romatolojik hastalık ve nefrolitiazis varlığı sorgulandı. Aksiyel ve periferik eklem tutulumları, eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein, serum kalsiyum, ürik asit ve kreatinin, tam idrar tetkikinde eritrosit sayısı ve protein düzeyleri değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 175 (%51,9) AS, 88 (%26,1) PsA ve 74 (%21,9) seropozitif RA tanılı olmak üzere toplam 337 hasta dahil edildi. Tüm grupta 39 (%11,6) hastanın nefrolitiazis öyküsü bulunmaktayken, bu hastaların 29'u (%74,3) AS, 9'u (%23,0) PsA, 1 (%2,5) tanesi seropozitif RA grubundaydı. Eklem tutulumları aksiyel ve periferik olarak ayrı ayrı değerlendirildiğinde ise AS ve PsA tanılı hastalarda, sadece periferik tutulum varlığında nefrolitiazis öyküsü olmadığı, bu hastaların tümünün aksiyel tutulumlu grupta olduğu görüldü.

Sonuç: Nefrolitiazis öyküsü AS yanında özellikle aksiyel spondiloartropati ile ilişkili görünmektedir. Aksiyel tutulumlu PsA ve diğer enflamatuvar artritlerde de nefrolitiazis birlikteliği olabileceği, özellikle riskli grupta nefrolitiazis varlığının aksiyel tutulum açısından anlamlı olabileceği düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: Nefrolitiazis, ürolitiazis, aksiyel spondiloartropati, ankilozan spondilit, psoriatik artrit

Tablo 1. Ankilozan spondilit, psoriatik artrit ve seropozitif romatoid artrit gruplarında, aksiyel ve periferik eklem tutulumuna göre nefrolitiazis öyküsü

| | Nefrolitiazis (+) | Nefrolitiazis (-) | TOPLAM (N=337) |
|--------------------------------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| Ankilozan Spondilit | 29 (%16.6) | 146 (%83.4) | 175 |
| Aksiyel | 29 | 141 | 170 |
| Periferik | 0 | 5 | 5 |
| Psöriatik Artrit | 9 (%10.2) | 79 (%89.8) | 88 |
| Aksiyel | 9 | 60 | 69 |
| Periferik | 0 | 19 | 19 |
| Romatoid Artrit (Seropozitif) | 1 (%1.4) | 73 (%98.6) | 74 |
| Aksiyel | 0 | 0 | 0 |
| Periferik | 1 | 73 | 74 |
| TOPLAM (N=337) | 39 (%11.6) | 298 (%88.4) | 337 (%100) |

Tablo 2. Tüm grupta aksiyel ve periferik eklem tutulumuna göre nefrolitiazis öyküsü

| | Nefrolitiazis (+) | Nefrolitiazis (-) | TOPLAM | P |
|-------------------|-------------------|-------------------|------------|--------|
| Aksiyel tutulum | 38 (%97.4) | 201 (%67.4) | 239 | <0.001 |
| Periferik tutulum | 1 (%2.56) | 97 (%32.5) | 98 | <0.001 |
| TOPLAM | 39 | 298 | 337 | |

Aksiyal spondiloartriti olan hastalarda aksiyal tutulum dışı manifestasyonların sıklığı, klinik özellikleri ve tedavi altındaki seyri

Ayşenur Yılmaz¹, Erdem Bektaş¹, Aylin Canik³, Feyyaz Hazar Yağmur³, Bahar Artım Esen², Murat İnanç², Ahmet Gül², Yasemin Yalçınkaya²

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

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

³İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul

Amaç: Aksiyal spondiloartrit (aksSpA), aksiyal iskeleti tutan kronik enflamatuvar bir hastalıktır. Hastalığın seyrinde tedavi kararı ve prognozu etkileyebilecek farklı ekstra-aksiyal manifestasyonlar (EAM) ortaya çıkabilmektedir. Çalışmamızda aksSpA'lı hastalarda EAM'lerin sıklığı, klinik özellikleri ve tedaviler altındaki seyrinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

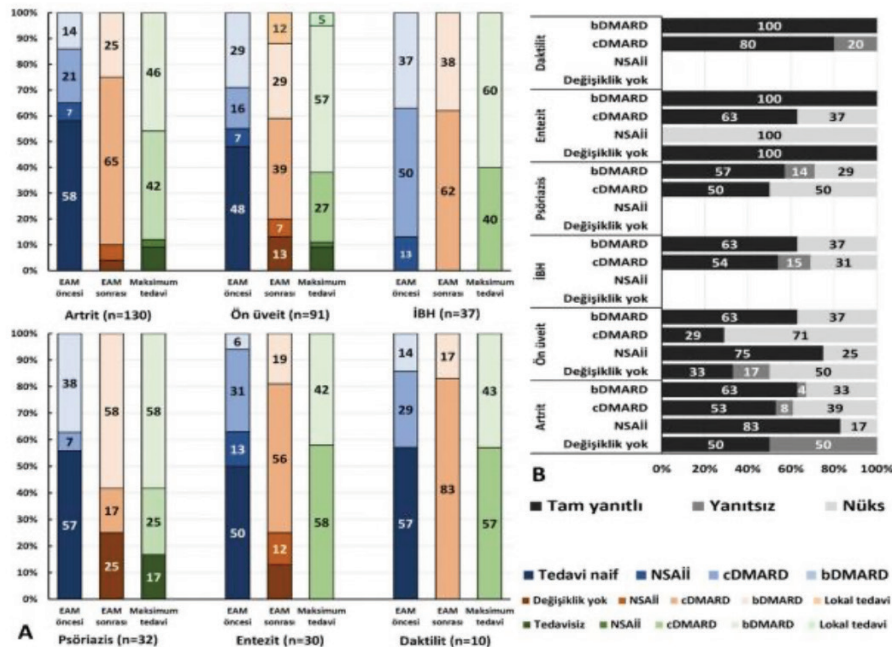
Yöntem: İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı Polikliniği'nde 1980-2022 yılları arasında takip edilen ve ASAS kriterlerini karşılayan aksSpA hastalarının medikal kayıtları retrospektif olarak tarandı. Direkt grafi ve/veya sakroiliak MR'de sakroiliit saptanan 584 hastanın kayıtları incelendi. EAM [periferik artrit, entezit, ön üveit, daktilit, psoriasis ve/veya enflamatuvar bağırsak hastalığı (İBH)] var olan 207 (%35,4) aksSpA hastasının verileri, EAM olmayan aksSpA hastaları ile farkları değerlendirildi.

Bulgular: AksSpA hastalarının demografik verileri EAM varlığına göre Tablo 1'de özetlenmiştir. EAM olan hastaların %60,4'ü erkek, ortanca tanı yaşı 34 (25-43) ve ortanca takip süresi 144 (84-204) ay saptandı. EAM olan grupta tanı yaşı daha geç (p=0,041) ve

non-radyografik aksSpA sıklığı daha fazlaydı (p<0,001). EAM olan aksSpA hastalarında en sık periferik artrit (n=130, %63) azalan sıklıklarda ön üveit (n=91, %44), İBH (n=37, %18), psoriasis (n=32, %15), entezit (n=30, %14) ve daktilit (n=10, %5) olduğu görüldü. EAM'ler, %34,6 hastada aksSpA tanısı ile eş zamanlı, %30,1 hastada tanıdan önce, %35,4 hastada ise tanıdan sonra ortaya çıkmıştı. EAM ortaya çıkışı sırasında %51,3 hastada eşlik eden aksiyal aktivite olduğu, %52 hastanın henüz tedavi olmadığı, %21 hastanın cDMARD, %20 hastanın ise biyolojik DMARD (bDMARD) tedavisi altında olduğu görüldü. bDMARD tedavisine rağmen yeni ortaya çıkan EAM grupları arasında farklıydı (p=0,042, bonferroni düzeltmesi); sıklıkla ön üveit (%28,6), İBH (%37,5) ve psoriasis (%35,7) olduğu görüldü. cDMARD altında nüks EAM grupları arasında farklıydı (p=0,006, bonferroni düzeltmesi); sıklıkla ön üveit (%70,8) ve psoriasis (%50) olarak görüldü. Kontrol altına alınamayan EAM nedeniyle ek olarak 59 hastada (%58'i cDMARD altında nüks) bDMARD gerekti. bDMARD tedavisi altında EAM nüksü grupları arasında benzerdi; üveit (%6), artrit (%6), psoriasis (%6) ve İBH (%8) saptandı (Tablo 2, Şekil 1).

Sonuç: EAM olan hastaların daha sıklıkla non-radyografik aksSpA kriterlerini karşıyor oluşu, EAM gelişiminin radyografik sakroiliit gelişmeden tanı konulmasını kolaylaştırabileceğini düşündürmektedir. AksSpA'lı kohortumuzda en sık saptanan EAM'lerin periferik artrit ve ön üveit olduğu, tedaviye dirençli veya nüks ihtimali daha sık olanlar arasında ise ön üveit, İBH ve psoriasisın yer aldığı gözlemlendi. EAM ortaya çıkışı sırasında hastaların yaklaşık yarısında aksiyal aktivite eşlik etmekte birlikte, tedavi değişiminin belirleyicileri arasında EAM'lerin önemli yer tutmuştur. AksSpA hastalarında aksiyal aktiviteye eşlik eden veya ön planda var olan EAM'yi kapsayacak uygun ve etkili tedavi algoritmalarının belirlenmesi önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aksiyal spondiloartrit, ekstraaksiyel manifestasyon, DMARD



Şekil 1. (A) Ekstraaksiyel manifestasyonların tedavisi, (B) birinci basamak tedaviye yanıt

NSAİİ: Steroid dışı anti-enflamatuvar ilaç, cDMARD: Konvansiyonel hastalığı modifiye edici antiromatizmal ilaç, bDMARD: Biyolojik DMARD

Ailesel Akdeniz ateşinde kanakinumab ve kolşisin kullanımı renal sonuçlar üzerine etkili mi?

Tahir Saygın Ögüt¹, Veli Yazısız², Mustafa Ender Terzioğlu², Melis Dilbil², Mine Nokay², Funda Erbasan²

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Antalya

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

Amaç: Ailesel Akdeniz ateşi (AAA) enflamatuvar ataklar ile seyreden bir otoenflamatuvar hastalık olup yaklaşık %9'unda sekonder amiloidoz ve %5'inde son dönem böbrek hastalığı gelişmektedir. Kolşisin AAA ataklarını ve buna bağlı amiloidozu önlemede oldukça etkili olmasına rağmen, hastaların %5-10'unda rezistans, %5-10'unda ise intolerans nedeniyle ileri tedavilere ihtiyaç duyulmaktadır. Anti-IL-1 tedavisi başlanan bazı hastalarda çeşitli nedenlerle kolşisin tedavisi kesilebilmektedir. Biz bu çalışmada, kanakinumab/kolşisin (K/K) kombinasyon tedavisi ile kanakinumab monoterapisinin atak sayısı, proteinüri ve kronik böbrek hastalığı progresyonu üzerine etkilerini araştırdık.

Yöntem: Merkezimizde 2015-2023 yılları arasında Tel-HaShomer Kriterleri'ne göre AAA tanısı ile takip edilen ve kolşisin intoleransı/direnci nedeni ile kanakinumab kullanan hastalar retrospektif olarak tarandı. Üç aydan uzun süre kanakinumab kullanmakta olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların karakteristik özellikleri ve 3 ay ara ile yapılan vizitlerdeki klinik belirtiler, proteinüri ve serum kreatinin düzeyleri ile glomerüler filtrasyon hızı (GFH) analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya 55 hasta dahil edildi ve ortalama yaş 36,8±9,6 yıl olarak saptandı. Kanakinumab tedavisi için medyan takip süresi 25 aydı (3-86 ay). Hastaların FMF semptomlarının başlangıcından günümüze kadar geçen süre 27,0±9,9 yıldır. FMF tanısından günümüze kadar geçen süre ise 15,8±7,5 yıl olduğu izlendi. Hastaların demografik verileri Tablo 1'de verilmiştir. Otuz bir hastada (%56,4) K/K kombinasyonu, 24 hastada (%43,6) ise kanakinumab monoterapisi uygulanmaktaydı. Mutasyon analizi olan 45 hastanın 23'ünde (%51,1) homozigot M694V mutasyonu varken, 43'ünde (%95,6) en az 1 kopyada ekzon 10 mutasyonu vardı. Her iki grup arasında demografik ve klinik özellikler açısından fark saptanmadı (Tablo 2). Kanakinumab sonrası son 3 ay içerisinde geçirilen FMF atak sayısı her iki grupta benzerdi (Tablo 2). K/K kombinasyon ve kanakinumab monoterapisi uygulanan FMF hastaları; tüm subgruplar için başlangıç ve son serum kreatinin, GFH ve proteinüri oranı karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 3).

Sonuç: EULAR ataklar devam etse bile amiloidoz riskini azaltmak için biyolojik tedavilerin yanında kolşisine de devam edilmesini önermektedir. Çalışmamız kanakinumabın tek başına kullanımı ile K/K kombinasyonu karşılaştırıldığında atak sayısı ve renal sonuçlar açısından benzer sonuçları olduğunu göstermiştir. Anti-IL-1 tedavisi alan FMF hastalarında kolşisin tedavisinin devamında bireysel faktörler göz önünde bulundurulmalıdır. Bu açıdan geniş kapsamlı prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Ailesel Akdeniz ateşi, amiloidoz, kolşisin, kanakinumab

Tablo 1. AAA hastalarının demografik ve karakteristik özellikleri

| Hasta demografisi | |
|--|------------|
| Kadın cinsiyet, n(%) | 26 (47.3) |
| Yaş, yıl (ortalama ± SD) | 36.8 ± 9.6 |
| AAA semptomlarının başlangıcından itibaren geçen süre, yıl (ortalama ± SD) | 27.0 ± 9.9 |
| AAA tanısından itibaren geçen süre, yıl (ortalama ± SD) | 15.8 ± 7.5 |
| Kanakinumab tedavi süresi, ay (medyan, min-max) | 25 (3-86) |
| Önceden anakına kullanımı n(%) | 17 (30.9) |
| Atak tipi, n(%) | |
| Ateş | 46 (83.6) |
| Peritonit | 43 (78.2) |
| Pforit | 30 (54.5) |
| Pericardit | 2 (3.6) |
| Eklemler | 40 (72.7) |
| Cilt | 2 (3.6) |
| AAA pozitif aile öyküsü, n(%) | 39 (71.2) |
| VKI, kg/m ² (mean ± SD) | 24.4 ± 6.1 |
| Sigara, n(%) | |
| Aktif | 22 (40.0) |
| Ex-smoker | 5 (9.1) |
| Hiç içmemiş | 28 (50.9) |
| Alkol kullanımı, n(%) | |
| Düzenli | 2 (3.6) |
| Sosyal içici | 7 (12.7) |
| Hiç içmemiş | 46 (83.7) |
| Amiloidozis, n(%) | |
| Renal | 21 (38.2) |
| Kardiyak | 21 (38.2) |
| Gastrointestinal | 7 (12.7) |
| 4 (7.3) | |
| Komorbiditeler, n(%) | |
| Aksiyel spondiloartriti | 2 (3.6) |
| İnflamatuvar bağırsak hastalığı | 1 (1.8) |
| Poliarteritis nodosa | 1 (1.8) |
| Psöriyazis | 1 (1.8) |
| CCI indeksi n(%) | |
| ? 2 | 19 (34.5) |
| 1 | 3 (5.5) |
| 0 | 33 (60.0) |
| MEFV (n=45) | |
| Ekzon 10 Mutasyonu, n(%) | |
| M694V homozigot | 23 (51.1) |
| M694V mutasyonu, en az 1 kopyada | 40 (88.9) |
| M694V / M680I | 6 (13.3) |
| M694V / V726A | 6 (13.3) |
| M694V / R761H | 2 (4.4) |
| Exon 10 mutasyonu en az 1 kopyada | 43 (95.6) |
| Exon 2 Mutasyonu, (%) | |
| R202Q, homozigot | 4.4 |
| R202Q mutasyonu, en az 1 kopyada | 28.9 |

Tablo 2. AAA hastalarında kolşisin/kanakinumab kombinasyon ve kanakinumab monoterapisi uygulanan hastalarının demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması

| Karakteristik özellikler | Kolşisin/ kanakinumab kombinasyonu (n= 31) | Kanakinumab monoterapisi (n=24) | p |
|--|--|---------------------------------|-------|
| Kadın, cinsiyet (%) | 42 | 54.2 | 0.368 |
| Yaş, yıl (ortalama ± SD) | 35.1 ± 9.3 | 39.0 ± 9.7 | 0.135 |
| VKI, kg/m ² (mean ± SD) | 24.1 ± 6.4 | 24.8 ± 5.9 | 0.679 |
| AAA tanı yaş, yıl ortalama ± SD medyan (min-max) | 18.3 ± 10.1 18 (2-40) | 24.7 ± 10.5 21.5 (5-54) | 0.156 |
| Kanakinumab tedavisi takip süresi, ay ortalama ± SD medyan (min-max) | 30.6 ± 20.3 30 (3-72) | 26.0 ± 20.2 24.5 (3-86) | 0.337 |
| Düzensiz kanakinumab kullanımı, (%) | 35.5 | 16.7 | 0.141 |
| AAA semptomlarının başlangıcından bugüne kadar geçen süre, yıl (ortalama ± SD) | 27.6 ± 8.3 | 26.2 ± 12.0 | 0.624 |
| AAA tanısından bugüne kadar geçen süre, yıl (ortalama ± SD) | 16.8 ± 6.4 | 14.4 ± 8.5 | 0.228 |
| GFH, ml/dk, (%) | | | |
| ≥90 | 18 | 16 | |
| 90-60 | 3 | 1 | |
| 60-30 | 0 | 3 | 0.252 |
| 30-15 | 1 | 1 | |
| <15 | 1 | 1 | |
| Böbrek nakil hastası, (%) | 8 | 2 | |
| Son 3 aylık atak sayısı, (%) | | | |
| 0 | 74.2 | 79.2 | |
| 1 | 16.1 | 8.3 | 0.687 |
| 2 | 6.5 | 8.3 | |
| ≥3 | 3.2 | 4.2 | |

SD, standart deviasyon; VKI, vücut kitle indeksi; AAA, Ailesel Akdeniz Ateşi.

Tablo 3. Hastalarında kolşisin/kanakinumab kombinasyon ve kanakinumab monoterapisi uygulanan hastalarının renal sonuçlarının karşılaştırılması

| Renal Sonuçlar | Kolşisin + Kanakinumab | | Kanakinumab | | P* |
|--|------------------------|----------------|---------------|----------------|-------|
| | Tedavi öncesi | Tedavi sonrası | Tedavi öncesi | Tedavi sonrası | |
| Tüm hastalar | n:27 | | n:22 | | |
| -Kreatinin, (mg/dl, ortalama ± SD) | 0.92±0.52 | 1.09±0.72 | 0.89±0.37 | 1.08±0.81 | 0.415 |
| -GFR, (ml/min, ortalama ± SD) | 105.5±32.0 | 96.8±36.3 | 99.8±31.2 | 93.6±34.6 | 0.629 |
| -Proteinüri, (spot idrar mg/mg) | 888±2112 | 470.4±1036 | 567±1368 | 787±1718 | 0.365 |
| Amiloidozis olmayan hastalar | n:18 | | n:15 | | |
| -Kreatinin, (mg/dl, ortalama ± SD) | 0.68±0.12 | 0.72±0.16 | 0.72±0.25 | 0.75±0.23 | 0.638 |
| -GFR, (ml/min, ortalama ± SD) | 121.1±19.67 | 116.7±12.4 | 113.7±23.1 | 110.7±21.5 | 0.928 |
| -Proteinüri, (spot idrar mg/mg) | 119.4±77.4 | 113.9±75.1 | 191.3±345.9 | 154.0±242.5 | 0.677 |
| Amiloidozis olan hastalar | n:9 | | n:7 | | |
| -Kreatinin, (mg/dl, ortalama ± SD) | 1.40±0.68 | 1.83±0.83 | 1.24±0.32 | 1.79±1.15 | 0.751 |
| -GFR, (ml/min, ortalama ± SD) | 74.3±38.6 | 58.9±35.6 | 70.1±25.6 | 56.9±28.6 | 0.915 |
| -Proteinüri, (spot idrar mg/mg) | 2425±3241 | 1183±1619 | 1374±2271 | 2144±2654 | 0.223 |
| Renal transplant ile takipli hastalar | n:6 | | n:2 | | |
| -Kreatinin, (mg/dl, ortalama ± SD) | 1.63±0.64 | 2.04±0.74 | 1.48±0.07 | 1.74±0.78 | 0.739 |
| -GFR, (ml/min, ortalama ± SD) | 62.9±25.8 | 47.8±26.7 | 54.5±14.8 | 53.0±38.2 | 0.615 |
| -Proteinüri, (spot idrar mg/mg) | 1055±1292 | 1216±2011 | 750±254 | 585±21 | 0.739 |

PS-082

b/tsDMARD tedavisi altındaki PSA hastalarında tanıda 6 aylık gecikmenin klinik ve fonksiyonel durum üzerindeki etkisi: TReasure veri tabanından elde edilen sonuçlar

Gizem Ayan¹, Levent Kılıç¹, Nazife Şule Yaşar Bilge², Pamir Atagündüz³, Ediz Dalkılıç⁴, Yavuz Pehlivan⁴, Orhan Küçükşahin⁵, Cemal Bes⁶, Servet Akar⁷, Muhammet Çınar⁸, Hakan Emmungil⁹, Duygu Ersözlü¹⁰, Aşkın Ateş¹¹, Rıdvan Mercan¹², Gezmiş Kimyon¹³, Süleyman Serdar Koca¹⁴, Emel Gönüllü¹⁵, Veli Yazısız¹⁶, Nilüfer Alpay Kanitez¹⁷, Abdülşamet Erden¹⁸, Burcu Yağız⁴, Belkis Nihan Coşkun⁴, Timuçin Kaşifoğlu², Ali İhsan Ertenli¹, Sedat Kiraz¹, Umut Kalyoncu¹

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

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

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

⁴Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

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

⁶Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Şakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

⁷İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

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

⁹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ

¹⁰Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Adana

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

¹²Namik Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

¹³Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Hatay

¹⁴Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ

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

¹⁶Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

¹⁷Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

¹⁸Ankara Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

Amaç: Psoriatik artrit (PsA) hastalarında tanıdaki gecikmenin hastalık şiddeti ve fonksiyonel kayıp üzerindeki etkisi daha önce gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı, ulusal bir veri tabanı kullanarak bDMARD tedavisi altındaki PsA hastalarında tanıda 6 aylık gecikmenin hastaların klinik sonuçları ve fonksiyonel sonuçları üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

Yöntem: TReasure, 2017 yılında Türkiye’de başlatılan ve şu anda 17 merkezi içeren ulusal, çok merkezli ve gözlemsel bir veri tabanıdır. Semptomların başlangıcından tanı konulmasına kadar 6 aydan kısa ve uzun süre geçen PsA hastaları değerlendirilmiştir. Hastaların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, tanıda gecikme), sigara kullanımı (hiç), BMI ve CCI skoru hesaplanmıştır. PsA ve ilişkili hastalık özellikleri; daktilit, entezit, üveit, IBD, mNY’ye göre sakroiliit, hastalık bDMARD başlangıcında aktivite; SJC (66 eklem), TJC (68 eklem), ASDAS-CRP, ASDAS-ESR, BASDAI, ESR, CRP, VAS (hekim global, hasta global), fonksiyon ve yaşam kalitesi; BASFI (>40 mm), HAQ-DI (<0,5, 0,5-1,0, >1,0), EQ5D, değerlendirilmiş ve iki grup arasında karşılaştırılmıştır.

Bulgular: TReasure veri tabanında, PsA hastalarının 865/911’inde (%94,9) semptomdan tanıya kadar geçen süre bilinmekteydi. Tanıda 6 aydan fazla gecikme 627/865 (%72,4) hastada mevcuttu. Gecikmiş tanı grubunda semptom başlangıcından bDMARD başlanmasına kadar geçen süre daha uzundu [6,1 (3,3-6,1) vs. 2,4 (0,8-7,1) yıl, p<0,001]. PsA tanısında gecikme olan hastalarda mNY kriterlerine göre daha fazla sakroiliit (%57,3’e karşı %46,2, p=0,014) vardı. Bununla birlikte, tanıda 6 aydan daha az gecikme olan hastalarda daktilit daha yaygındı (%31,2’ye karşı %19,1, p<0,001). Hastaların ASDAS-CRP ve VAS-Hekim Global skoru biraz daha yüksekken, diğer aktivite parametreleri benzerdi; (ASDAS-ESR, BASDAI, BASMI, VAS hasta global, SJC ve TJC) (Tablo 1). Gecikmiş tanı grubunda medyan (IQR) BASFI ve HAQ-DI skorları arasında fark bulunmazken, BASFI ve HAQ-DI kategorileri daha kötü fonksiyon ve yaşam kalitesi göstermiştir. EQ5D, gecikmiş tanı grubunda biraz daha kötü skorlarla benzer sonuç göstermiştir.

Sonuç: bDMARD kullanan PsA hastalarının yaklaşık dörtte üçünde tanıda en az 6 aylık bir gecikme vardır. Tanıda gecikme, bDMARD başlanmasına kadar geçen süreyi önemli ölçüde uzatmaktadır. Erken tanı grubundaki en önemli klinik bulgu daktilittir. Aksiyel tutulum, tanıdaki gecikmenin bir nedeni, belki de sonucu olabilir. Tanıdaki gecikme kötü fonksiyon ve yaşam kalitesi ile ilişkili olduğundan, her aşamada erken tanı için çaba gösterilmelidir.

Anahtar Kelimeler: bDMARD, psoriatik artrit, veri tabanı

Tablo 1. Tanısal gecikme olan ve olmayan hastaların demografik ve klinik özellikleri

| | Tanısal gecikme < 6 ay n=238 | Tanısal gecikme > 6 ay n=627 | P |
|--|------------------------------------|------------------------------------|--------|
| Mevcut Yaş (y) | 45 (38-57) | 47 (40-57) | 0,09 |
| Cinsiyet (erkek) n, (%) | 89 (37,4) | 200 (31,9) | 0,13 |
| Tanısal gecikme, ay | 3,0 (1,0-4,9) | 24,0 (11,9-61,0) | <0,001 |
| Hastalık süresi (y) (semptom-bDMARD başlanması) | 2,4 (0,8-7,1) | 6,1 (3,3-6,1) | <0,001 |
| Hastalık süresi (y) (Tanı-bDMARD başlanması) | 2,3 (0,6-7,1) | 2,5 (0,7-6,2) | 0,61 |
| BMI | 28,1 (24,6-32,0) | 28,0 (24,9-31,9) | 0,62 |
| Sigara (herhangi bir zaman), n (%) | 119 (50,6) | 289 (47,2) | 0,37 |
| CCI (≥1), n (%) | 47 (19,7) | 127 (20,3) | 0,62 |
| ASDAS-CRP | 3,45 (2,77-4,08) | 3,62 (3,14-4,25) | 0,011 |
| BASFI Puanı (0-10) | 4,6 (2,2-6,2) | 4,7 (3,4-5,9) | 0,52 |
| BASFI kategorisi > 4 | 92 (61,7) | 307 (71,4) | 0,028 |
| EQ5D skoru | 11 (9-11) | 11 (10-12) | 0,026 |
| HAQ-DI skoru | 0,64 (0,40-1,0) | 0,63 (0,50-0,80) | 0,76 |
| HAQ-DI kategorisi | | | 0,002 |
| <0,5 | 37 (28,0) | 68 (17,6) | |
| 0,5-1,0 | 58 (43,9) | 241 (62,4) | |
| > 1,0 | 37 (28,0) | 77 (19,9) | |
| VAS-Hekim global | 70 (50-80) | 70 (60-80) | 0,003 |
| mn'ye göre sakroilit, n (%) | 80 (46,2) | 238 (57,3) | 0,014 |
| Daktilit, n (%) | 64 (31,2) | 105 (19,1) | <0,001 |

Sürekli değişkenler medyan (%25-75) olarak sunulmuştur, VKI: Vücut kitle indeksi, CCI: Charlson Komorbidite İndeksi, BASFI: Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi, ASDAS: Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite Skoru, EQ5D: EuroQol skalası, HAQ- DI: Sağlık Değerlendirme Anketi Engellilik İndeksi, VAS: Görsel Analog Skalası, mn'ye: Modifiye New York Kriterleri

PS-083

İç hastalıkları tarafından romatoloji bölümüne yönlendirilen hastaların değerlendirilmesi

Pınar Akyüz Dağlı¹, Hatice Ecem Konak¹, Ebru Atalar¹,
Rezan Koçak Ulucaköy¹, Esra Kayacan Erdoğan¹,
Serdar Can Güven¹, Hakan Babaoğlu¹, İsmail Doğan^{1,2},
Kevser Orhan¹, Berkan Armağan¹, Yüksel Maraş³,
Orhan Küçükşahin^{1,2}, Ahmet Omma³, Şükran Erten^{1,2}

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

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

³Ankara Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

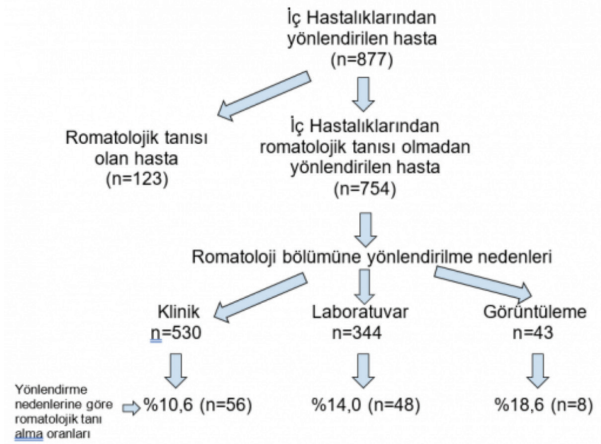
Amaç: Ülkemizde, genelin aksine, yandal polikliniklerine başvuru için hastaların ilgili branşlar tarafından yönlendirilmesi gerekmektedir. Bu yönlendirme için halihazırda bir algoritma ve denetim mekanizmasının olmaması, yandal polikliniklerinde giderek artan hasta yüküne sebep olmaktadır. Romatoloji, ilgi alanı itibarıyla, artan hasta yükünden en çok etkilenen bölümlerin başında gelmektedir. Bu çalışmada iç hastalıkları tarafından yönlendirilen hastalar arasında yeni romatolojik tanı alan hastaların yönlendirilme sebeplerine göre oranları araştırılmıştır.

Yöntem: 01-30 Eylül 2022 tarihleri arasında Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Poliklinikleri'ne iç hastalıkları tarafından yönlendirilen 877 hastanın özellikleri retrospektif olarak değerlendirildi. Daha önceden romatolojik hastalıklar açısından takipli olup olmadıkları, klinik, laboratuvar ve radyolojik olarak yönlendirilme nedenleri ve yeni aldıkları romatolojik hastalıklar kaydedildi.

Bulgular: İç hastalıkları tarafından romatoloji polikliniklerine yönlendirilen hastalar (%71'i kadın) içinden %14'ünün (n=123) halihazırda bir romatolojik hastalık tanısı vardı. Tanısı olmayan hastaların yönlendirilme nedenleri Şekil 1'de gösterilmiştir. Yönlendirilen hastalarda sırasıyla klinik şikayetler; artralji %52,7, yaygın ağrı %14,9, halsizlik %14,1, eklem şişliği %9,3, göz kuruluğu %9, ağız kuruluğu %8,8, mukokutanöz lezyonlar %8, tekrarlayan karın ağrısı %5,4, konstitüsyonel semptomlar %5,2, raynaud %3,2, tekrarlayan ateş %2,1, üveit %1,6, tekrarlayan gebelik kaybı %0,9, genç serebrovasküler olay %0,7, kronik baş ağrısı %0,7, lenfadenit %0,3, pannikülit %0,1 idi. Artralji nedenleri ise sırasıyla, bel ağrısı %17, el eklemlerinde ağrı %14,2, ayak eklemlerinde ağrı %12,1, diz ağrısı %11,4, kalça ağrısı %5, omuz ağrısı %3,3, bacak ağrısı %3,1 idi. Yeni romatolojik hastalık tanısı alan hasta oranı ise %8,8 (n=67/877) idi. Hastaların tanıları sıklık sırasına göre ise spondiloartropati 14, Sjögren hastalığı 13, undiferansiye bağ doku hastalığı 13, gut 6, Ailevi Akdeniz ateşi 6, Behçet hastalığı 5, seronegatif artrit 4, psoriatik artrit 3, Sistemik Lupus Eritematozis 1 ve ANCA ilişkili vaskülit 1 şeklindeydi.

Sonuç: İç hastalıkları tarafından yönlendirilen, daha önce bilinen romatizmal hastalığı olmayan hastaların sadece %8,8'i yeni romatolojik hastalık tanısı almıştır. Bu oran ülkemizde etkin bir yönlendirme sistemi olmadığını açık bir bulgudur. İş gücü ve maliyet kaybının önüne geçilmesi için, anadal eğitim sürecinde yandal rotasyonunun bunu engelleyecek şekilde optimize edilmesi ve ayrıca etkin yönlendirme algoritmalarının otorite tarafından gündeme alınması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Romatoloji, yönlendirme stratejileri, romatolojik hastalıklar



Şekil 1. Yönlendirilen hastaların dağılımı

Aksiyal spondiloartritli hastalarda eklem dışı bulguların biyolojik tedavi seçimine etkisi: TÜRKİOB gerçek yaşam verileri

Yavuz Pehlivan¹, Ediz Dalkılıç¹, Abdurrahman Soner Şenel², Servet Akar³, İsmail Sarı⁴, Gerçek Can⁴, Aydan Köken Avşar⁴, Süleyman Serdar Koca⁵, Berna Göker⁶, Mehmet Akif Öztürk⁶, Abdurrahman Tufan⁶, Şeminur Haznedaroğlu⁶, Zafer Günendi⁷, Ayşe Ergüney Çefle⁸, Ayten Yazıcı⁸, Özgül Soysal Gündüz⁹, Timur Pırıldar⁹, Sema Yılmaz¹⁰, Gözde Yıldırım Çetin¹¹, Rafi Haner Direskeneli¹², Güzide Nevsun İnanç¹², Servet Yolbaş¹³, Neslihan Yılmaz¹⁴, Şükran Erten¹⁵, Burak Şahin¹⁶, Hüseyin Doğan¹⁶, Fatoş Önen⁴

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji ve İmmünoloji Bilim Dalı, Kayseri

³İzmir Kâtip Celebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İzmir

⁴Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji ve İmmünoloji Bilim Dalı, İzmir

⁵Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ

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

⁷Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁸Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

⁹Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Manisa

¹⁰Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Konya

¹¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kahramanmaraş

¹²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

¹³İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji ve İmmünoloji Bilim Dalı, Malatya

¹⁴Demiroğlu Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

¹⁵Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

¹⁶Pfizer İmmünoloji ve İmmünoloji, İstanbul

Amaç: Aksiyal spondiloartritli (aksSpA) hastalarda başlangıçtaki ve izlemde yeni gelişen eklem dışı bulguların (EDB) hekimin biyolojik tedavi tercihi üzerindeki etkisini araştırmaktır.

Yöntem: Bu çalışma, ulusal biyolojik veri tabanı, TÜRKİOB'da kayıtlı aksSpA hastalarında retrospektif olarak yapılmıştır. Ön üveiti, psoriasis ve enflamatuvar barsak hastalığı (İBH) olan aksSpA hastalarındaki başlangıç biyolojik tedavileri kaydedilmiştir. Ayrıca, biyolojik tedavi kullanıyorken yeni gelişen bir EDB olan hastalarda tedavi değişikliği yapılıp yapılmadığı değerlendirilmiştir.

Bulgular: TÜRKİOB veri tabanına kayıtlı toplam 3,429 aksSpA hastasının verileri analiz edildi. Hastaların 3,291'i (%96) ankilozan

spondilit (AS) (%61 erkek; medyan yaş: 42 yıl) idi. Non-radyografik-aksSpA (nr-aksSpA) hastalarının %50'si erkek olup hastaların medyan yaşının 40 olduğu görüldü. HLA-B27, AS ve nr-aksSpA'lı hastaların sırasıyla %64,5 ve %53,9'unda pozitif. Hastalık aktivite indeksleri gruplar arasında çoğunlukla benzerdi. Hastaların yaklaşık %13,7'sinde (AS hastalarının %13,8'i ve nr-aksSpA hastalarının %10,9'u) ilk değerlendirmede EDB vardı. Her iki grupta da en sık görülen EDB üveit olup bu bulguyu sırasıyla İBH ve psoriasis izledi. AS grubunda EDB olan hastalarda medyan yaş daha büyük (p=0,001) ve hastalık süresi daha uzundu (p=0,031). Başlangıçta EDB olan hastalarda en çok tercih edilen ilaç adalimumab idi (%39,8); ardından infliksimab (%29,1) geliyordu. Bununla birlikte, yeni bir EDB gelişen hastaların en büyük kısmı (%26,6) o dönemde etanersept kullanıyordu. Bu grupta, yeni psoriasis ve üveit gelişen hastaların çoğunda (%68,7) etanersepte devam edildiği görüldü. Yeni psoriasis ve üveit gelişen hastaların çoğunda (%74,1) biyolojik ilaçlar arasında geçiş olmadığı görüldü.

Sonuç: Bu gözlemsel çalışma, romatologların başlangıçta EDB olan aksSpA hastalarında monoklonal TNF inhibitörlerini kullanmayı tercih ettiklerini göstermiştir. Ayrıca, etanersept tedavisi altında yeni başlayan bir EDB olduğunda, İBH dışında, genellikle biyolojik ilaç değişikliğine ihtiyaç duyulmadığı görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aksiyal spondiloartrit, biyolojik tedavi, anti-TNF, eklem dışı bulgu, tedavi seçimi

**Bu çalışma Pfizer sponsorluğunda gerçekleştirilmiştir.*

PS-085

2003-2013 yılları arasında takip edilen Sistemik Lupus Eritematozus tanılı hastaların klinik, tedavi ve progresyonlarının 10 yıllık süreçte retrospektif olarak değerlendirilmesi

Mine Nokay, Funda Erbasan, Veli Yazısız, Mustafa Ender Terzioğlu

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

Amaç: Sistemik Lupus Eritematozus (SLE), hücre çekirdek elemanlarına karşı otoantikor yapımı ile karakterize, organlarda immün komplekslerin birikmesiyle ortaya çıkan otoimmün sistemik bir hastalıktır.

Yöntem: Çalışmamızda 2003-2013 yılları arasında polikliniğimize başvuran, SLE tanısı ile takibe alınan 140 hastanın demografik özellikleri, organ tutulumları, otoantikor paternleri takiplerdeki laboratuvar bulguları ve tedavileri değerlendirilmiş olup, tedavi değişiklikleri hastalık aktivite indeksi hesaplanarak (SLEDAI) yapılmıştır. Lupus nefritinde verilen remisyon indüksiyon ve idame tedavileri gözden geçirilmiş ve erken dönemlerde saptanan bazı parametrelerin Lupus nefriti gelişiminde prediktif olup olmayacağı araştırılmıştır.

Bulgular: Hastaların 126'sı (%90) kadın, 14'ü (%10) erkekti. Yaş ortalaması 43,8±11,8 saptandı. Organ tutulumu, ANA titresi ve paterni, anti-dsDNA pozitifliği ve antikardiyolipin antikor ve Lupus antikoagülanı pozitifliği ile cinsiyetler arası fark

saptanmamıştır. İlk başvuruda 300 mg/gün üzerinde ve altında proteinüri olan hastaların verileri karşılaştırılmıştır. 300 mg/gün üzerinde proteinürisi olan hastaların hemoglobin değeri daha düşük (p=0,001), C3 değeri daha düşük (p=0,002) sedimentasyon ve CRP değeri daha yüksek (p=0,003, p=0,002), SLEDAI puanı daha yüksek (p=0,000), deri tutulumu daha az oranda (p=0,004), renal tutulum daha yüksek oranda (p=0,001) ve anti-dsDNA pozitiflik oranı daha yüksek (p=0,001) saptanmıştır. Lupus nefriti saptanan hastaların 28'i (%84,8) kadın, 5'i (15,2) erkekti. Remisyon indüksiyon tedavisi olarak siklofosamid, azatioprin, mikofenolat mofetil tedavilerine yanıt oranları arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır (p=0,841). Tanı konulduğu dönemde böbrek tutulumu olmayan fakat takiplerinde böbrek tutulumu gelişen 11 hasta ile hiç böbrek tutulumu olmayan 107 hastanın bulguları karşılaştırıldı. Takiplerinde Lupus nefriti gelişen hastaların ilk tanı anında C3 (p=0,011), C4 (p=0,003) düzeyleri düşük, proteinüri miktarlarının (p=0,004) daha fazla olduğu görüldü. İstatistiksel

olarak anlamlı saptanan değişkenler lojistik regresyon analizine alındı. Tanı anında proteinüri düzeyinin 300 mg/dL üzerinde olmasının bağımsız risk faktörü olduğu ve gelecekteki böbrek tutulumunu öngörmeye anlamlı olabileceği sonucu saptanmıştır (p=0,021 olasılık oranı: 1,008 %95 güven aralığı: 1,001-1,014). Keza 300 mg üzerinde proteinürisi olan hastaların anemi, sedim ve CRP düzeylerinde anlamlı olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Hastalık erken dönemde kompleman düzeylerinde düşüklük ve 300 mg/24 saat proteinürinin Lupus aktif Bb tutulumunu öngörmeye önemli olabileceği ve klasifikasyon kriterlerinde bahsedilen 500 mg/gün proteinüri ve üzeri düzeyinin Lupus Bb olarak kabul edilme kriterinin daha aşağı çekilip çekilmemesi konusunda ön çalışma olabileceği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Sistemik Lupus Eritematozus, proteinüri, Lupus nefriti

Tablo 1. Hastaların genel özellikleri

| Cinsiyet(K/E) | 126/14(90% / 10%) | |
|----------------------------------|-------------------|---------|
| Yaş(Minimum-maksimum) | 43,8_+11,8(21-72) | |
| | n | % |
| Eklemler tutulumu | 132 | 94,3 |
| Cilt tutulumu | 52 | 37,1 |
| Böbrek tutulumu | 33 | 23,6 |
| Hematolojik tutulum | 28 | 20 |
| Akciğer tutulumu | 11 | 7,9 |
| Antifosfolipid antikor sendromu | 10 | 7,1 |
| Santral sinir sistemi tutulumu | 5 | 3,6 |
| Gastrointestinal sistem tutulumu | 1 | 0,7 |
| ANA paterni | Homojen | 83 59,3 |
| | Benekli | 37 26,4 |
| | Nükleolar | 8 5,7 |
| | Negatif | 12 8,6 |
| ANA titresi | 1/100 | 37 26,4 |
| | 1/320 | 16 11,4 |
| | 1/640 | 13 9,3 |
| | 1/1000 | 62 44,3 |
| | Negatif | 12 8,6 |

Tablo 2. Değişkenler ile 300 mg/gün altında ve üstünde proteinürinin ilişkisinin değerlendirilmesi

| | proteinüri | | p değeri |
|---------------------------------|--------------|--------------|----------|
| | >300mg/gün | <300mg/gün | |
| Yaş | 39,9±11,5 | 44,8±11,8 | 0,053 |
| Hemoglobin | 10,9±2,4 | 12,2±1,7 | 0,001 |
| Lökosit | 5864±2772 | 6447±2451 | 0,277 |
| Nötrofil | 3839±1915 | 4001±2010 | 0,702 |
| Lenfosit | 1423±892 | 1718±913 | 0,127 |
| Trombosit | 228107±90048 | 235973±92522 | 0,687 |
| Kreatinin | 0,98±1,0 | 0,74±0,53 | 0,093 |
| C3 | 77,9±34,0 | 98,5±29,9 | 0,002 |
| C4 | 14,1±9,6 | 15,2±8,3 | 0,559 |
| Sedimentasyon hızı | 48,5±26,9 | 32,5±23,9 | 0,003 |
| C-Reaktif protein | 1,9±3,8 | 0,6±1,0 | 0,002 |
| Alanin transaminaz | 19,3±8,0 | 21,9±13,3 | 0,308 |
| SLEDAI | 21,7±14,2 | 8,3±5,9 | 0,000 |
| Eklemler tutulumu | %100 | %92 | 0,359 |
| Cilt tutulumu | %14 | %44 | 0,004 |
| Böbrek tutulumu | %79 | %10 | 0,000 |
| Hematolojik tutulum | %14 | %21 | 0,443 |
| Akciğer tutulumu | %7 | %8 | 1 |
| Antifosfolipid antikor sendromu | %10 | %6 | 0,424 |

Sekonder Sjögren sendromu psoriasisle nadirken psoriatik artritte yaygındır: Madalyonun iki yüzü

Kerem Yiğit Abacar¹, Şeyma Çolakoğlu Özkaya², Tülin Ergun³, Alida Aliyeva¹, Seda Kutluğ Ağaçıran¹, Gizem Sevik¹, Seher Küçükkoğlu Cesur⁴, Mehmet Soy⁵, Pamir Atagündüz¹

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

²Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıbbi Biyoloji ve Genetik Bölümü, İstanbul

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁴Altınbaş Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

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

Amaç: Sekonder Sjögren sendromu (SSS), aksiyel spondiloartrit (aksSpA) dahil olmak üzere birçok sistemik romatizmal hastalığa belirli oranlarda eşlik eder. Psoriasis (PsO) veya psoriatik artrit (PsA) SSS ile birlikteliğinin rapor edildiği olgu sunumları mevcuttur. Bununla birlikte, PsO ve PsA'da SSS prevalansı tam olarak ele alınmamıştır. Ayrıca, SSS ile ilişkilendirilebilecek klinik ve laboratuvar bulguları ve artrit ile SSS'nin ilişkili olup olmadığı bilinmemektedir. Bu çalışmanın amacı, non-artritik PsO ve PsA hastalarında SSS prevalansını değerlendirmek ve SSS ile ilişkili hastalık özelliklerini aydınlatmaktır.

Yöntem: Bir dermatolog tarafından tanı konulan PsO hastaları ve CASPAR kriterlerini karşılayan PsA olarak sınıflandırılan hastalar, 2002 Amerikan-Avrupa Sjögren Sendromu Konsensüs Kriterleri (AECG) ile uyumlu sızka semptomları açısından sorgulanmıştır. Tükürük bezi sintigrafisi ve Schirmer testi yapılarak uyarılmamış tükürük akış hızı (SFR) ölçüldü. Objektif ölçümlerle sızka saptanan hastalarda anti-Ro antikörleri ölçüldü ve minör tükürük bezi biyopsileri yapıldı. Hastaların değerlendirilmesinden sonra SSS 2002 AECG'ye göre sınıflandırıldı. Artrit olmayan PsO ve PsA hastalarında SSS sıklığı karşılaştırıldı. Ayrıca PsA hastaları SSS varlığı ve yokluğuna göre iki gruba ayrıldı. Bu iki gruptaki PsA'ya özgü özellikler karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılan 184 PsO hastasının 112'sinde PsA, 72'sinde ise artritiz PsO tespit edildi. Artriti olmayan PsO ve PsA hastaları arasında yaş, kadın/erkek oranı ve psoriatik deri değişikliklerinin başlangıç yaşı açısından anlamlı bir fark yoktu. SSS, PsA hastalarında artritiz psoriasis grubuna kıyasla daha yaygın olarak görüldü [PsA: 20 (%17,9), artritiz PsO: 0 (%0), p<0.001]. SSS/PsA hastalarında, SSS olmayan PsA hastalarına kıyasla anlamlı derecede daha fazla ANA pozitifliği ve daha sık plantar fasiit görülmüştür.

Sonuç: Sekonder Sjögren sendromu PsA hastalarının önemli bir kısmında klinik tablonun bir parçasıdır ve artritiz PsO'da görülmemesi SSS'nin artritizle ilişkili olduğunu düşündürmektedir. SSS/PsA hastalarında artrit tipinin bir modele sahip olup olmadığı daha fazla hasta sayısını gerektirmektedir. Daha yüksek oranda ANA pozitifliği, PsO'dan PsA'ya ilerlemede B lenfositlerinin rolünü düşündürülebilir.

Anahtar Kelimeler: Sjögren, psoriasis, SpA, PsA

Tablo 1. SSS olan ve olmayan PsA hastalarının karşılaştırılması

| | sSS varlığı n=20 | sSS yokluğu n=92 | p |
|--|---------------------|---------------------|-------------|
| Yaş, ortalama (SD) | 53.9 | 48.4 | 0.09 |
| Kadın/Erkek oranı | 18/2 | 61/27 | 0.08 |
| Deri tutulumu başlangıç yaşı, ortalama (SD) | 30.6 | 29.4 | 0.74 |
| Eklem tutulumu başlangıç yaşı, ortalama (SD) | 42.6 | 37.4 | 0.09 |
| Aksiyel tutulum, n (%) | 6 (35.3) | 25 (29.4) | 0.77 |
| Poliartiküler tutulum, n (%) | 4 (22.2) | 11 (14.9) | 0.29 |
| Topuk enteziti, n (%) | 5/16* (31.3) | 12/56* (21.4) | 0.19 |
| Plantar Fasiit, n (%) | 5/16* (31.3) | 6/67* (9) | 0.03 |
| Erozif hastalık, n (%) | 1 (5.5) | 5 (6.5) | 1 |
| Daktilit, n (%) | 0 (0) | 3 (4) | 0.54 |
| RF pozitifliği, n (%) | 1 (7.7) | 1 (1.9) | 0.36 |
| ANA pozitifliği, n (%) | 10/19* (55.6) | 12/44* (27.2) | 0.04 |
| Daha önce biyolojik tedavi, n (%) | 10 (50) | 63 (72.4) | 0.06 |

SSS: Sekonder Sjögren sendromu, SS: Standart sapma, RF: Romatoid faktör, ANA: Anti-nükleer antikor, PsA: Psoriatik artrit (ANA için 1/40 ve üzeri titreler pozitif kabul edilmiştir) (*: Değerlendirilen hasta sayısı da verilmiştir)

IGG4 ilişkili hastalıkta klinik fenotiplendime ve yanıt değerlendirme: Tek merkez deneyimi

Rıza Can Kardeş, Derya Yıldırım, Burcuğül Kaya, İbrahim Vasi, Rahime Duran, Abdulsamet Erden, Hamit Küçük, Berna Göker, Mehmet Akif Öztürk

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

Amaç: IgG4 ilişkili hastalık (IgG4-RD) farklı birçok organı etkileyebilen heterojen bir hastalıktır. ACR/EULAR 2019 sınıflama kriteri yayınladıktan sonra, Wallace vd. iki farklı hasta kohortu üzerinde dört farklı klinik fenotipi tanımlanmıştır: (a) Pankreato-hepato-biliyer, (b) retroperitoneal fibrozis/aortit, (c) baş-boyun sınırlı, (d) Mikulicz ve sistemik tutulum. Vikse vd., 2022 ACR Convergence toplantısında, IgG4-RD için kompozit bir yanıt değerlendirme ölçeği sunmuştur. Bu çalışmamızda kliniğinde takip edilmekte olan IgG4-RD hastalarının klinik fenotiplere göre özelliklerini ve kompozit bir ölçüte göre yanıt değerlendirmelerini sunuyoruz.

Yöntem: Ocak 2013'ten itibaren Gazi Üniversitesi Hastanesi, Romatoloji Kliniği'nde IgG4-RD tansıyla takip edilen hastaların demografik, klinik, laboratuvar, görüntüleme, patoloji ve 2019 ACR/EULAR ve 2020 modifiye Japon sınıflama özellikleri retrospektif olarak Nisan 2023'ten beri kaydedildi. Klinik fenotipler Wallace vd.'nin tanımlarına göre sınıflandırıldı. Vikse vd.'nin 2022'de sundukları kompozit sonlanım kriterleri modifiye edilerek kullanıldı (Tablo 1).

Bulgular: *Demografik özellikler (Tablo 2):* Verilerine ulaşılabilen 21 IgG4-RD hastasının 10'u erkek, 11'i kadındı (n=11, %52). Takip sırasında 2 hasta eksitus olmuştu. Eksitus sebebi bir hastada malignite, bir hastada enfeksiyondu.

Semptomların başlama yaşı ortalama $47,2 \pm 15,9$ yıl, IgG4-RD tanı yaşı ortalama $49,8 \pm 15,8$ yıl, semptomların başlamasından tanıya kadar geçen ortalama süre 10 aydı (IQR: 26, minimum-maksimum: 0-168 ay). IgG4-RD'ye en sık eşlik eden hastalıklar hipertansiyon (n=6, %29) ile tip 2 diabetes mellitus ve koroner arter hastalığı (n=3, %14) ve maligniteydi (n=2, %10). **Klinik, laboratuvar, patolojik özellikler (Tablo 2):** IgG4-RD'den etkilenen organ/bölge sayısı en sık tek organdı (n=17, %81); üç hastada iki organ, bir hastada da üç organ tutulumu mevcuttu. En sık etkilenen organ/bölge retroperiton (n=8, %38), takiben göz ve lakrimal bezlerdi (n=6, %29). Klinik fenotip sınıflamasına göre sekiz hasta grup 2 (retroperiton/aortit, %42), altı hasta grup 3 (baş-boyun sınırlı, %32) olarak sınıflandırıldı. Tanı dönemindeki laboratuvar ve patoloji bulguları ile kullanılan tedaviler Tablo 2'de belirtilmiştir. **Yanıt değerlendirme:** Takip süresi üç aydan uzun olup en az iki kez kontrolü olan 19 hastanın son kontrolünde 13'ü remisyundayken (%68), dördünce alevlenme (%22), birinde azaltmış hastalık aktivitesi (%5) ve birinde stabil hastalık (%5) vardı. Hastaların demografik özelliklerine, laboratuvar parametrelerine, kullanılan tedaviye ve 2019 ACR/EULAR veya 2020 revize Japon sınıflama kriterlerine göre hastalık aktiviteleri arasında fark yoktu. Klinik fenotiplere göre sınıflandırılan hastalarda alevlenme en çok retroperitoneal fibrozis/alevlenme ve Mikulicz-sistemik gruplarında görüldü, ancak bu oran istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı. Baş-boyun sınırlı dört olgunun tamamında son kontrol tarihinde remisyonda elde edilmişti (p=0,07, Tablo 3).

Sonuç: Baş-boyun sınırlı fenotip hastalarının tedaviye yanıtının retroperiton/aortit ve Mikulicz/sistemik fenotiplerine göre daha iyi olduğunu düşündüren bulgular görülmüştür. IgG4-RD hastalarının prospektif takibi bu hastaların tedavisine ışık tutacak verilerin elde edilmesini sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: IgG4 ilişkili hastalık, klinik fenotiplendirme, yanıt değerlendirme

Behçet Budd Chiari sendromlu hastalarda pulmoner hipertansiyon: Nadir bir ilişkiye yeni bir bakış

Mustafa Ekici¹, Serez İleri², Alper Sarı³, Büşra Fırlatan¹, Gözde Sevgi Kart Bayram¹, Levent Kılıç¹, Ali Akdoğan¹

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

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

³Ankara Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

Amaç: Budd Chiari sendromu (BCS), Behçet hastalığının (BH) nadir ve ancak ciddi bir vasküler tutulumudur. Grup IV pulmoner hipertansiyon (PH) BH'lerde görülebilir. Behçet-BCS'li hastalar, pulmoner arter lezyonları da dahil olmak üzere diğer vasküler tutulumlar açısından risk altındadır. Ayrıca; portal hipertansiyon bu hasta grubunda pulmoner arteriyel hipertansiyona (PAH/grup I PH) gelişimine neden olabilir. Bu nedenlerle, Behçet-BCS'li hasta grubunda PH görülebilir; varlığı kötü bir prognostik faktör olarak düşünülebilir. Bu çalışmada Behçet-BCS hastalarında PH sıklığını araştırılmıştır.

Yöntem: Hacettepe Romatoloji (HÜVAM) Behçet veri tabanında kayıtlı 902 BH geriye dönük olarak BCS açısından tarandı. Hastalara ait demografik ve klinik veriler hastane dosya kayıtlarından elde edildi. BCS saptanan hastaların tanıdan sonraki ilk ve son

transtorasik ekokardiyografi (TTE) ve eş zamanlı hemoglobinin sonuçları kaydedildi.

Bulgular: BH'lerde BCS sıklığı 25/902 (%2,77) idi. Hastaların 18'i (%72) erkek ve yaş ortalaması 43,8±12 yıldır. BH'nin ortalama takip süresi 13,9 (9,6-22,1, IQR) ve BCS'nin 5,5 (2,4-12,1, IQR) yıldır. Üç hastada BCS tanısı BH tanısından önce, 3 hastada ise Behçet ile BCS tanısı eş zamanlı konulmuştu. Bir hastada BCS sonrası siroz gelişmişti. BCS hastaların 9 (%36) hastada Dispne vardı. On altı hasta (%64) BCS tanısı konulduktan sonra en az bir kez TTE ile değerlendirilmişti (Tablo 1). TTE yapılanların 7'sinde (%43,8), yapılmayanların 2'sinde (%22,2) Dispne mevcuttu (p=0,4). BCS'den sonraki ilk TTE'de ortanca sistolik pulmoner arter basıncı (sPAB) 30 mmHg (IQR, 25-35) idi. 9 (%56,2) hastada sPAB ≥30 mmHg idi. Bir hastada 40 mmHg idi. sPAB 35 mmHg saptanan bir hastanın sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu düşük saptanmıştı. Altı hastada kontrol TTE yapılmıştı. Bunlardaki ortalama sPAB 25 mmHg (IQR, 25-31,3) idi. İlk ve son TTE ile eş zamanlı ölçülen ortalama hemoglobin değerleri sırasıyla 13,4±2,4 mg/dL ve 12,6±2,1 mg/dL idi. Takip sırasında 2 hasta ölmüştü ancak ölüm nedenlerine saptanamadı.

Sonuç: Çalışmamızdaki TEE ile değerlendirilen Behçet-BCS'li hastalarda sPAB'de sadece hafif yükselmeler olup, ciddi PH'li hasta yoktu. BCS olan BH'lerde PH gelişim riski artmış olabilir; hasta değerlendirilmesinin TTE'de içermesi bu sorunun yanıtlanmasına katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, Budd Chiari, pulmoner hipertansiyon

Primer Sjögren sendromunda hastalık aktivitesinin global değerlendirilmesinde hastalar ve hekimleri arasındaki uyumsuzlukta ağız kuruluğunun rolü

Aysun Kapusuz¹, Yıldız Yenisoay¹, Elif Naz Altıngöz¹, Kerem Acabar², Meral Yay³, İmren Tatlı⁴, Filiz Türe Özdemir⁴, Zehra Özge Çandereli¹, Ümit Karaçaylı⁵, Haner Direskeneli², Farida Fortune⁶, Nevsun İnanç², Gonca Mumcu¹

¹Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul

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

³Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi, İstatistik Bölümü, İstanbul

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

⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Bölümü, Ankara

⁶Londra Queen Mary Üniversitesi, Barts ve Londra Tıp ve Dış Hekimliği Okulu, İmmünoyoloji ve Rejeneratif Tıp Merkezi, Londra

Amaç: Bu çalışmanın amacı; primer Sjögren sendromunda (pSS) hastalık aktivitesinin değerlendirilmesinde, hastalar ve hekimleri arasında uyumun olup olmadığını incelemek ve uyum durumunu etkileyen semptomları tanımlamaktır.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya 2016 ACR/EULAR pSS tanı kriterlerini karşılayan 78 hasta (kadın/erkek: 76/2; yaş ortalaması: 52,71±11,18 yıl) dahil edildi. Veriler, klinik muayene ve hasta kaynaklı ölçütleri içeren bir anket ile toplandı. Hastaların tükürük akış hızları hesaplandı ve ağız kuruluğu ($\leq 0,1$ mL/dk) olup olmamasına göre 2 gruba ayrıldı [ağız kuruluğu (+): n=31 ve ağız kuruluğu (-): n=47]. Hastaların ve hekimlerinin genel hastalık aktivitesini değerlendirmeleri 100 mm'lik görsel analog skala (0=inaktif vs. 100=çok aktif) aracılığıyla yapıldı. Her hasta özelinde, hastanın verdiği puandan (hasta-aktivite) hekimin verdiği puan (hekim-aktivite) çıkartılarak uyumun durumu incelendi. Puanların eşit olduğu durumda uyum'un olduğu belirlenirken (hasta-aktivite=hekim-aktivite, n=33), hastanın aktivite puanı yüksek olduğunda pozitif yönde uyumsuzluk (hasta-aktivite > hekim-aktivite, n=37), hekimin aktivite puanı yüksek olduğunda negatif yönde uyumsuzluk [hasta-aktivite < hekim-aktivite "Hastalık Algısı Ölçeği/illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R)"] ile deneyimledikleri genel semptomlarının (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk alıp ermede güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözde yanma, hırıltılı solunum, baş ağrısı, mide yakınması, uyku güçlüğü, sersemlik hissi, güç kaybı) sayısı hesaplandı. Çalışmada, ayrıca Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'de/Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) kullanıldı (Tablo 1). Ön analizlerin ardından, aracılık analizi ile IPQ-R ile tanımlanan semptom sayısı ile ilişkili değişkenler belirlendi.

Bulgular: Pozitif yönde uyumsuzluk görülen hastalarda "ağız kuruluğu" görülme oranının (%54,1; n=20), uyum görülen gruba (%27,3; n=9) göre daha yüksek olduğu belirlendi (p=0,03). "Schirmer testinin" pozitif olması uyum görülen grupta (n=32,97%), "artralji" ise negatif yönde uyumsuzluk görülen gruptaki (n=8, 100%) en yaygın klinik bulgular (Şekil 1). Ayrıca, "ağız kuruluğu" görülen

grupta, uyarılmış tükürük akış hızı ile hasta-aktivite puanı arasında negatif yönlü anlamlı ilişki de tespit edildi ($r=-0,46$, $p=0,034$). Aracılık analizinde ise IPQ-R ile hastaların tanımladığı "semptom sayısının" artışı, hem ESSPRI-halsizlik puanının ($p=0,0274$) hem de aracı değişken olarak HADS-depresyon puan artışlarının ilişkili olduğu görüldü ($p=0,0369$) (Şekil 2).

Sonuç: Ağız kuruluğu olan hastalar hastalık aktivitelerini hekimlere göre daha iyi ifade etmişlerdir. Ayrıca, bu hastalar tükürük akış hızındaki azalmayı aktivite puanına da yansıtılabilmişlerdir. Bununla birlikte; hastalık aktivitesi değerlendirilirken "ağız kuruluğu", "göz kuruluğu" ve "artralji" varlığının yanı sıra "halsizlik" ve "depresyon" düzeyinin de göz önünde bulundurulması gerektiği görülmektedir.

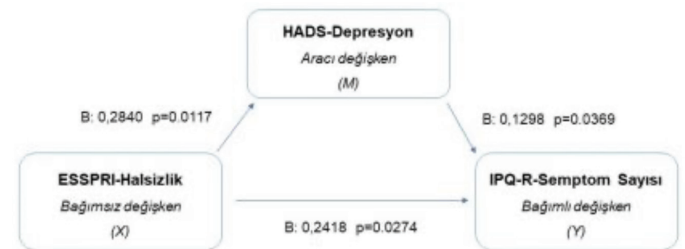
Anahtar Kelimeler: Ağız kuruluğu, aracı analizi, hastalık aktivitesi, Primer Sjögren sendromu

Tablo 1. Primer Sjögren sendromlu hastaların profili

| | Ort | SS |
|-------------------------------|-------|-------|
| Hastalık süresi (yıl) | 9,23 | 6,63 |
| Uyarılmamış Tükürük Akış Hızı | 0,19 | 0,17 |
| Uyarılmış Tükürük Akış Hızı | 0,88 | 0,78 |
| ESSDAI | 2,75 | 1,16 |
| Hasta-Hastalık Aktivitesi | 51,98 | 23,93 |
| Hekim-Hastalık Aktivitesi | 39,03 | 20,96 |
| ESSPRI-Kuruluk | 6,86 | 2,93 |
| ESSPRI-Halsizlik | 6,27 | 3,01 |
| ESSPRI-Ağrı | 5,67 | 3,07 |
| IPQ-R Ölçeği Semptom Sayısı | 8,06 | 2,90 |
| HADS-A | 10,08 | 4,31 |
| HADS-D | 11,87 | 5,28 |



Şekil 1. Hasta ve hekim aktivite değerlendirilmesindeki uyum ve uyumsuzlukla ilişkili semptomlar



Şekil 2. IPQ-R Ölçeği semptom sayısı ve aracılık analizi

Sklerodermalı hastalarda periferik vasküler tutulumla ilgili deri bulguları ve kapilleroskopik değerlendirilmenin, sklerodermaya ilgili akciğer hastalığı arasındaki ilişkinin belirlenmesi

Nehir Şişman, Funda Erbasan, Tahir Saygın, Veli Yazısız, Deniz Özel, Mustafa Ender Terzioğlu

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

Amaç: Skleroderma [sistemik skleroz (SSk)] deri ve çeşitli organlarda enflamatuvar, vasküler ve fibrotik değişikliklerle karakterize bir bağ dokusu hastalığıdır. Tanı anında dahi saptanabilen kapiller değişikliklerin gösterilmesi hastalığın seyri hakkında yol gösterici olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızın amacı kapiller tutulumun fizik muayene ve kapilleroskopi ile değerlendirilip akciğer tutulumu ile arasındaki ilişkiyi retrospektif olarak değerlendirmektir.

Yöntem: Bu çalışmada Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı'nda takip edilmekte olan 78 SSk tanılı hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Çalışmaya Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı'nda takip edilen, 18 yaş ve üzerinde olan, 2013 American College of Rheumatology (ACR) ve European League Against Rheumatism (EULAR) sınıflandırma kriterlerine göre SSk tanısı alan hastalar dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, eşlik eden hastalıkları, klinik ve muayene bulguları, kapilleroskopik değerlendirmeleri, laboratuvar ve radyoloji sonuçları, solunum fonksiyon testleri, transtoraksik ekokardiyografi raporları ve aldıkları tedavilere ilişkin bilgiler hasta dosyaları ve hastane bilgi yönetim sisteminden elde edildi. Yeterli veriye ulaşılamayan on hasta çalışma dışı bırakıldı. Hastaların takip süresince deri tutulum ve vaskülopati bulguları, kapilleroskopik değerlendirmeleri, solunumsal parametreleri, transtoraksik ekokardiyografi bulguları ve aldıkları tedaviler incelendi. Deri tutulumu ve kapilleroskopik değerlendirmeleri ile akciğer tutulumunun radyolojik, fonksiyonel farklılık olup olmadığı incelendi. Hastaların muayenede raynaud fenomeni, sklerodaktili, dijital ülser varlığı, kapilleroskopik değerlendirmesi ile eş zamanlı akciğer değerlendirmesi baz alındı. Tüm istatistiksel analizler IBM SPSS 23.0 programı ile yapılmıştır. Araştırmada ilk olarak veri toplama araçlarının normal dağılım hipotezine uyup uymadığı çarpıklık ve basıklık katsayılarına bakılmak suretiyle tespit edilmiş, veri seti aykırı değerleri kontrol edilmiş ve parametrik test yöntemleri tercih edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum, %25-%75 percentile (Q1-Q3) değerleri ile sunulmuştur. Normallik varsayımı Shapiro-Wilk testi ile histogram, Independent samples t-test Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır. Ayrıca Pearson chi-square testi ve JAMOVI 2.3 programı kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 78 skleroderma hastasının 74'ü kadın (%94,9), 4'ü erkekti (%5,1). Hastaların ortalama yaşı

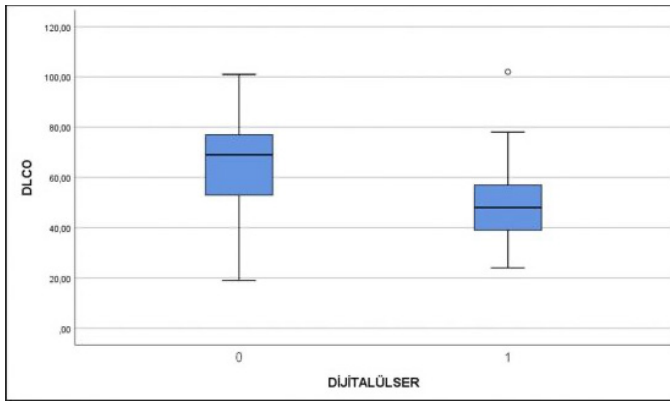
52 bulundu, ortalama hastalık yaşı 63 hastada (%80,8) 5 yıldan fazlaydı. Kapilleroskopik inceleme sonuçlarına göre; hastaların 35'i (%44,9) erken skleroderma paternine, 23'ü (%29,5) aktif skleroderma paternine, 20'si (%25,6) geç skleroderma paternine sahipti. Hastaların 72'sinde (%92,3) sklerodaktili mevcuttu. Altmış sekiz hastada (%87,2) raynaud fenomeni mevcuttu. Dijital ülser 25 hastada (%52,5) gözlemlendi. Serolojik değerlendirmede 67 hastada (%87) ANA pozitif saptandı. ANA pozitifliği olan hastalarda alt tip olarak 34 hastada (49,3) sentromerik, 24 hastada (%34,8) nükleolar, 8 hastada (%11,6) granüler paternde boyanma görüldü. Elli beş hastada (%70,5) HRCT'de hastalığa ilgili akciğer bulguları görüldü (Tablo 1). Sklerodermalı hastalar hastalığa ilgili HRCT tutulumu olan ve olmayanlar, belirli değişkenlere göre karşılaştırılmıştır. HRCT tutulumu olanlarda ANA boyanma tipi sentromerik olma oranı (%76,9), olmayanlardan (%21,1) yüksek bulunmuştur (p<0,001). HRCT tutulumu olanlarda FVC değeri (ortalama: 69,2) olmayanlardan (ortalama: 80,13) düşük bulunmuştur (p=0,009). HRCT gruplarının DLCO değerleri arasındaki fark sınırdan anlamsız bulunsun da etki büyüklüğünün orta düzey olduğu (Cohen's d=0,506), örneklem sayısı yetersizliği nedeniyle istatistiksel olarak anlamlı farkın ortaya konulmadığı söylenebilir. HRCT ile kapilleroskopi paternleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunsun da etki büyüklüğü orta düzeydedir (Φ: 0,252). ANA boyanma tipi sentromerik ve nükleolar olanlar belirli değişkenlere göre karşılaştırılmıştır. Nükleolar boyanma olanlarda HRCT'de tutulum olma oranı (%88,2) boyanma tipi sentromerik olanlardan (%37,5) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p<0,001). Nükleolar boyanma olanlarda dijital ülser görülme oranı (%41,2) sentromerik tutulumu olanlardan (%17,4) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmasa da etki büyüklüğü orta düzeydedir (Φ: 0,251). Sentromerik boyanma olanların FVC değeri (medyan: 73), nükleolar boyanma olanlardan (medyan: 83,5) anlamlı şekilde düşüktür (p=0,002). Bu çalışmada retrospektif olarak değerlendirildiğinde, kapilleroskopi ve FVC, DLCO gibi solunum testlerinde akciğer tutulumu olmayan hastalara göre YÇBT ile gösterilen skleroderma akciğer tutulumu olan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı bozulma gözlemlendi (Şekil 1). Özellikle hastalık yaşı ilerlemiş olanlarda YÇBT ile daha fazla akciğer tutulumu gözlemlenmiş ve bu kişilerde kapilleroskopi bulguları ileri düzeyde bulunmuştur. Bu bulgular, hastalık yaşı ilerledikçe akciğer tutulumunun daha sık görüldüğünü ve bu hastalarda kapilleroskopi bulgularının ve akciğer fonksiyonlarının kötüleştiğini göstermektedir. Dijital ülser varlığı da ileri kapilleroskopi bulgularıyla ilişkili görülmüş olup, dijital ülser varlığında akciğer fonksiyon testleri düşük bulunmuştur (Şekil 2).

Sonuç: Kapilleroskopi ve HRCT arasındaki - pulmoner arter basıncından etkilenmeyen - ilişki, kapilleroskopinin akciğer progresyonu için bağımsız bir prediktif faktör olabileceği fikrini akla getirmektedir.

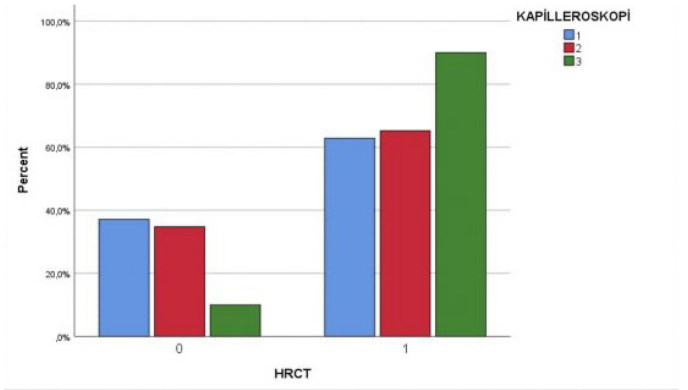
Anahtar Kelimeler: Skleroderma, kapilleroskopi, interstisyel akciğer hastalığı

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik tanımlayıcı istatistikleri

| | | n | % | | | n | % |
|---------------|-----------------------------|----|--------|--------------|---------------------|----|--------|
| Cinsiyet | Kadın | 95 | 92,20% | Öksürük | Öksürük Yok | 83 | 80,60% |
| | Erkek | 8 | 7,80% | | Öksürük Var | 20 | 19,40% |
| Hipertansiyon | Hipertansiyon Yok | 70 | 68,00% | NefesDarlığı | Nefes Darlığı Yok | 61 | 59,20% |
| | Hipertansiyon Var | 33 | 32,00% | | Nefes Darlığı Var | 42 | 40,80% |
| Diyabet | Diyabet Yok | 91 | 88,30% | Osteoporoz | Osteoporoz Yok | 89 | 86,40% |
| | Diyabet Var | 12 | 11,70% | | Osteoporoz Var | 14 | 13,60% |
| KAH | Hastalığı Yok | 99 | 96,10% | Sjogren | Sjögren Yok | 96 | 93,20% |
| | Koroner Arter Hastalığı Var | 4 | 3,90% | | Sjögren Var | 7 | 6,80% |
| Malignite | Malignite Yok | 99 | 96,10% | Ral | Ral Yok | 71 | 68,90% |
| | Malignite Var | 4 | 3,90% | | Ral Var | 32 | 31,10% |
| Sigara | Sigara Kullanmamış | 88 | 85,40% | İlkFVC | İlk FVC<70 olanlar | 26 | 26,30% |
| | Sigara Kullanmış | 15 | 14,60% | | İlk FVC≥70 olanlar | 73 | 73,70% |
| Raynaud | Raynaud Yok | 13 | 12,60% | SonFVC | Son FVC<70 olanlar | 28 | 28,60% |
| | Raynaud Var | 90 | 87,40% | | Son FVC≥70 olanlar | 70 | 71,40% |
| DijitalUlser | Öyküsü Yok | 70 | 68,00% | İlkDLCO | İlk DLCO<60 olanlar | 23 | 28,00% |
| | Dijital Ülser Öyküsü Var | 33 | 32,00% | | İlk DLCO≥60 olanlar | 59 | 72,00% |
| GİStutulumu | GİS Tutulumu Yok | 76 | 73,80% | SonDLCO | Son DLCO<60 olanlar | 40 | 46,50% |
| | GİS Tutulumu Var | 27 | 26,20% | | Son DLCO≥60 olanlar | 46 | 53,50% |
| İlkPulmonerHT | Pulmoner HT Yok | 43 | 49,40% | Anemi | Anemi Var | 38 | 37,30% |
| | PulmonerHT Var | 44 | 50,60% | | Anemi Yok | 64 | 62,70% |
| SonPulmonerHT | PulmonerHT Yok | 34 | 38,20% | İAH | İAH Yok | 41 | 39,8% |
| | PulmonerHT Var | 55 | 61,80% | | İAH Var | 62 | 60,2% |



Şekil 1.



Şekil 2.

Primer Sjögren sendromunda enflamatuvar bel ağrısının prevalansı ve sakroiliak eklemdaki akut ve yapısal değişikliklerle ilişkisi

Kerem Yiğit Abacar^{1,2,3}

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

²Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıbbi Biyoloji ve Genetik Bölümü, İstanbul

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Primer Sjögren sendromunda (pSS) aksiyel eklem tutulumunun özellikleri yakın zamanda bildirilmiştir. pSS hastalarında enflamatuvar bel ağrısı (İBA) ile ilişkili radyolojik bulgular rapor edilmemiştir. Çalışma, İBA'ya sahip pSS hastalarında İBA prevalansını ve sakroiliak eklemlerde manyetik rezonans görüntüleme (MRG) saptanan akut enflamatuvar ve yapısal değişiklikler ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmada, ACR/EULAR sınıflandırma kriterlerini karşılayan pSS hastaları ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş sağlıklı kontroller (SK) Calin, Rudwaleit ve ASAS İBA kriterlerine göre İBA açısından taranmıştır. İBA'lı hastaların sakroiliak MRG yapılmış ve ASAS Aksiyel Spondiloartrit (SpA) Sınıflandırma Kriterleri'nde yer alan SpA özellikleri sorgulanmıştır. İki radyolog sakroiliak eklem MR'lerini (SİE/MRG) ASAS tarafından tanımlanan lezyon tanımlarını kullanarak olası bir axSpA tanısı için cut-off açısından değerlendirmiştir. Cut-off değerleri daha önce Maksymowych ve ark. tarafından tanımlanmıştır. Fibromiyalji ve bel ağrısı arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için First anketi kullanılmıştır.

Bulgular: Toplam 202 ACR/EULAR sınıflandırma kriterlerini karşılayan pSS hastası ve 124 SK çalışmaya dahil edildi. Yaş [ortalama (SS)= 52,8 (11,9)] ve pSS'deki cinsiyet dağılımı (kadın/erkek: 198/4), SK'deki [ortalama (SS)= 51,5 (9,2), (p=0,3) ve kadın/erkek: 119/122 + 5, (p=1), sırasıyla] ile benzerdi. İBA, pSS'te daha yaygındı [pSS için; n (%): 51 (%25,2), HC için; n (%): 11 (%8,8), p<0,001]. İBA olan 49 hastanın SİE/MRG görüntülemesi mevcuttu. İBA başlangıç yaş ortalaması (SS): 33,6 (5,8) idi. pSS'li hastaların IBP süresi ortalama (SS): 18,9 (10) yıldır. IBP'li pSS hastalarının First anket puanları anlamlı derecede yüksekti (İBA'lı hastalar ortalama (SS): 3,9 (1,7), İBA olmayan hastalar: 2,8 (1,9), (p=0,001). Toplam 12 (%24,5) hasta Maksymowych ve ark. tarafından tanımlanan \geq 95 PPD ile axSpA tanısını karşılayabilmiştir. Bu 12 hastanın ikisinde sakroiliak eklemden ödem, dokuzunda erozyon ve dördünde yağ metaplazisi olmak üzere yalnızca SİE/MRG bulgularına dayanarak axSpA tanısı alabilmiştir.

Sonuç: IBP kriterlerini karşılayan bel ağrısı pSS'de oldukça yaygındır ve bu hastaların dörtte birine radyolojik olarak axSpA tanısı konulabilir. Bununla birlikte, hastaların çoğunda axSpA ile ilişkili özellikler yoktur ve çok azı axSpA için ASAS sınıflandırmasını karşılamaktadır. Artmış fibromiyalji varlığı, bu hastaların çoğunda radyolojik özelliklerin aşırı yorumlanmasına yol açabilir.

Anahtar Kelimeler: Sjögren, psoriasis, PsA, SpA

Gastrointestinal tutulumu olan Behçet sendromlu hastaların klinik özellikleri; tek merkez deneyimi

Emine Uslu Yurteri¹, Serdar Sezer², Mücteba Enes Yayla¹, Ahmet İlbay¹, Abdulkaki Gaydan¹, Ahmet Usta¹, Yeter Mahmutoglu¹, Zehra Karaman Ongun¹, Nilgün Göveç Gıynaş¹, Çetin Ergül¹, Tahsin Murat Turgay¹, Aşkın Ateş¹

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

²Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

Amaç: Behçet sendromunda (BS) oral aft, genital ülser, eritema nodosum gibi deri tutulumunun yanı sıra vasküler, nörolojik tutulum ve gastrointestinal sistem tutulumu gibi ciddi organ tutulumları da izlenebilmektedir. Gastrointestinal sistem tutulum sıklığı ise bölgeye göre farklılık göstermektedir. Bu oran Türkiye'de %2,8, Suudi Arabistan'da %4 gibi düşük düzeylerdeyken Çin'de %10, Tayvan'da %32 ve Japonya'da %50-60 düzeyindedir. BS intestinal tutulum ile ilgili çoğu bilgi uzak doğudan gelmektedir. Gastrointestinal sistemde (BS-GİS) en sık ileoçekal bölge tutulmaktadır. Karın ağrısı en sık semptomdur. Çalışmamızda amacımız kliniğimize başvuran ve BS-GİS tutulumu (BS-GIST) tanısı alan hastaların demografik özelliklerini, ilişkili durumları ve klinik özelliklerini belirlemektir.

Yöntem: İki bin yüz on sekiz Behçet sendromu tanısı alan hasta taranmıştır. Bunlardan Entero-Behçet tanısı alan 69 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Bu hastaların kolonoskopi bulguları, eşlik eden diğer organ tutulumları, verilen tedavi rejimleri not edilmiştir.

Bulgular: Behçet hastalarının yaklaşık %3,28'inde BS-GIST tanısı mevcut idi. Bu hastaların %44,9'u kadın idi (Tablo 1). BS-GIST olan hastalarda eklem tutulumu %56,7, nöroparankim tutulumu %21,7 idi (Tablo 2). En sık BS-GIST semptomu karın ağrısı (%83,9), diyare (%62,3) ve kanlı diyare (%41,58) idi (Tablo 3). Hastaların %17,6'sında şikayetlerine ateş eşlik etmekte idi. Hastaların %11,3'ünde perforasyon izlendi. Hastaların 41 hastanın kolonoskopi sonucuna ulaşıldı. En sık tutulum şekli fokal multiple ülserler şeklinde idi. İleoçekal tutulum %46,8 idi. En sık tedavi tercihi azatioprin (%55,4), ardından 5-ASA (%19,6) idi. Hastaların %53,4'üne steroid tedavisi verildi. %70 hasta ikinci basamak tedaviye ihtiyaç duymadı. Beş hasta tedavi değişimi gerektirdi. Bir hastaya 5-ASA, azatioprin ve steroid kombinasyonu, 3 hastaya infliksimab, 1 hastaya adalimumab tedavisi verildi. **Sonuç:** Kliniğimizde Behçet hastalığı tanısı alan hastaların sadece %3,28'ünde BS-GIST saptanmıştır. Bu oran Türkiye'den bildirilen oran ile benzerdir. Türkiye'den Hatemi ve ark.'nın yaptığı çalışma ile benzer şekilde hastalarımızda en sık semptom karın ağrısı ve diare idi. Oküler tutulum sıklığı BS-GIST hastalarında genel BS hastalarımıza göre daha az sıklıkta idi (%23,1; %35). Bu durum Türkiye ve uzak doğudan yapılan önceki çalışmalar ile de uyumlu idi. Ancak çalışmamızda literatürden farklı olarak nöroparankim tutulum sıklığını BS-GIST grubunda genel BS tanılı hasta grubumuzdan yüksek saptandı (%21,7; %6,9).

Kısıtlılıklarımız: Çalışmamız retrospektif bir çalışmadır. BS-GIST tanısı olarak uzman görüşü baz alınmıştır, altın standart olmayışı ve hastaların BS tanısının olması enflamatuvar bağırsak hastalığı tanısının ön planda düşünülmemesi için bias yaratmış olabilir.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, gastrointestinal tutulum

ANCA-ilişkili vaskülitlerde serbest hafif zincirler: tek-merkez pilot çalışma

Gözde Kübra Yardımcı, Mustafa Ekici, Levent Kılıç, Ömer Karadağ

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

Amaç: Sistemik Lupus Eritematozus, romatoid artrit gibi birçok otoimmün hastalıkta artmış serbest hafif zincir düzeyleri ve bunların hastalık aktivitesi ile ilişkileri gösterilmiştir. Antikor üretmek için özelleşmiş B-hücreleri olan plazma hücrelerinin artmış yanıtının ANCA-ilişkili vaskülitlerin (AAV) patogenezinde gösterilmiş olması, bu hücrelerin ürettikleri hafif zincirlerin ANCA-ilişkili vaskülitli hastalarda da artmış düzeyde olabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte, AAV hastalarında serbest hafif zincir yüksekliğini değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada esas olarak AAV hastalarında serbest hafif zincir yüksekliği sıklığının belirlenmesi amaçlanmıştır. İkincil amaç olarak serbest hafif zincir yüksekliklerinin hastalık aktivitesi ile ilişkisi incelenmiştir.

Yöntem: Bu tek merkezli kesitsel çalışmaya 08.09.2021 ile 08.03.2022 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nde, Romatoloji Polikliniği'nde ayaktan takip edilen 36 AAV hastası dahil edilmiştir. Hastaların poliklinik kontrollerinde 10-20 mL kan ve 24 saat idrar örneği alınarak serum ve idrar serbest hafif zincir düzeyleri Freelite kiti kullanılarak kantitatif turbidimetri yöntemiyle çalışılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 36 AAV hastası (kadın/erkek: 16/29) alındı, hastaların medyan (IQR) yaşı 58,0 (41,0-66,0) yıl, medyan (IQR) hastalık süresi 45,0 (24,5-72,0) aydı. On dört (%39,9) hastada C-ANCA/PR3, 13 (%36,1) hastada p-ANCA/MPO pozitifliği mevcuttu. Hastaların 23'i (%63,9) GPA, 8'i (%22,2) EGPA ve 5'i (%13,9) MPA idi. Çalışmaya dahil edilen hastaların genel özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Serum serbest hafif zincir yüksekliği AAV tanılı hastaların 14'ünde (%38,9), idrar serbest hafif zincir yüksekliği 13'ünde (%39,4) saptandı. Birmingham Vaskülit Aktivite Skoru'na (BVAS) göre, çalışmaya alınan 12 hasta (%33,3) aktif hastalığa sahipti. Hastaların ortalama BVAS ile serum serbest kappa düzeyleri arasında orta derecede anlamlı ($r=0,374$, $p=0,025$) bir ilişki saptandı. Vaskülit hasar indeksi (VHI) ile idrar serbest kappa düzeyleri arasında orta derecede anlamlı bir ilişki izlendi ($r=0,545$, $p<0,001$). İlginç olarak; son 6 ay içerisinde ritüksimab tedavisi almış olan hastalarla diğerleri arasında serbest hafif zincir yüksekliği açısından fark yoktu.

Sonuç: Serum ve idrar hafif zincir düzeyleri AAV hastalarında artmıştır. Serum serbest kappa düzeyleri sistemik hastalık aktivitesinin izlenmesi için bir biyobelirteç olarak kullanılabilir. Bu doğrultuda sağlıklı kontrol grubunun olduğu çok merkezli ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: ANCA ilişkili vaskülit, serum hafif zincir, idrar hafif zincir, hastalık aktivite skoru

Tablo 1. Çalışma hastalarının demografik ve klinik özellikleri

| | |
|---|------------------|
| Cinsiyet, kadın, n (%) | 16 (44,4) |
| Güncel yaş, ortanca (IQR), yıl | 58,0 (41,0-66,0) |
| Hastalık süresi, ortanca (IQR), ay | 45,0 (24,5-72,0) |
| Organ tutulumları, n (%) | |
| Böbrek tutulumu | 16 (44,4) |
| Akciğer tutulumu | 32 (88,9) |
| Kulak burun boğaz | 28 (77,8) |
| Son vizitteki BVAS, ortalama \pmSS | 1,68 \pm 3,21 |
| Vaskülit hasar indeksi, ortalama \pmSS | 1,33 \pm 1,28 |
| Maksimum serum kreatinin (mg/dl), ortanca (IQR) | 1,13 (0,81-1,64) |
| Son vizitteki kreatinin, (mg/dl), ortanca (IQR), | 0,89 (0,69-1,22) |
| Serum serbest kappa (mg/L), ortalama \pmSS | 28,8 \pm 37,8 |
| Serum serbest lambda (mg/L), ortalama \pmSS | 65,7 \pm 237,3 |
| Serum serbest kappa/lambda oranı, ortalama \pmSS | 6,89 \pm 5,65 |
| İdrar serbest kappa (mg/L), ortalama \pmSS | 27,5 \pm 34,3 |
| İdrar serbest lambda (mg/L), ortalama \pmSS | 11,6 \pm 31,4 |
| İdrar serbest kappa/lambda oranı, ortalama \pmSS | 6,89 \pm 5,65 |
| İmmüoglobülin G (g/L), ortalama \pmSS | 10,4 \pm 2,7 |
| İmmüoglobülin M (g/L), ortalama \pmSS | 0,8 \pm 0,6 |
| İmmüoglobülin A (g/L), ortalama \pmSS | 1,7 \pm 1,2 |
| Güncel tedavi, n (%) | |
| Kortikosteroidler | 30 (83,3) |
| Ritüksimab (son 6 ay içerisinde) | 6 (16,7) |
| Diğer immunsupresif tedaviler (Azatiyoprin, Mikofenolat mofetil, Metotreksat) | 18 (50,0) |
| Tedavisiz izlem | 3 (8,3) |

*BVAS: Brimingham vaskülit aktivite skoru, IQR: Çeyrekler arası aralık

RAPID3 ("Routine Assessment of Patient Data 3") ve PAS2 ("Patient Activity Scale 2") Türkçe versiyonlarının romatoid artritli hastalarımızda validitasyon çalışması

Müeyesser Nergiz Yanmaz¹, Oktay Bayraktar², Koray Taşçılar¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Amaç: Romatoid artrit (RA) aktivite ölçekleri "Routine Assessment of Patient Data/Hastalık Endeks Verilerinin Rutin Değerlendirilmesi (RAPID3)" ve "Patient Activity Scale 2/Hastalık Aktivite Skalası 2'nin (PAS2)" Türkçe versiyonlarının geçerlilik ve güvenilirliğini çalıştık. "Simplified Disease Activity Index/Basit Hastalık Aktivite İndeksi'nin (SDAI)" diğer hastalık aktivite ölçekleri ile korelasyonunun değerlendirildi.

Yöntem: PAS2 için Frederick Wolfe (Romatizmal Hastalıklar Ulusal Veri Bankası ve Kansas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Wichita), RAPID3 için Theodore Pincus (Division of Rheumatology of Rush University, Chicago) ile iletişime geçilerek e-posta aracılığıyla izin alındı. Ölçekler Beaton ve ark. önerdiği yöntemle Türkçeye çevrildi. Romatoloji polikliniğimizde 2010 Amerikan Romatoloji Birliği Sınıflandırma Kriterleri'ni karşılayan hastaların "Disease Activity Score/Hastalık Aktivite Skoru (DAS28)", "Clinical Disease Activity Index/Klinik Hastalık Aktivite İndeksi (CDAI)", SDAI değerleri hesaplandı. Hastalar "Short Form 36/Kısa Form 36 (SF-36)", "Health Assessment Questionnaire Disability Index/Sağlık Değerlendirme Anketi-Özürlülük İndeksi (HAQ-DI)", "Multidimensional Health Assessment Questionnaire/Çok Yönlü Sağlık Değerlendirme Anketi (MDHAQ)", RAPID3 ve PAS2 formlarını doldurarak, RAPID3 ile PAS2 formlarını 2-7 gün içerisinde tekrar doldurdular. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilks testi ile değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken parametrelerin değerlendirmeleri için 1. değerlendirme ve 2. değerlendirme arasındaki uyum düzeyinin belirlenmesinde "Interclass Correlation Coefficient/Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı (ICC)" hesaplandı. İç tutarlılık analizi Cronbach katsayısı α 'nın ölçümü ile yapıldı ve $\alpha \geq 0,7$ değer kabul

edilebilir bir değer olarak alındı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, frekans) yanı sıra normal dağılıma uygunluk gösteren parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson korelasyon analizi, normal dağılıma uygunluk göstermeyen parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman's rho korelasyon analizi kullanıldı. Yapı geçerliliğini test etmek için RAPID3, PAS2 ile diğer ağrı, hasta global değerlendirmesi, fiziksel fonksiyon ve global skorlar ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu varsaydık. Korelasyonun gücü şu şekilde derecelendirildi: 1. orta düzeyde korelasyon katsayısı (0,30 ila 0,49), 2. güçlü korelasyon katsayısı (0,50 ila 1,0).

Bulgular: Yaşları 25-77 (ortalama: 49,67±10,44) arasında, 17 erkek ve 50 kadın toplam 67 hastada çalışıldı. Hastaların %74,7'ü ilköğretim mezunu ya da sadece okur-yazardı. RAPID3 ve PAS2 Türkçe versiyonlarının 1. ve 2. değerlendirmeleri süre ortalaması 3,89±0,76 gündü. RAPID3 ve PAS2'nin Türkçe versiyonlarının 1. ve 2. değerlendirmedeki ağrı, hasta global, fiziki fonksiyon, total skorları arasındaki ICC katsayıları 0,69 ile 0,83 arasında değişmekte olup skorlar uyumlu bulundu ($p=0,001$). RAPID3 1. ve 2. değerlendirmede Cronbach α sırasıyla 0,90 ve 0,90'dı; PAS2 1. ve 2. değerlendirmede Cronbach α sırasıyla 0,90 ve 0,92'di. Oldukça yüksek bir iç tutarlılık saptandı. RAPID3 total skoru PAS2, DAS28-ESR, DAS28-CRP, CDAI ve SDAI ile korelasyon gösterdi (sırasıyla, $r=0,90, 0,70, 0,66, 0,65$ ve $0,66, p=0,001$). PAS2 total skoru da DAS28-ESR, DAS28-CRP, CDAI ve SDAI ile korelasyon gösterdi (sırasıyla, $r=0,64, 0,62, 0,63$ ve $0,62, p=0,001$). RAPID3 fiziki fonksiyon skoru, PAS2 ($r=0,84$), MDHAQ ($r=0,90$) fiziki fonksiyon skorları ve HAQ-DI total skoru ($r=0,86$) ile anlamlı korelasyon gösterdi ($p=0,001$). PAS2 fiziki fonksiyon skoru, MDHAQ fiziki fonksiyon ($r=0,82$) ve HAQ-DI ($r=0,89$) skorları ile anlamlı korelasyon gösterdi ($p=0,001$). Beklendiği gibi RAPID3 fiziki fonksiyon skoru ile SF-36 fiziksel fonksiyon ($r=-0,55$), SF-36 fiziksel rol güçlüğü ($r=-0,50$) anlamlı negatif yönlü korelasyon gösterdi. RAPID3, PAS2, SDAI tarafından saptanan hastalık aktivite düzeylerini DAS28-ESR ile karşılaştırdığımızda, kappa uyumu sırasıyla 0,383 (% 60 uyum, $p=0,001$), -0,070 (%26,2 uyum, $p=0,250$), 0,546 (%70,8 uyum, $p=0,001$) olduğu tespit edildi.

Sonuç: PAS2 ve RAPID3 Türkçe versiyonları romatoid artritli hasta grubumuzda geçerli ve güvenli bulunmuştur. SDAI ise diğer ölçeklerle anlamlı yüksek korelasyon gösterdi.

Anahtar Kelimeler: PAS2, RAPID3, SDAI, hastalık aktivite ölçeği, romatoid artrit

Hasta Aktivite Ölçeği-II ("Patient activity scale")(HHÖ-II /"PAS-II")

Hastalığınızın günlük hayatınızdaki iş görme becerinizi nasıl etkilediğini öğrenmek istiyoruz. GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA oluşan becerilerinizi en iyi tanımlayan kutucuğa bir X işareti koyunuz.

Şunları yapabildiniz mi?

| | Hiç Zorlanmadan (0) | Biraz Zorlanarak (1) | Çok Zorlanarak (2) | Yapamadım (3) |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Arkası düz bir sandalyeden kalkabilmek? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dışarda düz zeminde yürüyebilmek? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tuvalete oturup kalkabilmek? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Başınızın hemen üzerindeki 2.5 kiloluk bir cisme (bir torba şeker gibi) uzanıp aşağı indirebilmek? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otomobil kapılarını açabilmek? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Evün dışındaki işleri (bahçe işleri gibi) yapabilmek? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 dakika süreyle sırada bekleyebilmek? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ağır cisimleri kaldırebilmek? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ağır cisimleri hareket ettirebilmek? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| İki kat veya daha fazla merdiven çıkabilmek? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hastalığınızdan dolayı ağrıdan etkilenip etkilenmediğinizi de öğrenmek istiyoruz.

Geçtiğimiz hafta hastalığınızdan dolayı ne kadar ağrınız vardı? Aşağıdaki 0-10 ölçeğine göre ağrınızın şiddetini en iyi tanımlayan kutucuğa bir X işareti koyunuz.

AĞRI YOK 0 10 ŞİDDETİ AĞRI

HASTALIĞINIZIN SİZİ ETKİLEDİĞİ TÜM DURUMLARI göz önünde bulundurarak, kendinizi genel olarak nasıl hissettiğinizi aşağıdaki ölçeğe PUANLAYIN. Aşağıdaki 0-10 arasındaki ölçeğe göre nasıl olduğunuzu en iyi tanımlayan kutucuğa bir X işareti koyunuz.

ÇOK İYİ 0 10 ÇOK KÖTÜ

Şekil 1. Tarafımızdan çalışılan PAS2 Türkçe versiyon

HASTA ENDEKS VERİLERİNİN RUTİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hasta Endeksi Verilerinin Rutin Değerlendirilmesi ("Routine Assessment of Patient Index Data") (HEVRD/"RAPID"), Çok Boyutlu Sağlık Değerlendirilme Anketinde ("Multi-dimensional Health Assessment Questionnaire") (MD-HAQ/ÇB-SDA) bulunan temel değerlendirme bir alt grubunu içeren ÇB-SDA'nın burada gösterilen 1. sayfası finalde bulunmayan bir değerlendirilme bölümü 1), aynı sayfa'dan hasta global değerlendirilmesini (HGD) (bölüm 2) ve genel olarak sağlık için bir HGD (bölüm 3) içermektedir. HEVRD/SDA, ÇB-SDA'nın alt grubunun içindeki değerlendirme bir alt grubunu ifade eder.

| 1. LÜTFEN ŞU ANDAKİ BECERİLERİNİZİ EN İYİ AÇIKLAYAN TEK BİR YANITI İŞARETLEYİNİZ | Hiç Zorlanmadan | Biraz Zorlanarak | Çok Zorlanarak | Yapamadım | 1. x) FN (0-10) |
|---|-----------------|------------------|----------------|-----------|---|
| GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA (SUNLARI) YAPABİLDİĞİZ Mİ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 1=0.3 10=6.3 |
| a. Ayakkabı bağcıklarını bağlamak ve düğmeleri iliklemek de dahil, kendi başınıza giyinebilmek? | 0 | 1 | 2 | 3 | 2=0.7 17=5.7 3=1.0 18=6.0 4=1.3 19=6.3 |
| b. Yatağa yatıp yataktan kalkabilmek? | 0 | 1 | 2 | 3 | 2=1.7 20=6.7 3=2.0 21=7.0 4=2.3 22=7.3 |
| c. Dola bir kupa ya da bardağı ağzınıza götürülebilmek? | 0 | 1 | 2 | 3 | 8=2.7 23=7.7 9=3.0 24=8.0 |
| d. Dışarda düz zeminde yürüyebilmek? | 0 | 1 | 2 | 3 | 10=3.5 25=8.5 11=4.7 26=9.7 |
| e. Tüm vücudunuza yıkamak ve kurutmak? | 0 | 1 | 2 | 3 | 12=4.0 27=9.0 13=4.3 28=9.3 14=4.7 29=9.7 15=5.0 30=10.0 |
| f. Yerden kızıldernek almak için eğilebilmek? | 0 | 1 | 2 | 3 | 16=4.7 31=9.7 17=5.0 32=10.0 |
| g. Normal muslukları açıp kapamak? | 0 | 1 | 2 | 3 | 18=5.3 33=10.3 19=5.7 34=10.7 |
| h. Bir otomobile, otobüse, trene, uçağa binip bunlardan inebilmek?? | 0 | 1 | 2 | 3 | 2 AR (0-10) |
| i. İsteddiğinizde üç kilometre yürüyebilmek? | 0 | 1 | 2 | 3 | 3 HSGD (0-10) |
| j. İsteddiğinizde, arzuladığınız boy zaman faaliyetlerine ve spor faaliyetlerine katılabilmek? | 0 | 1 | 2 | 3 | 3 HSGD (0-10) |
| k. Gece iyi bir uyku ayutmak? | 0 | 1 | 2 | 3 | HEVRD (0-30) |
| l. Endişe ya da sinirlilik duygularıyla baş edebilmek? | 0 | 1 | 2 | 3 | HEVRD (0-30) |
| m. Depresyon ya da can sıkıntısı duygularıyla baş edebilmek? | 0 | 1 | 2 | 3 | HEVRD (0-30) |

2. GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA HASTALIĞINIZDAN DOLAYI NE KADAR AĞRINIZ OLDU? LÜTFEN AĞRINIZIN ŞİDDETİNİ AŞAĞIDA BELİRTİNİZ.



3. HASTALIK YA DA SAĞLIK DURUMLARININ HAYATINIZDA ŞU ANDAKİ TÜM ETKİLERİNİ GÖZ ÖNÜNDE ALARAK KENDİNİZİ GENEL OLARAK NASIL HİSSETTİĞİNİZİ LÜTFEN AŞAĞIDA BELİRTİNİZ.



| DÖNÜŞİM TABLOSU | Yüksek Şiddetli (V): |
|------------------------|--|
| Yalnız Hastalığın (V): | 13=4.3, 14=4.7, 15=5.0, 16=5.3, 17=5.7, 18=6.0 |
| Diğer Şiddetli (D): | 19=6.3, 20=6.7, 21=7.0, 22=7.3, 23=7.7, 24=8.0, 25=8.3, 26=8.7, 27=9.0 |
| Orta Şiddetli (O): | 28=9.3, 29=9.7, 30=10.0 |

HEVRD SKORLARININ HESAPLANMASI

- Görüşme öncesi bekleme odasında bekletilerek hastanın 1, 2 ve 3'üncü soruların yanıtlanması istenir.
- Birinci soru için, sadece A-7 sorularına okunarak tepiyorsa (R-M) sorularına bilgi sağlanıp sorularına eklenip belirlenmesi, şiddetli hastalar bu sorulara cevap vermemesi dahil edilmezler. Anket skorumun hesaplanması için sağ taraftaki kutuda bulunan formülü kullanınız (0-10). Örneğin, cevaplarınız toplamı 19 olan bir hastanın skoru 4.7'dir. Bu skoru hastanın fonksiyonel durumunu bir değerlendirilme olarak gösterir (FN).
- İkinci soru için, hastanın aynı talimatın bir değerlendirilme olarak sağlık için bir skoru (0-10) gireriz (AR).
- Üçüncü soru için, hastanın genel değerlendirilme bir değerlendirilme olarak sağlık için bir skoru (0-10) gireriz (HSGD).
- Birinci, ikinci ve üçüncü soruların toplam skorlarını topluyoruz (0-30) ve bunları hastanın klinik olarak HEVRD/SDA skoru olarak gireriz. Hastanın şiddetli HEVRD/SDA skorumu belirlemek için son değerlendirilme kullanılır. Örneğin, klinik olarak HEVRD/SDA skoru 11 olan bir hasta, şiddetli 3.7 skoruyla aynı skor |

Şekil 2. Tarafımızdan çalışılan RAPID3 Türkçe versiyon

Yaşlı romatoid artritli bireylerin kırılgnalık durumlarının incelenmesi

Ayşe Nur Bayındır Akbaş¹, Bilge Başakçı Çalık², Veli Çobankara¹

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

²Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Meslek Yüksekokulu, İstanbul

Amaç: Dünyada ve ülkemizde beklenen yaşam süresinin artmasıyla birlikte yaşlı popülasyon hızla artmaktadır. Dolayısıyla geriatrik romatoid artrit (RA) olgularının sayısı da artış eğilimindedir. Kırılgnalık, yaşlanmayla ortaya çıkan fiziksek ve kognitif fonksiyonlarda azalmayla birlikte ortaya çıkan güçsüzlükle karakterize yetmezlik halidir. Bu çalışma yaşlı RA'lı bireylerin kırılgnalık durumlarının incelenmesi ve kırılgnalık hakkında farkındalık oluşturmak amacıyla yapıldı.

Yöntem: Çalışmaya, Pamukkale Üniversitesi, Romatoloji Kliniği tarafından takip edilen yaş ortalaması 71,59±4,95 yıl olan 138 (90 kadın, 48 erkek) yaşlı RA'lı birey dahil edildi. Bireylerin demografik verileri kaydedildikten sonra hastalık aktivitesi DAS-28 ile, kırılgnlıkları Klinik Kırılgnlık Skalası ile, sarkopeni durumları yağsız kas kütlesi, iskelet kas indeksi, yürüme hızı ve kavrama kuvveti ölçülerek belirlendi. İstatistiksel analizde sürekli değişkenler ortalama ± standart sapma ve kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verildi. Kırılgnlığa etki eden faktörlerin analizinde One-Way analizi ile ki-kare testi kullanıldı.

Bulgular: Çalışmamıza katılan 138 yaşlı RA'lı bireyin kırılgnlık puanına göre 11 birey çok zinde (%8), 29 birey zinde (%21), 40 birey iyi idare eder (%29), 31 birey çok hafif kırılgn (%22,5), 14 birey hafif kırılgn (%10,1), 4 birey orta derece kırılgn (%2,9), 9 birey ciddi derecede kırılgn (%6,5) idi. Sarkopeni varlığına göre; 47 birey pre-sarkopenik (%34,1), 17 birey sarkopenik (%12,3) ve 8 birey ağır sarkopenik (%5,8) idi. Hastalık aktivite puanının (p=0,001), kas kütesinin (p=0,007) ve sağ (p=0,051) ve sol (p=0,024) el kavrama kuvvetlerinin kırılgnlık üzerine etkili olduğu iskelet-kas indeksi (p=0,722) ve yürüme hızının (p=0,649) herhangi bir etkisinin olmadığı bulundu. Sarkopeni varlığının da kırılgnlık üzerine etkin bir faktör olduğu belirlendi (p=0,001).

Sonuç: Çalışmamızın sonuçları yaşlı RA'lı bireylerde kırılgnlık riskinin arttığını bu riskin gelişiminde hastalık aktivitesinin, sarkopeni durumunun, kas kütesi ve kuvvetinin etkin rol oynadığını göstermiştir. Bu nedenle yaşlı RA'lı bireylerde kırılgnlığın erken tanınması ve bu durumun önlenmesi için gerekli önlemlerin alınması RA'da hastalık sürecini yönetmede elimizi güçlendirecektir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, kırılgnlık, sarkopeni

Granülomatöz polianjiitis ve eozinofilik granülomatöz polianjiitis hastalıklarının demografik dağılımları ve otorinolaringolojik semptomların görülme sıklığı

Belkıs Nihan Coşkun¹, Nihal Lermi¹, Ahmet Sinan Cabi², Mustafa Aslier², Utku Mete², Uygur Levent Demir², Ediz Dalkılıç¹, Yavuz Pehlivan¹

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa,

²Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: Granülomatöz polianjiitis (GPA) ve eozinofilik granülomatöz polianjiitis (EGPA) tüm organ ve sistemler etkilenebilirken %80'e varan oranda baş ve boyun bölgesinde tutulum görülebilir. Bu çalışmamızda amacımız GPA ve EGPA tanılı hastaların demografik dağılımlarını belirlemek ve bu hastaların otorinolaringolojik semptom ve bulgularını incelemektir.

Yöntem: Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji ve Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dallarında GPA ve EGPA tanıları ile takip edilen hastalar belirlendi. Tıbbi kayıtları geriye dönük olarak incelendi. Hastaların demografik verileri, ilk tanı aldıkları semptomları, tetkik ve tedavi özellikleri tespit edildi. Tüm hastalar romatoloji polikliniğimizde düzenlenen medikal tedavileri almaktaydı. Ardından Şubat-Ağustos 2022 tarihleri arasında bütün hastalar KBB polikliniğinde muayene edilip güncel semptom ve bulguları belirlendi ve endoskopik kayıtları alındı. Rinolojik bulguları değerlendirmek için hastalara SNOT-22 anketleri ve tepe nazal inspiratuar akım (TNİA) testi uygulandı (Şekil 1). Otolojik bulguları değerlendirmek için saf ses odyometrisi yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya 20 (%45,5) kadın ve 24 (%54,5) erkek 44 hasta dahil edildi. Yaş ortalaması 47,6 (24-74) saptandı. Beş (%11,4) hastanın EGPA ve 39 (%88,6) hastanın ise GPA tanısı mevcuttu. Hastaların 32'sinin (%72,8) ilk başvurularında otorinolaringolojik semptomların olduğu tespit edildi (erkeklerde %70,8, kadınlarda %75). Hastaların 24'ünde (%75) rinolojik, 7'sinde (%21) otolojik, 3'ünde (%9) laringolojik ve oral kavite ile ilişkili semptomların varlığı söz konusuydu. En sık semptomlar sırasıyla; burunda kabuklanma, burun akıntısı ve burun kanaması idi. Güncel değerlendirmelerinde verilen medikal tedavilere rağmen 29 hasta (%65,9) otorinolaringolojik semptomlarının devam ettiğini belirtti. Yapılan muayene değerlendirmesinde ise 21 hastada (%47,7) somut muayene bulguları tespit edildi (Tablo 1). SNOT-22 testinde 42 hastanın ortalama değeri 18,4 olarak bulundu. Rinolojik bulgusu izlenen ve izlenmeyen hastalar arasında anket sonuçlarında anlamlı farklılık saptandı. Yapılan tepe nazal inspiratuar akım ölçümlerinde de yine rinolojik bulgusu

izlenen ve izlenmeyen hastalar arasında farklılık saptandı. Fakat istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi.

Sonuç: Çalışmamızda GPA ve EGPA hastalarında ilk başvurularında literatürle benzer olarak %72 oranında otorinolarinolojik semptomlar izlendi. Diğer literatür çalışmalarından farklı olarak ilk başvuru semptomlarından otolojik ve laringolojik semptomlar daha az oranda bulundu. Hastaların ilk başvuruları sıklıkla KBB hekimlerine olmaktadır. Başvuru

semptomları arasında rinolojik olarak burunda kabuklanma, akıntı ve kanama; otolojik olarak kulak akıntısı ve işitme azlığı; laringolojik olarak subglottik stenoz bulguları en sık karşılaşılan muayene bulguları olarak saptandı. GPA ve EGPA hastalarının takibi, romatoloji ve KBB hekimlerince multidisipliner olarak yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Granülatöz polianjiit, eozinofilik granülatöz polianjiit, otorinolarinolojik semptomlar

| Sino-Nasal Outcome Test (SNOT-22) (Sinüs-Burun Sonuç Testi) | | | | | | |
|---|-----------|-----------------|-------------|---------------------|----------------------------|-------------------|
| Hasta adı, soyadı: | | | | | | |
| Tarih: | | | | | | |
| Ameliyat: | | | | | | |
| Kontrol: | | | | | | |
| Aşağıda rinosinüzitinizin semptom ve sosyal/duygusal etkileriyle ilgili bir liste bulacaksınız. Bu problemlerinizi hakkında daha çok bilgi sahibi olmak istiyoruz ve bu sorulara en uygun şekilde cevap verdiğinizde memnun olacağız. Doğru veya yanlış cevap yoktur. Geçmiş 2 haftadaki yaşadığınız problemlerinizi derecelendireceğiz. Katılımınız için teşekkür ederiz. Açıklama gerektiği zaman yardım istemekten çekinmeyiniz. | | | | | | |
| I. Sorun başınıza geldiğinde, ne kadar ciddi olduğunu ve ne kadar sıklıkla olduğunu düşünün ve tabloya göre ne kadar kötü hissettiğinizi ona karşılık gelen numarayı daire içine alarak işaretleyiniz. | Sorun yok | Çok hafif sorun | Hafif sorun | Orta derecede sorun | Olabilecek en kötü durumda | En önemli 5 madde |
| 1. Burun sümürme ihtiyacı | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| 2. Burun tıkanıklığı | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| 3. Hapşırma | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| 4. Burun akıntısı | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| 5. Öksürük | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| 6. Geniz akıntısı | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| 7. Katı burun akıntısı | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| 8. Kulakta dolgunluk | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| 9. Sersemlik hissi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| 10. Kulak ağrısı | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| 11. Yüzde ağrı ve basınç hissi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| 12. Koku veya tat alma kaybı | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| 13. Uykuya dalmakta zorluk | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| 14. Gece uyanma | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| 15. İyi gece uykusu yokluğu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| 16. Yorgun uyanma | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| 17. Yorgunluk | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| 18. Venmilik düşmesi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| 19. Konsantrasyon azalması | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| 20. Sinirlilik/huzursuzluk/asabılık | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| 21. Üzülme durumu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| 22. Sıkılganlık | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| II. Lütfen, sizin sağlığını etkileyen (en fazla 5 öge) en önemli öğeleri işaretleyiniz. † | | | | | | |

Şekil 1. SNOT-22 anketi

Sjögren sendromu hastalarında otoantikörlerin otonom disfonksiyon ile ilişkisi

Gökhan Yavuzbilge¹, Nilay Erdik², Seyyid Bilal Açıkgoz², Sümeyye Merve Türk², Cansu Arslantürk Güneysu², Tamer Acat², Mehtap Kalçık Unan², Damla Karataş Kızıl³, Gamze Dilek⁴, Abbas Karakurt⁵, Emel Gönüllü²

¹Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Hatay

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

³Yalova Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Yalova

⁴Abant İzzet Baysal Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi Kliniği, Bolu

⁵Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sakarya

Amaç: Sjögren sendromu ekzokrin salgı bezlerinin tutulumu ile karakterize, göz ve ağız kuruluğu semptomları görülebilen kronik otoimmün bir hastalıktır. Hastalığın seyri sırasında ekstrasgladüler tutulumlar da görülebilmektedir. Nörolojik tutulum ekstrasgladüler tutumlardan biridir ve geniş bir klinik spektruma sahiptir. Otonom disfonksiyon Sjögren sendromu hastalarında görülebilen nörolojik tutumlardan biridir. Bu çalışmamızda Sjögren sendromu hastalarında nörolojik tutumlardan birisi olan otonom disfonksiyon ile Sjögren sendromunda sık görülen otoantikörlerin arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya Sakarya Üniversitesi, İç Hastalıkları, Romatoloji Kliniği'ne Kasım 2021-Aralık 2022 tarihleri arasında başvuran primer veya sekonder Sjögren sendromu tanısı konulan hastalar dahil edildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların sosyo-demografik, laboratuvar ve klinik özellikleri kayıt edildi. Hastaların otonom disfonksiyonları COMPASS-31 skoru ile değerlendirildi. Hastalar antinükleer antikor (ANA), romatoid faktör (RF), anti-SS-A, anti-SS-B, anti-Ro-52 otoantikörlerinin pozitif olanlar ve negatif olanlar olarak gruplandırıldı ve COMPASS-31 skorları her grup için ayrı ayrı değerlendirildi. Elde edilen veriler SPSS 22.0 paket programı kullanılarak analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya 120 hasta dahil edildi. Hastaların 81'i (%67,5) primer Sjögren sendromu, 39'u (%32,5) sekonder Sjögren sendromu hastasıydı. Hastaların 117'si (%97,5) kadın, 3'ü (%2,5) erkekti. Hastaların yaş ortalaması 54,1±11,2 yıl olarak saptandı. Hastalık süresi medyan IQR 6 (7) yıldır. Hastalardan RF negatif olanların COMPASS-31 skoru 29,1 (31,4), RF pozitif olanların COMPASS-31 skoruna 21,0 (21,9) göre anlamlı olarak daha yüksek saptandı (Tablo 1) ANA, anti-SS-A, anti-SS-B, anti-Ro-52 otoantikörlerinin pozitif ve negatif olduğu hastalarda ise COMPASS-31 skoru karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 1).

Sonuç: Sjögren sendromu hastalarında otonom disfonksiyon sık olarak görülen nörolojik tutumlardan biridir. COMPASS-31 skoru otonom disfonksiyonu değerlendirmek için geliştirilmiş bir ankettir. Literatürde anti-sentromer antikor pozitif olan skleroderma hastalarının negatif olanlara göre COMPASS-31 skoru anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanan çalışma mevcut ancak Sjögren sendromu hastalarında COMPASS-31 skoru ile antikor ilişkisini değerlendiren çalışma saptayamadık bu açıdan çalışmamız ilk olabilir. ANA, anti-SS-A, anti-SS-B, anti-Ro-52 antikörlerinin pozitifliği ile COMPASS-31 skoru arasında anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte RF negatif olan hastalarda COMPASS-31 skorunu istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek

olarak saptandı. Sjögren sendromu hastalarında otoantikörlerin otonom disfonksiyonu ile ilişkisinin değerlendirilmesi için daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Sjögren sendromu, otonom disfonksiyon, COMPASS-31

PS-099

Difficult-to-treat romatoid artrit; katkıda bulunan faktörler ve gerçek yaşam verileri

Gülşay Alp¹, Dilek Solmaz², Servet Akar²

¹Bingöl Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Bingöl

²İzmir Kâtip Celebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İzmir

Amaç: Romatoid artrit (RA) için tedavi seçenekleri, biyolojik ve hedefe yönelik sentetik hastalığı modifiye edici anti-romatizmal ilaçların (b/tsDMARD'ler) mevcudiyeti ile genişlemiştir. Tüm bu gelişmelere karşın tedaviye rağmen hala semptomatik kalan ve klinik olarak da remisyonla ulaşamamış önemli bir hasta grubu bulunmaktadır. Bu gruba tanımlamak üzere "tedavisi zor RA/difficult-to-treat (D2T)" terminolojisi geliştirilmiştir. EULAR tanımına göre yapılan bir çalışmada %10,1'inin D2TRA olduğu ve kadın cinsiyet, seropozitiflik, glukokortikoid tedavisi ve akciğer hastalığına sahip olma olasılıklarının D2TRA olmayan hastalara göre daha fazla olduğunu saptamışlardır. EULAR 2021 D2TRA tanımına göre RA hastalarımız arasında tedavisi zor romatoid artrit (D2TRA) sıklığını belirlemenin yanı sıra demografik ve hastalık özelliklerindeki farklılıkları tespit etmeyi amaçladık.

Yöntem: 2010 ACR kriterlerine göre RA tanısı alan 302 ardışık RA hastasını dahil edildi. Bu hastalar daha sonra EULAR tanımına göre D2TRA veya D2T olmayan RA grubu olarak kategorize edildi. Hastaların demografik özellikleri, aktivite parametreleri kaydedildi. Yaşam kalitesi ve fonksiyonellik HAQ, anksiyete ve depresyon HADS, yorgunluk FACIT, fiziksel aktivite IPAQ ile değerlendirildi. RA başlangıcındaki risk faktörleri ve bağımsız olarak D2TRA ile ilişkili faktörler, lojistik regresyon analizi kullanılarak tanımlandı.

Bulgular: Üç yüz iki hastanın (ortalama yaş: 50,7, %80,1'i kadın, %75'i seropozitif) 27'si (%8,9) D2TRA olarak sınıflandırıldı. D2TRA'lı hastaların tanı yaşı daha düşük ve hastalık süresi daha uzundu. D2TRA grubunun, DAS28ESR, CDAI ve SDAI skorları anlamlı yüksekti. Hastalık aktivite skorlarının yanı sıra daha yüksek oranda eklem deformitesi, periferik erozyon, Sjögren sendromu ve eklem dışı belirtiler gösterdiği saptandı. Seropozitiflik durumu açısından fark izlenmezken RF 5 kat üzeri grupta daha fazla D2TRA saptandı. Ortanca komorbidite sayısı ve eşlik eden fibromiyalji oranı D2TRA grubunda anlamlı olarak daha yüksekti. Ek olarak fonksiyonellik kötü, FACIT yorgunluk skorları yüksek ve anksiyete fazla iken, depresyon ve fiziksel aktivite açısından farklılık izlenmedi. Çoklu regresyon analizinde, D2TRA bağımsız olarak daha yüksek HAQ skorları, RF seviyesi ve eşlik eden fibromiyalji ile ilişkilendirildi.

Sonuç: D2TRA'lı hastalar daha yüksek hastalık aktivitesine, daha kötü fonksiyonel duruma ve yaşam kalitesine sahiptir. Yüksek RF seviyeleri ve eşlik eden fibromiyaljinin varlığı bağımsız olarak D2TRA ile ilişkilidir ve hastaların genel hastalık yükünü etkiler.

Anahtar Kelimeler: Difficult-to-treat, fibromiyalji, romatoid artrit, romatoid faktör

2012 yılı öncesi bDMARD tedavisi başlanan RA hastaları halen takiplerine geliyor mu? Tek merkez verileri

Özlem Şahan Güven¹, Emre Bilgin², Mustafa Ekici², Gizem Ayan², Zehra Özsoy², Gül Sandal Uzun², Erdiç Ünalı², Levent Kılıç², Ömer Karadağ², Şule Apraş Bilgen², Ali Akdoğan², İhsan Ertenli², Sedat Kiraz², Umur Kalyoncu²

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

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

Amaç: Romatoid artrit (RA) son 2 dekatta kullanıma giren biyolojik DMARD tedavilerinin hastaların aktivite ve fonksiyonları üzerine olumlu etkileri olmuştur. bDMARD'lar uzun süredir kullanımda olmasına rağmen on yıldan uzun süreli takip ile ilgili veriler kısıtlıdır. Bu çalışmada RA nedeniyle 2012 yılından önce bDMARD başlanan hastalarda aynı merkezde tedaviye devam oranı ve tedaviye devamlılıkta ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

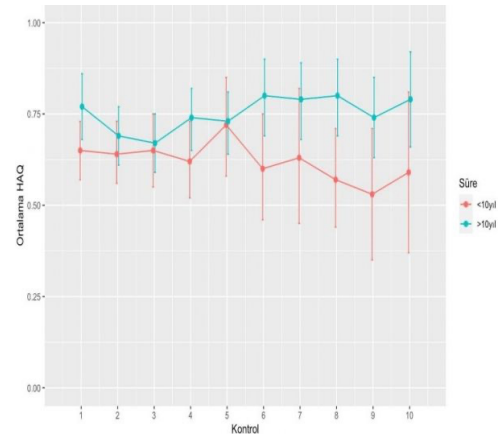
Yöntem: 2012 yılı ve öncesinde bDMARD tedavisi başlanan RA hastaları, on yıldan uzun bDMARD tedavisi kullanıma potansiyeli olan hastalar olarak değerlendirildi. Tek merkezli, retrospektif, müdahalesiz olan bu çalışmaya; 18 yaş üstü, romatoloji kliniğinde RA tanısı ile takip edilen ve on yıldan uzun bDMARD kullanıma potansiyeli olan hastalar dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, başvuru merkezi, komorbiditeleri, laboratuvar bulguları, kullandıkları tedaviler (sentetik ve b/tsDMARD, uygulama yolu), hastalık aktivite ölçekleri ve fonksiyonel durumları kaydedildi. Hasta verileri hastane kayıt sistemi ve hasta dosyalarından kaydedildi.

Bulgular: 2001-2022 yılları arasında, RA tanısı ile bDMARD tedavisi başlanan 2,371 hasta saptandı. 2012 yılı ve öncesinde bDMARD tedavisi başlanan, diğer deyişle 10 yıldan uzun süreli bDMARD kullanıma potansiyeli olan, 640 hasta çalışmaya dahil edildi. Bu hastaların 242'sinin (%37,8) takip süresi on yıl ve üzerinde, 398'inin (%66,7) takip süresi on yılın altındaydı. Takip süresi on yılın üzerinde olan hastaların 218'i (%90,9) son vizitte bDMARD tedavisine devam ederken, takip süresi on yılın altında olanların 245'i (%61,6) son vizitinde bDMARD tedavisine devam ediyordu. Hastaların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Hastaların 131'i (%54,1) Ankara il merkezinden geliyordu. Ankara ilinden gelen hastaların %50,2'si on yıldan uzun süre takibe devam etmişken, Ankara dışından gelen hastaların %29,8'i on yıldan uzun süre takibe gelmiştir ($p<0,001$). Tedavi devamlılığı olan hastalarda romatoid faktör kuvvetli pozitifliği daha fazla (%51,5 vs. %41,8, $p=0,04$), vücut kitle indeksi ≥ 25 kg/m² olma sıklığı daha belirgin (%74,4 vs. %62,8, $p=0,005$) ve metabolik sendrom komponentleri daha sıkı [hipertansiyon (%48,8 vs. %35, $p=0,001$), diabetes mellitus (%24,4 vs. %15,4, $p=0,006$), hiperlipidemi (%61,1 vs. 38,3, $p<0,001$)]. Uzun süre takipte, akut faz yanıtı kontrolde olan hastalarda, takip devamlılığı daha yüksekti ($p=0,01$). bDMARD'lar ile birlikte sentetik DMARD'lerin kullanımının on yıldan uzun süre tedavi devamlılığı sağlaması üzerine anlamlı etkisi görülmemiştir. İlk tedavi seçeneği olarak intravenöz yolla tedavi kullanıldığında,

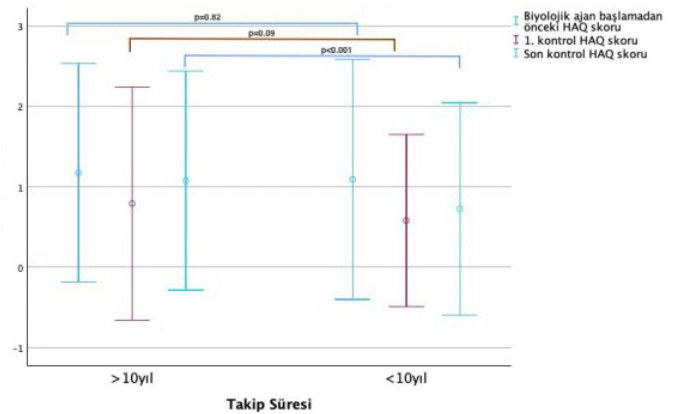
on yıldan uzun süreli devamlılık daha fazla saptandı (Tablo 2). Hastaların başlangıç ve takip aktivite değerlerinin tedavi devamlılığına etkisi görülmemişken, fonksiyonel durumu daha kötü giden hastaların daha uzun süre takip edildiği görüldü (Şekil 1, 2).

Sonuç: Hastaların yaşadıkları yerin tedavi aldıkları hastaneye yakınlığı, ilk şikayet ile bDMARD başlangıç süresi, biyolojik ajan başlama öncesi akut faz belirteçleri değeri, on yılın üzerinde tedavi takibine devam etme açısından önemli olarak görülmektedir (Tablo 3). Takipsiz hastaların başka merkezlerde de tedavilerine devam etme olasılıkları hesaba katılmalıdır. Hastaların en az %37'sinin 10 yıldan daha uzun süreli olarak takiplerine geldikleri görülmüştür. Kronik hastalığa sahip olan hastalar açısından bu oranlar kabul edilebilir seviyelerde olarak değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar, bDMARD, ilaç uyumu



Şekil 1. Takip süresi on yıldan uzun ve kısa olan RA hastalarının bDMARD başlangıcından sonraki kontrol vizitlerindeki HAQ-DI değişimi



Şekil 2. Takip süresi on yıldan uzun ve kısa olan RA hastalarının bDMARD başlangıcı, birinci kontrol viziti ve son kontrol vizitinde HAQ-DI ve değişimi

Genetik analizin Ailevi Akdeniz ateşi tanısına katkısı

Hikmet Akar¹, Dilek Gün Bilgiç², Emre Ali Acar³, Sadettin Uslu³, Özgül Soysal Gündüz¹

¹Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Manisa

²Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Manisa

³Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Manisa

Amaç: Ailevi Akdeniz ateşinin (AAA) kesin klinik sınıflandırması Tel Hashomer Kriterleri ile yapılmaktadır. Genetik analizler, mutasyon komplikasyonları için hastaların klinik tanısını destekleyebilir. Bu çalışmanın amacı hem MEFV mutasyonlarının AAA tanısına katkısını araştırmak hem de aynı hasta popülasyonunda fenotip-genotip korelasyonu olup olmadığını göstermektir.

Yöntem: Ocak 2016 ve Kasım 2021 tarihleri arasında 1.064 yetişkinde gerçek zamanlı polimeraz zincir reaksiyonu tekniğine dayalı ticari bir kit ile taranan 12 MEFV gen mutasyonunu değerlendirdik. AAA mutasyonlarına sahip 484 kişiden 208'i ile telefonla görüşme yapabildik. Tel Hashomer Kriterleri'ne veya klinisyen görüşüne göre AAA tanısı alıp almadıklarını araştırdık ve klinik ve genetik özelliklerini karşılaştırdık. Ayrıca ülkemizde AAA tanısını üstlendiği için genetik analiz yapılan herkesin tıbbi kayıtlarından ilaç ücret muafiyeti için düzenlenmiş kolşisin veya interlökin-1 inhibitörü ilaç kullanım raporu olup olmadığını araştırdık.

Bulgular: Bin altmış dört genetik analizin sonuçlarına göre (484'ü MEFV mutasyonlu), 228 hasta (%21,4) ya FMF tanısı ile halen kolşisin kullanıyordu ya da IL-1 inhibitörü tedavisinden önce kolşisin kullanmıştı. MEFV mutasyonu olan hastalarda AAA tanısıyla kolşisin verme oranı (%39,7) mutasyonu olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Telefonla görüştüğümüz genetik mutasyonlu 208 hastanın 89'u (%42,8) Tel Hashomer Kriterleri'ni karşılıyordu. Tel Hashomer Kriterleri'ni karşılayan hastalarda en çok tespit edilen mutasyonlar sırasıyla M694V (%46,1), M680I (%24,7), V726A (%8,9) ve E148Q (%8,9) idi. M694V ve M680I homozigot mutasyonları ile Tel Hashomer Kriterleri'ne göre kesin/olası tanı arasında pozitif anlamlı ilişki bulunmuştur (sırasıyla; $p=0,001$, $p=0,021$). E148 heterozigot mutasyonu ile tanı arasında negatif bir korelasyon bulunmuştur ($p=0,002$). Genetik mutasyonlar ile klinik bulgular arasındaki ilişki incelendiğinde, ateş ile M694V ve karın ağrısı ile M680I arasında pozitif bir korelasyon olduğu gösterilmiştir (sırasıyla; $p=0,000$, $p=0,007$).

Sonuç: Genetik tanının doğrulanmasında kritik bir rol oynar, ancak asla klinik tanının yerini almamalıdır. Klinisyenler genetik testlerin endikasyonlarının ve sınırlamalarının farkında olmalı ve sonuçları nasıl yorumlayacaklarını bilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz ateşi, MEFV mutasyon, genotip, fenotip

Pediyatrik idiyopatik rekürren perikarditler

Aybüke Günalp, Elif Kılıç Könte, Ümit Gül, Esmâ Aslan, Nujin Uluğ, Fatih Haşlak, Mehmet Yıldız, Amra Adrović, Sezgin Şahin, Reyhan Dedeoğlu, Kenan Barut, Özgür Kasapçopur

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatolojisi Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: İdiyopatik rekürren perikardit (İRP); perikardiyal enflamasyon belirtisi ve bulgularının, bir akut perikardit atağını izleyen en az 4-6 haftalık semptomsuz bir dönemden sonra ortaya çıkması olarak tanımlanır. İlk perikardit atağından sonra %30 ve ilk nüksün ardından %50 sıklıkta görülebilen tanılandırması zor bir klinik durumdur. Pediyatrik hastaların yaklaşık %70'inde ve erişkinlerin >%80'inde özgün bir etiyoloji saptanamaz ve perikardit idiyopatik olarak kabul edilir. Otoimmün mekanizmaların bu hastalıkta önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Amacımız pediyatrik rekürren perikardit olgularının tanıdan tedaviye seyrini değerlendirmek ve etiyolojisi aydınlatılmamış olgularda genetik ve otoimmün mekanizmaları araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmamızın ilk aşamasında kliniğimizde izlemde yineleyen perikardit atakları olan hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri, tedavi yanıtları geriye dönük olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Kliniğimizde tanı almış tekrarlayan perikarditi olan 13 hasta incelenmiştir. Hastaların 9'u (%75) erkektir. Yaş ortalamaları: 13,8 ($\pm 4,6$) yıl, ortalama semptom başlangıç yaşı: 10,7 ($\pm 4,3$) yıl ve takip süreleri ortalama: 3,7 ($\pm 2,7$) yıldır. Toplam atak sayıları ortancası: 4 (1-20) yıldır. Ataklarda tüm hastalar tipik olarak öne eğilmekle artan göğüs ağrısı tarif etmektedir. Ataklarda hastaların 8'inde (%62,5) ateş, 5'inde (%38,5) omuz ve sırt ağrısı, 3 (%23,1) hastada bulantı ya da kusma, 3 (%23,1) hastada karın ağrısı, 3 (%23,1) hastada nefes darlığı ve 2 (%15,4) hastada çarpıntı gözlenmekte idi. Enfeksiyon etkenleri açısından Brusella IgG/IgM, Rose Bengal testleri ve PPD ya da Quantiferon ile tüberküloz taraması tüm hastalarda negatif saptanmıştır. Hastaların 6'sına (%46,2) perikardiyosentez yapılmıştır ve enfeksiyöz etkenler negatif saptanmıştır. İki hastada ek olarak minimal plevral efüzyon ilk atakta gözlenmiştir. Tüm hastaların otoenflamatuvar paneli incelenmiş olup; 7 (%53,8) hastanın normal ve 4 (%30,8) hastanın da MEFV ekzon 2'de, 1 (%7,7) hastada TNFRSF13B ve 1 (%7,7) TNFRSF1A heterozigot mutasyon saptanmıştır. Başlangıç tedavileri tüm hastalarda kolşisin ve 8 (%62,5) hastaya steroid eklenmiştir. Takibinde tekrarlayan atakları olan 8 (%62,5) hastanın tedavisine anti-IL-1 eklenmiştir. Tüm hastalarda kolşisin tedavisine devam edilmekte ve ek olarak 4 (%30,7) hastaya anakinra, 3 (%23) hastaya kanakinumab başlanmıştır. Anti-IL-1 kullanmaya başlayan 8 hastanın tedavi öncesi yıllık ortalama atak sayıları: 4,25 ($\pm 2,6$); anti-IL-1 tedavi başladıktan sonraki yıllık ortalama atak sayıları: 1,38 ($\pm 1,7$) ($p<0,05$). İki hasta takibinde anksiyete bozukluğu tanısı almış ve bu sebeple tedavi görmekte; hiçbir hastanın aile öyküsünde tekrarlayan perikardit atakları ile izlenen olgu bulunmamakta; 2 hastanın ailesinde Ailesel Akdeniz ateşi, 1 hastanın ailesinde romatoid artrit bağı perikardiyal efüzyon öyküsü bulunmaktadır.

Sonuç: Erişkinlerde yapılan çalışmalarda otoimmün ve genetik mekanizmaların İRP atakları etiopatogenezinde etkili olabileceğine dair kanıtlar gösterilmiştir. Bu konuda pediatrik hasta grubunda yapılan çalışmalar sınırlıdır ve Türkiye genelinde tekrarlayan perikardit atakları ile izlenen pediatrik hastaların verilerini değerlendireceğimiz çok merkezli bir çalışma ile hastalıkla ilgili bilgi ve deneyimimizi güçlendirmeyi hedeflemekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Perikardit, anti-interlökin-1, otoimmün, MEFV

PS-103

Türkiye'deki akademik ünvanı olan romatoloji uzmanlarının bibliyometrik parametreler ile analizi

Haluk Cinaklı

Kırklareli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Kırklareli

Amaç: Bibliyometrik analizlerde kullanılan bibliyometrik parametreler akademik üretkenliğin ve etkinin bir göstergesi olarak kullanılmaktadır. Bu parametreler arasında yayın sayısı, atıf sayısı, impact faktörü, Hirsch indeksi (H-indeksi), Eigenfactor skoru, E-indeksi ve M-indeksi yer alır. Akademik dünyada kullanılan H-indeksi, bir yayının ne sıklıkla alıntılındığına bağlı olarak belirlenir ve bir araştırmacının en az H kez alıntılanan yayınlarının sayısı olarak tanımlanır. Amerika'daki romatologlar arasında yapılan bir çalışmaya göre (551 erkek, 390 kadın), erkeklerle karşılaştırıldığında, kadın profesör (%12,6 vs. %36,8) ve doçent (%17,5 vs. %28) oranı daha düşüktür, doktor öğretim üyesi oranı (%55,5 vs. %31,5) daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın amacı, bilim alanındaki üretimi gösteren bibliyometrik parametrelerinin, ülkemizde çalışan akademik ünvanı olan romatoloji uzmanlarının cinsiyet, çalıştıkları kurum ve ünvana göre olan etkilerini incelemektir.

Yöntem: Ülkemizde çalışan Türkiye Romatoloji Derneği'ne kayıtlı akademik ünvanı olan romatoloji uzmanlarının yayın sayısı, atıf sayısı, H-indeksi Scopus veri tabanı kullanılarak belirlendi. Katılımcıların yayın sayısı, atıf sayısı ve H-indeksi ile cinsiyet, ünvan ve çalıştıkları kurum açısından ilişkileri gözden geçirildi.

Bulgular: Çalışmamıza dahil edilen akademik ünvanı olan romatoloji uzmanlarının 110'u (%60,1) erkekti. Scopus veri tabanından elde edilen verilere göre ortalama yayın sayısı 68,4±64,9, ortalama atıf sayısı 1712,1±2845,6, ortalama H-indeksi 17,0±12,4 olarak tespit edildi. Çalışmaya katılan romatoloji akademisyenlerinin 110'u (%60,1) profesör, 54'ü (%29,5) doçent ve 19'u (%10,4) doktor öğretim üyesiydi (Tablo 1). Profesörlerin, doçent ve doktor öğretim üyelerine göre ortalama yayın sayısı, ortalama atıf sayısı ve ortalama h-indeksi daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0,001). Erkek akademisyenlerin kadın akademisyenlere göre ortalama yayın sayısı (p=0,006), ortalama atıf sayısı (p=0,037) ve ortalama H-indeksi (p=0,041) anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 2). Akademik ünvanı olan uzmanların büyük çoğunluğu metropol şehirlerde (p=0,01) ve Ankara'nın batısında (p=0,007) çalışmakla birlikte; büyük çoğunluğunun devlet üniversitelerinde (p<0,001) görev yaptığı görüldü (Tablo 3).

Sonuç: Ülkemizdeki akademik ünvana sahip romatoloji uzmanları erkek çoğunlukta olup, kadın akademisyenlere göre ortalama yayın sayıları, ortalama atıf sayıları ve ortalama H-indeksleri daha yüksek bulundu. Ersözülü ve ark.'nın yaptığı çalışmada akademik ünvanı olmayan romatoloji uzmanları ve yandal uzmanlık öğrencileri arasında kadın cinsiyet oranının arttığı görülmüştür. Romatoloji alanında cinsiyet dengesi değişmeye devam ettikçe kadınların romatoloji alanında akademik ilerlemesinde eşitlik sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bibliyometrik parametreler, H-indeksi, romatoloji uzmanları

Sistemik skleroz ilişkili pulmoner arteriyel hipertansiyona genel bir bakış- ulusal sağlık sistemi verileri

Alper Sarı¹, Hasan Satış², Gizem Ayan⁴, Orhan Küçükşahin⁵, Umut Kalyoncu⁴, Ali Aykut Fidancı³, Mustafa Okan Ayrıvalı³, Naim Ata³, Mustafa Mahir Ülgü³, Şuayip Birinci³, Ali Akdoğan⁴

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

²Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

³Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara

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

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

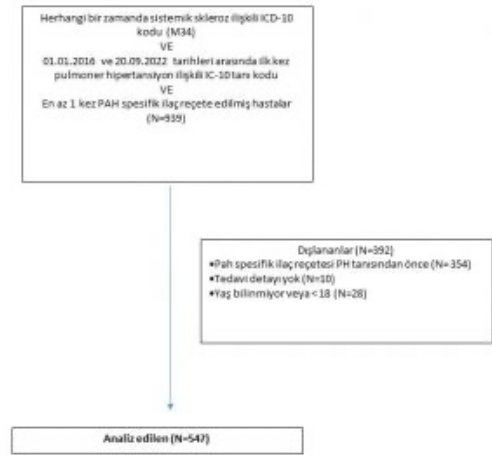
Amaç: Pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH) sistemik sklerozun (SSk) morbidite ve mortaliteye neden olan önemli bir komplikasyonudur (SSk-PAH). Ülkemizde SSk-PAH ile ilgili ülke çapında yapılmış çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmanın amacı Türkiye'deki SSk-PAH hastalarının özelliklerinin, aldıkları tedavilerin ve sağkalımlarının incelenmesidir.

Yöntem: Çalışmada kullanılan veriler Sağlık Bakanlığı Ulusal Elektronik Veritabanı'ndan elde edildi. Herhangi bir zamanda SSk ilişkili ICD-10 tanı kodları (M34) girilmiş ve Ocak 2016-Eylül 2022 tarihleri arasında ilk kez pulmoner hipertansiyon ilişkili ICD-10 tanı kodları (I27,0 ve/veya I27,2) girilmiş ve en az 1 kez PAH spesifik ilaç reçete edilen 18 yaş ve üzerindeki hastalar dahil edildi. PAH spesifik ilaç reçetesi ilk PAH tanısından önce olan hastalar dışlandı (Şekil 1). Tedavi başlangıcında 3 aydan kısa süre ara ile farklı 2 gruptan PAH ilacı reçete edilmesi başlangıç kombinasyon tedavisi olarak tanımlandı. En az 1 kez J84 tanı kodu girilmesi interstisyel akciğer hastalığı (İAH) varlığı olarak kabul edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri kaydedildi. Sağkalım analizleri için Kaplan-Meier eğrileri kullanıldı.

Bulgular: Dahil edilen 547 hastanın (%90,7 kadın) SSk ve PAH tanısı anında ortalama yaşı 58,1 (48,1-66,1) ve 59,9 (50,0-67,4) idi. Hastaların %38'inde İAH mevcuttu. En sık kullanılan PAH spesifik ilaç grubu endotelin reseptör antagonistleri idi, hastaların %19'u başlangıç kombinasyon tedavisi almıştı. Hastaların genel özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Ortalama takip süresi 3,2 (1,5-4,8) yıldır. Takip süresince hastaların %36,4'ü ölmüştü. Bir, 3 ve 5 yıllık sağkalım sırası ile %90, %73 ve %56 olarak bulundu (Şekil 2).

Sonuç: Bu çalışmada SSk-PAH hastalarında gözlenen sağkalım oranları daha önce bildirilen kayıt kütüğü verilerine göre daha yüksek olarak bulunmuştur. SSk-PAH tanı yaşının diğer çalışmalara göre daha erken olması bunun nedenlerinden biri olabilir.

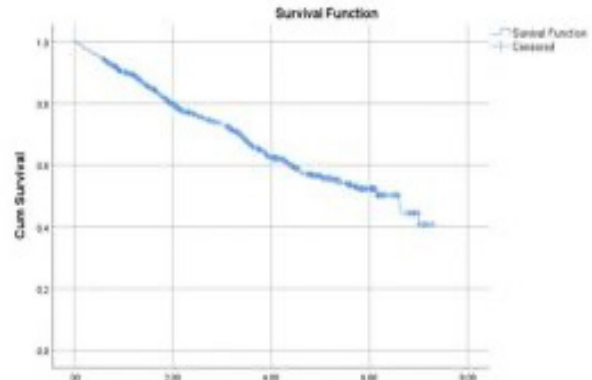
Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, PAH, sağkalım



Şekil 1. Çalışma popülasyonu tanımlanması, dahil etme ve dışlama kriterleri

Tablo 1. SSk-PAH hastalarının genel özellikleri (n=547)

| Karakteristik (n (%)) | Değer (n (%)) |
|---|------------------|
| Yaş ortalaması (yıl) | 58,1 (48,1-66,1) |
| PAH tanısı anında yaş ortalaması (yıl) | 59,9 (50,0-67,4) |
| Tanıdan önce kullanılan ilaçlar (n (%)) | |
| Önce SSk | 286 (52,3) |
| Ejantank (5 ay içinde) | 166 (30,3) |
| Önce PAH | 95 (17,4) |
| İntermediyer ilaç kullanımı (n (%)) | |
| Mikrodilatörler | 109 (38,2) |
| Siklofosfamid | 16 (2,9) |
| Filtülmab | 2 (0,3) |
| İntermediyer akciğer hastalığı (n (%)) | 210 (38,4) |
| PAH spesifik ilaç tedavisi (n (%)) | |
| Endotelin reseptör antagonistleri | 420 (76,8) |
| İntermediyer | 239 (43,7) |
| Amfiprotin | 67 (12,2) |
| Mikrodilatör | 183 (33,5) |
| Endotelin reseptör antagonistleri | 326 (59,6) |
| Siklofosfamid | 185 (33,8) |
| Tedavisi | 170 (31,1) |
| Prostaklinler | 154 (28,3) |
| İnhaler ilaçlar | 81 (14,8) |
| İntermediyer epoprostenol | 8 (1,5) |
| Teleskopya | 66 (12,1) |
| Plazmaferez | 46 (8,4) |
| Başlangıç kombinasyon tedavisi (n (%)) | 106 (19,4) |



Şekil 2. SSk-PAH hastalarının sağkalım eğrisi

Erişkin başlangıçlı Still hastalığında mevsimsel dağılım ve hastalığın seyri ile mevsimler arasındaki ilişki

Reşit Yıldırım, Mustafa Dinler, Burcu Ceren Uludoğan, Nazife Şule Yaşar Bilge, Timuçin Kaşifoğlu

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

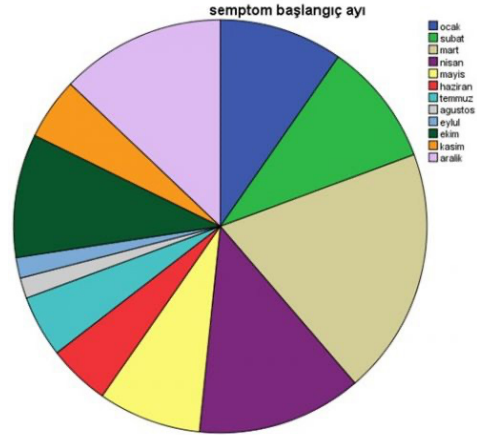
Amaç: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı, tekrarlayan yüksek ateş, döküntü, eklem tutulumu ve hiperenflamasyon ile karakterize otoimmün bir hastalıktır. Hastalığın patogenezi tam olarak bilinmemekle beraber monofazik, polifazik veya kronik persistan seyir gösterdiği klinik çalışmalarla gösterilmiştir. Çalışmamızda erişkin başlangıçlı Still hastalığının mevsimsel dağılımına ve bu dağılımın hastalığın seyri olan ilişkisini inceledik.

Yöntem: Bu çalışmaya Yamaguchi kriterlerini karşılayan, ilk tanısı ve takipleri kliniğimizde yapılan toplam 62 erişkin başlangıçlı Still hastalığı tanıılı hasta alındı. Hastaların ilk tanıya kadar olan süredeki semptomları, semptomların başladığı mevsim ve ay, demografik verileri, laboratuvar parametreleri, takip vizitlerindeki klinik seyirleri kaydedildi. Hastaların semptomlarının başladığı ay ve mevsim dağılımı ile klinik seyir arasındaki ilişki incelendi.

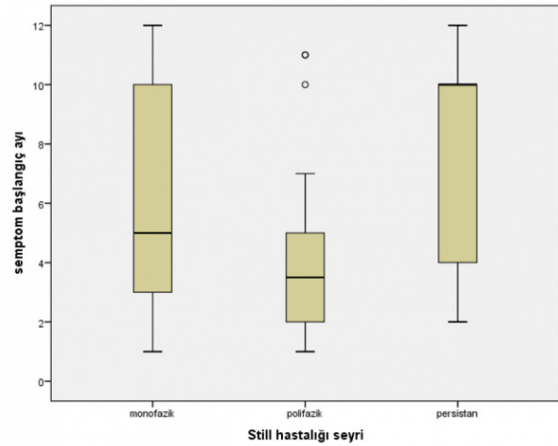
Bulgular: Hastaların %80,6'sı kadın idi ve ortalama tanı yaşı $40,32 \pm 14,88$ yıl olarak hesaplandı. Ateş (%98,4), döküntü (%77,4), artrit (%67,7) ve boğaz ağrısı (%54,4) en sık görülen bulgular iken, lenfadenopati (%24,2), splenomegali (%14,5), hepatomegali (%10) ve serözit (%6,5) diğer klinik bulgular idi. Hastaların 35'i monofazik, 18'i polifazik ve 5'i kronik persistan seyir göstermekteydi. Toplam takip süresi $53,5 \pm 57,15$ ay olarak bulundu. Altı hastada makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) gelişmişti ve bu hastaların 2'si multiorgan yetmezlik nedeniyle kaybedildi. Semptomların başlangıcı anında ay dağılımına bakıldığında en sık Mart (%19,4), Nisan ve Aralık (%12,9) iken, Ağustos ve Eylül aylarında Still başlangıcı çok nadir saptanmıştır (%1,6) (Şekil 1). Tüm başvurular içerisinde Still hastalığının en sık ilkbahar mevsiminde (%40,3) en az yaz mevsiminde ortaya çıktığı gözlemlendi (%11). Hastalığın mevsimsel dağılımı ile klinik seyri arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı (Şekil 2) ($p=0,635$). MAS gelişiminin Mart (2), Mayıs (2) ve Aralık (2) aylarında olduğu görüldü. Erişkin başlangıçlı Still hastalığında tetikleyici faktörler tam olarak bilinmemektedir. Gözlemsel çalışmalarda enfeksiyöz, ilaç gibi nedenlerin hastalığı tetiklediği yönünde veriler bulunmaktadır. Çalışmamızın sonuçları hastalığın başlangıcında mevsimsel bir dağılım olduğunu göstermesi açısından değerlidir.

Sonuç: Erişkin başlangıçlı Still hastalığında tetikleyici faktörler tam olarak bilinmemektedir. Gözlemsel çalışmalarda enfeksiyöz, ilaç gibi nedenlerin hastalığı tetiklediği yönünde veriler bulunmaktadır. Çalışmamızın sonuçları hastalığın başlangıcında mevsimsel bir dağılım olduğunu göstermesi açısından değerlidir.

Anahtar Kelimeler: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı, mevsim, dağılım, klinik seyir



Şekil 1. Erişkin başlangıçlı Still hastalığında semptom başlangıcının aylara göre dağılımı



Şekil 2. Semptom başlangıç ayları ile Still hastalığı seyri arasındaki dağılım

Behçet hastalığı ile takipli hastalarda obstetrik süreçlerin retrospektif değerlendirmesi: Tek merkez deneyimi

Rabia Deniz^{1,2}, Ferdanur Deniz³, Gizem Şirin Kalem⁴, Duygu Sevinç Özgür⁵, Gamze Akkuzu⁵, Bilgin Karaalioglu⁵, Fatih Yıldırım⁵, Burak İnce⁵, Kübra Kalkan⁵, Gül Güzelant Özköse⁵, Cemal Bes⁵

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

²Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıbbi Biyoloji ve Genetik Anabilim Dalı, İstanbul

³İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

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

Amaç: Behçet hastalığı (BH), her iki cinsiyeti de etkileyen ve genellikle üreme çağında tanı konulan multisistemik bir vaskülitir. Bu çalışmada, BH ile gebelik arasındaki ilişkiyi hem maternal hem de fetal açıdan araştırmayı amaçladık. Bu retrospektif, tek merkezli, tanımlayıcı çalışmada 18 Behçet hastasının toplam 61 gebeliği incelendi. Klinik ve demografik veriler, hasta yaşı, hastalık öyküsü, obstetrik öykü, gebelik sonucu ve hem maternal hem de fetal komplikasyonlara ilişkin kayıtlardan elde edildi. Hatırlama yanlılığını önlemek için, her hastanın yalnızca son gebeliği, hastalık aktivitesi ve gebelik sırasında ilaç kullanımı veya revizyonu açısından değerlendirildi.

Yöntem: Hastaların tanı anındaki ortalama yaşı 25 ve ilk gebelik yaşı 24,5 idi. Gebelikte ortalama BH süresi 3,5 yıldır. Sadece bir hastanın gebelik için in vitro fertilizasyon desteği gerekti. Tüm hastalar son gebelikten önce remisyondaydı. Tüm hastalık süresince ve son gebelik esnasında saptanan klinik bulgular Tablo 1’de verilmiş olup, 14 (%77,8) hastada gebelikte herhangi bir semptom görülmezken, geri kalan 3 hastada mukokütanöz ve 1 hastada vasküler aktivite mevcuttu. Hiçbir hasta teratojen bir ilaç altında plansız gebelik ile başvurmazken, hastaların tüm takipleri ve gebelik öncesi son vizit sırasında aldıkları tedaviler Tablo 2’de verilmiştir. Toplam 61 gebeliğin 3’ü devam ederken, tamamlanmış 58 gebeliğin 43’ü canlı doğumla (%74,1) sonuçlanmıştır. Abortus %20,7, preterm doğum %11,6, preeklampsi %5,6 olup, doğumsal fetal anomali izlenmedi. Maternal ve fetal komplikasyonlar ve detaylı obstetrik öykü Tablo 3’te verilmiştir.

Bulgular: En az 1 abortus öyküsü olan hasta sayısı 8 iken 10 hastamızın abortus öyküsü olmamıştır. Abortusu olan ve olmayan hastaların yaşları, ilk gebelik yaşları, hastalık süreleri, ailede BH olan birey varlığı benzer saptanmıştır. Abortusu olan hastaların 5/8’i (%67,5) gebelik öncesi kolşisin alırken, abortusu olmayan hastaların hiçbirisi gebelik öncesi kolşisin almamıştır (p<0,001). Gebelik öncesi son vizitte AZA ve kortikosteroid kullanımı ise benzer bulunmuştur.

Sonuç: BH’nin gebeliğe bir engel teşkil etmediği ve gebelik sırasında klinik bulgularda gebeliğin de ayrıca yatkinlik oluşturduğu derin ven trombozu gibi vasküler hadiseler dışında

ciddi bir alevlenme beklenmediği gözlenmiştir. Ancak hastaların gebelik öncesi teratojenik ilaçlar açısından tedavi revizyonu için değerlendirilmesi, mümkünse remisyon döneminde gebelik planı yapılması, gebe hastaların sık ve yakın izlemi; hem maternal hem fetal riskleri azaltmak açısından önemli görünmektedir. Tek merkez verisi, retrospektif analiz ve örneklem sayısının azlığı çalışmanın kısıtlılıklarıdır.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, gebelik, gebelik morbiditesi, fetal morbidite

PS-107

NLRP1 gen varyantları ile ilişkili sistemik otoenflamatuvar hastalık fenotipi olan hastaların klinik özellikleri

Şirkhan Amikishiyev¹, Tuğba Kalaycı², Rabia Deniz³, Yasemin Yalçınkaya¹, Bahar Artım Esen¹, Murat İnanç¹, Ayla Şahin², Aynur Aday², 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, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, İstanbul

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

Amaç: NLRP1, NOD benzeri reseptör ailesinin tanımlanan ilk üyesi olmasına rağmen, patojen veya hasarla ilişkili paternleri tanıyan reseptör olarak rolü ve sistemik otoenflamatuvar hastalıklarla (SAID) ilişkisi tam olarak açıklığa kavuşturulmamıştır. NLRP1 genindeki yanlış anlamlı (missense) veya anlamsız (non-sense) varyantlar diskeratoz, artrit, tekrarlayan ateş, kronik enfeksiyonlar, akut faz yanıtı, tekrarlayan respiratuvar papillomatoz, keratosis pilaris, palmoplantar siğil-benzeri hiperkeratotik papüller, atrofoderma vermikülata ve ailesel keratozis likenoides kronika gibi bazı klinik fenotiplerle ilişkilendirilmiştir. Bazı polimorfizmler otoimmün bozukluklarla da ilişkilendirilmiştir. Bu çalışmada NLRP1 varyantlarına sahip 5 hastamızın klinik bulgularının sunulması planlanmıştır.

Yöntem: Çalışma grubu, merkezimize potansiyel SAID tanısı ile sevk edilen ve 22 otoenflamatuvar genin varyantları açısından taranan hastaları içermektedir. NLRP1 varyantı olan hastalar belirlenmiş ve bu hastaların klinik ve laboratuvar bulguları değerlendirildi.

Bulgular: Potansiyel SAID tanısı ile genetik inceleme yapılmış olan toplam 146 olgunun verileri incelendi. Beş olguda (%3,4) NLRP1 varyantları tespit edildi. NLRP1 varyantlarının tümü belirsiz öneme sahip (VUS) olarak sınıflandırılmıştı. Bir hasta hariç hepsinde diğer otoenflamatuvar hastalıklara özgü varyantlar eşlik etmekteydi (Tablo 1). Hastalarda en sık klinik bulgu tekrarlayan ürtikeriyal döküntüydü (n=4). Birinci olguda sakroiliitle seyreden Crohn hastalığına ek olarak NLRP3 ilişkili otoenflamatuvar hastalık benzeri fenotip vardı. İkinci olgu iki farklı genetik varyantın kombinasyonuna sahipti ve sklerit atakları vardı. Üçüncü olguda tekrarlayan oral aft, genital ülser ve serebrovasküler olay ile birlikte Behçet hastalığı-benzeri fenotip vardı, genetik olarak NLRP4 ve NLRP1 genlerinde VUS bulundu. Dördüncü olguda

NLRP1 geninde VUS ve patojenik MEFV varyantı bulundu; serozit ve periorbital ödem ile TRAPS benzeri bir fenotipe sahipti. Beşinci olguda *NLRP1* geninde VUS ve *MEFV* geninde patojenik varyant ile birlikte beş farklı gende VUS varyant saptandı; klinik olarak FMF benzeri tablo vardı. Hastaların hiçbirinde SAID'lerle uyumlu bir fenotip için aile öyküsü yoktu.

Sonuç: NLRP1 ile ilişkili SAID yeni bir antite olarak ortaya çıkmaktadır ve bildirilen hastaların fenotipik özellikleri, genin farklı alanlarındaki varyantların konumlarına göre önemli ölçüde değişmektedir (Şekil 1). *NLRP1* geninde 3 farklı VUS ile birlikte en yaygın klinik özellik olarak tekrarlayan ürtikeri olan 4 olgunun sunulması, daha önce bildirmiş NLRP1 varyantlı olgularda ürtiker

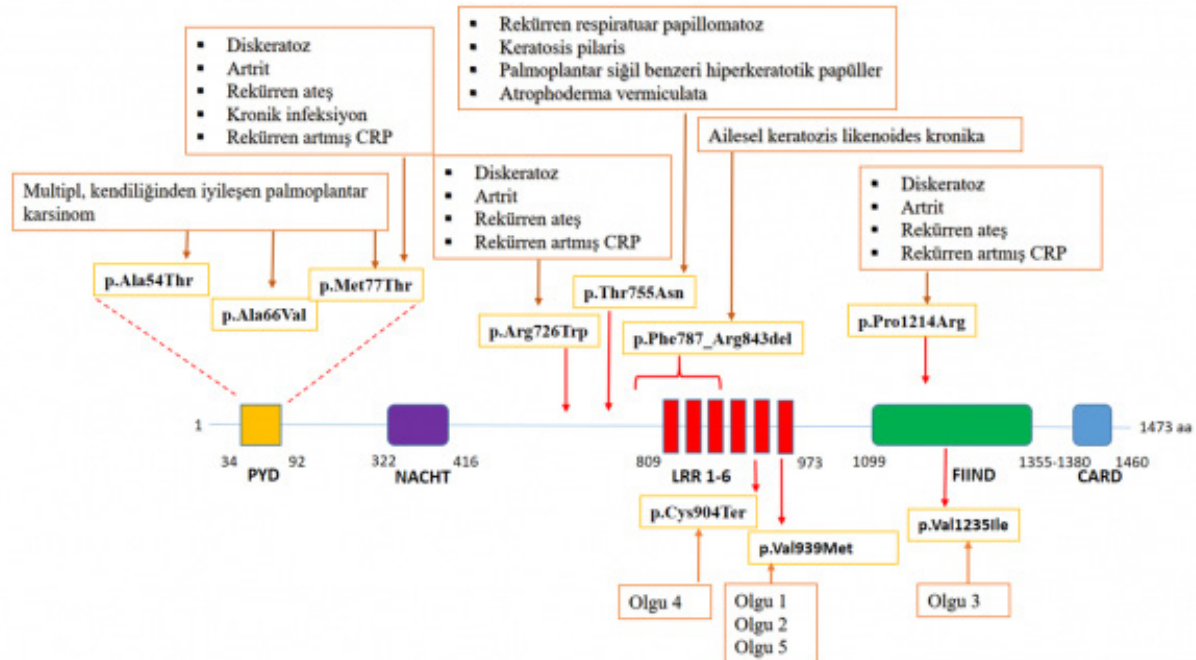
bildirilmemesi nedeniyle önemlidir. *NLRP1* geni p.Val939Met varyantı nispeten yaygın (alel sıklığı 0,01) varyanttır. Ancak bu varyantın mevcut hasta grubunda nispeten sık gözlemlenmesi, *NLRP3* genindeki nispeten yaygın p.Gln703Lys varyantına çok benzer bir işlevsel role sahip olabileceğini düşündürmektedir. Diğer iki varyant (p.Val1235Ile ve p.Cys904Ter) daha önce rapor edilmemiştir ve özellikle p.Cys904Ter varyantının proteinin sentezinde erken sonlanmaya neden olması sebebiyle patojenik olması beklenmektedir (Şekil 1). NLRP1 varyantı olan daha fazla olgunun toplanması NLRP1 ilişkili otoenflamatuvar hastalık klinik bulgularının spektrumunun aydınlatılmasına yardımcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: NLRP1, sistemik otoenflamatuvar hastalık

Tablo 1. NLRP1 varyantlarına sahip hastaların genotip ve fenotipleri

| Hasta numarası | Cinsiyet | Güncel Yaş | Tarıda Yaş | Gen | Amino asit değişimi | rs numarası | Sıklık | Klinik | Tedavi |
|----------------|----------|------------|------------|---|---|--|--|--|--------------------------|
| 1 | K | 32 | 4 | NLRP1 † | p.Val939Met | rs61754791 | 0.016102 | Soğuk kaynaklı ürtikeriyal döküntü, karn ağrısı, bulantı, yüksek akut faz reaktan yanıtı, Crohn hastalığı ve sakroilit, proteinüri (amiloidoz?) ile birlikte iki haftada bir olan ateş atakları | Kanakinumab |
| 2 | K | 42 | 37 | NLRP1 † IL31RA † | p.Val939Met p.Glu698Lys | rs61754791 - | 0.016102 - | Yüksek akut faz reaktanları ile birlikte sklerit ve ürtikeriyal döküntü atakları Deri biyopsisi: vaskülit bulguları olmaksızın perivasküler nötrofil infiltratı | Anakinra |
| 3 | E | 46 | 29 | NLRP1 † NLRCA4 † | p.Val1235Ile p.Ser572Asn | - - | - - | 2-3 gün süren ateş, artrit, ürtikeriyal döküntü ve karn ağrısı atakları ile beraber aftöz stomatit, genital ülserler, serebrovasküler olay, yüksek akut faz reaktanları, karaciğer enzimleri ve kreatinin kinaz değerlerinde artış | Anakinra |
| 4 | E | 41 | 30 | NLRP1 † MEFV* | p.Cys904Ter p.Val726Ala p.Arg761His | - rs28940579 rs104895097 | - 0.001541 0.000199 | Ateş, serozit, ürtikeriyal döküntü, periorbital ödem atakları | Kolçisin Kanakinumab |
| 5 | E | 64 | 62 | NLRP1 † MEFV* NLRP12 † NLRP3 † CARD14 † IKBKG † LPIN2 † | p.Val939Met p.Met694Val p.Thr260Met p.Gln705Lys p.Lys284del p.Asp181Asn p.Pro626Ser | rs61754791 rs61752717 rs150280940 rs35829419 - - rs150806357 | 0.016102 0.000223 0.000264 0.030266 - - 0.000948 | Yüksek akut faz reaktanları ile birlikte iki hafta süren ateş atakları | Kolçisin Prednizolone |

*: Patojenik ve muhtemel patojenik, †: VUS



Şekil 1. NLRP1 varyantları ve bildirilen hastaların fenotipik özellikleri (çizginin üstünde) ve bizim olgularımız (çizginin altında)

Primer Sjögren sendromu olan hastalarda psikolojik dayanıklılık düzeyinin incelenmesi

Esra Sevimli^{1,2}, Seda Günay³, Alida Aliyeva⁴, Meral Yay⁵, Farida Fortune⁶, Nevsun İnanç⁴, Gonca Mumcu⁷

¹Arel Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü, (Doktora Öğrencisi), İstanbul

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

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

⁵Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi, İstatistik Anabilim Dalı, İstanbul

⁶Londra Queen Mary Üniversitesi İmmünobiyoloji ve Rejeneratif Tıp Merkezi, Barts ve Londra Tıp ve Diş Hekimliği Okulu, Londra, İngiltere

⁷Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul

Amaç: Psikolojik dayanıklılık kavramı; zorlayıcı olaylar ile başa çıkabilmeyi ve sorunların üstesinden gelebilmeyi sağlayan olumlu psikolojik kapasite olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışmanın amacı, kronik otoimmün bir hastalık olan primer Sjögren sendromlu (pSS) hastalarda Psikolojik Dayanıklılık düzeyini Brief Resilience scale (BRS) ölçeği ile ölçmek ve ilişkili faktörleri belirlemektir.

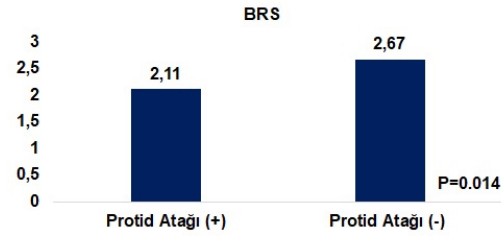
Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya, 2016 ACR/EULAR pSS tanı kriterlerini karşılayan Sjögren sendromu polikliniğinde takip edilen 116 pSS hastası (K/E: 111/5; 53,78±12,30 yıl) dahil edilmiştir. Veriler; klinik muayene ve anket aracılığıyla toplanmıştır. Ankette hastaların şikayetlerinin yanı sıra hasta kaynaklı ölçekler yer aldı. Araştırmada kullanılan Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan BRS ölçeği 6 maddeden oluşmaktadır ve her madde 5'li Likert puanlaması ile değerlendirilmektedir. Ölçek puanının yüksek olması, psikolojik dayanıklılığın yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach-alfa değeri ile değerlendirildi. Araştırmada EULAR Sjögren's Syndrome Patient Reported Index (ESSPRI) puan ortalaması 5'in üzerinde olmasına (<5 n=26, %22,4 ve ≥5 n=90, %77,6) göre hastalar iki gruba ayrıldı (3) ve klinik bulgular ile BRS ölçek puanı arasındaki ilişkiler değerlendirildi. Ayrıca BRS ile Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-Anksiyete ve -Depresyon) ölçek puanları arasındaki ilişkiler de incelendi.

Bulgular: Araştırma grubunda Parotit atağı geçiren hastaların BRS puanı (2,11±0,37) geçirmeyenlere göre daha düşük bulundu (2,67±0,86) (p=0,014) (Şekil 1). Tüm grupta hastaların BRS puanı (2,60±0,69) ile HADS-Anksiyete (11,26±2,67) ve HADS-D (10,43±2,33) puanları arasında negatif yönlü bir ilişki

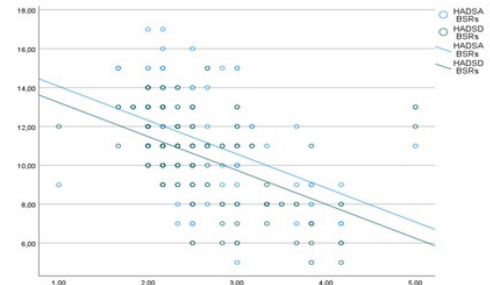
olduğu da belirlendi (r=-0,45 p<0,001, r=-0,45 p<0,001) (Şekil 2). Kserostomi şikayeti olan hastalardan (n=104) bir önceki muayeneye göre kuruluşun azaldığını bildiren hastalarda (n=22, 2,87±0,72), kuruluşun arttığı/aynı kaldığını bildiren hastalara (n=82, 2,55±0,69) göre BRS ölçeği puanının daha yüksek olduğu belirlendi (p=0,054) (Şekil 3). ESSPRI puan ortalaması 5'in üzerinde olan semptomatik hasta grubunda (n=90, %77,6), BRS puanı hem "kserostomi" hem de "göz kuruluşu" şikayeti olan hastalarda (n=79), izole "kserostomi" şikayeti olan hastalara (n=7) göre daha düşüktü (2,59±0,69 ve 2,84±0,84) (p=0,020). Ancak en düşük BRS puanı (2,41±0,61) izole "göz kuruluşu" şikayeti olan hastalarda (n=4) görüldü. Benzer ilişki ESSPRI puanı <5'in altında olan grupta görülmedi (n=26) (p>0,05) (Şekil 4). BRS ölçeğinin, iç tutarlılığını yansıtan Cronbach-alfa değeri 0,704 olarak belirlendi ve tutarlı olarak bulundu.

Sonuç: Parotit ataklarının görülmesinin yanı sıra semptomatik hastalarda "kserostomi" ve "göz kuruluşunun" bir arada olmasının Psikolojik Dayanıklılığı azalttığı belirlendi. Ayrıca Psikolojik Dayanıklılığın, "anksiyete" ve "depresyon" düzeyindeki azalma ile arttığı da gözlemlendi. Uygulanması kolay olan BRS ölçeğinin sonuçlarının pSS hastaların şikayetleri ile uyumlu ve tutarlı olduğu görüldü.

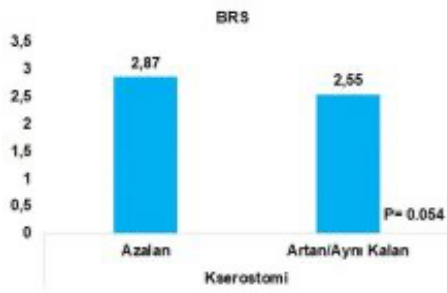
Anahtar Kelimeler: Brief Resilience scale, parotit atağı, kserostomi, primer Sjögren sendromu



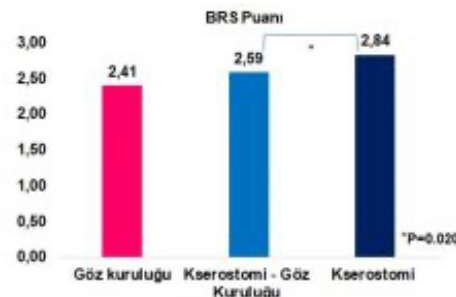
Şekil 1. Parotid atağı geçiren ve geçirmeyen hastaların BRS puanları



Şekil 2. BRS ile HADS-A ve HADS-D arasındaki ilişkiler



Şekil 3 ve 4. Farklı semptomlara göre BRS puanları



Radyografik ve non-radyografik axSpA hastalarının karşılaştırılması; cinsiyet yönünden ayrıntılı bir analiz sonuçları

Esra Erpek Karaova, Elif Ediboğlu, İdil Kurut Aysin, Eda Otman Akat, Haluk Cinaklı, Gülay Alp, Ayten Özkan, Hasan Kocaayan, Özge Yoğurtçu, Halil İbrahim Yiğit Atlı, Dilek Solmaz, Servet Akar

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

Amaç: Radyografik (r) ve radyografik olmayan (nr) aksiyal spondiloartrit (axSpA) hastalarının; demografik, klinik özellikler ile hastalık yükü ve tedavi yaklaşımı yönünden karşılaştırılması; tüm bu özelliklerin cinsiyete göre de ayrıntılandırılması amaçlandı.

Yöntem: Çalışımıza "Assessment of Spondyloarthritis International Society (ASAS)" kriterlerine göre axSpA olarak sınıflandırılan toplam 695 [328 (%47,2) r-axSpA ve 367 (%52,8) nr-axSpA] hasta dahil edildi. Kohorta alınışlarında ve takiplerinde yapılandırılmış bir forma kaydedilen demografik, hastalık ilişkili, laboratuvar ve tedavi ile ilgili verileri retrospektif olarak kaydedilerek analiz yapıldı. Sürekli değişkenler ortalama ve standart sapma (SS), kategorik değişkenler yüzde ile ifade edildi. Gruplar arasında; kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi, sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı.

Bulgular: Hastalar nr-axSpA ve r-axSpA tanılarına göre karşılaştırıldığında; nr-axSpA grubunda kadın cinsiyet anlamlı olarak yüksekti [190 (%51,7'ye 83) (25,3)]. Gruplar arasında yaş, tanıdan itibaren geçen süre ve semptom süresi r-axSpA grubunda yüksekti (p<0,05). Herhangi bir dönemde sigara kullanımı r-axSpA grubunda daha fazlaydı (p<0,05). HLA-B27 oranı, C-reaktif protein ve eritrosit sedimentasyon hızı düzeyleri, BASDAI hariç hastalık aktivite, fonksiyon ve yaşam kalitesi ölçek skorları; biyolojik tedavi oran ve süresi, radyografik kalça tutulumu ve protezli hasta sayısı r-axSpA grubunda anlamlı (p<0,05) olarak yüksekti (Tablo 1). Radyografik olmayan axSpA grubunda ise eğitim düzeyinin anlamlı olarak (p=0,003) daha yüksek olması ve BASDAI skorunun gruplar arasında benzer oluşu (4,2±2,2'ye 4,2±2,3 p=0,903) dikkat çekici idi (Tablo 1). Erkek ve kadın hastalar kendi içlerinde r-axSpA ve nr-axSpA olarak gruplandırıldığında ise hastalık yükünü yansıtan aktivite, fonksiyon ve yaşam kalitesi ölçekleri kadın grupta benzer iken erkek r-axSpA grubunda BASDAI, BASFI, ASDAS-CRP, BASMI, ASQoL, HAQs skorlarının anlamlı (p<0,05) olarak daha yüksek olduğunu gördük (Tablo 2). Son olarak Tablo 3'te özetlendiği üzere kadın-erkek nr-axSpA'lar ve kadın-erkek r-axSpA'lar kendi içlerinde değerlendirildiğinde r-axSpA grubunun kadın ve erkekler arasında daha benzer olduğu; nr-axSpA grubunda ise BASDAI, BASFI, ASDAS-CRP, BASMI, ASQoL ve HAQs skorlarının kadınlarda daha yüksek olduğunu gördük (p=0,05).

Sonuç: Radyografik ve nr-axSpA hastaları karşılaştırıldığında, hastalık yükü açısından fark; kadın hastalarda benzer olmasına karşın erkek hastalardan kaynaklanıyor olabilir. Yaptığımız diğer bir analiz sonucunda r-axSpA, kadın ve erkek hastalarda benzer hastalık yüküne sahipken nr-axSpA'lı kadın hastaların daha yüksek skorlar verme eğiliminde oldukları gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Radyografik ax-SpA, non-radyografik ax-SpA, cinsiyet

Tablo 1. Radyografik axSpA ve nr-axSpA hastaların karakteristiklerinin karşılaştırılması

| | nr-axSpA N=367 | r-axSpA N=328 | P değeri |
|--|----------------|----------------|----------|
| Kadın cinsiyet n (%) | 190/367 (51.7) | 83/328 (25.3) | 0.000 |
| Yaş, yıl ort ± SD | 43.8±10.6 | 50.1±12.3 | 0.000 |
| Semptom süresi, yıl ort ± SD | 15.1±8.1 | 22.9±11.2 | 0.000 |
| Eğitim süresi, yıl ort ± SD | 10.7±4.3 | 9.3±4.3 | 0.000 |
| Sigara kullanımı n (%) | 113/180 (62.8) | 139/186 (74.7) | 0.014 |
| VKI kg/m² ort ± SD | 28.2±21.6 | 26.1±4.8 | 0.135 |
| Klinik Özellikler | | | |
| Daktilit n (%) | 9/345 | 11/290 | 0.395 |
| Periferik artrit n (%) | 105/340 | 103/285 | 0.165 |
| Topuk ağrısı n (%) | 158/323 (48.9) | 98/267 (36.7) | 0.003 |
| Reaktif artrit n (%) | 2/320 | 3/266 | 0.510 |
| Fasiziazis n (%) | 19/365 | 22/325 | 0.386 |
| İBH n (%) | 21/317 | 9/264 | 0.081 |
| Üveit n (%) | 34/365 | 64/326 | 0.092 |
| Radyolojik kalça tutulumu n (%) | 15/367 (4.09) | 74/328 (22.6) | 0.000 |
| Kalça protezi n (%) | 4/367 (1.1) | 20/328 (6.1) | 0.000 |
| Laboratuvar ve Hastalık Ölçekleri | | | |
| HLA-B27 pozitifliği n (%) | 138/299 (46.1) | 170/253 (67.2) | 0.000 |
| C-reaktif protein mg/dl ort ± SD | 9.3±16.8 | 22.5±18.9 | 0.000 |
| BASDAI ort ± SD | 4.2±2.2 | 4.2±2.3 | 0.903 |
| BASFI ort ± SD | 3.2±2.6 | 4.1±3.2 | 0.000 |
| ASDAS-CRP ort ± SD | 2.5±1.1 | 3.1±1.2 | 0.000 |
| BASMI ort ± SD | 2.8±1.4 | 4.1±1.9 | 0.000 |
| ASQoL ort ± SD | 8.7±5.2 | 9.7±5.7 | 0.034 |
| HAQs ort ± SD | 0.8±0.6 | 0.9±0.7 | 0.007 |
| ASAS ale yükümlü n (%) | 95/267 (34.8) | 75/218 (34.4) | 0.922 |
| Tedavi | | | |
| NSAID kullanımı n (%) | 263/318 | 217/271 | 0.413 |
| Biyolojik tedavi kullanımı n (%) | 135/366 (36.9) | 187/325 (57.5) | 0.000 |
| Bazal biyolojik tedavi n (%) | 91/364 (25) | 122/317 (38.5) | 0.000 |
| Biyolojik tedavi süresi ort ± SD | 7.3±3.8 | 9±4 | 0.000 |
| Ek hastalık varlığı n (%) | 62/310 (20) | 77/250 (30.1) | 0.003 |

Tabloda açıklı sonuç ortalaması (SD) veya ± sapma ± yüzde (%) olarak verildi. ASDAS: Spondyloarthritis Disease Activity Score; ASAS: Assessment of Spondyloarthritis International Society; BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; BASFI: Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index; CRP: C-Reaktif Protein; ESR: eritrosit sedimentasyon hızı; HAQs: Spondyloarthritis için sağlık değerlendirme skoru; HLA-B27: HLA-B27 pozitifliği; İBH: İnce Bağırsak Hastalığı; NSAID: Non-steroid anti-inflamatuar ilaç.

Tablo 2. Erkek ve kadın hastaların kendi içinde karşılaştırılması

| | Erkek nr-axSpA N=177 | Kadın nr-axSpA N=190 | P değeri | Erkek r-axSpA N=245 | Kadın r-axSpA N=85 | P değeri |
|--|----------------------|----------------------|----------|---------------------|--------------------|----------|
| Yaş, yıl ort±SD | 41.9±10.2 | 45.6±10.6 | 0.001 | 50.2±12.1 | 50.6±13.2 | 0.832 |
| Semptom süresi, yıl ort±SD | 14.6±8.2 | 15.7±8.2 | 0.229 | 23.2±11.5 | 22.2±10.2 | 0.479 |
| Eğitim süresi, yıl ort±SD | 10.9±4.2 | 10.5±4.4 | 0.390 | 9.5±4.3 | 8.6±4.4 | 0.169 |
| Sigara kullanımı n (%) | 56/83 | 57/97 | 0.228 | 115/145(79.3) | 25/42(59.5) | 0.007 |
| VKI kg/m² ort±SD | 26.1±4 | 30.4±30.4 | 0.074 | 26.3±4.7 | 25.5±5.3 | 0.237 |
| Klinik Özellikler | | | | | | |
| Daktilit n (%) | 2/166 | 7/179 | 0.115 | 7/218 | 4/74 | 0.367 |
| Periferik artrit n (%) | 50/162 | 55/178 | 0.994 | 81/215 | 22/72 | 0.345 |
| Topuk ağrısı n (%) | 69/133(43.1) | 89/170 | 0.193 | 70/203(34.5) | 28/66 | 0.180 |
| Kalça protezi n (%) | 3/177 (1.7) | 1/190 (0.5) | 0.285 | 15/245 (6.1) | 5/85 (6) | 0.974 |
| Fasiziazis n (%) | 13/176 | 6/189 | 0.070 | 15/244 | 7/83 | 0.439 |
| İBH n (%) | 11/146 | 10/171 | 0.347 | 6/199 | 3/67 | 0.537 |
| Üveit n (%) | 20/176 | 34/189 | 0.075 | 44/245 | 20/83 | 0.186 |
| Reaktif artrit n (%) | 0/154 | 2/166 | 0.172 | 2/199 | 1/67 | 0.718 |
| Radyolojik kalça tutulumu n (%) | 9/177 | 6/190 | 0.352 | 55/245 (22.4) | 21/85(24.7) | 0.934 |
| Laboratuvar ve Hastalık Ölçekleri | | | | | | |
| HLA-B27 pozitifliği n (%) | 74/144(51.4) | 64/155 | 0.080 | 134/189(70.9) | 36/65(55.4) | 0.031 |
| CRP mg/dl ort±SD | 11±20.1 | 7.7±13.1 | 0.064 | 19.5±26.2 | 15.6±19.9 | 0.090 |
| BASDAI ort±SD | 3.7±2.2 | 4.7±2.1 | 0.000 | 4.2±2.4 | 4.4±2.2 | 0.751 |
| BASFI ort±SD | 2.8±2.6 | 3.5±2.5 | 0.026 | 4.1±3.3 | 4.1±2.8 | 0.905 |
| ASDAS-CRP ort±SD | 2.4±1.2 | 2.7±1.1 | 0.037 | 3.1±1.3 | 3±1.1 | 0.551 |
| BASMI ort±SD | 2.5±1.5 | 3.2±1.3 | 0.000 | 4.1±2 | 4.1±1.7 | 0.797 |
| ASQoL ort±SD | 7.5±5.2 | 10±5 | 0.000 | 9.2±5.9 | 11.4±4.6 | 0.007 |
| HAQs ort±SD | 0.7±0.7 | 0.9±0.6 | 0.053 | 0.9±0.7 | 1.1±0.6 | 0.899 |
| ASAS ale yükümlü n (%) | 87/128 | 52/139 | 0.357 | 58/169 | 17/50 | 0.961 |
| Tedavi Özellikleri | | | | | | |
| NSAID kullanımı n (%) | 126/152 | 137/166 | 0.932 | 162/204 | 56/69 | 0.634 |
| Biyolojik tedavi kullanımı n (%) | 74/176 (42) | 61/190(32) | 0.078 | 139/244 (57) | 49/83 (59) | 0.785 |
| Bazal biyolojik tedavi n (%) | 49/175 (28) | 42/189(22.2) | 0.203 | 91/240 (37.9) | 32/79(40.5) | 0.713 |
| Biyolojik tedavi süresi ort±SD | 7.6±4.2 | 6.9±3.4 | 0.295 | 9.1±4.2 | 8.9±3.4 | 0.634 |
| Ek hastalık varlığı n (%) | 25/148(16.9) | 37/162 | 0.191 | 58/193 (30) | 19/58 | 0.637 |

Tabloda açıklı sonuç ortalaması (SD) veya ± sapma ± yüzde (%) olarak verildi. ASDAS: Spondyloarthritis Disease Activity Score; ASAS: Assessment of Spondyloarthritis International Society; BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; BASFI: Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index; CRP: C-Reaktif Protein; ESR: eritrosit sedimentasyon hızı; HAQs: Spondyloarthritis için sağlık değerlendirme skoru; HLA-B27: HLA-B27 pozitifliği; İBH: İnce Bağırsak Hastalığı; NSAID: Non-steroid anti-inflamatuar ilaç.

Tablo 3. r-axSpA ve nr-axSpA özelliklerinin cinsiyete göre karşılaştırılması

| | Erkek nr-axSpA N=177 | Erkek r-axSpA N=245 | P değeri | Kadın nr-axSpA N=190 | Kadın r-axSpA N=85 | P değeri |
|--|----------------------|---------------------|----------|----------------------|--------------------|----------|
| as. yıl ort±SD | 41.9±10.2 | 50.2±12.1 | 0.000 | 45.6±10.6 | 50.6±13.2 | 0.000 |
| semptom süresi yıl ort±SD | 14.6±8.2 | 23.2±11.5 | 0.000 | 15.7±8.2 | 22.2±10.2 | 0.000 |
| gün süresi yıl ort±SD | 10.9±4.2 | 9.5±4.3 | 0.001 | 10.5±4.4 | 8.6±4.4 | 0.003 |
| gara kullanımı n (%) | 56/83 (67.5) | 115/148 (79.3) | 0.047 | 57/97 | 25/42 | 0.933 |
| KI kg.m ² ort±SD | 26.1±4 | 26.3±4.7 | 0.559 | 30.4±30.4 | 25.5±5.3 | 0.228 |
| Klinik Özellikler | | | | | | |
| aktilite n (%) | 2/166 | 7/218 | 0.198 | 7/179 | 4/74 | 0.596 |
| infirmitas aktif n (%) | 50/162 | 81/215 | 0.169 | 55/178 | 22/72 | 0.958 |
| opuk ağrısı n (%) | 69/153(45.1) | 70/203(34.5) | 0.042 | 89/170 | 28/66 | 0.171 |
| aktif artıt n (%) | 0/154 | 2/199 | 0.214 | 2/166 | 1/67 | 0.860 |
| ödem n (%) | 13/176 | 15/244 | 0.616 | 6/189 | 7/83 | 0.061 |
| İH n (%) | 11/146 | 6/199 | 0.055 | 10/171 | 3/67 | 0.676 |
| veit n (%) | 20/176 | 44/245 | 0.063 | 34/189 | 20/83 | 0.245 |
| advolokik kalca tutulumu n(%) | 9/177 (5.1) | 55/245 (22.4) | 0.000 | 6/190 (3.1) | 21/85(24.7) | 0.000 |
| alca protezi n(%) | 3/177 (1.7) | 15/245 (6.1) | 0.000 | 1/190 (0.5) | 5/85 (6) | 0.000 |
| Laboratuvar ve Hastalık Ölçekleri | | | | | | |
| LA-B27 pozitifliği n (%) | 74/144(51.4) | 134/189(70.9) | 0.000 | 64/155 | 36/65 | 0.035 |
| RF mg/dl ort±SD | 11±20.1 | 19.5±26.2 | 0.001 | 7.7±13.1 | 13.6±19.9 | 0.006 |
| ASDAI ort±SD | 3.7±2.2 | 4.2±2.4 | 0.041 | 4.7±2.1 | 4.4±2.2 | 0.237 |
| ASFI ort±SD | 2.8±2.6 | 4.1±3.3 | 0.000 | 3.5±2.5 | 4.1±2.8 | 0.102 |
| SDAS-CRP ort±SD | 2.4±1.2 | 3.1±1.3 | 0.000 | 2.7±1.1 | 3±1.1 | 0.070 |
| ASMI ort±SD | 2.5±1.5 | 4.1±2 | 0.000 | 3.2±1.3 | 4.1±1.7 | 0.000 |
| SQOL ort±SD | 7.5±5.2 | 9.2±5.9 | 0.005 | 10±5 | 11.4±4.6 | 0.052 |
| AQ ₅ ort±SD | 0.7±0.7 | 0.9±0.7 | 0.005 | 0.9±0.6 | 1.1±4.6 | 0.196 |
| SAS aile öyküsü n (%) | 87/128 | 58/169 | 0.679 | 52/139 | 17/50 | 0.668 |
| Tedavi Özellikleri | | | | | | |
| SAID kullanımı n (%) | 126/152 | 162/204 | 0.408 | 137/166 | 56/69 | 0.803 |
| volokik tedavi kullanımı n (%) | 74/176 (42) | 139/244 (57) | 0.008 | 61/190 (32) | 49/83 (59) | 0.000 |
| azal biyolojik tedavi n (%) | 49/175 (28) | 91/240 (37.9) | 0.035 | 42/189(22.2) | 32/79(40.5) | 0.002 |
| volokik tedavi süresi ort±SD | 7.6±4.2 | 9.1±4.2 | 0.018 | 6.9±3.4 | 8.9±3.4 | 0.004 |
| ç hastalık varlığı n (%) | 25/148(16.9) | 58/193 (30) | 0.005 | 37/162 | 19/58 | 0.137 |

Taklimesi simetrik ve/veya asimetrik (SD) veya n / toplam n yüzde (%) olarak tanımlanmıştır. ASDAS: **S**pondilitis **D**isortosa **A**ktifite **S**koru; ASMI: **S**pondilitis **A**ktifite **M**etrik **I**ndeksi; ASFI: **S**pondilitis **A**ktifite **F**unksyonel **I**ndeksi; CRP: **C**-Reaktif Protein; ESR: eritrosit sedimentasyon hızı; HAQ: **H**and **A**ctivity **A**ssessment için sağ el; ASQOL: **A**ssessment **Q**uality of **L**ife **S**pondilitis **A**ktifite **L**ikelihood **S**cale; SAS: **S**ystemic **A**ctive **S**clerosis **A**ssessment **S**cale; SAID: **S**teroid **A**ctive **I**nterferon **D**isease **I**ndex

PS-110

IgA vaskülitinin çocuk ve erişkinlerde karşılaştırılması: Çok merkezli çalışma

Murat Karabacak¹, Fatih Haşlak², Seda Çolak³, Alper Sarı⁴, Ayten Yazıcı⁵, Oya Köker⁶, Döndü Üsküdar Cansu⁷, Sezgin Şahin², Mehmet Yıldız², Amra Adrović², Ümmügülsüm Gazel¹, Burcu Yılmaz⁸, Fatih Yıldız⁹, Abdurrahman Tufan¹⁰, Cemal Bes¹¹, Ediz Dalkılıç⁸, Ayşe Çefle⁵, Ömer Karadağ⁴, Ahmet Omma¹², Kenan Barut², Haner Direskeneli¹, Özgür Kasapoğlu², Fatma Alibaz Öner¹

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

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

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

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

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

⁶Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

⁷Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

⁸Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

⁹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kahramanmaraş

¹⁰Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

¹¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Cam ve Sakura Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

¹²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

Amaç: IgA vaskülitini erişkin hastalarda çocuklara göre daha ağır bir klinik seyir izlemektedir. Çalışmamızda çocukluk çağı ve erişkinlik çağı başlangıçlı IgA vaskülitini hastalarının klinik prezentasyonunu, hastalık seyrini, hastalık aktivitesini ve hasar bulgularını karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: İki çocuk romatoloji, onu erişkin romatoloji kliniği olmak üzere toplam 12 merkezden hastaların verileri retrospektif olarak tarandı. Hastalık aktivitesi BVAS ile değerlendirildi. Aktif hastalık BVAS ≥1, remisyon ise BVAS =0 olarak tanımlandı. Son vizitteki hasar VDI ile değerlendirildi. Renal tutulum hematurisi, proteinüri veya eGFR <60 mL/dk/1,73m² olarak tanımlandı.

Bulgular: Çalışmaya klinik olarak tanımlanmış 61 çocuk, 140 erişkin olmak üzere toplam 201 hasta dahil edildi. Grupların başlangıç bulguları, hastalık aktivitesi ve başlangıç tedavileri Tablo 1'de özetlendi. İki erişkin hastanın GFR'si <60 mL/dk/1,73 m² olarak saptandı. Yüz kırk yedi (%73) hastaya biyopsi yapılmıştı. On dört (%23) çocuğa, 133 (%95) erişkinine en az bir biyopsi yapılmıştı. Deri biyopsisi [çocuk: 10 (%16), erişkin: 104 (%74)] (p<0,001) ve renal biyopsisi [çocuk: 4 (%7), erişkin: 27 (%19)] (p<0,001) yapılma oranı erişkinde daha yüksekti. Ayrıca 3 erişkin hastaya gastrointestinal sistem biyopsisi yapılmıştı. Yüz beş (%52) hastanın takip verisi mevcuttu. Ortanca takip süresi 25 (Q1=14,5, Q3=48) aydı. Herhangi bir anda remisyonuna girme oranı çocuklarda %92,7, erişkinde ise %81,3'tü (p=0,102). Üç çocuk ve 12 erişkin remisyonuna girmedi. Remisyonuna girmeyen tüm hastaların renal aktivitesi mevcuttu, 4 hastanın purpurası devam ediyordu ve bu 4 hastadan birinin aynı zamanda hafif gastrointestinal şikayetleri devam ediyordu. Remisyonuna girmemiş olan hastaların 8'i pulse steroid, 8'i intravenöz siklofosamid, 11'i ise azatioprin tedavisi kullandı. İki (%5,3) çocuk, 5 (%9,6) erişkinde ise relaps gözlemlendi (p=0,694). Bir çocuğun remisyonuna girdikten sonra ağır gastrointestinal kanaması ve purpurası oldu, 4 hastada purpura, 2 hastada ise hafif muskuloskeletal semptomlar gözlemlendi. Relapsı olan hastaların ikisinde steroid dozu artırıldı, 1 hastaya kolşisin, 1 hastaya ise azatioprin eklendi. Renal relaps gözlemlenmedi. Pnömoni sebebi ile yalnızca bir erişkin hastada mortalite gözlemlendi. Son vizitteki hastalık aktivitesi ve renal bulgular Tablo 2'de gösterildi. İki çocuk ve 15 erişkin hastada en az bir hasar parametresi bulunuyordu. On yedi hasta VDI parametrelerinden toplam 27 puan aldı. Yirmi yedi puan içerisinde 15'i renal hasar ile ilişkiliydi (8 proteinüri, 7 renal yetmezlik).

Sonuç: Erişkinlerde görülen daha sık renal tutulum, artmış immünosupresif ihtiyacı, daha yüksek hastalık aktivite ve hasar skoru, erişkinlerde hastalığın daha ağır bir seyir gösterdiğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Vaskülit, IgA vaskülitini, Henoch-Schönlein purpura

Jüvenil sistemik lupus eritematozus tanılı hastalarda Hashimato tiroiditi sıklığının araştırılması

Elif Kılıç Könte¹, Hasan Karakaş², Kübra Uçak¹, Aybüke Günalp¹, Esmâ Aslan¹, Fatih Haşlak¹, Gürkan Tarçın², Mehmet Yıldız¹, Hande Turan², Amra Adrović¹, Kenan Barut¹, Olcay Evliyaoğlu², Sezgin Şahin¹, Özgür Kasapçopur¹

¹*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

²*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Endokrinoloji Bölümü, İstanbul*

Amaç: Juvenile başlangıçlı sistemik lupus eritematozus (jSLE) 18 yaşından önce başlayan, multiorgan tutulumla karakterize sistemik otoimmün bir hastalıktır. İmmün trombositopeni, otoimmün hepatit ve Hashimato tiroiditi gibi diğer otoimmün hastalıklarla birlikte görülme sıklığı artmıştır. Çalışmamızda jSLE hastalarındaki Hashimato tiroiditi (HT) sıklığını araştırarak kontrol grubuyla karşılaştırmayı ve hastaların klinik ve laboratuvar değerlendirmesini yaparak HT gelişimi risk faktörlerini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmamızda EULAR/ACR 2019 kriterlerine göre jSLE tanısı alan 64 hastanın semptom başlangıç yaşları ve tanı yaşları, klinik belirtileri, sistemik lupus eritematozus hastalığı aktivite indeksi (SLEDAI-2K) skorları, demografik ve klinik verileri kaydedildi. Hastalardan kesitsel olarak anti-tiroid peroksidaz antikor (anti-TPO), anti-tiroglobulin (anti-TG), tiroid uyarıcı hormon (TSH), tiroksin (sT4) düzeyleri gönderildi ve ailede Hashimato tiroiditi öyküsü sorgulandı. Anti-TPO ve/veya anti-TG düzeylerinin artması ve tiroid fonksiyon testlerinin bozulmasına HT tanısı konuldu. Otoantikör pozitifliği olmaksızın

TSH düzeyi yüksek olan hastalar subklinik hipotiroidi olarak sınıflandırıldı.

Bulgular: Çalışmaya 64 jSLE hastası ve 56 sağlıklı ve aynı yaşta kontrol grubu dahil edildi. Kız çocuklar jSLE popülasyonunun %81,2'sini (n=52) oluşturdu. jSLE grubunun hastalık başlangıç, tanı ve son vizitteki yaşları sırasıyla 11,6 (±2,8), 12,1 (±2,8) ve 16,6 (±4,4) yılı. Hasta grubunda en sık görülen bulgular döküntü (%67,1) olup, bunu sırasıyla konstitüsyonel bulgular (%50), artrit (%48,4), fotosensitivite (%35,9) ve oral nazal ülser (%31,2), alopesi (%20,3), serozit (%15,6), kronik kutanöz lupus (%14) ve nörolojik hastalık (%9,3) takip etti (Tablo 1). Anti-dsDNA pozitifliği ve hipokomplementemi (C3 ve/veya C4) sıklığı %85,9 ve %67,1 idi. Hastalık izlem süresindeki ortalama SLEDAI-2K skoru 4,3 (±3,1), son vizitteki SLEDAI-2K skoru ise 3,59 (±3,8) idi. Son vizitteki SLEDAI-2K skoru HT hastalarında istatistiksel anlamlı düşük bulunurken kronik kutanöz lupus oranı istatistiksel anlamlı yüksekti. Juvenil SLE hastalarında (n=9/64, %14,1) HT sıklığı sağlıklı kontrollerle (n=2/56, %3,6) karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,047). jSLE grubunda 8 (%12,5) hastanın ailesinde HT öyküsü mevcutken, kontrol grubunda 4 (%7,1) hastanın ailesinde HT öyküsü vardı. Subklinik hipotiroidi jSLE hastalarında daha sık görülse de istatistiksel anlamlı bulunmadı (p=0,087) (Tablo 2).

Sonuç: Sağlıklı çocuklara kıyasla jSLE hastalarında Hashimato tiroiditi oranları daha yüksek gözlemlendi. jSLE ile takipli hastalar, otoimmün tiroid hastalıklarının yanı sıra eşlik eden diğer otoimmün hastalıklar açısından da taranmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hipotiroidi, sistemik lupus eritematozus, otoimmünite, Hashimato

Tablo 1. Sistemik lupus eritematozus hastalarının demografik-klinik ve laboratuvar özellikleri

| | Total N=64(%)(±SD) | Hashimato (+) N=9(%)(±SD) | Hashimato (-) N=55(%)(±SD) | p-değeri |
|---|-------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|-----------------|
| Cinsiyet | | | | |
| Kız | 52(81,2%) | 7(77,7%) | 45(81,8%) | 0,6 |
| Erkek | 12(18,8%) | 2(22,3%) | 10(18,2%) | |
| Yaş (yıl)(ort) | 16,6(±4,4) | 16,4(±4,4) | 17,8(±3,7) | 0,35 |
| Semptom başlangıç yaşı (yıl)(ort) | 11,6(±2,8) | 11,3(±1,3) | 11,0(±3,05) | 0,7 |
| Tanı yaşı (yıl)(ort) | 12,1(±2,8) | 12,2(±2,1) | 12,1(±2,9) | 0,9 |
| Ailede Hashimato öyküsü | 7(10,9%) | 4(44,4%) | 3(5,4%) | 0,006 |
| Malar döküntü | 43(67,1%) | 6(66,6%) | 38(69%) | 1 |
| Discoïd döküntü | 7(10,9%) | 2(22,2%) | 5(9%) | 0,21 |
| Fotosensitivite | 23(35,9%) | 1(11,1%) | 22(40%) | 0,23 |
| Oral/nasal ülser | 20(31,2%) | 2(22,2%) | 18(32,7%) | 1 |
| Kronik Kutanöz lupus | 9 (14%) | 5(55,5%) | 4(7,2%) | 0,001 |
| Alopesi | 13(20,3%) | 2(22,2%) | 11(20%) | 0,66 |
| Artrit | 31(48,4%) | 5(55,5%) | 26(47,2%) | 0,4 |
| Serözit | 10(15,6%) | 0 | 10(18,1%) | 0,3 |
| Konstitüsyonel bulgular | 32(50%) | 3(33,3%) | 29(52,7%) | 0,47 |
| Renal tutulum (0.5 g/gün üzeri proteinüri) | 27(42,1%) | 3(33,3%) | 24(43,6%) | 1 |
| ANA veya antidsDNA pozitif Lupus nefriti | 15(23,4%) | 0 | 15(27,2%) | 0,18 |
| Nörolojik tutulum | 6(9,3%) | 0 | 6(10,9%) | 1 |
| Otoimmün hepatit | 4(6,25%) | 0 | 4(7,2%) | 1 |
| Hematolojik tutulum | 41(64%) | 4(44,4%) | 37(67,7%) | 0,43 |
| Pozitif Direkt Coombs testi | 22/51(43,1%) | 1 | 21 | 0,09 |
| Trombositopeni | 20(31,2%) | 2(22,2%)(32,7%) | 18 | 0,5 |
| Anti-dsDNA pozitifliği | 55(85,9%) | 8(88,8%) | 47(85,4%) | 0,58 |
| Düşük kompleman (C3 veya C4) | 43(67,1%) | 4(44,4%) | 39(70,9%) | 0,25 |
| Düşük complement (C3 ve C4) | 35(54,6%) | 3(33,3%) | 32(58,1%) | 0,44 |
| Anti-RNP | 10/56(17,8%) | 1/9(11,1%) | 9/47(19,1%) | 0,07 |
| SLEDAI-2K skoru (ort) | 4,3(±3,1) | 4,1(±2,8) | 4,3(±3,2) | 0,9 |
| Son ziyaret SLEDAI-2K skoru (ort) | 3,59(±3,8) | 0,89(±1,05) | 4,0(±3,9) | 0,02 |

Tablo 2. Sistemik lupus eritematozuslu hastalarda tiroid fonksiyon bozukluklarının kontrol grubuyla karşılaştırması

| | jSLE N=64 (%)(±SD) | Kontrol Grubu N=56 (%)(±SD) | P değeri |
|------------------------------|-----------------------------------|--|-----------------|
| Cinsiyet | | | |
| Kız | 52(81,2%) | 33(55,9%) | 0,07 |
| Erkek | 12(18,7%) | 23(41,1%) | |
| Yaş(Ort) | 16,6(±4,4) | 17,4(±2,7) | 0,23 |
| Hashimato aile öyküsü | 8(12,5%) | 4(7,1%) | 0,33 |
| Hashimato tiroiditi | 9(14,1%) | 2(3,6%) | 0,047 |
| Subklinik hipotiroidi | 15(23%) | 6(10%) | 0,087 |

SLE: Sistemik Lupus Eritematozus

Romatoid artrit hastalarında interstisyel akciğer hastalığının semi-kantitatif radyolojik değerlendirmesi ve klinik bulgularla korelasyonu

Duygu Temiz Karadağ¹, Sevtap Doğan², Neslihan Gökçen¹, Öznur Sadioğlu¹, 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: İnterstisyel akciğer hastalığı (İAH) romatoid artrit hastalarında mortalitenin önemli bir nedenidir. RA ilişkili İAH olan hastaların önemli bir kısmında, uygun tedaviye rağmen, akciğer fibrozisinde ilerleme saptanır. Çalışmamızda İAH ile seyreden RA hastalarında, radyolojik progresyonu semi-kantitatif olarak ölçmeyi ve klinik-laboratuvar bulgular ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: RA'ya bağlı İAH tanısı ile takip edilen ve 2010 ACR/EULAR sınıflama kriterlerini dolduran 77 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. İAH tanısı olan hastaların ilk akciğer bilgisayarlı tomografi (BT) görüntüleri ve takipleri sırasında çekilen ilk BT görüntüleri analiz edildi. Akciğer BT'deki lezyonların (parankimal retikülasyonlar, buzlu cam opasiteleri, bal peteği ve subplevral kistler) şiddeti ve yaygınlığı semi-kantitatif bir yöntem olan Warrick skorlaması kullanılarak incelendi. Ayrıca başlangıç ve takip BT'lerinde akciğer fibrozisinin radyolojik paterninin zaman içerisindeki değişimi karşılaştırıldı. Radyolojik skorlama ve radyolojik paternde progresyon saptanan hastalarda, ilerlemeyi öngörücü klinik ve laboratuvar parametrelerin saptanması için regresyon analizi yapıldı.

Bulgular: Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar verileri Tablo 1'de gösterilmiştir. Analiz edilen iki akciğer BT'si arasında 5,36±3,51 [5 (2-8)] yıl süre saptandı. Takip süresi içerisinde

parankimal retikülasyonlar, buzlu cam opasiteleri, bal peteği ve subplevral kistler gibi lezyonların şiddeti ve yaygınlığını değerlendiren Warrick-şiddet skoru, Warrick-yaygınlık skoru ve Warrick-toplam skorunda istatistiksel olarak anlamlı artış saptandı (sırasıyla; p<0,001, p=0,001 ve p<0,001) (Tablo 2). İAH radyolojik bulgularında progresyon 34 (%44) hastada saptandı. Radyolojik progresyon olan hastalarda Warrick şiddet, yaygınlık ve toplam skorları ile RA tanısı sırasındaki yaş, İAH tanısı konulduğu sıradaki yaş ve DAS28-ESH arasında pozitif korelasyon saptandı (Tablo 3). Radyolojik progresyon gösteren hastalar ile göstermeyen hastaların demografik (cinsiyet, RA tanısındaki yaş, ilk İAH tanısındaki yaş, İAH hastalık süresi, sigara), klinik (dispne, öksürük, ral, başlangıç DAS28-ESH), laboratuvar (anti-CCP ve RF titresisi) ve görüntüleme (ilk akciğer BT'de UIP veya NSIP paterni; ilk akciğer BT'de Warrick hastalık şiddet, yaygınlık ve toplam skorları; ilk akciğer BT'de FVC ve DLCO) verilerinde anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). Başlangıçta akciğer BT'de UIP paterni olması [GA 3,39 (95% GA 1,08-10,68), p=0,037] ve İAH ilk tanı sırasındaki yaşın >50 olması [GA 7,31 (95% GA 1,10-48,76), p=0,040] radyolojik progresyonla ilişkili bulundu.

Sonuç: Sonuçlarımıza göre akciğer fibrozisine bağlı gelişen lezyonların şiddet ve yaygınlığını gösteren Warrick skorlaması yüksek RA hastalık aktivitesi, RA tanısı sırasında ileri yaş ve İAH tanısında ileri yaş ile ilişkilidir. Çalışmamızda ileri yaş olan ve başlangıç BT'de UIP olan hastalarda radyolojik progresyon görülme olasılığı daha yüksek saptanmıştır. Radyoloji pratiğinde BT'de fibrozisin progresyonu skorlama sistemine dayanmayan ve değerlendiriciler arasında değişkenliği olan semi-kantitatif yöntemlerle yapılmaktadır. Fibrozise bağlı lezyonların daha ayrıntılı analiz edildiği semi-kantitatif bir yöntem olan Warrick skorlaması RA hastalarında İAH'nın şiddetini, yaygınlığını ve zaman içerisindeki progresyonunu değerlendirmede objektif bir değerlendirme yöntemi olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, interstisyel akciğer hastalığı, bilgisayarlı tomografi

Sjögren sendromunda hastalık tanı yaşı ve semptom başlangıç yaşı kognitif fonksiyonları etkiliyor mu?

Gamze Dilek¹, Seyyid Bilal Açıköz², Mehtap Kalçık Unan², Cansu Arslantürk Güneysu², Tamer Acat², Sümeyye Merve Türk², Nilay Erdik², Abbas Karakurt², Gökhan Yavuzbilge³, Damla Karataş Kızıl⁴, Emel Gönüllü²

¹Bolu Abant İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Bolu

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

³Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hatay

⁴Yalova Devlet Hastanesi, Yalova

Amaç: Sjögren sendromu (SS) ekzokrin bezlerin lenfositik infiltrasyonu sonucu ağız ve göz kuruluğu semptomları ile karakterize otoimmün bir hastalıktır. SS'de ekzaglandüler olarak çeşitli organ ve sistem tutulumları da görülebilmektedir. Nörolojik tutulum hastaların %8,5-70'inde bildirilmiştir. Kognitif disfonksiyon hastalarda görülen nörolojik bulgulardan biridir. Biz bu çalışmada primer SS'li hastalarda hastalık semptom başlangıç yaşı ve hastalık tanı yaşı ile kognitif fonksiyon arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Romatoloji Polikliniği'ne Kasım 2021 ve 2022 tarih aralığında başvuran 62 primer SS tanılı hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların tanı yaşı, semptom başlangıç yaşı, fibromiyalji, Beck depresyon ölçeği, Beck anksiyete skoru, uykusuzluk yorgunluk, öğrenme güçlüğü, ek hastalık sayısı gibi parametreler kayıt altına alındı. Kognitif fonksiyonu değerlendirmek için Montreal bilişsel değerlendirme skoru (MoCA) kullanıldı. En düşük değer 0 ve en yüksek değer 30 olarak değerlendirildi. Eşik değeri 21 olarak belirlendi. Yirmi bir ve üstü normal olarak kabul edildi. Verilerin karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t-testi ile Mann-Whitney U ve ki-kare testleri kullanıldı.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 53,081±11,7, 59'u (%95,16) kadın, 3'ü (%4,83) erkek idi. MoCA değeri 21'den küçük olanlar daha yaşlı idi. MoCA ölçeği bozulmuş 20 kişi 60,3±10,1, normal 42 kişi 49,7±11 mevcuttu (p<0,001). Çalışmada MoCA değeri 21'den küçük hastaların semptom başlangıç yaşı, 21 ve üstü olanlardan anlamlı olarak yüksekti (p<0,05). MoCA değeri 21'den küçük hastaların tanı yaşı, 21 ve üstü olanlardan anlamlı olarak yüksekti (p<0,05). Hastalık semptom başlangıç (r=0,379, p=0,002) ve hastalık tanı yaşı (r=0,379, p=0,002) ile MoCA değeri arasında negatif korelasyon saptandı. MoCA ve Beck depresyon ölçeği, Beck Anksiyete skoru arasında ise anlamlı bir ilişki yoktu (Tablo 1). Ayrıca fibromiyalji, yorgunluk, unutkanlık, öğrenme güçlüğü ve dikkat bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 2).

Sonuç: SS'deki kognitif bozukluğun dikkat, bellek, düşünme karar verme hızı ve yürütücü işlevlerde frontal-subkortikal

disfonksiyonlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda hastalık semptom başlangıç ve hastalık tanı yaşı ile MoCA değeri arasında negatif korelasyon saptandı. SS hastalığının erken tanısı ve tedavisi ile bu hastalık sürecinde gelişebilecek kognitif disfonksiyon en aza indirilebilir. Hastaların bilişsel işlevlerinin yüksek olması yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecektir.

Anahtar Kelimeler: Sjögren sendromu, kognitif disfonksiyon, hastalık başlangıç yaşı

PS-115

Serum high mobility box protein 1 (HMGB-1) düzeylerinin psoriasisli ve psöriatik artritli hastalar arasında karşılaştırılması

Derya Yıldırım¹, Merve Baykul², Aslıhan Avanoğlu Güler¹, Yusuf Can Edek³, Mehmet Güleğül³, Esra Adıçın³, İbrahim Vasi¹, Hamit Küçük¹, Abdulsamet Erden¹, Kemal Nas⁴, Mehmet Akif Öztürk¹

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

²Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Sakarya

³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara

⁴Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Sakarya

Amaç: HMGB-1, nükleozomların yapısının stabilizasyonunda rol oynayan histon olmayan bir proteindir. Bu molekül aynı zamanda hücre dışına yerleştirildiğinde birçok otoimmün hastalıkta da rol almaktadır. Psoriasis patogenezi ve klinik aktivitesinde etkin olduğuna dair çalışmalar mevcuttur. Çalışmanın amacı psoriasis ve psöriatik artrit (PsA) hastalarında serum HMGB-1 düzeylerini değerlendirmek ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya 43 psoriasis, 48 PsA hastası ve 22 sağlıklı kontrol dahil edildi. Periferik kan örneklerinden serum HMGB-1 düzeyleri değerlendirilerek diğer klinik ve laboratuvar parametrelerle karşılaştırıldı.

Bulgular: Tüm klinik ve demografik parametreler Tablo 1'de gösterilmiştir. Serum HMGB-1 düzeyleri PsA'da en yüksek (medyan: 15,5, IQR: 4,1), ardından psoriasisli hastalarda (medyan: 14,46, IQR: 6,56) ve en düşük kontrollerde (medyan: 8, 73, IQR: 2,44) (her üç grubun birbiri ile karşılaştırılmasında p<0,001). Serum HMGB-1 düzeyleri, psoriasis alan ve şiddet indeksi (PASI) skoru ve Hastalık Aktivite Skoru-28 (DAS-28) ile anlamlı düzeyde ilişkili değildi.

Sonuç: Serum HMGB-1 düzeyleri psoriasis ve psöriatik artrit hastalarının tanısında önemli bir marker olabilir. Daha geniş ölçekli çalışmalar ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Psoriasis, psöriatik artrit, HMGB-1

Spondiloartrit hastalarında spondilodiskit bulgularının özellikleri ve tedavi cevaplarının belirlenmesi

Zehra Özsoy¹, Emrach Chousein², Umut Kalyoncu¹

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

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

Amaç: Spondilodiskit intervertebral disk ve komşu vertebraların enflamasyonudur. Romatolojik hastalıklar, enfeksiyonlar, maliniteler ve dejeneratif durumlara bağlı olarak gelişebilir. Bu çalışmada spondiloartrit hastalarında MR ile doğrulanmış SD'leri klinik, radyolojik bulguları ve tedavi cevaplarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Hasta seçimi; 2010-2021 yılları arasında spinal MR görüntülemesinde "spondilodiskit, spondilodiscit, Anderson, köşe enflamatuvar, santral enflamasyon, modic" kelimesi geçen hastalar taranmıştır. Toplam 426 hastada spondilodiskit belirlendi. Bu hastalarda spondiloartrit tanısı doğrulanmış 28 hasta analize dahil edildi.

Toplanan veriler; SpA hastalarının demografik özellikleri, ekstra-artiküler tutulumları, akut faz yanıtları, HLA-B27, aile öyküsü, komorbiditeleri, tedavileri değerlendirildi. Spondilodiskit bulgusu olan hastaların lokalizasyonu bulguları kaydedildi. Spondilodiskit sonrası verilen tedaviler ve tedavi cevapları değerlendirildi. Klinik cevap; klinisyene göre daha iyi, stabil, daha kötü, laboratuvar cevabı; CRP normale dönme var/yok, radyografik cevap; MR görüntülemeye iyileşme var, stabil ve kötüleşme var olarak değerlendirildi.

Bulgular: Spondiloartrit özellikleri; Çalışmaya dahil edilen 28 SpA hastasının 20'si (%71,4) erkek ve ortalama yaşları 47 (19-70), tanı sonrası takip süresi 5 (0-21) yıldır. Hastaların 7'sinde (%25) artrit, birer hastada psoriasis ve İBH vardı. HLA-B27 10 hastada biliniyordu 7'sinde (%70) pozitif. Spondilodiskit özellikleri; Spondilodiskit ve SpA tanısı arasında geçen süre 14 aydır (0-515). SpA tanısı ile SD tanısının aynı dönemde konulduğu hasta sayısı 10/28'dir (%35,7). Vertebral üniteye göre 1, 2 ve 3 alanda SD saptanması sırasıyla şu şekildedir 16 (%57,1), 8 (%28,6), 4 (%14,3). SpA'ların 2'sinde (%7,1) vertebral kırık, 6'sında (%21,4) vertebra cerrahisi öyküsü mevcuttur. Sadece lomber, sadece torakal ve hem torakal hem lomber SD dağılımı

sırasıyla 12 (%42,9), 8 (%28,6), 8 (%28,6). Lokasyonların dağılım bilgisi Şekil 1'de verilmiştir. T5 üzerinde SD saptanmadı. SD tanısı konulduğu sırada ortalama ESR 25,5 mm/saat (2-82), CRP 1,43 mg/dL (0,11-9,57), hastaların %56'sında ESR ve CRP düzeyleri normalin üst sınırından fazlaydı. SD saptandığı sırada almakta oldukları tedaviler sadece NSAİİ 14 (%50), salazopyrin 6 (%21,4), metotreksat 3 (%10,7), kortikosteroid 2 (%7,1), biyolojik DMARD'ler 12 (%42,9). Spondilodiskit hastalarının gidişatı; Klinik tedavi cevabı 18 hastada biliniyordu; 12 (%66,7) iyi, 5 (%27,7) stabil, 1 (%5,6) kötüleşme. Laboratuvar cevabı 11 hastada biliniyordu; 6'sında (%54,5) iyi, 5'inde (%45,5) stabildi. Radyografik tedavi cevabı 7 hastada biliniyordu. SD tanısı konulduktan sonra kullanılan ilaçların dağılımı şu şekildedir; NSAİİ 4 (%57,1), SSZ 1 (%14,2), Mtx 1 (%14,2), bDMARD 4 (%57,1). MR'ler arasındaki süre 12 ay (0-79) idi. Beşinde (%71,4) iyi cevap, birer hastada ise stabil ve kötüleşme vardı.

Sonuç: SpA hastalarında spondilodiskit göreceli olarak nadir ama önemli bir klinik tutulumdur. Sıklıkla tek vertebra ünitesinde olmakla birlikte birden fazla tutulum da görülebilmektedir. Asıl olarak Lomber ve alt torakal bölge etkilenmektedir. Hastaların yaklaşık üçte birinde SpA tanısı ve SD tanısı aynı dönemde konulmuştur. Takip edilen hasta grubunda klinik ve radyografik cevap genelde iyi olmakla birlikte hastalarda vertebrada kırık ve cerrahi müdahale öyküsünün de olması göz önüne alınarak dikkate alınması gereken bir klinik tutulum olarak değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Spondilodiskit, spondiloartritler, romatoid artrit, enfeksiyon



Şekil 1. Spondilodiskit lokalizasyonları

Behçet hastalarında pulmoner trombüslerin radyolojik olarak değerlendirilmesi

Şerife Asya Germe¹, Zehra Özsoy¹, Buğru Bulat¹, Gamze Durhan², Levent Kılıç¹, Ali Akdoğan¹

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

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Pulmoner vasküler tutulum, Behçet hastalarında önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Pulmoner arteriyel anevrizmalar ve pulmoner arteriyel trombozlar en sık görülen lezyon tipleridir. Behçet hastalarında venöz tromboz sık olmasına rağmen, trombüsün enflamasyona bağlı olarak damar duvarına sıkıca yapışık olması nedeniyle pulmoner tromboembolinin nadir görüldüğü düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı Behçet hastalarında görülen pulmoner trombüslerin (PT) radyolojik görüntülerinin değerlendirilmesidir. Romatoloji polikliniğine 2017-2022 yılları arasında başvurmuş, vasküler tutulumu olan 165 Behçet hastasının verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Bu hastalardan venöz tutulumu olan 146 hastanın 65'inin geçmiş yıllarda yapılmış toraksa yönelik görüntülemesi mevcuttu. 14/65 (%21,5) hastanın toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) pulmoner trombüs (PT) varlığı raporlanmıştı.

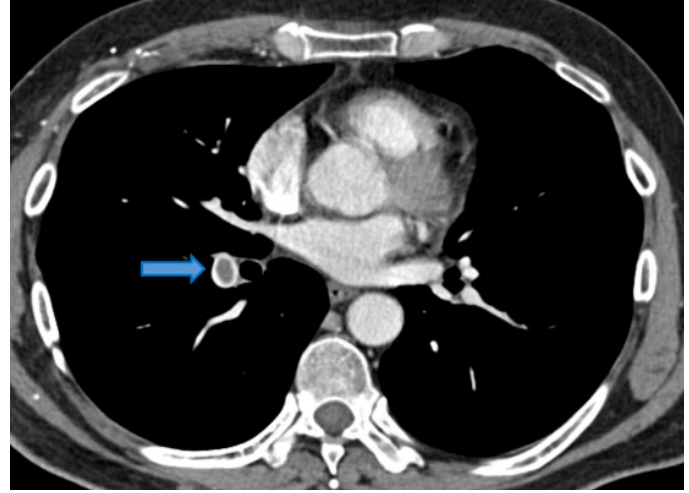
Yöntem: Pulmoner trombüsü olan 14 hastanın toraks BT'leri bu konuda deneyimli bir radyolog tarafından yeniden değerlendirildi. PT'ler radyolojik özellikleri dikkate alınarak akut veya kronik trombüs olarak sınıflandırıldı. Hastaların yaşları, cinsiyetleri, hastalık süreleri, venöz tutulum yerleri ve BT çekimi esnasındaki semptomları (dispne veya göğüs ağrısı) kaydedildi. Behçet hastalığı aktivitesine hastalarda yapılan tedavi değişiklikleri göz önüne alınarak karar verildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen PT'li 14 hastanın 9'u (%64,3) erkekti ve medyan yaşı 42,5 (minimum: 26-maksimum: 66) yılı. Toraks BT çekimi esnasında önceden Behçet tanısı olan 8 hastanın medyan hastalık süreleri 11,5 (minimum: 4-maksimum: 31) yılı. Sekiz (%57,1) hastada alt ekstremitte trombozu, 4 (%28,5) hastada intrakardiyak trombüs, 3 (%21,4) hastada Budd Chiari sendromu, 2 (%14,2) hastada üst ekstremitte trombozu, 2 (%14,2) hastada v. cava inferior trombozu, 2 (%14,2) hastada serebral venöz sinüs trombozu, 1 (%7,1) hastada v. cava superior trombozu mevcuttu. Üç (%21,4) hastanın pulmoner arter anevrizması mevcuttu. Hastaların toraks BT'leri yeniden değerlendirildiğinde; 6 (%42,8) hastada akut, 8 (%57,1) hastada kronik PT saptandı. Kronik PT'si olan 2 hastanın aynı zamanda akut PT'leri de vardı. On iki (%85,7) hasta BT çekimi esnasında semptomatikti, en sık semptom dispneydi. BT'de PT saptanması sonrasında, 12 (%85,7) hastada hastalığın aktif olduğu düşünülerek tedavi değişikliği yapılmıştı. Tedavi değişikliği yapılmayan 2 hastanın 1'inde kronik trombüs (bu hasta azatiyoprin, kolşisin ve varfarin kullanıyordu), 1'inde

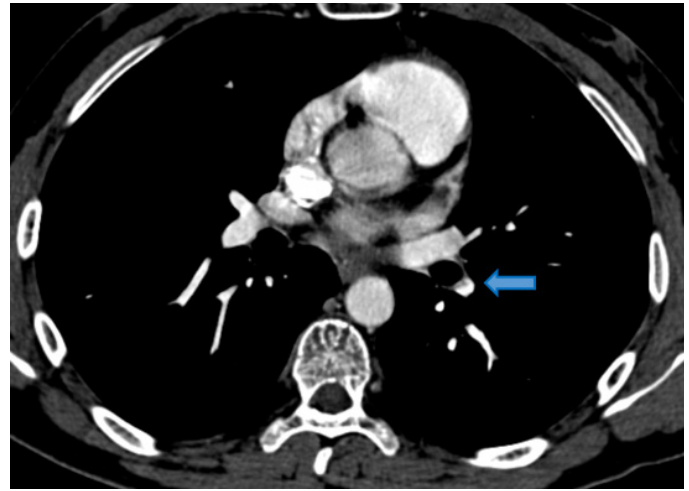
akut trombüs mevcuttu. Akut PT'si olan bu hastanın mevcut durumu yakın zamanda geçirmiş olduğu alt ekstremitte cerrahisinde sekonder olarak değerlendirilmişti.

Sonuç: Pulmoner trombotik lezyonları olan Behçet hastalarının önemli bir kısmında radyolojik olarak akut PT özellikleri gösteren lezyonlar saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, pulmoner trombüs, venöz tromboz



Şekil 1. BT'de akut trombüsün görünümü: Damar çapı artmış ve santralde dolum defekti var (polo mint sign)



Şekil 2. BT'de kronik trombüsün görünümü: Damar duvarına yapışık kronik PT

Merkezi hekim randevu sistemi aracılığıyla romatoloji ve çocuk romatoloji kliniklerine yönlendirilen hastaların kesitsel değerlendirilmesi

Deren Esencan¹, Ongun Alanlı¹, Seyhan Hıdıroğlu², Oya Köker³, Haner Direskeneli⁴

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

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

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

Amaç: Türkiye’de pediatri ve dahiliye bünyesindeki yan dal polikliniklerine başvurular Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) üzerinden, hastaların uzman bir hekim tarafından yönlendirilmesi ile yapılmaktadır. Uygun olmayan yönlendirmeler, randevu bekleme sürelerinin uzamasına ve romatizmal hastalıkların tanı ve tedavilerinin gecikmesine yol açmaktadır. Bu çalışmada amacımız MHRS sistemi ile romatoloji ve çocuk romatoloji polikliniklerine yönlendirilen hastaların tanısal dağılımları ve yönlendirilme profilleri üzerine kesitsel bir analiz yapmaktır.

Yöntem: Bu çalışmaya kesitsel olarak 01.09.2022-28.02.2023 tarihlerinde Marmara Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji ve Çocuk Romatoloji Yan Dal Poliklinikleri’ne MHRS üzerinden randevu alarak ilk kez başvuran hastalar dahil edilmiştir. Hastaların yönlendirilme ve başvuru yakınmasına yönelik ayrıntılar, demografik ve klinik özellikleri kaydedilmiştir. Medikal kayıtları, izlem notları ve uzman görüşü ışığında nihai tanıları belirlenmiştir. Her iki grupta klinik değişkenlerin ve tanının enflamatuvar olarak sınıflandırılmasındaki belirleyici özelliklerin analizi ve karşılaştırılması için tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Toplamda 920 hasta [pediyatrik/erişkin (%): 50,2/49,8] çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların demografik ve karakteristik dağılımları Tablo 1’de gösterilmektedir. Erişkin romatoloji kliniğine MHRS ile başvuran hastaların %55,2’si, çocuk romatoloji polikliniğine başvuran hastaların ise %32,1’inin enflamatuvar tanı aldığı saptanmıştır (p<0,05). Başka bir merkezde takip süreci olup merkezimiz romatoloji ve çocuk romatoloji kliniklerine başvuran hasta oranı sırasıyla %27,5 ve %12,7 bulunmuştur. Erişkin popülasyonda en sık başvuru sebebi eklem ağrısı (%57) olarak gözlenmiştir ve bu hastalar arasındaki enflamatuvar tanı oranı %36,1 olarak saptanmıştır. Çocuk romatoloji kliniğine yönlendirilen hastalar arasında ise en sık başvuru sebebi bacak ağrısıdır (%22,8), ancak döküntü ve tekrarlayan ateş şikayetleri en fazla enflamatuvar hastalık tanısıyla ilişkilendirilmiştir. Erişkin hastalar arasında en sık sonuçlanan tanıları sırasıyla spondiloartropatiler (%24,7), romatoid artrit (24,3) ve bağ doku hastalıklarıdır. (%13,3). Çocuk yaş grubunda tanı dağılımı sıklığa göre otoenflamatuvar hastalıklar (%57,8), juvenil idiyopatik artrit (%15) ve vaskülit (%13,6) olarak saptanmıştır.

Sonuç: Bulgularımız, erişkin romatoloji bölümüne yönlendirilen hastaların yarısından fazlasının, çocuk romatoloji bölümüne yönlendirilen hastaların ise üçte birinin enflamatuvar tanı aldığını göstermektedir. Her iki grupta da yönlendirmelerin çoğunluğunu ana dal hekimleri yapmaktadır. Romatolojiye uygun yönlendirmeler hastaların tanı ve tedavisini hızlandırıp sağlık sistemi üzerine binen finansal yükü azaltacaktır. Bu amaçla ana dal hekimlerinin eğitime önem verilmesi ve birinci basamak sağlık sisteminin geliştirilmesi esastır. Bu çalışma literatürde erişkin ve çocuk romatoloji polikliniklerine yönlendirme uygunluğunu karşılaştıran ilk çalışmadır.

Anahtar Kelimeler: Ayaktan tedavi hizmetleri, eklem hastalıkları, hasta başvurusu, romatoloji

Ankilozan spondilit hastalarında izoniazid kullanımı anti-TNF tedavisinde ilaçta kalım süresini uzatıyor mu?

Bilgin Karaalioglu, Fatih Yıldırım, Gamze Akkuzu, Duygu Sevinç Özgür, Rabia Deniz, Cemal Bes

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

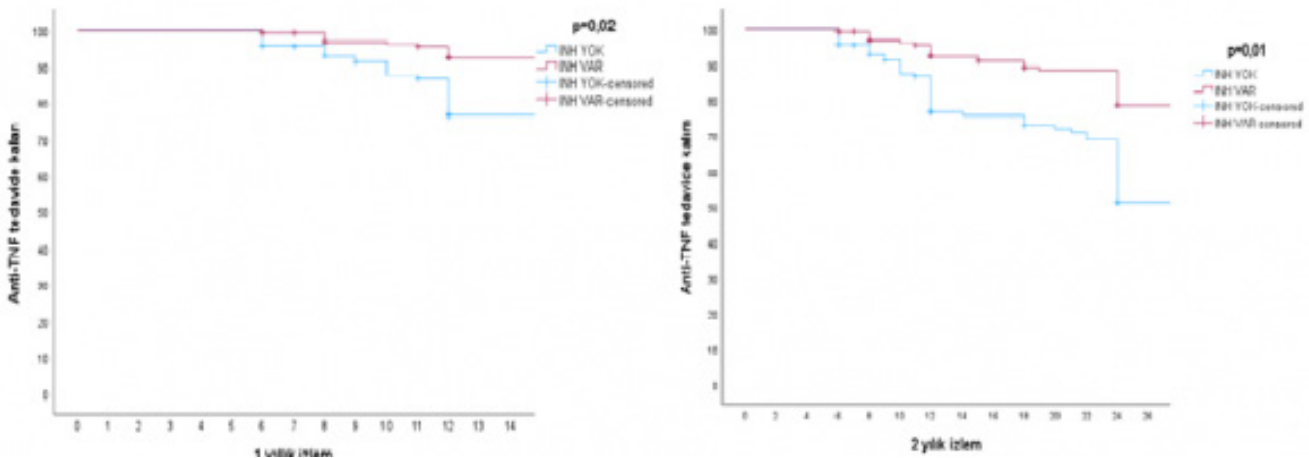
Amaç: Tümör nekroz faktör alfa (TNF- α) inhibitörleri ankilozan spondilit (AS) hastalarında etkinliği ve güvenilirliği kanıtlanmış ilaçlardır. Etki mekanizması nedeni ile bu grup ilaçların tüberküloza (TB) yatkınlığı artırdıkları gösterilmiştir. Bu nedenle TNF- α inhibitörü tedavisi başlanmadan önce hastalara aktif ve latent tüberküloz enfeksiyonu yönünden tarama yapılması şarttır. Aktif tüberküloz olmayan ancak latent tüberküloz enfeksiyonu tespit edilen hastalara İzoniazid (INH) ile 9 ay profilaksi tedavisi verilmelidir. INH, farklı mekanizmalar üzerinden etki ederek anti-enflamatuvar etkilerinin de olduğu gösterilmiş olan bir anti-tüberküloz ilaçtır. Biz bu çalışmamızda, AS tanısı ile TNF- α inhibitörü tedavisi başlanan ve latent tüberküloz enfeksiyonu nedeniyle INH profilaksisi alan hastalarda ilaçta kalım süresinin, INH profilaksisi almayan hastalara göre daha uzun olup olmadığını araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmamızda, Haziran 2020 ile Mayıs 2023 tarihleri arasında hastanemize başvuran ve AS tanısı konmuş olan 1.022 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. TNF- α inhibitörü tedavisi almakta olan ve uygun kriterleri karşılayan 256 hasta çalışmaya dahil edildi. Kontrol grubu olarak en az 2 yıl kadar TNF- α inhibitörü tedavisi kullanan ve INH profilaksisi almayan hastalar alındı. Hastalar, TNF- α inhibitörü tedavisine devam etme sürelerine göre, 6-12 ay (1. grup), 12-24 ay (2. grup) şeklinde 2 gruba ayrıldı. Bir yıllık ve 2 yıllık takip süresinde TNF- α inhibitörü tedavisinde kalan hastalarda INH kullanımının bu tedavi süresine etkisi olup olmadığı Kaplan-Meier analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: İki yüz elli altı hastanın 197'si erkek (%77) ve 59 kadındı (%23). Medyan yaş 39,5 (IQR: 33-47), medyan hastalık süresi 108 ay (IQR 60-144), tanı ile anti-TNF- α tedavi başlanana kadar geçen süre medyan 36 ay (IQR: 12-94) olarak değerlendirildi. Hastaların 51'ine (%19,9) periferik eklem tutulumu eşlik etmekteydi. En sık eşlik eden ekstra-artriküler bulgu ise üveit idi (%10,2). Anti-TNF- α tedavi alan tüm hastalar içerisinde 157 hastada (%61,3) HLA B27 pozitifliği. Yüz iki hasta (%39,8) sigara içiyordu. Yüz otuz dokuz (%54) hasta INH profilaksisi almıştı. İlk 1 yıllık izlemde tedaviye başlamış olan ancak tedavide 12. aya henüz ulaşamamış olduğundan tedavi değişimi belirsiz olan 21 hasta dışlanarak 235 hasta ile değerlendirme yapıldı. Total takip süresi içerisinde 80 (%31,2) hastada başka bir anti TNF tedaviye geçiş yapıldığı görüldü. İki yüz otuz beş hastada, bir yıl sonunda 211 (%89,7) hastanın ilk anti-TNF- α tedavisine devam ettiği görüldü. Bu hastaların 120'si (%56,8) INH profilaksisi almaktaydı. INH profilaksisi almış olan 13 hastada (%10,8) ilaç değişikliği yapılmıştı. Takip sırasında ilk bir yıl içinde 24 hastada (%9,4), iki yıllık takipte ise 37 hastada (%14,4) tedavi değişikliği gerekmişti. En sık tedavi değişimi sebebi ilaca sekonder yanıtızsılıktı. Bir yıllık takipte ilaç değişimi yapılan ve yapılmayan hastalar INH kullanımı açısından kıyaslandığında, tedavi değişimi yapılması açısından anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,80$). İlk anti-TNF- α tedavisinde kalma süresine INH kullanımının etkisi Kaplan-Meier survival grafiği ile değerlendirildi. Bir yıllık ve 2 yıllık izlemi olan hastalarda INH kullananlarda anti-TNF- α tedavisine devam etme durumu her iki grupta da anlamlı bulundu (sırasıyla; $p=0,022$, $p=0,01$).

Sonuç: Farklı mekanizmalar üzerinden etki ederek anti-enflamatuvar etkileri gösterilmiş olan INH'nin latent tüberkülozu olan AS hastalarında anti-TNF- α tedavisinde kalım süresini uzatabileceğini düşündük. Kısıtlı hasta sayısı ile yapılmış bu çalışmada INH kullanımının ilaç değişimi üzerine anlamlı bir etkisi olmasa da anti-TNF- α tedavisinde kalım süresi üzerine anlamlı etkisi olduğu görülmüştür. Prospektif daha geniş bir hasta grubu ile yapılacak çalışma ile daha anlamlı sonuçların çıkacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, anti-tümör nekroz faktör alfa inhibitörleri, izoniazid



Şekil 1. Bir yıllık ve 2 yıllık izlemde anti-TNF tedavide kalım durumunun Kaplan-Meier grafiği ile değerlendirilmesi

Seronegatif primer Sjögren sendromlu hastalar farklı klinik ve laboratuvar özellikler gösteriyor mu?

Müçteba Enes Yayla¹, Rahime Aksoy², Emine Uslu Yürteri¹, Zehra Karaman Ongun¹, Recep Yılmaz¹, Ahmet İlbay¹, Nilgün Göveç Gynaş¹, Abdülbaki Gaydan¹, Ahmet Uslu¹, Yeter Mahmutoglu¹, Aşkın Ateş¹, Tahsin Murat Turgay¹

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

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

Amaç: Primer Sjögren sendromu (pSS) lakrimal ve tükürük bezlerinin lenfosittik infiltrasyonu ile karakterize otoimmün sistemik bir hastalıktır. Anti-Ro ve anti-La %50-75, anti-nükleer antikor (ANA) %50-89 ve romatoid faktör (RF) %36-74 oranında pSS hastalarında saptanabilmektedir. Bu çalışmada serolojik olarak otoantikör saptanmamış pSS hastalarında klinik ve laboratuvar farklılıklar araştırıldı.

Yöntem: Dört yüz yirmi üç pSS tanılı olan hastadan ANA, ENA ve RF profili değerlendirilmiş 399 hasta çalışmaya dahil edildi. Anti-SSA (Ro), anti-SS-B, ANA ve romatoid faktör antikorlarının hepsinin negatif saptandığı hastalar seronegatif grup, en az bir antikor pozitifliği olan hastalar seropozitif grup olarak tanımlandı. Her iki grup demografik, klinik ve laboratuvar özellikler açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların 41'i (%10,3) seronegatif, 358'i (%89,7) seropozitif özellik gösteriyordu. Seronegatif hastalarda ağız kuruluğu şikayeti (p=0,003), seropozitif hastalarda hipergamaglobulinemi (p=0,004) ve ekstra-artiküler tutulum varlığı (%39,9 ve %19,5, p=0,011) istatistiksel olarak daha fazlaydı. Klinik tutulumlar tek tek değerlendirildiğinde, hematolojik tutulum (p=0,197) ve glukokortikoid kullanımı (p=0,095) orantısız olarak seropozitif hastalarda daha sıkı fakat istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildi. Bunların dışında demografik, klinik ve tedavi özellikleri açısından hasta grupları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 1).

Sonuç: pSS hastalarında ekstra-artiküler bulgular seropozitif hastalarda, ağız kuruluğu şikayeti ise seronegatif hastalarda daha sık gözlemlenebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anti-Ro, anti-La, ANA, RF, Sjögren sendromu

Ailevi Akdeniz ateşi hastalarında anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi

Nazife Şule Yaşar Bilge¹, Yasemin Sağlan², Mustafa Dinler¹, Reşit Yıldırım¹, Burcu Ceren Uludoğan¹, Timuçin Kaşifoğlu¹

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Eskişehir

Amaç: Ailevi Akdeniz ateşi (FMF), tekrarlayan ataklarla seyreden, otozomal resesif geçişli oto-enflamatuvar bir hastalıktır. FMF hastalarında artmış anksiyete olduğunu gösteren çalışmalar olmakla birlikte klinik bulgularla ilişkisini gösteren yeni çalışma yoktur. Bu çalışmada amacımız erişkin FMF hastalarında yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyonun değerlendirilmesi, klinik bulgular, MEFV mutasyonları ve hastalık şiddeti ile ilişkisini incelemektir.

Yöntem: Bu çalışmaya %95 güç düzeyinde 145 FMF hastasının yeterli olacağı görülmüştür. Veri kaybı ihtimali göz önünde bulundurularak 150 hasta dahil edildi. Hastaların klinik bulguları ve MEFV mutasyonları hastane kayıt sisteminden elde edildi. Yaşam kalitesini değerlendirmek için kısa form-36 (SF36), anksiyete ve depresyon değerlendirmek için hastane anksiyete depresyon ölçeği (HAD-A ve HAD-D) kullanıldı. Her iki ölçeğinde Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Hastaların klinik bulguları, MEFV mutasyonları, FMF şiddet skoru ile yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon arasındaki ilişki incelendi.

Bulgular: Hastaların (91 kadın, 59 erkek) yaş ortalaması 37,4±11,9 (16-71) idi. Hastaların 24'ünün (%15,9) HAD-A skoru normal iken 126'sının anksiyetesi mevcuttu. HAD-D skoru ise 45 hastada (%30) normal iken 105 hastada depresyon mevcuttu. HAD-A ve HAD-D skorlarının yaş, cinsiyet, komorbid durum varlığı ve FMF şiddet skoru ile ilişkisi saptanmadı (p>0,05, tamamı için). Klinik bulgulardan ateş, peritonit, artrit, erizipel benzeri eritem, plörit, miyalji, vaskülit, amiloidoz ile HAD-A ve HAD-D skorlarının ilişkileri incelendiğinde artriti olan hastaların HAD-A skorlarının daha yüksek olduğu saptandı (p=0,038). MEFV mutasyonları sadece ekzon 2 (n=7), sadece ekzon 10 ile ekzon 2 ve ekzon 10 kombine mutasyonları olanlar (n=125) ve mutasyonu olmayanlar (n=18) olarak 3 gruba ayrılarak analiz yapıldı ve gruplar arasında HAD-A ve HAD-D skorları açısından fark saptanmadı (p=0,549 ve p=0,90, sırasıyla). Erkek FMF hastalarının SF-36 Fiziksel Bileşen Skoru Fiziksel Fonksiyon ve Genel Sağlık, Mental Bileşen Skoru Emosyonel Rol Güçlüğü bileşenlerinin kadınlardan yüksek

olduğu saptandı (sırasıyla; p=0,001, 0,036 ve 0,010). FMF şiddet skoru ile SF-36'nın tüm bileşenlerinin anlamlı ilişkisi olduğu saptandı, hastalık şiddeti arttıkça yaşam kalitesi ölçütleri düşmekte idi (tamamı için p<0,05). Klinik bulgulardan ise artrit, plörit ve vaskülitin yaşam kalitesi ile ters ilişki içinde olduğu saptanmıştır. Yaş ile SF-36'nın Fiziksel Bileşen Skoru Fiziksel Fonksiyon arasında anlamlı ilişkisi olduğu saptandı, yaş arttıkça yaşam kalitesi azalmakta idi. MEFV mutasyonları ile yaşam kalitesi SF-36 ölçeği ile değerlendirildiğinde mutasyon olmayanlarda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu saptandı.

Sonuç: FMF çocukluk çağında başlayıp takip ve tedavisi ömür boyu süren bir hastalıktır. Bu çalışmaya göre artritli olan hastaların hem anksiyetesi yüksek hem de yaşam kalitesi düşük saptanmıştır. FMF şiddet skoru ise anksiyete ve depresyonla ilişki göstermezken yaşam kalitesi ile ters ilişki içindedir. Hastaları medikal yönden takip ederken anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi açısından da değerlendirmek hastaların tedavilerine olumlu katkılar sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz ateşi, anksiyete, depresyon, yaşam kalitesi

PS-122

Spondilodiskitin konvansiyonel radyografi ile saptanması ne kadar mümkündür?

Zehra Özsoy¹, Emrach Chousein², Emre Bilgin¹, Gül Sandal Uzun¹, Mustafa Ekici¹, Erdiñ Ünalı¹, Büşra Fırlatan¹, Gözde Bayram Kart¹, Buğı Bulat¹, 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: Spondilodiskit romatolojik, enfeksiyöz, dejeneratif hastalıklara bağlı ortaya çıkabilmektedir. Lomber ve torakal vertebrada sıklıkla görülmektedir. Tanısı çoğu zaman MR ile doğrulanmaktadır ancak ilk olarak konvansiyonel grafilerle birlikte değerlendirilmektedir. Bu çalışmada MR'de spondilodiskiti olan hastaların lateral lomber grafilerinde spondilodiskit saptama duyarlılığı ve özgünlüğünün belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 2010-2021 yılları arasında merkezimizde spinal MR görüntülemesinde spondilodiskiti olan hastalar belirlenmiştir. Lomber MR'de spondilodiskiti olan 102 hasta bu analize dahil edilmiştir. Lomber MR ile aynı dönemde konvansiyonel grafisi olmayan (74 hasta), görüntü kalitesi yetersiz olan (2 hasta) ve lomber vertebraya girişim uygulanmış (3 hasta) hasta analize dahil edilmemiştir. Kontrol grubu olarak lomber MR'de spondilodiskit tanısı olmayan ve lomber direkt grafisi olan SpA, RA ve Behçet hastalığı tanılı 52 hasta alınmıştır. On romatoloji uzmanı (2'si >10 yıl deneyimli, 8'i <5 yıl deneyimli) kör olarak lomber grafileri değerlendirdi. Spondilodiskit yok, şüpheli ve var olarak gruplandı. Lomber grafide spondilodiskit saptama duyarlılığı, özgünlüğü, pozitif ve negatif predikte etme değerleri hesaplandı.

Bulgular: Yirmi üç spondilodiskiti olan, 52 kontrol grubu değerlendirmeye alındı. Spondilodiskit hastalarının 8'inde (%34,7) sebep gösterilmiş enfeksiyonken, 15'inde spondiloartritti. Vertebral üniteye göre 1, 2 ve 3 alanda spondilodiskit saptanması sırasıyla şu şekildedir 14 (%60,8), 5 (%21,7), 4 (%17,3). Lokasyonların dağılımı şu şekildeydi; L5-S1 4 (%17,4), L4-5 13 (%56,5), L3-4 3 (%13), L2-3 5 (%21,7), L1-L2 4 (%17,4), L1-T12 2 (%8,7). Tüm spondilodiskiti olan hastalar ve enfeksiyöz ve spondiloartrite bağlı özgünlük ve duyarlılık, pozitif ve negatif predikte etme değerleri Tablo 1'de verilmiştir.

Sonuç: Lomber grafi ile spondilodiskitin saptanması ile ilgili literatürde iyi tanımlanmış bir çalışma bulunmamaktadır. Bizim çalışmamızda Lomber spondilodiskitin konvansiyonel grafide saptanma duyarlılığı %50-60, özgünlüğü %70'ler civarındadır. Özellikle enfeksiyöz spondilodiskiti muhtemelen lezyonun yaygınlığından dolayı saptamak daha kolaydır. Yine de konvansiyonel grafi ile önemli bir hastada lezyonlar gözden kaçabilmektedir. Romatoloji alanında deneyimli olmak sonuçlarda çok büyük bir değişikliğe neden olmamaktadır. Spondilodiskitin torakal vertebrada da görülebileceği ve bu lezyonun konvansiyonel grafi ile yakalanmasının mümkün olmadığı da akılda tutulmalıdır. Bu nedenle şüphelenildiği her durumda daha ileri görüntüleme yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Spondilodiskit, lateral lomber direkt grafi, enfeksiyöz, spondiloartritler

Anti-IL-17 ile tedavi edilen psöriatik artrit hastalarında gerçek yaşam koşullarında tedaviye devam etme ve tedavi paternlerine ilişkin Perfil-17 çalışması

Soydan İnce¹, Beatriz Joven Ibañez², Concepción Fito Manteca³, Esteban Rubio⁴, Enrique Raya⁵, Alba Pérez-linaza⁶, Raquel Hernandez⁷, Sara Manrique-arija⁸, Mercedes Núñez⁹, Silvia Diaz⁹, Luis Trancho⁹, Rosario García De Vicuña¹⁰

¹Lilly İlaç Ticaret Ltd. Sti., İstanbul, Turkey

²Hospital 12 De Octubre, Department of Rheumatology, Madrid, Spain

³Complejo Hospitalario De Navarra, Department of Rheumatology, Pamplona, Spain

⁴Hospital Virgen Del Rocío, Department of Rheumatology, Seville, Spain

⁵Hospital Universitario San Cecilio, Department of Rheumatology, Granada, Spain

⁶Hospital Puerta Del Mar, Department of Rheumatology, Cádiz, Spain

⁷Hospital Universitario De Valme, Department of Rheumatology, Sevilla

⁸Hospital Carlos Haya, Department of Rheumatology, Málaga, Spain

⁹Lilly Spain, Madrid, Spain

¹⁰Hospital De La Princesa, Department of Rheumatology, Madrid, Spain

Amaç: İnterlökin-17A inhibitörleri (anti-IL17), psöriatik artrit (PsA) yönetiminde ek bir tedavi seçeneği sunmuştur. Bu çalışma, gerçek yaşam koşullarında ixekizumab ve secukinumab (anti-IL17 tedavileri) ile tedavi edilen PsA hastalarının hasta profili, tedavi paternlerini ve sürekliliğini tanımlamayı amaçlamaktadır, ayrıca tedavi kesme sebepleri de incelenmiştir.

Yöntem: Sekiz İspanyol Hastanesi'nde gerçekleştirilen çok merkezli geriye dönük bir çalışmadır. Demografik ve klinik özellikler, tedavi paternleri ve tedavi sürekliliği açıklayıcı olarak analiz edilmiştir. Sürekli veriler ortalama [standart sapma (SS)] olarak sunulurken, kategorik değişkenler frekanslar ve yüzdelere ifade edilmiştir. Üç/altı/on iki aydaki süreklilik oranları hesaplanmıştır.

Dahil Etme Kriterleri

• Ocak 2019'dan Mart 2020'ye kadar ilk anti-IL17 olarak secukinumab 150 mg (SECU150), secukinumab 300 mg (SECU300) veya ixekizumab (IXE) başlanmış, PsA teşhisi konulmuş yetişkin hastalar.

• Başlangıç tedavisinden sonra en az bir takip değerlendirmesidir.

Hastaların Sayısı ve Özellikleri

Hastaların %70,1'i başlangıçta orta ila şiddetli PsA hastalık aktivitesine sahipti. Bu oran IXE'de en yüksekti (%75,1), daha sonra SECU150 (%69,0) ve SECU300 (%63,1) ile takip etti.

Çoğu hastada deri psoriazi tanısı vardı (%86,4); SECU300 grubunda ilaç başlangıcında aktif deri tutulumunun en yüksek oranı bulundu (%84,8).

Tedavi Paternleri

Önceki PsA Tedavileri

• Hastaların %88,2'si daha önce csDMARD'ler ile tedavi edilmiş, %72,9'u ise bDMARDs/tsDMARDs ile tedavi edilmişti (%58,3 SECU150, %68,4 SECU300 ve %93,8 IXE).

• Toplamda, önceki bDMARD'ler/tsDMARD'ler ortalama olarak 2,0 (1,3) defa kullanılmıştı. SECU150 için bu değer 1,6 (1,0), SECU300 için 1,7 (0,9) ve IXE için 2,4 (1,5) idi.

• En yaygın verilen tedavi, monoterapi veya metotreksat ile birlikte adalimumab tedavisiydi.

İndeks Tedavi

• Anti-IL17 tedavisi hastaların %54,8'ine monoterapi olarak reçete edildi. Kombinasyon tedavisi durumunda metotreksat en sık kullanılan csDMARD idi (%68). Hastaların %61,1'i NSAID'ler ve sistemik kortikosteroidler gibi diğer çok kullanılan eş zamanlı tedavileri aldı.

Süreklilik

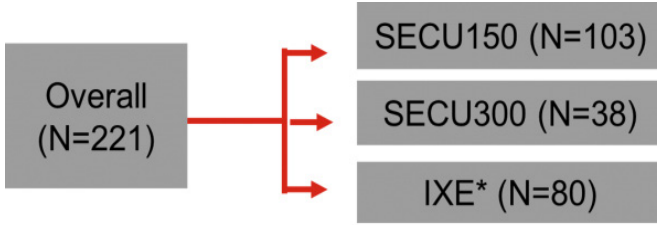
• Genel olarak, anti-IL-17 tedavilerine 3, 6 ve 12. ayda devam etme oranı hastaların sırasıyla %97,2, %88,4 ve %81,0'ı olarak bildirilmiştir.

İspanya'da anti-IL-17 başlatan PsA hastalarının çoğu orta ila şiddetli hastalık aktivitesine sahipti ve genellikle periferik artrit ve deri belirtileri mevcuttu; ayrıca en az 1 önceki bDMARDs/tsDMARDs almışlardı. Bir yıl süreyle takip edildiğinde, hastaların %80'den fazlası hala anti-IL-17 tedavisi altındaydı, IXE en yüksek devamlılık oranını gösterirken, onu SECU150 ve SECU300 izledi.

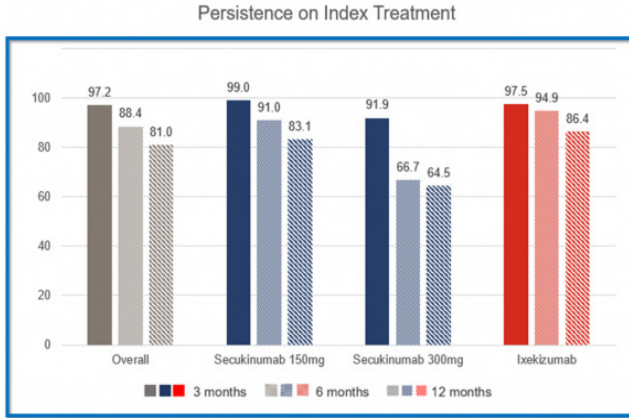
Anahtar Kelimeler: İxekizumab, psöriatik artrit, PERFIL-17 çalışması

| | Overall | SECU150 | SECU300 | IXE |
|---|-------------|-------------|------------|------------|
| Patients, n (%) | 221 (100.0) | 103 (100.0) | 38 (100.0) | 80 (100.0) |
| Reason for discontinuation the anti-IL17, n (%) | | | | |
| Lack of effectiveness | 37 (16.7) | 15 (14.6) | 11 (28.9) | 11 (13.8) |
| Adverse reaction | 6 (2.7) | 2 (1.9) | 4 (10.5) | 0 (0.0) |
| Medical judgment or decision of the patient | 12 (5.4) | 8 (7.8) | 1 (2.6) | 3 (3.8) |
| Other reasons | 13 (5.9) | 9 (8.7) | 0 (0.0) | 4 (5.0) |

Şekil 1. Tedaviyi kesme sebepleri



Sekil 2. Hasta dağılımları



Sekil 3. Tedavi devamlılığı

PS-124

İkili güç: Metotreksat ve leflunomid kombine tedavisinin romatoid ve psöriatik artritteki ritmi

Gülay Alp¹, Mete Kara²

¹Bingöl Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Bingöl

²Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İzmir

Amaç: Romatoid artrit (RA) ve psöriatik artrit (PsA) kronik, ilerleyici, komorbiditelerin sıklıkla eşlik edebildiği, en sık görülen enflamatuvar romatizmal hastalıklardandır. Metotreksat (MTX) ve leflunomid (LEF) en sık kullanılan konvansiyonel hastalık modifiye edici anti-romatizmal (cDMARD) tedavilerdir. MTX ve LEF kombinasyon tedavisinin tedavi naif hastalarda aynı etkinliği gösterdiği farklı yan etki ve toleransa rağmen ilaçta kalımlarının benzer olduğunu gösterilmiştir. Kombinasyon tedavisinin RA'da yan etki açısından benzer olduğunu gösteren çalışmalar mevcut ise de PsA'da yeterince veri yoktur. MTX + LEF kombinasyonunun, PsA'da PASDAS'ye göre hastalık aktivitesinde daha fazla iyileşme sağladığı ancak MTX monoterapisinden daha az iyi tolere edildiği gösterilmiştir.

Yöntem: Çalışmamızda RA ve PsA hastalarında MTX ve LEF birlikte kullanımındaki etkinliğin ve yan etkinin, bu ilaçların monoterapi şeklinde kullanımı ile karşılaştırılması amaçlanmıştır. Çalışmaya retrospektif olarak tek merkezde 2020-2023 yılları arasında en az 12 ay boyunca izlenen hastalar tüm RA ve PsA hastaları dahil edildi. Hastalık aktivitesi DAS-28 CRP ve DAPSA ile değerlendirildi. Tedavi sonrası gelişen yan etkiler genel olarak enfeksiyonlar, kardiyovasküler, solunum, renal, gastroenterolojik ve dermatolojik olaylar gibi belirli MedDRA kategorilerine göre yapıldı. Toplam 528 (385 RA ve 143 PsA) hasta (MTX; n=331 LEF; n=115, MTX + LEF n=82) dahil edildi. Ortalama yaş 53,8±13,9 yıl, tanı yaşı 48,6±14,1 medyan hastalık süresi 3 (5) yıl, takip süresi 30±18 ay olup hastaların %77,5'i kadındı. RA ve PsA karşılaştırıldığında PsA hastalarının yaşı ve tanı yaşı daha düşük ve MTX + LEF kombinasyon tedavisi oranı daha fazlaydı. RA hastalarında daha fazla komorbidite mevcuttu ve diğer hastalık klinik ve aktivite özellikleri benzerdi (Tablo 1).

Bulgular: RA kombinasyon tedavisinde ortalama MTX dozu 13,2±3,3 mg/hafta, LEF dozu 106,7±33,7 mg/hafta PsA'da ise MTX dozu 14,1±3 mg/hafta, LEF dozu 95,9±33,5 mg/hafta olup benzerdi. Hem RA hemde PsA'da ileri yaş ve tanı yaşı yüksek hastalarda LEF monoterapisi anlamlı olarak fazla tercih edilmişti, ek olarak RA'da kadınlarda daha çok MTX monoterapisi, PsA'da ise komorbiditesi olanlarda daha çok LEF monoterapisi izlendi. Tedavi gruplarında MTX ve LEF dozu monoterapide kombinasyon gruplarına göre anlamlı olarak fazla izlendi. Kombinasyon tedavisindeki ilaç dozları RA ve PsA'da benzer izlendi. RA hastalarında başlangıç ortalama ± SS DAS28CRP 5,1±1,13, son DAS28CRP 1,78±0,57, PsA hastalarında ise başlangıç ortalama DAPSA 29,7±5,2, son DAPSA ise 6,31±2,7 idi. Başlangıçta kombinasyon grubunda RA ve PsA'da hastalık aktivitesi daha yüksekti. RA ve PsA hastalarında kombinasyon grubunda monoterapiye göre DAS28CRP ve DAPSA skorlarında daha anlamlı azalma görüldü. RA'da LEF monoterapisinde, kombine kullanıma göre daha fazla nöropati izlenirken, MTX monoterapisinde ise kombine kullanıma göre yan etkide farklılık izlenmedi (Tablo 2, 3).

Sonuç: MTX ve LEF, uygun dozlarda kullanıldığında RA ve PsA hastalarında monoterapiye göre daha fazla etkinlik gösterirken, yan etki açısından farklılık göstermemiştir. cDMARD kombinasyonun, biyolojik ilaçların yaygın olarak bulunmadığı, kaynakların kısıtlı olduğu bir ortamda yararlı bir strateji olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kombinasyon tedavisi, leflunomid, metotreksat, romatoid artrit, psöriatik artrit

ANCA ilişkili vaskülit hastalarında osteoporozu ne kadar tanıyoruz? Çok merkezli retrospektif analiz

Tuba Demirci Yıldırım¹, Emine Duran², Öznur Sadioğlu³, Rıza Can Kardeş⁴, Melih Kızıltepe⁵, Mustafa Ekici², Duygu Özgür⁶, Ertuğrul Çağrı Bölek², Hamit Küçük⁴, Soner Şenel⁵, Nilüfer Kanitez⁷, Cemal Bes⁶, Ayten Yazıcı³, Ayşe Çefle³, Ömer Karadağ², Fatoş Önen¹

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

²Hacettepe Vaskülit Tanı ve Tedavi Uygulama ve Araştırma Merkezi (HUVAM), Ankara

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

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

⁵Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

⁶Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

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

Amaç: Anti-nötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) ile ilişkili vaskülitler (AAV), küçük ve orta büyüklükteki damarların enflamasyonu ile karakterli kronik, multisistemik bir grup hastalıktır. AAV'de osteoporoz, hem hastalığın renal tutulumu ve kronik enflamasyon hem de tedavide kullanılan glukokortikoidler ile ilişkili olarak artmış bir komorbiditedir. Bu çalışmanın amacı, Türk vaskülit çalışması (TRVaS) kohortu elektronik veri tabanında kayıtlı AAV hastalarında osteoporozun ne kadar tarandığını belirleyip, osteoporozla ilişkili faktörleri saptayarak, AAV'de osteoporozun önemine dikkat çekmektir.

Yöntem: Çalışmaya TRVaS kohortuna kayıtlı yedi farklı merkezden, AAV tanılı hastalar alındı. Retrospektif olarak tasarlanan bu çalışmada, hastalarda AAV tanısı aldıktan sonra herhangi bir zamanda kemik mineral yoğunluğu (KMY) incelemesi yapıp yapılmadığı incelendi. KMY ölçümü için Dual X-ray absorpsiyometre (DXA) kullanıldı. Değerlendirmede Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen kemik mineral yoğunluğuna göre osteoporoz tanımlaması kullanıldı. Hastalar sekonder osteoporoz açısından değerlendirildi. DXA ile tarama yapılmış olguların

komorbiditeleri, kırık öyküleri, kümülatif glukokortikoid dozları, immünoşüpresif tedavileri, vücut kitle indeksleri (VKİ), hastalık süreleri ve osteoporoz tanısı sonrası tedavi seçenekleri incelendi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 170 hastanın 100'ü (%58,8) erkekti. Hastaların 127'si (%74) granümatöz polianjiit, 20'si (%12) eozinofilik granümatöz polianjiit, 15'i (%9) mikroskopik polianjeit kalını ise sınıflandırılmamış ANCA ilişkili vaskülit tanılıydı. Hastaların ortanca yaşı 56 [çeyrekler arası oran (ÇAO) 43-67] ve hastalık takip süreleri medyan 46,5 ay (ÇAO, 14-95) olarak saptandı. Yirmi altı (%15,1) hastaya AAV tanısı ile eş zamanlı olarak DXA incelemesi yapıldığı ve bu hastaların beşinin (%19,3) osteoporoz tanısı aldığı saptandı. Tüm hastalık izlemi süresince DXA ile tarama yapılan hasta sayısı 73 (%43) idi; diğer hastaların hiçbir vizitte osteoporoz açısından incelenmediği görüldü. Tarama yapılan 73 hastanın 41'inde (%56,1) osteopeni, 19'unda (%26) osteoporoz saptanmıştı, sadece 13 (%17,8) hastanın KMY ölçümü normal sınırlardaydı (Şekil 1). Osteoporozlu bir hastada ve osteopeni tanısı konan üç hastada kırık öyküsü mevcuttu. Tüm hastalar en az üç ay boyunca 5 mg ve üzerinde prednizolon eşdeğeri glukokortikoid kullanmıştı. Hastaların %59,9'unda kullanılan kümülatif glukokortikoid dozunun on gram üzerinde olduğu görüldü, Hastaların ortanca 25-OH vitamin D düzeyi 27 ng/mL (ÇAO, 21-33) olarak saptandı. İzlem sürecinde kemik mineral yoğunluğu incelemesi yapılmış hastaların komorbidite, ilaç kullanım, sekonder osteoporoz sorgulamasına ilişkin ayrıntılı tanımlayıcı veri analizi Tablo 1'de verilmiştir. Glukokortikoid kullanımına bağlı osteoporoz tanısı da dahil edilerek toplamda KMY ölçümü yapılan 73 hastanın %82,2'sine oral ya da intravenöz bifosfanat tedavisi verildiği saptandı.

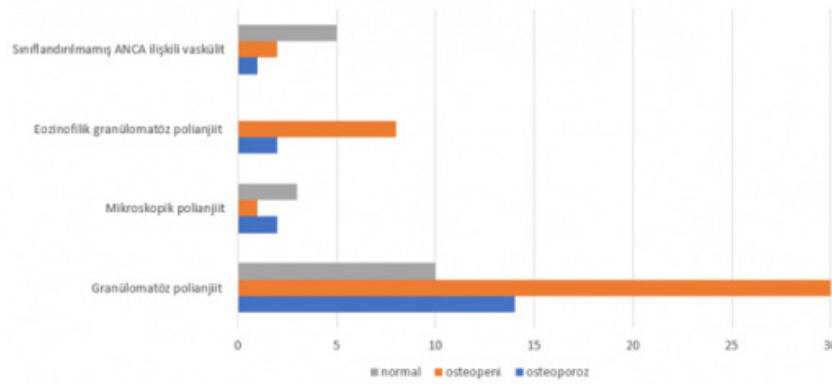
Sonuç: Glukokortikoid tedavisi ile ilişkili osteoporoz iyi bilinen bir durum olmasına karşın, AAV hastalarının tanı anında yalnızca %19'unun, izlem süreci boyunca ise %50'sinden az bir bölümünün osteoporoz açısından tarandığı saptanmış ve taranan bu hastaların %82'sine osteoporoz için tedavi verildiği görülmüştür. Sonuçlar AAV'li hasta izleminde osteoporozun farkındalık düzeyinin düşük olduğunu göstermiştir. Morbidite ve mortalite artışına neden olan osteoporotik kırıkların önlenmesi için, yüksek risk grubunda yer alan AAV'li hasta grubunda osteoporoz açısından değerlendirme yapılması önem kazanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: ANCA ilişkili vaskülit, osteoporoz, glukokortikoid

Tablo 1. Osteoporoz taraması yapılmış AAV hastalarının özellikleri

| | Osteoporoz (n=19) | Osteopeni (n=41) | Normal (n=13) |
|---|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Ortalama VKİ, ortalama±SS | 24.0±4.0 | 25.3±5.1 | 27.1±5.9 |
| Siklofosamid n(%) | 11 (57.9) | 29 (70.7) | 7 (53.8) |
| Mikofenolat mofetil n(%) | 5 (26.3) | 2 (4.9) | 1 (7.7) |
| Azatioprin n(%) | 13 (68.4) | 27 (65.9) | 4 (30.8) |
| Metotreksat n(%) | 6 (31.6) | 4 (9.7) | 2 (15.4) |
| Kümülatif glukokortikoid dozu >10g, n (%) | 11 (57.9) | 28 (68.3) | 8 (61.5) |
| Hastalık süresi (medyan/ÇAO) | 59 (36-98) | 49 (23-97) | 58 (26-71) |
| Kırık öyküsü n(%) | 1 (5.3) | 3 (7.3) | 1 (7.7) |
| Ailede kırık öyküsü | 1 (5.3) | 3 (7.3) | 2 (15.4) |
| Malignite n(%) | 0 | 4 (9.7) | 1 (7.7) |
| Primer hipertroidi n(%) | 0 | 0 | 0 |
| Hipotroidi n(%) | 2 (10.5) | 6 (14.6) | 2 (15.4) |
| Hipogonadizm n(%) | 0 | 1 (2.4) | 0 |
| Anoreksiya nervosa n(%) | 0 | 0 | 0 |
| Kronik böbrek yetmezliği n(%) | 6 (31.6) | 18 (43.9) | 5 (38.5) |
| İmmobilizasyon n(%) | 1 (5.3) | 1 (2.4) | 0 |
| Primer bilier siroz n(%) | 0 | 0 | 0 |
| Hemakromatozis n(%) | 0 | 0 | 0 |
| Gastrektomi n(%) | 0 | 0 | 0 |
| Malnutrisyon n(%) | 0 | 0 | 0 |
| PPİ kullanımı n(%) | 16 (84.2) | 33 (80.5) | 10 (76.9) |
| DMAH kullanımı n(%) | 1 (5.3) | 2 (4.9) | 1 (7.7) |
| Hipokalsemi n(%) | 1 (5.3) | 2 (4.9) | 0 |
| Hiperparatroidi n(%) | 1 (5.3) | 1 (2.4) | 0 |
| D vitamini yetersizliği n(%) | 2 (10.5) | 4 (9.7) | 0 |
| D vitamini eksikliği n(%) | 0 | 0 | 0 |

VKİ: vücut kitle indeksi, SS: standart sapma, PPİ: proton pompa inhibitörü, DMAH: düşük molekül ağırlıklı heparin, ÇAO: çeyrekler arası oran.

**Sekil 1.** ANCA ilişkili vaskülit alt gruplarındaki DXA sonuçları

Romatolojik hastalıklarda biyopsikosozyal yaklaşımın etkinliği: Sistematik derleme

Nazlı Elif Nacar^{1,2}, Nur Banu Karaca³, Edibe Ünal³

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Fizyoterapi Bölümü, Kahramanmaraş

²Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

³Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Ankara

Amaç: EULAR 2021 Kılavuzu'nda hasta eğitimi, problem çözme ve self-yönetimin de içinde bulunduğu biyopsikosozyal yaklaşımın önemini vurgulamaktadır. Çalışmamızın amacı, romatolojik hastalıklarda uygulanan biyopsikosozyal yaklaşımın (BPS) etkinliğini belirlemek için mevcut kanıtları sistematik olarak incelemektir.

Yöntem: Bu sistematik derleme PRISMA Rehberi'ne göre yapıldı. PubMed, Cochrane, EBSCO ve WoS veri tabanları bir bağımsız araştırmacı tarafından tarandı. Çalışmamıza BPS ile herhangi bir egzersiz yaklaşımını karşılaştıran randomize kontrollü çalışmalar (RKÇ) dahil edildi. Metodolojik kalite PEDro ölçeğiyle değerlendirildi.

Bulgular: Sistematik taramayla ulaşılan 4,068 makaleden dahil edilme kriterlerine uyan 6-RKÇ (ortalama 6,2/PEDro) derlemeye alındı. BPS, psikolojik ve/veya sosyal bir birleşen ile fiziksel bir birleşeni içeren müdahale olarak tanımlandı. Çalışmalar kalça ve/veya diz osteoartriti (4-RKÇ), fibromiyalji ve kronik yaygın ağrıda BPS'nin etkinliğini araştırıyordu. Diz osteoartriti üzerine; iki çalışmada gruba-dayalı bilişsel davranışçı egzersizin geleneksel egzersize kıyasla fiziksel aktiviteye daha büyük etki sağladığı, diğer bir çalışmada ise ağrı ile başa çıkma eğitimiyle birleştirilen egzersizin tek başına uygulamalara göre fonksiyonda daha büyük gelişme göstermesine rağmen ağrı ve emosyonel durumda gruplar arasında fark yaratmadığı bildirilmiştir. Kalça/diz osteoartritinde davranışsal kademeli-aktivite programının genel tedavi ile karşılaştırıldığında ağrı ve fonksiyon üzerinde benzer etkiler gösterdiği bulunmuştur. Geleneksel tedaviye eklenen bilişsel davranış terapisinin etkisini araştıran iki çalışmadan; ilkinde fibromiyaljide kombine tedavinin fonksiyon ve emosyonel durumda geleneksel tedavi ile benzer sonuçlar gösterdiği, diğerinde ise kronik yaygın ağrıda ağrı ve emosyonel durumda tek başına uygulamalara benzer etki yarattığı bildirilmiştir.

Sonuç: Mevcut sistematik derlemeyle BPS'nin ağrı, fonksiyon ve emosyonel durum üzerine etkinliği hakkında kanıtların tutarsız olduğu sonucuna ulaşıldı. Çalışmaların metodolojik heterojenliği, yetersiz örneklem büyüklükleri ve farklı sonuç çıktıkları bu durumun nedenleri olabilir. BPS kavramını uyku, yorgunluk, cinsellik, ağrı, fonksiyonellik ve duygu-durum bileşenleriyle bir arada inceleyen RKÇ'ye rastlanamaması bu alanda çalışma üretmenin uygun değerlendirme ve standardize yaklaşımlara duyduğu ihtiyacın göstergesidir. Romatolojik hastalıklarda mevcut kılavuzlar BPS'nin önemini vurgulamakla birlikte bu alanda standardize yöntemleri içeren yüksek kanıt düzeyinde çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: Romatizmal hastalıklar, biyopsikosozyal yaklaşım, bütüncül yaklaşım

Romatizmal hastalıklarda malignitesi olan hastaların değerlendirilmesi: Tek merkez deneyimi

Kevser Orhan¹, Rezan Koçak Ulucaköy¹, Hatice Ecem Konak¹, Pınar Akyüz Dağlı¹, Ebru Atalar¹, Berkan Armağan¹, Esra Kayacan Erdoğan¹, Serdar Can Güven¹, Hakan Babaoğlu¹, İsmail Doğan², Ahmet Omma³, Yüksel Maraş³, Orhan Küçükşahin², Şükran Erten²

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

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

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

Amaç: İmmün sistemin kronik uyarımı ve kronik sistemik enflamasyon, romatizmal hastalıklarda malignite riskini artırabilmektedir. Ayrıca romatizmal hastalıklara yönelik kullanılan tedaviler de malignite riskini artırabilir. Artan yaşam ömrü ve etkili onkolojik tedaviler nedeniyle malignite öyküsü olan romatizmal hastalarla daha sık karşılaşılmaktadır. Bu çalışmada malignite öyküsü ve romatizmal hastalığı olan hastaların klinik ve demografik özelliklerinin incelenmesi, cinsiyetin ve aldığı tedavilerin klinik üzerine etkisinin değerlendirilmesi planlanmıştır.

Yöntem: Ankara Bilkent Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği Romatoloji Bölümü'nde takipli 10.269 romatizmal hastalık tanılı hasta arasından malignitesi olan 154'ünün (%1,5) verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, metastaz olup olmadığı ve tedavileri kaydedildi.

Bulgular: Toplam 154 hastada malignite öyküsü mevcuttu. Malignite tanılarının dağılımı; meme (n=46), hematolojik malignite (lenfoma, lösemi, multipl myelom) (n=24), akciğer (n=23), endometriyum (n=8), over (n=8), kolon (n=6), mide (n=6), mesane (n=5), testis (n=5), prostat (n=5), baş-boyun (n=5), pankreas (n=3), tiroid (n=2), renal (n=2) ve diğer (n=6) idi. 154 hastadan 10'unda takiplerde mortalite geliştiği tespit edildi. On beş hastada (%9,7) biyolojik DMARD (bDMARD) kullanım öyküsü mevcuttu. Üç hasta etanercept, 1 hasta adalimumab, 1 hasta tocilizumab, 1 hasta infliksimab, 2 hasta anakinra olmak üzere toplam 8 hasta (%53,3) bDMARD tedavisine devam etmekteydi. bDMARD devam edilen hastalarda nüks gözlenmedi. Hastaların diğer klinik ve demografik bilgileri ve aldığı tedaviler Tablo 1'de verilmiştir. Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde kadın ve erkek arasında yaş ortalaması, bDMARD ve konvansiyonel DMARD (ksDMARD) kullanım öyküsü, malignite süreleri, metastaz varlığı ve mortalite açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmedi (p>0,05). Metastazı olan ve olmayan hastaların bDMARD ve ksDMARD kullanım öykülerine göre karşılaştırıldığında aralarında fark saptanmadı (p=0,354, p=0,282). Mortalite ile bDMARD ve ksDMARD kullanımı arasında da herhangi bir anlamlı fark saptanmadı (p=0,347, p=0,594).

Sonuç: Bu çalışmada cinsiyet, bDMARD ve ksDMARD kullanımı ile metastaz olup olmaması ve mortalitede farklılık tesbit edilmedi. Romatizmal hastalık tanısı olan hastalarda immünosupresif tedavilerin tümör sürveyansını bozabileceği endişesi olsa da, bDMARD devam edilen hastalarda nüks gözlenmedi. Tümör nüksü ve prognoz üzerine etkisi açısından daha uzun takip süresine sahip, daha fazla hasta sayısı ile ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Romatizmal hastalıklar, malignite, DMARD, biyolojik tedaviler

İmmünoglobulin G4 ilişkili hastalık Türkiye verisi: Pedyatrik ve erişkin perspektif

Mustafa Ekici¹, Ümmüşen Kaya Akça², Meryem Şeyma Ak³, Taylan Kaplan⁴, Hülya Köse⁵, Tuba Demirci Yıldırım⁶, Tuba Kurt⁷, Kadir Ulu⁸, Ceyda Arslanoğlu⁹, Deniz Gezgin Yıldırım¹⁰, Belde Kasap Demir¹¹, Vefa Guliyeva¹², Cansu Akleylek¹³, Selcan Demir¹⁴, Oya Köker Turan¹⁵, Sezgin Şahin¹⁶, Selçuk Yüksel¹⁷, Gülşah Kılbaş¹⁷, Gözde Kübra Yardımcı¹, Ertuğrul Çağrı Bölek¹⁸, Ayşenur Paç Kısaarslan⁹, Sevcan Azime Bakkaloğlu¹⁰, Nuray Aktay Ayaz¹², Banu Çelikel Acar⁷, Betül Sözeri⁸, Fatma Alibaz Öner¹⁹, Levent Kılıç¹, Fatoş Önen⁶, Sara Şebnem Kılıç Gültekin⁵, Hafize Emine Sönmez¹⁹, Haner Direskeneli¹⁹, Özgür Kasapçopur¹⁶, Seza Özen², Yelda Bilginer², Ömer Karadağ¹

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

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

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

⁴Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

⁵Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji ve İmmünoloji Bilim Dalı, Bursa

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

⁷Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Çocuk Romatoloji Bölümü, Ankara

⁸Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Çocuk Romatoloji Bölümü, İstanbul

⁹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

¹⁰Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

¹¹İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İç Hastalıkları Kliniği, Çocuk Romatoloji Bölümü, İzmir

¹²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

¹³Demiroğlu Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

¹⁴Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Çocuk Romatoloji Bölümü, Erzurum

¹⁵Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

¹⁶İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

¹⁷Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Denizli

¹⁸Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etilik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

¹⁹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

Amaç: İmmünoglobulin G4 ile ilişkili hastalık (IgG4-İH), çoğu anatomik bölgede ortaya çıkabilen fibroenflamatuvar lezyonlarla ilişkili immün aracılı bir hastalıktır. Oldukça nadir olan bu hastaların ulusal ölçekte kaydedilerek uzun dönem takibine, TRVAS web-tabanlı veri tabanımıza eklenen formlarla bu yıl başlanmıştır. Diğer taraftan IgG4-İH, hem pediyatrik hem de erişkin hastalarda görülebilse de yaş gruplarına göre farklılık özelliklerini inceleyen çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada erişkin ve pediyatrik popülasyonda IgG4 İH'nin tutulum özellikleri, tedavi seçimlerinin karşılaştırılması ve hekime göre remisyon kararı ile IgG4 yanıt indeksinin korelasyonunun araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Türk Vaskülit Çalışma Grubu Prospektif Veri Tabanına (TRVAS) kayıtlı IgG4-İH'ler alındı. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar verileri kaydedildi. Erişkin ve pediyatrik yaş gurubu hastaların tutulum özellikleri ki-kare ile erişkin hastalarda IgG4 İH responder indeksi, hekime göre tedavi yanıtı arasındaki korelasyon spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 78 erişkin ve 33 pediyatrik IgG4-İH'ye dahil edildi. Erişkin ve pediyatrik hastaların sırasıyla 43'ü (%55,1) ve 14 (%42,4) erkek, yaş ortalaması 52,2 (±14,9) ve 14,7ydi (±4,4). Erişkin hastalarda konstitüsyonel semptomlar, kulak burun boğaz tutulumu, kardiyovasküler tutulum ve gastrointestinal (GIS) tutulum belirgin olarak daha fazla iken çocuk hastalarda ise en sık %60 ile göz bulguları saptanmıştır. Serum IgG4 düzeylerinde yükseklik benzer oranlarda görülmüştür. Çocuk hastalarda biyopside storiform fibrozis daha fazla rapor edilmiş, sınıflandırma kriteri daha az sağlanmıştır. Siklofosamid ve ritüksimab erişkin grubunda daha fazla kullanılırken mikofenolat mofetil ve azatiyopürin pediyatrik yaş grubunda daha sık tercih edilen tedavilerdir (Tablo 1). Hekime göre son vizit remisyon kararı ile IgG4-İH yanıt indeksi korelasyonu tüm popülasyonda iyi derecede korelasyon gösterirken (rho: 0,63 p<0,001); bu durum erişkin hastaların değerlendirmesinde iyi iken (rho: 0,65 p<0,001), pediyatrik hastalık değerlendirmesinde düşük orta derecede de (rho: 0,33 p=0,22) olmuştur.

Sonuç: Çocuk hastalarda daha sık göz tutulumu ile görülen IgG4-İH, erişkinde göz, kardiyovasküler ve GIS tutulumu gibi çeşitli doku ve organ sistemlerini tutabilmektedir. Serum IgG4 düzeyleri benzer düzeylerde artış gösterirken, çocuk hastalar sınıflandırma kriterini daha az karşılamıştır. Erişkinde siklofosamid ve ritüksimab daha fazla kullanılmıştır. Hekim hastalık remisyon kararı açısından ise erişkin hastalarda yanıt indeksi ile yüksek korele iken çocuk hastalarda düşük düzeyde kalmıştır.

Anahtar Kelimeler: IgG4 ilişkili hastalık, IgG4 yanıt indeksi

Pamukkale Üniversitesi Hastanesi romatoloji servis hastalarının biyopsikososyal durumları

Elif Gür Kabul¹, Fatma Taşkın², Bilge Başakçı Çalık³, Veli Çobankara⁴

¹Uşak Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Uşak

²Aydın Devlet Hastanesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Kliniği, Aydın

³Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Denizli

⁴Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Denizli

Amaç: Romatoloji alanındaki tedavi, son yıllarda fiziksel olarak daha aktif programlara doğru ilerlemiştir. Bu gelişme, daha büyük bir multidisipliner ekibe ihtiyaç duyulmasına sebep olmuştur. Son yıllarda yapılan çalışmalarda, farklı romatizmal hastalığı bulunan yatan hastalara uygulanan multidisipliner tedavinin önemli klinik faydalar sağladığı belirtilmiştir. Bu çalışmanın amacı, Pamukkale Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği Romatoloji Servisi'nde yatan hastalarının biyopsikososyal durumlarını incelemektir.

Yöntem: Çalışmaya 15 Şubat-15 Ağustos 2023 tarihleri arasında romatoloji servisinde yatan 96 romatolojik hasta dahil edildi (yaş ortalaması: 53,14±16,83 yıl). Dördüncü kosta çevre ölçümü mezura ile, kas kuvveti manuel kas testi (0-5) ile, genel iyilik hali Vizüel Analog skala (VAS) (VAS, 0: en kötü, 10: en iyi durum) ile, yorgunluk düzeyi Yorgunluk Şiddet ölçeği (<2,8 yorgunluk yok; >6,1 kronik yorgunluk) ile, mobilite düzeyi Rivermead Mobilite indeksi ile, anksiyete düzeyi Beck Anksiyete ölçeği ile (<21 hafif, 22-35 orta, >36 şiddetli) ve yaşam kalitesi Nottingham Sağlık Profili ile değerlendirildi.

Bulgular: Ortalama hastanede yatılan gün sayısı 15,57±15,11; tanı yılı 7,91±9,34; dakikadaki solunum frekansı 22,55±6,03; dördüncü kosta çevre ölçümü istirahatte 97,01±9,70 cm; inspirasyonda 99,71±9,67 cm; ekspirasyonda 94,10±13,91cm; quadricaps kas kuvveti sağ 4,26±0,74; sol 4,16±0,76; biceps brachii kas kuvveti sağ 4,46±0,64; sol 4,39±0,78; VAS puanı 6,03±2,51; Rivermead Mobilite indeksi puanı 11,41±4,11; Nottingham Sağlık Profili toplam puanı 235,13±134,64; enerji düzeyi alt grubu puanı 52,89±37,06 idi. Daha önce romatoloji servisinde yatma öyküsü 42 hastada (%43,8) bulunmakta idi. Ambulasyon düzeyleri incelendiğinde 5 hasta (%5,2) yatak seviyesinde, 4 hasta (%4,2) oturma seviyesinde, 7 hasta (%7,3) ayakta durma seviyesinde ve 80 hasta (%83,3) yürüme düzeyinde idi. On yedi hasta (%17,7) mobilizasyonda yardımcı cihaz kullanıyordu. Hastaların 22'si (%22,9) kronik yorgunluk düzeyindeydi ve 21'inde (%21,9) orta düzeyde anksiyete vardı.

Sonuç: Romatoloji servisinde yatan hastaların inspirasyon yeteneğinin düşük, solunum frekansının normal değerden yüksek, mobilite ve enerji düzeylerinin ortalama değerlerde olduğu, yorgunluk ve anksiyete düzeylerinin önemsenmesi gerektiği ve tüm bunların hastalarda genel durumlarına bakış açılarını olumsuz

etkileyebileceği görülmektedir. Romatoloji servisinde yatan hastaların farmakolojik tedavilere ek olarak uygun egzersizler ile fizyoterapistler tarafından desteklenmesini tavsiye etmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Romatolojik hastalık, solunum, yorgunluk, mobilite, yaşam kalitesi

PS-130

Primer Sjögren sendromu hastalarında kuru göz hastalığı bulgularının değerlendirilmesi ve hastalık özellikleri ilişkisi

Gizem Sevik¹, Semra Akkaya Turhan², Hüsnü Can Yaşar², Kerem Yiğit Abacar^{1, 3}, Alida Aliyeva¹, Gonca Mumcu⁴, Nevsun İnanç¹

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

³Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Niğde

⁴Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul

Amaç: Primer Sjögren sendromu (pSS) hastalarında lakrimal gland enflamasyonu, yaşam kalitesini azaltan önemli bir bulgu olan kuru göz hastalığına neden olmaktadır. Literatürde pSS hastalarında kuru göz hastalığının (KGH) kapsamlı değerlendirilmesi ve oküler parametrelerin hasta bazlı anketler ve hastalık aktivitesi ile karşılaştırılmasıyla ilgili kısıtlı veri bulunmaktadır. Bu çalışmamızda, pSS hastalarında kapsamlı bir oftalmolojik muayene ile KGH özelliklerinin değerlendirilmesi ve bu parametrelerin pSS klinik özellikleri ve aktivitesiyle karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Merkezimizde takipli 2016 ACR/EULAR klasifikasyon kriterlerine göre pSS olarak sınıflandırılmış 34 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalara rutin romatolojik kontrol muayenelerine geldikleri gün oftalmolojik muayeneleri ve KGH değerlendirmeleri yapıldı. Hastaların ESSPRI skorları kaydedildi ve pSS hastalık özellikleri, laboratuvar tetkikleri, tükürük akış hızı ölçümleri ve tükürük bezi ultrasonografi sonuçları hasta dosyalarından kaydedildi. Oftalmolojik muayenede; Schirmer's testi, gözyaşı kırılma zamanı (BUT), oküler boyanma Oxford skoru, Marx's line ve Scheimplug-Placido disk sistemiyle yapılan non-invaziv BUT (NIBUT) testi ölçümleri yapıldı. Hasta bazlı anketlerden hastanın genel sağlık değerlendirmesi (PGA-global), hastanın hastalık aktivitesi değerlendirmesi (PGA-hastalık aktivitesi), oküler yüzey hastalık indeksi (OSDI) ve "dry eye questionnaire-5" (DEQ-5) uygulandı.

Bulgular: Hastaların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. TFOS-DEWSII tanımlamasına göre tüm hastalarda KGH mevcuttu. Ortalama OSDI skoru ve DEQ-5 skoru 38,2±22,7 ve 10,3±6,0 saptandı ve hastalarda ciddi KGH semptomlarının olduğunu göstermekteydi. Ortalama ESSPRI

skoru kuruluk, ağrı ve yorgunluk için sırasıyla; 6,5±2,1, 5,4±3,2 ve 5,3±3,1 olarak boyandı. ESSPRI-kuruluk skoruyla OSDI, DEQ-5, ve oküler boyanma Oxford skoru arasında anlamlı bir pozitif korelasyon saptandı (sırasıyla; p=0,001, p=0,004, p=0,03). PGA-global ile DEQ-5 skoru arasında anlamlı negatif korelasyon varken (p=0,007), PGA-hastalık aktivitesi ile OSDI ve DEQ-5 skorları arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı (p=0,02 ve p=0,001). Hastaların %50'sinde uyarılmamış tükürük akış hızı düşüktü ve KGH özellikleri ile anlamlı bir ilişki saptanmadı. On iki hastanın tükürük bezi USG verisi mevcuttu ve 7'sinde en az bir glandda OMERACT USG skoru 2 ve üzerinde idi. pSS klinik parametreleri ve OMERACT USG skoru ile KGH parametreleri arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Sonuç: Bu çalışmada, pSS hastalarında kuru göz hastalığı şiddeti arttıkça hasta bazı değerlendirmelerden hastalar üzerinde hastalığın genel etkilerini değerlendiren ESSPRI-kuruluk, PGA-global ve PGA-hastalık aktivitesi skorlarında kötüleşme olduğu saptandı. KGH ve ağız kuruluğu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaması pSS hastalarının değerlendirilmesinde göz yaşı ve tükürük bezlerinin ayrı ayrı detaylı incelenmesinin gerekliliğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Sjögren sendromu, kuru göz hastalığı, oftalmolojik değerlendirme

Tablo 1. pSS hastalarının demografik ve klinik özellikleri

| | |
|---|-------------|
| Yaş, yıl, ort±sd | 49.5±13.3 |
| Cinsiyet, kadın, n (%) | 33 (97.1) |
| Hastalık süresi, ay, median (IQR) | 73.5 (76.5) |
| Tedavi, n (%) | |
| Hidroksiklorokin | 24 (70.6) |
| Metotreksat | 6 (17.6) |
| Leflunomid | 6 (17.6) |
| Azatioprin | 4 (11.8) |
| Mikofenolat mofetil | 2 (5.9) |
| Ritüksimab | 2 (5.9) |
| Hastalık bulguları, n (%) | |
| Artralji | 31 (91.2) |
| Artrit | 11 (32.4) |
| Parotit | 2 (5.9) |
| İnterstisyel akciğer hastalığı | 4 (11.3) |
| Tubulointerstisyel nefrit | 2 (5.9) |
| Lenfopeni | 7 (20.6) |
| Hipergamaglobulinemi | 12 (35.3) |
| Hipokomplementemi | 4 (11.8) |
| Schirmer's testi, mm, ort±sd | 3.4±5.2 |
| Gözyaşı kırılma zamanı, sn, ort±sd | 5.9±3.0 |
| Noninvaziv gözyaşı kırılma zamanı, sn, ort±sd | 5.9±3.9 |
| Oküler boyanma Oxford skoru pozitifliği, n(%) | 25 (73.5) |

PS-131

Romatoid artritli bireylerde sarkopeni varlığının incelenmesi: Karşılaştırmalı bir çalışma

Begüm Akar¹, Bilge Başakçı Çalık¹, Elif Gür Kabul², Ayşe Nur Bayındır Akbaş³, Veli Çobankara¹

¹Pamukkale Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Denizli
²Uşak Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Uşak

³Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Denizli

Amaç: Romatoid artrit (RA) fiziksel hareketsizlik, enflamasyon, yaşlanma gibi birçok faktör iskelet kaslarındaki değişiklikleri etkiler. RA'da düşük kas kitlesi prevalans oranları %11 ila %49 arasında değişmektedir. Kas kitlesi kaybı, RA'lı bireylerde kas gücü kaybına neden olur. Bu durum; düşük kas kitlesi, düşük kas gücü ve düşük fiziksel performans ile karakterize sarkopeninin oluşumuna neden olur. RA'lı bireylerde vücut kompozisyonundaki değişim üzerinde çok durulmayan bir konu olsa da oldukça önemlidir. Çalışmamızın amacı RA'lı bireylerde sarkopeni sıklığını araştırmak ve RA'nın fonksiyonel yetersizlikler, hareketten kaçınma korkusu, psikososyal durumlar ve yaşam kalitesi üzerine etkisini sağlıklı bireylerle karşılaştırarak incelemektir.

Yöntem: Çalışmaya yaş ortalaması 54,88±7,55 yıl olan 25 RA'lı birey ve 53,92±7,66 yıl olan 25 sağlıklı birey dahil edildi. Demografik veriler kaydedildikten sonra sarkopeni sıklığı; Bio-İmpedans (BEA) cihazı ile yağsız kas kitlesi, 4 metre yürüme hızı testi ile fonksiyonel performans, el dinamometresi ile kavrama kuvveti ölçülerek değerlendirildi, ayrıca diz ekstansiyon (quadriceps kas gücü) kuvveti de manuel kas ölçüm cihazı ile ölçüldü. Tüm bireylerin fonksiyonel durumları Sağlık Değerlendirme Anketi (SDA) ile, korku-kaçınma davranışları Tampa Kinezyofobi ölçeği (TKÖ), biyopsikososyal durumları Bilişsel Egzersiz Terapi Yaklaşımı ölçeği (BETY-BÖ) ve yaşam kaliteleri Kısa-Form 36 (KF-36) ile incelendi.

Bulgular: Çalışmamızda RA'lı bireylerin sarkopeni sıklığının %28 olduğu bulundu. RA'lı ve sağlıklı bireyler vücut kompozisyonu, fiziksel performans ve kas kuvveti açısından karşılaştırıldığında; iskelet kası kitlesi (p=0,004), iskelet kası kitlesi indeksi (p=0,011), yürüme hızı (p=0,000), sağ el (p=0,000) ve sol el kavrama kuvveti (p=0,000), sağ diz (p=0,001) ve sol diz ekstansiyon kuvveti (p=0,000) açısından sonuçların sağlıklı grup lehine anlamlı olduğu görüldü. RA'lı ve sağlıklı bireyler korku kaçınma davranışı, yaşam kalitesi, psikososyal etkilenim ve fonksiyonellik açısından karşılaştırıldığında sağlıklı grup lehine fark anlamlı idi (p<0,05).

Sonuç: Çalışmamızda RA'lı bireylerde sarkopeni sıklığının yüksek olduğu, RA'lı bireylerin sağlıklı bireylere göre fonksiyonel düzeylerinin, psikososyal durumlarının ve yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu ve daha fazla korku kaçınma davranışına sahip oldukları sonucuna ulaşıldı.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, sarkopeni, kas kitlesi, kas kuvveti

Sistemik skleroz hastalarında Fosfodiesteraz-5 inhibitörü ve endotelin reseptör antagonisti kullanımının mikrovasküler komplikasyonlar, solunumsal parametreler ve pulmoner arter basıncına etkisi

Yağmur Karaman¹, Funda Erbasan², Deniz Özel², Veli Yazısız², Bengisu Ünlü³, Mustafa Ender Terzioğlu²

¹Bandırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Balıkesir

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

³Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Antalya

Amaç: Bu çalışmanın amacı, SSk hastalarında bosentan, sildenafil ve bu ilaçların kombinasyon tedavisinin RF, dijital ülser atak sayısı, solunumsal parametreler (FVC ve DLCO) ve PAB'ye olan etkisini retrospektif olarak araştırmaktır.

Yöntem: Yüz üç SSk tanılı hasta retrospektif olarak değerlendirildi ve aldıkları tedaviye göre sadece bosentan kullananlar (grup 1), sadece sildenafil kullananlar (grup 2), her iki tedaviyi de alanlar (grup 3) ve her iki tedaviyi de almayanlar (grup 4) olarak dört gruba ayrıldı. Gruplar demografik ve temel klinik özellikler açısından benzerdi. RCS ilk üç grupta tedavi başlanmadan önce, başlandıktan sonra 6. ve 12. ayda değerlendirildi. Dijital ülser atak sayısı ilk üç grupta tedavi öncesinde ve sonrasında değerlendirildi. Solunumsal parametreler ve PAB değeri için, herhangi bir tedavi alan hastalarda tedavi öncesi ve tedavi sonrası 1. yıldaki değerler kullanılırken, tedavi almayan gruptaki hastaların tanı anı ve son kontroldeki değerleri kullanıldı.

Bulgular: Grup 1, 2 ve 3'teki hastalarda RCS'de başlangıç, 6. ay ve 12. ay arasında düzelme görüldü. Grup 1 ve grup 3'teki iyileşme istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, grup 2'deki iyileşme istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p değerleri sırası ile; 0,005, 0,004, 0,066). Grup 1, 2 ve 3'teki hastalarda dijital ülser atak sayısında azalma görüldü ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p değerleri sırası ile; 0,334, 0,588, 0,172). Grup 1'deki hastaların PAB değerinde tedavi öncesi ve sonrası

istatistiksel anlamlı değişim görülmedi, PAB değerinin sabit seyrettiği görüldü (p=0,254). Grup 2 ve 3'teki hastalarda PAB değerinde tedavi sonrasında düşüş görüldü ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p değerleri sırası ile; 0,892 ve 0,16). Grup 4'teki hastalarda PAB değerinde artış görüldü ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,017). Grup 1 ve 2'deki hastalarda FVC değerinde artış görüldü ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p değeri sırası ile; 0,125 ve 0,157). Grup 3 ve grup 4'teki hastalarda FVC değerinde düşüş görüldü ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p değeri sırası ile; 0,051 ve 0,465). Tüm gruplarda DLCO değerinde düşüş görülürken grup 1 ve 2'deki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p değeri sırası ile; 0,173 ve 0,23). Grup 3 ve 4'teki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p değeri sırası ile; 0,027 ve 0,00).

Sonuç: Çalışmamız sonucunda grup 1 ve 3'teki hastalarda tedavi sonrası RCS'de anlamlı iyileşme görüldü. Grup 1, 2 ve 3'teki hastaların hepsinde dijital ülser atak sayısında azalma görülürken, bu düşüş istatistiksel olarak anlamlı değildi. Çalışmamızda monoterapi olarak sildenafil veya bosentan sildenafil kombinasyon tedavisi kullanan gruplarda PAB değerinde düşüş görülmüştür fakat bu düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Çalışmamızda tüm gruplarda DLCO'nun zaman içinde düştüğü görülmüştür, bu düşüş grup 3 ve 4'teki hastalarda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Tedavi alan gruplarda FVC değeri ya artmış ya da sabit kalmış olup, tedavi almayan grupta FVC'de düşüş görülmüştür. Bu değişimler istatistiksel anlamlı bulunmasa da tedavi alan grupta progresyonun olmaması klinik olarak anlamlı olabilir. Sonuç olarak RF, dijital ülser ve PAB üzerinde benzer olumlu etkileri görüldüğünden bosentan ve sildenafilin tekli veya kombinasyon tedavileri, SSk başlangıç ve komplikasyon tedavisinde iyi bir seçenek olarak düşünülebilir. Sistemik skleroz (SSk), vasküler disfonksiyon sonucunda derinin ve iç organların fibrozisi ile karakterize, klinik belirtileri heterojen olan kronik ve ilerleyici, önemli morbidite ve mortalite sebebi olan nadir görülen multisistemik bir bağ doku hastalığıdır.

Anahtar Kelimeler: Bosentan, dijital ülser, pulmoner arteriel hipertansiyon, interstisyel akciğer hastalığı, sildenafil, sistemik skleroz, raynaud

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik tanımlayıcı istatistikleri

| | | n | % | | | n | % |
|---------------|-----------------------------|----|--------|--------------|---------------------|----|--------|
| Cinsiyet | Kadın | 95 | 92,20% | Öksürük | Öksürük Yok | 83 | 80,60% |
| | Erkek | 8 | 7,80% | | Öksürük Var | 20 | 19,40% |
| Hipertansiyon | Hipertansiyon Yok | 70 | 68,00% | NefesDarlığı | Nefes Darlığı Yok | 61 | 59,20% |
| | Hipertansiyon Var | 33 | 32,00% | | Nefes Darlığı Var | 42 | 40,80% |
| Diyabet | Diyabet Yok | 91 | 88,30% | Osteoporoz | Osteoporoz Yok | 89 | 86,40% |
| | Diyabet Var | 12 | 11,70% | | Osteoporoz Var | 14 | 13,60% |
| KAH | Koroner Arter Hastalığı Yok | 99 | 96,10% | Sjogren | Sjögren Yok | 96 | 93,20% |
| | Koroner Arter Hastalığı Var | 4 | 3,90% | | Sjögren Var | 7 | 6,80% |
| Malignite | Malignite Yok | 99 | 96,10% | Ral | Ral Yok | 71 | 68,90% |
| | Malignite Var | 4 | 3,90% | | Ral Var | 32 | 31,10% |
| Sigara | Sigara Kullanmamış | 88 | 85,40% | İlkFVC | İlk FVC<70 olanlar | 26 | 26,30% |
| | Sigara Kullanmış | 15 | 14,60% | | İlk FVC≥70 olanlar | 73 | 73,70% |
| Raynaud | Raynaud Yok | 13 | 12,60% | SonFVC | Son FVC<70 olanlar | 28 | 28,60% |
| | Raynaud Var | 90 | 87,40% | | Son FVC≥70 olanlar | 70 | 71,40% |
| DijitalUlser | Öyküsü Yok | 70 | 68,00% | İlkDLCO | İlk DLCO<60 olanlar | 23 | 28,00% |
| | Dijital Ülser Öyküsü Var | 33 | 32,00% | | İlk DLCO≥60 olanlar | 59 | 72,00% |
| GİSTutulumu | GİS Tutulumu Yok | 76 | 73,80% | SonDLCO | Son DLCO<60 olanlar | 40 | 46,50% |
| | GİS Tutulumu Var | 27 | 26,20% | | Son DLCO≥60 olanlar | 46 | 53,50% |
| İlkPulmonerHT | Pulmoner HT Yok | 43 | 49,40% | Anemi | Anemi Var | 38 | 37,30% |
| | PulmonerHT Var | 44 | 50,60% | | Anemi Yok | 64 | 62,70% |
| SonPulmonerHT | PulmonerHT Yok | 34 | 38,20% | İAH | İAH Yok | 41 | 39,8% |
| | PulmonerHT Var | 55 | 61,80% | | İAH Var | 62 | 60,2% |

Tablo 2. İlaç tipine göre grupların dağılımı

| İlaç tipi | n | % |
|------------|-----|-------|
| Hiçbiri | 66 | 64,1% |
| Bosentan | 19 | 18,4% |
| Sildenafil | 9 | 8,7% |
| Her İkisi | 9 | 8,7% |
| Toplam | 103 | 100% |

Tablo 3. Grup 3'teki hastaların RCS değerlerinin tedavi öncesi ve tedavi sonrası 6. ay ve 12. ay ölçümleri arasındaki farklılıklarına ait analiz sonuçları

| Raynaud | N | Ortc. | Ortalama | χ^2 | p |
|---------|---|-------|----------|----------|--------|
| RCS0 | 6 | 6,5 | 3 | 11,143 | *0,004 |
| RCS6 | 6 | 4,5 | 1,75 | | |
| RCS12 | 6 | 2,5 | 1,25 | | |

*p<.05

Sistemik skleroz hastalarında SARS-COV-2 enfeksiyonun klinik özellikleri ve hastalık seyri

Ashlan Avanoğlu Güler¹, İbrahim Vasi¹, Büşra Özçimen², Mesude Seda Aydoğdu³, Alper Sarı⁴, Aliyeva Numune⁵, Nazife Tüzün⁶, Seda Çolak⁷, Hazan Karadeniz¹, Hamit Küçük¹, Yasemin Yalçınkaya⁵, Abdülşamet Erden¹, Mehmet Kayaalp⁸, Mehmet Akif Öztürk¹, Berna Göker¹, Ahmet Omma⁹, Orhan Küçükşahin¹⁰, Sedat Yılmaz⁷, Süleyman Serdar Koca³, Murat İnanç⁵, Ali Akdoğan¹¹, Abdurrahman Tufan¹

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

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

³Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ

⁴Etilik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

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

⁶Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

⁷Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

⁸Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

⁹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

¹⁰Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

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

Amaç: Sistemik skleroz (SSc) hastalarında koronavirüs hastalığı 2019'un (COVID-19) klinik belirtilerini ve hastalık seyrini belirlemek ve SSc'nin klinik özelliklerinin hastalık seyrine etkisini araştırmaktır.

Yöntem: Araştırma çok merkezli, retrospektif-gözlemsel bir çalışmadır. SSc tanısı olan ve COVID-19 tanısı SARS-CoV-2 RT-PCR ile doğrulanan veya tipik radyolojik akciğer bulgularıyla birlikte düşündürücü semptomları olan hastalar dahil edilmiştir. SSc'nin klinik özellikleri ve ayrıntılı COVID-19 verileri tıbbi kayıtlardan ve hasta görüşmelerinden sağlanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 112 hasta SSc hastası dahil edildi. Hastaların (%90, 2 kadın) yaş ortalaması 51,4±12,8 yıldı. SSc-ilişkili interstisyel akciğer hastalığı (İAH) hastaların %57,1'inde mevcuttu. Hastaların SSc için en sık kullandığı tedaviler düşük dozda glukokortikoidler ve mikofenolattı. SSc hastalarında COVID-19 nedeni ile %25,5'inde hastaneye yatış, %16,3'ünün solunum desteği, %3,6'sında yoğun bakıma yatış, %2,7'sinde uzunmaş-COVID ve mortalite oranı %2,7'idi. Hastaneye yatış için klinik özellikler değerlendirildiğinde, hastaneye yatış ihtiyacı olan hastalarda İAH ve en az 1 komorbiditesi olması anlamlı olarak daha sıkı (sırayla; %82,1 vs. %49,4 p=0,005; %67,9 vs. %42,7 p=0,037). Tek değişkenli analizde, solunum yetmezliği için risk faktörleri İAH (OO: 7,49, %95 GA: 1,63-34,46, p=0,01), ≥1 komorbidite (OO: 4,55, %95 GA: 1,39-14,88, p=0,01), enfeksiyon öncesi son değerlendirmede yüksek global doktor skoru (OO: 2,73, %95 GA: 1,22-6,10, p=0,01) ve enfeksiyon anında mikofenolat

kullanımıdır (OO: 5,16, %95 GA: 1,79-14,99, p=0,003). Çok değişkenli analizde, solunum desteği ihtiyacının tek belirleyicisi ≥1 komorbiditeye sahip olmak (OO: 5,78, %95 GA: 1,14-29,23, p=0,03). COVID-19 sonrası erken dönemde hastaların %17'sinde Raynaud fenomeninin ilerlediğini bildirdi ve hastaların %10,6'sında yeni dijital ülserler gelişti. Hastaların %28,3 dispne ve %11,4'ünde öksürüğün ilerlediği veya yeni başladığı tespit edildi.

Sonuç: SSc-ilişkili İAH, şiddetli hastalık aktivitesi ve mikofenolat kullanımı COVID-19'un olumsuz sonuçlarıyla ilişkili olabilir ve COVID-19'da SSc hastalarının en az bir komorbiditeye sahip olması solunum desteği için bağımsız bir risk faktörüdür.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, klinik özellikler, sistemik skleroz, solunum desteği

PS-135

Romatizmal hastalığı olan kişilerde anti-TNF tedavisi öncesi gizli tüberküloz taraması için kullanılan tüberkülin deri testi ile interferon gama salınım testinin karşılaştırılması

Ebru Yılmaz

Bezmalem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Son zamanlarda romatizmal hastalıkların patogenezinin daha iyi açıklanması ile birlikte daha etkin tedavi seçenekleri ortaya çıkmıştır. Biyolojik ajanlar, hastalık semptomlarını azaltarak, fonksiyonel iyileşmeyi sağlayarak ve radyolojik hasarları önleyerek kronik romatizmal hastalığı olan kişilerde önemli bir tedavi yöntemi haline gelmiştir. Bu ajanlar iyi tanımlanmış tedavi edici özelliklerine rağmen, enfeksiyon sıklığında artışa neden olabilmektedirler. Bu ajanların en olumsuz etkilerinden biri daha önce tüberküloz (Tbc) basiline maruz kalan hastalarda latent Tbc enfeksiyonunun reaktivasyon riskinin artmasıdır. Tümör nekrozis faktör-alfa (TNF-α) sitokini *Mycobacterium tuberculosis* gibi hücre içinde yerleşim gösteren bakterilerin öldürülmesi ve yayılmasını kısıtlayan gralünom oluşmasında önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle, TNF-α bloke edici ajanlar Tbc riskini artırmaktadır. Ayrıca, TNF-α bloke edici ajanların yanında diğer immünosupresif tedavilerin (metotreksat, leflunomid, steroid) birlikte kullanıldığı durumlarda tek başına kullanıma göre risk yükselmektedir. Bu nedenle, özellikle TNF-α inhibitörleri dahil olmak üzere biyolojik ajanların başlanılmasından önce gizli (latent) tüberküloz enfeksiyonunun (LTBE) taraması ve gerekli durumlarda tedavi edilmesi önerilmektedir. LTBE tanısı için altın standart bir test olmamasına rağmen günlük pratik uygulamalarda tüberkülin deri testi (TDT) ve interferon-gama salınım testi (İGST) yaygın olarak kullanılmaktadır. TDT, hem LTBE'nin hem de aktif Tbc'nin teşhisinde uzun süredir dünya çapında bir kılavuz olarak kullanılmaktadır. TDT'nin düşük maliyetli olması, uygulama için laboratuvar ortamı gerektirmemesi gibi birtakım avantajları olmasına rağmen BCG aşısı ile çapraz reaksiyon göstermesi, testin değerlendirilmesi için ikinci kez ziyaret gerektirmesi, 48-72 saat süresinde testin sonuçlanması, testin uygulanmasında ve değerlendirilmesinde kişiye bağımlı olması, pekiştirici (booster) etkisi nedeniyle tekrarlanan TDT testinin yanlış pozitifliğe yol

açabilmesi ve bağışıklığı baskılanmış hastalarda zayıf duyarlılığa sahip olması gibi dezavantajları da vardır. Bu nedenle, TDT'nin bazı sınırlamalarının üstesinden gelmek için son zamanlarda İGST geliştirilmiştir. Ayrıca, BCG aşısının rutin uygulandığı ve buna bağlı yanlış TDT pozitifliğinin yüksek olduğu ülkelerde İGST'nin TDT'ye kıyasla daha doğru sonuç verebileceği önerilmektedir. Daha önceden yapılan çalışmalarda bu iki test arasındaki uyumun düşük olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı, romatoid artrit (RA), ankilozan spondilit (AS) ve psöriatrik artrit (PsA) gibi farklı romatizmal hastalıklara sahip olan kişilerde anti-TNF tedavisi öncesi gizli tüberküloz taraması için kullanılan bu iki farklı testi karşılaştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya, anti-TNF- α tedavisi alan 55 RA, 91 AS ve 42 PsA tanısı olan toplamda 188 hasta dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi (VKİ), sigara kullanımı ve tanı süreleri gibi demografik verileri toplandı. Ayrıca anti-TNF- α tedavisine başlamadan önce bakılan TDT (mm olarak) ve İGST (negatif, pozitif, belirsiz) sonuçları ile LTBE açısından profilaksi tedavisi alma durumları ve kullanılan ilaç tedavileri kaydedildi. TDT sonuçlarında 5 mm ve üzeri değerler pozitif, 5 mm altı negatif olarak kabul edildi. İGST için QuantiFERON-TB gold testi kullanıldı. Olası LTBE riski açısından profilaktik antibiyotik tedavi başlanması İGST sonuçlarının pozitif ve belirsiz olarak gelmesi durumu ile karar verildi.

Bulgular: Gruplar arasında TDT değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu. Ayrıca gruplar arasında TDT ve İGST dağılımları ile profilaktik antibiyotik kullanım oranları benzerdi. PsA grubunda TDT 20 (%47,6) hastada pozitif, 22 (%52,4) hastada negatif olarak saptandı. TDT ile pozitif saptanan 20 hasta İGST ile 1 (%2,4) hasta belirsiz, 7 (%16,7) hasta pozitif ve 34 (%81) hasta negatif olarak tespit edildi. Her iki testin PsA hastalarında kappa değeri 0,385 tespit edildi ve zayıf uyumlu olarak değerlendirildi ($p=0,002$). RA grubunda TDT 25 (%45,5) hastada pozitif, 30 (%54,5) hastada negatif olarak saptandı. TDT ile pozitif saptanan 25 hasta İGST ile 0 (%0,0) hasta belirsiz, 10 (%18,2) hasta pozitif ve 45 (%81,8) hasta negatif olarak tespit edildi. Her iki testin RA hastalarında kappa değeri 0,344 tespit edildi ve zayıf uyumlu olarak değerlendirildi ($p=0,003$). AS grubunda ise TDT 50 (%54,9) hastada pozitif ve 41 (%45,1) hastada negatif olarak hesaplandı. TDT ile pozitif olarak tespit edilen 50 hasta İGST ile 3 (%3,3) hasta belirsiz, 29 (%31,9) hasta pozitif ve 59 (%64,8) hasta negatif olarak değerlendirildi. Her iki testin AS hastalarında kappa değeri 0,600 tespit edildi ve orta uyumlu olarak değerlendirildi ($p<0,001$).

Sonuç: Diğer çalışmalarda olduğu gibi, bu çalışmada da iki test arasındaki uyum RA ve PsA hastaları için zayıf, AS hastaları için orta derecedeydi. Bu nedenle, biyolojik ajan başlanılacak romatizmal hastalığı olan kişilerde hem olası Tbc aktivasyonunu hem de hastaların fazladan ilaç kullanımı ve buna bağlı gelişebilecek yan etkileri önlemek için TDT yanı sıra İGST'de göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca BCG aşısının yapıldığı bizim gibi ülkelerde yanlış TDT pozitifliği dikkate alındığında gereksiz profilaksi kullanımını önlemek için de İGST tercih edilebilir. LTBE taranması ve gerekli görüldüğünde profilaktik tedavilerin uygulanması biyolojik tedavilerin güvenliğini artıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Anti-TNF- α tedavisi, romatizmal hastalık, tüberküloz tarama testleri

PS-136

Sistemik skleroz hastalarında PARK-7 ekspresyonunun klinik parametrelerle korelasyonunun değerlendirilmesi

Emine Öztürk, Dilara Bulut Gökten, Rıdvan Mercan

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ

Amaç: Sistemik skleroz (SSk) etiopatogenezi tam açıklanamayan vaskülopati ve fibrozis ile karakterize multisistemik, kronik ve progresif morbidite ve mortalitede artışa sebep olan otoimmün bir bağ doku hastalığıdır. Parkinson ilişkili protein-7 (PARK-7) oksidatif strese yanıtta, antioksidan, anti-apoptotik ve anti-enflamatuvar yolları regüle etmektedir. PARK-7 eksikliğinde yüksek seviyelerde reaktif oksijen türleri ROS oluşmaktadır. Başlangıçta onkoprotein olarak gösterilse de çalışmalarda Parkinson, DM, böbrek yetmezliği gibi hastalıkların patogenezi, sepsis ve ateroskleroz gibi immün ve enflamatuvar bozukluklarda da rolü olduğu gösterilmiştir. Son on yılda, birçok rapor PARK-7 ve onu hedefleyen moleküllerin çeşitli nörodejeneratif bozuklukların tedavisinde terapötik potansiyelini göstermiştir. SSK'nin patogenezi, rol oynayan fibroblastlar, endotelial hücreler ve T-hücreleri tarafından artan ROS üretimi sonucunda oluşan oksidatif stresin hastalığın ana olayları ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Literatürde SSK hastalarının serum PARK-7 düzeyi ile ilgili çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızda SSK hastalarında, ROS üretimini azaltarak antioksidatif etki gösteren PARK-7 nin rolü incelenmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya romatoloji polikliniğine 06.2022-12.2022 tarihleri içerisinde başvurmuş, 18 yaş üstü SSK tanısı olan 50 hasta (%54 limitli, %20 diffüz, %6 overlap), kontrol grubuna sistemik, malignite ve otoimmün hastalığı olmayan, 30 sağlıklı birey dahil edildi. Hastalık aktivitesi EScSG ve UK fonksiyonel aktivite skorlaması ile kaydedildi (aktif hastalık: 3 ve üzeri). İAH HRCT'de tipik görünüm varlığı, PAH ise ortalama PAB'nin 25 mmHg üzerinde olması ile tanımlandı. Çalışmaya katılan hastaların venöz kan örneklerinden biyokimyasal tetkikleri, otoantikörleri ve PARK-7 düzeyleri ölçüldü.

Bulgular: Hasta grubunda PARK-7 düzeyi $21,26\pm 15,83$ kontrol grubunda ise $16,11\pm 11,83$ idi. SSK grubunda PARK-7 düzeyi kontrol grubu ile karşılaştırıldığında daha yüksek bulundu ancak bu istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,220$). Hasta sınıflamasına göre PARK-7 düzeyi; limitli formda $21,35\pm 18,36$, diffüz formda $23,18\pm 13,83$, overlap hasta grubunda ise $15,20\pm 6,18$ bulunmuştur. PARK-7 düzeyi ile kontrol grubu ve hastalık formları arasında istatistiksel olarak anlamlı veri elde edilmemiştir ($p>0,05$). Sigara içen grupta ortalama $18,31\pm 12,03$ içmeyen grupta $22,16\pm 16,91$ idi ($p=0,286$). Hastaların aldığı tedaviler ve PARK-7 düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde MMF, kortikosteroid ve PPI kullanımı ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (sırasıyla; $p=0,037$, $0,057$, $0,056$) (Tablo 1). PARK-7 ve SSK'de pozitiflik sıklığı yüksek olan antikörlerin korelasyonu değerlendirildiğinde anlamlı sonuç bulunmadı (ANA $p=0,211$, anti-TP-1 $p=0,780$, ACA $p=0,171$). EScSG skorlamasına göre hastalık aktif kabul edilen grupta PARK-7 düzeyi $25,69\pm 18,10$ iken inaktif grupta $16,00\pm 10,91$ bulunmuştur ($p=0,019$). PAB artışı olan hastalarda, HRCT'de bulgu varlığı ve diğer sistemik tutulumlarla,

sedim ve CRP düzeyi ile PARK-7 düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

Sonuç: Çalışmamızın kesitsel nitelikte olması, hastaların çalışma esnasında ve öncesinde çeşitli tedavi rejimleri almaları PARK-7 düzeyini muhtemel etkilediği için SSK tedavisinde PARK-7'nin kullanılıp kullanılmayacağı net aydınlatılamamıştır. Erken dönem ya da yeni tanı hastalarda PARK-7 düzeyinin bakılması ve sonrasında bu hastaların klinik bulgularının tedavili ve tedavisiz randomize edilerek prospektif takibi yapılması şeklindeki bir araştırmanın PARK-7'nin, SSK'de rolünün tam anlaşılması ve tedavide kullanılabilirliği hakkında katkıda bulunabileceği kanısındayız. Bu şekilde bir çalışmanın hastalığın insidansı göz önüne alındığında çok merkezli olması daha uygun görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, skleroderma, PARK-7

PS-137

Romatoid artrit otoenflamatuvar bulguların sıklığı ve tedavi yanıtına etkisi

İrem Kılavuz¹, Elif Er Gülbezer², Nilüfer Alpay Kanitez²

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

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

Amaç: Romatoid artrit (RA), temel olarak otoimmün bir hastalıktır ancak ateş, serözit atakları, tekrarlayan artrit gibi otoenflamatuvar (Oİ) klinik özellikler gösterebilir. Bu çalışmanın amacı, RA'da Oİ özelliklerin sıklığının ve standart tedavilere potansiyel etkisinin belirlenmesidir.

Yöntem: Çalışmamıza Koç Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü'nde Temmuz 2018-Temmuz 2021 arasında uzman görüşü ile RA tanısı koyulan ve en az altı ay süreyle medikal tedavi almakta olan 311 hasta dahil edildi. Hastalar Oİ özellikleri olan (ateş, kırmızı artrit, ataklı artrit, serözit) ve olmayan olarak iki gruba ayrıldı. Demografik, klinik ve laboratuvar bulguları, medikal tedavilere cevap durumları karşılaştırıldı.

Bulgular: Medyan yaşı 60 (IQR: 49-70) ve hastalık süresi 3 (IQR: 3-12) yıl olan 246'sı (%79) kadın ve 65'i (%21) erkek hasta değerlendirildi. Hastaların 215'i (%69) ACR kriterlerini karşılıyordu. Yirmi dört (%8) hastanın en az bir Oİ özelliği vardı. Oİ özellikler sıklık sırasıyla ataklı artrit (%71), kırmızı artrit (%25), ateş (%13) ve serözit (%13). Oİ özelliği olan grupta lökositoz ve trombositoz sıklığı Oİ olmayan gruba oranla istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksekti (p=0,013 ve p=0,002). ANA, RF ve anti-CCP pozitifliği ve ürik asit düzeyi bakımından fark saptanmadı. Anakinra sadece Oİ grupta dört hastada kullanılmıştı ve etkiliydi. Kolşisin kullanım sıklığı Oİ grupta anlamlı olarak fazlaydı (p<0,001). Diğer antiromatizmal tedaviler bakımından bir fark saptanmadı. Metotreksat (MTX) ve TNF (tümör nekroz faktör) inhibitörüne yanıt yetersizliği iki grupta benzerdi (p=0,572 ve p=1).

Sonuç: Bu çalışma, bir RA kohortunda Oİ özellikleri arayan ilk çalışmadır. Literatürde, Savic ve ark.'nın bildirdiği beş farklı RA hastasında Oİ klinik özellikler bizim kohortumuzda da benzer olarak ataklı ve kırmızı artrit. Oİ klinik özelliği olan RA

hastalarımızda lökositoz ve trombositoz sıklığı anlamlı olabilir. Örneğin; Oİ bir hastalık olan Ailevi Akdeniz ateşi (AAA) ataklarının önemli bir kısmında lökositoz ve trombositoz tespit edilir. Anakinra ile elde ettiğimiz tedavi yanıtına baktığımızda, özellikle MTX ve TNF inhibitörlerine yetersiz yanıt alınan Oİ özellikleri tespit edilen RA hastalarında anakinranın iyi bir tedavi seçeneği olduğu görülmektedir. Sonuç olarak otoimmün bir hastalık olan RA'da bir grup hastada Oİ klinik özellikler görülmektedir. Bu durumun sebebi MEFV ya da diğer ateşli romatizmal hastalık genleri olabilir. Böyle hastalarda en azından standart tedaviler yetersiz olduğunda kolşisin ve IL-1 hedefli ilaçlar daha erken dönemde düşünülebilir. Erken tanı ve etkin tedavi tavsiyeleri için daha fazla sayıda hasta ile prospektif tasarlanmış ilgili genetik testlerin de dahil edileceği çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, otoenflamasyon, otoimmünite, kolşisin, anakinra

PS-138

Odontoid proste rezorpsiyon ve pannus dokusu romatoid artrit hastalarında atlanto-aksiyal sublüksasyon ile ilişkilidir

Fatma Yalçınkaya¹, Şafak Parlak², Aynur Azizova², Emre Bilgin³, Kader Karlı Oğuz², 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: Odontoid proses, romatoid artrit (RA) bağlı kranioservikal bölge tutulumlarında etkilenen önemli anatomik bölgelerden bir tanesidir. Bu çalışmada, odontoid proses tutulumu olan RA hastalarının klinik ve radyolojik özelliklerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu retrospektif analizde, RA (M05, M06) için ICD-10 kodu olan ve 2010-2020 yılları arasında herhangi bir nedenle servikal bilgisayarlı tomografi (BT) ve/veya manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yapılan hastaların kayıtları hastane veri tabanından tarandı. RA tanısı deneyimli bir klinisyen tarafından tıbbi öykü, laboratuvar ve tedavi öyküsü ile doğrulandı. Dahil edilen hastaların demografik verileri kaydedildi. Kranioservikal tutulumlar [anterior, posterior, lateral ve rotasyonel atlanto-aksiyal sublüksasyon (AAS); vertikal sublüksasyon; subaksiyel sublüksasyon; odontoid proses tutulumu (rezorpsiyon veya pannus), atlanto-aksiyal ve atlanto-oksipital tutulum] deneyimli bir radyolog tarafından BT veya MRG'den hangisi uyguna değerlendirildi. Hastaların klinik ve radyolojik özellikleri odontoid tutulum olup olmamasına göre karşılaştırıldı. P<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: RA'da odontoid proses tutulumu; çalışmaya toplam 204 RA hastası dahil edildi. Altmış dokuz (%33,8) hastada odontoid proste tutulum vardı. Odontoid proses tutulumu olan hastaların erkek olma olasılığı (%30,4'e %12,6; p=0,002) daha yüksek, daha ileri yaşta RA tanısı almış, RF veya CCP pozitifliği daha sık, atlanto-aksiyal eklem ve AAS daha siktir (Tablo 1). Tanı yaşına

göre düzeltilmiş çok değişkenli modelde erkek cinsiyet [aOR: 2,6 (1,2-5,9), p=0,018] ve seropozitiflik [aOR: 2,1 (0,9-5,0), p=0,07] odontoid tutulum ile ilişkili bulunmuştur. RA'da odontoid tutulum şekli; odontoid proses rezorpsiyonu 62/69 (%89,8), odontoid pannusu 37/69 (%53,6) hastada saptandı. Odontoid rezorpsiyon olan 62 hastanın 30'unda (%48,4) eşlik eden odontoid pannus da tespit edilmiştir. Rezorpsiyona pannusun eşlik eden ve etmeyen hastalar karşılaştırıldığında, pannus olan hastalarda AAS (%26,7'ye %3,1; p=0,01), vertikal sublüksasyon (%20,0'ye %3,1; p=0,05) ve atlanto-aksiyal eklem tutulumu (%35,7'ye %13,3; p=0,05) daha sık saptanmıştır.

Tartışma: RA hastalarında atlanto-aksiyal sublüksasyon (AAS)

en iyi bilinen tutulum şeklidir, asıl olarak odontoid prosesin tutulumu ile ilişkilidir. Bizim çalışmamızda da RA hastalarında kraniyoservikal bileşkede en önemli tutulan alan odontoid prostestir. Özellikle erkek, seropozitif hastalarda bu tutulum en belirgindir. Odontoid proste en baskın bulgu rezorpsiyondur. Ancak odontoid rezorpsiyon olan hastada AAS gelişmesi için rezorpsiyonun yanı sıra MR'de pannus dokusu da görülmelidir. Bu nedenle odontoid rezorpsiyon ve pannus dokusu gelişmiş hastaların çok daha yakın takip edilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, odontoid proses

Tablo 1. Odontoid proses tutulumu olan ve olmayan hastaların demografik özellikler ve kraniyoservikal bileşke tutulumlarının karşılaştırılması

| | Odontoid tutulum olan (n=69, %33,8) | Odontoid tutulum olmayan (n=135, %66,2) | p |
|--|-------------------------------------|---|--------------|
| Erkek, n (%) | 21 (30,4) | 17 (12,6) | 0,002 |
| Tanı yaşı (medyan, Ç1-Ç3) | 54 (44-62) | 49 (40-59) | 0,04 |
| Görüntüleme anında hastalık süresi (medyan, Ç1-Ç3) | 5 (1-15) | 5 (1-13) | 0,69 |
| <i>Görüntüleme sebebi, n (%)</i> | | | 0,17 |
| Tutulum şüphesi | 15 (21,7) | 15 (11,1) | |
| Baş veya boyun ağrısı | 17 (24,6) | 44 (32,6) | |
| Diskopati/radikülopati | 25 (36,2) | 43 (31,9) | |
| Travma | 3 (4,3) | 14 (10,4) | |
| Diğer/bilinmeyen | 9 (13,0) | 16 (14,1) | |
| Sigara | | | 0,23 |
| Hiç içmemiş | 19 (46,3) | 43 (58,1) | |
| Aktif içici veya bırakmış | 22 (53,7) | 31 (41,9) | |
| RF veya CCP pozitifliği | 52 (85,2) | 82 (73,2) | 0,07 |
| Komorbidite varlığı | 69 (100) | 129 (95,6) | 0,10 |
| Atlantoaksial sublüksasyon (AAS) | 10 (14,5) | 7 (5,2) | 0,02 |
| AAS'ye bağlı spinal kord basısı | 3 (4,3) | 2 (1,5) | 0,34 |
| Vertikal sublüksasyon (VS) | 8 (11,6) | 16 (11,9) | 0,96 |
| VS'ye bağlı beyin sapı basısı | 4 (5,8) | 2 (1,5) | 0,18 |
| Subaksiyel sublüksasyon (SAS) | 4 (5,8) | 8 (5,9) | 0,97 |
| SAS'a bağlı spinal kord basısı | 2 (2,9) | 1 (0,7) | 0,27 |
| Atlantoaksiyel eklem tutulumu | 15 (23,1) | 8 (6,6) | 0,001 |
| Atlantookspital eklem tutulumu | 4 (6,2) | 2 (1,6) | 0,19 |

Tablo 2. Odontoid rezorpsiyona olan hastalardan pannus olan ve olmayan hastaların demografik özellikler ve kraniyoservikal bileşke tutulumlarının karşılaştırılması

| | Odontoid erozyon + pannus + (n=30, %48,4) | Odontoid erozyon + pannus - (n=32, %51,6) | p |
|--|---|---|-------------|
| Erkek, n (%) | 10 (33,3) | 8 (25,0) | 0,47 |
| Tanı yaşı (medyan, Ç1-Ç3) | 44 (55-67) | 53 (40-60) | 0,20 |
| Görüntüleme anında hastalık süresi (medyan, Ç1-Ç3) | 4 (1-14) | 6 (2-20) | 0,42 |
| <i>Görüntüleme sebebi, n (%)</i> | | | 0,62 |
| Tutulum şüphesi | 8 (26,7) | 6 (18,8) | |
| Baş veya boyun ağrısı | 9 (30,0) | 7 (21,9) | |
| Diskopati/radikülopati | 10 (33,3) | 11 (34,4) | |
| Travma | 1 (3,3) | 2 (6,3) | |
| Diğer/bilinmeyen | 2 (6,7) | 6 (18,6) | |
| Sigara | | | 0,14 |
| Hiç içmemiş | 7 (36,8) | 11 (61,1) | |
| Aktif içici veya bırakmış | 12 (63,2) | 7 (38,9) | |
| RF veya CCP pozitifliği | 22 (81,5) | 26 (89,7) | 0,46 |
| Komorbidite varlığı | 30 (100) | 32 (100) | NA |
| Atlantoaksial sublüksasyon (AAS) | 8 (26,7) | 1 (3,1) | 0,01 |
| AAS'ye bağlı spinal kord basısı | 2 (6,7) | 0 | 0,23 |
| Vertikal sublüksasyon (VS) | 6 (20,0) | 1 (3,1) | 0,05 |
| VS'ye bağlı beyin sapı basısı | 3 (10,0) | 0 | 0,10 |
| Subaksiyel sublüksasyon (SAS) | 2 (6,7) | 1 (3,1) | 0,60 |
| SAS'a bağlı spinal kord basısı | 1 (3,3) | 0 | 0,48 |
| Atlantoaksiyel eklem tutulumu | 10 (35,7) | 4 (13,3) | 0,05 |
| Atlantookspital eklem tutulumu | 1 (3,6) | 0 | 0,47 |

Farklı semptomlar nedeniyle kraniyal MR istenen Sjögren sendromlu hastaların sonuçlarının retrospektif olarak değerlendirmesi

Mehtap Kalçık Unan¹, Mehmet Ali Durmuş², Seyyid Bilal Açıkgoz¹, Gamze Dilek³, Cansu Arslantürk Güneysu¹, Tamer Acat¹, Nilay Erdik¹, Sümeyye Merve Türk¹, Damla Karataş Kızıl⁴, Gökhan Yavuzbilge⁵, Abbas Karakurt⁶, Onur Taydaş², Emel Gönüllü¹

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

²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Sakarya

³Bolu İzzet Baysal Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Bolu

⁴Yalova Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Yalova

⁵Hatay Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Hatay

⁶Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sakarya

Amaç: Sjögren sendromu (SjS), ekzokrin bezlerini etkileyen, yapılarında hasara ve fonksiyonlarında bozulmaya yol açan otoimmün bir bağ dokusu hastalığıdır. Yaygın olarak tanımlanan periferik sinir sistemi tutulumunun ötesinde, spesifik bir sendrom tanımı olmaksızın, tüm primer SjS hastalarının %2,5 ile %60'ı arasında değişen merkezi sinir sistemi (MSS) belirtilerinin yüksek değişken prevalansı rapor edilmiştir. Bu çalışmada farklı semptomlar nedeniyle kraniyal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) istenen SjS hastalarının kraniyal MRG'lerinin retrospektif olarak değerlendirilmesi ve MSS tutulumunun varlığını belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: Sakarya Üniversitesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü'nde takipli primer ve sekonder SjS tanılı hastaların Şubat 2015 ile Mart 2023 yılları arasında herhangi bir nedenle hastanemizde çekilmiş olan kraniyal MRG'leri radyolog ile değerlendirildi. Çalışmaya kabul edilen hastaların sosyo-demografik ve klinik özellikleri kayıt edildi. Laboratuvar tetkiki olarak, tam kan sayımı, C-reaktif protein (CRP), sedimentasyon, kompleman seviyeleri (C3, C4), romatoid faktör (RF), antinükleer antikorlar (ANA), anti-Ro/SSA ve anti-La/SSB antikorları, Ro-52 antikoru ve minör tükrük bezi biyopsi sonuçları değerlendirildi. Kraniyal MRG değerlendirilmesinde T2/FLAIR sekanslarında derin beyaz cevherde ve korpus kalozumda yer alan hiperintensiteler pozitif bulgu olarak kabul edildi. Beyaz cevher tutulumları 2 mm altında ve üstünde olmak üzere sınıflandırıldı. Ayrıca demyelinizan plak açısından değerlendirildi.

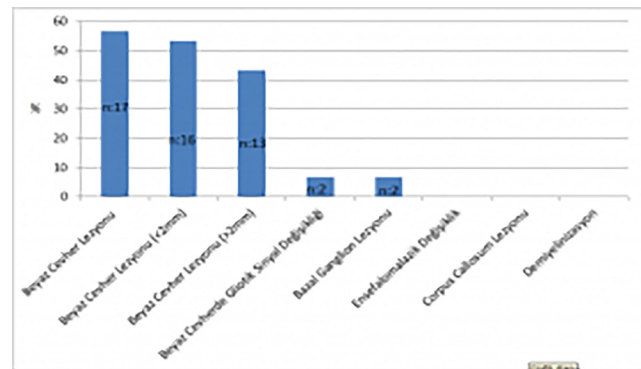
Bulgular: SjS tanılı 162 hasta retrospektif olarak değerlendirildi ve çalışmaya 30 hasta dahil edildi. Hastaların 28'i (%93,3) kadın, 2'si erkek (%6,7) ve ortalama yaş 57,5±8,9 yıl idi. Hastaların 24'ü (%80) primer SjS ve 6'sı (%20) sekonder SjS tanılıydı. Hastaların kraniyal MRG'sine yol açan klinik semptomlar arasında 15 hastada baş ağrısı, 2 hastada tremor, 3 hastada periferik nöropati, 1 hastada periferik fasiyal paralizi, 1 hastada unutkanlık, 1 hastanın başında ve kulaklarında uğultu, 1 hastada başında titreme ve istemsiz hareketler yer aldı. Altı hastanın ise görüntüleme nedeni bilinmiyordu. Yirmi iki hastanın görüntülenmesi nöroloji, 5 hastanın nöroşirurji ve 3 hasta romatoloji bölümleri tarafından yapılmıştı.

Hastaların kraniyal MRG çekilme tarihleri ile hastalık süresi arasındaki fark medyanı 4 (8,25) yıl idi. Kraniyal MRG'nin yapıldığı

tarihteki hasta yaşı değerlendirildiğinde; MRG lezyonunun saptandığı hasta yaşı (59,0±8,6) MRG lezyonunun saptanmadığı hasta yaşıyla (49,1±8,1) karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,004). Hastaların 17'sinde (%56,7) kraniyal MRG'de en az bir lezyon izlendi. En sık izlenen lezyon beyaz cevher lezyonu idi. Hastaların 16'sında 2 mm'den küçük beyaz cevher lezyonu ve 13'ünde 2 mm'den büyük beyaz cevher lezyonu vardı. Ayrıca MRG değerlendirilmesinde beyaz cevherde gliotik sinyal değişikliği ve bazal ganglion lezyonu saptandı. Lezyonların yüzdesel dağılımı Şekil 1'dedir. Beyaz cevher lezyonları 2 hastada (%11,8) izole, 15 hastada (%88,2) ise çoklu lezyon olarak izlendi. kraniyal MRG'da lezyonu olan hastaların ağız kuruluğu, göz kuruluğu, Raynaud fenomeni, deride purpura varlığı ile karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). Otuz hastanın 21'ine tükrük bezi biyopsisi yapılmış, bu hastaların %66,7'sinde (n=14) fokus izlenirken %33,3'ünde (n=7) fokus yoktu. Fokus saptanan hastaların MRG pozitif ve negatif olanlar arasında istatistiksel anlamlı fark izlenmedi (p>0,05) (Tablo 1). Kraniyal MRG'de lezyonu olan hastaların lökosit sayısı, trombosit sayısı, lenfosit sayısı, hematoloji tutulumu, CRP, sedimentasyon, düşük C3 kompleman düzeyi, RF pozitifliği, ANA, anti-SSA, anti-SSB ve Ro52 pozitifliği ile karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı fark izlenmedi (p>0,05) (Tablo 2). Verilerin analizinde SPSS 22.0 paket programı kullanıldı.

Sonuç: MSS tutulumu klinik tanıdan yıllar önce ortaya çıkabilir ve diğer nörolojik ve/veya sistemik hastalıkların eksik tahmin edilmesine yol açabilir. MSS tutulumu bilişsel bozukluklar, aseptik menenjit, epileptik nöbetler, kore, baş ağrısı, transvers miyelit, optik nörit, yaygın ensefalopati ve MSS'de multipl skleroz için tipik lezyonlar olarak gözlenmektedir. Primer SjS'deki yaygın kraniyal MRG anormallikleri, anormal gelişmiş tarama olmaksızın, ağırlıklı olarak periventriküller ve subkortikal beyaz madde etrafındaki ayrı hiperintens veya hipointens alanlardır. Ancak beyaz cevher lezyonları aynı zamanda serebellum, korpus kalozum ve bazal ganglionlarda da tanımlanmıştır. Çalışmamızda kraniyal MRG lezyonları beyaz cevher lezyonu şeklinde saptandı ve hastaların büyük kısmında çoklu lezyon tutulumu şeklinde görüldü. Çalışmamızda ayrıca kraniyal MRG'de lezyon varlığı yaş faktörü ile ilişkili olarak bulundu. Çalışmanın limitasyonu ise MRG çekildiği döneme ait olarak serebrovasküler risk faktörleri, hipertansiyon, hiperlipidemi ve diabetes mellitus gibi risk faktörlerinin ve kullandıkları ilaçlarının sorgulanamamış olmasıdır. Farklı semptomlar nedeniyle kraniyal MRG istenen SjS tanılı hastaların kraniyal MRG değerlendirmelerinde %56,7 tutulum saptandı. SjS hastalarının nörolojik tutulum açısından sorgulanması, nörolojik muayene ve MSS tutulumunun değerlendirilmesi için uygun görüntüleme yapılması göz ardı edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: Sjögren sendromu, kraniyal MRG, MSS tutulumu



Şekil 1.

Farklı MEFV genotiplerinin Ailesel Akdeniz ateşi olan hastaların klinik fenotipi üzerindeki etkisi: eklem tutulumuna özel vurgu

Esmâ Aslan, Ümit Gül, Elif Kılıç Könte, Aybüke Günalp, Fatih Haşlak, Mehmet Yıldız, Amra Adrovic, Sezgin Şahin, Kenan Barut, Özgür Kasapoğlu

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatolojisi Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Ailesel Akdeniz ateşi (AAA) ülkemizde en yaygın görülen monojenik kalıtmı otoenflamatuvar hastalıktır. Sıklıkla tekrarlayan ateş ve kendi kendini sınırlayan poliserozit atakları ile karakterizedir. Eklem tutulumu da, AAA'nın sık görülen, önemli belirtilerinden biridir. Ataklar çoğunlukla alt ekstremitelerin büyük eklemlerinin tutulduğu geçici bir monoartrit tablosu şeklindedir. Tekrarlayan ataklara rağmen genellikle kalıcı bir hasar görülmez. Hastaların %5-10 kadarında kalça veya dizlerde kronik artrit gelişebilir. Çalışmamızda AAA'lı hastaların demografik, klinik ve genetik verilerini toplamayı amaçladık. Sonraki aşamada, çeşitli genotiplerin AAA hastalarının klinik özellikleri üzerindeki etkisini, özellikle eklem tutulum şekillerine odaklanarak araştırdık.

Yöntem: Eylül 2022-Mayıs 2023 tarihleri arasında polikliniğe başvuru sırasına göre ardışık olarak toplam 782 hasta çalışmaya alındı. Yedi yüz seksen iki hastanın klinik, genetik ve laboratuvar verileri geriye dönük olarak hasta dosyalarından elde edildi ve bu veriler çalışma ziyaretinde hasta/ebeveynleri tarafından doğrulandı. Çalışma grubu 2 gruba ayrıldı: Grup 1 [4 patojenik MEFV varyantını (M694V, M694I, M680I, V726A) homozigot ve birleşik heterozigot olarak taşıyan hastalar] ve grup 2 (diğer varyantları olan veya mutasyonu olmayan AAA hastaları) şeklinde tasarlandı.

Bulgular: Yedi yüz seksen iki hastanın (grup 1'de 292 ve grup 2'de 490) 384'ü (%49,1) kadındı. Hastalık başlangıç ve tanı yaşı sırasıyla 3,0 (0,5-16) ve 5,5 (0,8-17) idi. Patojenik ekzon 10 mutasyonuna sahip grup 1'de ise hastalık başlangıç yaşı (2 vs. 4; p=0,001) ve tanı yaşı (4 vs. 6; p<0,001) anlamlı olarak daha erken görülmekteydi. Artrit sıklığı (n=93, %31,8 vs. n=124, %23,3; p<0,01), göğüs ağrısı (n=80, %27,4 vs. n=84, %17,1; p=0,001), erizipel benzeri eritem (n=20, %6,8 vs. n=10, %2,0; p=0,001), grup 1'de grup 2'ye göre anlamlı olarak daha yüksekti. Benzer şekilde kolşisin direnci (n=15, %5,1 vs. n=1, %0,2; p<0,001), kortikosteroid kullanımı (n=10, %3,4 vs. n=6, %1,2; p<0,05), sentetik DMARD (n=20, %6,8 vs. n=16, %3,3; p<0,05) ve biyolojik ajan gereksinimi (n=61, %20,9 vs. n=30, %6,1; p<0,001) grup 1'de grup 2'ye göre anlamlı olarak daha yüksekti. Biyolojik ajan alt gruplarında ise anti-IL1 kullanımı (n=40 %13,7 vs. n=7, %1,4; p=0,001) grup 1'de grup 2'ye göre anlamlı olarak daha yüksekti. Renal amiloidozu olan hastaların her ikisi de (n=2) grup 1'deydi. Grup 1'deki hastalarda artrit süresinin daha uzun olduğu ve bu grupta daha yüksek doz kolşisin ihtiyacı olduğu saptandı (Tablo 1).

Sonuç: Homozigot ve birleşik heterozigot olan patojenik ekzon 10 mutasyonuna sahip AAA hastalarında daha erken hastalık başlangıç ve tanı yaşının yanı sıra daha yüksek oranda serozit, erizipel benzeri eritem ve amiloidoz görülür. Bu hastalarda aynı zamanda daha uzun bir iyileşme dönemiyle birlikte daha sık eklem tutulumu eğilimi de görülmektedir. Ayrıca bu grupta daha fazla kolşisin direnci, daha yüksek doz kolşisin ihtiyacı ve daha fazla biyolojik

ajan gereksiniminin olması tedavi planlanmasında agresif tedavi yaklaşımını düşündürülebilir.

Anahtar Kelimeler: Ailesel Akdeniz ateşi, artrit, ekzon 10, MEFV, M694V

PS-142

Romatizmalı bireylerin bildirdikleri biyopsikososyal etkilenimlerinin incelenmesi

Aysu Kahraman¹, Nur Banu Karaca¹, Sinan Buran¹, Orkun Tüfekçi¹, Nazlı Elif Nacar², Mustafa Ekici³, Umut Kalyoncu³, Ali Akdoğan³, Levent Kılıç³, Şule Apraş Bilgen³, Sedat Kiraz³, Edibe Ünal¹

¹Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Ankara

²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Kahramanmaraş

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

Amaç: Romatizmal hastalıklar kronik doğası nedeniyle bireyleri biyopsikososyal açıdan etkileme potansiyeli oldukça yüksek hastalıklardır. Bu hastalıkların en yaygın özellikleri ağrı olmakla birlikte hastalarda fonksiyonellikte azalma, yorgunluk, sosyalleşme sorunları, psikolojik, bilişsel, uyku ve cinsellikle ilgili problemler görülebilir. Çalışmamızın amacı; romatizmalı bireylerin kendi ifadelerine göre biyopsikososyal etkilenimlerini belirlemektir.

Yöntem: Çalışmaya Hacettepe Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Romatolojik Rehabilitasyon Ünitesi'ne çeşitli romatizmal hastalık tanısı alarak başvurmuş, daha önce egzersiz tedavisine katılmamış ve Bilişsel Egzersiz Terapi Yaklaşımı-Biopsychosocial Questionnaire (BETY-BQ) uygulanmış bireyler dahil edildi. BETY-BQ'ya göre katılımcılara Likert sistemine göre 0-4 arasında skorlanan 30 soru soruldu. Bu ölçüğe göre katılımcılar ağrıdan en fazla 20, fonksiyonellik-yorgunluktan 36, duygudurumdan 40, sosyallikten 12, cinsellikten 8 ve uykudan 4 puan alınabilir. Sonuçlar her bir parametre için katılımcıların aldıkları medyan puanın en fazla alınabilecek puana göre yüzdesi hesaplanarak yorumlandı.

Bulgular: Çalışmaya 48 ankilozan spondilitli, 68 fibromiyaljili, 63 romatoid artritli, 85 osteoartritli, 51 sistemik lupus eritematozuslu, 58 Sjögren sendromlu, 56 psöriatik artritli ve 39 sklerodermalı olmak üzere toplam 468 birey dahil edildi. Yaş ortalaması 48±12 yıl olan katılımcıların 379'u kadın, 89'u erkekti. Romatizmalı bireyler BETY-BQ'ya göre; ağrıda %55 [medyan: 11, minimum (min): 0, maksimum (maks): 20], fonksiyonellik-yorgunlukta %47,2 (medyan 17, min: 0, maks: 36), duygudurumda %40 (medyan 16, min: 0, maks: 40), sosyallikte %33,3 (medyan 4, min: 0, maks: 12), cinsellikte %25 (medyan 2, min: 0, maks: 8) ve uykuda %50 (medyan 2, min: 0, maks: 4) etkilenim göstermişti.

Sonuç: Çalışmamızda romatizmalı bireylerin biyopsikososyal parametrelerin tümünde etkilenim görülmeyle birlikte sırasıyla ağrı, uyku sorunları, fonksiyonellik-yorgunluk, duygudurum, sosyallik ve cinsellik problemleri yaşadıkları bulundu. Bu sonuçlar hastalık yönetimi planlanırken etkilenimin olduğu bu biyopsikososyal parametrelere yönelik stratejilerin geliştirilmesi gerektiği şeklinde yorumlandı.

Anahtar Kelimeler: Biyopsikososyal model, romatizmal hastalıklar, hastanın bildirim sonuçları

Primer Sjögren sendromu için tanısal araçların değerlendirilmesi: Tek merkez deneyimi

Gamze Akkuzu, Rabia Deniz, Bilgin Karaalioğlu, Duygu Özgür, Fatih Yıldırım, Cemal Bes

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

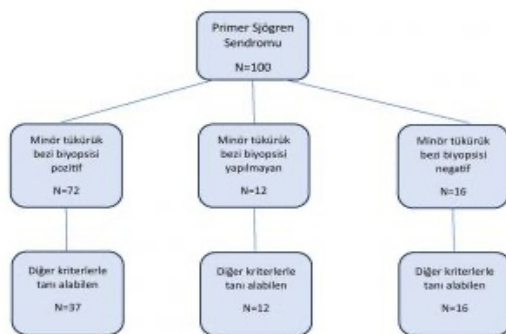
Amaç: Sjögren sendromu, kronik lenfositik infiltrasyon ile ekzokrin glandüler yapıların, özellikle tükürük ve lakrimal bezlerin yıkımı ile karakterize, sistemik enflamatuvar otoimmün bir hastalıktır. En sık görülen otoimmün hastalıklardan biridir.

Yöntem: Bu çalışmada; Ağustos 2020-Haziran 2023 tarihleri arasında kliniğimize başvurmuş ve primer Sjögren sendromu (pSjS) tanısı ile takibe alınmış olan hastalar geriye dönük olarak incelendi ve tanısal özelliklerin gözden geçirilmesi hedeflendi.

Bulgular: 2016 ACR/EULAR Primer Sjögren Sendromu Sınıflandırma Kriterleri'ni karşılayan 100 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 99'u kadın, 1'i erkekti. Ortanca yaş 49'du (21-77). Seksen altısında ağız kuruluğu ve 83'ünde göz kuruluğu şikayeti vardı. Yedi hasta ise ağız ve/veya göz kuruluğu tariflemiyordu. İlk kuruluk semptomunun başlaması ile tanı arasındaki ortalama zaman 4±5 yıldır. Elli beşinde Schirmer ≤5 mm/5 dk, 48'inde tükürük akış hızı ≤0,1 mL/dk ve 84'ünde anti-SSA/Ro pozitifliği. Minör tükürük bezi biyopsisi hastaların 88'inde yapılmıştı ve 72'sinde histopatolojik incelemede fokus skoru ≥1'di. Bu 72 hastanın 27'sine anti-SSA ve Schirmer ile, 10'una ise anti-SSA ve tükürük akış hızı ile biyopsi olmaksızın da tanı konulabilmekte olduğu görüldü. Histopatolojik incelemede fokus skoru <1 olan 16 hastanın tamamında anti-SSA pozitifliği. Minör tükürük bezi biyopsisi, sınıflandırma kriterlerine göre negatif olan 16 hasta ve pozitif olan 37 hasta ile biyopsi yapılmayan 12 hasta olmak üzere toplamda hastaların %65'ine biyopsi olmaksızın diğer kriterlerle pSjS tanısı konulabilmekteydi (Şekil 1).

Sonuç: Minör tükürük bezi biyopsisi Sjögren sendromu tanısı koymada değerli bir tanı aracıdır. Ancak invaziv olması, histopatolojik değerlendirmelerin heterojenliği gibi özellikler göz önüne alındığında daha hızlı sonuç alınabilecek diğer kriterlerin özellikle değerlendirilmesi tanıya kadar geçen süreyi kısaltmada faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Sjögren sendromu, tükürük bezi biyopsisi, Schirmer, tükürük akış hızı



Şekil 1. Primer Sjögren sendromu için tanısal araçlar

Spondiloartropati hastalarında secukinumab ve sertolizumab tedavilerin karşılaştırılması

Ebru Atalar¹, Berkan Armağan¹, Hatice Ecem Konak¹, Pınar Akyüz Dağlı¹, Serdar Esmer¹, Bahar Özdemir Ulusoy¹, Bünyamin Polat¹, Özlem Karakaş¹, Hakan Apaydın¹, Kevser Orhan¹, Rezan Koçak Ulucaköy¹, Esra Kayacan Erdoğan¹, Serdar Can Güven¹, İsmail Doğan², Hakan Babaoğlu¹, Orhan Küçükşahin², Yüksel Maraş¹, Şükran Erten², Ahmet Omma¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

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

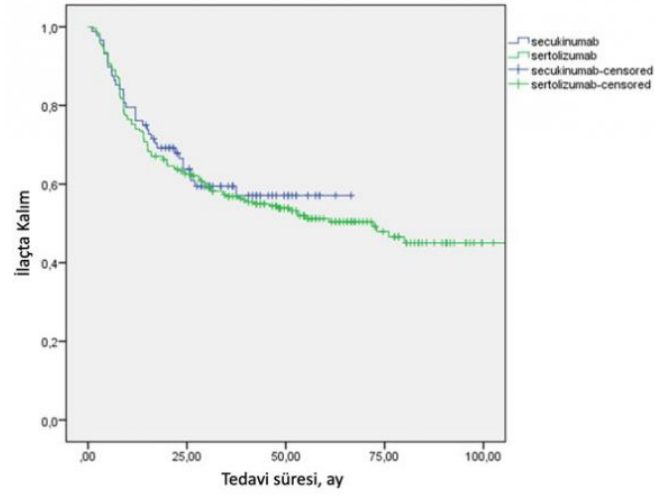
Amaç: Spondiloartropatiler (SpA) farklı klinik bulgular ile seyreden bir grup hastalık olup, tedavisinde biyolojik hastalığı modifiye edici ilaçlar (bDMARD) önemli bir yer tutmaktadır. SpA hastalarında tedavi etkinliği ve devamı için uygun ilaç seçimi önemlidir. Ülkemizde secukinumab (SEC) ve sertolizumab (CZP) tedavileri birbirine yakın tarihlerde SpA tedavisinde kullanılmaya başlanmış bDMARD'lardır. Çalışmamızda SpA hastalarında SEC ve CZP tedavilerinin kesilmesiyle ilişkili olan nedenlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Tek merkezli retrospektif kohort çalışmasında, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Romatoloji Kliniği'nde takipli SpA hastaları arasından SEC (n=88) ve CZP (n=246) tedavileri almış hastalar çalışmaya alındı. Klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulguları ile tedavi süreleri ve tedavi kesilme nedenleri değerlendirildi. İlaçta kalım Kaplan-Meier ile, ilaç kesilmesi ile ilişki faktörlerin analizi Cox regresyon analizi ile yapıldı.

Bulgular: Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri ile tedavi kesilme nedenleri Tablo'da gösterilmiştir. İlaçta kalım her iki grupta benzerdi (p=0,657) (Şekil 1). SEC tedavisi kesilen hastalarda tedaviye devam edenlere göre daha fazla periferik artrit, entezit saptandı. CZP tedavisi kesilen hastalarda tedaviye devam edenlere göre erkek cinsiyet, periferik artrit sıklığı daha fazlaydı. Çok değişkenli analizde ilk bDMARD tedavi yaşının (yıl) ileri olması CZP tedavisi kesilmesi açısından 1,022 kat artış risk oluşturmaktaydı (%95 GA: 1,00-1,04, p=0,049), buna karşın SEC tedavi kesilmesi ilişkili bir risk faktörü bulunamadı.

Sonuç: SpA farklı klinik bulgular ile seyreden bir grup hastalık olup, tedavisinde bDMARD önemli bir yer tutmaktadır. Romatolojik hastalıklarda biyolojik tedavilerin başarısını etkileyen faktörlerden biri de ilaçta kalımdır. İlaç seçiminde ilaçta kalım oranları göz önüne alınmalıdır. SEC ve CZP ilaçta kalım oranları birbiri ile benzerdi. Periferik artritli olan SpA hastalarında hem SEC hem de CZP tedavisi kesilme oranları periferik artrit olmayanlara göre daha yüksekti. Çok değişkenli analizde ise sadece CZP hastalarında ilk bDMARD başlama yaşının ileri olması ilaçta kalım için olumsuz risk faktörü olarak saptandı.

Anahtar Kelimeler: Spondiloartropatiler, tedavi, DMARD



Sekil 1. Secukinumab ve sertolizumab alan spondiloartropati hastalarında ilaçta kalım

Tablo 1. Secukinumab ve sertolizumab tedavisine devam eden ve etmeyen spondiloartropati hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri ile tedavi kesilme nedenleri

| | SEC-CZP Devam (n=179) | SEC-CZP Stop (n=155) | p | SEC Devam (n=53) | SEC Stop (n=35) | p | CZP Devam (n=126) | CZP Stop (n=120) | p |
|--|-----------------------------|----------------------------|-------|------------------------|--------------------|-------|----------------------|---------------------|-------|
| Demografik ve klinik özellikler | | | | | | | | | |
| Yaş, yıl, mean (SS) | 44,6 (8,5) | 43,6 (8,0) | 0,326 | 44,3 (9,0) | 44,9 (9,1) | 0,838 | 47,4 (11,3) | 45,7 (10,1) | 0,196 |
| İlk bDMARD başlanma yaşı, mean (SS) | 37,5 (8,4) | 35,8 (9,1) | 0,510 | 37,0 (10) | 37,9 (9,2) | 0,666 | 38,7 (12,2) | 37,5 (9,8) | 0,271 |
| Hastalık süresi, yıl, median (IQR) | 12,1 (5,3) | 11,9 (5,5) | 0,337 | 11,5 (8,0) | 11,5 (6,5) | 0,801 | 11,5 (6,0) | 12,5 (7,5) | 0,160 |
| Erkek n (%) | 102 (57) | 76 (49) | 0,146 | 21 (60) | 23 (43) | 0,127 | 55 (46) | 79 (63) | 0,008 |
| Aktif/eski sigara kullanımı | 30 (40,0) | 33 (43,4) | 0,670 | 10 (56) | 10 (50) | 0,732 | 23 (40) | 20 (36) | 0,719 |
| VKİ, kg/m ² , mean (SS) | 27,7 (6,1) | 27,5 (5,5) | 0,252 | 27,1 (5,3) | 27,4 (5,9) | 0,651 | 27,2 (5,8) | 28,0 (5,4) | 0,722 |
| Periferik artrit, n (%) | 50 (28,6) | 49 (32,2) | 0,472 | 9 (27) | 25 (49) | 0,038 | 40 (34) | 25 (20) | 0,016 |
| Entezit n (%) | 47 (26,9) | 32 (21,2) | 0,234 | 7 (21) | 25 (49) | 0,008 | 25 (21) | 22 (18) | 0,478 |
| Daktilit, n (%) | 3 (1,7) | 2 (1,3) | 0,999 | 1 (3) | 1 (2) | 0,772 | 1 (0,9) | 2 (1,6) | 0,597 |
| Uveit, n (%) | 16 (9,2) | 16 (10,6) | 0,673 | 5 (15) | 7 (14) | 0,899 | 11 (9) | 9 (7) | 0,559 |
| Psöriazis, n (%) | 17 (9,8) | 21 (13,9) | 0,247 | 7 (21) | 9 (18) | 0,734 | 14 (12) | 8 (7) | 0,143 |
| Komorbidite sayısı, median (IQR) | 1 (2) | 1 (3) | 0,168 | 2 (1) | 2 (2) | 0,993 | 0,5 (3) | 1 (2) | 0,759 |
| Kardiyovasküler hastalık, n (%) | 7 (4,4) | 6 (4,4) | 0,992 | 2 (7) | 3 (6) | 0,893 | 4 (3,6) | 4 (3,6) | 0,979 |
| Hipertansiyon, n (%) | 24 (15,1) | 29 (21,2) | 0,174 | 8 (28) | 9 (18) | 0,341 | 21 (19) | 15 (14) | 0,248 |
| Hiperlipidemi n (%) | 9 (5,7) | 7 (5,1) | 0,834 | 2 (7) | 1 (2) | 0,291 | 5 (5) | 8 (7) | 0,569 |
| Pulmoner hastalık, n (%) | 11 (6,9) | 14 (10,2) | 0,309 | 1 (3) | 6 (12) | 0,248 | 13 (12) | 5 (5) | 0,051 |
| Diabetes mellitus, n (%) | 14 (8,8) | 13 (9,5) | 0,839 | 4 (14) | 5 (10) | 0,635 | 9 (8) | 9 (8) | 0,968 |
| Obezite, n (%) | 46 (29,5) | 45 (32,4) | 0,592 | 12 (38) | 15 (33) | 0,655 | 33 (31) | 31 (28) | 0,668 |
| Malignite hikayesi | 1 (0,6) | 2 (1,5) | 0,598 | 0 | 1 (2) | 0,333 | 2 (2) | 0 | 0,093 |
| Laboratuvar ve Radyolojik Bulgular | | | | | | | | | |
| Sindesmot, n (%) | 35 (26,9) | 32 (25,6) | 0,810 | 9 (30) | 9 (24) | 0,558 | 23 (24) | 26 (28) | 0,529 |
| Bambu omurga, n (%) | 11 (11,0) | 9 (7,1) | 0,274 | 4 (13) | 3 (8) | 0,518 | 5 (5) | 11 (12) | 0,085 |
| HLA-B27-pozitifliği, n (%) | 22/33 (66,7) | 7/20 (35,0) | 0,025 | 1/3 (33) | 10/13 (77) | 0,156 | 6/17 (35) | 12/20 (60) | 0,134 |
| Başlangıç CRP, mg/ml, median (IQR) | 8 (16) | 0,7 (19) | 0,069 | 1 (19) | 7,9 (17) | 0,326 | 2 (10) | 3 (16) | 0,138 |
| bDMARD naïf, n (%) | 79 (44,1) | 60 (38,7) | 0,316 | 8 (23) | 14 (26) | 0,706 | 52 (43) | 65 (52) | 0,195 |
| Tedaviler | | | | | | | | | |
| Tedavi kesilme nedenleri, n (%) | | | | | | | | | |
| - Etkisizlik | | 117 (80) | | | 31 (91) | | | 86 (76) | |
| - Yan etki | | 17 (12) | | | 3 (9) | | | 14 (12) | |
| - Hasta isteği | | 13 (8) | | | - | | | 13 (12) | |
| SEC; Secukinumab, CZP; Sertolizumab, VKİ; Vücut kitle indeksi, CRP; C-reaktif protein, bDMARD; Biyolojik hastalığı modifiye edici ilaç | | | | | | | | | |

Tümör nekrozis-alfa inhibitörü kullanan enflamatuvar romatizmal hastalık tanılı hastalarda ilaç yan etki profillerinin değerlendirilmesi

Ceren Demir, Gökhan Sargın, Songül Çıldıg, Taşkın Şentürk

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

Amaç: Enflamatuvar yanıtta önemli rolü olan TNF- α birçok enflamatuvar romatizmal hastalığın patogeneğinde yer almaktadır. Tedavide kullanılan TNF- α inhibitörlerine bağlı birçok yan etki görülebilir. İnfüzyon reaksiyonları, enfeksiyonlar, deri bulguları, otoimmün hastalık gelişimi ve psöriyazis gibi paradoksal etkiler bu ajanların kullanımı sırasında görülebilir. Bizim bu çalışmadaki amacımız, kliniğimize başvuran ve TNF- α inhibitörü ile tedavi edilen hastalarda ilaç yan etki profillerinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Son 5 yılda romatolojimize başvuran ve TNF- α inhibitörü ile tedavi edilen enflamatuvar romatizmal hastalığı olan hastalar retrospektif olarak tarandı. Hastalarda tedavi ile ilişkili infüzyon reaksiyonları, anafilaksi, hematolojik yan etkiler, malign/premalign lezyon gelişimi, enfeksiyonlar ve kutanöz yan etkiler değerlendirildi.

Bulgular: TNF- α inhibitörü kullanan ve yan etki gelişen 42 hastanın (E/K=1) yaş ortalaması 49,4 yıldır (min: 23, maks: 76). On iki hasta romatoid artrit, 28 hasta spondilartirit, hasta Behçet hastalığı ve 1 hasta JİA tanılıydı. İnfliksımab alan 1 hastada infüzyon reaksiyonu ve 2 hastada anafilaksi görüldü. Golimumab tedavisi alan 2 hastada nötropeni saptandı. İnfliksımab tedavisi alan 1 hastada servikal intraepitelyal lezyon, 1 hastada kaposi sarkomu görüldü. İki hastada tüberküloz görüldü. Bu hastaların biri infliksımab ile akciğer tüberkülozu ve diğeri sertolizumab ile tüberküloz lenfadenitiydi. Yirmi altı hastada kutanöz yan etki görüldü. Dokuz hastada alerjik döküntü, 12 hastada psöriyazis, 1 hastada büllöz pemfigoid, 1 hastada dermatitis herpetiformis, 1 hastada eritema Ab igne, 1 hastada dermatit ve 1 hastada küçük damar vasküliti saptandı. Adalimumab alan bir hastada sarkoidoz, etanersept kullanan bir hastada üveit ve sertolizumab tedavisi alan bir hastada erektil disfonksiyon saptandı (Tablo 1).

Sonuç: TNF- α inhibitörleri enflamatuvar hastalıklarda etkin ve güvenilir görülmektedir. Bu ajanların kullanılması sırasında bazı yan etkiler görülebilmektedir. Günlük pratikte sıklıkla kullanımı nedeni ile gelişebilecek yan etkiler hakkında bilgi sahibi olunmalı ve takiplerde dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: TNF- α inhibitörleri, yan etki, paradoksal etki

Tablo 1. Tümör nekrozis-alfa inhibitörü kullanan hastalarda görülen yan etkiler

| Yan Etki (n) | Adalimumab | Etanercept | Golimumab | İnfliksımab | Sertolizumab |
|---------------------------------------|------------|------------|-----------|-------------|--------------|
| <u>İnfüzyon Reaksiyonu</u> (n=1) | | | | 1 | |
| <u>Anafilaksi</u> (n=2) | | | | 2 | |
| <u>Hematolojik</u> (n=2) | | | 2 | | |
| <u>CİN</u> (n=1) | | | | 1 | |
| <u>Kaposi Sarkomu</u> (n=1) | | | | 1 | |
| <u>Pnömoni</u> (n=2) | 1 | | | | 1 |
| <u>Tüberküloz</u> (n=2) | | | | 1 | 1 |
| <u>Alerjik döküntü</u> (n=9) | 4 | 2 | 1 | 2 | |
| <u>Palmoplantar püstülozis</u> (n=6) | 1 | 2 | 1 | 2 | |
| <u>Psöriyazis</u> (n=6) | | 2 | 1 | 1 | 2 |
| <u>Büllöz pemfigoid</u> (n=1) | | | | 1 | |
| <u>Dermatitis Herpetiformis</u> (n=1) | | | | 1 | |
| <u>Eritema Ab Igne</u> (n=1) | | 1 | | | |
| <u>Küçük damar vasküliti</u> (n=1) | | | | 1 | |
| <u>Dermatit</u> (n=1) | | | | | 1 |
| <u>Sarkoidoz</u> (n=1) | 1 | | | | |
| <u>Üveit</u> (n=1) | | 1 | | | |
| <u>Erektil disfonksiyon</u> (n=1) | | | | | 1 |
| <u>Astım alevlenme</u> (n=1) | 1 | | | | |
| <u>Psöriyazis alevlenme</u> (n=1) | | | | | 1 |

Psöriazis lezyonlarının yerleşimi ve psöriatik artritte etkilenen eklem bölgeleri ilişkili midir?

Elif Er Gülbezer¹, Oğuz Çelebi², Emine Ayça Nalbantoğlu², İbrahim Beyhan², Nilüfer Alpay Kanitez¹

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

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

Amaç: Psöriatik artrit olgularının birçoğunda öncesinde ya da eş zamanlı ortaya çıkan psöriazis lezyonları mevcuttur. Tipik lezyonlar ekstremitelerin ekstansör yüzü, saçlı deri, kulak çevresi, umblikus etrafı, anogenital bölge ve tırnaklarda bulunabilir. Bu çalışmada psöriazis lezyonları ve psöriatik artritte tutulan bölgeler arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: 2020-2023 yılları arasında Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Polikliniği'ne başvuran psöriatik artrit tanılı ya da yeni tanı psöriatik artrit hastaları değerlendirildi. Hastaların demografik verileri, psöriazis lezyonlarının yerleşim yerleri, tutulan eklem bölgeleri değerlendirildi. Psöriatik lezyonların yerleri gruplandırılarak, aksiyel ve periferik tutulum bölgeleriyle karşılaştırılarak analiz edildi.

Bulgular: Toplam 84 hastanın 52'si (%61,9) kadın, 32'si (%38,1) erkekti. Grubun yaş ortalaması 47±12,78 (min: 17-maks:75), ortalama psöriazis tanı yaşı 33±16,0 (min: 7-maks: 67), ortalama psöriatik artrit tanı yaşı 42±13,9 (min: 14-maks: 71) idi. Deri ve eklem tutulum bölgeleri Tablo 1 ve 2'de belirtilmiştir. Umblikus etrafı, anogenital bölge, gövde ön-arka yüzü, saçlı deri, kulak etrafı ve yüzde psöriatik lezyonları olan hastalarda aksiyel tutulum ön planda iken ekstremiteler ve periferik eklem ekstansör yüzlerinde psöriatik lezyonları olan hastalarda periferik eklem tutulumunun daha fazla olduğu görüldü. Palmo-plantar psöriazis lezyonları olanlarda aksiyel tutulum daha fazla izlenirken, tırnakta pitting varlığında her iki grup arasında anlamlı fark izlenmedi.

Sonuç: Orta hat lezyonları olarak değerlendirilebilecek saçlı deri, kulak etrafı, yüz, gövde ön-arka yüzü, umblikus etrafı ve anogenital bölge lezyonları olan hastaları aksiyel spondiloartropati varlığı açısından değerlendirmek önemli olabilir. Ekstremiteler (kol, önkol, uyluk, bacak) ve periferik eklem ekstansör yüzünde lezyon varlığında periferik tutulum belirgin iken, palmo-plantar psöriaziste bu gruplardan farklı olarak aksiyel tutulum önem taşımaya devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Psöriazis, psöriatik artrit, aksiyel tutulum, periferik tutulum, tırnak tutulumu

PFAPA sendromu Behçet hastalığına giden yolculuğun erken durağı mı?

Aşlı Gürel Bedir¹, Sara Şebnem Kılıç Gültekin²

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

²Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk İmmünoloji ve Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

Amaç: PFAPA sendromu, periyodik ateş, aftöz stomatit, farenjit ve adenit ile karakterize, monogenik olmayan otoenflamatuvar bir hastalıktır. İki hastalıktaki ortak paydalarından biri de orofaringeal ülseratif hastalıktır. PFAPA ve Behçet hastalarının ortak bazı klinik ve genetik özellikleri nedeniyle bu hastaların hem klinik özelliklerini hem de yaşam kalitelerini gözden geçirmeyi amaçladık.

Yöntem: Üçüncü basamak bir çocuk romatoloji kliniğinde Ocak 2019-Aralık 2022 tarihleri arasında izlenen PFAPA ve Behçet hastalığı olan hastaların klinik ve laboratuvar özelliklerine ilişkin retrospektif veriler toplandı. PedsQL anket formu, PFAPA, juvenil Behçet hastalığı ve kontrol grubundaki tüm hastaların ebeveynleri tarafından dolduruldu.

Bulgular: Çalışmaya daha önceden tanı almış 60 PFAPA hastası, 30 Behçet hastası ve 60 sağlıklı gönüllü olmak üzere yaşları 2 ile 18 arasında değişen 150 olgu dahil edildi. Ortalama tanı yaşı PFAPA grubunda 29 ay, juvenil Behçet grubunda 114 aydı. PFAPA'lı erkeklerde atak süresi daha uzundu (p=0,015). Ayrıca kolşisin kullanımının atak sıklığını PFAPA hastalarında %74,2, Behçet hastalarında %59,8 oranında azaltmada etkili olduğu saptandı (p=0,001<0,05). Ataklar sırasında PFAPA hastalarının ortalama ANS, CRP ve serum amiloid A düzeyleri Behçet hastalarına göre daha yüksekti (p=0,010). PFAPA ve juvenil Behçet hastalarında düşük yaşam kalitesi için bir tahmin değeri elde etmek için ROC analizi kullanıldı. ROC analizi sonuçlarına göre tahmin değeri PFAPA hastaları için ölçek toplam puanı <74,60, juvenil Behçet hastaları için ölçek toplam puanı <72,50 olarak belirlendi. Buna göre PFAPA hastalarının %61,67'si (n=37) ve genç Behçet hastalarının %73,33'ü (n=22) kötü yaşam kalitesi sergiledi.

Sonuç: Pediatrik Behçet hastalığı ve PFAPA sendromunun yaşam kalitesi ile ilgili sınırlı veri mevcuttur. PFAPA ve juvenil Behçet hastalığı, tekrarlayan ataklar ile karakterize olup, PFAPA'da erken başlangıç yaşı, Behçet hastalığında ömür boyu tedavi gerekliliği, düzenli doktor kontrolü gerekliliği gibi faktörler nedeniyle yaşam kalitesini etkileyebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: PFAPA sendromu, Behçet, periyodik ateş

Primer Sjögren sendromunda interstisyel akciğer hastalığı: Ankara Bilkent Şehir Hastanesi interstisyel akciğer hastalığı kohortundan deneyimler

Hatice Ecem Konak¹, Serdar Can Güven¹, Habibe Hezer², Ebru Atalar¹, Rezan Koçak Ulucaköy¹, Esra Kayacan Erdoğan¹, Hakan Babaoğlu¹, Berkan Armağan¹, Kevser Gök¹, İsmail Doğan³, Yüksel Maraş⁴, Ahmet Omma⁴, Ayşegül Karalezli⁵, Şükran Erten³, Orhan Küçükşahin³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

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

⁵Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: İnterstisyel akciğer hastalığı (İAH), primer Sjögren sendromunun (pSS) yaşamı tehdit eden ve kötü prognoza sahip komplikasyonlarından biridir. Bu çalışmadaki amaç, pSS ile ilişkili İAH olan hastaların özelliklerini incelemek ve buna etki eden faktörleri saptamaktır.

Yöntem: Çalışmada Ankara Şehir Hastanesi'nde pSS tanısı ile takipli hastalar retrospektif olarak incelendi. Yüksek çözünürlüklü akciğer BT ve solunum fonksiyon test sonuçlarına erişim sağlanabilen hastalar çalışmaya dahil edilerek, İAH olan ve olmayan gruplar halinde ikiye ayrıldı.

Bulgular: Toplam 318 İAH olmayan ve 59 İAH olan pSS'li hasta çalışmaya dahil edildi. İAH olan ve olmayan hastaların klinik özellikleri karşılaştırıldığında İAH olanlarda erkek cinsiyet, ileri tanı yaşı ve sigara öyküsü anlamlı olarak daha fazlaydı (Tablo 1). Laboratuvar özelliklerine bakıldığında, anti-La/SS-B pozitifliği, akut faz reaktanlarında ve LDH değerlerinde yükseklik ve lenfopeni İAH olan hastalarda daha sık olarak saptandı (Tablo 2). İAH hastalarında en sık görülen semptom efor dispnesi iken, en sık akciğer tutulum tipi NSIP idi. İAH tanısının çoğunlukla pSS tanısı ile eş zamanlı veya tanıdan sonra konulduğu görüldü (Tablo 3).

Sonuç: Kohortumuzda ileri yaş, erkek cinsiyet, sigara kullanım öyküsü, yüksek akut faz ve LDH değerleri, lenfopeni ve anti-LA/SS-B pozitifliği İAH yönünden risk faktörü olarak görünmekteydi. Ek olarak lenfoma gelişimi ve İAH arasında bir ilişki olabileceğine dair bulgular mevcuttu. En sık NSIP ve LIP paternleri gözlemlendi. pSS ilişkili İAH patogenezi karmaşık olduğundan, risk faktörleri ile pSS-İAH arasındaki mekanizmanın büyük, çok merkezli ve prospektif çalışmalarla açıklığa kavuşturulması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: İnterstisyel akciğer hastalığı, risk faktörleri, Sjögren sendromu

Çocukluk çağında sistemik skleroz: Tek merkez izlem sonuçları

Gülşah Pirim, Şengül Çağlayan, Kadir Ulu, Taner Çoşkun, Ramazan Emre Yiğit, Gülcan Özomay Baykal, Sümeyra Başaran Çoban, Şeyma Türkmen, Betül Sözeri

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

Amaç: Skleroderma alt grubu olan juvenil sistemik skleroz (JSS), çocukluk çağında oldukça nadir görülen ve endotel ve bağ dokusunda fibroproliferatif değişikliklere yol açarak ciddi organ tutulumuna neden olan kronik otoimmün bir hastalıktır. Yapılan çalışmalarda, JSS insidansı 0,27-1/1.000.000 olarak tespit edilmiştir. Erken tanı, organ tutulumlarının erken tespiti ve ardından tedaviye geçilmesi hastalık prognozunun iyi yönde gitmesine önemli ölçüde katkı sağlamaktadır. Çalışmamızda, merkezimiz tarafından takip edilen JSSc hastalarının klinik bulgularının, tanı ve takip süreçlerinin ve tedavi yaklaşımlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamıza, 1 Mayıs 2016 ile 1 Mayıs 2023 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Romatoloji Kliniği tarafından takip edilen JSSc tanılı 11 hasta dahil edilmiştir. Araştırmamızda hastaların verileri retrospektif olarak incelenmiştir. Tanı ve zamanı, klinik ve laboratuvar bulguları, eşlik eden sistem tutulumları, tedavi yaklaşımları ve sonuçları değerlendirilmiştir. JSSc hastalarında modifiye Rodnan Skorlaması (mRSS), Physician's Global Assessment of activity (PGA-A) ve Physician's Global Assessment of damage (PGA-D) skoru sonuçları analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda, JSS tanısı ile takip edilen 11 hasta vardı. Kız/erkek oranı 1,7/1 idi (Tablo 1). Yakınma başlangıç ve tanı yaşı medyanı sırası ile 11,6 yıl (4,2-16,8 yıl) ve 12,7 yıl (6,5-16,9 yıl) saptandı. Tanı konulma süresi medyanı 10 ay (1-39 ay) ve izlem süresi medyanı 18 ay (2-77 ay) idi. Ailede romatizmal hastalık varlığına bakıldığında hastaların %18,1'inde (2/11) 2. derece akrabalarında romatoid artrit ve sistemik lupus eritematozus tanısı mevcuttu. JSS sınıflandırmasına göre bakılan alt grup incelemesinde; %27,2'sinde (3/11) diffüz sistemik skleroderma, %27,2'sinde (3/11) sınırlı sistemik skleroderma, %18,1'inde (2/11) overlap ve %27,2'sinde (3/11) erken skleroderma mevcuttu. Sınırlı tip JSSc olan bir hasta CREST sendromu idi. Erken skleroderma tanısı ile takip edilen üç hastada Raynaud fenomeni, spesifik otoantikör pozitifliği ve kapilleroskopik incelemede hastalık uyumlu bulgular mevcuttu. Hastaların %81,8'inde (9/11) sklerodaktili, %81,8'inde (9/11) Raynaud fenomeni pozitifliği ve bu hastaların %66,6'sında (6/9) dijital ülser geliştiği saptandı. Hastaların birinde kalsinoz mevcuttu. Deri dışı organ tutulumu hastaların tümünde vardı. Hastaların %45,4'ünde (5/11) birden fazla sistem tutulumu mevcuttu. Sistemik tutulum açısından değerlendirildiğinde hastaların %81,8'inde (9/11) kas iskelet (artrit, artralji), %45,4'ünde (5/11) solunum (solunum fonksiyon testlerinde bozulma ve düşük DLCO), %36,3'ünde (4/11)

gastrointestinal (disfaji, gastroözofageal reflü) ve %9,0'ında (1/11) kardiyovasküler (pulmoner hipertansiyon) vardı. DLCO düşük tespit edilen hastalardan birinin klinik bulguları interstisyel akciğer hastalığı ile uyumluydu. İlk başvuru mRSS puanı medyanı 17 (11-35) olarak tespit edildi (Tablo 2). Geliş mRSS skorlamasına göre hastalık şiddeti değerlendirildiğinde; %36,3'ünde (4/11) hafif, %36,3'ünde (4/11) orta ve %27,2'sinde (3/11) ciddi olarak saptandı. Hastaların son yapılan değerlendirmesinde mRSS puanı medyanı 11 (7-22) idi. Son başvuru mRSS skorlamasına göre hastalık şiddeti değerlendirildiğinde; %63,6'sında (7/11) hafif ve %36,4'ünde (4/11) orta şeklindeydi. Hastaların hiçbirinde deri bulgularına göre hastalık aktivitesi ciddi düzeyde değildi. Hastaların başvuru ve son ziyaret PGA-A değerlendirmesinde hastalık aktivitesi puanı medyanı sırası ile 90 (50-100) ve 50 (30-70) olarak saptandı. Başvuru ve son ziyaret değerlendirmesinde bakılan PGA-D puanı medyanı sırası ile 70 (30-90) ve 50 (10-70) idi. Sistemik immünoşüpresif ajanların kullanım süresi medyanı 13 ay (3-68 ay) olarak hesaplandı. Tedavi yaklaşımlarına baktığımızda ise hastaların %27,2'sinde (3/11) yüksek doz steroid tedavisi (20-30 mg/kg/doz), intravenöz immünoglobulin %27,2'sinde (3/11), %63,6'sında (7/11) düşük doz steroid (1 mg/kg/gün), %90,9'unda (10/11) metotreksat, %81,8'inde (9/11) hidroksiklorokin, %45,4'ünde (5/11) mikofenolat mofetil ve %9'unda (1/11) rituksimab kullanıldığı saptandı. Raynaud fenomeni olan juvenil JSSc tanılı hastalarda kullanılan vazoaaktif ilaçlara baktığımızda; %44,4'ünde (4/9) iloprost, %66,6'sında (6/9) bosentan, %33,3'ünde (3/9) kalsiyum kanal blokörü ve %22,2'sinde (2/9) pentoksifilin olarak tespit edildi.

Sonuç: Çalışmamızda tek merkez JSSc deneyimi sonuçları verilmiştir. Yapılan çalışmalarda JSSc nadir görülmesi nedeniyle sağlık profesyonelleri tarafından tanı konulma süresinin uzadığı belirtilmektedir. Erken tanının tedavi başarısını olumlu yönde etkilediği bilinmektedir. Öte yandan, bazı hastalarda erken tedaviye rağmen iyileşme beklenen düzeyde olmamaktadır. Bu nedenle, hızlı tedavi uygulaması ile hastaların en az 2 yıl tedaviye ara vermeksizin yakın ve düzenli takibinin yapılması gerektiği vurgulanmaktadır. Biyolojik ajan tedavilerinin bu hasta grubundaki çalışmaları oldukça yetersizdir. Bu nedenle, tedavi başarısını artıracak düşünülen biyolojik ajanlara ilişkin randomize kontrollü prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Erken skleroderma, juvenil sistemik skleroz, modifiye Rodnan skorlaması, Raynaud fenomeni

PS-150

Sicca semptomları ile gelen fibromiyalji ve Sjögren hastalarını objektif kuruluk testleri ile ayırt edebilir miyiz?

İdil Kurut Aysin, Ayten Özkan, Özge Yoğurtçu, Hasan Kocaayan, Esra Erpek, Halil İbrahim Yiğit Atlı, Eda Otman Akat, Dilek Solmaz, Servet Akar

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

Amaç: Fibromiyalji (FMS) hastalarında ağız, göz kuruluğu, Raynaud fenomeni gibi semptomlar; sağlıklı kişilere göre daha fazla görülmektedir. Ayrıca Sjögren sendromu (SjS) ile FMS birlikteliği diğer bağ doku hastalıklarına kıyasla daha yüksek oranda bildirilmiştir. Bu nedenle biz de çalışmamızda laboratuvar bulguları olmadan sicca semptomları olan FMS ve SjS hastalarının ayırt ettirici özelliklerinin olup olmadığını tespit etmeyi amaçladık.

Yöntem: Kliniğimize bağ doku hastalığı araştırılmak üzere yönlendirilen ve dudak biyopsisi yapılan 492 hasta retrospektif olarak tarandı. ACR/EULAR 2012 veya 2016 kriterlerine göre SjS olarak sınıflandırılan 146 hasta [127 (%87) primer SjS; 19 (%13,9) sekonder SjS] ile uzman görüşüne göre FMS tanısı konulan 77 hasta çalışmamıza dahil edildi. FMS ve Sjögren birlikteliği olan 25 hasta ise çalışma dışı bırakıldı. İki hasta grubunun ayırt ettirici özelliklerinin tespiti için klinik ve demografik verileri ki-kare ve Mann-Whitney U testleri kullanılarak karşılaştırıldı.

Bulgular: SjS ve FMS hastaları karşılaştırıldığında; FMS grubunda kadın cinsiyet anlamlı olarak daha fazla saptandı [76'ya (%98,7) 133 (%91,1)]. Her iki grubun yaş ortalamaları benzerdi. FMS hastalarında daha çok artralji bulunurken (FMS: %90,8 vs. SjS: %74,5 p=0,004); SjS hastalarında ise artrit oranları daha yüksekti (SjS: %32 vs. FMS: %8 p=0,032). Sabah tutukluğu ve Raynaud fenomeni varlığı açısından her iki grup arasında fark saptanmadı. FMS ve SjS hastaları benzer oranlarda ağız ve göz kuruluğundan yakınmaktaydı ancak Schirmer testi pozitifliği SjS hastalarında %72,2 oranında tespit edilirken bu oran FMS hastalarında yalnızca %27'di (p=0,011). Gözyaşı kırılma zamanı (tBUT) düşüklüğü her iki grupta benzer tespit edildi. İmmünolojik testler ise beklenildiği üzere FMS hastalarında SjS hastalarına göre çok daha düşük oranlarda bulundu (p<0,001).

Sonuç: Ağız ve göz kuruluğu ile başvuran FMS hastalarının Schirmer testi pozitiflikleri, SjS hastalarına oranla daha düşük bulunmakla birlikte; Schirmer testi pozitif olan üçte bir FMS hastasını ayırt edebilmek için hala immünolojik testlere gerek duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Fibromiyalji, Sjögren sendromu, sicca semptomları, kuruluk testi

Ankilozan spondilit hastalarında serum IL-17 ve TNF- α düzeyi ile hastalık aktivitesi arasındaki ilişki

Neslihan Güneş Aydemir, Ümran Yıldırım, Edip Gökalp Gök, Veli Yazısız, Mustafa Ender Terzioğlu

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya

Amaç: Ankilozan spondilit (AS), omurga ve sakroiliak eklemleri etkileyen kronik enflamatuvar bir hastalıktır. Bu çalışma, interlökin-17 (IL-17) ve tümör nekroz faktör-alfanın (TNF- α) AS patogenezindeki etkisi, hastalık aktivitesi ve süresi, tedavi şekli ve başlama süresiyle ilişkisini incelemeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Bu çalışmaya AS tanısı alan 91 hasta, RA tanısı alan 29 hasta ile 31 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Serum TNF- α ve IL-17 düzeyi ELİSA kiti kullanılarak ölçüldü eş zamanlı olarak hasta dosyalarında CRP, sedim. düzeyi BASDAI ve BASFI skorları kaydedildi.

Bulgular: AS hastalarının %31,9'u konvansiyonel tedavi alırken, %68,1'i anti-TNF tedavisi almıştır. IL-17 ve TNF- α düzeylerinde gruplar arasında anlamlı farklar tespit edilmiştir. RA hastalarında IL-17 düzeyleri diğer gruplardan daha düşük bulunurken ($p=0,012$), konvansiyonel tedavi alan AS hastaları ve RA hastalarının TNF- α düzeyleri, anti-TNF alan AS hastaları ve sağlıklı gönüllülere göre daha düşük bulunmuştur ($p=0,009$). Konvansiyonel tedavi alan AS hastaları ve sağlıklı gönüllüler arasında IL-17 ve TNF- α düzeylerinde anlamlı farklar bulunmuştur. Anti-TNF tedavi alan AS hastaları ve sağlıklı gönüllüler arasında ise IL-17 ve TNF- α düzeylerinde anlamlı fark bulunmamıştır. Anti-TNF tedavisi alan AS hastaları ile konvansiyonel tedavi alan AS hastaları arasında BASFI, ESR, CRP, IL-17 ve TNF- α düzeylerinde istatistiksel fark bulunmazken, anti-TNF tedavisi alan hastaların BASDAI puanları daha düşük bulunmuştur ($p=0,036$).

Sonuç: IL-17 ve TNF- α gibi biyobelirteçler, tedavi etkinliğini izlemek için ve hastaya özgü tedavi seçeneklerini belirlemek için kolaylaştırıcı faktörlerdir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, interlökin-17, tümör nekrozis faktör alfa, hastalık aktivitesi

Tablo 1. Çalışma gruplarının yaş ve cinsiyet özelliklerinin karşılaştırılması

| Gruplar | Yaş | | Cinsiyet | |
|---------------------------------------|-----------------|---------------------|--------------------|------------|
| | Mean \pm sd | Median (Min.-Maks.) | Erkek n(%) | Kadın n(%) |
| 1: Anti-TNF Tedavisi Alan AS (N=62) | 40,9 \pm 12,1 | 39,5(19-72) | 43(69,4) | 19(30,6) |
| 2: Konvansiyonel Tedavi Alan AS(N=29) | 43,3 \pm 10,9 | 41(20-65) | 10(34,5) | 19(65,5) |
| 3: Romatoid Artrit (N=29) | 51,9 \pm 14,1 | 50(23-84) | 5(17,2) | 24(82,8) |
| 4: Sağlıklı Gönüllüler(N=31) | 38,9 \pm 14,9 | 38(20-74) | 12(38,7) | 19(61,3) |
| P Değerleri | Grup 1-4 | 0,001 ¹ | 0,001 ² | |
| | Grup 1 vs. 2 | 0,371 ³ | 0,004 ⁴ | |
| | Grup 1 vs. 3 | 0,001 ³ | 0,001 ⁴ | |
| | Grup 1 vs. 4 | 0,470 ³ | 0,009 ⁴ | |
| | Grup 2 vs. 3 | 0,013 ³ | 0,230 ⁴ | |
| | Grup 2 vs. 4 | 0,194 ³ | 0,943 ⁴ | |
| | Grup 3 vs. 4 | 0,001 ³ | 0,119 ⁴ | |

¹ One-way ANOVA testi
² Pearson ki-kare testi
³ Independent samples t test
⁴ Continuity correction ki-kare testi

Tablo 2. Çalışma gruplarının IL-17 ve TNF- α düzeylerinin karşılaştırılması

| | Anti-TNF Tedavisi Alan AS (N=62) G1 | Konvansiyonel Tedavi Alan AS(N=29) G2 | Romatoid Artrit (N=29) G3 | Sağlıklı gönüllüler (N=31) G4 | Grup 1-4 p |
|--------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|-------------------------------|------------|
| IL-17 | | | | | |
| Mean \pm sd | 2,6 \pm 0,4 | 2,2 \pm 0,8 | 1,9 \pm 1,0 | 2,5 \pm 0,8 | 0,012* |
| Median(Min.-Maks.) | 2,6(1,3-3,4) | 2,5(0,4-3,4) | 2,1(0,2-3,1) | 2,8(0,6-3,4) | |
| TNF-α | | | | | |
| Mean \pm sd | 1,8 \pm 0,8 | 1,5 \pm 0,9 | 1,3 \pm 0,8 | 2,1 \pm 1,1 | 0,009* |
| Median(Min.-Maks.) | 1,5(0,1-3,3) | 1,3(0,1-3,4) | 1,4(1,7-3,5) | 2,6(0,2-3,5) | |

*Kruskal Wallis testi
 TNF- α : tümör nekroz faktör

Tablo 3. BASDAI puanı ≥ 4 ile BASDAI puanı < 4 olan AS tanılı hastaların karşılaştırılması

| | BASDAI puan ≥ 4 N=40 | BASDAI puan < 4 N=51 | p |
|--------------------------------|------------------------------|---------------------------|---------|
| Yaş | | | |
| Mean \pm sd | 44,1 \pm 11,0 | 39,8 \pm 12,0 | 0,084* |
| Median(Min.-Maks.) | 43(26-68) | 38(19-72) | |
| ESR | | | |
| Mean \pm sd | 24,7 \pm 19,6 | 13,7 \pm 11,5 | 0,004** |
| Median(Min.-Maks.) | 21,5 (2-80) | 10,0 (2-51) | |
| CRP | | | |
| Mean \pm sd | 1,2 \pm 1,7 | 0,7 \pm 1,1 | 0,209** |
| Median(Min.-Maks.) | 0,6 (0-9) | 0,4 (0-7,1) | |
| IL-17 | | | |
| Mean \pm sd | 2,4 \pm 0,5 | 2,5 \pm 0,6 | 0,693** |
| Median(Min.-Maks.) | 2,6 (0,7-3,4) | 2,5 (0,4-3,4) | |
| TNF-α | | | |
| Mean \pm sd | 1,4 \pm 0,6 | 1,9 \pm 0,9 | 0,001** |
| Median(Min.-Maks.) | 1,3 (0,1-3,1) | 1,6 (0,2-3,4) | |

*Independent samples t test
 ** Mann Whitney U testi
 ESR: eritrosit sedimentasyon hızı, CRP: C-reaktif protein, TNF- α : tümör nekroz faktör

Sistemik lupus eritematozus hastalarında anti-dsDNA otoantikörlerinin değerlendirilmesinde üç farklı yöntemin karşılaştırılması

Nilgün Kaşifoğlu¹, Nazife Şule Yaşar Bilge², Timuçin Kaşifoğlu², Adem Ertürk³, Egemen Gökbolet⁴

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Eskişehir

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

³Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Afyon

⁴Burdur Devlet Hastanesi, Mikrobiyoloji Laboratuvarı, Burdur

Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE) hastalarında anti-dsDNA antikor testleri tanının desteklenmesinde ve hasta takibinde önemli laboratuvar testleridir. Lupus nefriti olan hastalarda, nefrit olmayan hastalara göre daha yüksek anti-dsDNA otoantikör düzeyleri görülür. Bu çalışmada anti-dsDNA antikorlarının saptanmasında ELISA, Line immunoblot ve CLIFT testlerinin performansı değerlendirilmiştir.

Yöntem: Bu çalışmada SLE tanısı almış 81 hastanın serumunda anti-dsDNA-NcX ELISA IgG, EUROLINE ANA profil 3 + DFS70 (IgG) ve anti-dsDNA IIFT (EUROIMMUN Lübeck, Almanya) kitleri kullanılarak üç farklı yöntemle anti-dsDNA antikorları araştırılmıştır. Hasta serumları çalışılana kadar -80 °C'de saklanmış, testler üretici firmanın önerileri doğrultusunda çalışılmıştır. ELISA testi ile kantitatif, immunoblot ve CLIFT testleriyle yarı kantitatif sonuçlar elde edilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre yöntemlerin birbirleriyle uyumları hesaplanmış, CLIFT doğrulama testi olarak alınarak diğer iki yöntemin duyarlılık ve özgüllükleri hesaplanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 81 hastanın 24'ünde en az bir yöntemle anti-dsDNA pozitif saptanmış, 12 hastada her üç yöntem de pozitif sonuçlanmıştır (Şekil 1). Tek başına CLIFT ile pozitiflik saptanan hastaya rastlanmamıştır. Elde edilen tüm sonuçlarla, testler arasında hesaplanan Cohen kappa analizine göre, testler birbirleriyle iyi düzeyde uyumlu saptanmış, en uyumlu sonuçların CLIFT ve ELISA yöntemleriyle elde edildiği görülmüştür (Tablo). CLIFT, yüksek özgüllüğü nedeniyle diğer yöntemlerle pozitiflik saptanan örneklerin doğrulanmasında kullanıldığı için, standart test olarak kabul edilerek ELISA ve immunoblot testlerinin duyarlılık ve özgüllükleri hesaplanmıştır. ELISA'nın duyarlılığı %100, özgüllüğü %91; immunoblot testinin duyarlılığı %85,7, özgüllüğü %91 olarak saptanmıştır. Dosya bilgilerine ulaşılabilen hastalarda, test sonuçları ve hastalık aktiviteleri karşılaştırıldığında her üç testle pozitiflik saptanan hastalarda hastalık aktivasyon skorları yüksek olarak değerlendirilmiş olmasına rağmen (14 hasta; 7 hastanın SLEDAI skoru 4 ve üzerinde), üç yöntemle anti-dsDNA antikoru negatif saptanan hastalar arasında da yüksek hastalık aktivasyon skoruna sahip hastalar olduğu görülmüştür (55 hasta; 27 hastanın SLEDAI skoru 4 ve üzerinde).

Sonuç: SLE hastalarının takibinde kullanılan anti-dsDNA otoantikörlerinin yüksek özgüllüğe sahip yöntemlerle

değerlendirilmesi önemlidir. Duyarlılığı yüksek bir testle elde edilen (örneğin; ELISA) pozitif sonucun, özgüllüğü daha yüksek ikinci bir testle doğrulanması önerilmektedir. Anti-dsDNA testlerinin, kullanılan antijen molekülü, yöntem gibi parametrelerde farklı göstermesi; hastaların otoantikörlerinin epitop tanıma, afinite gibi özelliklerinde farklılıklar olması nedeniyle standardizasyonu güçtür. Çalışmamızda aynı firmaya ait kitler kullanılmış olmasına rağmen, farklı sonuçlar elde edilen küçük hacimli hasta popülasyonlarımız olması nedeniyle, yöntemlerin performanslarının değerlendirilebilmesi için daha büyük hasta gruplarıyla yapılmış çalışmalara ihtiyaç vardır. Test algoritmalarının kullanılması, yöntemlerin kombine edilmesi ve elde edilen sonuçların hasta kliniği ile birlikte değerlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, anti-dsDNA, otoantikör



Şekil 1. Anti-dsDNA ELISA, immünoblot ve CLIFT testleriyle pozitif saptanan sonuçların Venn diyagram ile dağılımları (n=24)

PS-153

Metotreksat kullanan enflamatuvar artrit hastalarında karaciğer fibrozisini değerlendirmede basit, non-invaziv FİB-4 skoru yol gösterici olabilir

Gül Sandal Uzun, Buğu Bulat, Umut Kalyoncu

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

Amaç: Metotreksat (MTX) tedavisinin uzun dönem kullanımına bağlı karaciğer fibrozisi gelişebileceğine dair görüşler vardır. Basit, non-invaziv bir yöntem olan fibrozis-4 indeksinin (FİB-4) karaciğer fibrozisini göstermede kullanılabileceği belirtilmektedir. Bu çalışmanın amacı MTX kullanan romatoid artrit (RA) ve psöriatik artrit (PsA) hastalarında karaciğer fibrozisini FİB-4 skoru ile değerlendirmektir.

Yöntem: Hasta seçimi, dahil ve dışlama kriterleri; Aralık 2022-Ağustos 2023 arasında rutin poliklinik takibine gelen hastalar çalışmaya dahil edildi. a) En az üç ay MTX kullanmış olmak, b) Birden fazla takip vizitinin olması, c) MTX başlangıcındaki FİB-4 skorunun bilinmesi, d) HBV, HCV ve karaciğer malignitesi olmaması, e) Hidroksiklorokin ve steroid dışındaki sentetik ve/veya biyolojik DMARD kullanılmaması kriter olarak belirlendi. FİB-4 skoru ve MTX kullanımı; hastaların MTX başladığı dönemde FİB-4 skoru hesaplandı. FİB-4 indeksi şu şekilde değerlendirildi:

yaş (yıl) \times AST(IU/L)/[trombosit sayısı(10⁹/L) \times \sqrt ALT(IU/L)]:FİB-4 skoru cut-off değerleri 1,3 üzerinde olanlarda fibrozis açısından risk altında kabul edildi. Takip edilen dönem içerisinde yıllık, MTX kesilen hastaların kesilme tarihinde ve son vizit değerlendirmelerindeki FİB-4 skoru kaydedildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, medikal tedaviler (hepatotoksik ilaçlar) ultrasonografi ile hepatosteatoz varlığı incelendi.

Bulgular: Çalışmaya 107 [82'si (%76,6) RA ve 25'i (%23,4) PsA] hasta dahil edilmiştir. Hastaların 81'i (%75,7) kadın, ortalama yaşları 55,5 (%13,5) yıl, ortalama hastalık süresi RA'da 8,2 (0,4-25) yıl, PsA'da ise 1,2 (0,2-1,6) yıldır (p<0,001). Hastaların 40 (%37,4) konkomitan hidroklorokin kullanıyordu. MTX başlangıç döneminde FİB-4 skoru; MTX öncesi ortalama FİB-4 skoru ortanca 0,97 (0,18-3,09) olarak hesaplandı, hastalıklar arasında fark yoktu. MTX başlangıcında 24/107'sinde (%22,4) FİB-4 skoru 1,3 ve üzerinde olarak hesaplandı (Tablo 1). MTX başlangıcında FİB-4 yüksek olan hastalarda komorbiditeler daha sıklıkla. MTX kullanımı sırasında FİB-4 skorunda değişim; MTX kullanan hastalar ortalama 3,6 yıl (0,3-22,7) takip edilmiştir. On yedi/107 (%15,8) hastada MTX takip sırasında kesildi; 7'si gastrointestinal intolerans, 3'ü malignite, 2'si sebat eden karaciğer enzim yüksekliği, 2'si tedaviye yanıtızsızlık, 2'si lökopeni, 1'i gebelik planı idi. Takip sırasında başlangıçta FİB-4 skoru 1,3'ün üzerinde olan 24 hastanın 5'inde (%20,8) FİB-4 skoru 1,3'ün altına inmişken, başlangıçta FİB-4 skoru 1,3'ün altında olan 83 hastanın 18'inde (%21,6) FİB-4 skoru 1,3'ün üzerine çıkmıştı. Son vizitte toplamda 37 (%34,5) hastada FİB-4 skoru 1,3 ve üzerindeydi. FİB-4 skoru normalden 1,3'ün üzerine çıkan hastaların MTX kullanım süresi daha uzun [6,89 (1,70-17,2'e karşı 2,56 (0-22)) p=0,022] ve kümülatif MTX dozu [3,64 (1,39-13,9'e karşı 1,78 (0-12,8)) p=0,004] daha yüksekti. Kümülatif MTX kullanımı [OR 1,18 (1,01-1,33), p=0,03] ve diabetes mellitus varlığı [OR 4,60 (1,74-12,50), p=0,002] FİB-4 skorundaki yüksekliği kolaylaştıran faktörlerken, konkomitan hidroklorokin kullanımı [OR 0,28 (0,10-0,78) p=0,015] ise koruyucu olarak bulunmuştur.

Sonuç: Enflamatuvar artrit hastalarında MTX tedavisi öncesinde %22 hastada FİB-4 skoru yüksektir. MTX tedavisi altında ortanca 3,5 yıl takip edildiğinde hastaların yaklaşık üçte birinde FİB-4 skoru fibrozisi gösterecek şekilde yüksek bulunmuştur. Kümülatif MTX dozu ve komorbidite olarak DM varlığı, fibrozis gelişimi kolaylaştırırken konkomitan hidroklorokin kullanımı koruyucu olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamıza göre MTX kullanımı altında FİB-4 skorunda yükselme nadir değildir, daha geniş bir hasta kohortunda bu durumun klinik yansımaları üzerinde durulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: FİB-4 skoru, karaciğer fibrozisi, metotreksat, psöriatik artrit, romatoid artrit

PS-154

Psoriasisli ve psöriatik artritli hastalarda serum CXCL-13 düzeylerinin karşılaştırılması

Derya Yıldırım¹, Merve Baykul², İbrahim Vasi¹, Mehmet Güleğül³, Yusuf Can Edek³, Hamit Küçük¹, Hazan Karadeniz¹, Esra Adışen³, Abdulsamet Erden¹, Berna Göker¹, Kemal Nas⁴, Mehmet Akif Öztürk¹

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

²Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Sakarya

³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara

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

Amaç: Psoriasis, ağırlıklı olarak deri ve eklem tutulumu olan kronik, otoimmün bir hastalıktır. Psöriatik artritte ilerlemesine yol açan faktörler ile ilgili birçok patogeneze ve biyomarker çalışması mevcuttur. Bir B-hücresi kemokin olan CXCL-13, lenfoid yollarda, immün yanıtlarda ve birçok romatolojik hastalığın patogenezinde incelenmiş ve vurgulanmıştır. Ayrıca bu kemokin, lupus nefriti gibi romatizmal hastalıkların sistemik tutulumuyla da ilişkilidir. Çalışmanın amacı psoriasis ve psöriatik artrit hastalarında serum CXCL-13 düzeylerini değerlendirmek ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya 54 psoriasisli, 47 psöriatik artritli hasta ve 19 sağlıklı kontrol dahil edildi. Çalışmamızda serum CXCL-13 düzeyleri, Human BLC (CXCL 13) kiti (BT Lab, Shanghai, Çin) aracılığıyla ELISA yöntemiyle analiz edildi.

Bulgular: Yaş, vücut kitle indeksi ve serum PASI skorları gruplar arasında benzerdi (Tablo 1). Psöriatik artritli ve psoriasisli hastalarda CXCL-13 düzeylerinin ortanca değeri kontrol grubuyla karşılaştırıldığında anlamlı derecede yüksekti (p=0,001). Ancak serum CXCL-13 düzeyleri psoriasis ve psöriatik artrit grupları arasında benzerdi (p=0,251).

Sonuç: Birçok klinik çalışma, CXCL13 ekspresyonunun birçok otoimmün durumda arttığını ve hastalığın aktivitesi, prognozu ve semptomatik durumu ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca SLE'de bu kemokin hastalığın eklem dışı tutulumuyla ilişkilendirilmiştir. Ayrıca daha önceki çalışmalarda sedef hastalığında serum ve doku CXCL-13 düzeylerinin arttığı ve hastalığın ciddiyeti ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda serum CXCL-13 seviyelerinin psoriasis ile ilişkili olduğu ancak eklem tutulumu ile ilişkili olmadığı sonucu çıkarılabilir. Ancak daha geniş ölçekli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Psoriasis, psöriatik artrit, CXCL-13

Moyamoya sendromu ve antifosfolipid antikor sendromu birlikteliği

İbrahim Vasi, Rıza Can Kardeş, Derya Yıldırım, Burcuğül Kaya, Rahime Duran, Abdulsamet Erden, Hamit Küçük, Abdurrahman Tufan, Berna Göker, Mehmet Akif Öztürk

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

Amaç: Moyamoya hastalığı, çoğunlukla ön serebral dolaşıma ait vasküler yapıların ilerleyici daralması ve kollateral damar ağının oluşmasıyla karakterize, etiyojisi bilinmeyen nadir bir serebrovasküler hastalıktır. Sıklıkla serebral iskemi bulguları ile prezente olmakla birlikte serebral hemoraji kliniği de görülebilmektedir. Moyamoya sendromu ise iyi bilinen diğer klinik durumlar ile Moyamoya vaskülopatisinin birlikteliği olarak tanımlanmaktadır. Çalışmamızda literatürde antifosfolipid sendromu (AFAS) ile Moyamoya sendromu birlikteliği olan olguların klinik bulguları, tedavi özellikleri ve prognozları ile ilgili verilerin derlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Pubmed veritabanı üzerinden Moyamoya, AFAS ve antifosfolipid antikorları (lupus antikoagülan, anti-beta 2 glikoprotein ve anti-kardiolipin) anahtar kelimeleri kullanılarak tam metnine ulaşım sağlanabilen İngilizce dilinde yazılmış olan olgu raporları araştırılmıştır. Olgu raporlarından 18 yaş ve üzeri Moyamoya sendromu ve AFAS birlikteliği olan hastaların klinik özellikleri değerlendirilmiştir.

Bulgular: On sekiz yaş ve üzerinde AFAS ve Moyamoya sendromu birlikteliği olan 10 olgu saptanmıştır. Bu hastaların 6'sı (%60) kadın ve Moyamoya hastalığı saptanma yaşı ortalama 34,4±10,2 (SS) yıl olarak saptanmıştır. Sigara kullanım öyküsü 6 (%60) hastada görülmüştür. Dört kadın hastanın sadece 1'inde AFAS kliniği ile uyumlu gebelik morbiditesi olduğu görülmüştür. AFAS minör klinik bulgularından livedo retikularis, trombositopeni, hemolitik anemi ve aort yetmezliği 1'er hastada saptanmıştır. Sadece 1 hastada katastrofik AFAS kliniği saptanmıştır. AFAS antikor varlığı açısından değerlendirildiğinde 2 hastada triple, 3 hastada ise double antikor pozitifliği saptanmıştır. Dört hastaya sadece warfarin, 4 hastaya sadece asetilsalisilik asit ve 2 hastaya asetilsalisilik asit ve klopidogrel tedavileri verildiği görülmüştür. Mevcut tedaviler ile 5 hastada kliniğin stabil seyrettiği, 3 hastanın ise tedavilere rağmen progrese olduğu görülmüştür.

Sonuç: Moyamoya sendromu ile antifosfolipid antikor varlığı arasındaki ilişki tam olarak bilinmemektedir. Antifosfolipid antikorların, Moyamoya sendromunun patogeneğinde endotelial vasküler hasar ve tromboz ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Moyamoya sendromu olgularında AFAS kliniğinin değerlendirilmesi bazı güçlükler içermektedir. Moyamoya sendromu ile ilişkili vasküler değişiklikler ile AFAS'ye bağlı trombozun ayrımı her zaman net olamamaktadır. Bununla birlikte AFAS-Moyamoya sendromu birlikteliğinde optimal tromboz profilaksisi de net değildir. Moyamoya sendromunda kanama riski de olması nedeniyle Moyamoya sendromu-AFAS birlikteliğinde antitrombotik ve antikoagülan tedaviler dikkatle uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Antifosfolipid sendromu, Moyamoya hastalığı

Klinisyene göre enflamatuvar bel ağrısı olan hastalar ile aksiyal spondiloartrit tanılı kadın ve erkek hastaların İBA özellikleri farklı olabilir mi?

Özge Yoğurtcu¹, Ayten Özkan², Hasan Kocaayan², Halil İbrahim Yiğit Atlı², İdil Kurut Aysin², Esra Erpek², Elif Ediboğlu², Eda Otman Akat², Haluk Cinaklı², Sercan Gücenmez², Dilek Solmaz², Servet Akar²

¹İzmir Kâtip Celebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İzmir

²İzmir Kâtip Celebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

Amaç: Aksiyal spondiloartrit (axSpA) tanı ve sınıflamasında enflamatuvar bel ağrısı önemli bir klinik özelliktir. Ancak axSpA için tek başına sensitivite ve spesifisite sınırlı olabilir. Bu nedenle çalışmamızda farklı kriter setlerine göre İBA özelliklerinin axSpA hastaları ve klinisyene göre İBA olan hastalarda ayırt edici özellikleri olup olmadığı ve bunların cinsiyet açısından farklılıkları gözden geçirilmiştir.

Yöntem: Tek merkez axSpA kohortunda izlenen, klinisyen tarafından enflamatuvar bel ağrısı (n=105) olarak değerlendirilen ve ASAS kriterlerine göre axSpA (n=568) olarak sınıflandırılan 673 hasta bu çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik, klinik ve aktivite verileri elde edildi. BASDAI inaktif/aktif değerlendirilmesi için ≥ 4 kestirim değeri olarak kullanıldı. ASDAS-CRP için ise $\geq 2,1$ değeri kabul edildi. Bu iki grubun kadın ve erkek hastaları kendi içerisinde ve karşılıklı olarak İBA kriterlerini ve bileşenlerini karşılama sıklıklarına göre değerlendirildi.

Bulgular: Demografik ve klinik özelliklere bakıldığında İBA grubunun kadın hastaları daha ileri yaşta (45,2±10,74 vs. 38,5±8,73; p=0,004) ve daha uzun semptom süresine (8,1±8,55 vs. 5,5±5,72; p=0,112) sahipken erkek hastaların HLA B27 pozitiflik oranı (%23,4 vs. %46,2; p=0,033) ve üveit sıklığı (%1,3 vs. %13,3; p=0,023) daha fazla olduğu görüldü. ASAS'ye göre aile öyküsü varlığı her iki grupta da kadınlarda daha yüksekti (Tablo 1). Benzer şekilde her iki grupta kadınlar daha yüksek BASDAI total ve aktif duruma sahipken CRP erkeklerde daha yüksek olma eğilimindeydi. ASDAS-CRP'de ise aktivite açısından cinsiyetler açısından bu fark ortadan kalkmaktadır. Klinisyene göre İBA grubunda erkek hastaların daha yüksek oranda İBA kriterlerini karşıladıkları görülse de sadece ASAS kriterlerini karşılamada bu fark anlamlılığa ulaşmıştır (Tablo 2). Kadın hastalarda kronik bel ağrısı sıklığı ve gecenin ikinci yarısında bel ağrısı nedeniyle uykudan uyanma oranları erkeklerde daha yüksek bulunmuştur. İki gruptaki hastaların cinsiyetlere göre karşılıklı yapılan değerlendirmelerinde ise yine kriterleri karşılama oranları benzerdir. Sadece ASAS kriterleri için axSpA grubu kadınlar İBA kadın hastalarından daha yüksek orana sahiptir. Bileşenler açısından ise erkek hastalar çoğunlukla benzerlik göstermekte kadın hastalarda ise axSpA grubunda egzersizle düzelme ve gezici gluteal ağrı oranları daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Kadın ve erkekler arasında aktivite açısından oluşan farklılık hasta tarafından raporlanan ölçeklerde belirgin iken komposit ölçeklerde bu fark ortadan kalkmaktadır. Hastalık

yükü bu açıdan axSpA ve klinisyene göre İBA'lı hasta grupları cinsiyetlerinde de benzerdir. İBA kriterlerini karşılama oranlarının, axSpA hastalarında ve klinisyene göre tanılamada benzer oranlarda olması klinisyenlerin değerlendirmelerinde kriter setlerinin etkisi altında olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Calin kriterleri, Berlin kriterleri, ASAS kriterleri, enflamatuvar bel ağrısı, aksiyal spondiloartrit

PS-157

Psöriatik artrit hastalarında C-reaktif protein/ albümin oranı ve albümin/fibrinojen oranı hastalık aktivasyonuyla ilişkilendirilebilir mi?

Pelin Petek Varol¹, Melike Ersoy², Derya Akarken²,
Emine Fiğen Tarhan²

¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Muğla

²Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Muğla

Amaç: Psöriatik artrit (PsA) hem aksiyel hem de periferik kas iskelet sistemini etkileyen spondiloartropati grubunun üyesi kronik enflamatuvar bir hastalıktır. Tedavilerin etkinliğini değerlendirmek ve klinik standardizasyonu sağlamak için geçerli, güvenilir hastalık aktivite ölçeklerine ihtiyaç vardır. Biz bu çalışmamızda; C-reaktif protein (CRP)/albümin oranı (CAR) ve albümin/fibrinojen oranının (AFR) PsA takibindeki önemi göstermeyi ve hastalık aktivasyon skoru olan Psöriatik Artritte Hastalık Aktivitesi (DAPSA) ile karşılaştırılmasını planladık.

Yöntem: Çalışmaya, Haziran 2023-Ağustos 2023 tarihleri arasında hastanemizde romatoloji polikliniğine başvuran gebe ya da postpartum dönemde olmayan, cerrahi, travma, malignitesi ve enfeksiyon öyküsü olmayan 18-75 yaş arası, CASPAR kriterlerine göre PsA tanısı konulan 64 hasta ile, yaş ve cinsiyeti uyumlu 64 sağlıklı kontrol grubu alındı. Hemogram, biyokimya ve CRP, sedimentasyon (ESH), albümin, fibrinojen, ferritin gibi akut faz reaktanları hastanemiz laboratuvarında çalışıldı. Hastaların 5 kriterden oluşan DAPSA skorları hesaplandı. DAPSA'ya göre 0-4 puan remisyon, 5-14 puan düşük hastalık aktivitesi, 15-28 puan orta derece hastalık aktivitesi, 28 puan üzeri yüksek hastalık aktivitesi olarak kabul edildi. Hastaların verileri prospektif olarak kaydedildi. Verilerin analizi SPSS (Statistical Package For Social Sciences) versiyon 22.0 paket programı kullanılarak çözümlendi. Tüm analizler için istatistiksel anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: PsA hastalarının ortalama yaşları 49,55 (22-74), kontrol grubunun ortalama yaşı 50,03 (21-72) olarak tespit edildi. Hasta grubunun 27'si (%42,2) erkek, 37'si (%57,8) kadın, kontrol

grubunun 27'si (%42,2) erkek, 37'si (%57,8) kadın olarak saptandı. Ortalama hastalık süresi 8,68 yıldır (1-40). DAPSA skoruna göre hasta dağılımı grup 1'de 15 (%23,4), grup 2'de 23 (%35,9), grup 3'te 21 (%32,8), grup 4'de 5 (%7,8) olarak tespit edildi. Grup 1 ve grup 2 hastaların CAR değerleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı ($p=0,083$). Grup 1 ve grup 2 hastaların AFR değerleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı ($p=0,588$). Grup 1 ve grup 3 hastaların CAR değerleri kıyaslamasında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p=0,033$). Grup 1 ve grup 3 hastaların AFR değerleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı ($p=0,72$). Grup 2 ile grup 3 hastaların CAR değerleri kıyaslandığında aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı ($p=0,973$), grup 2 ile grup 3 hastaların AFR değerleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı ($p=0,821$). Grup 1 ile grup 2 ve 3 ve 4 hastaların arasında CAR değerleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı ($p=0,069$), grup 1 ile grup 2 ve 3 ve 4 hastaların arasında AFR değeri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı ($p=0,12$). Çalışmamızın son verilerinde grup 4 hastaların sayısının yetersiz olması nedeniyle tek tek gruplar arası karşılaştırma yapılamadı.

Sonuç: PsA hastalık aktivitesinin belirlenmesinde birçok skorlama sistemi geliştirilmiştir. Ayrıca aktif hastalığı yakalamak için poliklinik şartlarında ulaşılabilen basit belirteçlerin kullanımı hastalık takibi açısından önemlidir. CRP ve ESH serum seviyeleri, enflamasyonu değerlendirmek için kabul edilen biyobelirteçlerdir ve hastalık aktivitesi ile ilişkisi doğrulanmıştır. Geleneksel belirteçler dışında yeni göstergeler de çalışılmaktadır. CAR ve AFR bu çalışılan belirteçlerden iki tanesidir. Literatürde bu değerlerin PSA hastalarında çalışıldığı az sayıda çalışma vardır. Literatürdeki çalışmalar da özellikle CAR değerinin aktif hastalığı göstermede anlamlı olduğu düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda da orta hastalık aktivitesi grubunda remisyon grubuna göre CAR değeri anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Bu durum aktivasyon tayini için faydalı olabilir. Yüksek hastalık aktivitesi olan grup 4'te diğer gruplara göre CAR ve AFR değerlerinde anlamlı bir değişiklik gözlenmemiştir. Grup 4'teki hasta sayımızın diğer gruplara göre az sayıda olması da bu sonuca neden olmuş olabilir. Çalışmamız halen devam etmektedir.

CAR ve AFR, PSA'da hastalığın aktivitesini değerlendirmek için basit ve hızlı bir değerlendirme yöntemi olarak günlük pratikte yararlı olabilir. Çalışmamızın erken bulguları doğrultusunda CAR ve AFR'nin hastalık aktivitesi belirlemede yeni biyobelirteçler olarak kullanılabilmesi düşünülmekte olup daha yüksek hasta sayısı ile yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Psöriatik artrit, CAR, AFR

Erişkin Ailevi Akdeniz ateşi hastalarında ilaç uyumunun hastalık algısı ile ilişkisinin değerlendirilmesi

Sibel Yılmaz Öner, Nesrin Şen, Sevtap Acer Kasman, Duygu Şahin, Neval Uzun, Sibel Ösken, Can Öner, Mehmet Engin Tezcan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul

Amaç: Hastalık algısı, hastaların somut ve soyut kaynaklardan aldıkları bilgilerle hastalıklarına ilişkin geliştirdikleri düşüncelerdir. Hastalık algısının hastalıkla baş etme, tedavi uyumu ve etkinliği ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı Ailevi Akdeniz ateşi (FMF) hastalarında hastalık algısının ilaç uyumu ile ilişkisinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: 2021-2023 Haziran tarihleri arasında polikliniğimize başvuran 245 erişkin FMF hastası çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalık algısı Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ) ile değerlendirilmiştir. KHAÖ, her bir maddesi 0-10 arasında puanlanan ve hastalık algısına ilişkin bir bileşeni sorgulayan 9 maddeden oluşmaktadır. Hastalık algı skoru arttıkça bireyin hastalıktan etkilenme düzeyi ve hastalığı endişe verici olarak algılama düzeyi artmaktadır. İlaç uyumu MASIF ölçeği (<60 puan “kötü ilaç uyumu”, ≥60 puan “iyi ilaç uyumu”) ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastaların %68,6’sı (n=168) kadın, yaş ortalaması 36,1±12,2 yıl ve FMF tanısı yaşı ortalaması 24,0±13,0 yıldır. Hastaların ortalama KHAÖ skoru 43±11,7 idi. Hastaların cinsiyet, eğitim durumu, kronik hastalık varlığı ve çalışma durumuna göre KHAÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktu (Tablo 1). İyi düzeyde ilaç uyumu olan hasta oranı %75,5 (n=185) idi. İlaç uyumu kötü olan hastaların hastalık algı puanı anlamlı olarak yüksekti. İlaç uyumlu ve uyumsuz hastaların hastalıktan etkilenme, hastalık üzerine kontrol, tedaviye inanç, hastalığı anlama ve hastalığa verilen duygusal tepki alt boyutları anlamlı farklılık göstermekteydi (Tablo 2).

Sonuç: FMF hastalarında hastalık algısının orta düzeyde olduğu söylenebilir. İlaç uyumuna göre hastalık algısı puanları anlamlı farklılık göstermektedir. İlaç uyumunun artırılması için ilaç uyumu üzerinde olumsuz etkisi olan hastalık algısı alt boyutlarında hastaların daha iyi bilgilendirilmesi faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz ateşi, hastalık algısı, ilaç uyumu

PS-159

Sistemik skleroz hastalarında gastrointestinal tutulum özellikleri ile anti muskarinik reseptör 3 antikorları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Fatma Rukiye Uysal¹, Gizem Ayan², Yasin Kıran³, Alper Sarı⁴, Levent Kılıç², Taylan Kav⁵, Sedat Kiraz², Ali Akdoğan²

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 Merkez Laboratuvarı, Ankara

⁴Etilik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

⁵Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Sistemik sklerozda (SSk) gastrointestinal sistem (GİS) tutulumu önde gelen bir morbidite nedenidir. GİS tutulumu açısından non-invazif biyobelirteçlere ihtiyaç vardır. GİS tutulumunda, anti muskarinik 3 reseptör (anti-M3R) antikorlarının patogeneziindeki rolü gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı SSk hastalarında GİS tutulum özellikleri ile serum anti-M3R antikorlarının ilişkisinin araştırılmasıdır.

Yöntem: Bu çalışma 41 SSk hastası ve 5 sağlıklı kontrol ile gerçekleştirilmiştir. Tüm hastaların GİS şikayetleri sorgulanmıştır. Malnutrisyon için MUST ve ESPEN, GİS tutulum şiddeti için UCLA SCTC GIT 2.0 skorları hesaplanmıştır. Anti-M3R antikorunu tespit etmek için sandviç-ELISA testi kullanılmıştır (MyBioSource, Inc. San Diego, ABD). İki hastanın kan örnekleri hemolizli olduğu için anti-M3R antikorları 39 hastada test edilmiştir. Serum anti-M3R antikor titreleri ile hastaların klinik özellikleri, GİS semptomları ve malnutrisyon skorları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastaların 31’i (%85,4) kadındı, 32’sinin (%78) limitli SSk tanısı vardı, ortalama yaşları 53,6±13,5 yıl, ortanca hastalık süresi (IQR) 15 (6,00-20,50) yıldır. 37 (%90,2) hastada GİS tutulumu vardı. Hastaların 18’inde (%46,1) anti-M3R antikor pozitif idi. Anti-sentromer antikor pozitif olan hastaların hepsinde (n=5) anti-M3R antikorlar negatif, miyozit olan hastaların tümünde (n=4) ise pozitif olarak tespit edildi (Tablo 1). Total UCLA SCTC GIT 2.0 skoruna göre orta-ağır şiddette GİS tutulumu ile anti-M3R antikor titreleri arasında ilişki saptanmadı (tüm parametreler, p>0,05). MUST skoru ile malnutrisyon riski olan ve olmayan hasta grupları arasında anti-M3R antikorları titreleri ve antikor pozitif hasta sayısı farklı değildi (tüm parametreler, p>0,05). ESPEN kriterleri kullanılarak belirlenen malnutrisyonu olan ve olmayan hasta grupları arasında anti-M3R antikor titreleri ve antikor pozitif hasta sayısı farklı değildi (p>0,05). Klinik özellikler açısından fekal inkontinansı olan hastalarda olmayanlara göre anti-M3R antikor titreleri daha düşük bulundu (p=0,05). Kilo kaybı olan hastalarda, olmayanlara göre antikor titrelerinde yüksek olma eğilimi mevcuttu ancak anlamlı düzeye ulaşmadı (p=0,09). Klinik ve laboratuvar özelliklerine göre antikor titrelerinin karşılaştırılması Tablo 2’de verilmiştir.

Sonuç: Bu çalışmada SSk hastalarında önemli oranda anti-M3R antikor pozitifliği tespit edilmiştir. Anti-M3R antikor pozitifliği veya titreleri ile total UCLA SCTC GIT 2.0 skoru veya malnutrisyon riski arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, GİS tutulumu, anti-M3R

Behçet hastalığına bağlı göz tutulumu olup biyolojik tedavi alan hastaların klinik özelliklerinin retrospektif incelenmesi: Tek merkez deneyimi

Tuğba Ocak, Belkıs Nihan Coşkun, Burcu Yağız, Ediz Dalkılıç, Yavuz Pehlivan

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

Amaç: Behçet sendromu (BS) deri, mukoza, eklem, göz, damar, sinir sistemi ve gastrointestinal sistem tutulumu yapan sistemik bir vaskülitir. Göz tutulumu en sık morbidite nedeni olup %50-70 oranında görülmektedir. Tedavisiz kaldığında kalıcı körlüğe sebep olabilir. Behçet üveiti sıklıkla panüveit şeklinde olup ataklarla seyretmektedir. Ayrıca anterior üveit, intermediate üveit, posterior üveit, vasküler tıkanıklık ve optik nörit yapabilir. Anterior üveit topikal olarak tedavi edilirken diğer göz tutulumlarında sistemik tedavi gerekmektedir. Konvansiyonel tedavilere yetersiz yanıt olanlarda biyolojik tedaviler önerilmektedir. Çalışmamızda biyolojik tedavi alan hastaların klinik özelliklerini sunmayı amaçladık.

Yöntem: Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı'nda BS göz tutulumu ile takipli olup biyolojik tedavi alan 22 hastanın verileri hastane elektronik sistemi kullanılarak retrospektif olarak tarandı.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların 14'ü (%63,6) erkekti. Hastaların medyan tanı yaşı 26,5 (16-38) yıldır. Tüm hastaların oral aft ve mukokutanöz bulguları mevcuttu. On altı hastada genital ülser, 5 hastada eklem, 7 hastada nörolojik, 6 hastada venöz vasküler tutulum, 2 hastada yüzeysel tromboflebit, 4 hastada derin ven trombozu, 1 hastada dural sinüs trombozu, 1 hastada arteriyel tromboz ve 1 hastada anevrizma mevcuttu. On beş hastada HLA B51, 7 hastada paterji testi pozitif. Beş (%22,7) hastada anterior üveit, 8 (%36,4) hastada posterior üveit, 7 (%31,8) hastada panüveit, 2 (%9,1) hastada retinal vaskülit, 2 (%9,1) hastada optik nörit vardı. Medyan takip süresi 132 (48-256) aydı. Tanıdan sonra biyolojik tedavi başlangıç süresi medyan 60 (3-180) aydı. Hastaların hepsi biyolojik tedavi öncesinde konvansiyonel tedavileri almıştı. İmmünoşpresif tedavi olarak 16 (%72,7) hasta azatioprin, 1 (%4,5) hasta mikofenolat mofetil, 1 hasta (%4,5) metotreksat, 7 (%31,8) hasta siklosporin, 6 (%27,3) hasta siklofosfamid, 2 (%9,1) hasta interferon, 18 (%81,8) hasta steroid tedavisi almıştı. Biyolojik ajan olarak 16 hasta infliksimab (%72,7), 3 hasta (%13,6) adalimumab, 1 hasta (%4,5) sekukinumab, 1 hasta (%4,5) tosilizumab, 1 hasta (%4,5) etanersept almıştı. Biyolojik tedaviyle birlikte 16 (%72,7) hasta azatioprin, 1 (%4,5) hasta mikofenolat mofetil, 14 (%63,6) hasta steroid tedavisi almıştı. Biyolojik tedavi medyan kullanım süresi 64,8 (3-156) aydı. İki hastada biyolojik tedavi remisyon nedeni kesilmişti. Dört hasta biyolojik tedaviyi kendi isteğiyle bırakmış olup, bu hastaların 2 tanesinde üveit atak nedeniyle TNF-alfa inhibitörü yeniden başlanmıştı.

Sonuç: BS'ye bağlı posterior ve panüveit tedavisinde ilk olarak azatioprin, siklosporin A ve steroid kombinasyonu kullanılmaktadır. Biyolojik tedaviler konvansiyonel tedaviye yanıtız olgularda tercih edilmektedir. Hayatı tehdit edici tekrarlayan ataklarda ilk tedavi seçeneği olarak da kullanılmaktadır. Çalışmamızda literatüre benzer şekilde hastaların hepsi biyolojik tedavi öncesinde diğer immünoşpresif tedavileri almıştır. Çalışmamıza benzer şekilde,

genellikle TNF-alfa inhibitörlerinden infliksimab ve adalimumab kullanılmakta olup diğer biyolojik ajanların kullanımı daha nadirdir. Bir hasta göz tutulumu açısından remisyonunda olup, mukokutanöz bulgularının aktif olması nedeniyle etanersept almıştır. İnfliksimab ve adalimumab tedavilerini alan dirençli panüveiti olan 1 hastada tosilizumab ile remisyon sağlanmıştır. Tosilizumab ile remisyon sağlanan olgular literatürde sınırlı sayıdadır. Atienza-Mateo ve ark.'nın yaptığı çalışmada en az bir TNF-alfa inhibitörü almış olup tedaviye dirençli olan 11 hastada tosilizumab tedavisine yanıt alınmıştır. Bir hastaya da göz bulgularının remisyonunda seyretmesi fakat eklem bulgularının ön planda olması nedeniyle sekukinumab tedavisi verilmiştir. En sık tutulum şekli olan göz tutulumunda biyolojik ajanların kullanımıyla kalıcı göz hasarları önlenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, göz tutulumu, biyolojik tedavi

PS-161

Skleroderma hastalarında Tai Chi egzersiz programının kardiyopulmoner fonksiyonlar ve yaşam kalitesi üzerine etkinliğinin incelenmesi

Sebahat Yaprak Çetin¹, Bilge Başakçı Çalık², Ayşe Ayan³

¹Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Antalya

²Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Pamukkale

³Antalya Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Antalya

Amaç: Sistemik skleroz (SS), sadece deriyi etkileyen değil aynı zamanda eklemleri, kasları ve kalp ve akciğerler gibi önemli iç organları da tutan semptomlara neden olan otoimmün bir hastalıktır. Tüm bu çoklu sistem tutulumları dolayısıyla sklerodermalı bireylerin yaşam kalitesinde düşüş olmaktadır. Ayrıca literatür bu bireylerde egzersiz kapasitesinin ve kas kuvvetinin düştüğünü belirtmiştir. Çalışmalarda kas kuvvetlendirmesini de içeren aerobik egzersiz programı sonrasında bu bireylerde egzersiz toleransı, aerobik kapasite, yürüyüş mesafesi, kas kuvveti, kas fonksiyonları ve dolayısıyla yaşam kalitesinin arttığı görülmüştür. Tai Chi Chuan fiziksel egzersiz ve gevşeme tekniklerinin kombinasyonundan oluşan ve kişilerin mental ve fiziksel sağlığını geliştirmek amacıyla kullanılan geleneksel Çin egzersiz yöntemidir. Tai Chi'nin vücudun aerobik kapasitesini, psikolojik iyilik halini geliştirdiğini gösteren çok sayıda çalışma mevcuttur. Tai Chi literatürde özellikle yaşlılarda, romatoid artrit ve osteoartrit gibi kas-iskelet hastalığı olan bireylerde ağrıyı azalttığı, fiziksel fonksiyonu geliştirdiği, depresyon ve yaşam kalitesi üzerinde iyileştirici etkisi olduğu ve hipertansiyon, diyabet gibi yaygın kardiyovasküler risk faktörlerini azaltmada yararlı olduğu görülmüştür. Çalışmanın amacı sklerodermalı bireylerde Tai Chi'nin kardiyopulmoner fonksiyonlara ve yaşam kalitesine etkinliğini incelemektir.

Yöntem: Çalışmaya yaş ortalaması 53,00±10,00 olan 28 SS'li (25 kadın, 3 erkek) hasta dahil edildi. Eğitim için hastalar kendi içinde blok randomizasyon yöntemiyle iki gruba ayrıldı. Birinci gruba 8 hafta boyunca haftada 2 gün 60 dk Tai Chi eğitimi, 2. gruba ise haftada 2 gün 60 dk ev egzersizi verildi. Hastaların kardiyopulmoner fonksiyonlarını değerlendirmek için 6 dk yürüme testi ve St. George Solunum anketi, yaşam kalitesini değerlendirmek için ise

Kısa form 36 (SF-36) kullanıldı. Tüm değerlendirmeler çalışma öncesi ve çalışmanın sonunda 8. haftada yapıldı.

Bulgular: Eğitim öncesi gruplar karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Eğitim sonrası grup içi karşılaştırmalarda Tai Chi grubunda tüm parametrelerde anlamlı fark bulunurken ($p=0,001-0,045$); kontrol grubunda 6DYT ve SF-36'nın fiziksel fonksiyon alt parametresinde anlamlı fark bulundu ($p=0,045$, $p=0,038$). Eğitim sonrası gruplar karşılaştırıldığında Tai Chi grubunun ev egzersiz grubuna göre tüm parametreler açısından üstün olduğu bulundu ($p=0,00-0,04$). Egzersizler sırasında herhangi bir yan etki görülmedi.

Sonuç: Çalışmanın sonucunda Tai Chi'nin SS'li hastalarda kardiyopulmoner fonksiyon ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisi olduğu görülmüştür. Tai Chi, SS'li hastalarda kardiyopulmoner fonksiyonu ve yaşam kalitesini iyileştirmek için güvenli bir alternatif egzersiz türü olarak rehabilitasyon programlarına dahil edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Tai Chi, skleroderma, yaşam kalitesi

PS-162

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi psöriyatik artritte sekukinumab klinik deneyimi

Zübeyde Uğurlu, Atalay Doğru, Mehmet Şahin

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Isparta

Amaç: Sekukinumab tüm psöriyatik artrit (PsA) tutulum tiplerinde etkin bir şekilde kullanılmaktadır. Bu çalışmada, Süleyman Demirel Üniversitesi (SDÜ) Tıp Fakültesi Romatoloji Kliniği'nin PsA hastalarındaki sekukinumab deneyiminin sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamızda, SDÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Romatoloji Polikliniği'nde Ocak 2020-Haziran 2023 tarihleri arasında, 2006 CASPAR sınıflandırma kriterlerine göre PsA tanısı almış olan ve en az bir kez sekukinumab tedavisi kullanılan 41 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalara ait demografik, klinik özellikleri, tedavide kalım süreleri ve tedaviyi bırakma nedenleri kaydedildi.

Bulgular: Kliniğimizde 41 PsA hastasına sekukinumab tedavisi başlandı. Bu hastaların 33'ü (%80,5) kadındı. Hastaların yaş ortalaması $49,2\pm 11,1$ olarak hesaplandı. Tedavi başlanan hastaların ortanca psöriyazis süresinin 15 yıl, PsA süresinin 9 yıl olduğu görüldü. Poliartiküler tutulumun 15 (%36,6), oligoartiküler tutulumun 21 (%51,2), aksiyel tutulumun 5 (%12,2) hasta olduğu saptandı. Hastaların 13'ünde (%31,7) daktilit, 10'unda (%24,4) entezit, 20'sinde (%48,8) tırnak değişikliği olduğu izlendi. En çok kullanılan konvansiyonel DMARD Mtx (%24,4) idi. Bir hastanın sülfasalazin, on dört hastanın Mtx + lef, üç hastanın leflunomid, on hastanın Mtx + lef + sülfasalazin kullandığı saptandı. Üç hastanın (%7,3) hastanın biyolojik ajan naif olduğu görüldü. Otuz sekiz hastanın ise daha önceden en az bir, en fazla dört biyolojik tedavi aldığı tespit edildi. Medyan sekukinumab kullanım süresi 16 aydır. Hastaların medyan steroid dozu 7,5 mg olarak hesaplandı. Hastaların 29'unun (%70,7) tedaviye devam ettiği, 12'sinin (%29,3) de tedaviyi sonlandırdığı görüldü (Tablo 1).

Tartışma: PsA erken dönem artritlerin %20'sini oluşturur. Erken teşhis, uzun vadede fonksiyonel kaybını önlemek için ve önemli komorbiditelerin yönetimi için önemlidir. Genellikle

seronegatifdir, ancak hastaların küçük bir kısmı romatoid faktör ve anti-siklik sitrülüne peptid antikörleri pozitif olabilir. Moll ve Wright tarafından oligoartiküler, poliartiküler, distal interfalangeal eklem tutulumlu, spondiloartrit ve artrit mutilans olarak beş alt tip olarak sınıflandırılmıştır. Asimetrik oligoartiküler patern hastalık başlangıcında en sık görülürken zamanla hastaların çoğu poliartiküler artrit tipine geçiş gösterir. Psöriyazisli hastaların yaklaşık %30'unda PsA gelişir. Hastaların yaklaşık %10-15'inde psöriyazisten önce artrit gelişir.

Psoriyatik hastalığın patogenezi net olarak anlaşılamasa da immün aracılı enflamasyona dair önemli kanıtlar vardır. Patojenik CD8-pozitif bellek T-hücrelerinin rolüne ve TNF ile IL-23 ve Th17 yollarının aktivasyonuna ilişkin kanıtlar, bu yolların bileşenlerini hedef alan terapötik bir stratejinin başarılı bir şekilde geliştirilmesini sağlamıştır.

Sekukinumab, IL-17A'yı hedefleyen rekombinant, yüksek afiniteli, tamamen insan monoklonal bir antikördür. Aktif PsA'lı yetişkin hastaların tedavisi için Amerika Birleşik Devleti ve Avrupa Birliği ülkeleri de dahil olmak üzere çok sayıda ülkede onaylanmıştır. SDÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Romatoloji Kliniği'nde Ocak 2020'den itibaren PsA ile takipli 41 hastada sekukinumab kullanımı deneyimlenmiştir. Türkiye'de uygulanan Sağlık Uygulama Tebliği kuralları nedeniyle PsA hastalarında TNFi deneyimi olmadan sekukinumab tedavisi verilememektedir. Bu nedenle 38 hasta (%92,7) biyolojik naif değildi. Biyolojik naif olan 3 (%7,3) hastaya ise öncesinde psöriyazis nedeniyle sekukinumab başlanılmıştı. Biyolojik naif olan hasta sayısının azlığı nedeniyle iki grup arasındaki karşılaştırma istatistiksel olarak anlamlı değildir. On iki hastanın ilacı bırakma nedeni ayrıntılı olarak incelendi. Bir hasta pnömoni, bir hasta pelvik enflamatuvar hastalık (PIH), üç hasta non-spesifik gastrointestinal yan etki, iki hasta enflamatuvar bağırsak hastalığı aktivasyonu, bir hasta gebelik, bir hasta tedavi uygulamada zorluk nedeniyle tedaviyi bıraktı. Üç hasta da fayda görmediğini belirterek tedaviyi sonlandırdı. Sekukinumab ile üst solunum yolu enfeksiyonu, nazofarenjit ve mukokutanöz kandida enfeksiyonları gibi enfeksiyöz durumların artabileceği bildirilmiştir. Tarafımızda takip edilen bir hasta pnömoni bir hasta da PIH nedeniyle ilacı kullanamamıştır. Sekukinumab ile enflamatuvar bağırsak hastalığı (İBH) arasında yapılan çalışmada 1380 hastada sekiz hastada İBH görülmüş olup olgulardan 7 tanesi yeni başlangıç olgu olarak tespit edilmiş. Bizim takipli hastalarımızdan iki hastada İBH aktivasyonu gerçekleşti ve yapılan çalışmaya oranla daha yüksek bir oranda kliniğimizde İBH aktivasyonu görüldü. Bu durum hasta sayısının yetersiz olması ile ilişkilendirildi. Sekukinumab tedavisinin tüberküloz (TB) reaktivasyonu ile yapılan çalışmada aktif TB veya latent TB enfeksiyonu reaktivasyonu olgusu bildirilmemiştir. Tarafımızda takip edilen hastalarda da TB reaktivasyonu görülmemiştir.

Sonuç: Sonuç olarak, sekukinumab kliniğimizde üç yılı aşkın bir süredir PsA tedavisinde kullanılmaktadır. Sekukinumab tedavisinin FUTURE 3 çalışmalarında 150 veya 300 mg sekukinumab, daha önce NSAID'ler, bDMARD'lar ile tedaviye rağmen aktif hastalığı olan hastalarda PsA'nın klinik belirti ve semptomlarını plaseboya kıyasla iyileştirmiştir ve bu etki kliniğimizde gerçek yaşam deneyimlerinde de sağlanabilmektedir. Yapılan çalışmalar da sekukinumab yapısal eklem hasarını inhibe edip ve 1-3 yıllık tedavi boyunca sürekli düşük radyografik ilerleme oranları ile ilişkilendirilmiş olup bu etkiyi değerlendirebilmek için kliniğimizde daha fazla hasta sayısına ve zamana ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Psöriyatik artrit, sekukinumab, spondilit

Otoimmün romatizmal hastalıklarda IgE yüksekliği ve klinik önemi-ön rapor sonuçları

Elif Kılıç Könte¹, Aybüke Günalp¹, Esmâ Aslan¹, Ümit Gül¹, Fatih Haşlak¹, Mehmet Yıldız¹, Oya Köker Turan², Amra Adrovic¹, Sezgin Şahin¹, Kenan Barut¹, Özgür Kasapçopur¹

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

²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Bölümü, İstanbul

Amaç: İmmünoglobulin E (IgE), alerjik hastalıkların dışında sistemik lupus eritematozus (SLE), Sjögren sendromu, sistemik skleroz, mikts bağ dokusu hastalıkları gibi otoimmün hastalık patogenezinde de yer almaktadır. Son 10 yılda geliştirilen teknolojiler ve otoreaktif antikorların ölçümü neticesinde IgE'nin FcεR1 yolağıyla proenflamatuvar sitokin salınımına yol açarak otoimmün hastalıkların gelişimine neden olduğu gösterilmiştir. Mevcut çalışmalarda otoreaktif IgE antikor ölçümü, total IgE ile ilişkisi ve aktivasyon göstergesi SLE hastalarında gösterilse de veriler diğer otoimmün hastalıklar için henüz doğrulanmadı. Çalışmamızda kesitsel olarak poliklinik kontrolüne gelen hastaların Ig seviyelerini inceleyerek hastalık aktivasyonu ve organ tutulumu ilişkisini incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Çocuk romatoloji polikliniğinde SLE, MBDH ve juvenil dermatomyozit (jDM), ile takipli hastalardan son 6 ay içerisindeki poliklinik kontrolünde kesitsel olarak Ig gönderildi ve IgE düzeyi 100 IU/mL üzerinde olan hastaların mevcut klinik bulguları, aktivite indeksleri ve önceki takibine yönelik organ tutulumları incelendi.

Bulgular: jDM tanısı ile izlemde 24 hastanın 8'i (%33,3), MBDH ile izlenen 13 hastanın 5'i (%38,4), SLE ile izlemde 41 hastanın 12'sinin (%29,2) IgE seviyesi yüksek bulundu. IgE yüksekliği olan hastaların dosyalarından yapılan retrospektif incelemede toraks görüntülemesi yapılan 4 jDM hastasının 3'ü, 3 mikts bağ doku

hastasının tamamında görüntülemeye interstisyel akciğer hastalığı lehine bulgu saptandı. SLE tanısıyla izlenen ve IgE seviyesi yüksek olan bir hastanın toraks BT'si normaldi (Tablo 1). SLE ile takipli hastaların klinik ve laboratuvar bulguları IgE düzeyine göre karşılaştırıldı. IgE düzeyi normal ve yüksek olan hastalar arasında klinik-laboratuvar ve lupus aktivite skorlaması (SLEDAI), arasında anlamlı farklılık bulunamadı (Tablo 1). Mikts bağ doku hastalığı ile izlemde olup IgE seviyesi yüksek olan 5 hasta klinik olarak hastalık aktivasyonuna sahip değildi. Hastaların 4'ünün (%80), RNP antikoru yüksek saptandı. Buna karşın IgE düzeyi normal olan 8 hastanın 3'ünde toraks BT görüntülemesi yapılmıştı ve ikisinde akciğerde tutulumu saptandı (Tablo 3).

Sonuç: Kesitsel çalışmamızda IgE yüksekliği ve otoimmün hastalıkların klinik korelasyonu arasında ilişki saptamadık. Ancak IgE yüksekliği bulunan hastaların çocuk immünoloji-romatoloji departmanlarıyla ortak takip edilerek bu yüksekliğe sebep olacak otoantikör tayininin yapılmasını, düzenli aralıklarla IgE seviye takibini ve dalgalanmaların hastaya özgü takiple değerlendirilmesini öneriyoruz.

Anahtar Kelimeler: İmmünoglobulin E, otoimmün hastalıklar, sistemik lupus eritematozus

Tablo 1. Otoimmün hastalıklarda immünoglobulin E yüksekliği ve akciğer tutulumu

| | Ig E yüksekliği | Akciğer Tutulumu ¹ |
|--|-----------------|-------------------------------|
| Jüvenil Dermatomyozit | 8/24 (33,3%) | 3/4 (75,0 %) |
| Mikts Konnektif Bağ Doku Hastalıkları | 5/13 (38,4%) | 3/3 (100,0%) |
| Sistemik Lupus Eritematozus | 12/41 (29,2%) | 0/1 |

¹IgE yüksek hastaların toraks BT görüntülemesinde patolojik bulgu

Tablo 2. Sistemik lupus eritematozusta immünoglobulin E ve klinik-laboratuvar karşılaştırması

| | Normal IGE N=29 (%) | Yüksek IGE N=12 (%) | | Normal IGE N=29 (%) | Yüksek IGE N=12 (%) |
|---|------------------------------------|------------------------------------|--|------------------------------------|------------------------------------|
| Cinsiyet | | | | | |
| Kız | 22(75,8%) | 5(41,6%) | Lökopeni | 12(41,3%) | 7(58,3%) |
| Erkek | 7 (24,2%) | 7 (58,4%) | | | |
| Malar döküntü | 20(68,9%) | 6(50,0%) | Pozitif Direkt Coombs testi | 8/22 (36,3%) | 4/9 (75,8%) |
| Diskoid döküntü | 6(20,6%) | 3(25,0%) | Trombositopeni | 9(31,0%) | 4(33,3%) |
| Fotosensitivite | 9(31,0%) | 3(25,0%) | Anti-ds DNA | 23(79,3%) | 10(83,3%) |
| Mukokutanöz tutulum | 21(72,4%) | 8(75,0%) | C3 veya C4 düşüklüğü | 17(58,6%) | 10(83,3%) |
| Oral/nasal ülser | 13(44,8%) | 4(37,5%) | C3 ve C4 düşüklüğü | 16(55,1%) | 7(58,3%) |
| Artrit | 17(58,6%) | 4(37,5%) | AntiB2- glikoprotein I | 4(13,7%) | 1(8,3%) |
| Serözit | 0 | 1(8,3%) | Anti-Sm pozitifliği | 5(17,2%) | 1(8,3%) |
| Renal tutulum | 12(41,3%) | 5(41,6%) | Antikardiyolipin | 6(20,6%) | 2(16,6%) |
| Nörolojik tutulum | 1(3,4%) | 1(8,3%) | Anti-RNP | 4(13,7%) | 2(16,6%) |
| Son ziyaret SLEDAI skoru (ort) (±SD) | 3,48 (±3,46) | 3,09 (±2,07) | | | |

Tablo 3. IgE yüksekliği bulunan mikts bağ doku hastalarının klinik-laboratuvar ve görüntüleme bulguları

| | Hasta 1 | Hasta 2 | Hasta 3 | Hasta4 | Hasta 5 | Ig E seviyesi normal hastalar (n =8) |
|----------------------------------|--|--------------------------------|----------------|------------------------------------|----------------|---|
| Cinsiyet | Kız | Kız | Kız | Kız | Kız | 7/8 kız |
| Yaş (yıl) | 16 | 14 | 17 | 17 | 16 | 17,1 (ort) (12-23) |
| Tanı | JDM ve SLE | Ssc ve Sjögren | SLE ve Ssc | SLE ve Ssc | SLE ve Sjögren | |
| IG E seviyesi | 1733 | 357 | 720 | 308 | 2364 | 1,6- 41 |
| RNP | Pozitif | Negatif | Pozitif | Pozitif | Pozitif | 4 pozitif 2 negatif 2 ulaşılamıyor |
| Toraks BT bulgusu | Bilateral subplevral retikülönodüler dansite | Interstisyel akciğer hastalığı | Çekilmedi | subplevral retikülönodüler tutulum | Çekilmedi | |

JDM Jüvenil Dermatomyozit

SLE Sistemik Lupus Eritematozusta

Ssc Sistemik Skleroderma

Sistemik sklerozda periferik foliküler T-hücreleri ile hastalık şiddeti arasındaki ilişki

Melek Şahinoğlu¹, Gökhan Sargın¹, İrfan Yavaşoğlu²,
Taşkın Şentürk¹

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın

²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, Aydın

Amaç: T foliküler helper hücreler (Tfh), antijen-B hücre proliferasyonu, immünoglobulin sınıf geçişi ve germinal merkezler için önemli hücrelerdir. Tfh romatoid artrit, sistemik lupus eritematozus ve Sjögren sendromu gibi otoimmün hastalıklarda incelenmiştir. Tfh hücreleri, sistemik sklerozda (SSc) deri fibrozuna katkı sağlayabilir. Ancak, SSc’de organ tutulumu, hastalık şiddeti ve Tfh hücreleri arasındaki ilişkiye dair yeterli veri bulunmamaktadır. Bizim bu çalışmadaki amacımız SSc’li hastalarda Tfh ile hastalık şiddeti arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

Yöntem: Çalışmaya, ACR/EULAR 2013 sınıflandırma kriterlerine göre SSc tanısı alan 50 kişi dahil edildi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, takip süresi, sigara/alkol kullanımı, ek hastalıkları, ilaç kullanımı ve organ tutulumu kaydedildi. Flow sitometride florokrom ile işaretli monoklonal antikorlar kullanılarak CD4+ T lenfosit, Tfh hücreleri (CD4+CXCR5+), ICOS, CD40, PD-1 ekspresyonları hesaplandı. Modifiye Rodnan deri skoru ve Medsger hastalık şiddet skoru değerlendirildi. Veriler SPSS 21.0 kullanılarak hesaplandı. Dağılım analizine göre verilere parametrik/parametrik olmayan testler ve Spearman/Pearson korelasyon analizi uygulandı. P-değeri <0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Hastaların %38’i limited kutanöz ve %62’si diffüz kutanöz SSc idi. CD4+CXCR5+, CD4+ICOS+, CD4+CD40L+ ve CD4+PD1+ lenfosit düzeyleri iki grup arasında istatistiksel olarak farklı değildi. Raynaud fenomeni, dijital ülseri ve akciğer tutulumu olan SSc hastalarında CD4+CXCR5 lenfosit düzeyleri olmayanlara göre daha yüksekti. Medsger hastalık şiddet skoru, CD4+CXCR5+ lenfosit düzeyleri ile akciğer hastalığı şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyon saptandı.

Sonuç: Akciğer tutulumu olan SSc hastalarında Tfh düzeyleri daha yüksekti ve akciğer tutulumunun ciddiyeti ile anlamlı bir korelasyon vardı. Bu durum Tfh’nin akciğer tutulumu patogenezindeki rolü ve hedefe yönelik tedaviler açısından yol gösterici olabilir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, T foliküler helper hücreleri, modifiye Rodnan deri skoru, Medsger hastalık şiddeti

Sistemik skleroz hastalarında gastrointestinal sistem endoskopisini ne sıklıkla kullanıyoruz? - Tek merkez deneyimi

Büşra Fırlatan, Gözde Sevgi Kart Bayram, Erdinç Ünalı, Mustafa Ekici, Gül Sandal Uzun, Levent Kılıç, Ali Akdoğan

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

Amaç: Sistemik sklerozlu (Ssk) hastalarda gastrointestinal sistemin (GİS) her bölümünde tutulum olabilir. Ciddi GİS tutulumları genellikle komplikasyonlar geliştiğinde fark edilir, çoğu zaman geri dönüşümsüzdür ve yönetimi oldukça güçtür. Bu çalışmada; SSk tanılı hastalarda hangi oranda üst ve alt GİS endoskopik işlem yapıldığı, GİS tutulum özellikleri ve malnütrisyona değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışmaya; Nisan 2023-Temmuz 2023 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı’na başvuran, ardışık 80 Ssk hastası dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri kaydedildi. GİS semptomları ayrıntılı sorgulandı ve eğer yapılmışsa üst GİS endoskopi (E/S)/alt GİS endoskopi (K/S) değerlendirme sonuçları kaydedildi. Hastaların malnütrisyon riski “Malnutrition Universal Screening Tool” [MUST; düşük risk (skor: 0), orta risk (skor: 1) ve yüksek risk (skor: ≥2)] veya “The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism” (ESPEN) kriterleri ile değerlendirildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların GİS tutulum şiddetini belirlemek için “University of California Los Angeles Scleroderma Clinical Trial Consortium Gastrointestinal Tract 2.0” (UCLA SCTC GIT 2.0) total skoru kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya 80 Ssk hastası (76 kadın) dahil edildi. Son kontrol vizitindeki ortalama yaş 54±13, tanı yaşı 39,8±13 olarak saptandı. Yirmi (%25) hastada diffüz hastalık mevcuttu. En sık GİS şikayetleri reflü (%55), retrosternal yanma (%53,8) ve şişkinlik (%53,8). MUST skoruna göre malnütrisyon riski yüksek olan dokuz hastadan yedisi ESPEN malnütrisyon kriterlerini sağlıyordu. Hastaların SSk tanısından sonra 54’üne (%67,5) E/S ve 35’ine K/S (%43,8) ile değerlendirme yapılmıştı. Toplamda 102 E/S (28 hastaya 1 kez, 12 hastaya 2 kez, 9 hastaya 3 kez, 2 hastaya 4 ve 3 hastaya 5 kez) ve 43 K/S (27 hastaya 1 kez ve 8 hastaya 2 kez) işlemi yapılmıştı. Altmış E/S ve 32 K/S’nin raporuna ulaşıldı. Üst GİS endoskopide 6 hastada intestinal metaplazi, bir hastada düşük dereceli displazi saptandı. Alt GİS endoskopide 5 hastada tübüler adenom saptandı, sadece bir hastada displazi görüldü. Endoskopik değerlendirme sonucu GİS malignitesi saptanan hasta yoktu. UCLA SCTC GIT 2.0 total skoruna göre kategorize edilen hastalar [<0,50 yok-hafif (58 hasta) vs. ≥0,50 orta-ağır (22 hasta)] son 2 yıl içerisinde yapılan endoskopik işlemler açısından değerlendirildi. UCLA skoru 0,5 altı ve üstü olan hastalara son 2 yılda E/S yapılma oranı sırasıyla %20,7 ve %36,3; son 2 yılda K/S yapılma oranı sırasıyla %17,2 ve %36,2 olarak saptandı. Ancak fark istatistiksel anlamlı değildi (hepsi için p>0,05). MUST veya ESPEN ile saptanan malnütrisyon olan hastalarda yapılan işlem sayısı malnütrisyonu olmayanlardan farklı değildi (hepsi için p>0,05).

Sonuç: Bu çalışmada SSk hastalarının sıklıkla endoskopik işlemlerle değerlendirildiği belirlendi. Ancak UCLA skorları ile değerlendirilen GİS tutulumu şiddeti veya malnütrisyon varlığı ile gerçekleştirilen işlem sıklığının değişmediği saptandı.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, gastrointestinal tutulum, malnütrisyon, UCLA SCTC GIT 2.0

Sarkoidoz olgularımız: Tek merkez deneyimi

Mehmet Soy¹, Didem Özkan², Seher Küçükoglu Cesur³, Gülşen Kocaman⁴

¹Altınbaş Üniversitesi Tıp Fakültesi Bahçelievler Medicalpark Hastanesi, Romatoloji Bölümü, İstanbul

²Altınbaş Üniversitesi Tıp Fakültesi Bahçelievler Medicalpark Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, İstanbul

³Altınbaş Üniversitesi Tıp Fakültesi Bahçelievler Medicalpark Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, İstanbul

⁴Altınbaş Üniversitesi Tıp Fakültesi Bahçelievler Medicalpark Hastanesi, Nöroloji Bölümü, İstanbul

Amaç: Sarkoidoz, en sık akciğer ve mediastinal bölge olduğu ancak, deri, kas-iskelet, göz, beyin, kalp, gibi başka birçok sistemi de tutabilen, kazeifiye olmayan epitelooid hücreli granülomların gelişimi ile karakterize multisistem bir hastalıktır. Bu çalışmamızda romatoloji polikliniğimizde görülmüş olan sarkoidoz tanısı konmuş olan hastalarımızın genel özellikleri araştırılmıştır.

Yöntem: Altınbaş Üniversitesi Tıp Fakültesi Bahçelievler Medicalpark Hastanesi'nde Ocak 2016-Temmuz 2023 tarihleri arasında sarkoidoz tanısı konmuş olan ve romatoloji polikliniğinde görülmüş olan hastalarımızın genel demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri hasta kayıt sisteminden elde edilerek SPSS programına kaydedilmiştir.

Bulgular: Kayıtlarımızda 61 sarkoidoz tanılı hasta saptandı. Olgularımızın 36'sı (%65) kadın idi. Yaş dağılımı: 45,13±12,46 (26-77) yıl; hastalık süresi: 4,9±6,03 (1- 27) yıl idi. Sigara: Olguların %66'ı sigara içmiyordu.

Tanı metodu: Görüntüleme akciğer grafisi ve toraks BT her olguda mevcuttu. Ayrıcı tanı için 6 olguya PET incelemesi yapılmıştır. Biyopsi: EBUS 33 olguda uygulanmıştı. İki olguda torakoskopik biyopsi alınmıştı. Sekiz olguya sadece klinik, laboratuvar ve görüntüleme özelliklerine dayanarak tanı konmuştu. On sekiz olgunun biyopsi bilgisine ulaşamadı. Ortalama sACE: 63,18±33,69 (10-150) IU/L.

Organ tutulumu:

- Eklem, artrit: 16 (%27)
- Deri: 6 (%10)
- Eritema nodozum: 12 (%20)
- Göz: Üveit: 2
- Tükürük bezi: 1
- Nörolojik: 5 (%8)
- GIS: 2
- Böbrek: 0

Ek hastalıklar: On üç olguda çeşitli ek hastalıklar saptanmıştır: Hipertansiyon, diabetes mellitus, Hashimoto tiroiditi, antifosfolipid antikor sendromu.

Scadding evrelemesine göre 54 olgumuz evre 1 idi. Bir olguda evre 4 sarkoidoz vardı, COVID-19 nedeni ile eks olmuştur.

Sonuç: Sarkoidoz, akciğerin en sık tutulan bölge olduğu ancak, deri, kas-iskelet, göz, beyin, kalp, gibi başka birçok sistemi

de tutabilen, kazeifiye olmayan epitelooid hücreli granülomların gelişimi ile karakterize multisistem bir hastalıktır.

Dünya çapında bir dağılıma sahiptir. Daha çok Kuzey Avrupa ve Afrika kökenli Amerikalı bireylerde görülmektedir. Çeşitli yıllarda çeşitli ülke-bölgelerde yapılmış çalışmalarındaki sıklığına baktığımızda en sık Afrikan-Amerikalılar arasında rastlanmaktadır. İnsidansı bu grupta yıllık 100.000'de 80'e kadar yeni olgu bildirilirken bu oran Avrupalı Amerikalılarda 5-10; Kuzey Avrupalılarda 15-15, Güney Avrupa'da 1-5, Japonya'da 1-2 olarak bildirilmiştir. Ülkemizde yıllık insidansı yüz binde 4 olarak bildirilmiştir. Genel olarak kadınlarda 2-3 kat daha sık bildirilir ve başlangıç yaşı en sık 3-4 dekadlarda olmaktadır. Ayrıca erkeklerde genelde 5-10 yıl daha erken başlamaktadır. Ailesel sıklığı genelde %5 civarındadır, Afrika kökenli Amerikalılarda %17'ye kadar olabildiği bildirilmiştir. Ülkemizde bu oran %1 olarak bildirilmiştir. ACCESS çalışmasında kardeşler arasında 5 kat kadar artış bildirilirken, ikiz çalışmalarında monozigotlar arasında 80 kat, dizigot ikizlerde 7 kat artmış sıklık artışı bulunmuştur. Etiyolojisinde itfaiyecilik, silica tozlarına maruziyet gibi mesleki ve çevresel maruziyet, mikoakteriler, *Propionibacterium acnes*, otoimmünite ve genetik faktörler suçlanmıştır. Multisistemik bir hastalık olup en sık toraks içi yapılar olan akciğerler ve lenf nodlarını tutar. Ayrıca deri, eklem, kalp, beyin ve böbreklerin de etkilendiği ve bazen kalp ve nörolojik tutulum gibi ekstratorasik tutulumun esas prognostik belirleyici olduğu bilinmektedir. Scadding tarafından geliştirilen evreleme sistemi öncelikle akciğer-intartorasik lenf nodu tutulumuna dayalı olduğundan ekstratorasik tutulumlar açısından MR, PET gibi incelemeler daha yararlı olabilir. Eritema nodozumun tipik bilateral hiler lenfadenopati ile birlikteliği ile karakterize edilen Löfgren sendromu, özellikle Kuzey Avrupa'da ve kadınlarda daha sık görülür. Eritema nodozum olmaksızın bilateral periferik ayak bileği tutulumu erkeklerde eş değerdir. Heerford sendromu, üveit, bilateral parotis, ateş ve yüz felci ile ilişkilidir ve Löfgren sendromu ile birlikte sarkoidozun patognomonik belirtilerini oluştururlar. Sarkoidoz tanısı "1) Uyumlu klinik ve radyolojik özellikler; 2) Kazeifiye olmayan granülomun histopatolojik gösterimi; 3) Benzer bir histopatolojik veya klinik tablo oluşturabilen diğer hastalıkların dışlanması" esasına dayanır. Doku biyopsisi almak önemli ancak tipik klinik ve radyolojik bulguların olduğu: Löfgren sendromu: Eritema nodozum, periartiküler enflamasyon (tipik olarak ayak bilekleri) ve hilar lenfadenopati; Heerford sendromu: Akut parotis, üveit ve ateş ve Galyum-67 radyonüklid taramasında panda işareti (parotis ve lakrimal bez tutulumu) ve lamda işareti (bilateral hiler ve sağ paratrakeal lenf nodu tutulumu) varlığında tanı amaçlı biyopsi alınması zorunlu değildir. Tedavi ve takibinde multidisipliner yaklaşım şarttır. İlaç olarak ilk tercih kortikosteroidlerdir ancak dirençli olgulara metotreksat, azatioprin ve seçilmiş olgulara TNF alfa blokeri gibi ilaçlar da verilebilir. Prognozu akciğerler için Scadding evrelemesine göre 3-4'de olanlar için kötü, ayrıca kalp ve beyin tutulumu varlığı da prognozu etkilemektedir. Romatoloji polikliniğimizde görülmüş olan 61 olgumuzun genel klinik ve demografik özellikleri literatür ile uyumlu bulunmuştur. Ülkemizde de sık olarak görülen bu hastalığın etiyopatogenezi ve tutabildiği alanlar ve tedavi için kullanılan ilaçlar göz önüne alındığında göğüs hastalıkları, nöroloji, dermatoloji göz, kardiyoloji ve romatoloji gibi birden çok poliklinikte hastaların değerlendirilmesi-takibi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Sarkoidoz, eklem ağrısı, eritema nodozum

Aksiyal spondiloartritte hasta tarafından bildirilen sonlanım ölçeklerine hasta eğitiminin etkisinin değerlendirilmesi

Esra Erpek Karaova, Dilek Solmaz, Ayten Özkan, Hasan Kocaayan, İdil Kurut Aysin, Servet Akar

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

Amaç: Aksiyal spondiloartritli (axSpA) hastaların rutin klinik ve tedavi takibinde fizik muayene, laboratuvar ve görüntüleme bulgularının yanı sıra hasta tarafından bildirilen sonuç ölçütleri (PRO) de büyük önem taşımaktadır. PRO'ların hasta tarafından doğru cevaplanması; tedavi kararlarını etkiler. Bu çalışmada AxSpA hastalarında bazı PRO'ların doldurulmasında eğitimin etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: "Assessment of Spondyloarthritis International Society (ASAS)" kriterlerine göre axSpA olarak sınıflandırılan toplam 29 [19 (%65,5) r-axSpA ve 10 (%34,5) nr-axSpA] hasta çalışmaya alındı. Hastalar rutin poliklinik ziyaretleri sırasında eğitim oturumuna davet edildi. Eğitim faaliyeti öncesi her hastadan BASDAI, BASFI, BAS-G, ASQoL anketlerini doldurması istendi, ardından SpA konusunda deneyimli 2 kıdemli romatoloji uzmanı tarafından kullanılan anketlerin doğru bir şekilde doldurulması üzerine 1 saatlik eğitim verildi. Eğitim oturumundan sonra aynı anketler tekrarlandı. BASDAI ve BASFI anketleri için her bir madde puanı ve toplam puan, BAS-G ve ASQOL puanları Wilcoxon testi ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya 29 axSpA hastası [19 (%65,5) erkek, 10 (%34,5) kadın] katıldı. Hastaların demografik, hastalık ve tedavi ile ilgili özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Değerlendirmeye alınan hastalar 12,92±9,87 yıl gibi uzun bir takip süresine sahip olup poliklinik ziyaretlerinde uzun süre anket doldürmüşlerdir. Eğitim faaliyeti öncesi ve sonrası anket puanlarını karşılaştırdığımızda istatistiksel olarak bir fark bulamadık (Tablo 2). Bunlardan sadece BASFI anketinin onuncu maddesi eğitim öncesi grupta anlamlı olarak yüksekti (3,1±2,54'e karşı 2,69±2,50 p=0,048). Ayrıca hastanın eğitim düzeyi ve tanı yılına göre yapılan karşılaştırmada 1 saatlik eğitimin etkisi gösterilememiştir.

Sonuç: Grup eğitimi öncesi ve sonrasında hasta tarafından bildirilen sonlanım ölçek puanlarında anlamlı bir fark olmaması, üçüncü basamak romatoloji kliniğinde rutin hasta değerlendirmesi sırasında anketlere verilen eğitimin yeterli olduğunu düşündürdü. Bu bulgular, çalışmaya dahil edilen hastaların uzun hastalık süresinin (ve buna bağlı olarak anketlerle ilgili deneyimlerinin) sonuçları olabilir.

Anahtar Kelimeler: ax-SpA, BASDAI, BASFI, BAS-G, ASQOL

Tablo 1. Hastaların demografik, hastalık ve tedavi ile ilgili özellikleri

| | |
|--------------------------------------|--------------|
| Yaş (year) ortalama ±SD | 52.55 ±12.64 |
| Kadın n(%) | 10(34.5%) |
| Eğitim süresi (yıl) ortalama ±SD | 8.76±3.93 |
| Hastalık süresi (yıl) ortalama ±SD | 12.92±9.87 |
| HLA B27 pozitifliği n(%) | 10/19 (52.6) |
| Komorbidite varlığı n(%) | 13 (44.8%) |
| Sigara kullanımı n(%) | 18 (62.1%) |
| Alkol kullanımı n(%) | 3 (10.3%) |
| Ekleme Dışı Tutulumlar | |
| Üreit n(%) | 5 (17.2%) |
| İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı n(%) | 2 (6.9%) |
| Psöriyazis n(%) | 3 (10.3) |
| Tedavi | |
| NSAID n(%) | 6(20.6%) |
| Biyolojik ajan n(%) | 22 (75.9%) |
| NSAID+ Biyolojik ajan n(%) | 1 (3.4%) |

NSAID: Non-steroid anti enflamatuvar ilaç, HLA-B27 İnsan Lökosit Antijeni B27

Tablo 2. Eğitim öncesi ve sonrası anket puanlarının karşılaştırılması

| | | |
|------------------------------------|--|---------|
| BASDAI Skoru ortalama ±SD 2.7±2.1 | E*-BASDAI Skoru ortalama ±SD 2.86±2.31 | p=0.721 |
| BASFI Skoru ortalama ±SD 2.83±2.25 | E-BASFI Skoru ortalama ±SD 2.55±2.12 | p=0.057 |
| BAS-G Hafta ortalama ±SD 3.38±2.87 | E-BAS-G Hafta ortalama ±SD 3.03±2.77 | p=0.156 |
| BAS-G Ay ortalama ±SD 3.48±2.72 | E-BAS-G Ay ortalama ±SD 3.34±2.72 | p=0.449 |
| ASQOL ortalama ±SD 5.66±5.3 | E-ASQOL ortalama ±SD 5.89±5.89 | p=0.790 |

Tablonun içindeki veriler ortalama (SD) olarak verildi. ASQoL: Ankilozan Spondilit Yaşam Kalitesi Ölçeği; BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Hastalık Aktivite İndeksi; BASFI: Bath Ankylosing Spondylitis Fonksiyonel İndeksi; BAS-G: Spondylitis Global Score

Metotreksat ve azatioprin dirençli idiyopatik granümatöz mastit tanıli dokuz hastamızda adalimumab deneyimimiz

Nihal Lermi, Ediz Dalkılıç

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

Amaç: İdiyopatik granümatöz mastit (IGM) nadir görülen, kronik, benign bir meme hastalığıdır. Tedavisinde steroid, metotreksat (MTX), azatioprin (AZA) gibi immünoşüpresif ajanlar, antibiyotik, cerrahi ve konservatif tedaviler tercih edilebilir. Bu yazıda dirençli ve tekrarlayan lezyonların tedavisinde adalimumab (ADA) başladığımız IGM'li dokuz hastamızı sunmayı amaçladık.

Olgu: Olgu 1: Yirmi altı yaş kadın hasta, sol memede lezyon nedeniyle yapılan apse boşaltımı ve başlanan prednizolon (Prd) ve AZA, MTX ve kolşisin tedavilerine yanıtız olunca hastaya Temmuz 2021'de ADA 40 mg/2 hafta başlandı. Son vizitte klinik ve akut faz olarak olumlu yanıt alınmıştı. Olgu 2: Otuz altı yaş kadın hasta, sağ memede lezyon nedeniyle başlanan MTX, Prd, AZA tedavilerine yanıtız olunca hastaya Şubat 2022'de ADA 40 mg/2 hafta başlandı. Son vizitte klinik ve akut faz olarak olumlu yanıt alınmıştı. Olgu 3: Otuz iki yaş kadın hasta, sağ memede lezyon nedeniyle başlanan MTX, Prd, AZA tedavilerine yanıtız olunca, hastaya Nisan 2022'de ADA 40 mg/2 hafta başlandı. Son vizitte klinik ve akut faz olarak olumlu yanıt alınmıştı. Olgu 4: Yirmi altı yaş kadın hasta, Mayıs 2022'de 5 aydır mevcut olan sol memede lezyon nedeniyle steroid kullanımı ve apse boşaltımı yapılmış. Tarafımıza yönlendirildikten sonra başlanan MTX, AZA ve apse boşaltımı tedavilerine dirençli olması nedeniyle hastaya Kasım 2022 ADA 40 mg/2 hafta başlandı. 3. ay kontrolünde lezyonları sebat eden hastaya intralezyonel steroid uygulandı. Olgu 5: Yirmi altı yaş kadın hasta, sağ memede lezyon nedeniyle başlanan MTX, Prd ve kolşisin, AZA ve apse boşaltımı tedavilerine yanıtız olunca, hastaya Mart 2023'te MTX tedavisi ile birlikte ADA 40 mg/2 hafta tedavisi başlandı. Temmuz 2023'teki son vizitte akıntı ve lezyon yoktu. Kitle gerilemekle birlikte hala mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde ESH ve CRP düzeyleri normaldi. Olgu 6: Yirmi sekiz yaş kadın hasta, sağ memede lezyon nedeniyle apse drenajı yapılan hasta, verilen Prd, MTX, apse boşaltımı ve intralezyonel steroid tedavilerine yanıt vermeyince hastaya Mayıs 2023'te ADA 40 mg/2 hafta tedavisi başlandı. Tedavinin 4. ayında belirgin klinik regresyon ve akut faz cevabı alındı. Olgu 7: Yirmi yedi yaşında kadın hasta, sol memede lezyon nedeniyle başlanan MTX, Prd, AZA tedavilerine yanıtız olunca, Haziran 2023'de ADA 40 mg/2 hafta başlandı. Olgu 8: Otuz dokuz yaşında kadın hasta, sağ memede lezyon nedeniyle başlanan MTX, Prd 20 ve AZA tedavilerine ve apse boşaltımına yanıtız olunca, hastaya Ağustos 2023'te ADA 40 mg/2 hafta başlandı. Olgu 9: Elli iki yaşında kadın hasta, sol memede lezyon nedeniyle başlanan MTX, Prd ve AZA tedavilerine ve apse boşaltımına yanıtız olunca, hastaya Ağustos 2023'te ADA 40 mg/2 hafta başlandı.

Sonuç: IGM tedavisi konusunda halen bir fikir birliği olmamakla birlikte, dirençli olgular hekimleri zorlayabilmektedir. IGM, kazeifiye olmayan granülomlarla karakterizedir. Tümör nekroz faktör-alfa (TNF- α) granülom yapısının devamlılığının

sağlanmasında görev alır. Bu nedenle, bir TNF- α inhibitörü olan ADA'nın dirençli ve tekrarlayıcı IGM'li hastalar için bir tedavi seçeneği olabileceği düşünülmüştür. Ancak hastalığın doğasında iyileşme ve nüks evreleri olduğundan takip süremiz henüz yeterli değildir. Tedavi etkinliğini kanıtlamak için daha fazla sayıda hasta ile uzun süreli gözlemsel çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Adalimumab, granümatöz mastit, tümör nekroz faktör inhibitörleri

PS-169

Romatoid artrit ve ankilozan spondiliti olan hastalarda anemi sıklığının ve enflamasyon belirteçleri ile olan ilişkisinin araştırılması

Ebru Yılmaz

Bezmiamlem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, İstanbul

Amaç: Enflamasyon anemisi olarak da bilinen kronik hastalık anemisi, enfeksiyon, kanser ve otoimmün durumlar gibi sistemik hastalık veya enflamasyona yanıt olarak gelişen hipoproliferatif bir anemidir. Proenflamatuvar sitokinlerden tümör nekroz faktörü-alfa ve interlökin-6, eritropoezi ve retikuloendotelial sistemden demir salınımını inhibe edici etkisiyle kronik hastalık anemisi patogeneğinde önemli bir rol oynar. Sitokinlerin eritropoezis üzerindeki etkileri son yıllarda bulunan, karaciğer tarafından sentezlenen akut faz proteini hepsine bağlı olabilir. Kanın oksijen taşıma kapasitesi vücut dokularının oksijen ihtiyacını karşılayamadığı zaman anemi genellikle yorgunluk, bozulmuş bilişsel işlev, iştahsızlık, eforla nefes darlığı ve libido kaybı gibi belirti ve bulgulara neden olur. Anemi ve trombositoz romatoid artrit (RA) hastalarında en sık görülen hematolojik bulgulardır. Hatta anemi RA'nın en sık görülen eklem dışı tezahürü olup prevalansının hastaların %30 ile %70'i arasında değiştiği tahmin edilmektedir. Anemi ankilozan spondilit (AS) hastalarında da ortaya çıkabilir ve hastanın yaşam kalitesini önemli ölçüde etkiler. Hemogram parametreleri son zamanlarda dünyanın farklı bölgelerinde yapılan çeşitli çalışmalarda enflamasyonun belirteçleri olarak önerilmiştir. Ucuz ve kolay ulaşılabilir olması nedeni ile tam kan sayımı öğelerinin ve bunların birbirlerine olan oranlarının gerek sistemik enflamasyonun belirlenmesindeki rolleri gerekse de birer hastalık aktivite belirteci olarak kullanımları son zamanlarda oldukça yaygınlaşmaktadır. Bu çalışmanın amacı RA ve AS hastalarında anemi sıklığını karşılaştırmak ve nötrofil-lenfosit oranı (NLO), platelet-lenfosit oranı (PLO), sistemik immün-enflamasyon indeksi (Sİİ), kırmızı kan hücresi dağılım genişliği (RDW) ve ortalama trombosit hacmi (MCV) gibi enflamasyon belirteçleri olarak kullanılan hemogram parametreleri ile olan ilişkisini araştırmaktır.

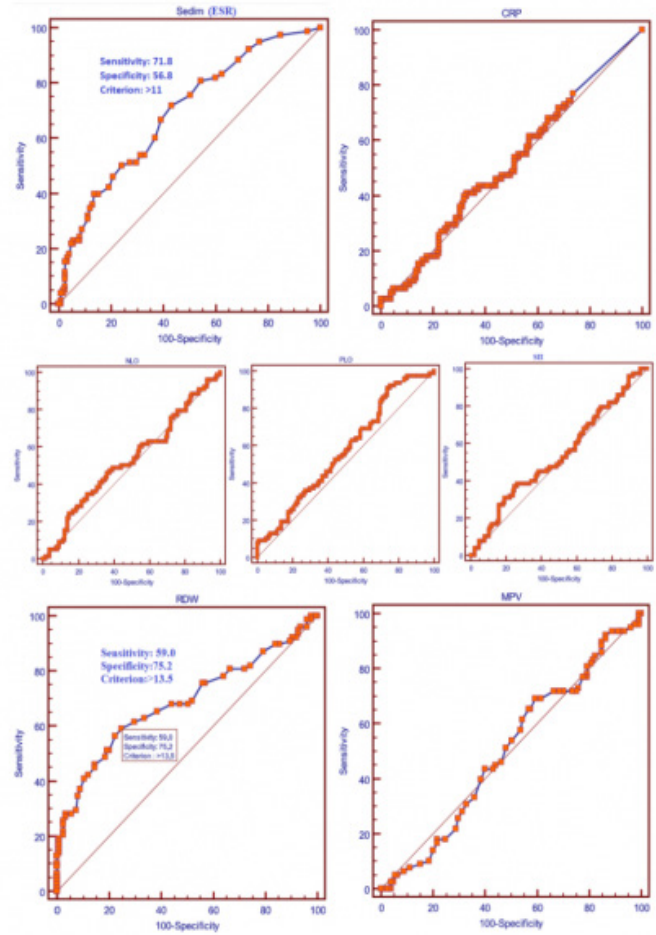
Yöntem: Seksen yedi RA ve 116 AS tanısı olan hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, kilo, boy, vücut kitle indeksi, sigara kullanımı, tanı süresi gibi demografik verileri ile hemogram, ESR, CRP gibi laboratuvar parametrelerini içeren verileri toplandı. Hemogram parametrelerinde enflamasyon belirteçleri olarak NLO, PLO, Sİİ, RDW ve MPV değerleri dikkate alındı. Ayrıca RA hastaları için DAS-28 ve AS hastaları için BASDAİ, ASDAS-CRP gibi hastalık aktivite indeksleri kaydedildi.

Bulgular: RA hastalarının %47,1'inde (n=41) ve AS hastalarının %31,9'unda (n=37) anemi mevcuttu ve RA hastalarında anemi sıklığı AS hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (p=0,030). Ayrıca iki hastalık grubu kendi aralarında karşılaştırıldığında yaş, tanı süresi, ESH, Hb, PLO, RDW ve MPV değerleri ile WBC ve lenfosit sayıları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu. RA hastalarında anemisi olan ve olmayan hastalar arasında cinsiyet dağılımları açısından anlamlı bir farklılık yoktu (p=0,395) ancak AS hastalarında anemisi olanların anemisi olmayanlara göre kadın cinsiyet açısından yüksek derecede anlamlı bir farklılık mevcuttu (p<0,001). RA grubunda anemisi olan hastalarda olmayanlara göre ESH, PLO, Sİİ ve RDW değerleri anlamlı derecede daha yüksek bulundu (sırasıyla p=0,002, p=0,048, p=0,035, p<0,001). AS grubunda ise anemisi olan hastalarda olmayanlara göre sadece ESH açısından yüksek derecede anlamlı bir farklılık mevcuttu (p=0,012). RA grubunda anemi durumu ile platelet sayısı, ESH, PLO ve RDW değerleri arasında negatif bir korelasyon mevcuttu. AS grubunda ise anemi durumu ile ESH ve RDW değerleri arasında negatif bir korelasyon mevcuttu. Her iki hastalık grubunda da hastalık aktivitesi ile anemi görülme durumu açısından anlamlı bir farklılık yoktu. RA grubunda DAS-28 ile ESH, CRP, NLO, PLO ve Sİİ değerleri arasında pozitif bir korelasyon mevcuttu. AS grubunda ise BASDAİ ile ESH, CRP ve NLO değerleri arasında pozitif bir korelasyon varken ASDAS-CRP ile ESH, CRP, NLO ve Sİİ değerleri arasında pozitif bir korelasyon mevcuttu. RA grubunda hemoglobin değeri ile ESH, platelet sayısı, PLO ve RDW değerleri arasında negatif bir korelasyon mevcuttu. AS grubunda ise hemoglobin değeri ile ESH ve RDW değeri ile negatif bir korelasyon varken CRP değeri ve WBC, nötrofil ve monosit sayısı ile pozitif bir korelasyon mevcuttu. Her iki hastalık grubunda da RDW ile sadece MPV arasında pozitif korelasyon tespit edildi. İşlem karakteristik eğrisi (ROC) analizi yapıldığında ESH ve RDW açısından anlamlı bir sonuç elde edildi. ROC analizi ile ESH için eğri altında kalan alan (AUC) 0,691 (cut-off >11, %95 güven aralığı 0,623-0,754, %71,8 duyarlılık, %51,8 özgüllük, p<0,001) olarak bulundu. RDW için AUC 0,685 (cut-off >13,5, %95 güven aralığı 0,616-0,748, %59 duyarlılık, %75,2 özgüllük, p<0,001) olarak tespit edildi.

Sonuç: Kronik hastalık anemisi romatizmal hastalıklarda azımsanmayacak boyutta görülebilmektedir. Çalışmanın sonuçlarına göre anemi görülme durumu hastalık aktivitesinden etkilenmemekle birlikte kadın cinsiyet tutulumu ön plandaydı.

Ayrıca ESH ve RDW değerlerindeki artış romatizmal hastalıklarda anemi gelişebilme durumunu yansıtabilir ve bu nedenle hastaların izlenmesinde dikkatli bir şekilde takibi yapılmalıdır. Romatizmal hastalıklarda anemi gelişebilme durumu ve hemogram parametreleri arasındaki ilişkiyi araştıran daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, ankilozan spondilit, anemi, hemogram parametreleri



Şekil 1. Anemisi olan hastalarda CRP, ESH, NLO, PLO, Sİİ, RDW ve MPV için alıcı işletim karakteristik (ROC) eğrisi ve eğri altında kalan alan (AUC)

Tablo 2. RA ve AS hastalarında anemisi olan ve olmayanlar arasındaki karşılaştırmalar

| Değişkenler | Romatoid artrit (n=87) | p değeri | Ankilozan spondilit (n=116) | p değeri |
|---------------------------|------------------------|----------|-----------------------------|----------|
| Cinsiyet (Kadın/Erkek) | | | | |
| Anemi yok (K/E) | %42.5 (37)%10.3 (9) | 0.395 | %21.6 (25)%46.6 (54) | <0.001 |
| Anemi var (K/E) | %41.4 (36)%5.8 (5) | | %28.4 (33)%3.4 (4) | |
| Yaş (yıl) | | | | |
| Anemi yok | 56.43±10.39 | 0.737 | 43.47±10.58 | 0.756 |
| Anemi var | 55.15±13.73 | | 44.57±9.16 | |
| Vücut kitle indeksi (VKİ) | | | | |
| Anemi yok | 29.67±4.78 | 0.286 | 28.04±4.41 | 0.144 |
| Anemi var | 28.39±4.78 | | 29.50±5.27 | |
| Sigara (Hayır/Evet) | | | | |
| Anemi yok (H/E) | %47.1 (41)%5.8 (5) | 1.000 | %49.1 (57)%19 (22) | 0.362 |
| Anemi var (H/E) | %42.5 (37)%4.6 (4) | | %25.9 (22)%6 (7) | |
| Tamı süresi (yıl) | | | | |
| Anemi yok | 7.11±7.08 | 0.377 | 4.04±3.54 | 0.225 |
| Anemi var | 7.68±6.61 | | 3.16±1.94 | |
| RF | | | | |
| Anemi yok (+/-) | %40.2 (35)%12.7 (11) | 1.000 | - | - |
| Anemi var (+/-) | %35.6 (31)%11.5 (10) | | | |
| HLA-B27 | | | | |
| Anemi yok (+/-) | - | - | %50.9 (59)%17.2 (20) | 0.377 |
| Anemi var (+/-) | - | | %20.7 (24)%11.2 (13) | |
| DAS-28 | | | | |
| Anemi yok | 3.51±0.63 | 0.176 | - | - |
| Anemi var | 3.58±0.48 | | | |
| BASDAI | | | | |
| Anemi yok | - | - | 2.97±0.50 | 0.988 |
| Anemi var | - | | 2.97±0.46 | |
| ASDAS-CRP | | | | |
| Anemi yok | - | - | 2.03±1.23 | 0.684 |
| Anemi var | - | | 1.94±1.10 | |
| CRP | | | | |
| Anemi yok | 8.09±14.01 | 0.438 | 8.09±13.27 | 0.553 |
| Anemi var | 12.06±19.58 | | 4.62±6.45 | |
| Sedimentasyon (ESH) | | | | |
| Anemi yok | 19.24±21.67 | 0.002 | 10.54±7.90 | 0.012 |
| Anemi var | 27.00±16.52 | | 15.57±11.09 | |
| NLO | | | | |
| Anemi yok | 2.11±1.35 | 0.117 | 2.02±0.89 | 0.415 |
| Anemi var | 2.29±1.00 | | 1.92±0.90 | |
| PLO | | | | |
| Anemi yok | 127.23±46.06 | 0.048 | 118.25±42.62 | 0.827 |
| Anemi var | 153.74±64.99 | | 124.66±68.35 | |
| Sii | | | | |
| Anemi yok | 538.14±321.56 | 0.035 | 549.57±332.81 | 0.201 |
| Anemi var | 653.77±326.07 | | 483.34±241.41 | |
| RDW | | | | |
| Anemi yok | 13.33±0.97 | <0.001 | 12.78±1.09 | 0.129 |
| Anemi var | 15.20±2.40 | | 13.14±1.30 | |
| MPV | | | | |
| Anemi yok | 10.11±1.74 | 0.441 | 9.01±1.69 | 0.838 |
| Anemi var | 9.81±1.54 | | 8.96±1.58 | |

Tablo 3. Hemogram parametreleri ile hasatlık aktivite indeksleri ve akut faz reaktanları arasındaki korelasyonlar

| Değişkenler | r/p değeri | CRP | ESH | NLO | PLO | Sii | RDW | MPV |
|-------------|------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| RA grubu | | | | | | | | |
| DAS-28 | r değeri | 0.856 | 0.768 | 0.228 | 0.312 | 0.273 | 0.061 | -0.138 |
| | p değeri | <0.001 | <0.001 | 0.034 | 0.003 | 0.011 | 0.573 | 0.203 |
| CRP | r değeri | 1.000 | 0.565 | 0.330 | 0.135 | 0.298 | -0.012 | -0.085 |
| | p değeri | - | <0.001 | 0.002 | 0.212 | 0.005 | 0.915 | 0.436 |
| ESH | r değeri | 0.565 | 1.000 | 0.275 | 0.257 | 0.273 | 0.109 | -0.183 |
| | p değeri | <0.001 | - | 0.010 | 0.016 | 0.010 | 0.313 | 0.089 |
| NLO | r değeri | 0.330 | 0.275 | 1.000 | 0.526 | 0.873 | 0.111 | -0.060 |
| | p değeri | 0.002 | 0.010 | - | <0.001 | <0.001 | 0.307 | 0.581 |
| PLO | r değeri | 0.135 | 0.257 | 0.526 | 1.000 | 0.718 | 0.160 | -0.139 |
| | p değeri | 0.212 | 0.016 | <0.001 | - | <0.001 | 0.138 | 0.200 |
| Sii | r değeri | 0.298 | 0.273 | 0.873 | 0.718 | 1.000 | 0.177 | -0.135 |
| | p değeri | 0.005 | 0.010 | <0.001 | <0.001 | - | 0.102 | 0.212 |
| RDW | r değeri | -0.012 | 0.109 | 0.111 | 0.160 | 0.177 | 1.000 | 0.257 |
| | p değeri | 0.915 | 0.313 | 0.307 | 0.138 | 0.102 | - | 0.016 |
| MPV | r değeri | -0.085 | -0.183 | -0.060 | -0.139 | -0.135 | 0.257 | 1.000 |
| | p değeri | 0.436 | 0.089 | 0.581 | 0.200 | 0.212 | 0.016 | - |
| AS grubu | | | | | | | | |
| BASDAI | r değeri | 0.567 | 0.186 | 0.233 | 0.000 | 0.181 | 0.062 | -0.028 |
| | p değeri | <0.001 | 0.045 | 0.012 | 0.997 | 0.052 | 0.506 | 0.764 |
| ASDAS-CRP | r değeri | 0.806 | 0.349 | 0.358 | 0.128 | 0.359 | 0.006 | -0.159 |
| | p değeri | <0.001 | <0.001 | <0.001 | 0.171 | <0.001 | 0.952 | 0.088 |
| CRP | r değeri | 1.000 | 0.433 | 0.394 | 0.185 | 0.390 | -0.094 | -0.169 |
| | p değeri | - | <0.001 | <0.001 | 0.047 | <0.001 | 0.313 | 0.070 |
| ESH | r değeri | 0.433 | 1.000 | 0.296 | 0.204 | 0.252 | 0.135 | 0.027 |
| | p değeri | <0.001 | - | 0.001 | 0.028 | 0.006 | 0.149 | 0.773 |
| NLO | r değeri | 0.394 | 0.296 | 1.000 | 0.572 | 0.873 | -0.004 | 0.000 |
| | p değeri | <0.001 | <0.001 | - | <0.001 | <0.001 | 0.969 | 1.000 |
| PLO | r değeri | 0.185 | 0.204 | 0.572 | 1.000 | 0.692 | 0.142 | 0.000 |
| | p değeri | 0.047 | 0.028 | <0.001 | - | <0.001 | 0.129 | 0.996 |
| Sii | r değeri | 0.390 | 0.252 | 0.873 | 0.692 | 1.000 | 0.073 | -0.043 |
| | p değeri | <0.001 | 0.006 | <0.001 | <0.001 | - | 0.436 | 0.644 |
| RDW | r değeri | -0.094 | 0.135 | -0.004 | 0.142 | 0.073 | 1.000 | 0.205 |
| | p değeri | 0.313 | 0.149 | 0.969 | 0.129 | 0.436 | - | 0.027 |
| MPV | r değeri | -0.169 | 0.027 | 0.000 | 0.000 | -0.043 | 0.205 | 1.000 |
| | p değeri | 0.070 | 0.773 | 1.000 | 0.996 | 0.644 | 0.027 | - |

PS-170

Ankilozan spondilit hastalarında tırnak yatağı kapilleroskopi bulguları-ön çalışma

Enes Başaran, Neslihan Gökçen, Duygu Temiz Karadağ, Ayten Yazıcı, Ayşe Çeçle

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

Amaç: Ankilozan spondilit (AS), kardiyovasküler mortaliteyi artıran bir hastalıktır. Bunun henüz ortaya konmuş net bir sebebi olmamakla birlikte suçlanan faktörlerden biri mikrovasküler hasardır. Tırnak yatağı kapilleroskopisi non-invaziv olarak kapillerlerin yapısını değerlendirmeye yarayan bir tekniktir. Kapilleroskopinin, mikrovasküler hasarın indirekt bir göstergesi olabileceğine dair yayınlar mevcuttur. Bu çalışmada, AS hastalarında tırnak yatağı kapilleroskopisi ile kardiyovasküler risk skorları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde takipli AS tanılı hastalardan, 30 yaş üstü olup katılmayı kabul edenler dahil edildi. AS dışında romatolojik hastalığı olanlar ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler dışlandı. Hastaların demografik verileri, sigara, alkol kullanımı, ek hastalıkları kaydedildi. Hastaların, kardiyovasküler mortalite riskini değerlendirmek amacıyla QRISK3, Framingham risk skoru hesaplandı. Tüm hastalara 8 parmak tırnak yatağı kapilleroskopisi uygulandı.

Bulgular: Bu ön analizde 28 AS (%70) ve 12 sağlıklı kontrolün (%30) analizleri yapılmıştır. AS grubunda hastaların %75'i erkek (n=21) iken sağlıklı kontrol grubunda hastaların %91,7'si (n=11) erkekti. Ortalama yaş, AS hastalarında ve sağlıklı kontrollerde sırası ile 47±7,4 ve 37,7±5,5 yıldır (p=0,011). Kapilleroskopideki dominant morfoloji, AS hastaları ve sağlıklı kontrollerde genellikle normal idi (sırasıyla %71,4 ve %91,7). Tırnak yatağı kapilleroskopi paternlerinin AS ve sağlıklı kontroller içinde karşılaştırılmasında gruplar arası fark bulunmadı. Gruplar arasında klinik ve laboratuvar verilerinin karşılaştırılması Tablo 1'de gösterilmekte olup akut faz yanıtları ve trigliserid hasta grubunda daha yüksek saptanmıştır. Gruplar arasında kapilleroskopi verileri ve kardiyovasküler risk skorlarının karşılaştırılması Tablo 2'de gösterilmekte olup QRISK3, QRISK-Healthy ve QRISK Heart Age skorları, Framingham global ve Framingham Vascular Age skorları AS hastalarında, sağlıklı kontrollere göre daha yüksek bulundu. Charlson komorbidite indeksine göre tahmini 10 yıllık hayatta kalma oranları sağlıklı grupta AS'den daha yüksek idi (p=0,022).

Sonuç: Çalışmamız bir ön çalışma olup hasta alımımız devam etmektedir. Bu ön çalışmada gruplar arasında kapilleroskopi bulgularında dominant morfoloji açısından farklılık saptanmadı. Framingham risk skoru, QRISK3'ün tüm parametreleri, AS hastalarında daha yüksek saptandı. Bu da yaşam beklentisinin ve 10 yıllık süre içinde kardiyovasküler olay yaşanma olasılığının AS

hastalarında daha yüksek olduğunu düşündürmektedir. Bu aşamada tırnak yatağı kapilleroskopisi ile kardiyovasküler risk arasında bir ilişki saptanmamış olup çalışma devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, kapilleroskopi, kardiyovasküler risk

PS-171

Nadir bir olgu sunumu: Majeed sendromu

Muhammed Okuyucu¹, Demet Yalçın Kehribar², Metin Özgen³

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Dahiliye Anabilim Dalı, Samsun

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Dahiliye Anabilim Dalı, İzmir

³Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, Samsun

Giriş: Majeed sendromu, lipit metabolizmasında yer alan *lipin 2 (LPIN2)* genindeki bialelik mutasyonların neden olduğu otozomal resesif bir hastalıktır. *LPIN2*'deki kusurlar, NALP3 enflamasyonunun normal regülasyonunu bozarak, mutant hücreler tarafından aşırı IL-1-beta üretimine neden olur. Majeed sendromunun özellikleri steril osteolitik lezyonları, konjenital diseritropoietik anemiyi ve nötrofilik dermatozları içerir. Hastalar IL-1 blokajına yanıt verebilir. Burada romatoid artrit gibi prezente olan Majeed sendromu olgusu sunulmuştur.

Olgu: Otuz beş yaşında kadın hasta 13 yaşından beri juvenil romatoid artrit tanısıyla takipli olup kalça ve kol eklemlerinde ağrı şikayeti ile başvurdu. Hastanın geçmişe yönelik tetkikleri incelendiğinde anti-CCP: Negatif, RF:10, ANA: Negatif, anti-ds DNA: Negatif saptanmış. Çocukluğundan beri medikal tedaviye rağmen ara ara olan eklem ağrıları devam ediyormuş. Bu dönemde deflazakort, prednizolon, leflunamid gibi tedaviler almış. Şikayetleri devam etmesi üzerine 4 yıl önce etanercept tedavisi başlanmış ve 1 yıl kadar bu tedaviyi kullanmış. Klinik olarak cevap alınamaması üzerine sırasıyla ve benzer süre ile adalimumab ve tocilizumab tedavileri kullanmış. Tüm tedavilere rağmen eklem ağrıları devam eden hastadan genetik tetkik istendi ve *LPIN2* geninde mutasyon saptandı. Majeed sendromu tanısı alan hastaya kanakinumab tedavisi başlandı ve şikayetlerinde gerileme görüldü.

Sonuç: Toplumda nadir görülen bir hastalık olan majeed sendromu, kronik non-bakteriyel osteomyelit ve kronik rekürren multifokal osteomyelit gibi hastalıklarla benzerlik gösterdiği bilinmektedir. Olgumuzda olduğu gibi majeed sendromunun romatoid artrit gibi de prezente olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Majeed sendromu, romatoid artrit, eklem ağrıları

Romatoid artritli hastalarda albümin/fibrinojen ve CRP/albümin oranının hastalık aktivite takibinde önemi

Anıl Uğurlu¹, Melike Ersoy², Derya Akarken², Emine Figen Tarhan²

¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Muğla

²Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Muğla

Amaç: Romatoid artrit (RA) eklem erezyonuna neden olabilen otoimmün romatizmal bir hastalıktır. Bazı laboratuvar tetkikleri hastalığı takip etmekte yol göstericidir. Biz bu çalışmada; albümin/fibrinojen oranı (AFR) ve C-reaktif protein (CRP)/albümin oranının (CAR) RA aktivite takibindeki önemini ve klinik takipte kullanılan hastalık aktivite skoru (DAS28) ve basitleştirilmiş hastalık aktivite skoru (SDAİ) gibi hastalık aktivite indeksleri ile ilişkisini karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya, Haziran 2023-Ağustos 2023 tarihleri arasında hastanemizde romatoloji polikliniğine başvuran 18 yaş ve üzeri, gebe ya da postpartum dönemde olmayan, cerrahi, travma, malignitesi ve enfeksiyon öyküsü olmayan, 2010 ACR/EULAR kriterlerine göre RA tanısı konulan 50 hasta ile, yaş ve cinsiyeti uyumlu 50 sağlıklı kontrol grubu alındı. Hemogram, biyokimya, CRP, sedimentasyon (ESH), albümin, fibrinojen, ferritin gibi akut faz reaktanları hastanemiz laboratuvarında çalışıldı. Hastaların DAS28 ve SDAİ skorları hesaplandı. DAS28 2,6 altı remisyon (grup 1), 3,2-2,6 arası düşük hastalık aktivitesi (grup 2), 3,2-5,1 arası orta hastalık aktivitesi (grup 3), 5,1 ve üstü yüksek hastalık aktivitesi (grup 4) olarak kabul edildi. SDAİ skoru ise 0-3,3 arası remisyon (grup 1), 3,4-11 arası düşük hastalık aktivitesi (grup 2), 11,1-26 arası orta hastalık aktivitesi (grup 3), 26,1-86 arası yüksek hastalık aktivitesi (grup 4) olarak gruplandırıldı. Hastaların verileri prospektif olarak kaydedildi. Verilerin analizi SPSS (Statistical Package For Social Sciences) versiyon 22.0 paket programı kullanılarak çözümlendi. Tüm analizler için istatistiksel anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Romatoid artrit hastalarının ortalama yaşları 54,36 (34-71), kontrol grubunun ortalama yaşları 53,31 (31-71) olarak tespit edildi. Hastaların 15'i (%30) erkek, 35'i (%70) kadın, kontrol grubunun 15'i (%30) erkek, 35'i (%70) kadın olarak saptandı. Ortalama hastalık süresi 9,25 yıldır (1-59). DAS28 skoruna göre hasta dağılımı grup 1'de 16 (%32), grup 2'de 11 (%22), grup 3'te 17 (%34) ve grup 4'te 6 (%12) olarak tespit edildi. Gruplar arası CAR değerleri karşılaştırıldığında grup 1 ile grup 2 ($p=0,445$), grup 1 ile grup 3 ($p=0,217$), grup 1 ile grup 2+3+4 ($p=0,078$) olup aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı. Grup 2 ile grup 3 hastaların CAR değerleri karşılaştırıldığında ($p=0,031$) olup aralarında istatistiksel anlamlı fark saptandı. Gruplar arası AFR değerleri karşılaştırıldığında grup 1 ile grup 2 ($p=0,999$), grup 1 ile grup 3 ($p=0,993$), grup 2 ile grup 3 ($p=0,930$), grup 1 ile grup 2+3+4 ($p=0,316$) olup aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı. SDAİ skoruna göre hasta dağılımı grup 1'de 9 (%18), grup 2'de 21 (%42), grup 3'te 13 (%26) ve grup 4'te 7 (%14) olarak tespit edildi. Gruplar arası CAR değerleri karşılaştırıldığında grup 1 ile grup 2 ($p=0,225$), grup 1 ile grup 3 ($p=0,774$), grup 2 ile grup 3 ($p=1,0$)

olup aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı. Grup 1 ile grup 2+3+4 ($p=0,036$) olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Gruplar arası AFR değerleri karşılaştırıldığında grup 1 ile grup 2 ($p=0,779$), grup 1 ile grup 3 ($p=0,99$), grup 2 ile grup 3 ($p=0,99$), grup 1 ile grup 2+3+4 ($p=0,143$) olup aralarında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı. Çalışmamızın son verilerinde grup 4 hastaların sayısının yetersiz olması nedeniyle tek tek gruplar arası karşılaştırma tamamlanamadı. Çalışmamızda DAS28 skoru ile SDAİ skoru arasında istatistiksel anlamlı pozitif korelasyon saptandı ($r=0,949$ $p \leq 0,001$). DAS28 skoru ile CAR arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptandı ($r=0,582$ $p \leq 0,001$). DAS 28 skoru ile AFR arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon saptandı ($r=-0,412$ $p=0,003$). SDAİ skoru ile CAR arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptandı ($r=0,666$ $p \leq 0,001$), SDAİ skoru ile AFR arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon saptandı ($r=-0,333$ $p=0,018$). RA hastalarında hastalık aktivasyonunu belirlemede kullanılan DAS28, SDAİ gibi indekslerin yanı sıra poliklinik şartlarında daha kolay, ucuz ve objektif olarak kullanılacak yeni belirteçlere ihtiyaç vardır. CAR ve AFR bu yeni belirteçler olabilir. Literatürde bu belirteçler RA, sistemik lupus eritematozis ve spondiloartrit grubu hastalıklarda aktivasyonu belirlemede çalışılmıştır. Genel olarak en faydalı sonuçlar RA hastalarında sağlanmıştır.

Sonuç: Bizim çalışmamızda da diğer çalışmalarla benzer olarak DAS28 ve SDAİ skorları CAR ile pozitif, AFR ile negatif korelasyonda gösterilmiştir. Bu durum CAR ve AFR değerinin aktif hastalığı göstermede etkin olabileceğini düşündürmüştür. Çalışmamızın erken bulguları doğrultusunda CAR ve AFR'nin hastalık aktivitesi belirlemede yeni biyobelirteçler olarak kullanılabilirliği düşünülmekte olup daha yüksek hasta sayısı ile yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, CAR, AFR

Tablo1: DAS28 Mean Değerleri

| Parametre | Grup1 | Grup2 | P | Grup1 | Grup3 | P |
|-----------|-------|-------|--------------|-------|-----------|-------|
| CAR | 0,103 | 0,053 | 0,445 | 0,103 | 0,232 | 0,217 |
| AFR | 0,133 | 0,138 | 0,999 | 0,133 | 0,125 | 0,993 |
| Parametre | Grup2 | Grup3 | P | Grup1 | Grup2+3+4 | p |
| CAR | 0,053 | 0,232 | 0,031 | 0,103 | 0,300 | 0,078 |
| AFR | 0,138 | 0,125 | 0,930 | 0,134 | 0,123 | 0,316 |

Tablo2: SDAİ Mean Değerleri

| Parametre | Grup1 | Grup2 | P | Grup1 | Grup3 | P |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-----------|--------------|
| CAR | 0,077 | 0,161 | 0,225 | 0,077 | 0,172 | 0,774 |
| AFR | 0,139 | 0,125 | 0,779 | 0,139 | 0,132 | 0,998 |
| Parametre | Grup2 | Grup3 | P | Grup1 | Grup2+3+4 | p |
| CAR | 0,161 | 0,172 | 1,0 | 0,077 | 0,293 | 0,036 |
| AFR | 0,125 | 0,132 | 0,998 | 0,139 | 0,122 | 0,143 |

PS-173

Fibromiyalji bireylerde basınç ağrı eşiği ile ekstremite fonksiyonelliği arasındaki ilişki

Sinem Kuru¹, Bilge Başakçı Çalık¹, Elif Gür Kabul², Murat Yiğit³, Veli Çobankara³

¹Pamukkale Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Denizli

²Uşak Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Uşak

³Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahili Bilimler Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Denizli

Amaç: Fibromiyalji (FM), vücutta yaygın ağrı ve yorgunlukla seyreden kronik bir hastalık olduğu için kas kuvvet ve endüransı olumsuz bir şekilde etkilenmektedir. Kas kuvvetindeki zayıflamanın sonucu fonksiyonel kapasitesinin azaldığı yapılan çeşitli çalışmalarda belirtilmiştir. Bu çalışmanın amacı FM'li bireylerde basınç ağrı eşiği ile alt ve üst ekstremite fonksiyonelliği arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntem: Yaş ortalaması 43,91±10,50 yıl olan 57 FM'li kadın çalışmaya dahil edildi. Üst ekstremite fonksiyonları Kol, Omuz ve El Sorunları Anketi (DASH) ile, kaba kavrama kuvveti Jamar el dinamometresi ile, alt ekstremite fonksiyonları Alt Ekstremitte Fonksiyonel Skalası (AEFS), Otur Kalk Testi ve 6 Dakika Yürüme Testi ile ve basınç ağrı eşik ölçümü basınç algometresi (Commander Echo) ile değerlendirildi. Değerlendirilen hassas noktalar, m. trapezius, dirsekler (lateral epikondil), m. quadriceps femoris ve dizlerden (medial) idi. Toplam 8 hassas noktaya 3'er ölçüm yapıldı ve ortalama değer kaydedildi. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki Pearson ve Spearman korelasyon analizi ile incelendi. İstatistiksel test sonuçlarında anlamlılık düzeyi p<0,05 olarak kabul edilip yorumlandı. r<0,2 ise çok zayıf düzeyde, 0,2-0,4 arasında ise zayıf düzeyde, 0,4-0,6 arasında ise orta düzeyde, 0,6-0,8 arasında ise yüksek düzeyde, >0,8 ise çok yüksek düzeyde ilişki olduğu yorumu yapıldı.

Bulgular: Sağ el kavrama kuvveti ile sağ (r=0,334) ve sol lateral epikondil (r=0,392) ve sağ (r=0,285) ve sol trapezius (r=0,321) arasında zayıf düzeyde; sol el kavrama kuvveti ile sağ (r=0,279) ve sol lateral epikondil (r=0,407) arasında zayıf ve orta düzeyde korelasyon gözlemlendi. AEFS ile sol quadriceps femoris (r=0,262), sağ (r=0,309) ve sol medial diz (r=0,277) arasında zayıf düzeyde korelasyon olduğu görüldü.

Sonuç: Lateral epikondil ve tarpezius basınç ağrı eşiğindeki azalma kavrama kuvvetinde azalma ile; quadriceps femoris ve medial diz basınç ağrı eşiğindeki azalma ise alt ekstremite fonksiyonelliğinde azalma ile ilişkili olabilir.

Anahtar Kelimeler: Fibromiyalji, ağrı, fonksiyonellik

PS-174

Behçet sendromuna bağlı damar tutulumunda tosilizumab kullanımını hastalık alevlenmesine yol açıyor olabilir

Ayşe Özdede¹, Emine Şebnem Durmaz², Alican Karakoç¹, Burçak Kılıçkıran Avcı², Hande Öğün¹, Sinem Nihal Esatoğlu¹, Gülen Hatemi¹, Melike Melikoğlu¹, Emire Seyahi¹

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

²Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Behçet sendromunda (BS) vasküler tutulum oluşturduğu ciddi morbidite ve mortalite nedeniyle, kapsamlı ve özelleşmiş bir tedavi yaklaşımını gerektirir. Özellikle damar tutulumu olan hastalarda tedavi sürecinde ikincil etkisizlik, yan etki ve/veya tedavi uyumsuzluğu gibi çeşitli zorluklarla karşılaşılması alternatif tedavi yollarının aranmasına neden olmaktadır. Son yıllarda literatürde, damar tutulumu olan BS hastalarında tosilizumabın etkinliğini gösteren sınırlı sayıda olgu serisi mevcuttur. Kliniğimizde takip edilen ve çeşitli biyolojik tedavilere dirençli damar tutulumu olan 7 hastada tosilizumab sonrası vasküler ve veya eklem ve deri-mukoza bulgularında alevlenmeler gözlemlenmiştir.

Yöntem: İ.Ü-C, CTF, Behçet hastalığı araştırma ve tedavi ünitesinde 2000-2022 yılları arasında takip edilen ve vasküler tutulumu olan 7 hastaya (4 erkek/3 kadın, medyan yaş: 47, medyan hastalık süresi: 18 yıl) standart immüno-supresif tedavilere dirençli hastalık aktivitesi ve akut faz yüksekliği nedeniyle tosilizumab tedavisi verilmişti. Hastaların en az bir anatomik bölgede vasküler tutulumu mevcuttu (pulmoner arter anevrizma ve veya tromboz: n=3, dural sinüs trombozu: n=3, derin ven trombozu: n=4, karotis arter anevrizması: n=1 aortit: n=1 ve perikardit: n=1). Beşi 162 mg/haftalık subkütan, ikisi 8 mg/kg aylık infüzyon tedavisi almıştı.

Bulgular: Hepsi, tosilizumab öncesi birden fazla immüno-supresif kullanmıştı; azatiyoprin (n=6), siklofosamid (n=5), interferon (n=4), üç farklı anti-TNF (n=1), iki farklı anti TNF (n=2), bir anti TNF (n=3). Tedavi başladıktan 2-5 hafta sonra akut faz yanıtında anlamlı düşme sağlandı ancak, takipte bütün hastalarda medyan 6 ay süre içinde, vasküler tutulum ilişkili nöks veya deri-mukoza-eklem bulgularında alevlenme gözlemlendi.

Sonuç: BS, etiyojisi net olarak bilinmeyen ve farklı fenotiplerle seyreden enflamatuvar bir hastalıktır. Bu çeşitlilik, tedavi yanıtını da etkilemektedir. Az sayıda olgu serisinde, tosilizumabın BS hastalarında vasküler, nörolojik ve oküler tutulumda etkinliği bildirilmiştir ancak aynı zamanda mukokutanöz semptomlarda kötüleşmeye yol açabildiği de bildirilmektedir. Bildirilenin aksine, tosilizumab başlanan 7 hastamızda akut faz yanıtının baskılanmasına rağmen hastalık aktivitesinin remisyona girmediğini, hatta ciddi vasküler, deri-mukoza-eklem bulgularında alevlenmeler geliştiğini gözlemledik. Hastaların çoklu biyolojik ilaca dirençli olması, gözlenen yan etkilerin yüksek hastalık aktivitesinden kaynaklandığını düşündürülebilir. Hasta serimizin retrospektif olması ve az sayıda hasta içermesi nedeniyle kısıtlı olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, tosilizumab, vasküler

Nadir bir akut böbrek hastalığı nedeni olarak “amiloid fırtınası”: Neler biliyoruz?

Ege Sinan Torun¹, Gülay Koçak²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Nefroloji Bölümü, İstanbul

Giriş: “Amiloid fırtınası”, son yıllarda FMF amiloidozlu hastalarda tanımlanmış olan, yüksek düzeyde enflamasyonla ilişkili olarak akut böbrek hasarının görüldüğü bir klinik tablodur. Amiloid fırtınası ilk olarak FMF hastalarında tanımlanmış olsa da MEFV mutasyonu taşımayan AA amiloidoz hastalarında da benzer tablonun görülebildiği bildirilmiştir. Kliniğimizde amiloid fırtınasıyla izlenen ve renal replasman ihtiyacı olan iki hastamızın klinik özelliklerini paylaşmayı amaçladık.

Olgu 1: Otuz üç yaşında erkek hasta son bir haftada gelişen bulantı, kusma, öksürük ve balgam şikayetleriyle dış merkeze başvurmuş. Hastanın dış merkezde birkaç gün önce yapılan tetkiklerinde kreatinin 4,78, CRP 78,2 mg/L olarak saptanınca hastaya antibiyoterapi başlanıp tarafımıza yönlendirilmiş. Tarafımıza başvuru anında üre 109 mg/dL, kreatininin 7,03 mg/dL, albümin 2,3 g/L, prokalsitonin 0,56 µg/L, spot idrar protein/kreatinin oranı 12868 mg/gün olarak saptandı, idrar sedimentinde 11 eritrosit 25 lökosit görüldü. Yaklaşık 1,5 yıl önce bakılan tahlillerinde kreatinin 0,94 mg/dL olarak görüldü. Üriner ultrasonda postrenal patoloji saptanmadı, böbrek boyutları normal, parankim ekojenitesi artmıştı. Hastaya acil hemodiyaliz tedavisi başlandı. Toraks BT’de sağ akciğer alt lobda pnömoni olan hastaya meropenem başlandı, bu tedaviyle klinik yanıt alındı, CRP 40 mg/L’ye geriledi. Böbrek biyopsisinde glomerüller mezangiumda, tubulus bazal membranlarında, damar duvarları ve interstisyumda yaygın homojen soluk eozinofilik birimler görüldü, AA amiloidozla uyumlu olarak raporlandı. Haftada üç gün hemodiyalize girmeye devam eden hastaya kolşisin 0,5 mg 1*1 başlandı. Dispeptik yakınmaları ve kronik ishali olan hastaya gastroskopi ve kolonoskopi yapıldı, alınan biyopsiler AA amiloidoz gastrointestinal tutulumuyla uyumlu. MEFV mutasyonu negatif olarak saptandı. Taburculuk sonrası hastanın kolşisin tedavisine ayda bir 150 mg sc kanakinumab eklendi. Hastanın son vizitte CRP’si 7,5 mg/L olarak saptandı. Hastanın haftanın üç günü hemodiyaliz tedavisi ve romatoloji poliklinik takibi devam etmektedir.

Olgu 2: Kırk yedi yaşında erkek hasta, son üç gündür giderek artan bulantı, kusma, halsizlik şikayetleriyle acil servise başvurdu. Hastaya dış merkezde iki yıl önce ankilozan spondilit tanısı konduğu ve hastanın birkaç ay sulfasalazin kullandığı öğrenildi. Tetkiklerinde üre 166 mg/dL, kreatinin 12,66 mg/L, albümin 24,2 g/L, CRP 209 mg/L, prokalsitonin 1,81 µg/L olarak tespit edildi. Hastanın idrar sedimentinde 7 eritrosit, 2 lökosit, spot idrarda ise 5568 mg/gün proteinüri saptandı. Hastanın 4 ay önceki kreatininini 1 mg/dL, spot idrarda proteinürisi 342 mg/gündü. Üriner ultrasonda postrenal patoloji saptanmadı, böbrek boyutları normal, parankim ekojenitesi artmıştı. Hasta acil olarak hemodiyalize alındı. Toraks BT’de sol akciğer alt lobda pnömoni tespit edildi. Hastaya meropenem

başlandı, bu tedaviyle klinik yanıt alındı, CRP 67 mg/L’ye geriledi. Renal biyopside glomerüllerde, mezangiumda, bazı arteriol ve arter duvarlarında diffüz soluk eozinofilik birikimler görüldü, AA amiloidozla uyumlu olarak raporlandı. Takipte hastanın hemodiyaliz ihtiyacı devam etti. 0,5 mg/gün kolşisin tedavisi başlanan hastanın MEFV mutasyonu negatif olarak saptandı. HLA B27 pozitif olan hastada pelvik grafide bilateral grade 3 sakroiliit, MR’de sol sakroiliak eklemde kemik iliği ödemi vardı. Hastaya 2 haftada bir 40 mg sc adalimumab tedavisi başlandı. Kontrol CRP 1 ay sonra görülecektir.

Tartışma: Amiloidoz ülkemizde hemodiyaliz uygulanan hastaların kronik böbrek hastalığı etiyolojilerinin %0,83’ünü oluşturmaktadır. Ancak son yıllarda akut böbrek hastalığı kliniği ile başvuran ve takipte amiloidoz tanısı alan olgulara da rastlanmaktadır. Amiloid fırtınası olarak adlandırılan bu tablo ≤2 haftalık süre içinde serum kreatinin ve proteinüri düzeylerinin en az iki seviye artması ya da tanımlanan en üst düzeye yükselmesi ve en az 10 kat CRP artışı olarak tanımlanır. Literatürde bu tabloya ilk olarak Kukuy ve arkadaşlarının FMF ilişkili amiloidoz hastalarını içeren çalışmasıyla dikkat çekilmiştir. Amiloid fırtınası kliniği olan 20 hasta ile bu kliniği taşımayan 20 amiloidozlu hasta kıyaslanmıştır. Amiloid fırtınası olanların kontrol grubuna göre daha genç olduğu vurgulanmıştır. Bizim iki olgumuz da genç olup mevcut literatüre benzerdir. Yine bu çalışmada amiloid fırtınası olan hastalarda 1 yıl içinde son dönem böbrek hastalığına ilerleme ya da ölüm oranının kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirtilmiştir. Bektaş ve arkadaşlarının 164 AA amiloidoz hastalı çalışmasında 9 hastada amiloid fırtınası bildirilmiştir. Beş hastada FMF’ye bağlı amiloidoz mevcutken, 4 hastada amiloidoz etiyolojisi olarak FMF dışı nedenler (2 hastada ankilozan spondilit, 1 hastada FMF dışı periyodik ateş sendromu, 1 hasta idiyopatik) mevcuttur. Birinci olgumuzda amiloidoz etiyolojisi “idiyopatik” ikincisinde ise ankilozan spondilitti. Her 2 hastamızın MEFV mutasyonu negatifti.

Sonuç: Literatürde enfeksiyonlar amiloid fırtınasının en sık tetikleyicisi olarak bildirilmektedir. Sunduğumuz iki hastada da klinik ve radyolojik olarak dökümanite edilmiş solunum yolu enfeksiyonu bulguları mevcut olup literatür ile benzerdir. Tedavi destek tedavisini içermektedir. Sunduğumuz her iki hastaya da destek tedavisi verilmiş, enfeksiyon tablosu kontrol altına alınıp düzenli renal replasman tedavisine başlandıktan sonra hastalara kolşisin tedavisi ile beraber sitokin inhibitörü tedavileri başlanmıştır. İki olgumuz da kronik intermittan hemodiyaliz tedavisine devam etmektedir. Biyolojik ajanların, özellikle de interlökin-1 inhibitörlerinin amiloid fırtınasının tedavisinde ve önlenmesinde rolü olup olmadığı ile ilgili henüz yeterli bilgi yoktur. Enflamasyonun kontrolü, özellikle amiloid fırtınası gelişen genç popülasyonda kalp gibi diğer organ tutulumlarının önlenmesini sağlayabilir. Ancak bu konuda daha çok veriye ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: AA amiloidoz, akut böbrek hasarı, amiloid fırtınası, ankilozan spondilit, biyolojik tedavi

İnterstisyel akciğer hastalığı tanılı bağ doku hastalarında sekonder Sjögren sendromu sıklığı ve hastalık üzerine etkisi

Alida Aliyeva¹, Derya Kocakaya², Özlem Demircioğlu³, Çağatay Çimşit³, Semra Akkaya Turhan⁴, Gonca Mumcu⁵, Nevsun İnanç¹

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁴Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

⁵Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Bağ doku hastalıkları kronik, sistemik, enflamatuvar bir hastalık grubu olup birçok organı tutmakla birlikte sık etkilenen organlardan biri de akciğerlerdir. İnterstisyel akciğer hastalıkları (İAH) akciğer parankimini difüz olarak tutan enflamasyon, fibrozis ve yapısal bozulmayla karakterize, idiopatik ve geniş bir etiyolojik spektruma sahip olabilen hastalığı kapsar. Sjögren sendromu (SjS), primer SjS olarak tek başına görülebilmekle beraber romatoid artrit, sistemik lupus eritematozus (SLE), sistemik skleroz (SSk) gibi diğer otoimmün hastalıklara eşlik eden sekonder Sjögren sendromu (sSS) olarak da görülebilmektedir. Sekonder Sjögren sendromunun varlığı, ilişkili otoimmün hastalığın fenotipi üzerinde ve yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir. Bu çalışmada interstisyel akciğer hastalığı olan bağ doku hastalıklarında sekonder Sjögren sıklığını gösterilmesi, yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi (HRCT) bulgularına dayanarak radyografik seyri araştırması ve sekonder Sjögrenin akciğer enflamasyon ve fibrozis paterni ile ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamıza Marmara Üniversitesi, Romatoloji Kliniği'nde interstisyel akciğer hastalığı nedeniyle takipli olan 80 tanısı konmuş bağ doku hastası alındı. Hastaların demografik özellikleri belirlendi. Hastaların daha önceden tanı veya takipleri sırasında yapılmış ANA, ENA profili tetkik sonuçları kaydedildi. Son 1 senede çekilmiş HRCT ve yapılmış solunum fonksiyon testleri kaydedildi. Poliklinik randevusunda her hastanın glanduler tutulum açısından parotis ve submandibular bezlerinin ultrasonografisi (US) yapıldı, US görüntüleri Omeract skorlama yöntemi ile skorlandı. Aynı gün stimüle olmayan tükürük örnekleri toplandı ve göz hastalıkları anabilim dalı kornea birimine yönlendirilerek göz kuruluğu değerlendirildi yapıldı. Sekonder Sjögren hastaları 2016 ACR/EULAR Sjögren sendromu sınıflandırma kriterlerine uygun olarak seçildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 80 hastanın 14'ünde sekonder Sjögren tanısı mevcut. Sekonder Sjögren olan grupta hastaların %35,7'si (n=5) romatoid artrit, 7'si (%50'si) skleroderma (n=7), ve %14,3'ü (n=2) enflamatuvar miyopati hastalarıydı. Sekonder Sjögren hastalarının 4'ünde tükürük bezi ultrasonografisi Omeract skorlaması ile grade 2-3 skorlandı. İki grubun yaş, cinsiyet, sigara kullanımı gibi demografik verilerinin ve SFT/DLCO ve HRCT bulgularının karşılaştırması Tablo 1'de gösterilmiştir.

Sonuç: Sekonder Sjögren olan ve olmayan gruplar arasında HRCT bulgularında anlamlı fark saptanmamakla birlikte, sekonder Sjögren varlığı daha çok buzlu cam alanı varlığı ve solunum fonksiyon testlerinde daha fazla bozulma gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: İnterstisyel akciğer hastalığı, sekonder Sjögren

Tablo 1. İAH tanılı hastaların demografik veriler, SFT/DLCO ve HRCT bulguları

| | Sekonder Sjögren + IAH (n=14) | IAH (n=66) |
|---|----------------------------------|--------------------|
| | n (%) | n (%) |
| Cinsiyet: K/E | 11/3 | 52/14 |
| Sigara (+) | 5 (7,6) | 0 (0) |
| Romatoid artrit | 5(35.7) | 26(39.4) |
| Sistemik skleroz | 7(50) | 36(54.5) |
| Sistemik lupus eritematozis, | 0(0) | 3(4.5) |
| Polimiyozit/dermatomyozit, | 2(14.3) | 1(1.5) |
| Buzlu cam | 13(92.9) | 64(97) |
| Retikuler patern | 11(78.6) | 51(77.3) |
| Traksiyon bronsektazi | 10(71.4) | 44(66.7) |
| Peribronşial kalınlaşma | 11(78.6) | 41(62.1) |
| Bal peteği | 6(42.9) | 17(25.8) |
| Distorsiyon, | 2(14.3) | 2(3) |
| | Ortalama±SS | Ortalama±SS |
| Yaş | 58.07±9.69 | 60.59±12.0 |
| Pulmoner arter çapı (mm) | 30.21±6.6 | 25.29±4.69 |
| FVC, % | 78.15±14.71 | 86.76±18.94 |
| DLCO, % | 62.23±11.29 | 71±22.12 |
| FVC/DLCO, % | 1.28±0.34 | 1.33±0.48 |
| TLC, % | 75.15±9.65 | 81.44±15.51 |
| OMERACT-Parotis bezler (0-3 puan) | 1.46±0.96 | 0.27±0.45 |
| OMERACT-Submandibular bezler (0-3 puan) | 1.53±1.12 | 0.53±0.54 |

Primer Sjögren sendromlu hastalarda D vitamini düzeyi klinik, serolojik ve patolojik parametrelerle ilişkili olabilir mi?

Nilay Erdik¹, Sümeyye Merve Türk¹, Seyyid Bilal Açıkgöz¹, Damla Karataş², Cansu Arslantürk Güneysu¹, Gökhan Yavuzbilge³, Mehtap Kalçık Unan¹, Gamze Dilek⁴, Tamer Acat¹, Abbas Karakurt⁵, Emel Gönüllü¹

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

²Yalova Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Yalova

³Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Hatay

⁴Abant İzzet Baysal Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Bolu

⁵Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sakarya

Amaç: Sjögren sendromu (SjS), ekzokrin bezleri etkileyen ve başta ağız ve göz olmak üzere mukozal yüzeylerin şiddetli kuruluğuna neden olan sistemik otoimmün bir hastalıktır. D vitamini, çok sayıda bağışıklık fonksiyonuna sahip olan ve çeşitli otoimmün hastalıkların etiopatogenezinde rol oynayan, sekosteroidler sınıfına ait bir steroid hormondur. Çalışmamızda primer SjS tanılı hastaların D vitamini düzeyinin hastalığın klinik, serolojik ve patolojik parametrelerle ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Sakarya Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı'na Kasım 2021-Aralık 2022 tarihleri arasında başvuran primer SjS tanılı hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, CRP, sedimentasyon, herhangi bir zamanda bakılan D vitamini düzeyi, lökosit sayısı, hastalık tanı aşamasındaki RF, ANA, anti SSA, anti SSB ve tükrük bezi biyopsisinde fokus varlığı kayıt edildi. Glandüler ve ekstraplandüler semptomları (ağız kuruluğu, göz kuruluğu, artrit, artralji, yorgunluk, parotis bez büyümesi) sorgulandı. Hastaların fibromiyalji, nöropatik ağrı ve tiroid fonksiyonları değerlendirildi. Nöropatik ağrı sorgulamasında The Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Sign Pain Scale (LANSS Ağrı Ölçeği) kullanıldı. Verilerin analizinde SPSS 21.0 paket programı kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 67 hastanın 65'i (%97) kadındı. Hastaların yaş ortalaması 52,55±11,51 yılı. Medyan D vitamini düzeyi 17,34 µg/L (min.-maks. 6,80-34,00) olarak saptandı. Hastaların D vitamini düzeyleri incelendiğinde; D vitamini düzeyi ≤10,00 µg/L altında olan 9 (%13), 10,01-20,00 µg/L arasında olan

35 (%52), 20,01-30,00 µg/L arasında olan 18 (%27) ve >30,01 µg/L olan 5 (%8) hasta olduğu bulundu. Göz kuruluğu, yorgunluk, artralji, artrit, parotis büyümesi ve fibromiyalji bulunan hastalarda bulunmayanlara göre D vitamini medyan değerleri daha düşüktü fakat istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). Ağız kuruluğu ve lökopenisi olan hastalarda olmayanlara göre D vitamini düzeyi medyan değeri daha yüksekti ama istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). Hastaların %9'unda (n=6) hipotiroidi izlendi. Hipotiroidisi olan hastaların D vitamini düzeyi medyan 17,67 µg/L (min.-maks. 12,00-24,14) iken hipotiroidi olmayanların D vitamini düzeyi medyan değeri 16,26 µg/L (min.-maks. 6,80-34,00) olup gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark gözlenmedi (p>0,05). RF pozitif olan hastaların negatif olanlara göre D vitamini düzeyi medyan değeri daha yüksekti ama istatistiksel anlamlı fark izlenmedi (p>0,05). ANA, Anti SSA ve Anti SSB pozitif olan hastaların negatif olanlara göre D vitamini medyan değerleri daha düşüktü fakat istatistiksel anlamlı fark izlenmedi (p>0,05). Altmış yedi hastanın 53'üne tükrük bezi biyopsisi yapılmış, bu hastaların %75'inde (n=40) fokus izlenirken %25'inde (n=13) fokus yoktu. Fokus saptanan hastaların D vitamini düzeyi medyan 16,80 µg/L (min.-maks. 6,80-34,00), fokus saptanmayanların 17,88 µg/L (min.-maks. 7,77-31,00) idi, istatistiksel anlamlı fark izlenmedi (p>0,05). Altmış yedi hastanın 63'üne uygulanan LANSS ağrı ölçeğinde %24 (n=15) hastada nöropatik ağrı saptandı. Nöropatik ağrısı olan hastaların D vitamini düzeyi medyan 15,12 µg/L, (min.-maks. 7,77-32,00), nöropatik ağrısı olmayanların medyan 16,80 µg/L (min.-maks. 6,80-34,00) idi, istatistiksel anlamlı fark izlenmedi (p>0,05). D vitaminiyle CRP, sedimentasyon ve LANSS ağrı ölçeği arasında korelasyon saptanmadı (p>0,05).

Sonuç: D vitamini eksikliğinin prevalansı son dönemde artmakta olup otoimmün hastalıkların gelişmesine ve hastalık aktivitesiyle ilişkili olabileceği ifade edilmiştir. SjS hastaları ile sağlıklı bireyler arasında D vitamini düzeyleri farklı olduğunu gösteren çalışmalar literatürde bulunsu da yapılan bir meta analizde bu fark net olarak gösterilememiştir. SjS hastalarda yapılan başka çalışmalarda D vitamini eksikliği periferik nöropati, lenfoma ve lökopeniyle ilişkisi olduğu bildirilmiştir. Literatürde çelişkili sonuçlar olmakla birlikte D vitamini eksikliğinin SjS hastalarındaki etkileri net olarak aydınlatılamamıştır. Primer SjS tanılı hastalarda klinik, serolojik ve patolojik değişkenleri D vitamini düzeyleri ile karşılaştırdığımız çalışmamızda D vitamini düzeylerinin primer SjS tanılı hastalar üzerinde herhangi bir etkisi olduğuna dair kanıt saptayamadık.

Anahtar Kelimeler: D vitamini, otoimmün hastalıklar, Sjögren sendromu

Erişkin başlangıçlı Still hastalığı; uzamış kaşıntılı döküntü hiperferritinemi ile ilişkili midir?

Gizem Varkal, İpek Türk, Zeynep Tüzün, Ayşegül Özdoğan Bircan, Mehmet Ali Aşık, Kaniye Aydın

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

Amaç: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı tanısı sırasında Yamaguchi kriterleri kullanılmakta olup enfeksiyon, malignite ve diğer sistemik hastalıklar tanı öncesi dışlanmalıdır. Bu hastalarda çok sık görülmesine de kaşıntılı ve dirençli deri belirtileri görülebilmektedir. Biz de hastalığın remisyonda olmasına rağmen kaşıntısının devam ettiği bir olguyu sunduk.

Yöntem: Yirmi dört yaşında kadın hasta yeni başlayan ateş, boğaz ağrısı, eklem ağrısı, üst ekstremiteler ve gövdede döküntü şikayeti ile başvurdu. Anemi, trombositopeni, akut faz reaktanlarında artış ve serum ferritin yüksekliği laboratuvar parametrelerinde gözlemlendi. Hastanın enfeksiyon açısından değerlendirilmesi yapıldı. Hastaya ampirik olarak meropenem (3*1 gram) ve tigesiklin (2*50 mg) verildi. Hastada enfeksiyon dışlandı. Antinükleer antikor ve romatoid faktör negatif bulundu. Malignite açısından da değerlendirilen hastaya çekilen tomografide plevral, perikardiyal efüzyon, mezenterik, paraaortik ve servikal bölgedeki lenf düğümleri görüldü. Servikal bölgede 1 cm'lik lenf nodu çıkarıldı. Biyopsi hiperplastik lenf nodu olarak değerlendirildi. Makrofaj aktivasyon sendromu ve malignite ekartasyonu nedeniyle kemik iliği aspirasyonu yapıldı. Hiperseleüler kemik iliği olarak değerlendirildi. Hasta Yamaguchi kriterlerine göre değerlendirilerek malignite ve enfeksiyon dışlanarak erişkin başlangıçlı Still hastalığı tanısı konuldu. 15 mg/hafta/deri altı metotreksat ve 1 mg/kg metilprednizolon tedavisi uygulanan hastanın tedaviyle semptomları geriledi ve laboratuvar parametreleri normal sınırlardaydı. Tanı konulduktan 5 ay sonra aralıklı ateş, artrit ve sol dizinde hastalık aktivasyonunu düşündüren kaşıntılı ürtiker döküntüsü olan hasta değerlendirme ve tedavi amacıyla hastaneye yatırıldı. İnatçı kaşıntı ve hiperferritinemisi olan hastada malignite ekarte edildi. Pulse (500 mg/gün) metilprednizolon tedavisi 3 gün süreyle verildi. 1 mg/kg metilprednizolon ile devam edildi. Metotreksat ve metilprednizolon ile hastalık aktivasyonu üzerine tedaviye 100 mg/gün subkütan anakinra eklendi. Kaşıntı ve döküntü dışındaki semptomlar tedaviyle ortadan kalktı. Kaşıntılı döküntü ise anakinra tedavisinin 1. ayı sonunda kayboldu. Şekil 1'de tedavi öncesi ve sonrası lezyonlar gösterilmektedir. Hala hastalık tanısı konmadan önce enfeksiyon ve malignitenin ekarte edilmesi gereken nadir görülen kronik enflamatuvar bir hastalıktır. Bizim olgumuzda tanı öncesinde enfeksiyon ve malignite açısından kültür, tomografi, biyopsi gibi detaylı tetkikler yaptık. Aşırı demir birikiminin olmadığı bazı durumlarda yüksek serum ferritin düzeyleri de ortaya çıkabilir. Bu en sık olarak maligniteler, sistemik juvenil idiyopatik artrit, sistemik lupus eritematozus, böbrek

yetmezliği, makrofaj aktivasyon sendromu ve metabolik sendromu içeren enflamatuvar ortamında ortaya çıkar. Özellikle malignite ve kronik enflamatuvar durumlar ayrıca ikincil demir yüklenmesine neden olabilir. Bilindiği gibi olgumuz nadir görülen kronik enflamatuvar hastalık grubunda olup, hastalık aktivasyonunda serum ferritin yüksekliği beklenmektedir.

Bulgular: Tedavi hastalığın şiddetine göre bireyselleştirilir. Tedavide kullanılan ilaçlar özellikle metotreksat, metilprednizolon, interlökin 1 inhibitörleri ve interlökin 6 blokajı gibi hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilaçlardır (DMARD). Bizim olgumuzda tanı anında dmdard ve metilprednizolon ile hastalığın gerilemesi sağlandı. Hastanın ikinci atağında pulse dozunda metilprednizolon tedavisi uygulandı ve ayrıca interlökin 1 blokajı olarak anakinra tedavisi uygulandı. Hastalık aktivasyonunda artan ve klinik pratikte sıklıkla kullanılan CRP ve ESR tedaviyle birlikte beklendiği gibi azaldı. Ancak serum ferritin düzeyi diğer akut faz reaktanları kadar hızlı düşmez. Bizim olgumuzda ise tabloda görüldüğü gibi özellikle ikinci atakta CRP ve serum ferritin düzeylerinde azalma hızı görülmektedir. Literatürde hiperferritinemi ile kaşıntı arasındaki ilişki bildirilmektedir. Hastamızda kaşıntılı döküntü ve devam eden ferritin yüksekliği dışında herhangi bir semptom veya laboratuvar anormalliği yoktu. Hastanın takibinde serum ferritin seviyesinin düşmesiyle birlikte kaşıntılı döküntü semptomunun ortadan kalktığı görüldü. İnatçı kaşıntılı deri lezyonlarının varlığında malignite dışlanması gereken önemli bir ön tanıdır. Ayrıca herhangi bir hastalığın tedavisi sırasında kullanılan ilaçların yan etkileri sonucu da kaşıntılı döküntüler ortaya çıkabilmektedir. Erişkin başlangıçlı Still hastalığının tedavisinde kullanılan anakinranın yan etkisi olarak da deri lezyonları görülebilmektedir. Bizim olgumuzda anakinra tedavisinin ilk haftasında kaşıntı ve döküntülerin azalması beklenirken tam tersine artış gözlemlendi. Anakinra'nın yan etki olabileceği düşünüldü ancak hastaneye kaldırıldığı andan itibaren şikayetleri olduğu için tedaviye devam edildi. Kaşıntı ve döküntünün arttığı dönem aynı zamanda metilprednizolon tedavisinin pulse dozundan 1 mg/kg'ye düşürüldüğü dönemdi. Eğer ilacın yan etkisi olduğu düşünülseydi belki de hastalık atağı yeniden gelişirdi. Bütün bunlar bilinmeli ve hastalığın takibinde dikkate alınmalıdır. Ancak belki de en önemlisi hastalıkta deri lezyonları kaşıntılı olabilir ve hastalık uygun şekilde tedavi edilse bile muhtemelen serum ferritin düzeylerine bağlı olarak beklenenden daha uzun sürebilir.

Sonuç: Literatür incelendiğinde az sayıda atipik kutanöz lezyon ve erişkin başlangıçlı hala hastalıkta kaşıntılı deri lezyonları olgusu rapor edilmiştir. Ancak uzamış kaşıntılı döküntü ve ferritin yüksekliğinin birlikte ortaya çıktığı belirtilmemiştir. Erişkin başlangıçlı still hastalığı sırasında da atipik döküntüler meydana gelebilir. Bu hasta grubunda malignite ve ilaç yan etkileri dışında hiperferritinemi nedeniyle kaşıntının bir süre daha devam edebileceği akıld tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kaşıntı, hiperferritinemi, Still hastalığı



Resim 1. Tedavi sonrası döküntü



Resim 2. Tedavi öncesi döküntü

Sjögren sendromlu hastalarda vücut kitle indeksi ile otonom disfonksiyon arasında bir ilişki var mı?

Tamer Acat¹, Cansu Arslantürk Güneysu¹, Seyyid Bilal Açıkgöz¹, Mehtap Kalçık Unan¹, Sümeyye Merve Türk¹, Nilay Erdik¹, Damla Karataş³, Gamze Dilek⁴, Gökhan Yavuzbilge⁵, Abbas Karakurt², Emel Gönüllü¹

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

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

³Yalova Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Yalova

⁴Abant İzzet Baysal Fizik Tedavi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi Kliniği, Bolu

⁵Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Hatay

Amaç: Sjögren sendromu, kuru göz, kuru ağız semptomlarına ek olarak ekstrapandüler tutulumlarla gidebilen kronik enflamatuvar bir hastalıktır. Sjögren sendromunda otonom sinir sistemi bozuklukları %3 ile %50 arasında değişen sıklıklarda eşlik etmektedir. Bu çalışmamızda Sjögren sendromlu hastalarda vücut kitle indeksinin otonom fonksiyon bozukluğu üzerindeki etkisini saptamayı amaçladık.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmada Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Polikliniği'ne Aralık 2021-Aralık 2022 tarih aralığında başvuran Sjögren sendromu tanılı 95 hasta incelendi. Hastaların demografik özellikleri, vücut kitle indeksi (VKİ), eşlik eden hastalıkları, tanı yaşı kaydedildi. Diabetes mellitus, kronik böbrek hastalığı, ağır kalp yetmezliği tanılı hastalar çalışmaya dahil edilmedi. VKİ değerlerine göre hastalar obez, kilolu ve normal kilolu olarak gruplandırıldı (VKİ ≥ 30 olması obezite, 25-29,9 arası kilolu, <25 olması normal). Otonom fonksiyon bozuklukları ortostatik, vazomotor, sekretomotor, gastrointestinal, mesane ve pupillomotor fonksiyonları içeren 6 alt bölümden oluşan Kompozit Otonom Semptom Skoru-31 (COMPASS-31) ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmamıza 80'i kadın (%96,4) olmak üzere 83 hasta dahil edildi ve hastaların yaş ortalaması $53,3 \pm 11$ idi. Hastaların 28'i normal kiloda (%33,7), 24'ü kilolu (%28,9) ve 31'i obezdi (%37,3). Bu gruplar arasındaki cinsiyet ve yaş ortalaması benzerdi.

Tanı yaşı normal kilolu grupta $41,9 \pm 13,9$, obez grupta $49,4 \pm 8,8$ olup istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,049$). Ortalama toplam COMPASS-31 puanı; obez, kilolu ve normal kilolular arasında anlamlı bir farka sahip değildi ($p>0,05$). COMPASS-31 alt gruplarında da anlamlı fark bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Sonuç: Çalışmamızda VKİ ile COMPASS-31 arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Fibromiyalji tanılı hastalarda yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Hastalık semptomlarının obeziteyle ilişkilendirilmesi obez olan grupta tanı yaşının gecikmesine sebep olmuş olabilir.

Anahtar Kelimeler: Kompozit Otonom Semptom Skoru-31, COMPASS-31, VKİ, Sjögren sendromu

| | BMI normal | Kilolu | Obez | p |
|-----------------|------------------|-----------------|-----------------|-------|
| Yaş | 50.0 \pm 10.9 | 52.9 \pm 12.8 | 56.6 \pm 9.5 | 0.078 |
| Kadın cinsiyet | 28(%100) | 23(%95.8) | 30(%96.8) | NA |
| Tanı yaşı | 41.9 \pm 13.9* | 46.4 \pm 11.8 | 49.4 \pm 8.8* | 0.049 |
| Hastalık süresi | 6(7.8) | 4(4.9) | 5(7) | 0.536 |

| | BMI normal | Kilolu | Obez | p |
|---------------------|------------|------------|-------------|-------|
| Total | 29.2(23.5) | 21.8(18.9) | 21.0(33.87) | 0.105 |
| Ortostatik tolerans | 4(16) | 0(11) | 12(20) | 0.072 |
| Vasomotor | 0(0.83) | 0(2.5) | 0(2.5) | 0.738 |
| Sekretomotor | 6.4(5.3) | 6.4(5.9) | 6.4(6.4) | 0.877 |
| GIS | 3.1(8.0) | 4.5(5.4) | 8.0(6.2) | 0.180 |
| Mesane | 1.1(2.2) | 2.2(3.1) | 1.9(3.3) | 0.303 |
| Pupil | 3.2(2.9) | 2.2(2.8) | 2.7(2.3) | 0.487 |

Ankilozan spondilit hastalarının tedavisinde sistemik secukinumab: Sistemik ve gözyaşı proenflamatuvar sitokinleri ile oküler yüzey bulgularının ilişkisi

Özlem Dikmetaş¹, Yasemin Kapucu¹, Zehra Özsoy²,
Nargiz Rüstamova¹, Semih Coşan¹, Sibel Kocabeyoğlu¹,
Umut Kalyoncu², Çağman Tan³, İlhan Tezcan¹, Murat Irkeç¹

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

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

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Pediatrik İmmünoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Kuru göz hastalığı tüm dünyada çok sayıda insanı etkileyen sık görülen oküler yüzey hastalığıdır. Bu hastalığın patogenezinin bakıldığında enflamasyonun rol oynadığı görülmektedir. Ankilozan spondilit (AS) immün aracılı enflamatuvar romatoid hastalıkların prototipidir. Çalışmalarda birçok enflamatuvar sitokin özellikle IL-17 AS'nin patogenezinde gösterilmiştir. Secukinumab IL-17 reseptörlerine selektif olarak bağlanarak hedef reseptör ile ilişkisine engel olmaktadır. Buradan yola çıkarak bu çalışma ile secukinumab tedavisi öncesi ve sonrası AS hastalarında proenflamatuvar sitokinlerin kan ve gözyaşındaki düzeylerinin ve bunların oküler yüzey bulguları ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu çalışma kesitsel prospektif bir çalışma olup 12 AS hastasını ve 12 sağlıklı kontrol grubunu içermektedir. Oküler yüzey bulguları ve gözyaşı filmi Ocular Surface Disease indeks (OSDI) anketi, gözyaşı kırılma zamanı (GKYZ), oküler yüzey boyanma ve Schirmer II testi ile değerlendirildi. Kan ve gözyaşı örnekleri eş zamanlı alındı. Kuru göz hastalığı bulguları tedavi öncesi, tedavi sonrası 4. ve 12. hafta değerlendirildi. Sağlıklı kontrol grubundan gözyaşı veperiferik kan örnekleri çalışmanın başlangıcında alındı.

Toplanan gözyaşı ve kan örneklerinde pediatrik immünoloji laboratuvarında proenflamatuvar sitokin düzeyleri çalışıldı. Otuz sitokin değerlendirildi. İstatistiksel analizler SPSS 25.0 paket programı ile yapıldı.

Bulgular: AS hastalarında kontrol grubuna göre daha yüksek OSDI skorları (p=0,01), GKYZ (p=0,03) ve benzer korneal floresein ve lissamin yeşili boyanması (p=0,12) saptandı. AS hastalarında OSDI skoru farklı ölçüm zamanlarında anlamlı farklı bulundu (p=0,01). IL1B, IL-10, IL-13, IL-6, IL-12/IL-23p40, Rantes, Eotaxin, IL-17A, MIP-1A, GM-CSF, MIP-1B, MCP- 1, IL-15, IL-5, IFN-G, IFN-A, TNF-A, IL-2, IL-7, IP-10, IL-2R, MIG, IL-4, IL-8 düzeyleri AS hastalarının serum ve gözyaşında 1. ve 3. ayda farklı bulunmadı (p>0,05). IL1R-A ölçümleri AS serum ve gözyaşında 1. ve 3. ayda anlamlı azalma gösterdi (p=0,04).

Sonuç: Bu çalışmanın sonuçları secukinumab tedavisi alan AS hastalarında tedavi sonrası IL1RA düzeyinin gözyaşı ve serumda azaldığını gösterdi. Lakrimal IL 17 düzeyleri GKYZ ve Schirmer testi ile ilişkili eski çalışmalarda ilişkili görülmektedir. Bu sonuçlarla IL-1 RA inhibisyonu sistemik secukinumab tedavisi ile sağlanabilmekle birlikte kuru göz sendromu bulgularını etkilememiştir. Kuru göz hastalığı tüm dünyada çok sayıda insanı etkileyen sık görülen oküler yüzey hastalığıdır. Bu hastalığın patogenezinin bakıldığında enflamasyonun rol oynadığı görülmektedir. Ankilozan spondilit (AS) immün aracılı enflamatuvar romatoid hastalıkların prototipidir. Çalışmalarda birçok enflamatuvar sitokin özellikle IL-17 AS'nin patogenezinde gösterilmiştir. Secukinumab IL-17 reseptörlerine selektif olarak bağlanarak hedef reseptör ile ilişkisine engel olmaktadır. Buradan yola çıkarak bu çalışma ile secukinumab tedavisi öncesi ve sonrası AS hastalarında proenflamatuvar sitokinlerin kan ve gözyaşındaki düzeylerinin ve bunların oküler yüzey bulguları ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, secukinumab, proenflamatuvar sitokinler, gözyaşı, oküler bulgular

Memenin MPO pozitif vaskülit

Elif Güngör, Zeliha Ademoğlu, Yelin Koçak Ünsal, Rabia Gökçen Umurca Aydemir, Hakan Emmungil

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

Giriş: Anti-nötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) ilişkili vaskülit, genellikle küçük damarların enflamasyonu ile karakterize heterojen bir hastalık grubudur. Neredeyse tüm organlar etkilenebilir, ancak deri, böbrek ve üst ve alt solunum yolları en sık tutulur. Bununla birlikte memenin sistemik vaskülitik tutulumunun nadir olduğu bildirilmiştir. Burada memede deride fistülize kitle lezyon, eritema nodozum ve artrit ile karakterize ANCA ilişkili vaskülit hastası sunulmaktadır.

Olgu: Otuz yaşında, bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan kadın hasta, 2 aydır olan sol memede akıntılı kitle lezyon (Şekil 1), alt ekstremitelerde döküntü ve artralji şikayetiyle başvurdu. Fizik muayenede el ve ayak bileklerinde artrit, alt ekstremitelerde yaygın deriden kabarıklık, kızarıklık, ısı artışı olan ağrılı nodüler lezyonlar saptandı. Laboratuvar değerleri Tablo 1’de görülmektedir. Meme ultrasonunda; sol meme derisinde kalınlık artışı ve üst dış kadranda belirgin olmak üzere birbirlerine traktus yollarıyla bağlantı oluşturan heterojen ekoda koleksiyon alanları içeren deri altına fistülize olan lezyon saptandı. Manyetik rezonans (MR) incelemesinde; sol meme dış kadrana kaplayan birbirleriyle ilişkili multiple kistik, heterojen karakterde, yaygın kontrastlanma alanları görüldü (Şekil 2). Toraks bilgisayarlı tomografi incelemesinde hiler, mediastinal lenfadenopati veya parankim patolojisi saptanmadı. Akut mastit ön tanısıyla aldığı antibiyotik tedavilerine yanıt alınamayan, viral seroloji ve brucella tetkiklerinde patoloji saptanmayan hastada enfeksiyon etkenleri dışlandı. Histopatolojik incelemede kronik granümatöz enflamasyon saptandı. Tüberkülin deri testi, quantiferon, mikobakteri polimeraz zincirleme reaksiyonu (PCR) testleri negatif tespit edildi. Hastanın MPO (myeloperoksidaz antikor) ANCA testi pozitif olarak saptandı. Hastaya memenin MPO ANCA pozitif vaskülit tanısıyla 1 mg/kg/gün oral metilprednizolon başlandı, takiplerinde eritema nodozum ile uyumlu lezyonları geriledi. Kitlenin akıntısı gerileyip kayboldu ve çapı küçüldü. Steroid dozu azaltılan hastanın tedavisine subkütan metotrexat 15 mg/hafta eklendi. Güncel olarak düşük doz steroid ve metotreksat ile hastalık kontrol altına alındı.

Sonuç: Granümatöz mastitin ayırıcı tanısında maligniteler, enfeksiyöz nedenler (bakteriyel, fungal veya parazitik apse), otoimmün ve enflamatuvar hastalıklar, yapısal değişiklikler, sistemik hastalıkla bağlantılı olabilen diğer nadir sebepler (diabetes mellitus,

sarkoidoz) ve idiyopatik granümatöz mastit yer almaktadır. Meme vaskülitide kitle ve ülserasyon ile klinik belirti verir. Özellikle maligniteler ve enfeksiyöz nedenler öncelikle dışlanmalıdır. Klinik bulgular, ANCA testleri, görüntüleme ve son olarak hisopatolojik inceleme ile meme vaskülitide gibi enflamatuvar hastalık tespit edilen hastalarda yeterli immünoşüpresif tedavi ile remisyon sağlanıp gereksiz cerrahi uygulamalar önlenir.

Anahtar Kelimeler: Anti-nötrofil sitoplazmik antikor, meme, sistemik vaskülit



Şekil 1. Sol meme üst dış kadranda deride fistülize palpabl kitle lezyon



Şekil 2. T2 ağırlıklı MR görüntülerinde içerisinde tübüler kistik alanların olduğu heterojen karakterde hiperintens alan

EBV ilişkili lenfoproliferatif hastalık seyrinde hemofagositik lenfositosis

Oğuz Çelebi¹, Mustafa Cem Bülbül¹, İbrahim Öner Doğan², Ahmet Burhan Ferhanoglu³, Nilüfer Alpay Kanitez⁴

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

²Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

³Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, İstanbul

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

Giriş: Hemofagositik lenfositosis (HLH) nadir görülen, hayatı tehdit eden bir immün hiperaktivasyon durumudur. Primer ve sekonder olarak ikiye ayrılır. Primer formu genetik mutasyonlara bağlı gelişirken sekonder formu enfeksiyöz, enflamatuvar ve hematolojik hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkar. Epstein Barr virüsü (EBV), Herpes virüs ailesindedir ve lenfoma için risk faktörüdür. Nadiren özellikle B lenfositler aracılı seyri yıllarca sürebilen ve iyi bilinmeyen EBV ilişkili lenfoproliferatif hastalığa (LPH) sebep olabilir. EBV ilişkili LPH, kendi kendini sınırlayan bir klinikten çok agresif seyredebilen geniş bir spektruma sahiptir. Bu yazıda EBV ilişkili LPH seyrinde rituksimab tedavisi sonrası gelişen HLH ile kaybettiğimiz bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Elli üç yaşında kadın hasta üç aydır sebat eden sağ yanakta ağrısız şişlik şikayeti ile romatoloji polikliniğine başvurdu. Öyküsünde 32 yıl önce intranazal miyofasiyal granülom nedeniyle cerrahi ve radyoterapi uygulandığı ve sonrasında herhangi bir şikayeti olmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde lenfadenopati veya hepatosplenomegali yoktu. MR'de görülen sağ masseter kasında bukkal bölgeye uzanım gösteren 30x52 mm'lik kitleye yapılan tru-cut biyopside EBER pozitif, sitotoksik T/NK hücre antijen ekspresyonu gösteren, proliferasyon kapasitesi düşük bir infiltrasyon görüldü. Lenfoma tanısı için yapılan klonalite analizleri tanı koydurucu değildi. PET-BT görüntülemesinde bukkal bölgedeki lezyon haricinde hipermetabolik bir odak tespit edilmedi. Laboratuvar incelemelerde belirgin bir patoloji yoktu. RF, ANA ve ANCA negatifti. Serum IgG4 düzeyi normal sınırlardaydı. Sağ yüz yarımının neredeyse tamamını kaplayacak kadar şişliğin artması üzerine 32 mg/gün metilprednisolon tedavisi başlandı ve belirgin yanıt alındı. Steroid dozunu azaltırken bulguların tekrarlaması üzerine başlanan metotreksat ile karaciğer toksisitesi gelişti. Azatioprin etkisizdi. Şişliğin metilprednisolon dozunu 16 mg/günün altına inmesine müsaade etmeyecek kadar artışı üzerine iki hafta ara ile 1000 mg iv rituksimab uygulandı. Rituksimab

tedavisinin üçüncü ayında ateş, bilateral alt ekstremitelerde pannikülit benzeri görünüm, el sırtında ve ayak tabanında ülsere lezyonlar gelişti. Laboratuvar bulguları Tablo 1'deki gibiydi. Bu bulgularla HLH düşünülerek 1 mg/kg/gün metilprednisolon başlandı. Başlangıçta klinik yanıt alındı fakat metilprednisolon henüz 32 mg/gün dozunda iken bulgular tekrarladı ve sitopeni gelişti. Kemik iliği aspirasyonunda hemafagositik hücreler tespit edildi, malign infiltrasyon saptanmadı. Üç gün 1 gr pulse metilprednisolon ve devamında 80 mg metilprednisolon ile siklosporin (2 mg/kg/gün) başlandı. Bu sırada bakılan EBV DNA 450.000 kopya/mL tespit edildi. Siklosporin ve arkasından başlanan anakinra (400 mg/g) tedavilerine yanıt alınamadı. Ateşi yükseldi, laboratuvar bulguları enfeksiyon lehine artış gösteren hastaya siklofosamid verilemedi, IVIG ve uygun ampirik antibiyoterapi verildi. Takibinde transfüzyon ihtiyacı arttı, tüm medikal tedaviye rağmen genel durum kötüleşti. Günler içerisinde ARDS bulguları ile solunum yetmezliği ve arkasından hemodinamik instabilite gelişen hasta kaybedildi.

Sonuç: EBV ilişkili LPH yaygın olarak B lenfositlerden kaynaklanmakla birlikte T lenfosit ve NK hücre kaynaklı olabilir. T ve NK hücre kaynaklı EBV ilişkili LPH ile bilgilerimiz daha da sınırlıdır. Kısa sürede mortal seyreden olgu bildirimleri mevcuttur. HLH spektrumun en ağır formudur. Rituksimab genellikle etkin bir tedavi olarak bildirilmekle birlikte olgumuzda olduğu gibi sürecin kötüye gidişini durduramamıştır. Sonrasındaki tedaviler de etkili olamamış olası enfeksiyon ya da hemofagositozun kötüleşmesi ile hasta kaybedilmiştir. EBV ilişkili LPH iyi bilinmeyen zorlu bir tanıdır ve enflamatuvar bulgular ile romatoloji pratiğine de yansyabileceğinden farkındalığı önemlidir.

Anahtar Kelimeler: EBV ilişkili lenfoproliferatif hastalık, hemofagositik lenfositosis

Tablo 1: Laboratuvar sonuçlar

| Tetkik | Sonuç | Referans aralık |
|-----------------------------|-------|-------------------------------|
| C reaktif protein | 92 | <5 mg/L |
| Sedimentasyon hızı, 1. Saat | 42 | 0-25 Mm/h |
| Prokalsitonin | 0.24 | |
| Lökosit Sayısı | 3060 | 4100-11100/mm ³ |
| Nötrofil sayısı | 2400 | 1800-7500/mm ³ |
| Lenfosit sayısı | 100 | 1200-5800/mm ³ |
| Hemoglobin | 7.4 | 12,6-17,8 g/dL |
| Trombosit sayısı | 40000 | 150000-400000/mm ³ |
| Trigliserit | 495 | |
| Ferritin | 7070 | 13-150 ng/ml |
| Kan Üre Azotu (BUN) | 20 | 10-20 mg/dL |
| Kreatinin, serum | 0,5 | 0,6-1,1 mg/dL |
| Alanin aminotransferaz | 134 | <33 U/L |
| Aspartat aminotransferaz | 52 | <32 U/L |
| Alkalen fosfataz | 68 | 35-105 U/L |
| Gammaglutamil transferaz | 140 | 5-36 U/L |
| Laktat Dehidrogenaz | 484 | 135-225 U/L |

Tablo 2.

| Tibbi hastalıklar (n=62) | Küçük-damarlı grup (n=28) | | p | Büyük-damarlı grup (n=34) | | p |
|---|----------------------------|-----------------------------|-------------|----------------------------|-----------------------------|---|
| | Anti-IL-1 nöbetleri Önceki | Anti-IL-1 nöbetleri Sonrası | | Anti-IL-1 nöbetleri Önceki | Anti-IL-1 nöbetleri Sonrası | |
| Tetikleyici faktörler ortası (n=24) | 49 (70.8) | 35 (59.3) | 0.112 (1) | 34 (50.5) | 0.349 | |
| Tetikleme mekanizmaları (n=24) | 22 (91.7) | 10 (35.7) | 0.004 | 11 (34.4) | 0.79 | |
| Emenajiyel KİMA (n=70) | 37 (52.9) | 17 (60.7) | 0.134 (3) | 20 (57.1) | 0.78 | |
| Pulmoner ateş (n=27) | 13 (48.1) | 7 (26) | 0.362 | 8 (23.5) | 0.69 | |
| Yakınlaşma (n=24) | 19 (79.2) | 10 (35.7) | 0.008 | 8 (23.5) | 0.39 | |
| Membranöz nefrit (21 hasta hastalığı) (n=70) | 12 (17.1) | 8 (28.6) | 0.32 | 7 (20.6) | 0.28 | |
| Urtikeryal (n=24) | 9 (37.5) | 1 (3.6) | 0.3 | 9 (26.5) | 0.72 | |
| Uzun süreli kızamıkçık (n=24) | 15 (62.5) | 11 (39.3) | 0 | 7 (20.6) | 0.09 | |
| Yakınlaşma (n=24) | 4 (16.7) | 0 | 0.66 | 4 (11.8) | 0.12 | |
| Ağrı (n=24) | 2 (8.3) | 2 (7.1) | 0 | 0 | 0.13 | |
| Uzun süreli nefes darlığı (n=24) | 14 (58.3) | 8 (28.6) | 0.004 | 8 (23.5) | 0.28 | |
| İnflamasyon (n=24) | 11 (45.8) | 7 (25) | 0.001 | 4 (11.8) | 0.19 | |
| Tromboz (n=24) | 1 (4.2) | 1 (3.6) | 1.0 | 1 (2.9) | 0.88 | |
| Nöbetli enfeksiyonlu hastaların % oranları (n=24) | 24 (100) | 19 (67.9) | 0.001 | 17 (50) | 0.12 | |
| Tetikleyici faktörlerin bir yıl önceki hastaların % oranları (n=24) | 21.7 (28.3) | 16.7 (59.6) | 0.001 | 11.7 (34.4) | 0.58 | |
| Tetikleyici faktörlerin saptanma oranları (n=24) | 1.4 (5.8) | 2.8 (10) | 0.75 (11.4) | 2.3 (6.8) | 0.28 | |

*İki grup arasındaki farkın test sonucu: (1)

pc: 0-1 aralığında birinci grupta ikinci ve ikinci grupta birinci gruptaki farkın test sonucu

pc: Küçük-damarlı grup ile büyük-damarlı grup arasındaki farkın test sonucu, büyük-damarlı grup içindeki farkın test sonucu

ANA: Akut Akrilik Asidoz (AA) ile ilişkili 1. ve 2. sınıfta saptandı

PS-184

Ürtikeryal vaskülit hastasında saptanan pulmoner tutulum: Olgu sunumu

Sevilay Batıbay

Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Ürtikeryal vaskülit (ÜV) lökositoklastik vaskülitin histopatolojik özelliklerini gösteren, tekrarlayan ürtiker epizodları ile seyreden nadir bir küçük damar vaskülitidir. ÜV deriye sınırlı olabileceği gibi ateş, eklem ağrıları gibi konstitüsyonel semptomlar, renal, pulmoner, gastrointestinal sistem ve göz gibi diğer organların tutulumu ile de ilişkili olabilir. Bu olgu sunumunda ÜV tanılı hastada saptadığımız pulmoner tutulumu sunmayı amaçladık.

Olgu: Kırk sekiz yaşında kadın hasta. On aydır olan, 24 saatten uzun süren, kollarda, bacaklarda, gövde, karın ve sırt bölgesinde çıkan, kaşıntısız ama yanmanın eşlik ettiği ürtikeryal döküntüleri olan hastanın alınan deri biyopsisi ürtikeryal vaskülit ile uyumlu saptanmış. Antihistaminik ve aralıklı metil prednizolon 32 mg/gün kullanımı mevcut. Küçük eklemlerde gezici geçici artraljisi olan hastanın muayenesinde artrit saptanmadı. Göz kuruluğu tariflemesi nedeniyle bakılan schirmer testinde kuruluk saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde ANA İFA 1/100 homojen, ENA paneli negatif, RF negatif, C3/4 normal aralıkta, ANCA İFA 4+ formalin duyarlı p-ANCA saptanıp MPO ve PR3 ANCA negatifti. Tam idrar tetkiki ve hemogramda özellik saptanmadı. Hastanın sistemik sorgusunda ara sıra nefes darlığı şikayeti olması üzerine çekilen toraks BT'de sağ akciğer alt lob superior segmentte subplevral alanda büyüğü 24 mm boyutunda nodüller dansiteler saptandı. Ayırıcı tanı açısından yapılan bronkoskopiye BAL kültürü (-) BAL-mikobakteri kültürü (-) mantar kültürü (-) aspergillus PCR (-) mikobakteri PCR (-) saptandı. PPD 20 mm idi. Hastaya transtorasik biyopsi yapılması planlandı, fakat hasta kabul etmedi. Öksürük, balgam, ateş tariflemeyen hastanın 4 ay sonra kontrol amaçlı çekilen toraks BT'sinde ise sağ akciğer alt lob superior segmentte 38 mm boyutunda kalın duvarlı kaviter lezyon, sol akciğer alt lob laterobazalde 33 mm boyutunda lobüle kontürlü nodüler lezyonlar saptandı (Resim 1 ve 2). Tbc ve fungal enfeksiyon ayırıcı tanısı açısından hastanın bronkoskopisi tekrarlandı, BAL'da bakılan mikobakteri kültürü ve mantar kültürü, PCR testleri tekrar negatif saptandı. Bu esnada ürtikeryal döküntüleri sıklaşan steroid dozu azaltılmayan hastaya dermatoloji omalizumab tedavisi başladı. Hasta Romatoloji ve Göğüs Hastalıkları konsyinde değerlendirildi, kaviter lezyonlar küçük damar vaskülit ile ilişkilendirildi. Hastanın dispne yakınması hafif dereceli ve aralıklı olduğu için Mtx 15 mg/hft SC eklendi. Üçüncü ay takibinde PA-akciğer grafisinde kaviter lezyonların regrese olduğu izlendi.

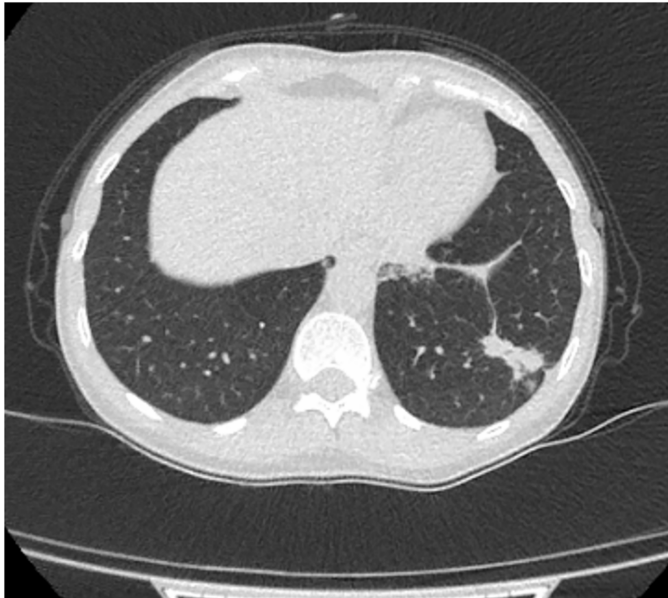
Sonuç: ÜV sıklıkla idiyopatik olmakla birlikte, ilaç reaksiyonları, enfeksiyonlar, maligniteler, hematolojik hastalıklar ile SLE ve Sjögren sendromu gibi kronik hastalıklar ile ilişkili olabilir. Hastamızda ise eşlik eden ANCA pozitifliği ile pulmoner nodüler ve kaviter lezyonlar saptandı. Literatürde ANCA ilişkili vaskülit seyrinde ürtikeryal lezyonların görülebildiği bildirilmiştir, fakat ÜV ile ANCA ilişkili vaskülit birlikteliğine rastlamadık. Kompleman düzeyleri normal olan hastalarda hastalık deriye sınırlı olma

eğiliminde olmasına rağmen bizim hastamızda pulmoner tutulum da mevcuttu. ÜV hastalarında pulmoner tutulum olabileceğini klinik pratiğimizde akılda tutmak faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ürtiker, ürtikeryal vaskülit, pulmoner tutulum, ANCA



Resim 1.



Resim 2.

PS-185

Primer Sjögren sendromlu hastalarda raynaud fenomeni varlığı ve depresyon ilişkisi

Sümeyye Merve Türk¹, Seyyid Bilal Açıkgöz¹, Nilay Erdik¹, Damla Karataş², Gökhan Yavuzbile³, Cansu Arslantürk Güneysu¹, Mehtap Kalçık Unan⁴, Gamze Dilek⁵, Abbas Karakurt⁶, Emel Gönüllü¹

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

²Yalova Devlet Hastanesi, Yalova

³Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hatay

⁴Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

⁵Abant İzzet Baysal Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bolu

⁶Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sakarya

Amaç: Sjögren sendromu; tükürük, gözyaşı ve mukus salgılayan ekzokrin bezlerde hasar nedeni ağız ve göz kuruluğu ile karakterize otoimmün bir hastalıktır. Klinikte mukozal değişiklikler yanında, raynaud fenomeni, parotis büyümesi veya artrit gibi semptomlar görülebilir. Depresyon, Sjögren hastalarında sık görülen bir psikiyatrik durumdur. Primer Sjögren sendromlu (pSS) raynaud pozitif (+) ve raynaud negatif (-) hastalarda depresyon sıklığını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı'na Aralık 2021-Aralık 2022 tarihleri arasında başvuran pSS tanılı hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalar raynaud (+) ve raynaud (-) olarak sorgulanarak kayıt edildi. Hastaların hepsine Beck anksiyete ölçeği, Beck depresyon ölçeği ve Kompozit otonom nöropati skalası 31 (COMPASS-31) uygulandı. Beck anksiyete ölçeğinde 8-15 puan arası hafif düzeyde, 26-35 puan arası şiddetli düzeyde anksiyete varlığından söz edilir. Beck depresyon ölçeğinde 16 ve üzeri puan orta ve şiddetli depresyon göstergesidir. Hastaların antikor değerleri sistemden not edildi ve hastalar fibromiyalji varlığı açısından değerlendirildi.

Bulgular: Primer Sjögren sendromlu raynaud (+) 10 hasta ve raynaud (-) 61 hasta değerlendirildi. Raynaud (+) hastaların hepsi kadın, raynaud (-) olanlarda bir hasta erkekti. Hastaların semptom başlangıç yaşları Raynaud (+) grupta 33 ve Raynaud (-) grupta 44 yıl idi (p=0,209). Hastalığın tanı yaşı Raynaud (+) olanlarda 33,5 yıl iken Raynaud (-) olanlarda 47 yıl idi ve istatistiksel anlamlı fark yoktu (p=0,947). İki grup arasında anti-SSA, anti-SSB, anti-SCL70, anti-centromer ve anti-SM antikorları pozitiflikleri açısından istatistiksel anlamlı fark yoktu (sırasıyla p=1,00; 0,063; 1,00; 0,313). COMPASS-31 skoru ve fibromiyalji sıklığı her iki grupta da benzerdi (sırasıyla p=0,655; 1,00). Beck anksiyete ölçeği iki grup arasında istatistiksel anlamlı farka ulaşmasa bile raynaud (+) hasta grubunun hepsinde anksiyete puanı medyan skoru 8'in üzerinde idi (p=0,057). Beck depresyon ölçeği raynaud (+) grupta anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,016).

Sonuç: Anksiyete ve depresyon, pSS'unda sık görülen bir belirti olup hastalığıdaki patofizyolojisi net bilinmemektedir. pSS hastalarında anksiyete ve depresyonun yaygınlığını; hastalık aktivitesi, yorgunluk, ağrı, ağız sağlığı, yutma bozuklukları ile ilişkisini değerlendiren

çalışmalar mevcuttur. Raynaud varlığının hasta tarafından objektif görülebilen bir bulgu olması, hastanın psikolojik durumunu kolayca etkileyebilir. Bu hastaların yönetiminde görülen ve hissedilen semptomların değerlendirilmesinin yanında hastaların depresyon ve anksiyete durumları da dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Beck depresyon ölçeği, Raynaud fenomeni, Sjögren sendromu

PS-186

Skleroderma renal kriz olgusunda böbrek nakli ve rejeksiyon

Numune Aliyeva¹, Yasemin Yalçınkaya¹, Shirkhan Amikishiyev¹, Rabia Hacer Deniz¹, Ayşe Serra Artan², Bahar Artum Esen¹, Ahmet Gül¹, Murat İnanç¹

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

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

Giriş: Skleroderma renal krizi (SRK), sistemik skleroz (SSk) seyrinde tipik olarak malign hipertansiyon, akut böbrek hasarı ile karakterize, patolojik bulguların böbreğin özellikle küçük damarlarında trombotik mikroanjyopati ile uyumlu olduğu bir komplikasyondur. Dünya literatüründe SRK sonrası böbrek yetmezliği nedeni ile böbrek nakli bildirilen olgu sayısı kısıtlıdır. Bu bildiri SRK tanılı ve böbrek nakli yapılmış bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Elli iki yaşında kadın hasta halsizlik, yüzde ve bacaklarda şişme, baş ağrısı, bulantı ve kusma, idrar miktarında azalma şikayeti ile acil dahiliye polikliniğine başvurdu. Sekiz aydır Raynaud fenomeni ve uzun süre devam eden sabah tutukluğu olan hastanın fizik muayenesinde telanjiektaziler, göz kapaklarında ödem, pretibial ödem ve hipertansiyon saptandı, laboratuvar tetkiklerinde normositer anemi (Hgb: 10,26 g/dL, MCV: 85,4 fL), akut böbrek yetersizliği (bazal kreatinini: 0,8 mg/dL iken güncel kreatinini 7,58 mg/dL), akut faz yüksekliği (C-reaktif protein: 10,22 mg/L, sedimentasyon: 36 mm/saat), idrar tahlilinde 0,56 g/gün proteinüri aşkarlandı. Acil hemodiyalize alınan hastanın üriner USG ve renal arteriyel/venöz Doppler USG'de patolojik bulgu yoktu. Anemik hastanın LDH yüksekliği (341 U/L), haptoglobin düşüklüğü (11 mg/dL), direkt Coombs testi pozitifliği mevcuttu, düzeltilmiş retikülosit normal aralıkta idi (%0,06), periferik yaymasında her alanda 1-2 adet şistosit görüldü. İmmünolojik testlerde ANA 1/2560 titrede nükleolar paternde pozitif, anti-Ro pozitif, komplemanlar normal, ANCA negatif idi. Böbrek biyopsisinde hafif kronikleşme bulguları gösteren trombotik mikroanjyopati bulguları izlendi. Sistemik skleroz [ACR/EULAR (2013) sınıflandırma kriterleri] renal kriz tanısı konulan hastaya ACE inhibitörü, bosentan ve iloprost intravenöz infüzyonu başlandı. Tanıdan yaklaşık 10 ay sonra deride sertleşme, hiperpigmentasyon, el parmaklarında şiş görünüm ve elini yumruk yapamama gelişen hastanın tedavisine mikofenolat mofetil 1,0 g eklendi. Rutin hemodiyaliz programına devam eden hastaya tanı konulduktan 18 ay sonra eşinden böbrek nakli yapıldı. Everolimus, mikofenolat mofetil ve prednizolon gibi immünoşpresif ilaçlar alıyor iken nakilden yaklaşık 1,5 yıl sonra

kreatinin yüksekliği (1,5 mg/dL) gelişen hastaya ikinci kez böbrek biyopsisi yapıldı, akut T hücre aracılı rejeksiyon, eşlik eden tubulit ve peritubuler kapillarit bulguları saptandı, plazmafereze alındı, ATG ve intravenöz immünoglobulin (IVIG) tedavileri uygulandı. Kreatinin yüksekliğinin sebat etmesi üzerine tekrar yapılan böbrek biyopsisinde kronik aktif antikor aracılı rejeksiyon ile uyumlu bulgular izlendi, plazmaferez, IVIG ve rituksimab tedavileri planlandı.

Sonuç: Sistemik skleroz seyrinde SRK, sıklığı düşük olmakla birlikte yaşamı tehdit eden bir tutulumdur. Böbrek nakli yapılan SRK hastalarının uzun dönem sonuçlarını gösteren veriler kısıtlıdır. Böbrek fonksiyonlarında uzun sürede düzelme görüleceği için nakil öncesi bir süre beklenmesi önerilmektedir. Nakil sonrası nüks ile ilgili bilgiler kısıtlıdır. Skleroderma renal krizin patolojik bulguları akut ve kronik rejeksiyon ile karışabilir. Hastamızın nakil sonrası biyopsilerinde trombotik mikroanjyopati bulgusu saptanmamıştır. SSK'ye bağlı diğer organ tutulumlarında artış olmaması dikkat çekicidir. Hastada nakil sonrası ortaya çıkan komplikasyonlar tekrarlanan böbrek biyopsilerinin önemini ortaya koymaktadır. SSK seyrinde olan mikroanjyopatinin rejeksiyon gelişimine katkısı tartışma konusu olabilir. SRK nedeniyle nakil olmuş hastalarının seyrinde rejeksiyon gelişiminin hastalık patogeneziyle ilişkisi bilinmemektedir.

Anahtar Kelimeler: Skleroderma, renal kriz, böbrek nakli, rejeksiyon

PS-187

Spondiloartritlerin tedavisinde biyolojik DMARD sonrası tedavi seçimi

Gözde Duygu İşbilir¹, Rıza Can Kardeş², Derya Yıldırım², Burcuğül Kaya², İbrahim Vasi², Rahime Duran², Abdulsamet Erden², Hamit Küçük², Berna Göker², Mehmet Akif Öztürk²

¹*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara*

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

Amaç: Spondiloartritlerin (SpA) tedavisinde ilk biyolojik DMARD'ın (bDMARD) başarısız olmasından sonra, alternatif bir biyolojik ilaca geçiş mümkündür. Bununla birlikte, ilaç seçimi ile ilgili veriler sınırlıdır. Aksiyel SpA ASAS/EULAR kılavuzu, TNF- α inhibitörleri (TNFi), IL-17 inhibitörleri (IL-17i) veya JAK inhibitörleri (JAKi) arasında bir ayırım yapmaz. Öte yandan, ACR/SAA/SPARTAN kılavuzu, tedaviye dirençli hastalarda TNF- α 'nın ana enflamatuvar sitokin olmadığı varsayımına dayanarak, birincil başarısızlık durumunda farklı bir TNFi yerine IL-17i'leri önerir. Her iki kılavuz da periferik spondiloartritte ilk bDMARD başarısızlığı durumunda tedavi seçimi konusunda özel öneriler sunmaz. Bu çalışmada, spondiloartrit hasta kohortumuzda başlangıç biyolojik tedavi başarısızlığı sonrası TNFi veya IL-17i kullanan hastaların özelliklerini karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: 2014 ile 2022 yılları arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı'nda takip edilen spondiloartrit hastaları, birincil veya ikincil biyolojik tedavi başarısızlığını takiben ikincil bir bDMARD alan hastalar çalışmamıza dahil edildi. Hastaları aksiyel veya periferik SpA

olarak sınıflandırmak için ASAS kriterleri kullanıldı. Başarısızlık, en az 12 hafta tedaviye rağmen klinik iyileşmenin olmaması olarak tanımlandı. Hastaların demografik, klinik, laboratuvar ve radyolojik özellikleri, ikinci basamak bDMARD tedavisinden sonraki klinik ve laboratuvar yanıtları kaydedildi.

Bulgular: Çalışmamıza 90 hasta dahil edildi. Hastaların %51'i kadındı (n=46), tanı anındaki ortalama yaş 35'ti (SS: 11,9, %95 GA: 32,5-37,6), ortalanca hastalık süresi 9 yıldır (IQR: 10, minimum: 2 yıl, maksimum: 38 yıl). Hastaların %76'sı (n=68) aksiyel SpA olarak sınıflandırıldı, geriye kalan 22'si periferik SpA olarak sınıflandırıldı. Hastaların %68'i (n=58) HLA-B27 pozitif. İlk bDMARD öncesi ortalanca ASDAS-CRP değeri 3,7 idi (IQR: 1,3, min.-maks.: 2,6-5,9). En çok kullanılan ilk TNF α ilacı adalimumab'dı (%48, n=43), onu infliximab (%16, n=14) ve etanersept (%14, n=13) izledi. Tedavi değişikliğinin en yaygın nedeni sekonder başarısızlıktı (%51, n=41), onu primer başarısızlık (%25, n=20) ve yan etkiler (%19, n=15) izledi. İlk tedavi başarısızlığı sonrası hastaların %30'u (n=27) alternatif bir yol ile bir ilaca geçti, bunların çoğunluğu sekukinumab'dı (n=22). İlk tedavi başarısızlığı sonrası ortalanca ASDAS-CRP değeri 3,8 idi (IQR: 1,0, min.-maks.: 2,5-6,0). Birincil ve ikincil başarısızlık grupları arasında spondiloartrit türü, HLA-B27 pozitifliği, entezit, daktilit, deri tutulumu, gastrointestinal tutulum, ASDAS-CRP skoru ve bDMARD tercihi arasında farklılık yoktu. Hastaların %24'ü (n=22), ikinci basamak bDMARD tedavisinde klinik remisyona erdi. Klinik remisyona oranı TNF α için %5 ve IL-17 için %75 idi (p<0,001). Yanıt veren hastaların hastalık süresi daha kısaydı (ortalama 4 yıl karşısında 11 yıl, p=0,03). Cinsiyet, HLA-B27 durumu, entezit varlığı, daktilit, üveit, deri tutulumu, gastrointestinal tutulum ve ilk ASDAS-CRP skoru, yanıt verenler ile yanıt vermeyenler arasında farklılık göstermedi.

Sonuç: İlk bDMARD başarısızlığının ardından IL-17 için remisyona oranı, TNF α 'ye göre belirgin derecede yüksekti. Yanıt verenler ile yanıt vermeyenler arasında hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri dışında hastalık süresi dışında fark yoktu. Bu bulgular, TNF α başarısızlığı durumunda alternatif bir yol kullanmanın tercih edilebilir olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Spondiloartrit, TNF- α inhibitörleri, IL-17 inhibitörleri

PS-188

Granülomatöz mastit, eritema nodozum ve oligoartrit birlikteliği: Olgu sunumu

Sibel Ösken, Duygu Şahin

İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Granülomatöz mastit (GM), non-kazeifiye granülomların oluşumu ile karakterize, genellikle tek taraflı meme ağrısı, şişlik ve kitle oluşumu ile prezente olan memenin enflamatuvar bir hastalığıdır. Sıklıkla üreme çağındaki beyaz olmayan (Orta Doğulu veya Hispanik) kadınları etkiler ve ortalama yaşı 37'dir. GM primer olarak memenin benign bir hastalığıdır ancak meme dışı tutulum olarak eritema nodozum ve artrit olguları bildirilmiştir. Bu olgularda ayırıcı tanıda sarkoidoz, enflamatuvar barsak hastalığı ve granülomatöz polianjitis de akılda tutulmalıdır.

Bu yazıda GM'ye eritema nodozum ve oligoartritin eşlik ettiği bir olgu sunuldu.

Olgu: Otuz sekiz yaşında kadın hasta, yaklaşık iki ay önce başlayan sağ memede şişlik, sertlik, ısı artışı ve sonrasında her iki alt ekstremitelerde kızamık, ağrılı, sert şişlikler, her iki ayak bileğinde şişlik şikayeti ile genel cerrahi polikliniğine başvurmuş. Meme ultrasonografisinde sağ meme saat 3 hizasında periferik uzanım gösteren yaklaşık 50x20 mm boyutunda deriden 10 mm derinlikte kitlesel lezyon ve koleksiyon alanı izlenmesi üzerine antibiyotik tedavisi verilmiş. Kontrollerinde lezyonda gerileme tespit edilmemesi üzerine tru-cut meme biyopsisi yapılmış. Histopatolojik incelemede lobulocentrik granülomatöz enflamasyon, granülomatöz mastit ile uyumlu olarak izlenmesi üzerine tarafımıza yönlendirilmiş. Hastanın öyküsünde diabetes mellitus dışında ek hastalığı ve kronik ilaç kullanım öyküsü bulunmamakta idi. Fizik muayenesinde sağ memede ağrılı hassas kitlesel lezyon, her iki alt ekstremitelerde eritema nodozum ile uyumlu döküntüler ve her iki ayak bileğinde artrit mevcut idi. Diğer sistem sorgulama ve muayenesinde patolojik özellik yoktu. Yapılan laboratuvar incelemelerinde hemogramda WBC: 13,95 10³/uL, NE: 9,86 10³/uL, CRP: 80,7 mg/L, sedimentasyon: 55 mm/saat, biyokimya parametreleri normal, serum ACE düzeyi: 33 U/L, ANCA: negatif, diğer serolojik testler negatif, PA akciğer grafisi ve toraks BT incelemelerinde patoloji saptanmadı. PPD: 0 mm olarak ölçüldü. Mevcut klinik, laboratuvar, görüntüleme bulguları ve patoloji incelemesiyle hastaya granülomatöz mastit tanısı koyularak prednizolon 20 mg/gün ve metoreksat 15 mg/hafta olacak şekilde başlandı ve 1 ay sonra steroid azaltına şeması uygulandı. Mevcut tedavi altında hastanın üçüncü ay kontrollerinde eklem ve deri bulguları tamamen düzeldi, memede kitle boyutlarında azalma tespit edildi.

Sonuç: GM, klinik olarak meme kanseri veya apseyi taklit edebilen, meme dokusunda granülomatöz enflamasyon ile karakterize, nadir görülen, benign bir meme hastalığıdır. Bu olguyu diğer GM olgularından ayıran özelliği oligoartrit ve eritema nodozum gibi meme dışı bulguların da eşlik ediyor olmasıdır. Bu klinik antite nadir görülen bir durum olup literatüre göre bu birliktelik şu ana kadar on olguya tanımlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Eritema nodozum, granülomatöz mastit, oligoartrit



Resim 1. Sol ayak bileğinde artrit



Resim 2. Sağ alt ekstremitede eritema nodozum

PS-189

Malignite ilişkili dermatomiyozit: İki olgu sunumu

Zübeyde Uğurlu, Atalay Doğru, Mehmet Şahin

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Isparta

Giriş: Dermatomiyozit, proksimal kasların ilerleyici, simetrik zayıflığı ve deri lezyonları ile karakterize olan sistemik otoimmün bir hastalık ve idiyopatik enflamatuvar bir miyopatidir. Malignite ve dermatomiyozit arasındaki ilişki iyi tanımlanmıştır. Dermatomiyozit hastalarında kanser insidansının genel popülasyonla karşılaştırıldığında 5 ila 7 kat daha fazla olduğu tahmin edilmektedir.

Olgu 1: Elli bir yaşında kadın hasta. Bilinen metastatik over kanseri ile takipli hasta romatoloji polikliniğine iki haftadır olan vücutta döküntü, kas ve eklem ağrısı ile başvurdu. Hasta over kanseri nedeniyle 3 kere operasyon geçirmiş olup aktif kemoterapi almaktaydı. Fizik muayenesinde yüzde ve vücutta basmakla solan eritemli makülopapüler lezyonlar, boyunda, gluteal bölgede ve ensede krutlu lezyonlar (Resim 1) mevcuttu. Boyundaki döküntü şal belirtisi, ellerdeki döküntü gottron papülleri (Resim 2) olarak değerlendirildi. Kas gücü muayenesinde, omuz abduksiyonu 2/5, dirsek ekstansiyonu 4/5, kalça fleksiyonu 5/5, harici kas güçleri 4/5 olarak saptandı. Hastanın tandem olarak yürüyüşü bozulmuştu. Tam kan sayımında anemi (Hb: 13,4 g/dL), nötropeni (Ne: 4.000/mm³), trombositopeni (Plt: 254.000/mm³) yoktu. Biyokimyada kas enzimleri yüksek (CPK: 13.012 U/L, AST: 259 U/L, LDH: 646 U/L), C-reaktif protein 53 mg/dL, eritrosit sedimentasyon hızı 39 mm/saat idi. Anti-nükleer antikor, anti ds-DNA, romatoid faktör, anti SSB negatif idi. Anti SSA iki pozitif, rekombinant Pm-Scl 100 protein üç pozitif olarak geldi. Glukoz, üre, kreatinin, total protein, albümin, globulin, bilirubinler, sodyum, potasyum, kalsiyum, fosfat, normal referans aralığındaydı. T3, T4, TSH, düzeyleri normal, HbsAg ve anti-HCV negatif idi. Elektromiyografik incelemesi sağ alt ve üst ekstremitede yapılan iğne incelemesinde yer yer miyojenik motor ünit potansiyeli değişiklikleri ve deltoit kasında erken rekrütman izlendi ve bu bulgular miyopati ile uyumlu

olarak değerlendirildi. Hastaya muayene ve bulgular eşliğinde malignite ilişkili dermatomiyozit olarak tanı koyuldu. Hastaya bir hafta boyunca 100 mg/gün metilprednizolon tedavisi verildi. Bir hafta sonra görülen kan değerlerinde kas enzim yüksekliği gerilemiş (CPK: 2952 U/L, AST: 112 U/L, LDH: 521 U/L) ama normal aralığa gelmemişti. C-reaktif protein 3 mg/dL, eritrosit sedimentasyon hızı 21 mm/saat idi. Hastaya 400 mg/kg dozundan 4 gün boyunca toplamda 160 gram intravenöz immünoglobulin (IVIG) tedavisi verildi. IVIG tedavisi ayda bir defa olmak üzere üç kür olarak planlandı. Metilprednizolon dozu önce 60 mg/gün sonra da 40 mg/gün'e düşüldü. Hasta hidroklorokin ve oral metilprednizolon tedavisi ile taburcu edildi. Hasta, bir ay sonra ikinci kür intravenöz immünoglobulin tedavisi için yatırıldı. Dört gün boyunca toplamda 160 gram intravenöz immünoglobulin tedavisi verildi. Metilprednizolon dozu 10 mg/gün'e kadar düşüldü. İkinci doz IVIG sonrası görülen kan değerlerinde LDH hariç diğer kas enzimleri (CPK: 78 U/L, AST: 35 U/L, LDH: 451 U/L) normal aralıktaydı. Hastaya üçüncü doz IVIG tedavisi over kanserine bağlı gelişen ek patolojiler nedeniyle verilemedi. Ancak hastanın dermatomiyozit kliniği metilprednizolon ve IVIG tedavisi sonrasında düzeldi.

Olgu 2: Elli beş yaşında kadın hasta. Bilinen diabetes mellitus, koroner arter hastalığı ve dermatomiyozit ile takipli hasta romatoloji polikliniğine sağ meme ve sırt bölgesinde ele gelen sertlik şikayeti (Resim 3) ile başvurdu. Hastamız dört yıl önce dış merkezde merdiven çıkmakta zorluk ve çabuk yorulma şikayetleri ile tetkik edildi. Dermatomiyozit ön tanısı ile sol üst deltoit kasta biyopsi yapıldı. Biyopsi sonucu: Vaskülit? Dermatomiyozit? klinik ile karar verilmesi uygundur, şeklinde raporlandı. Hastaya klinik ve patoloji bulguları eşliğinde dermatomiyozit tanısı koyuldu. İntravenöz metilprednizolon tedavisi ve beş kür IVIG tedavisi uygulandı. Metilprednizolon tedavisi tablet forma geçildi ve azaltılarak kesildi. Hasta bu süreçten itibaren takiplerine gelmemiş olup dört yıl sonra tarafımıza memede sertlik şikayeti başvurdu ve tetkik edildi. Hastanın fizik muayenesinde sağ memede eritemli ele gelen kitle ve yüz bölgesinde eritem mevcut idi. Kas gücü muayenesi normaldi. Kan tahlillerinde biyokimya değerleri normal aralıkta (CPK: 30 U/L, AST: 30 U/L, LDH: 189 U/L), C-reaktif protein 3 mg/dL, eritrosit sedimentasyon hızı 34 mm/saat idi. Anti-nükleer antikor, anti ds-DNA, romatoid faktör negatif idi. Anti SSA bir pozitif olarak sonuçlandı. Hastaya meme ultrasonografi ve mamografi planlandı. Yapılan tetkikler sonucunda sağ meme BIRADS (Breast Imaging Reporting and Data Systems) 4C ile uyumlu geldi ve biyopsi önerildi. Memeden tru-cut biyopsi yaptırıldı. Patoloji raporu invaziv meme karsinomu olarak sonuçlandı. Hastanın takibine medikal onkoloji servisinde devam edildi.

Sonuç: Dermatomiyozit olgularında malignite sıklığı %7-30 arasında değişmektedir. Tanıdan sonra ilk beş yıl bu risk daha fazladır. Dermatomiyozit ile malignite gelişimi arasındaki ilişkinin patofizyolojisi net olarak anlaşılammıştır. Dermatomiyozitli hastalarda eşlik eden malignitenin primer hastalığın tedavisi sonrasında gerilemesi, tümörün tekrarlama durumu dermatomiyozit bulgularının da aktifleşmesi, altta yatan paraneoplastik bir durumu düşündürmektedir. Olgularımızda görüldüğü gibi dermatomiyozit tanısı malignite tanısından önce veya sonra koyulabilir. Tedavi seçeneklerinde sistemik kortikosteroid, hidroklorokin, mikofenolat mofetil, metotrexat, ritüksimab, IVIG bulunmaktadır. Dermatomiyozit olgularında

malignite oranı yadsınamayacak kadar çok olduğu için tanı anında ve özellikle tanı sonrası ilk beş yıl malignite açısından dikkatli olmamız gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dermatomiyozit, malignite, paraneoplastik sendrom



Resim 1.



Resim 2.



Resim 3.

PS-190

Rothmund-Thomson sendromu: Olgu sunumu ve literatürde yeri

Dilara Bulut Gökten, Rıdvan Mercan

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, Tekirdağ

Giriş: Konjenital poikiloderma olarak da bilinen Rothmund-Thomson sendromu, bebeklik döneminde ortaya çıkan ve deride poikilodermatöz değişikliklerle karakterize bir genodermatozdur. Sendrom, alopesi, boy kısalığı, ektodermal değişiklikler (saç, tırnak ve diş gibi dokuları etkileyen), iskelet deformiteleri, juvenil katarakt ve kansere yatkınlık gibi özellikleri içerir. Nadir ve karmaşık bir genetik bozukluktur. Derinin hipopigmentasyonu ve hiperpigmentasyonu, Rothmund-Thomson sendromunun tipik özelliğidir. Sendrom ayrıca nötropeni ve anemiye yol açabilen hipogonadizm, amenore, osteoporoz, osteopeni ve kemik iliği defektleri ile karakterizedir. Bu raporda, bugüne dek literatürde yaklaşık 300 adet tanı konmuş bir sendrom olan Rothmund-Thomson tanımlı bir hasta sunulmuştur.

Olgu: Yirmi bir yaşında kadın hasta romatoloji polikliniğine deri kuruluğu ve kırıxıklığı, poikiloderma, eklem ağrıları ve ayak şekil bozuklukları gibi çeşitli şikayetlerle başvurdu (Resim 1). Fizik muayenesinde boy kısalığı, deri kuruluğu, deride şeffaflık ve kırıxıklık, ellerde sertlik ve ağrı, ayaklarda şekil bozuklukları, seyrek kaşlar, bacak kaslarında atrofi ve güçsüzlük, ulnar deviasyon ve düz burun saptandı (Resim 2). Kan sayımında nötropenisi mevcuttu. Bu özelliklerine dayanarak hastaya Rothmund-Thomson sendromu teşhisi kondu. Tanı göz önünde bulundurulduğunda malignite açısından, kardiyak, solunum, oküler ve sensorinöral sistemler için ileri tetkikler yapıldı. Kardiyak muayene, kardiyak defekt olmaksızın %65'lik normal bir ejeksiyon fraksiyonu gösterdi. Pulmoner fonksiyon testi, 0,84 değerinde azalmış bir FEV1/FVC gösterdi ve yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (HRCT) taraması, her iki akciğerde mozaik attenüasyon ve bilateral posterobazal segmentlerde fibrotik değişiklikler gösterdi. Hastanın gözleri göz doktoru tarafından muayene edildi ve herhangi bir oküler kusura rastlanmadı. Ancak KBB uzmanı tarafından yapılan değerlendirmede sol kulağında az düzeyde sensorinöral işitme kaybı tespit edildi. Kolşisin reçete edilen hasta üç ayda bir poliklinikte takibe alındı. İzleminde derin nötropeni ve ek anemi gelişen hastaya hematoloji bölümü tarafından lökosit sayısını artırmak için G-CSF reçete edildi. İki yıllık takip sonrasında hasta özellikle kasık bölgesinde karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Kontrastlı karın bilgisayarlı tomografi taraması yapıldı ve sağ adneksiyal bölgede 46 mm'lik bir lezyon ortaya çıktı. Kadın hastalıkları ve doğum bölümü, hastayı operasyona aldı ve operasyon sonrasında over kanseri tanısı kondu.

Sonuç: Sendromun literatürde klinik özellikleri hastalar arasında çok değişkendir, bu da tanıyı zorlaştırır ve hastalar atlanabilir. Bu raporda Rothmund-Thomson sendromunun özelliklerini öne çıkararak ülkemizdeki ilk olgulardan birini tanımladık. Neoplazi gelişme riskinin artması nedeniyle bu hastaların dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi önemlidir. Erken teşhis bu hastaların yaşam beklentisini artırabilir.

Anahtar Kelimeler: Rothmund-Thomson sendromu, poikiloderma, kanser



Resim 1. El ve ayak deformiteleri



Resim 2. Seyrek kaşlar, düz burun

PS-191

Diz ağrısının nadir bir nedeni: Bilateral lipoma arboresans olgu sunumu

Sinem Burcu Kocaer¹, Mehmet Nedim Taş²

¹Izmir Ekonomi Üniversitesi, Medical Point Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

²Manisa Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Manisa

Giriş: Lipoma arboresans (LA), nadir görülen, benign seyirli, matür adipositlerin intraartiküler proliferasyonu ile seyreden bir klinik tablodur. Sıklıkla diz ekleminde görülmekte ve suprapatellar kese etkilenmektedir. Semptomlar tipik olarak aşamalıdır; ekleminde şişlik, ağrı ve hareket kısıtlılığı gibi şikayetlere yol açabilmektedir. Steroid enjeksiyonu ve konservatif tedavi genellikle şişliğin nüks etmesi ile sonuçlandığından artroskopik debridman veya açık debridman tercih edilen temel tedavi yöntemi olmaktadır. Nadir görülen bir klinik tablo olan lipoma arboresansın erken tanınması ve tedavisi, semptomların uzamasını ve bakımda gecikmeleri önleyecektir.

Olgu: Otuz yaşında erkek hasta kliniğimize her iki dizde olan şişlik yakınması ile başvurdu. Yaklaşık 6 aydır dizlerini kıvrımla oluşan ağrı tariflemekteydi. Bu şikayetle daha önce başvurduğu ortopedi bölümünde her iki dize intraartiküler ponksiyon ve steroid enjeksiyonu yapılan hasta şikayetlerinin devam etmesi üzerine romatoloji bölümüne başvurmuş. Hastanın öncesinde bilinen

komorbid hastalığı, ilaç kullanımı bulunmamaktaydı. Ailesinde romatolojik hastalık öyküsü, sedef veya enflamatuvar barsak hastalığı yoktu. Romatolojik sistemik sorgulamasında dizde şişlik ve artralji dışında ek özellik yoktu. Hastanın fizik muayenesinde her iki dizde şişlik ve hassasiyet mevcuttu, patellar ballottman pozitif, krepitasyon mevcuttu, her iki dizde suprapatellar pošta kitle lezyonu, dolgunluk palpe edildi. Hastanın tetkiklerinde akut faz reaktanları normal aralıktaydı. Romatoid faktör, anti-CCP ve ANA testleri negatif olarak geldi. Çekilen sol diz (A) ve sağ diz (B) manyetik rezonans görüntüleme sekanslarında her iki diz patella ve patellar tendon normal görünümde, bilateral suprapatellar bursada ve intraartiküler düzeyde efüzyon artışı, bilateral suprapatellar bursa düzeyinde lipoma arboresans ile uyumlu görünüm saptandı (Resim 1). Ortopediye yönlendirilen hastaya lipoma arboresans açısından operasyon planlandı.

Sonuç: LA nadir görülen ve benign seyirli bir hastalık olmasına rağmen, tanı ve tedavi için geçen sürenin uzaması hastaları gereksiz morbiditeye maruz bırakabilir. Literatürde şimdiye kadar 11 bilateral LA olgusu bildirilmiştir. Klinisyenler inatçı diz efüzyonu ve ağrısı olan hastaları değerlendirirken ayırıcı tanıda lipoma arboresans akla tutmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Lipoma arboresans, benign tümör, diz ağrısı



Resim 1. Sol diz (A) ve sağ diz (B) manyetik rezonans görüntüleme sekanslarında her iki diz patella ve patellar tendon normal görünümde, bilateral suprapatellar bursada ve intraartiküler düzeyde efüzyon artışı, bilateral suprapatellar bursa düzeyinde lipoma arboresans ile uyumlu görünüm

Sjögren sendromlu hastaların klinik, laboratuvar ve patolojik özelliklerinin irdelenmesi

Seyyid Bilal Açıköz¹, Cansu Arslantürk Güneysu¹, Nilay Erdik¹, Gamze Dilek², Gökhan Yavuzbilge³, Sümeyye Merve Türk¹, Damla Kızıl⁴, Tamer Acat¹, Mehtap Kalçık Unan⁵, Abbas Karakurt⁶, Emel Gönüllü¹

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

²Abant İzzet Baysal Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Bolu

³Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Hatay

⁴Yalova Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Yalova

⁵Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

⁶Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sakarya

Amaç: Sjögren sendromu ekzokrin bezlerin tutulumu sonucu sikka semptomları ile seyreden sistemik otoimmün bir hastalıktır. Primer ve diğer otoimmün hastalıkların eşlik ettiği sekonder formu mevcuttur. Primer Sjögren sendromu (pSjS) ve sekonder Sjögren sendromunun (sSjS) klinikte birtakım farklılıkları bulunmaktadır. Biz de bu çalışmamızda Sjögren sendromlu hastaların klinik, laboratuvar ve patolojik özellikleri ile pSjS ve sSjS arasındaki farklılıkları araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı'na Kasım 2021-Aralık 2022 tarihleri arasında başvuran ve bir romatoloji hekimi tarafından pSjS veya sSjS tanısı konulan hastalar dahil edildi. Hastaların sosyodemografik, klinik, laboratuvar ve patolojik özellikleri dosyalarından retrospektif olarak kayıt edildi. Elde edilen veriler SPSS 22.0 paket programı kullanılarak analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya 82'si (%66,7) pSjS 41'i (%33,3) sSjS tanılı 123 hasta dahil edildi. sSjS'li hastaların 38'inde (%92,7) romatoid artrit tanısı mevcuttu. Hastaların ortalama yaşı 54,3±11,1 yıldır ve 120'si (%97,6) kadındır. Ortalama vücut kitle indeksleri 29,7±6,5 kg/m² ydi ve 41 (%33,3) hasta obezdi. Hastaların medyan hastalık süresi 6 (7) yıl iken medyan semptom süresi 7 (7) yıldır. Otuz dokuz (%31,7) hastanın ailesinde enflamatuvar romatizmal hastalık öyküsü vardı. Dokuz (%7,3) hastanın ise ailesinde Sjögren sendromlu hasta bulunmaktaydı ve hepsi pSjS hastasıydı. Hastaların semptom ve bulgularının sıklığı Tablo 1'de gösterildiği gibiydi. pSjS ve sSjS'li hastalar semptom ve bulgular açısından karşılaştırıldığında parotis bezi şişliği, artrit, palpable purpura ve diş çürüğü sıklığı sSjS'li hastalarda daha yüksekti (Tablo 2). Yetmiş dokuz (%64,2) hastada en az bir ek hastalık mevcuttu ve en sık eşlik eden hastalıklar fibromiyalji (%49,6) ve hipertansiyondu (%25,2). pSjS ve sSjS'li hastalar eşlik eden ek hastalık varlığı açısından benzerdi (%64,6 vs. %63,4; p=0,894). Sadece fibromiyalji sıklığı pSjS'li hastalarda daha yüksek saptandı (%57,3 vs. %34,1; p=0,015). Hastaların 54'ünde (%47,4) romatoid faktör, 72'sinde (%61,5) ANA pozitif saptandı. Hastaların diğer otoantikor sıklıkları Tablo 3'te gösterildiği gibiydi. pSjS ve sSjS'li hastaların otoantikor pozitifliğinin karşılaştırması Tablo 2'de verilmiştir. Hastaların minör tükrük bezi biyopsi sonuçları değerlendirildiğinde biyopsi yapılan 74 hastanın 54'ünde (%73) fokus varlığı mevcuttu. pSjS'li

hastalarda fokus varlığı sıklığı sSjS'li hastalardan yüksekti (%76,9 vs. %44,4; p=0,040). Schirmer skoru değerlendirilen 90 hastanın 50'sinde (%55,6) schirmer ≤5 mm olarak saptandı. pSjS'li ve sSjS'li hastaların schirmer testi sonuçları benzerdi (%52,2 vs. %66,7; p=0,242). Hastaların romatizmal hastalık ile ilişkili ilaç tedavileri değerlendirildiğinde 82'sinde (%62,7) hidroksiklorokin, 16'sında (%13) pilokarpin, 21'inde (%17,1) metotreksat, 16'sında (%13) leflunomid, 2'sinde (%1,6) mikofenolat mofetil, 3'ünde (%2,4) azatiopurin, 5'inde (%4,1) rituksimab, 44'ünde (%35,8) steroid ve 12'sinde (%9,8) NSAİİ kullanım öyküsü mevcuttu. pSjS'li hastalarda hidroksiklorokin kullanım oranı daha yüksekken sSjS'li hastalarda metotreksat, leflunomid ve steroid kullanımı daha yüksek saptandı (Tablo 2).

Sonuç: Çalışmamızda pSjS'li ve sSjS'li hastaların sosyodemografik özellikleri arasında fark saptanmamıştır. Fakat sSjS'li hastalarda klinik semptom ve bulguların sıklığının daha fazla olması sSjS hastalarının sistemik tutulum açısından daha riskli olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca sSjS'li hastaların daha yoğun immüno-supresif tedavi alıyor olması eşlik eden bir başka romatizmal hastalık kaynaklı olduğu düşünüldü. Primer ve sekonder Sjögren sendromu arasında farklar ve bu farkların nedenleri daha geniş katımlı prospektif çalışmalar ile değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sjögren sendromu, primer Sjögren sendromu, sekonder Sjögren sendromu

PS-193

Serum ACE yüksekliği her zaman sarkoidoz değildir

Mehmet Soy¹, Muhammed Emin Kutu², Didem Özkan³, Selda Çelik²

¹Altınbaş Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bahçelievler Medicalpark Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

³Altınbaş Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bahçelievler Medicalpark Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Amaç: Anjiyotensin I dönüştürücü enzim (esas olarak vasküler endotel hücrelerin luminal yüzeyinde ve ayrıca monosit makrofaj sisteminden türetilen hücrelerde bulunan bir peptid dipeptid hidrolaz olup kan basıncı ve tuzlu su homeostazının önemli bir düzenleyicisi olan renin anjiyotensin aldosteron sisteminin bir üyesidir. ACE dolaşıma, esas olarak akciğer ve böbrek endotel hücrelerinin hücre yüzeyinden yüksek oranda düzenlenmiş proteolitik bölünmesiyle girer ve anjiyotensin I'ın anjiyotensin II'ye dönüşümünü ve bradikinin metabolizmasını katalize eder, bradikininin inaktive eder. Serumdaki ACE aktivitesini (sACE) ölçmek için çok farklı referans aralıklarına sahip farklı enzimatik testler rutin olarak kullanılır. Bu yöntemler ACE konsantrasyonu yerine ACE aktivitesini ölçtüğünden, ACE inhibitörü kullanımı serum ACE aktivitesinin düşük ölçümüne yol açacaktır. sACE yükselmesi sarkoidoz başta olmak üzere birçok hastalıkta olabilmekte ise de klinikte ana kullanım alanı sarkoidoz hastalığının tanısı ve monitörizasyonunda yardımcıdır. Ancak sarkoidoz dışı nedenlerle yükselmesi durumunda kafa karıştırıcı olabilmektedir.

Yöntem: Burada romatoloji polikliniğimize çeşitli nedenlerle başvuran ve sACE yüksekliği saptanmış ancak Sarkoidoz saptanamamış olan 3 hasta sunulmuş ve konu ile ilgili literatür gözden geçirilmiştir.

Bulgular: Kliniğimizde görülen sACE yüksekliği saptanmış ve gerekli araştırmalar ile sarkoidoz tanısı dışlanmış olan üç hastanın klinik ve laboratuvar özellikleri ve son tanıları Tablo 1’de belirtilmiştir. Başta granümatöz hastalıklar olmak üzere monositik hücre hattının uyarılmasını içeren patolojilerde sACE arttığı bildirilmiştir. Sarkoidoz bu hastalıklar arasında en sık görülen ve daha iyi araştırılanıdır. Sarkoid granülomlar ACE üretebilir. Aktif sarkoidozlu hastaların yaklaşık %60-70’inde sACE yükselebilmektedir. Çalışmalar sACE seviyesinin granülom yükü ile ilişkili olduğunu bulmuştur. Sarkoidoz için artan sACE konsantrasyonlarının özgülüğü, artan konsantrasyonlar nedeniyle yalnızca %85’tir. ACE’nin karaciğer hastalığı, diyabet ve hipertiroidizm gibi bir dizi başka durumda da bulunduğu bulunmuştur. Hem genel popülasyonda hem de sarkoidoz prevalansının düşük olmasıyla birlikte duyarlılık ve özgülük eksikliği ve spesifik olmayan semptomları olan hastalarda sACE sarkoidoz tarama testi olarak uygun olmamasına neden olur. Bu nedenle sACE’nin rolü sarkoidoz tanısında ve hastalık aktivitesinin izlenmesi için destekleyici ancak karar verici olmayan bir rol ile sınırlıdır. Aktif pulmoner sarkoidozlu hastaların yaklaşık %80’inde sACE seviyeleri yükselmiş olsa da, sarkoidozun akciğer dışı belirtileri ile yükselmeyebilir. Artmış sACE seviyeleri ayrıca çeşitli etiolojilere sahip interstisyel akciğer hastalığı (örneğin asbestoz silikoz), hematolojik maligniteler (örneğin Hodgkin hastalığı), hipertiroidi gibi endokrin hastalıkları, enfeksiyonlar (örneğin tüberküloz) seyrinde de olabilir. sACE aynı zamanda silikoz ve asbest gibi sarkoidotik olmayan pulmoner granümatöz hastalıklarda, Gaucher hastalığı ve leproz gibi ekstratorasik granümatöz patolojilerde ve daha az oranda hipertiroidizm veya kolestaz gibi granümatöz olmayan hastalıklarda da artabilir. Ayrıca romatoid artrit spondiloartrit gibi hastalıkların anti TNF ile tedavisi seyrinde de sACE düzeyinde artış bildirilmiştir. Ancak bu patolojik bir artıştan ziyade bazale göre bir artış gibi durmaktadır. Diğer bir granümatöz hastalık olan Crohn hastalığında ise sACE sağlıklı kontrollerle aynı saptanırken ülseratif kolit hastalarında sACE daha yüksek saptanmıştır. Enflamatuvar artritli hastaların sinoviyal sıvılarında ACE aktivitesi istatistiksel olarak daha yüksek iken serumda normallerden istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir yükselme bildirilmiştir. Sunduğumuz üç olgu da çeşitli nedenlerle sACE düzeyi bakılarak yüksek saptanmış olgudur. Üç olgu da detaylı olarak incelenerek toraks CT dahil çekilerek sarkoidoz dışlanmış olgular olup altta yatan hastalıklarının tedavisi ile sACE normale gerilemiştir.

Sonuç: Bu nedenlerle sACE yüksekliği ile karşılaşıldığında hastanın öyküsü, detaylı fizik muayenesi ve diğer sonuçları ile beraber karar vermek lazımdır. Sarkoidoz dışında sACE düzeyinde artış yapabilecek muhtemel birçok hastalığın yanı sıra SLE, primer biliyer siroz gibi otoimmün hastalıklarda da sACE yüksekliği olabileceği akıld tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Serum ACE aktivitesi, sarkoidoz, otoimmün hastalıklar

PS-194

VEXAS sendromunda adalimumab kullanımı: Tek merkez deneyimi

Rıza Can Kardeş, Abdulsamet Erden, Hamit Küçük

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

Giriş: VEXAS (Vacuoles, E1 enzyme, X-lined, Autoinflammatory, Somatic) sendromu, ilk kez 2020’de tanımlanmış, enflamatuvar ve hematolojik bozuklukların birlikte görülebildiği bir sendromdur. Yeni tanımlanan bir hastalık olduğundan tedavisi hakkında bilinenler kısıtlı olup, şimdiye kadar literatürde konvansiyonel DMARD’lar, anti-IL-1 antikorları, anti-IL-6 antikorları, TNF- α inhibitörleri, JAK inhibitörleri ve MDS’ye eşlik eden formunda hipometile edici ilaçlar kullanmıştır. Bu çalışmamızda VEXAS sendromu tanısı alan ve adalimumab tedavisine yanıt veren iki hastayı sunuyoruz.

Olgu 1: Ekim 2022’de 78 yaşındaki erkek hasta, yaklaşık 2 yıldır devam eden aralıklı ateşinin, kilo kaybının ve eritemli döküntülerinin olması sebebiyle, etioloji değerlendirme için servise yatırıldı. Laboratuvarında akut faz reaktanı yüksekliği, makrositer anemisi ve lökopenisi olan hastanın viral serolojisinde, kan ve idrar kültürlerinde, toraks ve abdomen bilgisayarlı tomografilerinde hastanın kliniğini ve laboratuvar bulgularını açıklayabilecek bir patolojiye rastlanmadı. Periferik kan yayması, vitamin B12 ve folat düzeyleri normal olan hastaya yapılan kemik iliği biyopsisinde miyeloid ve eritroid seride vakuolizasyon ve hiperselülerite saptanmıştır. Deri biyopsisinde dermal mononükleer hücre infiltrasyonu saptanan hastaya VEXAS sendromu ön tanısıyla oral metilprednizolon 32 mg başlanmıştır. VEXAS sendromu ile uyumlu *UBA1* gen mutasyonunun saptanması üzerine hastaya steroid azaltma şeması ile birlikte adalimumab 40 mg/2 haftada bir başlanmıştır. Tedavinin altıncı ayındaki kontrolünde, metilprednizolon 4 mg/gün ve adalimumab 40 mg/2 hafta almakta iken hastanın asemptomatik olduğu, deri döküntülerinin kaybolduğu, akut faz reaktanlarının normalleştiği, aneminin ve lökopeninin ortadan kalktığı görülmüştür.

Olgu 2: Mart 2023’te, üç yıldır devam eden sırtında eritemli lezyonlarının sebebiyle Sweet sendromu tanısı alan 64 yaşındaki erkek hasta, hastalığının steroid bağımlı olması, laboratuvar tetkiklerinde akut faz reaktanı yüksekliği ve makrositer anemisi olması sebebiyle merkezimiz hematoloji bölümüne yönlendirilmiş. Periferik kan yayması, vitamin B12 ve folik asit düzeyi normal olarak görülmüş. Kemik iliği biyopsisinde normoselülerite, hipolobüle megakaryositler ve miyeloid seride vakuolizasyon saptanan hasta, VEXAS sendromu şüphesiyle tarafımıza yönlendirilmiştir. *UBA1* geninde patolojik c.121A>C (p.Met41Leu) mutasyonu saptanan hastaya, mevcut kullanmakta olduğu oral metilprednizolon 8 mg/gün’e ek olarak adalimumab 40 mg/2 hafta başlanmıştır. Tedavinin üçüncü ayında döküntüleri gerileyen, boyun arkası ve gövde ön yüze sınırlı hale gelen hastanın anemisinde ve akut faz değerlerinde iyileşme olduğu görülmüştür.

Sonuç: VEXAS sendromu tedavisinde şimdiye kadar kullanılan TNF- α inhibitörleri arasında infliximab ve etanersept vardır.

Burada adalimumab tedavisinden fayda görmüş iki VEXAS sendromu olgusu ile tedavi seçenekleri arasında adalimumabta bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: VEXAS sendromu, adalimumab

PS-195

Psöriatik artritli hastalarda ve sağlıklı bireylerde fiziksel aktivite ve fiziksel uygunluk düzeyindeki farklılıklar

Sebahat Yaprak Çetin¹, Özgün Kaya Kara¹, Eda Tonga², Saniye Yardım¹, Duygu Sanem Kara¹, Ayşe Ayan³

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Antalya

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

³Antalya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Antalya

Amaç: Psöriatik artrit (PsA), spondilartrite ait, kardiyovasküler mortalite ve morbiditede artışa neden olan, komorbite riski yüksek, kronik enflamatuvar romatizmal bir hastalıktır. Literatür romatoid artrit ve ankilozan spondilit hastalarının fiziksel aktivite ve kondisyonunun sağlıklı kişilere göre daha düşük olduğunu gösterirken, ancak birkaç çalışma PsA'ya odaklanmaktadır. Bu yüzden çalışmanın amacı, PsA hastalarında fiziksel aktivite ve fiziksel uygunluk düzeylerini araştırmak ve verileri sağlıklı bireylerdeki verilerle karşılaştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya 41 PsA hastası ve 22 sağlıklı birey (43,69±13,87 yıl) dahil edildi. Fiziksel aktiviteyi değerlendirmek için Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (UFAA) kullanıldı; egzersiz kapasitesini değerlendirmek için 6 dakikalık yürüme testi (6DYT) ve oturarak ayağa kalkma testleri kullanıldı. Ayrıca el kavrama kuvvetleri dinamometre ile değerlendirilmiş ve kas performansını incelemek için otur-uzan testi, otur-kalk testi, curl-up ve yan köprü testi kullanılmıştır.

Bulgular: PsA'lı bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinin sağlıklı bireylere göre anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır (UFAA: Z=-2,00, p=0,045). Ayrıca fonksiyonel kapasite, sağlıklı kontrollerden önemli ölçüde daha düşüktü (6DYT için Z: -5,21 p=0,000, otur- kalk için Z: -3,96 p=0,000). Ayrıca kas performansı sağlıklı kontrollere göre daha düşüktü (Curl-up için Z: -2,72 p=0,006, yan köprü için Z: -3,82, p=0,000, el kavrama gücü için Z: -2,45 p=0,014).

Sonuç: Çalışmanın sonuçlarına göre PsA hastalarının fiziksel aktivite düzeyi, kas gücü, performansı ve egzersiz kapasitesi sağlıklı bireylere göre düşüktür. PsA'lı hastaların daha fazla olduğu ve kas fonksiyonunun değerlendirildiği çalışmalara ihtiyaç vardır. Fiziksel aktivite egzersiz rehabilitasyonunu içeren girişimler düşünülmeli ve hastalara tedavi planları önerilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Psöriatik artrit, fiziksel aktivite, fiziksel uygunluk

PS-196

Ixekizumab kullanan psöriatik artrit hastalarının özellikleri: Tek merkez deneyimi

Ali Ekin, Ediz Dalkılıç

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

Amaç: Psöriatik artrit (PsA), popülasyonun yaklaşık %0,25'ini etkileyen eklemde ağrı, şişlik, tutukluk, eklem erozyonu ve yeni kemik oluşumu ile karakterize kronik enflamatuvar romatizmal bir hastalıktır ve psöriazis (PsO) sıklıkla eşlik eder. Anti-TNF α , IL-23 antagonistleri ve IL-17 antagonistleri dirençli PsA tedavisinde kullanılabilir. Bu çalışmada amacımız Mart 2022'de Türkiye'de PsA için geri ödeme alan ixekizumabın etkinlik ve güvenliğini gerçek yaşam verileriyle değerlendirmektir.

Yöntem: Mart 2022 tarihi itibarıyla PsA tanısı ile takipli ve en az bir bDMARD kullanmış olan sekiz hastanın sosyo-demografik ve klinik özellikleri ile başlangıç ve üçüncü aydaki hastalık aktivite indeksleri incelendi. P<0,05 istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edildi.

Bulgular: Hastaların tüm klinik ve demografik özellikleri Tablo 1 ve 2'de verildi. Yaş ortalaması 45,1±6,9 yıl, hastalık süresi 121,6±70,5 ay, semptomdan tanıya kadar geçen süre 38,0±81,9 ay idi. K/E oranı 6/2 (%75/25) idi. Yarıya sigara içiyordu. BMI (kg/m²) ortalaması 29,5±6,2 idi. En sık komorbid durum hipertansiyon idi. Bir hastada Modifiye New York Kriterleri'ne göre ankilozan spondilit vardı. HLA B27 pozitif bir hasta vardı. PsO tanısı olmayan iki hasta vardı. Ortalama ixekizumab öncesi kullanılan b-DMARD sayısı 3,1±2,4 idi. Ixekizumab öncesi en sık kullanılan b-DMARD'lar beş hastada kullanılan adalimumab ve etanerseptti. Golimumab ve sertolizumab dörder hastada, infliksimab ise bir hastada kullanılmıştı. Daha önce sekukinumab kullanan üç hasta, guselkumab kullanan bir hasta vardı. Hastaların %87,5'i metotrexat kullanmıştı. Ixekizumabla beraber metotrexate kullanan üç hasta vardı. Hastaların yarısı geçiş esnasında steroid alıyordu. Hastalık aktivite indekslerinden DAPSA28, BASDAI, BASFI ve ASDAS CRP'de başlangıca göre üçüncü ayda istatistiksel anlamlı düşüşler gözlemlendi. ASDAS ESH'de ise düşüş olmasına rağmen istatistiksel anlamlı değildi (p=0,143). Ixekizumab kullanan hiçbir hastada herhangi bir yan etki gözlenmedi.

Sonuç: Toplam bir buçuk yıl kadar bir sürede sekiz hastada denenen ixekizumabın şimdiye kadar herhangi bir yan etki gözlenmemesi nedeniyle güvenli olduğu, tüm hastalık aktivite indekslerinde düşüş olması ise etkin olduğunu göstermektedir. Kısıtlı sayıda olgunun sunulduğu bu çalışmanın verileri arttıkça sonuçlar daha da netlik kazanacaktır.

Anahtar Kelimeler: Psöriatik artrit, ixekizumab, etkinlik, güvenlik, psöriazis

PS-197

SPENCDI (spondiloenkondrodisplazi ile birlikte olan immün disregölasyon) sendromu: Romatolojide ne zaman düşünmeliyiz?

Mete Pekdiker, Semih Aşıkova

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

Amaç: İmmün sistemin konjenital hastalıkları multisistemik doğası nedeniyle iyi bir romatizmal taklitçi olup günlük pratikte ayrırcı tanıda dikkat edilmelidir.

Olgu: Yirmi yaşında pedyatrik romatolojiden takipli sistemik lupus eritematozus (SLE) tanılı olgu takiplerine erişkin romatoloji ünitesinde devam etmek üzere tarafımıza başvurdu. Özgeçmişinde 2011 yılında SLE tanısı aldığını belirtti. Abisinde de SLE tanısı mevcut olup hem kendisi hem abisi hidroklorokin ve düşük doz steroid tedavisi kullanmaktaydı. Romatolojik sorgulamasında yüksek ateş, el küçük eklemlerinde ağrı-şişlik ve trombositopeni ile SLE tanısı aldığını belirtti. Fizik bakıda vital bulgular stabildi; aktif bir lokomotor yakınma yoktu; belirgin kısa boy (120 cm) ve mental kapasite azlığı dikkat çekiciydi (Resim 1). Laboratuvar tetkiklerinde hemogram, biyokimyasal tetkikler, tam idrar tetkiki, akut faz yanıtları ve serum kompleman düzeyleri normaldi. Dış merkezde birkaç kez indirekt immüno floresan ile bakılan anti-nükleer antikor ve ENA-profilini negatifti. Multisistemik tutulum öyküsü olan ve romatolojik açıdan tanısı ile uyumlu serolojisi olmayan olgu tıbbi genetik bölümü ile konsülte edildi; periferik kandan yeni nesil dizi analiz yöntemi ile bakılan *ACP5* gen mutasyonu homozigot (+) olarak saptandı ve olguya "SPENCDI sendromu" tanısı konuldu.

Bulgular: SPENCDI sendromu; iskelet displazileri (platispondili; Resim 2, metafiz displazisi, enkondromalar), immün bozukluklar (hemolitik anemi, trombositopeni, artrit, hipotroidi gibi otoimmün durumlar, immün yetmezlik) ve nörolojik bulgularla (ataksi, spastisite, entellektüel zayıflık) karakterize otozomal resesif geçişli nadir görülen bir hastalıktır. *ACP5* geni tartarat rezistans asit fosfoataz tip5 enzimini kodlamaktadır; bu enzim ise osteoklastlar ve immün hücrelerdeki osteopontinin aktivitesini regüle etmektedir. Bu olgulardaki anormal aktiviteye sahip osteopontin kemik turn-over hızında artış ile iskelet sorunlarına, immün sistemdeki aktivasyon ile enflamatuvar durumlara yol açmaktadır; nörolojik bozuklukların patogenezi ise bilinmemektedir. Anti-nükleer antikor ve anti-dsDNA pozitifliği ile lupus nefriti görülebilen olgular SPENCDI olguları bildirilmiştir ancak olgumuzun geçmişinde bu kanıtlar yoktur.

Sonuç: Olgumuzun ailesinde başka sendromik bireye rastlanmamıştır; abisi ise serolojik olarak SLE ile uyumludur. Monogenik otoimmünite nedenlerinden biri olan SPENCDI sendromu günlük romatoloji pratiğinde ayrırcı tanı olarak akılda bulunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *ACP5*, tip 1 interferonopati, otoimmünite, sistemik lupus eritematozus



Resim 1. Olgunun AP fotoğrafı



Resim 2. Olgunun lateral torakolomber grafisi

Sarkoidozda kalp ve karaciğer tutulumu: Üç olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi

Nagehan Dik Kutlu, Yavuz Pehlivan

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

Amaç: Sarkoidoz, çeşitli organları etkileyebilen sistemik granümatöz bir hastalıktır. Kardiyak sarkoidozun (CS) klinik belirtileri hastaların %5'inde görülürken, %25'inde görüntüleme/otopsi ile tespit edilen sessiz bir hastalık şeklinde bulunmaktadır. CS, ventriküler aritmi, yüksek dereceli blok, ani ölüm veya kalp yetmezliği semptomlarıyla ortaya çıkabilir. Karaciğer (KC) tutulumu nadiren semptom ve fonksiyonel bozukluğa yol açarken hepatosplenomegali, artmış KC enzimleri, intrahepatik kolestaz, portal hipertansiyon (HT) ve Budd-Chiari sendromu görülebilir. Modern görüntüleme yöntemlerinin yaygınlaşması ve farkındalığın artışıyla tanı oranları artmış olsa da, genellikle CS veya ekstrapulmoner sarkoidoz tanısı koymak zordur. Bu çalışmada, biri eş zamanlı CS olan KC tutulumlu üç olgu sunmayı amaçladık.

Olgu 1: Otuz yıldır HT ve 6 ay önce atriyal fibrilasyon (AF) nedeniyle kalp pili öyküsü olan 67 yaşında kadın hasta, mitral kapak replasmanı (MVR) planlanmışken operasyon sırasında KS'den şüphelenilmesi üzerine kliniğimize interne edildi. Nabız 70/dk, tansiyon 80/60 mmHg, saturasyon oda havasında 97 idi. Akciğer (AC) sesleri dinlemekle doğal, bilateral pretibial ödemi ve mitral odakta 2/6 sistolik üfürümü mevcuttu. Hasta geriye dönük olarak sorgulandığında yaklaşık 6 ay önce çarpıntı, anjina ve çabuk yorulma şikayetleri ile kardiyolojiye başvurdu. Elektrokardiyografide AF ve sağ dal bloğu (RBBB) saptanması üzerine kalp pili takılarak medikal tedavi düzenlendi. Koroner anjiyografide koroner arterler doğal, ekokardiyografide (EKO) ciddi mitral yetersizlik izlenmesi üzerine MVR planlandı. Kalpte ileti bozukluğu nedeniyle iki kez elektif entübasyon öyküsü mevcuttu. Hemogramda anlamlı patoloji yoktu. Anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) düzeyi 72 U/L (13-64), sedimentasyon 7, aspartat aminotransferaz (AST) ve alanin aminotransferaz (ALT) doğal, helyum difüzyonlu solunum testi (DLCO) 72, FEV1/FVC 68 idi. Toraks görüntülemede her iki AC parankim alanlarında dağınık yerleşim gösteren çok sayıda nodüller yer kaplayan lezyonlar izlenmişti. Kalp boyutu artmış, plevral veya perikardiyal effüzyon saptanmamıştı. Gastroskopide eroziv gastropati, kolonoskopide internal ve eksternal hemoroidler dışında patoloji yoktu. Kardiyak manyetik rezonans görüntülemede geç kontrastlı seriler ve dinamik seriler değerlendirildiğinde özellikle septal duvarı ilgilendiren geniş alanlarda yamasal tarzda patolojik kontrast tutulumları ve fibrozisi destekleyen bulgular izlendi. EKO'da sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonunda azalma ve sol ventrikülde konsantrik hipertrofi görüldü. Mitral kapak uçları kalın, kalsifik izlendi. Üçüncü derece mitral yetmezlik akımı vardı. Pulmoner arter basıncı 38 mmHg saptandı. İnterventriküler septumda noktalanma izlendi. Pozitron emisyon tomografide (PET) hipermetabolik aktivite artışları olan mediastinal ve abdominal multipl lenf nodları ile AC ve KC'de çok sayıda nodül mevcuttu. Yapılan KC biyopsisi kazeifikasyon içermeyen granülom ile uyumlu idi. Granümatöz enfeksiyona

neden olabilecek patojenler dışlandıktan sonra mevcut bulgularla KS düşünülen hastaya yüksek doz steroid ve metotreksat başlandı.

Olgu 2: Dört yıldır pulmoner sarkoidoz ile takipli 44 yaşında kadın hasta steroid ve metotreksat tedavileri almakta iken halsizlik, efor dispnesi, bulantı şikayetleri ile başvurdu. Sarkoidoz tanısının gözden geçirilmesi ve dış merkezde çekilen 18F-FDG PET'de izlenen hipermetabolik lenf nodlarına yönelik ileri inceleme amaçlı kliniğimize interne edildi. Hemoglobin 11,4 g/dL, sedimentasyon 16, C-reaktif protein (CRP) <2, AST, ALT ve bilirubin seviyeleri normaldi. Hepatit B ve C virüsleri ile insan bağışıklık eksikliği virüsü için yapılan testler negatifti. Antinükleer antikor 1/80 pozitif, ana profil ve antinötrofil sitoplazmik antikor negatifti. ACE düzeyi 104,9 idi. Tüberkülin testi negatif, kalp muayenesinde kalp sesleri ritmik, üfürüm yoktu. Dinlemekle bilateral AC bazallerde velcro ralleri mevcuttu. DLCO 82, FEV1/FVC: 76. Dış merkez PET'de aksillalarda, boyun, mediastinal hiler istasyonlar ve retroperitoneal alanlarda belirgin olmak üzere batin pelvis içi ile her iki inguinal mesafelerde lenfadenopatiler (LAP), her iki akciğer parankiminde yer yer birleşme eğilimi ile kitlesel form kazanmış yaygın retiküler-nodüler yoğun hipermetabolik dansite değişiklikleri mevcuttu. KC ve dalak boyutlarında artış, KC parankiminde sağ lob posteriora belirgin olmak üzere artmış heterojen tutulum paterni mevcuttu. Tomografide KC 19 cm olup normalden büyük, konturları lobüle, parankim dansitesi heterojen olup yaygın düşük dansiteli intrahepatik septasyonlar ve makronodüler görünüm izlendi. Laparoskopik KC biyopsisi yapıldı. Parankimde hepatositlerde hidropik dejenerasyon, fokal nekroz odakları izlenirken, portal alanlarda hafif genişleme, mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu gözlemlendi. Dokunun santralinde periportal alanda multipl, konglomere non-nekrotizan granülom yapıları izlendi. Granülom yapılarında epitelioid histiosit, multinükleer dev hücreler çevresinde konsantrik fibröz doku artışı, eozinofil ve plazma hücreleri gözlemlendi, bu bulgular eski sarkoid granülomu lehine yorumlandı. Bulantı ve kusmaların metotreksat ile ilişkili olabileceği düşünülerek kesildi, azatiyoprin ve steroid ile takibi planlandı.

Olgu 3: Bilinen HT ve diyabet ile takipli 62 yaşında kadın hasta geçmeyen halsizlik ve iştahsızlık nedeniyle dış merkezde tetkik edilmişti. AST: 18 (5-34 U/L), ALT: 18 (8-55) doğal, sedimentasyon 23, CRP 2,8 (0-5), ACE: 55 (8-52 U/L). Çekilen toraks bilgisayarlı tomografide (BT) mediastinal alanda büyüğünün kısa çapı 12 mm ölçülen multipl LAP, her iki AC alt lob bazal segment subplevral alanlarda parsiyel atelektaziler, subkarinal alanlarda lineer subsegmenter atelektazi mevcuttu. Abdominal BT'de KC konturu düzgün, boyutu normal, dansitesi homojen izlenmiş olup yer kaplayıcı lezyon görülmemişken en büyüğü 37x20 mm boyutlarında olan çok sayıda abdominal LAP mevcuttu. PET BT'de KC kraniokaudal uzunluğu 20 cm ölçülmüş olup artmıştı. KC metabolik aktivitesi hafif heterojen izlenmekle birlikte SUV_{maks} : 3,3 olan bir lezyon saptanmıştı. Dalak kraniokaudal uzunluğu 12 cm olup metabolik aktivitesi diffüz olarak yoğun artış göstermekteydi (SUV_{maks} : 9,4). Bilateral paraaortik, Çölyak, superior mezenterik, gastrohepatik, peripankreatik alanlarda büyüğü 2 cm'ye ulaşan multipl hipermetabolik (SUV_{maks} : 6,8), bilateral iliak (SUV_{maks} : 5,6) ve bilateral inguinal (SUV_{maks} : 4,7) lenf nodu istasyonlarında multipl hipermetabolik lenf nodları izlenmişti. AC parankim alanlarında patolojik metabolik aktivite artışı gösteren lezyon yoktu. KC'den yapılan biyopsi sonucu granümatöz hastalık lehine yorumlanmış

olan hastada enfeksiyöz nedenler ekarte edildi. Hasta AC tutulumu olmadan KC ve lenf nodu tutulumu olan sarkoidoz kabul edildi. Steroid ile takibe alındı.

Sarkoidoz, genellikle AC ve lenf nodlarını tutarken nadiren KC ve kalpte tutulum gösterebilir. Tanı öncesi, enfeksiyonlar ve diğer otoimmün hastalıklarla karışabileceğinden geniş bir araştırma gerekir. Kardiyak belirtiler sistemik belirtilerden önce ortaya çıkabilir ve KC tutulumu çoğunlukla sessizdir. Catherine ve ark.'nın yaptığı çalışmada tüm hastalarda ekstra CS'nin histolojik kanıtı mevcuttu, %63'ünde CS sistemik sarkoidoz takibi sırasında ortaya çıkmıştı. Mevcut seride sarkoidoz tanısı ortalama 36 yaşında ortaya çıkmıştı. CS daha sonra, ortalama 38 yaşında gözlenmişken %53 hastada yorgunluk en sık konstitüsyonel semptom olarak mevcuttu. %90 intratorasik lezyon, %46 hastada azalmış DLCO ve %79'unda artmış ACE saptanmıştı. Otuz dokuz hasta steroid tedavisi almışken on üç olgu başka bir immünoşüpresif tedavi ile izlenmiş, bir hastada kalıcı kalp pili ihtiyacı olmuştu. Bizim hastamızda olduğu gibi sadece %10 hastada sistemik sarkoidozdan önce CS ortaya çıkmıştı. Yine benzer şekilde bizim hastamızda da ekstrakardiyak tutulum kanıtı KC biyopsisi ile ortaya konmuş, AC'de bilateral çok sayıda nodüller izlenmiş, DLCO azalmış, ACE yüksekti ve yorgunluk şikayeti mevcuttu. Bizim hastamızın literatürden farklı olarak başlangıç yaşı oldukça ileri idi. Yazaki ve ark.'nın çalışmasında yüksek bir RBBB insidansı görülürken atriyal aritmi, idiyopatik dilate kardiyomyopati den önemli ölçüde daha az sıklıkta görülmüştü. Catherine ve ark.'nın çalışmasında ise 1 olguda atriyal flutter ve 1 olguda RBBB tespit edilmişken bizim olgumuzda hem AF hem de RBBB gözlenmiştir. Bu bizim hastamızın ileri yaşından ve etnik kökenden kaynaklanıyor olabilir. KC tutulumu sıklıkla ortaya çıkar ve asemptomatik rastlantısal granülomlardan portal hipertansiyona kadar değişir ve genellikle nispeten korunmuş KC fonksiyonuna sahiptir. Bir raporda bildirildiğine göre %26 oranında AC tutulumu olmadan KC tutulumu görülmüştür. Bizim iki olgumuzda AC tutulumu varken diğerinde mevcut değildi ve her üç hastanın da KC enzimleri ile bilirubin seviyeleri normaldi.

Sonuç: Sonuç olarak nadir görülen sarkoidozun akılda bulundurulması önemlidir. Organ tutulumlarının sıklığı ve klinik bulgular üzerinde etnik kökenin rolü ve yaş faktörünün önemi araştırılması gereken konulardır.

Anahtar Kelimeler: Anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE), ekstrapulmoner, kalp, karaciğer, sarkoidoz

PS-199

Dirençli periferik sinir sistemi tutulumu ile seyreden lupus olgusu

Melike Ersoy, Derya Akarken, Emine Figen Tarhan

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Muğla

Amaç: Sistemik lupus eritamatozus (SLE); çoklu sistemik tutulumu neden olan otoimmün, heterojen bir hastalıktır. Tek bir organ tutulumundan yaygın sistemik tutulumu kadar uzanan çeşitli klinik durumlarla karşımıza çıkabilir. Nörolojik tutulum da bunlardan biridir. Hem merkezi sinir sistemi (MSS), hem de periferik sinir

sistemi (PSS) etkilenebilmektedir. Bu yazıda SLE ilişkili renal tutulumu olup tedavi sırasında ağır PSS tutulumu gelişen bir olguyu sunacağız.

Olgu: Yirmi bir yaşında bilinen kronik hastalığı olmayan kadın hasta; 4 ay önce yaklaşık 1 aydır ara ara olan 38 derece üstü ateş, bacaklarda bilateral ödem, ekstremitelerde eritemli plaklı döküntüleri nedeni dahiliye poliklinik başvurusunda yapılan tetkiklerinde akut faz reaktanlarında yükseklik olması [sedimentasyon: 140, C-reaktif protein (CRP): 15] ve 1300 mg/gün proteinürisi saptanması nedeniyle nefrolojiye yönlendirilmiş ve böbrek biyopsisi yapılmış, fokal segmental glomerülonefrit saptanmıştı. Artraljileri de olması nedeni tarafımıza konsülte edilmişti. Tarafımızca değerlendirildiğinde el küçük eklemlerinde artaraljisi, malar raşı, renal tutulumu olması nedeniyle ön planda SLE düşünüldü ve ileri tetkik planlandı. Hastanın ANA 3+ granüler, SSA 1+, anti Sm 3+, Rnp/sm 3+, dsdna pozitif saptandı. C3 ve C4 değerleri düşük olup, akciğer görüntülemesinde seroziti mevcuttu. Hasta mevcut klinik, lab, görüntüleme ve histopatolojik sonuçlarıyla SLE bağlı renal tutulum olarak tanı aldı ve puls steroid tedavisi başlandı. Toplamda 4 gr metilprednizolon sonrası hastanın üst ve alt ekstremitelerde güçsüzlüğü, ekstremitelerde uyuşma ve yanma şikayeti ve çift görme bulgusu gelişti. Kas gücü 4 ekstremitelerde tamdı ve kas enzimlerinde yükseklik olmadı. EMG'si yapıldı ve yaygın sensorimotor nöropati saptandı. MSS'sini değerlendirmek adına yapılan görüntülemelerde MSS tutulumu ile ilişkili bir duruma rastlanmadı. SLE'ye bağlı PSS tutulumu olarak düşünüldü. Hastanın pulse steroid tedavisi devam edilerek eş zamanlı siklofosfamid 1 gr uygulandı. Hastanın güçsüzlük yakınması ve uyuşmaları diz üstü ve dirsek üstüne kadar hızla ilerledi ve hasta immobile oldu. Takiplerinde ateş ve CRP yüksekliği olup koronavirus polimeraz zincir reaksiyon pozitif saptanan ve genel durumu kötüleşen hastaya antibiyoterapisi başlanarak yoğun bakıma alındı ve toplamda 2 gr/kg/5 gün olcuk şekilde İVİG tedavisi verildi. Hastanın tedavi sonrası periferik nöropati bulguları gerilemeye başladı, çift görmesi geriledi, hızlı bir şekilde mobilize oldu. Proteinürisi 300 mg/gün'e regrese oldu. Metilprednizolon tedavisi azaltılarak devam edildi. Siklofosfamid 1 gr/ay olarak tedavisi halen devam etmektedir.

Sonuç: SLE'de nöropsikiyatrik tutulum sıklıkla erken evrelerde meydana gelir ve SLE tanılı hastaların %39-50'sinde görülür. SLE'nin ciddi bir komplikasyonudur. Tedavi edilmediği durumda yaşam kalitesini düşürür, mortalite ve morbiditeyi artırır. Bizim olgumuzda da SLE erken evresinde ağır progresif seyirli PSS tutulumu saptanmış olup hastanın desteksiz hareket etmesini engelleyerek, immobilize olmasına neden olacak kadar ilerlemiştir. Bu ilerleme çok hızlı bir şekilde günler içinde ve pulse steroid ve siklofosfamid tedavisi alırken gelişmiştir. Çalışmalarda SLE'ye bağlı PSS tutulumunda birinci basamak olarak glukokortikoid tedavisi ve immünoşüpresan tedaviler önerilmektedir. Bizim olgumuzda PSS bulguları immünoşüpresif tedaviye dirençli olup intravenöz immünoğlobulinden (İVİG) fayda görmüştür. İVİG tedavisi ile hastanın semptomaları hızla gerilemiştir. Bu nedenle SLE bağlı progresif ağır seyirli PSS olgularında immünoşüpresif tedaviden yeterli yanıt alınmadığında İVİG tedavisinin akla gelmesi hastanın mortalite ve morbiditesini azaltmak açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritamatozus, periferik sinir sistemi, İVİG

Malignite araştırırken *Brucella* saptanan olgu sunumu

İzel Özsavaş¹, Gülçin Çelebi¹, Mustafa Tuna¹, Bilgin Arda²,
Gonca Karabulut³

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Enfeksiyon Anabilim Dalı, İzmir

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Romatoloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Bruselloz, enfekte hayvanlarla doğrudan temas, enfekte hayvanlardan elde edilen çiğ süt ve süt ürünlerinin tüketilmesi ve/veya bulaşıcı damlacıkların solunması yoluyla bulaşabilen bulaşıcı bir hastalıktır. Başta retiküloendotelial sistem olmak üzere diğer sistemleri de etkileyerek farklı klinik tablolara neden olabilir. En sık görülen yakınmalar ateş, eklem ağrısı ve terlemedir. Bruselloz hastalarında anemi ve trombositopeni sık görülürken pansitopeni nadir görülen bir komplikasyondur. Bu sunumda malignite nedenli araştırılan hastada saptanan *Brucella* olgusundan bahsedilecektir.

Yöntem: Elli bir yaşında kadın hasta, bilinen hipotiroidi tanısı mevcuttu. Son 1 yıldır tedaviye dirençli anemi, eklem ağrıları, ateş, gece terlemesi ve son altı ayda 20 kilo kaybı şikayetiyle dış merkeze başvurmuştu. Batın ultrasonografisinde grade-1 hepatosteatoz, hepatosplenomegali, perikolesistik serbest sıvı, non-kalkilöz kolesistit saptandı. MRCP normal sınırlarda bulunan hastanın RF: 178,9 ve bisitopenisi saptanması üzerine romatolojiye yönlendirilmiş olup malignite tetkik amaçlı romatoloji servisimize yatırıldı.

Bulgular: Romatoloji laboratuvarında ANA: Granüler 1:80, sitoplazmik 1:80, cANCA 1:10 formalin dirençli ve ANA profilinde anti-dsna: 2 pozitif dışında diğer otoantikörler negatif saptandı. Demir eksikliği anemisi ve bisitopeni saptanan hastanın yapılan periferik yaymasında miyeloid öncüller görülmesi üzerine kemik iliği aspirasyon biyopsisi yapıldı. Patolojisinde normosellüler kemik iliği saptandı. B semptomları olması nedenli çekilen kontrastlı tüm vücut tomografisinde malignite lehine bulgu saptanmadı.

Sonuç: Anamnezi derinleştirildiğinde *Brucella* tanısı alan akrabalarının olduğu, hastanın akrabalarıyla temas, taze süt ve çiğ süttten peynir tükettiği öğrenildi. Seroloji testlerinde St. Wright agglütinasyon testi: 1/320 pozitif, Rose bengal pozitif, AHG'li *Brucella* jel testi pozitif saptandı. Sakroiliak manyetik rezonans görüntülemesinde, sol gluteus maksimus kası sakral insersiyoya yakın düzeyde entezit ile uyumlu olabilecek sinyal artışı ve kontrastlanma izlendi. Doksisiklin ve gentamisin tedavisi başlandı. Takibinde kilo kaybı geriledi ve ağrı yakınmaları azaldı. Beşinci günde ılımlı karaciğer fonksiyon testlerinde progresyonu (AST: 129, ALT: 114) olan hastanın tedavisi rifampisin ve monodoks olarak revize edilip 6 haftaya tamamlanması planlandı. Ülkemiz gibi brusellozun endemik olduğu bölgelerde, temas öyküsü, çiğ süt ve süt ürünleri tüketimi açısından sorgulamak faydalı olabilir. Malignite şüphesiyle bisitopeni/pansitopeni etiyolojisi araştırılırken akut brusellozun diğer nedenlerle birlikte bisitopeni/pansitopeniye de neden olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelime: Bruselloz

Langerhans hücreli histiyositoz hastasında kas-iskelet sistemi bulguları: Hastalık tutulumu mu, spondiloartrit mi?

Muhammed Abdulkerim Şahin¹, Eda Nuhoglu Kantarcı²,
Sinem Nihal Esatoğlu¹, Muhlis Cem Ar¹, Gülen Hatemi¹

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

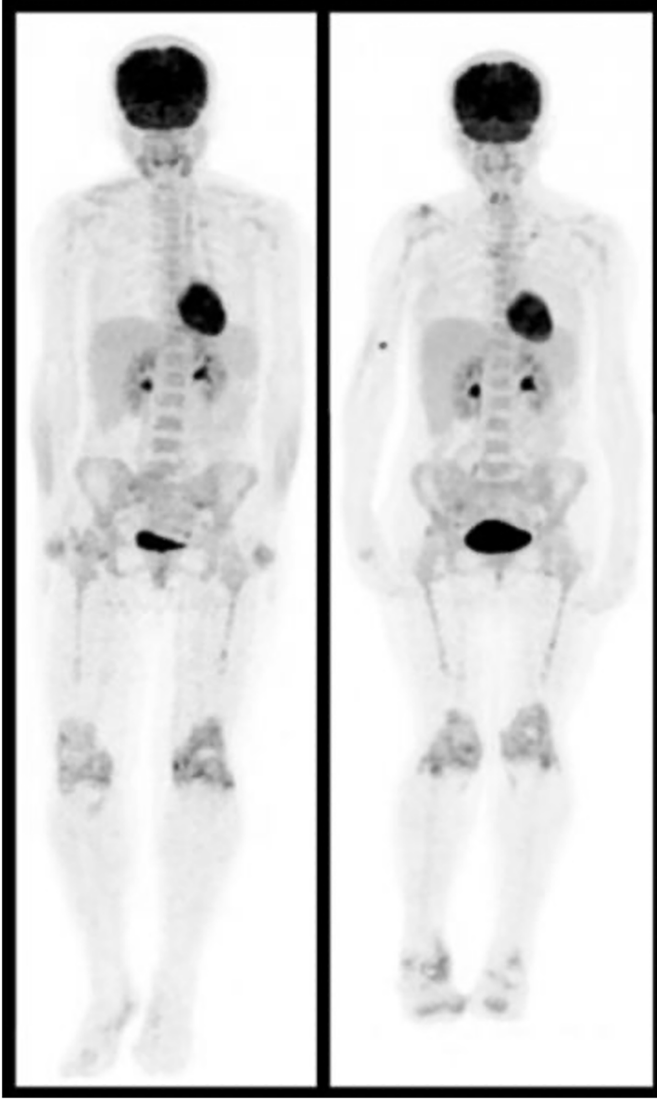
²Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Langerhans hücreli histiyositoz (LHH) anormal histiyosit birikimiyle karakterize nadir bir hastalıktır. İskelet sistemi tutulumu litik kemik lezyonları şeklindedir.

Olgu: LHH tanılı 40 yaş kadın hasta Ağustos 2022'de eklem ağrılarıyla kliniğimize başvurdu. Şikayetleri Nisan 2022'de 2. kür kemoterapisinin (KT) (ARA-C) 10. gününde sol dizde başladı. Eklem sıvı aspiratında 1040 WBC/mm³ görülmüştü. Takibinde omuz, el-ayak parmağı ve topukta da ağrıları başlamış ve KT'ye de devam edilmişti. Fizik muayenemizde sağ 2. ayak parmağında daktilit ve dizlerde ısı artışı olup bariz efüzyonu yoktu. MR'de sol sakroiliak ekleme bakan iliak kemikte skleroz ve kemik iliği ödemi görüldü. HLA B27 (+) bulundu. Spondiloartrit düşünülerek sulfasalazin ve NSAİİ başlandı. Başlangıçta yanıt alınmasına rağmen yakınmaları tekrarladı. Hematolojik kontrolündeki PET-BT'deki sol iliak kemik ve sağ asetabulumda LHH için şüpheli görünüm sonrası spondiloartrit ve LHH kemik tutulumu ayırıcı tanısı için romatoloji servisine yatırıldı. Romatolojik sorgusunda artrit dışında özellik yoktu. Fizik muayene ve ultrasonografide artrit-tenosinovit ve entezit bulguları mevcuttu. Otoantikörler, ürik asit normaldi. CRP-fibrinojen yüksekliği ve hiperkalsemi mevcuttu. Tekrarlanan PET/BT'de akromioklaviküler, sternoklaviküler, diz, metatarsofalangeal ve ayak bileklerinde artrit; aşil enteziti bulguları saptandı. Diz sinoviyal tru-cut biyopside LHH bulgusuna rastlanmadı.

Sonuç: Poliartrit-daktilit-enteziti kliniği, litik kemik lezyonlarının bulunmaması ve LHH açısından biyopsi negatifliği ile yakınmaları spondiloartrite bağlı olarak değerlendirildi ve sekukinumab başlandı. Hasta tedaviden klinik ve laboratuvar olarak belirgin fayda görmüştür ve tedavinin 9. ayında düşük hastalık aktivitesi ile izlemine devam edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Langerhans hücreli histiyositoz, skeletal tutulum, spondiloartrit



Resim 1. PET-BT
PET-BT: Pozitron emisyon tomografisi-bilgisayarlı tomografi

PS-202

Tekrarlayan infarkt: Adenozin deaminaz 2 eksikliği mi?, Behçet hastalığı mı?

Aydan Yekedüz Bülbül

Eriyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

Amaç: Adenozin deaminaz (ADA2) eksikliği (deficiency of ADA2; DADA2), ADA2 genindeki fonksiyon kaybedici mutasyonların neden olduğu otoenflamatuvar bir hastalıktır. Otozomal resesif geçiş gösterir. Vaskülit, hematolojik bulgular ve immün yetmezlik gibi farklı klinik fenotipler ile karşımıza gelebilir.

Olgu: On dört yaşında kız hasta yüzünün sağ tarafında kasılma ve ağzında sağa kayma şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Fiziki muayenesi normaldi. Kranial MR görüntülemesinde sağ internal kapsül posteriorunda ve sağ talamus lateralinde akut infarkt

görüldü. Laboratuvar tetkiklerinde Hb: 12 g/dL, WBC: 5,33 10^3 μ L, PLT: 235 10^3 μ , CRP: 1,98 mg/L, ANA: negatif, anti-ds DNA: negatif, ANA subgrupları: negatif, direkt coombs: negatif, komplemanları normal sınırlarda, antifosfolipid antikorları negatifti. Homosistein, protein C ve S düzeyleri normal geldi. IgA: 5,4 mg/dL (47-249), IgG: 572 mg/dL (700-1600), IgM: 25,1 mg/dL (15-188), IgE 0,2 IU/mL (0-200) idi. Trombofili panelinde MTHFR homozigot olarak saptandı. Antitrombotik tedavi olarak önce enoksaparin, sonrasında antiagregan dozda asetilsalisilik asit başlandı. Anamnez derinleştirildiğinde tekrarlayan oral mukozal ülser şikayeti olduğu; babaannesinde Behçet hastalığı, dedesinde tekrarlayan oral aft öyküsü olduğu öğrenildi. NöroBehçet ön tanısıyla değerlendirilen hastanın üveit açısından yapılan göz muayenesi normaldi. Paterji testi negatif geldi. Hastaya tekrarlayan oral aftları olması nedeniyle kolşisin tedavisi başlandı. Klinik takibinin 2. yılında baş ağrısı, çift görme şikayeti ile başvurdu. Kranial MR görüntülemesinde mezensefalonda sol yarımında milimetrik 1 adet difüzyon kısıtlılığı izlendi. Arkus aortografi ve femoral yolla bakılan serebral anjiyografisinde sağ transvers sinüs hipoplazisi, korpus kallozumda sinyal değişikliği izlendi. Asetil salisilik tedavisi kesilerek enoksaparin başlandı. Kontrol beyin MR'sinde kronik laküner infarkt ve solda postsantral gyrusa denk gelen kortikal alanda milimetrik boyutlu fokal kanama odağı izlendi. Hastaya mevcut bulgularıyla Behçet hastalığı tanısı denilemedi. Fakat tekrarlayan oral aft, anneannede Behçet öyküsü olması, tekrarlayan akut infarkt öyküsü ve radyolojik görüntülemelerinin mikroanjyopati ile uyumlu olması nedeniyle azatioprin tedavisi başlandı. Tekrarlayan infarkt öyküsü olan hastadan tüm eksom analizinde ADA2 geninde p.Arg306Ter homozigot mutasyon saptandı. Plazma ADA2 enzim aktivitesi düzeyi 3,1 mU/g geldi. Hastaya DADA2 tanısıyla etanercept başlandı. Enoksaparin ve azatioprin tedavileri kesildi.

Sonuç: Adenozin deaminaz eksikliği olan hastalar karşımıza farklı klinik fenotiplerle gelebilir. Bu da tanıyı oldukça zorlaştırmaktadır. Hastamızda tekrarlayan oral aft ve ailede Behçet hastalığı öyküsü olması nedeniyle daha çok nörobehçet tanısı üzerinde yoğunlaştık. Fakat laküner infarktı olması ve immünooglobulin düzeylerindeki anormallikler bizi DADA2 için genetik analiz ve enzim düzeyi bakmaya yönlendirebilirdi.

Anahtar Kelimeler: Adenozin deaminaz 2, DADA2, inme

Geç başlangıçlı statin ilişkili immün nekrotizan miyopati olgusu

Sertaç Ketenci

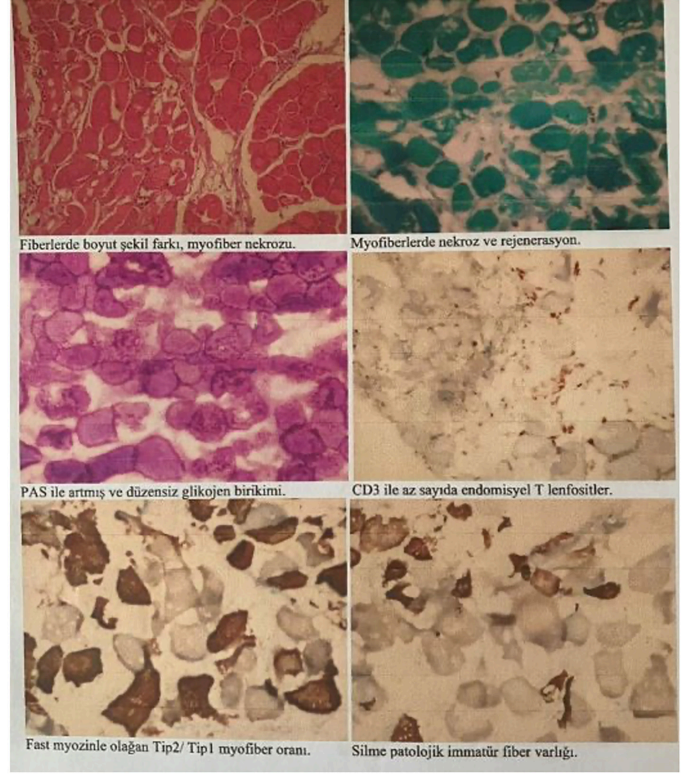
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun

Amaç: İmmün nekrotizan miyopatiler yoğun kas yıkımıyla giden enflamasyonun nispeten az gözüktüğü ciddi mortalite ve morbidite sebebi olan romatizmal hastalıklardır. Statin kullanımının indüklediği immün nekrotizan miyopati ilacın kullanımından yıllar sonra dahi başlayabilmektedir.

Olgu: Yetmiş beş yaşında erkek hasta diyabet ve bypass öyküsü olup 7 yıldır statin kullanmaktayken, son 5 aydır olan yaygın halsizlik güçsüzlük nedeniyle başvurduğu dış merkezde CK ve akut faz yüksekliği saptandı. Klinik görüntü ilerleyerek nazone konuşma ve yutma güçlüğü de eklenen hasta giderek bakıma muhtaç ve yatağa bağımlı hale geldi. Yapılan EMG'si proksimal ağırlıklı miyopati ile uyumlu bulunan hasta servisimize yatırıldı. Çekilen HRCT romatizmal akciğer hastalığı tutulumuyla uyumlu idi. Akut fazları yüksek myozit bulguları olan hastanın kas biyopsisi yapıldı. Biyopsi sonucunda yamalı myofiber nekrozu ve rejenerasyonuna eşlik eden çoğu makrofaj ve CD4 T-lenfosit niteliğinde olan enflamatuvar hücre varlığı saptandı. Statin kullanan hastada klinik ve patoloji sonuçları immün aracılı nekrotizan miyopati ile uyumlu bulundu. Hastanın statin kullanımı sonlandırıldı. Anti-HMGCR ilişkili nekrotizan myozit için kreatin değerleri yer yer 2 mg/dL olan KBY hastasında MTX verilmedi. Azatiopurini sonrası pansitopeni gelişti. Steroid pals tedavi alan hastada ciddi yatağa bağımlı edecek tutulum olması diğer DMARD'lere kontrendike hali ve artık literatürde ilk basamak IVIG tedavisi önerilmesi nedeniyle anti-HMGCR ilişkili nekrotizan myozit tanısıyla IVIG tedavisine başlandı. IVIG ve steroid tedavisiyle CK değeri 6.200 U/I değerinden 3. ay sonunda normal değerlere (54 U/I) gerileyen hasta eşlik eden rehabilitasyon ile kendi başına mobilize halde takip edilmektedir.

Sonuç: İmmün nekrotizan miyopati ciddi mortalite ve morbidite sebebi olan romatizmal bir hastalık olup özellikle yaşlılarda statin kullanımı araştırılmalıdır. Statin ilişkili nekrotizan miyopatide artık literatürde ilk basamak tedavi olarak IVIG kullanımını öneren yayınlar bulunup, IVIG tedavisiyle dramatik iyileşme sağlanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Statin ilişkili nekrotizan miyopati, IVIG, steroid



Resim 1. Kas biyopsisi sonucu

PS-204

Plevral efüzyon etiolojisinde iki hastalık, bir hasta: Olgu sunumu

Gül Güzelant Özköse, Cemal Bes

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

Amaç: Bağ doku hastalıkları ve periyodik ateş sendromları, romatoloji pratiğinde plevral efüzyon etiolojisinde akla ilk gelen ve tetkik edilmesi gereken hastalıklardır. Bu yazıda her 2 hastalığın saptandığı orta yaşta bir olgu sunuyoruz.

Olgu: Herhangi bir hastalığı olmayan 49 yaşında erkek hasta 2 aydır devam eden plevral efüzyonun araştırılması için romatoloji polikliniğinde değerlendirildi. Öksürük, nefes darlığı ve yan ağrısı yakınması ile ilk başvurusunda sol akciğerde 1 cm'e varan plevral sıvı saptanması üzerine göğüs hastalıkları polikliniğinde tetkik edilerek malignite, enfeksiyon, tüberküloz ön tanıları ile sıvı örneklenmiş, bu ön tanılar ekarte edilerek tarafımıza yönlendirilmişti. Hasta 2 aylık sürede yeni gelişen el küçük eklemlerinde ağrıdan yakınmaktaydı. Periyodik ateş sendromu düşünmek için geç sayılabilecek bir yaş grubunda olmasına rağmen, 20-25 yaşlarından beri, bazen ateşin eşlik ettiği, 2-3 gün süren tekrarlayıcı karın ağrısı ataklarının ve kırmızı ayak bileği artritlerinin olduğunu ifade etmekteydi. Ayrıca 2 oğlunda FMF tanısı varolup biri kolşisin, diğeri kanakinumab kullanmaktaydı. Fizik muayenesinde her 2 elde MKF ve PİF eklemlerinde aktif artritleri vardı, diğer sistem muayeneleri doğaldı. Göğüs hastalıkları tarafından torasentez

yapıldıktan sonra rahatlayan hastada kısa süre sonra efüzyon tekrar gelişmişti. Laboratuvar testlerinde alt sınırdaki bir lenfopeni (980/ mL), akut faz yüksekliği (CRP: 35 mg/Lt, sedimentasyon: 45 mm/saat) vardı. Biyokimyasal parametreler normal aralıktaydı. Otoantikörlerden ANA 1/10.000 homojen, anti-Sm 3+, anti-Sm/RNP 3+ saptandı. C3 ve C4 normal sınırlardaydı. Tam idrar tahlilinde patoloji yoktu. MEFV mutasyonu M680I heterozigot saptandı. Hastada mevcut klinik ve laboratuvar bulguları ile SLE ve FMF düşünülerek 3x0,5 mg/gün kolşisin, orta doz (0,5 mg/kg/gün) prednizolon ve 200 mg/gün hidroklorokin başlandı. Üç aylık takip sonrasında hastanın eklem yakınmaları tama yakın gerilemişti, klinik ve radyolojik olarak serozit bulgusu kalmamıştı, bu süreçte hasta FMF atağı geçirmemişti.

Sonuç: Serozit etiolojisinde düşünülmesi gereken 2 romatizmal hastalığın aynı anda tanısının konulduğu bu olguda FMF'in ve SLE'nin mevcut plevral efüzyonun oluşumundaki payları net bilinmese de ileri yaş olgularda bile ülkemizde periyodik ateş sendromları akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Serozit, FMF, SLE

PS-205

Büyük taklitçi: Metastatik over kanseri mi? sarkoidoz mu?

Ahmet Kıvanç Cengiz¹, Simay Aksakallı², Sertaç Ketenci¹, Bora Uzuner², İlker İlhanlı²

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Samsun

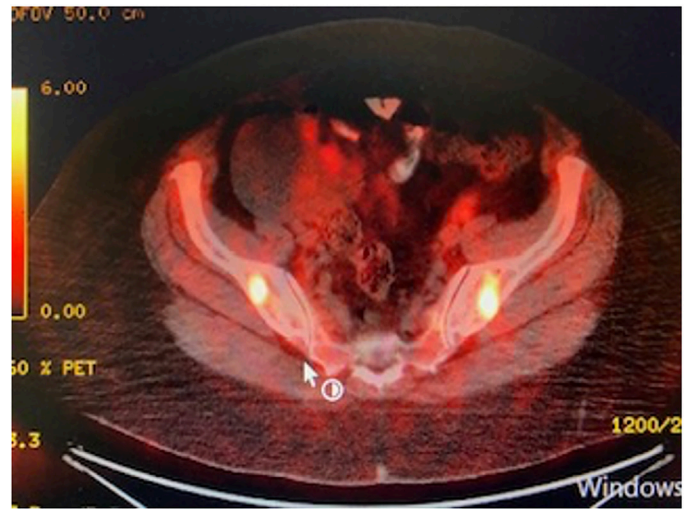
Amaç: Non-kazeifiye granümatöz enflamasyonla karakterize olan sarkoidoz, etiyojisi tam bilinmeyen, sistemik bir enflamatuvar hastalıktır. Ülkemizdeki insidansı 100.000'de 4 olarak saptanmıştır. En sık solunum sistemi tutulsa da, sarkoidoz akla gelebilecek her organ ve dokuda tutulum yapabilmektedir. Kemik tutulumu sıklığı %3 ile %13 arasında bildirilse de çoğu asemptomatiktir. Litik veya sklerotik lezyonlar görülebilir. Bu durum primer veya metastatik tümörlerle karışık doku tanısını zorunlu kılmaktadır.

Olgu: Elli bir yaşında kadın hasta yaygın ağrı, halsizlik, kilo kaybı yakınmaları ile başvurdu. Her 2 kalçasına yayılan, özellikle geceleri artan ağrı yakınması nedeniyle sakroiliak MRG yapılmış ve saptanan kontrast tutan alanlar nedeniyle sakroiliit ön tanısı ile romatoloji polikliniğine yönlendirilmişti. Görüntü incelendiğinde pelvik kemiklerde multipl, sakroiliak eklemden uzak, medüller yerleşimli, diffüz kontrastlanan, kortikal erozyona neden olmayan lezyonlar bulunduğunu ve sağ overde de yaklaşık 75x50 mm boyutlarında bir kitlenin olduğu görüldüğü. Jinekoloji konsültasyonu sonrasında metastatik over kanseri ön tanısı ile PET/BT yapıldı. Fizik muayenede saptanan belirgin lenfadenopati ya da akciğer grafisinde belirgin hilar dolgunluk olmasa da PET/BT sonucunda supra ve infradiafragmatik lokalizasyonlarda multipl lenf nodları, her 2 akciğerde, karaciğerde ve iskelet sisteminde öncelikle malignite lehine değerlendirilen patolojik metabolik aktivite artışları raporlandı. Pelvik kemiklerde ağırlıklı olmak üzere aksiyel iskelet ve proksimal apendiküler iskelette medullar kısımlarda artmış SUV_{max} değeri 18,14'ü bulan FDG

akümülyasyon alanları bildirildi. Biyopsi sonucunda non-kazeifiye granülomlar saptanması üzerine sarkoidoz tanısı ile hastaya 1 mg/kg dozunda prednizolon tedavisi başlandı. Belirgin klinik yanıt elde edildi. Tedaviye metotreksat eklenip steroid dozu aşamalı şekilde azaltıldı. Çekilen pelvik MRG'de söz konusu lezyonların küçüldüğü, kontrastlanmalarının azaldığı görüldü. Hasta halen metotreksat 15 mg/hafta ve düşük doz steroid tedavisi ile izlenmektedir.

Sonuç: Sarkoidoz birçok farklı tutulum ve klinik bulgu ile ortaya çıkabilen, bu nedenle de "büyük taklitçi" tanımını hakeden, ayırıcı tanıda her zaman aklımızda olması gereken önemli bir hastalığımızdır. Bazen, hastamızda olduğu gibi, metastatik kanser ön tanısı ile araştırılan hastalarda biyopside saptanan non-kazeifiye granülomlar gayet yüz güldürücü sonuçlar elde edilmesini sağlayabilmektedirler.

Anahtar Kelimeler: Metastaz, over kanseri, sarkoidoz



Resim 1. İliak kanatlarda medüller yerleşimli, sakroiliak eklemden uzak, kortikal düzensizliğe neden olmayan lezyonların PET/BT görüntüsü
PET/BT: Pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografi

Kronik rekürren multifokal osteomyeli t(KRMO) [pediyatrik sinovit, akne, püstülozis, hiperostoz, osteit sendromu (SAPHO)]: Bir olgu sunumu

Zeynep Tüzün^{1,2}, İpek Türk¹, Gizem Varkal¹, Mete Soysal¹, Merve Erdoğan Soysal¹, Rabia Miray Kışla Ekinci¹, Süleyman Özbek¹

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

²Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Erzurum

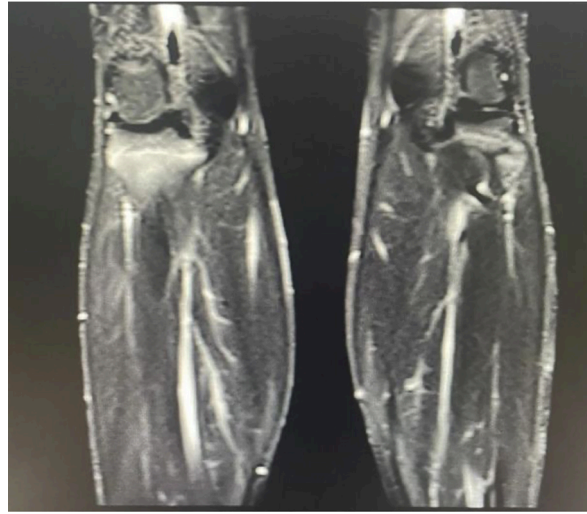
Amaç: Kronik rekürren multifokal osteomyelit (KRMO) ve sinovit, akne, püstülozis, hiperostoz ve osteit (SAPHO) sendromları palmoplantar püstülozis ve akne gibi deri döküntüleri ve buna ek olarak karakteristik görüntüleme özellikleri, osteit ve/veya hiperostoz gibi kronik tekrarlayan enflamatuvar osteoartiküler bozuklukları içeren bir hastalık grubunu oluşturur. KRMO ağırlıklı olarak çocuklarda/ergenlerde, SAPHO ise yetişkinlerde görülür. KRMO, tutulan kemiklerin üzerinde ağrı ve şişlik ve enflamatuvar belirteçlerin yükseliği ile seyredir. X-ray genellikle sklerotik lezyonları gösterirken, manyetik rezonans görüntüleme, lezyonların boyutunu ve ilişkili yumuşak doku değişikliklerini doğru bir şekilde gösterir. Steroid olmayan anti-enflamatuvar ilaçlar (NSAİD'ler) ve kortikosteroidler tedavinin temelini oluşturur. Antibiyotikler, bifosfonatlar, DMARD'lar ve anti-TNF'ler tedavide kullanılmaktadır. Bu olgu sunumumuzun amacı pediyatrik SAPHO'nun radyolojik bulguları ve önemli klinik tutulumlarını ve kronik tekrarlayan artrit/artralji ve osteomyelit şüphesi olan olgularda ayırıcı tanı olarak KRMO farkındalığının önemini vurgulamaktadır.

Olgu: On dokuz yaşında erkek hasta 2020 yılında, sağ bacakta ve dizde ağrı şikayeti ile dış merkeze başvurdu. Yapılan tetkiklerde Sağ diz MRG incelemesinde; tibio-femoral eklem komşuluğunda fibular ve tibial yüzde subkortikal kemik iliği ödemi ile uyumlu T2A sinyal artışı saptanması üzerine romatoloji polikliniğine yönlendirilmiştir. Semptomlarının NSAİD ile gerilemesi ile takibi bırakan hasta 2 yıl sonra alt ekstremitelerde yaygın artralji olması üzerine romatoloji polikliniğine başvurdu. Hastanın sistem sorgulamasında vücutta papülopüstüler lezyonlar, non-enflamatuvar ağrı ve yüzde akneler saptandı. Tetkiklerde akut faz reaktanı (AFR) yüksekliği, HLA-B27'liği (+) ve kontrastlı sakroiliak MRG'de bilateral geniş aktif enflamasyon alanları olan yaygın ve sakroiliit bulguları, bilateral belirgin sinovit olup iliak kemiklerde de (ekleme uzak lokasyonda) fokal enflamasyon odakları saptandı. PPD, romatolojik testleri ve soygeçmiş sorgulamasında özellik yoktu. Ateş, B semptomları ve enfeksiyon açısından alınan kan ve idrar kültüründe özellik yoktu. Hastaya yapılan tüm vücut MRG "bilateral tibia platosunda her iki femur medyal malleolde ve distal metafizinde, her iki femur trokanter majör düzeyinde ve iki iliak kanatta ve sakrumda sakroiliak ekleme komşu kemik yüzeylerde, sol femur proksimal metafizinde simetrik T2A yağ baskılı görüntülerde patolojik sinyal artışları mevcuttur. Batın, toraks ve beyin MRG'sinde özellik yoktu. Diğer tanıları dışlanan hastada KRMO düşünülerek metotreksat + steroid tedavisi başlandı. Tedavinin 3. ayında semptomlarında gerileme olmaması

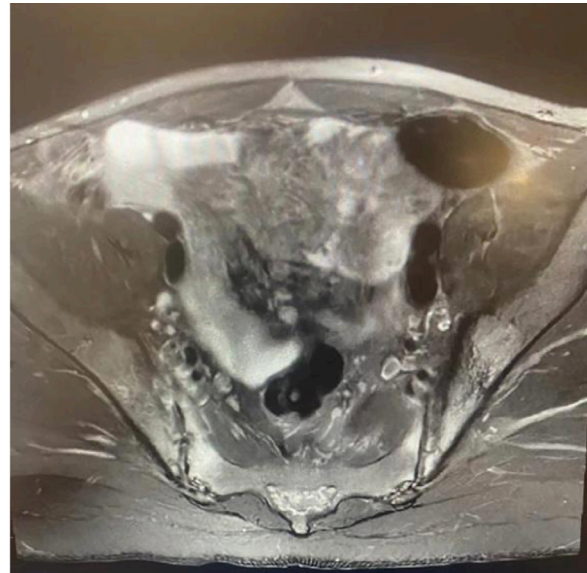
üzerine hastaya etanercept 50 mg/hafta sc başlandı. Hastanın anti-TNF tedavisi sonrası semptomları ve AFR'de belirgin düşme olup yaklaşık 9 aydır takibe devam edilmektedir.

Sonuç: KRMO, genç hastalarda remisyonlar ve rekürren semptomlarla seyreden, yanlış teşhise yol açabilen ve genellikle geç tanı alan nispeten nadir görülen bir hastalıktır. Bazı hastalar yıllarca gereksiz tedaviye ve çok sayıda kemik biyopsisine maruz kalabilir. KRMO düşünülen hastalarda diğer tanıları dışlandıktan sonra iyi tanımlanmış tanı kriterleri ile tanısı konulabilmektedir. Tanıda MRG en duyarlı yöntemdir; diğer kemiklerdeki odakları aramak için tüm vücut MRG taraması önerilmektedir. Genç hastada, kronik tekrarlayan artrit/artralji ve osteomyelit şüphesi olan olguların ayırıcı tanısında KRMO akılda tutulmalıdır.

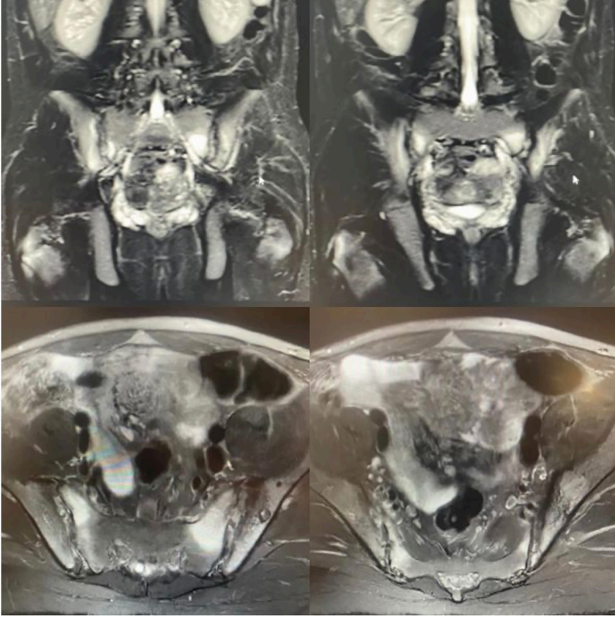
Anahtar Kelimeler: Kronik rekürren multifokal osteomyelit (KRMO), sinovit, akne, püstülozis, hiperostoz ve osteit (SAPHO), osteomyelit



Resim 1. Bilateral tibia ve femoral malleolde patolojik sinyal artışı, osteomyelit ile uyumlu



Resim 2. Bilateral yaygın sakroileit ve sinovit bulguları mevcut. Ek olarak ekleme uzak lokalizasyonda iliak kemiklerde fokal enflamasyon odakları



Resim 3. Bilateral femur torakonter majör düzeyinde ve iliak kanatlarda, sakroiliak ekleme komşu sakrumun komşu yüzeylerinde patolojik sinyal artışı, osteomyelit ile uyumlu

PS-207

Sistemik skleroz ayırıcı tanısında nadir bir hastalık: Mandibuloakral displazi

Adem Ertürk¹, Muhsin Elmas², Çağrı Turan³

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

²Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

³Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Amaç: Mandibuloakral displazi (MAD) lipodistrofi ile ilişkili kas-iskelet sistemi ve deri anormallikleri ile karakterize, çok nadir görülen otozomal resesif bir progeroid (erken yaşlanma) sendromudur. Diğer kalıtsal progeroid sendromları gibi sistemik skleroz (SSk) ile karıştırılabilir. Bu olgu sunumunda sklerodermayı düşündüren klinik bulgularla başvuran MAD'li bir olgu sunulacaktır.

Olgu: Yirmi beş yaşında kadın hasta SSk ön tanısıyla yaklaşık 1,5 yıl önce polikliniğimize başvurdu. Anamnezinde 3 yaşına kadar gelişimin normal olduğu, 3 yaşından sonra büyüme-gelişme geriliği, dismorfik bulgular ve deri sertliği olduğu, 8 yaşındayken diş merkezde SSk tanısı konulduğu ve bir dönem azatioprin kullandığı öğrenildi. Anne ve baba kuzendi, ailede ve yaşadıkları köyde benzer fenotipte birey yoktu. Hastanın yapılan romatolojik sorgulamasında Raynaud dahil anlamlı özellik yoktu. Hastanın fizik muayenesinde; boy kısalığı, ince ve seyrek saçlar, ekzoftalmus, burun ala nazilerinde hipoplazi vardı. Mandibula ve klavikülalar belirgin hipoplazikti. Ağız açıklığı azalmıştı ve diş yapısı düzensizdi. Parmakların özellikle distal bölgeleri ve tırnaklar hipoplazikti. Deri altı yağ dokusunun azalmasına bağlı deri atrofikti. Deri ince ve benekli hiperpigmentasyon mevcuttu, özellikle ekstremitelerin distallerinde deri sertliği mevcuttu.

Yüzde, proksimal ekstremitelerde ve gövdede belirgin deri sertliği yoktu. Eklemlerde sertti ancak dijital ülser ve pitting skar yoktu. ANA, ENA, RF, anti-CCP negatifti, akut faz reaktanları ve kapileroskopik bulguları normal saptandı. Ekokardiyografide pulmoner HT yoktu, yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı akciğer tomografisinde interstiyel akciğer hastalığı yoktu. Bilateral el grafisinde akro-osteoliz vardı. Tüm ekzom dizi analizinde, *LMNA* (laminin A) geni NM_170707.4 c.1580G>A (p.Arg527His) varyasyonu homozigot olarak saptandı. Bu varyasyon, Varsome veri tabanında patojenik varyant olarak değerlendirilmektedir. OMIM ve HGMD Professional 2021.4 veri tabanlarında tanımlı olan bu varyasyon MAD kliniği ile ilişkilendirilmektedir.

Sonuç: Werner sendromunun ve Hutchinson-Gilford sendromu gibi skleroderma benzeri deri değişiklikleri yapan progeroid sendromlar, MAD'ye göre daha iyi bilinmektedir. MAD dahil progeroid sendromlar SSk ile karıştırılabilir ve nadir görüldükleri için SSk ayırıcı tanısında atlanabilir. Deri sertliğiyle gelen bir hastada; mikrognați, dental malformasyon, alopesi, yüzde, proksimal ekstremitelerde ve gövdede belirgin deri sertliğinin olmaması, Raynaud fenomeninin yokluğu ve skleroderma spesifik otoantikörlerin negatif olması ve kapileroskopinin normal olduğu durumlarda MAD ön planda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, mandibuloakral displazi, progeroid sendrom



Resim 1. Mandibulada hipoplazi



Resim 2. a) El parmaklarında deride ve eklemlerde sertlik, tırnaklarda distrofik değişiklikler, b) El grafisinde distal falankslarda akro-osteoliz

PS-208

Romatoid artritli olguda artraljiye seyreden *Treponema whipplei*

Fatma Başbüyük, Gökçe Kenar Artın, Fatoş Önen

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

Amaç: Whipple hastalığı actomices ailesinden Gram-pozitif basil *Tropheryma whipplei*'nin etken olduğu bakteriyel bir hastalıktır. Klasik manifestosunu artralji, kilo kaybı, diyara ve karın ağrısıdır. Malabsorbsiyona bağlı laboratuvar anomalilikleri, anemi, lökositoz ve CRP yüksekliği görülebilir. Kesin tanısı ince bardaktan alınan biyopside PAS (+) intrasitoplazmik mikroorganizmaların gösterilmesiyle konulur. Romatoid artrit tanısı olan hastada hastalıkla açıklanamayan artralji ve akut faz yüksekliğinde ayırıcı tanıda whipple hastalığı gibi enfeksiyon patolojilerin varlığını göstermektedir.

Olgu: On sekiz yıldır farklı bir merkezde romatoid artrit tanısı ile takipli 52 yaşında kadın hasta polikliniğimize eklem ağrıları ve halsizlik yakınmaları ile başvurdu. Başvuru anında hidroklorokin 200 mg/gün, prednizolon 5 mg/gün, metotreksat 10 mg/hafta ve folik asit 10 mg/hafta kullanılmaktaydı. Öyküsünden ve epikrizlerinden edinilen bilgiye göre 1 yıldır ortalama 2 ayda bir ateş, halsizlik ve eklem ağrısı ile seyreden atakları mevcuttu, ataklara akut faz yüksekliği eşlik ediyordu ve her atakta antibiyoterapi tedavisi almıştı. İki defa yatış ve intravenöz antibiyoterapi öyküsü vardı. Ataklar antibiyoterapi altında kısmi düzelmiş ancak CRP hiç normal değerlere gerilememişti. Bir yıl önce kolelitiazis nedeni ile opere edilen hastanın eş zamanlı çıkarılan lenf bezi patoloji raporu: Kesitlerde yer yer kistik boşlukları döşeyen histiyositler ve non-nekrozitan granülomlardan oluşan ve çok sayıda dev hücre içeren ve köpüksü histiyositlerin sitoplazmalarında PAS (+), GMS (+), EZN (-) boyanma izlenen intrasitoplazmik mikroorganizmaların izlendiği lenf nodu. Hasta ateş ve akut faz yüksekliği etiyolojisi araştırılmak üzere yatırıldı. Başvuru anında ateşi yoktu, vital bulguları olağandı, akciğer muayenesinde sağ bazalda solunum sesi azalmıştı, aktif artrit ile uyumlu fizik muayene bulgusu ve periferik lenfadenopatisi yoktu. Yapılan toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) akciğer sağ bazalda buzlu cam alanları ve yine sağda pleval effüzyon mevcuttu. Ön planda pnömoni düşünülerek levofloksasin başlandı. Eş zamanlı ateş ve AFR yüksekliği etiyolojisi açısından viral serolojik tetkikler, leishmania paneli, *Brucella* agglütinasyon testi, dış merkez patolojinin hastanemizde patoloji konsültasyonu

ve görüntüleme tetkikleri planlandı. Ancak takiplerde hastanın genel durumu bozuldu, hasta hipotansiyon ve desatüre oldu. Çekilen kontrol toraks BT'de bilateral akciğer parankiminde yaygın enfiltrasyon mevcuttu. Pnömozeptis düşünülen hastaya piperasilin tazobaktam, trimetoprim sulfametoksazol ve flukonazol başlandı ve yoğun bakıma transferi yapıldı. Entübasyon ve inotrop ihtiyacı olmayan hasta intravenöz tedavi altında genel durumu düzelince servise tekrar devralındı. Antibiyoterapi altında CRP: 2'ye (referans aralığı 0-5) geriledi. Bu arada sonuçlanan tetkiklerinde leishmania negatif, *Brucella* negatif, hepatit viral panel negatif, görüntülemelerde malignite ve enfeksiyon lehine ek patolojik bulgu yoktu. Hastanın dış merkez patoloji preparatının hastanemiz konsültasyon raporu: Bulgular ön planda whipple hastalığını desteklemektedir. Pnömoni tedavisi tamamlanan, genel durumu iyi olan ve mevcut sonuçlarla *Treponema whipplei* ilişkili lenfadenit tanısı konulan hasta hastaneye yattığı süre içerisinde 14 gün trimetoprim sulfometoksazol ve piperasilin tazobaktam tedavisi almıştı. Whipple hastalığının klasik tedavisinde de 14 gün penisilin tedavisi sonrası 1 yıl trimetoprim sulfometoksazol tedavisi uygulanmakta olduğundan hasta başlangıç tedavisini almış oldu ve genel durumu iyi olan hasta trimetoprim sulfometoksazol tedavisiyle taburcu edildi. Poliklinik kontrollerinde takibine devam edilen hastanın genel durumu iyi, aktif yakınması yok laboratuvar değerleri normal aralıkta seyretmekteydi.

Sonuç: Whipple hastalığı artrit ile seyreden ve gastrointestinal semptomları baskın olmayan hastalarda özellikle seronegatif poliartrit/oligoartrit yapan diğer patolojilerle karışabilmektedir. Olgumuzda da romatoid artrit tanısının varlığı hastanın tanı almasını zorlaştırmıştır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, whipple hastalığı, artrit

PS-209

Behçet hastalığının seyrinde gelişen piyoderma gangrenosum olgu sunumu

Bilge Arslan¹, Gülçin Çelebi¹, İzel Özsvaşı¹, Özlem Limoncu¹, Banu Yaman², Can Ceylan³, Kenan Aksu⁴

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İzmir

⁴Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Romatoloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Piyoderma gangrenosum (PG); genellikle orta yaşta erişkinlerde görülen, viyolase renkli kenarlarının altı oyuk, ağrılı ülserler şeklinde görülen nadir nötrofilik enflamatuvar deri hastalığıdır. Etiyolojisi ve patogenezi net olarak bilinmemektedir. Behçet hastalığı (BH), multisistemik bir vaskülit olup deri bulguları arasında nadiren piyoderma gangrenosum görülebilmektedir. Bu sunumda BH nedenli takip edilen hastada gelişen PG olgusundan bahsedilecektir.

Olgu: Yirmi sekiz yaşında erkek hasta, 5 yıl önce oral aft, penis alt ucunda ve skrotumda genital ülser şikayetiyle başvurmuş olup BH tanısı almıştır. Kolşisin, metilprednisolon ve azatiopürin ile tedavi başlandı. Poliklinik takibinde hastalık aktivasyonu

olarak değerlendirilen hastanın tedavisine infliksimab ve IVIG eklendi. Üç yıl önce sol tibia ön yüzünde çevresi eritemli, akıntılı, ağrılı ülsere lezyonla polikliniğimize başvurdu.

Sonuç: Yapılan deri biyopsisinde, yüzeide ülsere nekroz, tüm dermis boyunca nötrofil ve lenfositlerden oluşan mikst tipte hücre infiltrasyonu görüldü. Hastanın laboratuvar değerlerinin ve görüntüleme yöntemlerinin normal olması üzerine bir dışlama tanısı olan PG tanısı konuldu. Mevcut tedavisine siklosporin eklendi. İnfliksimab tedavisi almaktayken BH alevlenmesi olması üzerine adalimumab tedavisine geçilerek hastalığı kontrol altına alındı. Hastanın takip ve tedavisi kliniğimizde takip etmektedir. PG hastalığının tanısı için belirli bir tanı testi yoktur. Ayrırcı tanıda; vaskülitler, sifiliz, bakteriyel, mikobakteriyel enfeksiyonlar, arteriyel ve venöz yetmezlikler, Sweet sendromu düşünülmelidir. PG tedavisinde öncelikli olarak steroidler ve siklosporin düşünülmelidir. Yanıt alınmadığında dapson, mikofenolat mofetil, azatioprin, takrolimus, siklofosfamid denenebilir. BH'nin takibinde gelişen ülsere deri lezyonlarının ayrırcı tanısında PG akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Piyoderma gangrenosum (PG), Behçet hastalığı (BH)

PS-210

Hasta temelli aktivite ölçeklerinin spondiloartrit ve non-SPA hastalarında performansı; ASDAS-CRP daha uygun bir ölçek olabilir mi?

Ayten Özkan, Hasan Kocaayan, Esra Erpek, Halil İbrahim Yiğit Atlı, Özge Yoğurtçu, İdil Kurut Aysin, Eda Otman Akat, Haluk Cinaklı, Elif Ediboğlu, Mustafa Özmen, Dilek Solmaz, Servet Akar

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, İzmir

Amaç: Spondiloartrit (SpA) şüphesi ile değerlendirilen hasta grubunda farklı aktivite ölçeklerinin ve bunların bileşenlerinin performansının değerlendirilmesidir.

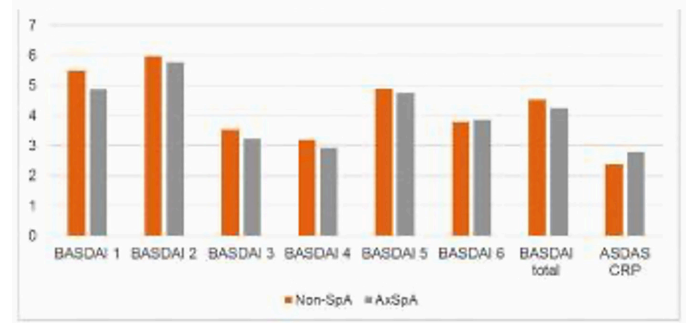
Yöntem: SpA ön tanısı olan hastaların izlendiği kohortumuzda takip edilen 706 hasta bu çalışmaya dahil edildi. Çalışma popülasyonunda 568 kişi ASAS kriterlerine göre AxSpA ve 138 kişi non-SpA olarak sınıflandırılmıştır. Non-SpA grubunda 105 kişinin bel ağrısı klinisyene göre İBA olarak değerlendirilmiştir. Hasta tarafından bildirilen aktivite ölçeği olarak BASDAI kullanılmıştır. Bu skor 6 sorudan oluşmaktadır. Birinci soru halsizlik/yorgunluk düzeyini gösterirken diğer sorular spinal, periferik, entezal ağrı, sabah tutukluğu şiddet ve süresini değerlendirir. Ankilozan spondilit hastalık aktivite skoru (ASDAS)-CRP hesaplanmasında beş hastalık aktivitesi değişkeni katılır. Akut faz reaktanı olarak CRP (mg/L) veya sedimentasyon (mm/sa) kullanılabilir. Diğer dört öge arasında bel ağrısı periferik ağrı/şişlik, sabah tutukluğunun süresi ve hasta global değerlendirme yer almaktadır. Bu çalışmada hastaların bazal BASDAI total skor, BASDAI bileşenleri ve ASDAS CRP'ye göre değerlendirilmesi yapılmıştır.

Bulgular: Hastaların demografik verileri Tablo 1'de verilmiştir. Non-SpA grubu daha fazla kadın ve ileri yaşlı hastalardan oluşuyordu. AxSpA grubunda ise daha fazla HLA-B27 pozitifliği,

CRP düzeylerinde yükseklik ve psöriazisde artmış sıklık mevcudiyeti saptandı. Aktivite açısından değerlendirildiğinde iki grup arasında BASDAI değerleri benzer bulundu. Ancak BASDAI bileşenlerine bakıldığında non-SpA grubunda BASDAI 1. soru (halsizlik) anlamlı şekilde yüksek saptandı (Şekil 1). ASDAS-CRP axSpA grubunda non-SpA grubundan daha yüksek olarak bulundu (Tablo 1, Şekil 1).

Sonuç: Spondiloartrit şüphesiyle değerlendirilen ancak non-SpA olarak sınıflandırılmış olan hastalarda BASDAI'nın genel olarak benzer skorlara sebep olması nedeniyle ASDAS-CRP aksiyel spondiloartritli hastaların değerlendirilmesinde daha uygun bir sonlanım ölçeği olabilir.

Anahtar Kelimeler: Spondiloartropati, BASDAI, ASDAS-CRP, aktivite ölçeği



Şekil 1. ASDAS, CRP, BASDAI total skoru ve itemlarının gruplara göre dağılımı

PS-211

Granülomatöz mastit risk faktörlerinin belirlenmesi; tek merkezli iki yıllık gözlemsel çalışma

Melis Dilbil, Mine Nokay, Funda Erbasan, Mustafa Ender Terzioğlu, Veli Yazısız

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

Amaç: Granülomatöz mastit (GM) ilk defa 1972 yılında tanımlanan nadir görülen enflamatuvar meme hastalığıdır. Etiyolojisi net olarak bilinmemekle birlikte birçok romatolojik patolojiye de eşlik edebilmektedir. GM prezentasyon bulguları meme dokusunun malign ve enfeksiyöz hastalıklarının taklit etmesi nedeni ile öncelikle bu patolojilerin dışlanması gerekmektedir.

Yöntem: Çalışmaya Ocak 2021-Ocak 2023 tarihleri arasında genel cerrahi polikliniğinden granülomatöz mastit ön tanısı ile yönlendirilen 33 hasta dahil edildi. Hastaların klinik, serolojik ve patolojik sonuçları hastane elektronik veri tabanından alındı. Eksik olan bilgileri ve sosyo-demografik verilerine telefon görüşmesi yoluyla ulaşıldı. GM tanısı kesinleşen hastaların özellikleri ile diğer meme patolojileri saptanan hastaların özellikleri karşılaştırıldı. Bunun için tanımlayıcı ve karşılaştırmalı istatistikler kullanıldı. P-değeri <0,05 istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

Bulgular: GM ön tanısı ile analiz hastaların (n=33) 18'inde (%54,5) GM tanısı kesinleşti. Bunlardan 17'si patolojik olarak kanıtlandı. Bir hastaya klinik olarak tanı konuldu. GM tanısı almayan 15

hastanın doku biyopsilerinde yağ nekrozu, apse ve fibrokistik değişiklikler saptanmıştır. Gruplar arasındaki değişkenler aşağıdaki tabloda belirtilmiştir (Tablo 1). GM hastalarından birisi 1 nullipar olup, gebelik öyküsü olan diğer olgularda medyan doğum sayısı 2,9; non-GM grupta medyan doğum sayısı 1,5 bulunmuştur. ≥ 2 doğum sayısı ile GM delişimi arasındaki istatistiksel ilişki görüldü ($p=0,026$). Doğum şeklinin (sezaryen ve spontan vajinal doğum) GM üstüne etkisi bulunmamıştır. GM tanılı olgularda ortalama emzirme süresi 60,1 ay saptanırken tanı almayan olgularda 30,4 ay olarak saptanmıştır ($p=0,03$). Emzirme süreleri kendi içinde kategorik olarak değerlendirildiğinde 24 ay üzerinde emzirme için $p<0,001$ saptanırken 30 ay ve üzerinde $p=0,017$ saptanmıştır. GM grubunda 4 hastada OKS kullanımı, 5 olguda sigara ve 2 olguda alkol kullanımı mevcuttu. Hasta sayılarının çok düşük olması nedeni ile istatistiksel analiz yapılamamıştır. Akut faz yüksekliği (C-reaktif protein, eritrosit sedimentasyon hızı), otoantikör pozitiflikleri (romatoid faktör, anti-CCP, anti-nükleer antijen, anti-nötrofil sitoplazmik antikor), anjiyotensin konverting enzim (ACE) düzeyi, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri açısından gruplar arasında istatistiksel farklılık yoktu.

Tartışma: GM genellikle doğurganlık çağındaki kadınları hedef almakta olup nadiren erkeklerde de bildirilen olgular mevcuttur. Çalışmamızdaki hasta popülasyonu literatürle uyumlu olarak doğurganlık çağındaki kadınlardan oluşmaktadır (medyan yaş 36,7). GM etiyojik faktörlerin temelinde östrojen seviyesinde artışa neden olan endojen (gebelik ve laktasyon) ve eksojen (OKS kullanımı) nedenler bulunmaktadır. Hastalarımız bu açıdan değerlendirildiğinde medyan doğum sayısı 2,9 olarak saptanmış olup ≥ 2 doğum sayısı ile GM delişimi arasındaki istatistiksel ilişki görüldü ($p=0,026$). Bir diğer risk faktörü olan emzirme için yapılan değerlendirmelerde 24 ay ve üzerinde emzirme süresi ($p<0,001$) anlamlı bulunmuştur. Literatürde belirtilen diğer risk faktörlerinden olan OKS, sigara ve alkol kullanımı için değerlendirildiğinde bu risk faktörlerini taşıyan hasta sayısının az olması nedeni ile istatistiksel analiz yapılamamıştır.

Sonuç: Granülatöz reaksiyona neden olan otoimmün hastalıklar (Crohn hastalığı, granülatöz polianjinitis, sarkoidoz, vb.) memede grenülatöz reaksiyon ile prezente olabilir. GM tanısı alan olgularda hiç romatolojik hastalık tanısı alan hasta mevcut değildi. Seroloji ve biyokimya tetkikleri incelendiğinde veri eksiklikleri nedeni ile değerlendirmeler suboptimal olarak yapılabilmiş olup iki grup arasında istatistiksel anlamlı saptanmamıştır. GM romatoloji pratiğinden farkındalığın artması gereken bir tanı olup risk faktörleri ve romatolojik hastalıklar ile birlikteliğinin gösterilmesi için geniş popülasyonlu çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Granülatöz mastit, doğum, emzirme

PS-212

Sistemik lupus eritematozus kliniği ile gelen hastada IgM nefropatisi

Serdar Esmer, Şükran Erten

Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

Amaç: IgM nefropatisi daha ziyade çocuk ve gençlerde görülen asemptomatik idrar bozukluklarından nefrotik düzeyde proteinüriye kadar değişen tablolarla seyreden nadir glomerülo nefrit nedenlerinden biridir. Işık mikroskop incelemede minör değişiklikler ve fokal segmental glomeruloskleroz (FSGS) benzeri değişik derecelerde mezangial proliferasyon vardır. Tedavi konusunda uzlaşmış bir görüş olmasa da minimal değişim hastalığı ve/veya FSGS'de olduğu kadar steroidle tedavi başarısı az görünmektedir. Olgumuzda sistemik lupus eritematozus (SLE) nefriti klinik bulguları ve ön tanısı ile izleminde, IgM nefropatisi tanısı alan olgumuzu paylaşmaktayız.

Olgu: Otuz dört yaş kadın hasta, bilinen dahili hastalığı olmayan el ve ayakta şişme şikayeti ile yapılan tetkiklerde kreatin yüksekliği, proteinüri ve otoantikör pozitifliği saptandı. Tetkiklerinde üre: 56, kreatinin: 1,99, total protein: 85, albümin: 38, sport idrarda protein ++, eritrosit: 250, 24 saatlik idrarda total protein 1929 mg, albümin 545 mg anti nükleer antikor (ANA): 1/1000 (3+), çift zincirli DNA (anti ds DNA):+, miyeloperoksidaz anti sitoplazmik antikor (mpo ANCA)+, proteinaz 3 anti-sitoplazmik antikor (pr3 ANCA)-, anti glomerul bazal membran (anti-GBM) antikor, kompleman 3 (C3) düşük, kompleman4 (C4) normal, immünoglobulin M (IgM) normaldi. Böbrek biyopsisi IgM nefropatisi ile uyumluydu.

Sonuç: SLE'li hastalardan alınan böbrek biyopsi örnekleri, nadiren patojenetik ve morfolojik olarak SLE ile ilgisi olmayan değişiklikler gösterebilir. Olgumuzda olduğu gibi benzer klinik ile başvuran hastalarda lupus nefritine alternatif tanı olasılıkları göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, IgM nefropatisi

PS-213

Cogan sendromu tekrarlayan oftalmolojik tutulumlar ve sensörinöral işitme kaybında akla gelmelidir, olgu sunumu

Mestan Şahin¹, Şeyma Tekeli², Meltem Alkan Melikoğlu³

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Erzurum

²Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Erzurum

³Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Erzurum

Amaç: Cogan sendromu (CS) sistemik değişken vaskülit sınıflaması içinde yer alan, otoimmün nadir bir hastalıktır. Patogenezinde bazı peptidlere karşı antikorların varlığı saptanmış olsa da etiyojisi tam olarak aydınlatılamamıştır. İşitme, denge ve göz ile ilgili bulgular sık görülür. Genellikle büyük damar vaskülitine yapmasına

rağmen her çapta damarı etkileyebilir. Tanısında spesifik bulgu ve laboratuvar belirteci yoktur. Gençlerde daha sık görülür. Çocukluk çağında da görülebilmektedir. Gençlerde meydana gelen görme işitme ve denge sistemini etkileyen semptom ve bulguların varlığında olası nedenlerin ekartasyonu ile tanı konulmaktadır. Tedavi tutulumun şiddeti ve yaygınlığına göre planlanır. Glukokortikoidler, metotreksat başta olmak üzere azatioprin, siklofosamid, siklosporin de tedavide kullanılmaktadır. Dirençli olgularda ise son yıllarda biyolojik veya hedefe yönelik hastalık modifiye edici anti romatizmal ilaçların kullanılabilceği bilinmektedir.

Olgu: Altmış yedi yaşında erkek hasta, Mayıs 2023'te kliniğimize son üç yılda 6 kez tekrarlayan üveit atakları sebebiyle göz polikliniği tarafından yönlendirildi. Başvuru sırasında hastanın genel durumu iyi, solunum sistemi, kardiyovasküler sistem ve sindirim sistemi muayenesi doğaldı. Daha önce romatolojik hastalık yönünden araştırılmış herhangi bir tanı almayan hastanın öyküsünde tekrarlayan oral ülser, genital ülseri, papülopüstüleri tarzda deri lezyonları, eritema nodozum, arteriyel-venöz tromboz, artrit, daktilit, entezit, enflamatuvar karakterli bel ağrısı şikayetleri bulunmamakta fakat hastanın 15 yıl önce tek taraflı başlayıp daha sonra bilateral seyreden, giderek ilerleyen sensörinöral işitme kaybı bulunmaktaydı. Hastanın tetkiklerinde WBC: 18.390/µL (%79,9 nötrofil hakimiyeti), HGB: 18,7 g/dL, HCT (%): 54,3, PLT: 223.000/µL, kreatin: 1,16 mg/dL, AST: 26,4 U/L, ALT: 52,9 U/L, CRP: 0,97 mg/dL, HLA-B27 (PCR): negatif RF: 10,72 IU/mL, anti-CCP: 4,6 U/mL, ANA: negatif dsDNA (IFA): negatif SS-A: 3,4 U/mL, SS-B: 2,1 U/mL, Sm: 0,4 U/mL, Rpr (sifiliz): negatif hepatit markerleri: negatif. Hastanın özgeçmişinde nazal tip yassı epitel hücreli karsinom mevcut (2022'de), başka ek hastalık yoktu. Hastada tekrarlayan üveit atakları ve mevcut olan sensorinöral işitme kaybı nedeniyle ön planda Cogan sendromu düşünüldü. Hastaya 0,5 mg/kg prednizolon ve azatioprin 50 mg 3x1 tedavisine başlandı. Prednizolon kademeli azaltılması planlanarak hasta takibe alındı.

Tartışma: Cogan sendromu oldukça nadir bir hastalık olup, genellikle klinik olarak tanı konulmaktadır. Ortalama olarak 20 ve 30'lu yaşlarda başlar. Her iki cinste de eşit olarak görülür. Olguların az bir kısmında sistemik vaskülit görülür. Çocukluk çağındaki tanının gecikmesinde işitme kaybı ve keratitin idiyopatik olarak kabul edilmesi olabilir. Tekrarlayan keratit en sık tutulum şekli olup tüm göz katmanlarını tutabilir. Konjonktivit, iridosiklit, siklerit, episiklerit, korneal ülserasyonlarda görülebilir. Vitrit koroidit, orbital psödötümör nadir göz tutulu şeklidir. Retinal vaskülit varlığında görme kaybı ihtimalinden acil olarak tedavi edilmelidir. İşitme kaybı sensorinöral tipte olup, ani ve tek taraflıdır. Fakat tekrarlayan iç kulak enflamasyonları sonucu, kohlear hidrops gelişmesi ile kademeli, bilateral işitme kaybına ilerleyebilir. Ayrıca ani başlangıçlı denge kaybı, vertigo, ataksi, bulantı ve kusmalar sıklıkla Meniere hastalığı ile karışabilmektedir. CS Behçet ile birlikte değişken damar vaskülit nedeni olsa da sıklıkla Takayasu arteriti gibi büyük damarları tutma eğilimindedir. Takayasu dan proksimal aorta ve kapak tutulumunun nadir olması ile ayrılır. Orta çaplı damar tutulumu poliarteritis nodosadaki gibi olup renal arter tutulumu siktir. Konsitüsyonel semptomlar sık olmayıp ateş kilo kaybı şeklindedir. Laboratuvar olarak akut faz reaktanlarında artış, nötrofili ile birlikte göreceli olarak lenfosit sayısında azalma görülebilir. Tanı da Lyme, sifiliz başta olmak üzere göz ve orta

kulağı tutabilen enfeksiyöz ve yer kaplayıcı hadiselerin dışlanması gerekir. Ayrıca romatolojik olarak ta kollajen doku hastalıkları diğer vaskülit nedenlerin dışlanması için başta anti-nükleer antikor (ANA), Anti-nötrofil sitoplazmik antikorlar (ANCA), anti-siklik sitrillenmiş peptid (anti-CCP) istenmelidir. Olası yer kaplayan lezyonların dışlanması açısından görüntülerden yardım alınmalıdır.

Sonuç: CS her çaptaki damarları etkileyebilen nadir bir vaskülit olup, başta tekrarlayan oftalmolojik bulgular ve sensörinöral işitme kaybı olmak üzere farklı organ ve sistemlerde tutulumları olan olgularda ayırıcı tanıda akla gelmelidir. Artan farkındalık ve multidisipliner erken tanı ve tedavi ile olası komplikasyonların önüne geçilebilir.

Anahtar Kelimeler: Cogan sendromu, tekrarlayan oftalmolojik tutulum, sensörinöral işitme kaybı

PS-214

Vaskülit ve bağ doku hastalıkları ayırıcı tanısında nadir görülen bir olgu

Burçgül Kaya, Derya Yıldırım, İbrahim Vasi, Rıza Can Kardeş, Rahime Duran, Hamit Küçük, Abdülşamet Erden, Berna Göker, Mehmet Akif Öztürk

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

Amaç: Romatolojik hastalıklar farklı branşları da ilgilendirebilen çeşitli semptomlar ve bulgularla karşımıza gelebilmektedir. Taklitçi durumlar ayırıcı tanıda önemlidir. Olgumuzda bahsedeceğimiz Epidermolizis büllöza hastalığı kalıtsal, OD ve OR geçişi olabilen dermo-epidermal bileşkedeki proteinleri kodlayan gen mutasyonu nedeniyle mukoz membran ve deride büllöz lezyonlarla karakterize bir dermatozdur. Olgumuzda gelişme geriliği, boy kısalığı, büllöz lezyonlar, kserozis, poikilodermi, psödosindaktili olan, korneal melting nedeniyle göz hastalıkları bölümüne tarafımıza yönlendirilen bir olgu ele alınacaktır.

Olgu: Altmış bir yaşında kadın hasta, korneal meltinge sebep olabilen romatolojik hastalıkların değerlendirilmesi amacıyla yönlendirildi. Hastanın öyküsünde, adını bilmediği bir deri hastalığı olduğu, uzun süredir göz kuruluğu ve görmede azalmanın eşlik ettiği öğrenildi. Göz hastalıkları tarafından başlanan topikal tedavi dışında sistemik tedavi almadığı ve takipli olmadığı öğrenildi. Hastanın şikayetleri sorgulandığında 2 aydır sağ kulakta işitme kaybı, kanlı burun akıntısı ve eklem ağrısı vardı. Muayenede boy kısalığı, poikilodermi, büllöz lezyonlar, yaygın kserozis, tırnak distrofisi, psödosindaktili mevcuttu. Hasta bu bulgularla küçük damar vaskülit ve bağ doku hastalıkları açısından tetkik edilmek üzere interne edildi. Sonuçlarda CRP, ESR, KCFT, BFT normaldi. Hematüri proteinüri yoktu. RF, anti-CCP, AFAS antikorları, ANA IFA, ANCA, ENA profilleri negatifti. Komplemanlar normaldi. Muayene, grafi ve USG'de artrit bulgusu yoktu. Göz kuruluğu olan hastada yapılan tükürük bezi biyopsisinde fokus 0'dı. Granüloamatöz polianjit açısından bakılan toraks BT'de patolojik bulgu yoktu. Paranazal BT kronik sinüzit ile uyumluydu. İşitme kaybı açısından yapılan muayenede, kulakta yoğun seröz akıntı saptandı. İşitme testi yapılamadı ve topikal tedavi başlandı. Hasta büllöz deri lezyonları, kserozis, poikilodermi, tırnak distrofisi ve psödosindaktili açısından

cildiyeye danışıldı ve kardeşinde de benzer bulgular olan hastada kalıtsal Epidermolizis bülloza hastalığı düşünülerek genetik test istendi. Hastalıkla ilişkili sol alt göz kapağında fibrotik band ve ektropiona bağlı kuru göz ve kronik keratit sebebiyle korneal melting gelişmiş olabileceği düşünüldü. Literatür araştırıldı. Hastanın yapısal malformasyonları, deri lezyonları, kulaklarındaki akıntısı, işitme kaybı ve göz bulguları Epidermolizis bülloza ile ilişkilendirildi. Katkı sağlayacak ek bulgular ve antikörler olmadığından romatolojik tanıdan uzaklaşıldı.

Tartışma: Bu olgu, vaskülit ve bağ doku hastalıkları açısından anlamlı olabilecek, korneal melting, göz kuruluğu, işitme kaybı, kanlı burun akıntısı, artralji gibi semptomlarla gelen bir hastada Epidermolizis bülloza gibi nadir görülen kalıtsal bir hastalığın da ayırıcı tanıda olduğu, romatolojik hastalıkları taklit edebilen hastalıkların geniş bir spektrumunda oluşu ve ayırıcı tanının önemini vurgulamak için hazırlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Epidermolizis bülloza, vaskülit, bağ doku hastalığı



Resim 1. Psodosindaktili



Resim 2. Göz kapağında fibrotik band ve ektropion



Resim 3. Tırnak distrofisi, kserozis

Romatoid artritli hastada geç dönem deformiteleri

Murat Baloğlu¹, Abdurrahman Can²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Diyarbakır

²Türkoğlu Dr. Kemal Beyazıt Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Kahramanmaraş

Amaç: Romatoid artrit (RA), sinovyal eklemleri tutan ancak bunun yanı sıra birçok organ ve dokuyu da olumsuz olarak etkileyen otoimmün nitelikte bir hastalıktır. Kliniği aynı olan farklı hastaların yaşam kalitelerine bakıldığında bazen farklılıklar da görülebilmektedir. RA'da el ve dirsek sık tutulan eklemlerendir. MKF eklemlerinin volar tarafa subluksasyonu sonucunda, parmakların ulnar yöne kayması ile ortaya çıkan bu şekil bozukluğuna ulnar deviasyon denir. Buna bağlı olarak bu durumu kompanse etmek için el bileğinde radyal deviasyon ve parmaklarda ulnar deviasyon ortaya çıkar. İnsan vücudunda diz, dirsek gibi kemik çıkıntılarının bulunduğu yerlerde kemik ile deri arasında Bursa isimli anatomik yapılar bulunur. Buraların içerisinde sıvı mevcut olup bunların görevi yumuşak dokuların kemik üzerinden kaymasını sağlayarak kemik çıkıntılarını korumak ve sonuçta bir yastıkcık vazifesi görmektir. Bursalar ince bir yapıya sahip olup bunların irrite veya enfekte olması durumu bursittir. RA'da lateral epikondil ile olekranonun çıkıntı noktası arasındaki sinovit elle palpe edilebilir. Olekranon bursanın şişliği enflamatuvar hastalık durumlarında olur ve genelde çift taraflı olarak gözlemlenir. Olekranon bölgesi ile proksimal ulna ekstansör yüzeyi, romatoid nodüller sıklıkla görülen bölgelerdir.

Olgu: Altmış yedi yaşında çiftçilik yapan erkek hastada 20 yıldan beridir eklem ağrıları, kas ağrıları mevcut olup hasta da zaman içerisinde eklem deformiteleri gelişmişti. Hastalık ilk olarak bir gribal soğuk algınlığı sonrasında başlamıştı. Öncelikle el eklemleri ve dirseklerde başlayan ağrı, tutukluk ve şişliklerin zaman içerisinde tüm vücut eklemlerine yayıldı. Sabah tutukluğu ilk dönemlerde 5 dakika kadar olup ancak son zamanlarda 10 dakika gibi bir zamana ulaştığını belirtti. Hastada, sedim 14, RF 167,1 idi. Hastaya 20 yıl boyunca çeşitli doktorlara gittiği halde herhangi bir tanı konulmadığını ve tüm doktorların romatizma tanısı ile çeşitli ilaçlar yazdığını belirtti. Ancak hastanın geçmişinde herhangi bir modifiye edici ilaç kullanımına ait kayıt bulunamamıştır. RA'da el tutulumu %80-90 oranında görülmektedir. Yirmi yıllık bu süreç sonucunda hastada ellerde ulnar deviasyon, ve her 2 dirsekte olekranon bursiti bariz hale gelmiştir. Ancak her 2 dirsekte ekstensiyon ROM kısıtlılığı mevcut değilken özellikle sağ eldeki ulnar deviasyon günlük yaşamda bariz kavrama ve iş yapmada engellilik oluşturmaktaydı. Hasta için uygun rehabilitasyon programı düzenlendi. Hasta kronik dönemde, deformiteleri yerleşmiş olup akut bir alevlenme mevcut değildi. Hasta DMARD grubu ilaçlarla tedaviye alındı. Aynı zamanda sistemik tutulum açısından da takip edilmeye başlandı.

Sonuç: RA'da el ve dirsek sık tutulan eklemlerendir. RA'da el tutulumu %80-90 oranında görülmektedir. Bu nedenle hastalığın ilk evrelerde tespit edilmesi ve tedavi belirlenmesi, hastalığın kontrol altına alınması ve mevcut deformitelerin önlenmesi açısından önemli bir yer tutmaktadır. Erken dönem tespiti bağlı bir tedavi

sonucunda gelişebilecek bir kısıtlılık hızlıca engellenebilecektir. Romatoid artrit (RA), sinovyal eklemleri tutan ancak bunun yanı sıra birçok organ ve dokuyu da olumsuz olarak etkileyen otoimmün nitelikte bir hastalıktır. Kliniği aynı olan farklı hastaların yaşam kalitelerine bakıldığında bazen farklılıklar da görülebilmektedir. RA'da el ve dirsek sık tutulan eklemlerendir. MKF eklemlerinin volar tarafa subluksasyonu sonucunda, parmakların ulnar yöne kayması ile ortaya çıkan bu şekil bozukluğuna ulnar deviasyon denir. Buna bağlı olarak bu durumu kompanse etmek için el bileğinde radyal deviasyon ve parmaklarda ulnar deviasyon ortaya çıkar. İnsan vücudunda diz, dirsek gibi kemik çıkıntılarının bulunduğu yerlerde kemik ile deri arasında Bursa isimli anatomik yapılar bulunur. Bursaların içerisinde sıvı mevcut olup bunların görevi yumuşak dokuların kemik üzerinden kaymasını sağlayarak kemik çıkıntılarını korumak ve sonuçta bir yastıkcık vazifesi görmektir. Bursalar ince bir yapıya sahip olup bunların irrite veya enfekte olması durumu bursittir. RA'da lateral epikondil ile olekranonun çıkıntı noktası arasındaki sinovit elle palpe edilebilir. Olekranon bursanın şişliği enflamatuvar hastalık durumlarında olur ve genelde çift taraflı olarak gözlemlenir. Olekranon bölgesi ile proksimal ulna ekstansör yüzeyi, romatoid nodüller sıklıkla görülen bölgelerdir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, sinovit, olekranon bursiti



Resim 1. Sol dirsek olekranon bursiti



Resim 2. Sağ elde ulnar deviyasyon



Resim 3. Sağ dirsek olekranon bursiti

PS-216

Evans sendromu ve Sjögren sendromu: Nadir bir görülen birliktelik

Merve Nalbant

Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Düzce

Amaç: Evans sendromu (ES) otoimmün hemolitik anemi (OIHA) ve trombositopeninin birlikte veya ardışık olarak geliştiği daha az sıklıkta nötropeninin de eşlik ettiği nadir görülen bir hastalıktır. Evans sendromu primer veya sekonder nedenlere bağlı gelişebilir. Evans sendromu OIHA ve ITP hastalıklarının başlangıcında %0,8 ve %3,7 arasında görülmesi nedeniyle oldukça nadir görülen bir hastalıktır.

Olgu: Daha önce hematolojik veya romatolojik hastalığı olmayan 65 yaşındaki kadın hasta halsizlik yorgunluk şikayetiyle acil servise başvurdu. Hastanın yapılan hemogramında Hb: 5,9 g/dL, MCV 103 fL, neutrofil $1,21 \times 10^3/\mu\text{L}$, platelet değeri $99 \times 10^3/\mu\text{L}$ saptandı. Pansitopeni etiyojisi açısından değerlendirilen hastanın B12 düzeyi 1337 pg/dL, LDH 435 u/L, haptoglobin 0,94 g/L retikülosit %11,21, direkt coombs pozitif olarak saptandı. Hastanın değerlendirilen periferik yaymasında poikilositoz- anizositoz ve tear drop eritrositler görüldü, şistozit yoktu. Hastanın otoimmün hemolitik anemi ve otimmün trombositopeniye eşlik eden nötropeni olması nedeniyle evans sendromu olarak değerlendirildi. Primer veya sekonder evans sendromu ayrımı yapabilmek amacıyla ileri tetkikleri yapılan hastanın boyun BT, toraks BT'sinde özellik yoktu. Batın BT'de dalak boyutu 21 cm olarak görüldü ve hemolize bağlandı. İmmünolojik tetkiklerinde ise ANA 1/160 pozitif anti-SSA pozitif, AFAS tetkikleri negatif olarak saptandı. Hastaya tükrük bezi biyopsisi yapıldı. Patoloji spesmeninde 4 odakta >50 lenfositten oluşan (fokus) lenfoid infiltrasyonu ve chilshom-mason evre 4 olarak raporlanmıştı. Hasta bu bulgular altında Sjögren sendromuna sekonder gelişen evans endromu olarak değerlendirildi Hastaya 80 mg/gün metilprednizolon başlandı. Birinci hafta sonunda hemoglobinin, platelet ve nötrofillerde değerlerinde yükselme elde edildi. Hastanın steroid tedavisi tedricen azaltılarak 8 mg/güne düşüldü. Hastaya ayrıca steroid azaltıcı ajan olarak azatioprin başlandı. Hastanın tedavi ile en son 3. aydaki tetkiklerinde Hb 11 g/dL, platelet $180 \times 10^3/\mu\text{L}$ olarak hematoloji ve romatoloji kliniğinde takip edilmektedir.

Sonuç: Evans sendromunda ensık görülen sekonder nedenler hematolojik maligniteler, otoimmün hastalıklar, ve primer immün yetmezliklerdir. Otoimmün hastalık olarak en çok SLE ile birlikteliği bildirilmiştir. Sjögren sendromu ile birlikteliği daha nadir görülmektedir. Bizim hastamızda olduğu gibi hematolojik anormaliler Sjögren sendromunda sicca semptomlarından önce görülebilir veya tek bulgu olarak hematolojik bulgular olabilir. Evans sendromu remisyon ve alevlenmelerle seyredabilen, uygulanan tedavilere aynı hastada değişken cevaplar elde edilebilen bir sendromdur. Kortikosteroidler ve IVIG ilk basamak tedavide en sık kullanılan ajanlardır. Tedaviye dirençli hastalarda ek olarak en sık rituksimab ve immünosüpresif ajanlar (mikofenolat mofetil, danazol, siklosporin, azatioprin) eklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Evans sendromu, Sjögren sendromu, otoimmün hemolitik anemi, trombositopeni

PS-217

Zor olgular; akciğer tüberkülozu ile komplike, dirençli göz tutulumu olan Behçet hastasını nasıl tedavi edelim?

Zeynep Yılmaz Bozkurt, Yavuz Pehlivan

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

Amaç: Behçet hastalığı önemli morbiditelere neden olan multisistemik, enflamatuvar bir hastalıktır. Üveit ciddi bir göz tutulumudur. Bu olguda adalimumab kullanırken pulmoner tüberkülozla komplike olan aktif üveitli Behçet hastamızda intravenöz immünoglobulin (IVIG) deneyimimizi sunmayı amaçladık.

Olgu: Kırk bir yaşında erkek hasta, yedi yıl önce tekrarlayan oral aft, genital ülser, paterji pozitifliği ile Behçet tanısı almıştı. Bir yıl sonra panüveit gelişmesi nedeniyle kolşisin tedavisine azatioprin, siklosporin, oral metilprednizolon eklendi. Tekrarlayan üveit atağı olması üzerine infliksimab, sonrasında adalimumab tedavisine geçildi. Adalimumab tedavisinin dördüncü ayında öksürük, ateş, kilo kaybı olması sebebiyle yapılan tetkikler sonucu pulmoner tüberküloz tanısı aldı. Adalimumab kesilip dörtlü tüberküloz tedavisine başlandı. Tedavinin üçüncü haftasında ateşi devam eden, sağ gözde üveiti bulunan hastaya 2 mg/kg/ay dozunda IVIG ve düşük doz metilprednizolon başlandı. Tüberküloz tedavisinin beş, IVIG tedavisinin üçüncü ayında hastanın semptomları ve akut faz reaktanları gerilemiş, göz muayenesinde aktivasyon bulgusu saptanmamıştır. Romatoloji ve göz polikliniklerinden takibi devam etmektedir.

Sonuç: N. Seider ve ark.'nın yazdığı makalede steroid ve siklosporin A'ya dirençli oküler Behçetli 4 hasta IVIG tedavisine iyi yanıt vermiştir. Yine, Luca Canterini ve ark.'nın yayınladığı olgu serisinde içlerinde göz tutulumu da olmak üzere dirençli ve şiddetli Behçet hastalarında IVIG uygulamasının etkili ve güvenli bir tedavi seçeneği olduğu gösterilmiştir. Zera Tellier ve ark.'nın yazdığı derlemede de kronik intraoküler enflamasyonlu otoimmün/sistemik hastalıklarda IVIG tedavisinin etkili olduğu görülmüştür. IVIG tedavisinin aktif enfeksiyon varlığında Behçet hastalığının dirençli göz tutulumunda güvenle seçilebilecek etkili bir tedavi seçeneği olduğu akıld tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Behçet, göz, intravenöz immünoglobulin, tüberküloz

PS-218

Jüvenil başlangıçlı anti-PL7 antikor ilişkili amiyopatik dermatomyozit olgusu

Sarvan Ağamuradov, Khadija Gudretli

Ege Hospital, Romatoloji Kliniği, Bakü, Azerbaycan

Amaç: Enflamatuvar miyopatiler (İM) temel olarak iskelet kaslarında güçsüzlük, deri döküntüleri, bazen iç organ tutulumu yapabilen kronik, otoimmün nadir hastalıklardır. Eskiden İM'ler adı altında dermatomyozit, polimiyozit ve inklüzyon cisimcikli

miyozit isimlendirilse de, son yıllarda hastalıkla ilişkisi olan bazı antikorların keşfinden sonra yeni alt gruplar ortaya çıktı. Antisentetaz antikor sendromu, pozitif antisentetaz antikorları (anti-Jo-1, anti-PL-7, anti-PL-12, ZO, OJ, anti-KE veya KS) ile birlikte interstisyel akciğer hastalığı ve/veya enflamatuvar miyozit, Raynaud fenomeni, artrit, ateş, makinist eli ile karakterize nadir bir otoimmün hastalıktır. Bu antikorlardan anti-Jo-1 antikoruna dışında diğerleri nadirdir. Özellikle juvenil başlangıçlı İM'ler arasında PL7 antikor pozitifliği son derece ender görüldüğü için hastamızı paylaşmayı uygun bulduk.

Olgu: Bilinen hastalığı olmayan 25 yaşında kadın hasta deri döküntüleri nedeni ile başvurdu. On dört-on beş yaşlarından her iki göz altı ve alın derisinde, 3 yıldır göğüs, boyun (shawn sign), omuz (V sign) ve kollarda kırmızı mor döküntüler mevcuttu. Her iki el parmaklarında (gottron papülleri) ve burun derisinde benzer döküntüler vardı. Halsizlik, yorgunluk dışında belirgin kas güçsüzlüğü, yutma zorluğu, kilo kaybı, ateş, ağız ve göz kuruluğu, Raynaud fenomeni tarif etmiyordu. Artrit ve üveit öyküsü yoktu. Auskültasyonda solunum sesleri doğal, periungual telenjektazileri mevcuttu. Tetkiklerinde: ALT/AST: N, CRP: 0,61 (<5), sedimentasyon: 8/sa, kreatinin kinaz (CK): 218 (0-167), LDH: 187 (N), ANA (IFA): 1/100 + benekli, anti-Ds-DNA <10 (<100), miyozit spesifik antikor panel: PL7 ++. Kapilleroskopi: Dermatomyozitte spesifik sayıca azalmış, şeklini değiştirmiş dev kapillerler. Patoloji (sol kol deri biyopsisi): Epidermiste hiperkeratoz ve atrofi, dermiste perivasküler zayıf lenfositler infiltrasyon. Hastaya PL7 ilişkili dermatomyozit tanısı konuldu, metilprednizolon 16 mg/gün, metotreksat 10 mg/hafta, folik asit 5 mg/hafta, lansoprazol 30 mg/gün tedavileri başlandı. Tedavinin 3. ayında her iki el parmaklarında ve kollarda olan döküntüler tama yakın, boyun, omuz ve göğüsteki döküntüler belirgin geriledi.

Tartışma: Antisentetaz antikor sendromu (ASAS), pozitif antisentetaz antikorları (ASA) (anti-Jo-1, anti-PL-7, anti-PL-12, ZO, OJ, anti-KE veya KS) ile birlikte interstisyel akciğer hastalığı (İAH) ve/veya enflamatuvar miyozit, Raynaud fenomeni, artrit, ateş, makinist eli ile karakterize nadir bir otoimmün hastalıktır. Kas güçsüzlüğü genellikle ilk tezahürdür, bazı hastalarda amiyopatik seyredebilir. İAH yaygın görülmekte ve mortaliteden esas sorumlu tutulmaktadır. ASA'ler arasında anti-Jo-1 antikoruna dışında diğerleri nispeten az görülmektedir. Anti-PL7 ilişkili İM'de başlangıç yaşı 60, İAH ilk ve en çok (%90) görülen bulgudur. Miyozit (%90), artrit (%40), Raynaud fenomeni (%40), makinist eli (%30) ve özofagus tutulumu (%20) azalan sıklıklarda görülmektedir. ASA pozitif olan bazı hastalarda ASAS gelişmeden sadece deri bulguları ile seyredildiği bildirilmiştir.

Sonuç: Hastamız 25 yaşında, jüvenil başlangıçlı anti-PL7 ilişkili dermatomyozit tanısı aldı. Bu antikor ilişkili İM'li hastaların neredeyse tamamı yaşlı ve ASAS kliniğini ortaya çıkartmaktadır. Jüvenil İM arasında anti-PL7 antikoruna son derece nadirdir, ASAS kliniği ile gitmektedirler. Hastamıza başladığımız kortikosteroid ve metotreksat tedavileri ile cevap yeterli düzeyde olmasına rağmen, antikor ilişkili miyopati ve akciğer tutulumu açısından yakın takibe alındı.

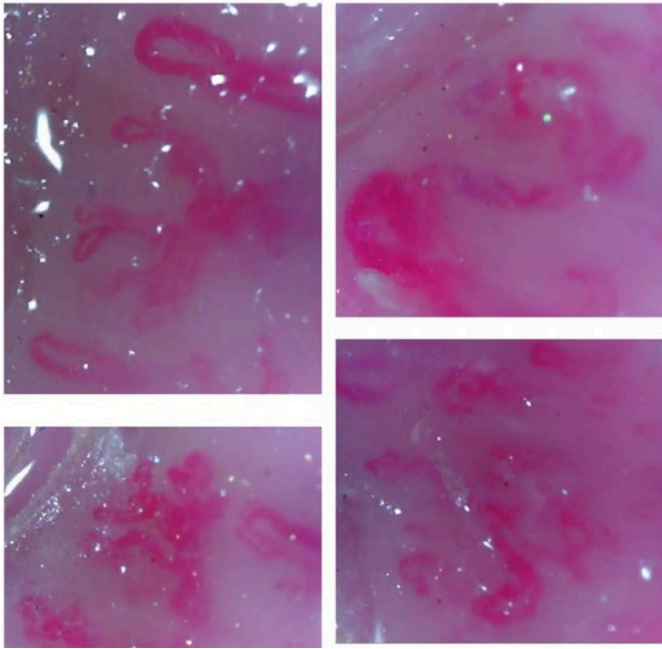
Anahtar Kelimeler: Enflamatuvar miyopatiler (İM), antisentetaz antikor sendromu (ASAS), antisentetaz antikoruna (ASA), anti-PL7, anti-PL7 antikor ilişkili miyopatiler



Resim 1. İlk başvuru sırasında deri döküntüleri



Resim 3. Tedavinin 3. ayındaki deri döküntüleri



Resim 2. Kapilleroskopik görüntüleri

PS-219

Çocukluk çağında monogenik lupuslu olguların değerlendirilmesi

Gülçin Aytaç, İlyas Aydın, Süleyman İmamoğlu, Tuğçe Çetin Arıkan, Nida Gürbüz, Afig Berdeli, Güzide Aksu, Necil Kütükçüler

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

Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE) karmaşık etiyolojiye sahip sistemik bir otoimmün hastalıktır. Epidemiyolojik çalışmalar ve genom çapında ilişkilendirme çalışmaları ile (GWAS) SLE’de genetiğin rolü gösterilmiştir. Monogenik lupus nadirdir ancak bununla ilgili yapılan çalışmalar SLE patogenezinin daha iyi anlaşılmasına büyük katkıda bulunmuştur. Son yıllarda birkaç yeni lupus benzeri fenotipli monogenik bozukluklar tarif edildi. Bunlar, nükleik asit onarımını, bozunmasını ve algılamasını (TREX1, DNASE1L3), tip I interferon (IFN) yolunu (SAMHD1, RNASEH2ABC, ADAR1, IFIH1, ISG15, ACP5, TMEM173) ve B hücresi gelişim kontrol noktalarını (PRKCD; RAG2) etkileyen formları içerir. Bu çalışmamızda çocukluk çağında monogenik lupus tanısıyla takip edilen olguları klinik özellikleri ve genetik mutasyonları ile değerlendirdik. Olgularımız özellikle küçük eklem tutulumu, döküntü ve oral ülser şikayetleriyle başvurmuştu. Akraba evliliği olan üç olgumuz mevcuttu. Üçüncü olgumuz 3 yaşından itibaren başlayan tekrarlayan ateş, konjunktivit, artrit, kusma ishal ve ardından gelişen işitme kaybı ilk geliş bulgularıyla otoenflamatuvar hastalıklar ve immün yetmezlik açısından incelenmiştir. Hipergamaglobülinemi olan olguda femur proksimalinde apse gelişimi nedeniyle yapılan Fago-Burst testinde FMLP %4,5, PMA %51,16, *E. coli* %5,76 saptanması üzerine otozomal resesif kronik granümatöz hastalık olarak takip edilmiştir. Olgularımızın hepsinde, antinükleer nükleer antikor pozitifliği,

direkt coombs pozitifliği ve hipergamaglobülinemi, üçünde serum kompleman bileşenleri C3 ve C4'te azalma saptandı. Böbrek tutulumu iki olgumuzda gözlemlendi. Tüm olguların tedavilerinde metilprednizolon, mikofenolat mofetil, hidroksiklorokin kullanıldı. Böbrek tutulumu olanlarda siklofosamid, rituksimab tedavileri uygulandı. Takiplerinde klinik ve laboratuvar yanıt alınan olgularımızdan biri takiplerine devam etmemiştir, biri yetişkin romatoloji bölümüne devredilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritamatozus, pediatrik, monogenik lupus

PS-220

Multiple ekzositoz tip 1

Serpil Ergülü Eşmen¹, Hatice Koçak Eker², Müşerref Başdemirci²

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

²Konya Şehir Hastanesi, Tıbbi Genetik Kliniği, Konya

Amaç: Birden fazla osteokondromun varlığına ailesel osteokondromatozis olarak da bilinen herediter multiple ekzositoz (HME) denilmektedir. HME otozomal dominant kalıtılan bir hastalıktır. *EXT1* ve *EXT2* genlerindeki mutasyonların neden olduğu kalıtsal osteokondrom formudur. Kemikte kitlesel lezyonlarla başvurduğunda genetik değerlendirme yoluyla HME tanısı koyduğumuz olgumuzu sunduk.

Olgu: Otuz altı yaşında kadın hasta çocukluk yaşlarında başlayan vücudunun farklı bölgelerinde ilerleyen yaşıyla birlikte boyut ve sayı artışının olduğu kemiksi sert kitleler nedeniyle başvurdu. Son birkaç yıldır kitlesel oluşumlar nedeniyle çömelirken yürürken ağrı oluşmaya başladığını belirtti. Özgeçmişinde ve aile öyküsünde psoriasis yoktu. Muayenesinde sağ el 2. ve 5. parmakta, sol el 4 parmakta, sol ön kol ve sağ tibiada kemik sertliğinde kitlesel çıkıntı görüldü. Tetkiklerinde otoantiklorları ve akut faz değerleri normaldi. Ekstremitelerinde direkt grafilerinde multiple kemik yapılar görüldü (Resim 1-3). Hastadan HME ön tanısı ile genetik konsültasyon istendi. Genetik incelemede *EXT1* geninde intron 8 de c.1722+1G>T heterozigot patojenik mutasyon tespit edildi. Otozomal dominant geçişli multiple ekzositoz tip 1 tanısı doğrulandı.

Tartışma: HME ilk olgu 1814'te Boyer tarafından bildirilmiştir. Prevalansı batı toplumlarında 1:50.000 ila 1:100.000'dir. Aile üyelerinde çok sayıda ekzositoz görülür. Otozomal dominant kalıtım paterni gösteren HME kadınlarda inkomplet penetrasyon gösterir. Ayrıca aile içinde osteokondrom sayısı, deformitenin şiddeti ve malign transformasyon oranı açısından da önemli heterojenlikler vardır. Genetik analizde 8 ve 11 numaralı kromozomlarda yer alan iki farklı gende anormallik saptanabilmektedir. *EXT1* geni 8q24.11, *EXT2* geni 11p11.2 lokalizasyonlarında yer alan, tümör baskılayıcı olarak görev yapan genlerdir. Hastamızda *EXT1* geninde mutasyon görüldü. *EXT* genlerinin inaktivasyonu osteokondrom oluşumuna ve ayrıca malign transformasyona neden olur. Bir çalışmada HME ailelerinin genetik analizinde %42 *EXT1* mutasyonu ve %33 *EXT2* mutasyonu göstermiştir. HME ailelerine yapılan başka bir çalışmada %28'inde *EXT1* mutasyonu, %17'sinde *EXT2* mutasyonu saptanmıştır. Hastaların yaklaşık %10'unda etiyoloji belirlenememiştir. Soliter osteokondromla

karşılaştırıldığında HME, muhtemelen aile öyküsü, lezyonların çokluğu ve buna bağlı ciddi deformite nedeniyle daha erken teşhis edilir. Çoğunlukla hastalar 12 yaşından önce tanı alır. Daha önce pek çok bölüme aynı yakınma ile başvurusu olan olgumuz, tıbbi genetik değerlendirme için geç yönlendirildiğinden tanısı 36 yaşında konulabilmiştir. İlk olgunun 1814 yılında tanımlandığı HME tanısı ve takibi ile ilgili farkındalık eğitimlerine ihtiyaç duyulmaktadır. HME'nin komplikasyonları kozmetik sorunlar, kemik deformitesi, kırık, vasküler bozulma, nörolojik sekeller, bursa oluşumu ve maligniteye dönüşümdür. Maligniteye transformasyon osteokondromun en önemli komplikasyonudur ve ilk kez 1886'da tanımlanmıştır. Malign transformasyonun görülme sıklığının %1 olduğu tahmin edilmektedir. Malign lezyonlar kırıkda kısmından gelişen kondrosarkom veya osteokondromun tabanından gelişen osteosarkom olabilir.

Sonuç: Nadir görülen ve malign dönüşüm görülebilen bu hastalıkta farkındalığın ve genetik değerlendirmenin öneminin vurgulandığı bilgilendirme eğitimleri erken tanı ve aile taraması yapılabilmesini ayrıca doğurganlık çağında olan olguların doğru yönlendirilmesini sağlayabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Multiple ekzositoz, EXT 1, osteokondrom



Resim 1. Diz grafisi



Resim 1. Diz grafisi



Resim 3. El grafisi

PS-221

Üst dudakta şişlikle seyreden, lokal tedaviye dirençli granülomatöz keilitis olgusu

Özkan Uruk, Fatoş Önen, Ahmet Merih Birlik

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

Amaç: Granülomatöz keilitis (GK) dudaklarda hassasiyet oluşturmayan şişlik ile seyreden ve etiyojisi kesin olarak bilinmeyen nadir görülen bir hastalıktır. Klinik olarak anjiyoödemle karışabilir, sistemik olarak tutulum yapan sarkoidoz ve Chron hastalığına eşlik edebilir. Burada izole olarak dudakta da gözlenebileceği gibi sistemik tutulumlara da eşlik edebilen nadir görülen bir GK olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Elli dokuz yaşındaki kadın hasta üst dudakta özellikle akşam saatlerinde artan şişlik yakınması ile dermatoloji bölümüne başvurmuştu. Hastanın üst dudak bölgesinden yapılan insizyonel biyopsi sonucu granülomatöz plazma hücreli keilit ile uyumlu bulgular gözlenmiş ve Ig G4 boyası ile boyanma saptanmayan hastaya 3 aylık takip süresince aralıklı olarak 5 kez intralezyoner triamsilon asetonid enjeksiyonu uygulanmıştı. Şikayetlerinde belirgin gerileme olmaması nedeniyle dudakta şişliğin ilk başladığı tarihten 5 ay kadar sonra (Resim 1) tarafımıza başvurdu. Romatolojik sorugusunda özellik olmayan hastanın laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre: 11.900/uL, hemoglobin: 9,7 g/dL, trombosit: 373.000 /uL, kreatinin: 0,62 mg/dL, ALT: 24 U/L, AST: 13 U/L, CRP: 31 mg/L, sedimentasyon: 66 mm/s, C3: 144 mg/dL, C4: 25 mg/dL, IgG G4: 19,7, IgG: 1506,4 mg/dL, IgM: 167,8 mg/dL, p-ANCA ve c-ANCA negatif, anti nükleer antikor negatif, serum anjiyotensin convertin enzim düzeyi: 60,6 (normal), hepatit serolojisi ve quantiferon testi negatif saptandı. Öksürük ve balgam yakınması olmayan hastanın PA akciğer grafisi olağan olarak değerlendirildi. Hastanın dudaklarına yaptığımız ultrasonografik görüntüleme üst dudak sağ yarısında belirgin deri- deri altı dokuda ödematöz görünüm saptandı. Hastaya öncelikle 3 gün süreyle 40 mg/gün İM metilprednizolon uygulandı ve 16 mg/gün oral olarak tedaviye devam edildi. Birinci hafta kontrolünde dudaktaki lezyon bozyutlarında gerileme gözlemlendi. Hastaya ek olarak azatiopürin tedavisi başlandı. Beşinci ay kontrolünde azatiopürin 150 mg/gün ve metilprednizolon 4 mg/gün tedavisiyle izlenen hastanın dudakındaki lezyonun tamamen gerilediği görüldü (Resim 2).

Sonuç: GK fasiyal paralizi ve dilde fissürler ile birlikte görüldüğünde Melkersson-Rosenthal sendromu olarak isimlendirilmektedir. Tanıda biyopsi oldukça faydalı olup sarkoidoz ve chron hastalığında da benzer görünüm olabileceği için ayırıcı tanı üzerinde dikkatle durulmalıdır. Tedavide ilk basamak olarak intralezyoner steroid (triamsinolon asetonid) önerilmekle birlikte rekürrens siktir. Sistemik steroid metotreksat, anti-TNF tedaviler ve diğer immünoşüpresanlar da tedavide kullanılmakla birlikte tedaviye yanıtsız olgularda cerrahi de uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Granülomatöz reaksiyon, steroid, keiliti



Resim 1. Üst dudakta şişlik ve hiperemi



Resim 2. Dudaktaki lezyonun gerilemiş hali

PS-222

Dermatomiyozit ve morfeaya eşlik eden dirençli kalsinozis kutis olgu sunumu

Zübeyde Uğurlu, Atalay Doğru, Mehmet Şahin

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Isparta

Amaç: Deri ve deri altı dokularda çözülmeyen kalsiyum birikimi kalsinozis kutis olarak tanımlanır. Kalsinozis kutis ile en sık birliktelik gösteren otoimmün bağ dokusu hastalıkları sistemik skleroz ve dermatomiyozittir. Kalsinozis kutis erişkin dermatomiyozit hastalarının %30'unda gelişmektedir. Kalsinozis kutisin tedavisi zordur, yapılan çalışmalara göre de dirençli seyretmektedir. Literatürde bu konuyla ilgili az sayıda randomize kontrollü çalışma mevcuttur ve tedavi kılavuzu oluşturulamamıştır. Öncelikle medikal tedavi önerilir eğer dirençli seyrederse de cerrahi tedavi önerilir. Diltiazem, sodyum tiyosülfat, bifosfonat, warfarin, intravenöz immünoglobulin (IVIG), minosiklin, kolşisin, siklofosamid medikal tedavi seçenekleri arasındadır. Bizim olgumuzda olduğu gibi literatürde de morfea ile birlikte görülen kalsinozis kutis olguları mevcuttur.

Olgu: Altmış yaşında kadın hasta tarafımıza dört yıl önce sağ kalça gluteal bölgede sertlik şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde sağ gluteal bölgede yaklaşık 3x4 cm büyüklüğünde mor renkli ele gelen sertlik mevcut idi. Dermatoloji tarafından hastaya deri biyopsisi yapıldı. Morfea ile uyumlu bulgular saptandı. Hasta romatoloji takibine alındı. Hasta morfea etiyojisi açısından araştırıldı. Fizik muayenesinde morfea dışında deri bulgusu saptanmadı. Kas gücü ve diğer sistem muayeneleri normal idi. İstenilen tetkiklerinde anti-nükleer antikor (ANA) testi üç pozitif granüler patern, anti-nötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) negatif olarak saptandı. İstenilen otoimmün tarama kitinde anti-mi-2 otoantikor pozitif, diğer alt gruplar negatif olarak sonuçlandı. Anti-mi-2 otoantikor pozitifliği nedeniyle hasta dermatomiyozit açısından tetkik edildi. Biyokimya değerleri normal aralıkta (CPK: 115 U/L, AST: 26 U/L, LDH: 260 U/L), eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) 19, C-reaktif protein (CRP) normal (3 mg/dL) idi. Hastaya deri bulguları nedeniyle kolşisin tedavisi başlandı ve takibe alındı. Hasta altı ay sonra tarafımıza yaygın kas güçsüzlüğü, merdiven çıkmada zorluk, yüzde ve ellerde eritem şikayeti ile başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinden sol üst ekstremitede ve sol alt ekstremitede de kas gücü 3/5, sağ üst ekstremitede de 2/5, sağ alt ekstremitede de 3/5 olarak saptandı. Ellerde oluşan eritem gottron papülleri, yüzde oluşan eritem heliotrop rash olarak değerlendirildi. Yapılan laboratuvar tahlillerinde biyokimya değerleri yüksek (CPK: 4920 U/L, AST: 291 U/L, LDH: 941 U/L), ESH 35 mm/saat, CRP normal (10 mg/dL) idi. Hastaya dermatomiyozit ön tanısı ile üç gün 100 mg/gün metilprednizolon tedavi planlandı. Metotreksat 15 mg/hafta, hidroklorokin 2x1 tablet başlandı. Üç gün 100 mg/gün metilprednizolon tedavisinden sonra doz 60 mg/güne düşüldü. Bir hafta sonra görülen biyokimya değerlerinde (CPK: 4153 U/L, AST: 320 U/L, LDH: 997 U/L) artış saptandı. Hasta IVIG tedavisi planlandı. Hastamıza beş gün boyunca 400 mg/gün dozundan IVIG tedavisi verildi. Tedavi sonrası biyokimya değerleri öncekine göre geriledi (CPK: 553 U/L, AST: 82 U/L, LDH: 650 U/L). Hastanın bu sırada malignite açısından tetkikleri yapıldı. Malignite

lehinne bir bulgu saptanmadı. Hasta metotreksat, hidroksiklorokin ve metilprednizolon tedavisi ile takip edildi. Metilprednizolon dozu azaltılarak dört mg/güne düşüldü. Hasta altı ay boyunca mevcut tedavi ile remisyonda seyretti. Hastamız altı ay sonra gluteal bölgede ve her iki üst ekstremitte deltoid bölgede önceki lezyonlara benzer şekilde sertlik ile başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde sol bacak ön yüz, her iki üst ekstremitte deltoid bölge ve sağ gluteal bölgede morfea ile uyumlu görünümde lezyonlar saptandı. Rutin kan tahlillerinde aktivasyon bulgusu yoktu. Dermatoloji tarafından lezyonlardan biyopsi yapıldı. Biyopsi sonucu morfea olarak raporlandı. Lezyonlar ultrason ile değerlendirildiğinde morfea olan bölgelerin altında deri altı kalsifikasyonlar saptandı. Çekilen direkt grafilerde de kalsifikasyon yaygın bir şekilde görülmekteydi (Resim 1, 2). Hastaya dermatoloji tarafından lokal tedavi (topikal takrolimus, topikal streoid) başlandı ve dar band ultraviyole ışın haftada iki kere olmak üzere yirmi dört hafta planlandı. Deri altı kalsifikasyon nedeniyle kalsiyum kanal blokörü ve bifosfanat tedavisi mevcut tedaviye eklendi. Hastanın üç aylık takibinde yeni lezyon oluşmadı ancak eski lezyonlar kaybolmadı. Dar band ultraviyole ışın tedavisinin on altıncı haftasında, hasta varisella zoster enfeksiyonu geçirdi ve yaygın deri tutulumu meydana geldi. Bu nedenle dar band ultraviyole ışın tedavisine dört ay ara verildi. Hastanın dört ay sonra varisella zoster enfeksiyon bulguları tamamen iyileşti. Ancak bu süreçte alt ve üst ekstremitte bölgelerinde morfea ile uyumlu lezyonlar çoğaldı. Bu bölgelere yapılan yüzeysel ultrasonografide morfea ile birlikte deri altı kalsifikasyonlar izlendi. Yapılan rutin laboratuvar tahlillerinde hastalık aktivasyonu ile ilgili parametreler normal aralıkta (CPK: 52 U/L, AST: 15 U/L, LDH: 342 U/L), ESH 22, CRP normal (6 mg/dL) idi, Dermatoloji ile görüşülerek yeniden dar band ultraviyole ışın tedavisine başlandı. Metotreksate tedavisinden mikofenolat mofetil tedavisine geçildi. Tedaviye kolşisin eklendi. Lokal tedavi düzenlendi. Ancak deri lezyonları ve deri altı kalsinozisinde gerileme olmadı. Hastaya endikasyon dışı onam alınarak ritüksimab tedavisi verildi. Dermatoloji ile görüşülerek lezyon içi kortikosteroid tedavisi uygulandı. Takiplerinde yeni kalsinozis gelişmedi.

Sonuç: Kalsinozis kutis dermatomyozit hastalarında görülebilir ancak morfea ve kalsinozis kutis birlikteliği literatürde de çok sık rastlanan bir durum değildir. Hastamızda kalsinozis, morfea ile birlikte oluşmuştur. Dermatoloji ile birlikte morfea ve kalsinozis kutise yönelik hem topikal hem de sistemik tedavi verilmesine rağmen hastanın deri ve kalsinozis kutis bulguları dirençli seyretmektedir. Literatürde kanıta dayalı çalışmalar eksiktir, tedavi modaliteleri büyük ölçüde olgu raporlarına, kohort çalışmalarına dayanmaktadır. Son zamanlarda JAK 1/2 inhibitörlerinin tedavide önemi ile ilgili klinik çalışmalar mevcuttur. Bizim olgumuzda da eğer ritüksimab ve lokal tedavi ile yanıt alınmasaydı JAK inhibitörü tedavide denenebilirdi.

Anahtar Kelimeler: Dermatomyozit, kalsinozis, morfea



Resim 1.



Resim 2.

Dirençli tekrarlayan polikondrit olgu sunumu

Zübeyde Uğurlu, Atalay Doğru, Mehmet Şahin

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Isparta

Amaç: Tekrarlayan polikondrit, proteoglikandan zengin yapıları ve kıkırdak dokuları, özellikle kulak kepçesi, burun kıkırdağı, trakeobronşiyal ağaç, göz ve kalbi etkileyen, otoimmün multisistemik hastalıktır. Semptomlar aralıklı enflamatuvar ataklardan hava yolu çökmesi ve kapak yetersizliği gibi yaşamı tehdit eden kardiyopulmoner belirtilere geniş bir spektrumda görülebilir. Diğer romatizmal ve hematolojik bozukluklarla sıklıkla birliktelik göstermektedir. Hastalığın nadir görülmesi nedeniyle herhangi bir tedavi kılavuzu oluşturulamamıştır. Bu çalışmada literatürde kullanılan birçok tedaviye direnç geliştiren ve trakea perforasyonu ile sonuçlanan bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan kırk iki yaşında erkek hasta dört yıl önce tarafımıza her iki kulakta şişlik ve kızarıklık şikayeti ve burun orta hattında çökme (semer burun) şikayeti ile başvurdu (Resim 1, 2). Yapılan tetkikler neticesinde malignite ve vaskülit dışlanarak hastaya tekrarlayan polikondrit teşhisi koyuldu. Hastaya metotreksat ve metilprednizolon tedavisi başlandı. Metotreksat ve metilprednizolon tedavisi alan hastanın kulak ağrısı ve eklem ağrısı şikayetleri gerilemediği için tedaviye leflunomid eklendi. Altı ay metotreksat ve leflunomid tedavisini birlikte alan hastanın aktif seyretmesi üzerine tedaviye tosilizumab eklendi. Yaklaşık altı ay metotreksat, leflunomid, metilprednizolon, tosilizumab tedavisini birlikte alan hastanın kulak kızarıklığı, ses kısıklığı devam etti. Metilprednizolon dozu artırıldı ve takiplerde 16 mg/gün'ün altına düşülemedi. Metilprednizolona sekonder diabetes mellitus ve Cushing sendromu gelişti. Tosilizumab kesilerek infliksimab tedavisine geçildi. Ancak infliksimab, leflunomid, metilprednizolonu birlikte üç ay kullanmasına rağmen yutma güçlüğü, eklem ağrısı, ses kısıklığı şikayetleri gerilemeyen hastanın infliksimab tedavisi kesilerek etanercept tedavisine geçildi. Üç ay boyunca metilprednizolon ve etanercept kullanımına rağmen metilprednizolon dozu azaltılamadı ve hastanın şikayetlerinde gerileme olmadı. Hastanın dirençli seyretmesi, yutma güçlüğü, ses kısıklığı şikayetleri nedeniyle siklofosamid tedavisi için yatışı yapıldı. Siklofosamid ve üç gün boyunca 250 mg/gün metilprednizolon verildi. Takiplerinde 1 mg/kg metilprednizolon tedavisine devam edildi. Siklofosamid tedavisinin altıncı gününde nefes darlığı gelişen hastanın direkt grafisinde pnömomediastinum saptandı. Fasyotomi açılarak hasta takibe alındı. Takiplerinde deri altı amfizem ve direkt grafide pnömomediastinum tablosu geriledi. Etiyolojinin öncelikle trakea olduğu düşünüldü, ancak kıkırdak dokusuna cerrahi müdahalenin perforasyonu artırma ihtimalinden dolayı trakeaya herhangi cerrahi bir girişimde bulunulmadı. Siklofosamid tedavisinden de fayda görmediği için endikasyon dışı onam alınarak beş gün boyunca intravenöz immünoglobulin tedavisi verildi. Takiplerine tosilizumab ve metilprednizolon ile takibine devam edilmektedir.

Sonuç: Dirençli tekrarlayan polikondrit olgularında TNF inhibitörleri, tosilizumab, abatasept kullanımı ile ilgili olgu raporları mevcuttur. Dirençli seyreden olgumuzda, TNF inhibitörleri

ve tosilizumab tedavisi kullanıldı ama yanıt alınmadığı için siklofosamid kullanıldı. Ancak siklofosamid etkinliği görülmeden yüksek doz metilprednizolon altında hastada pnömomediastinum gelişti. Literatürde pnömomediastinum ile seyreden tekrarlayan polikondrit olgusu bulunmamaktadır. Hasta sayısının az olması, yapılan çalışmaların yetersiz olması ve bir tedavi kılavuzunun bulunmaması nedeni ile bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Relapsing polikondrit, pnömomediastinum, tosilizumab



Resim 1.



Resim 2.

Duyusal aksonal polinöropati ile prezente olan Sjögren sendromu olgusu

Yeter Mahmutoğlu, Müçteba Enes Yayla, Emine Uslu Yurteri, Aşkın Ateş, Tahsin Murat Turgay, Gülay Kınıklı

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

Giriş: Sjögren sendromu (SS), azalmış lakrimal ve tükürük bezi fonksiyonu ile karakterize kronik otoimmün enflamatuvar bir hastalıktır. Bununla birlikte, SS'nin klinik belirtileri, periferik ve merkezi sinir sistemlerini (PNS ve CNS) etkileyen bir dizi sendrom olan, hem ekzokrin bezi tutulumunu hem de ekzaglandüler hastalık özelliklerini içerir.

Olgu: Yirmi üç yaşında kadın hasta; yürümede güçlük, kollarda ve bacaklarda güç kaybı ve uyuşukluk şikayetleri ile polikliniğe sevk edildi. Bir sene önce aniden ensede ve sağ omuzda karıncalanma şeklinde uyuşukluk şikayeti başlayan hastanın kısa süre içerisinde sağ ayak bileğinde de uyuşmalar başladı. Bu ağrı ve uyuşukluklara zamanla kas gücü defisiti eşlik etmiş ve elinde bir şeyler tutarken zorlanmaya başladı. Ağrılar sağ uyluğa çıktığında ise hasta yürümekte zorlanmaya başladı. Özellikle ağrıları alt ve üst ekstremitelerde oluyordu. Son 1-2 aydır da ağrılar beline kadar yayıldı. Uyuşukluk ise son 1-2 aydır tüm vücutta vardı. Kas gücü muayenesi: Alt ekstremitelerde sağda proksimal 3/5, diz hareketleri 4/5, ayak 0/5, solda proksimal 3/5, diz hareketleri 5/5, ayak hareketleri 5/5, ayak plantar fleksiyon 1/5, ayak dorsifleksiyon 0/5 üst ekstremitelerde sol taraf global 4/5 sağ taraf global 5/5 ağrı, yanma, uyuşma mevcut. Sağda yüzü içermeyen hemihipoestezi mevcut. Lomber ponksiyon: Hastanın BOS açılış basıncı: 12, WBC: 12 menenjit paneli: neg, protein: 83, glukoz: 74 olarak saptanıyor. Alt ekstremitelerde spastisitesi olan, 2 yıldır ayak bileklerinde ağrı, yürüme güçlüğü olan hastanın nörolojide yatışı sırasında yapılan tetkikleri; ANA:++, anti-RO:+++ anti-SSA-SSB: neg saptanıyor. Ağız kuruluğu şikayeti de olan hastanın yapılan tükürük bezi biyopsisi >50 hücreden fazla lenfosit içeren 1 adet enflamatuvar odak, Sjögren sendromu ile uyumlu olarak raporlanıyor. EMG: bulgular, duyuşal ağırlıklı kronik sensorimotor aksonal polinöropati ile uyumlu bulunuyor. Beyin MR Sol temporobazalde 5 mm çapında sınırlı BOS intensitesinde alan mevcuttur (araknoid kist?) Torakal MR'de spinal kordda posterior kesimde uzun segment boyunca devam eden T2 AG'de intensite artışı mevcuttur. B12 eksikliği gibi patolojiler yönünden hastanın değerlendirilmesi önerilir. Laboratuvar değerleri Hb: 14,2, WBC: 8.400, lenfosit: 2.800, plt: 330.000, CRP: 0,2, B12: 205 folik asit: 3,6, TSH: 0,7 olarak saptanıyor. Hastada nöroloji ile ortak konseyde Sjögren sendromunun nörolojik tutulumu düşünülüyor. 1000 mg metilprednizolon pulse tedavi (10 gün), azatioprin 2x1 tb başlandı. Kas gücü muayenesi: üst ekstremitelerde sağda proksimal 3/5, distal 4/5, ayak plantar fleksiyon 5/5, ayak dorsifleksiyon bilateral 0/5 olan hasta taburcu ediliyor. Üç ay sonra poliklinik kontrolü öneriliyor.

Sonuç: Hastaların %33 ila 93'ünde nörolojik belirtiler sika semptomlarından önce gelebilir. Periferik nöropati muhtemelen en yaygın nörolojik komplikasyondur ve üç büyük primer SS hasta kohortunun %2 ila %25'inde tanımlanmıştır. SS'deki

nöropatik sendromlar arasında, aksonal duyuşal ve duyumotor polinöropatiler, yaklaşık olarak eşit sıklıkta baskındır. Ağırlıklı olarak duyuşal semptomları olan hastalar için, başlangıç tedavisi genellikle semptomatiktir. Sensorimotor polinöropatisi olan ve semptomatik tedaviye yetersiz yanıtı olan hastalar; 0,5 ila 1 mg/kg/gün'den glukokortikoid başlayarak zamanla doz azaltılması İmmünoşüpresif ajanlar DMARD; azatioprin 1 ila 2 mg/kg/gün önerilir. Erken ve agresif immünoşüpresif tedavi, hastada dikkate değer bir klinik yanıtla sonuçlandı.

Anahtar Kelimeler: Sjögren sendromu, aksonal duyuşal polinöropati

PS-225

Nefrotik düzeyde proteinüri ile prezente olan lupus podositopatisi olgusu

Nur Sena Çoban¹, Ege Sinan Torun², Fatma Zülal Özek¹, Çağlar Çakır³, Gülay Koçak⁴

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Nefroloji Bölümü, İstanbul

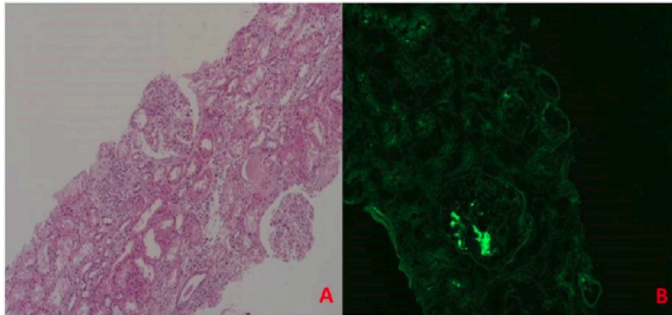
Giriş: Lupus podositopatisi (LP), lupus nefritinin standart histolojik ve patolojik kriterlerine uymayan nadir görülen bir alt tipidir. Renal biyopside minimal değişiklik hastalığına (MDH) benzer şekilde tipik immün kompleks birikiminin görülmediği ve yaygın podosit ayak silinmesi ile karakterize bir glomerüler hastalıktır. Klasik lupus nefritine göre hakkında daha az şey bilinmektedir. Burada nefrotik düzeyde proteinüri ile başvuran ve LP tanısı alan bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Elli üç yaşında kadın hasta bacaklarda şişlik ve tansiyon yüksekliği şikayeti ile nefroloji polikliniğine başvurdu. Bilinen hipotiroidi, mitral kapak replasman öyküsü, iskemik kalp hastalığı tanıları olan hasta ramipril 5 mg tb, asetilsalisilik asit 100 mg tb, levotiroksin 25 mcg tb, warfarin 5 mgr tb, benidipin 4 mg tb, ketiapin 25 mg tb, pantoprozol 40 mg tb kullanmakta idi. Fizik muayenesinde kan basıncı 170/90 mmHg, nabızı 96/dakika idi, solunum seslerinde bazallerde bilateral kreptan ralleri ve bilateral gode bırakan pretibial ödemi mevcuttu. Laboratuvar değerlendirilmesinde; serum üre: 41 mg/dL, kreatinin 0,77 mg/dL, eGFR: 88 mL/dk/m², Na: 142 mEq/L, K: 4,15 mEq/L, Mg: 1,99 mg/dL, Ca: 7,5 mg/dL, P: 3,57 mgr/dL, ürik asit: 4,3 mg/dL, albümin: 2,2 g/dL, total protein 5,9 mg/dL, Hb: 11,4 g/dL, MCV: 89,4 L, CRP: 6,3 mgr/L, eritrosit sedimentasyon hızı 57 mm/saat olarak saptandı. Yirmi dört saatlik idrarda mikroprotein miktarı 9862 mg/gün olup idrar sedimentinde proteinüri dışında özellik yoktu. Serolojik değerlendirmesinde antinükleer antikor 1/1000-1/3200 homojen patternde, anti-dsDNA: 337 UI/ML, anti-SSA:+ olup kompleman düzeyleri normal sınırlarda idi. Toplam lökosit sayısı 3.900, lenfosit sayısı 1.100 olarak saptanan, 2 yıl önce gezici tarzda artrit öyküsü olan hastada mevcut serolojik testler ile beraber sistemik lupus eritematozus (SLE) düşünüldü

ve renal biyopsi yapıldı. Biyopsi materyalinde ışık mikroskopisi altında görülen 31 glomerülün 3'ü global sklerotik karakterde idi. Işık mikroskopisinde birkaç glomerülde hafif segmental mezengial hücre artışı, interstisyunda nötrofilleri de içeren hafif mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu saptandı. İmmüno Floresan incelemede immün kompleks nefriti düşündürülecek bulgu saptanmadı (Şekil 1). Lupus podositopatisi olarak değerlendirilen hastaya 1 mg/kg prednizolon tedavisi başlandı. Bir ay sonraki poliklinik kontrolünde; serum üre: 48 mg/dL, kreatinin 0,8 mg/dL, eGFR 78 mL/dk/m², albümin 3,8 mg/dL, total protein 6,1 mg/dL olan hastanın spot idrarda protein/kreatinin oranı 704 mg/gün olarak değerlendirildi. Steroid yanıtı kabul edilen hastada doz azaltımı planlandı.

Sonuç: LP nefrotik sendromla başvuran SLE'li hastaların renal biyopsisinde nadir olarak karşılaşılan bir glomerüler patolojidir. Işık mikroskopisinde minimal değişim hastalığı (MDH) ya da fokal segmental glomerüloskleroz (FSGS) benzeri lezyonlar görülürken immüno Floresan incelemede immün kompleksler izlenmez. LP basitçe patolojik bulgulara göre MDH ve FSGS tipi lezyonlar olmak üzere iki alt gruba ayrılabilir. Bu ayrım LP'nin klinik prezentasyonu, tedavi seçimi, nüks sıklığını öngörme ve prognozu belirleme açısından önem taşımaktadır. Böbrek biyopsisinde FSGS tipi lezyonlar saptanan hastalarda hipertansiyon, mikroskopik hematüri, akut böbrek hasarı gibi tablolar, nefrotik düzeyde proteinüriye daha sık eşlik edebilir. MDH tipinde tedavi yanıtı daha iyi olup tek başına glukokortikoid tedavisi çoğunlukla yeterlidir. FSGS tipinde tek başına steroid yanıtı daha az ve tedavi sonrası nüks riski daha yüksek olduğundan glukokortikoid tedavisine mikofenolat mofetil, kalsinörin inhibitörü, siklofosamid veya ritüksimab gibi başka bir immüno süpresif ajan eklenebilmektedir. Olgumuz LP'nin MDH alt tipinde olup steroide iyi yanıt vermiştir. Biz bu olgu ile lupus podositopatisinin farkındalığını artırmayı ve tanısı ile tedavi sürecini hatırlatmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Lupus podositopatisi, sistemik lupus eritematozus



Şekil 1A. Böbrek biyopsisinin hematoksilen-eozin ile boyanmış ışık mikroskopisi görünümü, **Şekil 1B.** Böbrek biyopsisinin C1q ile boyanmış immüno Floresan mikroskopi görünümü

PS-226

Ender bir yakınma ile başlayan dev hücreli arterit olgusu

Mehtap Tınazlı¹, Hülya Vahedi²

¹Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Lefkoşa

²Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Lefkoşa

Giriş: Dev hücreli arterit (DHA); orta ve büyük çaplı damarları tutan, sıklıkla 50 yaş ve üzeri kişileri etkileyen granüloamatöz bir vaskülitir. Beyaz ırkta ve kadınlarda daha sık görülür. Çoğunlukla akut baş ağrısı, saçlı deri hassasiyeti, çene-dil kladikasyonu ve görme bozukluğu ile başlasa da bazen öksürük, nedeni bilinmeyen ateş ve enflamasyonla beraber büyük damar tutulumu ile de prezente olabilir. DHA'ya spesifik bir laboratuvar bulgusu olmamakla birlikte, hastaların çoğunda akut faz yanıtında belirgin artış saptanır. Temporal arter ultrasonografisi tanıda kullanımı giderek artan non-invaziv bir görüntüleme yöntemi olmakla beraber kraniyal tutulumun ön planda olduğu hastalarda temporal arter biyopsisi halen altın standart tanı yöntemidir. Pozitron emisyon tomografi (PET), manyetik rezonans anjiyografi ve bilgisayarlı tomografi (PET), manyetik rezonans anjiyografi ve bilgisayarlı tomografi ekstrakraniyal büyük damar tutulumunu göstermek için kullanılacak görüntüleme yöntemleridir. Tedavide glukokortikoidler temel seçenektir. Bu yazıda nadir semptomlarla başlayıp, DHA tanısı alan 76 yaşında Kuzey Kıbrıs'lı bir kadın hasta paylaşılmıştır.

Olgu: Yetmiş altı yaşında kadın hasta, Hashimoto hipotiroidisi nedeniyle endokrinoloji bölümüne izlenirken, 2 yıl önce sedimentasyon yüksekliği saptandı. O dönemde şiddetli, tedaviye dirençli ve aylarca süren kuru öksürük yakınması oldu. Bu şikayetine 37,6 °C'yi aşmayan ateş eşlik ediyordu. Öksürüğünün allerjik olduğu söylenerek antialerjik, antibiyotik tedaviler verildi. Ardından halsizlik, yorgunluk, iştahsızlık, kilo kaybı (6-8 ayda 12 kg kadar) ve aşırı terleme başladı. Enfeksiyon ve malignite dışlanmaya çalışılırken 4-5 hafta kadar süren baş ağrısı ile sol temporal bölgede saçlı deri hassasiyeti gelişti. Kas-eklem yakınması olmayan hastanın laboratuvarında akut faz yüksekliği dışında patoloji saptanmadı. C-reaktif protein (CRP): 1,38-2,05 mg/dL (0,00-0,50), eritrosit sedimentasyon hızı (ESH): 63-87 mm/saat iken fizik muayenede özellik yoktu. Temporal arter USG olağan bulundu. Malignite araştırması negatifti. PET sonucu bilateral karotis communis, bilateral subklavian arter ve iliak bifurkasyona dek torasik ve abdominal aorta diffüz artmış F-18 FDG tutulumları arterit lehine yorumlandı. Klinik semptomlar, akut faz yüksekliği ve beraberinde PET ile saptanan arterit ile DHA tanısı düşünülerek, 40 mg/gün prednizolon oral tedavi başlandı. Yakınmalar hızla geriledi. Akut faz reaktanları normale döndü. Kortikosteroid dozu azaltılmaya başlandı. Son 3 aydır 1,25 mg/gün prednizolon almakta olup, 18. ay kontrolünde ateş yok, baş ağrısı yok, halsizlik-yorgunluk yok, öksürük yok, kilo kaybı yok, terleme yok, CRP: 0,42 mg/dL ESH: 33 mm/saat ile izleme alındı. DHA genetik olarak yakın kişilerde çeşitli tetikleyici faktörlerle gelişen immün aracılıklı bir sistemik vaskülitir. Patogenezi halen net bilinmemektedir. Temporal arter, karotid arterler, aorta ve ana dalları gibi orta ve büyük çaplı damarları tutan kronik, granüloamatöz vaskülitler arasında yer alır. Kadınlarda yaklaşık 3 kat daha sık görülür. Yaş arttıkça

hastalık insidansı artar ve 70-80 yaşlarında pik yapmaktadır. İmmün yanıtı başlattığı düşünülen enfeksiyon etkenleri arasında Chlamydia pneumoniae, Parvovirüs B19 ve Epstein-Barr virüsü bulunmaktadır. Antijenik uyarı sonucu birçok enflamatuvar sitokin özellikle IL-6; akut faz yanıtının gelişmesi, Th17 farklılaşması ve B hücrelerden antikor salınmasından sorumludur. Enflamasyon sonucu ortaya çıkan vasküler remodeling, intimal hiperplazi ve damar oklüzyonuna neden olur. Klinikte yorgunluk, kilo kaybı, ateş, baş ağrısı, çene kaldikasyonu, görme bozukluğu gibi semptomlar görülmektedir. Büyük damar tutulumuna ait anevrizma, üfürüm, nabız kaybı, net ateroskleroz kliniğine uymayan periferik arter hastalığı, nörolojik tutulumlar ile de saptanabilir. Hatta olgumuzda olduğu gibi öksürük semptomu yanı sıra ses kısıklığı, boğaz ağrısı, yüz bölgesinde çene klavikasyonuna ek olarak mastikatör kaslarda ağrı, trismus çok ender olarak submandibular kitle, glossit, dudak-çene ve sağlı deride nekroz, deride eritem, hiperpigmentasyon ve alopesi bildirilmiştir. Fizik muayenede temporal arter trasesinde kalınlaşma, nodülarite, hassasiyet, eritem görülebilir. Büyük damar tutulumu olanlarda, nabız azalması/kaybı, arterler üzerinde üfürüm veya üst ekstremiteler arası kan basıncı saptanabilir. Tanıda spesifik bir laboratuvar testi olmayıp, yüksek ESH DHA için ayırıcı bir bulgudur. Tedavide ilk seçenek kortikosteroidler olup, dirençli veya nüks ya da komplikasyon riski yüksek hastalarda ek olarak tosilizumab önerilmektedir. Metotreksat da alternatif tedavi seçeneğidir.

Sonuç: Elli yaş üstü yeni başlangıçlı baş ağrısı, ateş akut faz yüksekliği olan hastalarda enfeksiyon ve malignite dışlandıktan sonra DHA mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Bu hastalığın nadir tutulumlar yapabileceği, üst solunum yoluna ait öksürük gibi non-spesifik semptomların da başlangıç prezentasyonu olarak karşımıza gelebileceği akıld tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Öksürük, dev hücreli arterit, kortikosteroid

PS-227

Romatoid artrit tanılı bir hastada psoas apsesi

Nihan Neval Uzun, Mehmet Engin Tezcan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İstanbul

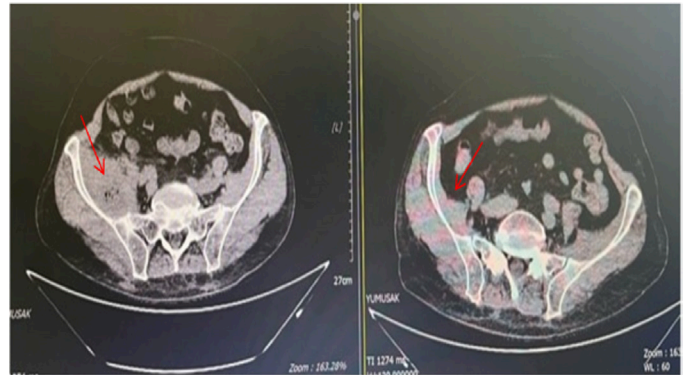
Giriş: Psoas apsesi (PA) ender rastlanılan, genellikle tanısı zor ve geç konulan bir hastalıktır. PA çocuklarda ve gençlerde daha sık, yaşlılarda daha seyrek görülmektedir. PA primer ve sekonder olarak sınıflandırılır. Primer PA'da etiyoloji belli değildir. Sekonder PA'da ise etiyolojide; vertebral osteomyelit veya diskit, kalça artroplastisi, enflamatuvar hastalıklar, aort anevrizması, genitoüriner operasyonlar, pyelonefrit vardır.

Olgu: Altmış sekiz yaşında erkek hasta, 10 gündür halsizlik, iştahsızlık, sağ yan ve kalça ağrısı ile başvurdu. Özgeçmişinde romatoid artrit (RA) tanısı olup tosilizumab tedavisi altında olduğu, AA amiloidoza bağlı kronik böbrek hastalığı mevcuttu. Fizik muayenesinde ateş 37,8 santigrat derece, tansiyonu 130/80 mm/Hg, nabızı 96/dk, solunum sayısı 22/dk, öne fleksiyon postüründe, lomber ve parasakral bölge palpasyonla ağrılı, sağ bacak ekstansiyonu ağrılı, sağ kalça eklem hareket açıklıkları (ROM) kısıtlı idi. Diğer sistem muayeneleri doğal bulundu. Laboratuvar bulgularında patolojik olarak hemogram: 10,7 g/

dL, hematokrit: %33,9, lökosit: 12.001 /UL, trombosit: 373.000 mm³, nötrofil: 9.120 mm³, kreatinin: 2,4 mg/dL C-reaktif protein (CRP): 187 mg/L, prokalsitonin: 0,25 idi. HBsAg, anti HIV, anti HCV ve Brucella Rose Bengal negatif saptandı. Kan kültürlerinde üreme olmadı. Abdominal ve pelvis bilgisayarlı tomografide (BT): Sağ iliopsoas kası içerisinde hava imajlarının izlendiği heterojen düzensiz dansite artışı olup apse ile uyumlu olduğu saptandı. Girişimsel radyoloji tarafından perkutan drenaj uygulanarak apse örneği alındı ve drenaj katateri yerleştirildi. Kültürde üreme olmadı. Apse ARB negatif olup, apse tüberküloz kültürü henüz sonuçlanmadı. Hasta RA tanılı olup immünoşüpresif tedavi altında olduğu için sekonder PA olarak değerlendirildi. Perkutan drenajı 3. günde çıkarılan hastanın tedavisine ek olarak intravenöz piperasilin-tazobaktam 4x2250 mg ve teikoplanin 1x400 mg (48 saatte bir) eklendi. Klinik olarak genel durumu düzelen, sağ yan ve kalça ağrısı kalmayan hastanın CRP: 20 ve prokalsitonin değeri 0,13'e kadar geriledi. Tedavisinin 10. gününde hasta pelvis BT ile yeniden değerlendirildiğinde apsenin ciddi anlamda gerilediği gözlemlendi. Tedavisinin 14 güne tamamlanması planlandı.

Sonuç: PA'nın spesifik olmayan kliniğinin yanı sıra nadir görülen bir durum olması kolaylıkla tanısal zorluğa neden olabilmektedir. Tanıda BT ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ayırıcı tanı ve lezyon sınırlarını belirlemede son derece etkindir. Tanının konulduğu durumlarda hızlı ve efektif tedavi bu hastalara uygulanmalıdır. PA'nın tedavisinde uygun antibiyoterapi ve apse boşaltılması beraber önerilmektedir. Tanıda gecikilen durumlarda hastalığın mortalitesi yüksek olduğundan yan, kalça ağrısı ve ateş ile başvuran romatolojik hastalık nedeni immünoşüpresif tedavi alan hastalarda psoas apsesi düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Psoas apsesi, romatoid artrit, tosilizumab



Resim 1. Tedavi öncesi ve tedavi sonrası BT görüntüsü

Salmonella enfeksiyonunun gizemli yüzü: Gastrointestinal belirtiler olmaksızın oluşan epidural apse ve osteomyelit olgusu

Dilara Bulut Gökten¹, Rıdvan Mercan¹, Emine Melda Akdağ Kaval²

¹Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ

²Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tekirdağ

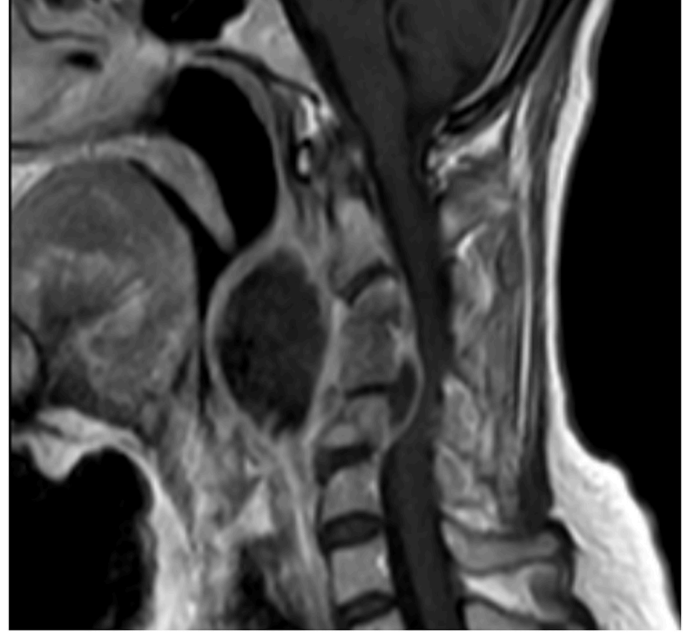
Giriş: Salmonella gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelerde halen bir enfeksiyöz ajan olarak görülebilmektedir. Salmonellosis için bazı risk faktörleri pernisiyöz anemi, barsak florasını değiştiren nedenler, diyabet, malignan hastalıklar, romatolojik hastalıklar, immünoşüpresanlar ilaçlardır. Salmonellanın oluşturduğu retrofaringeal, epidural apse tablosu literatürde nadir tanımlanmış olup oldukça ciddi bir tablodur. Vertebral osteomyelit ise non-tifoidal Salmonella'nın (NTS) son derece nadir bir komplikasyonudur ve dünya üzerinde insidansı bilinmemektedir. Bu raporda NTS'nin neden olduğu retrofaringeal, epidural apse ve osteomyelit ile tarafımıza başvuran 73 yaşındaki romatoid artrit tanısı ile izlenen bir hastadan bahsedilmiştir.

Olgu: Yetmiş üç yaşındaki kadın hasta romatoloji polikliniğine 2 aydır mevcut olan yaygın vücut ağrıları, yutkunma güçlüğü ve halsizlikle başvurdu. Hastanın başvurusunda eşlik eden bir gastrointestinal semptomu yoktu. Kırk yıldır romatoid artrit tanısı ile izlenen hasta geçmişte NSAID, leflunomid, hidroksiklorokin, adalimumab, tosilizumab kullanmış ve güncel olarak leflunomid, etanercept kullanıyordu. Çiğ et yeme, yakın zamanda yurt dışı seyahati ve hayvanlarla kontakt öyküsü yoktu. Hastanın öyküsünde kilo kaybı ve tekrarlı ateşleri de mevcut olunca olası malignite ve enfektif patolojileri araştırma amaçlı hastayı servise yatırdık. Fizik muayenesinde romatoid artrit oluşturduğu eklem ankilozları ve parmak deformiteleri mevcuttu. Ek özellik saptanmadı. Hastanın alınan kan örneklerinde Hb: 10, CRP: 150, sedim: 52, WBC: 21,000, AST: 25, ALT: 20 prokalsitonin normal olarak saptandı. Malignite ve olası tüberküloz için çekilen kontrastlı tomografilerinde retrofaringeal, C4-5 disk mesafesinde retrofaringeal apsenin uzantısı olduğu düşünülen servikal epidural apse görüldü ve eşlik eden osteomyelit saptandı. Apsenin yeri MRG ile de lokalize edildi (Resim 1 ve 2). Retrofaringeal apsesinden drenaj yapılan hastanın örnekleri kültüre gönderildi, kültürde *Salmonella paratyphi* A üremesi oldu. Hastanın izlemde el ve ayaklarında his kaybı gelişmesi üzerine beyin cerrahisi tarafından opere edildi. Epidural apsedan alınan örneklerde de Salmonella üremesi oldu. Ameliyat sonrası takiplerinde komplikasyon gelişmeyen hasta enfeksiyon hastalıklarının önerisi ile seftriakson ve siprofloksasin tedavisi aldı. Apse boşaltımı sonrasında alınan kan örneğinde CRP: 8, sedim: 36, WBC: 8,500 olarak saptandı.

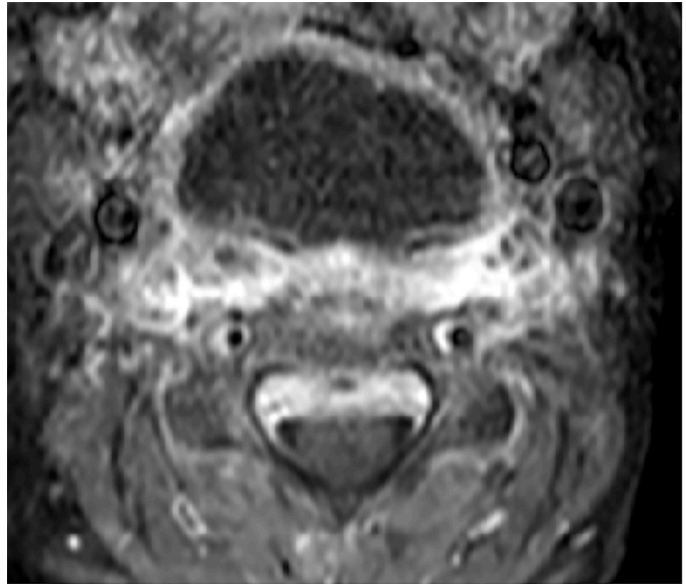
Sonuç: Gastrointestinal semptom bulunmaksızın Salmonellanın neden olduğu bir epidural apse olgusu bildirdik. Non-tifoidal Salmonella enfeksiyonlarının çoğu sağlıklı bireylerde ortaya çıksa da, çeşitli konakçı savunma sistem değişiklikleri *Salmonella* spp. enfeksiyonuna duyarlılığın artmasına neden olur. Bu durumlar, başlangıçtaki enfeksiyonun daha şiddetli olmasına ve bakteriyemi, metastatik enfeksiyon odakları veya uzun süreli enfeksiyon gibi

daha ciddi sekellere neden olabilir. Olgumuzda ise uzun süreli anti-TNF ajan, leflunomid ve kortikosteroid kullanımı mevcuttu. Olgumuz, predispozan faktöre sahip olan veya risk faktörü bulunan hastalarda nedeni bilinmeyen ateş, ağrı veya nörolojik bir semptom bulunması halinde Salmonella enfeksiyonunun da akla gelmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Salmonella, epidural apse, retrofaringeal apse, biyolojik tedavi



Resim 1. Retrofaringeal apse



Resim 2. Apsenin transvers görüntüsü

Dirençli kutanöz ülserlerle seyreden bir anti MDA-5 pozitif dermatomyozit olgusu

Rahime Duran, Abdulsamet Erden, Hamit Küçük

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

Amaç: Anti-melanom farklılaşması ile ilişkili protein 5 (anti-MDA5) antikoru pozitif dermatomyozit (DM), hızlı ilerleyici interstisyel akciğer hastalığı ve karakteristik kutanöz bulgularla karakterize bir myozit alt tipidir. DM klasik döküntülerine ek olarak anti-MDA5 DM hastaları altta yatan bir vaskülopatiyi düşündürülen kutanöz ülserler ve palmar papüller ile prezente olabilir. Burada, dirençli kutanöz ülserlerle seyreden, interstisyel akciğer hastalığı olan bir anti MDA-5 pozitif dermatomyozit olgusu sunuyoruz.

Olgu: Yetmiş yaşında kadın hastaya 1 yıl önce sıkka semptomları, artralji, minör tükürük bezi biyopsisinde grade 1 infiltrasyon (Chisholm ve Mason) ve anti-Ro52 (3+) olması nedeni ile Sjögren sendromu tanısı ile hidroksiklorokin tedavisi başlandı. Hidroksiklorokin ile retina toksisitesi gelişmesi üzerine kesilerek prednizolon 2x5 mg başlandı. Kliniğimize son 2 aydır her iki el distalinde siyanoz ve ülserle lezyonlar, yüzde kızarıklık ve kaşıntı şikayetleri ile başvurdu. Ateş, gece terlemesi, kilo kaybı yoktu. Halsizlik ve yorgunluğu olan hasta günlük aktivitelerini yapabiliyor, saçını tarıyor, merdiven çıkabiliyordu. Son 1 yıldır efor dispnesi ve son 6 aydır katı gıdalarla olan yutma güçlüğü tarifliyordu. Özgeçmişinde kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve hipotiroidi mevcuttu. Fizik muayenede tansiyonu 110/80 mmHg, nabız 80/dk idi. Solunum muayanesinde bazallerde ralleri mevcuttu. Deri muayanesinde bilateral el distal uçlarında ve distal falankların palmar yüzünde yer yer kurutlu ve erode ülserler, bilateral el mkf ve dif eklemi dorsal yüzde eritemli maküller, bilateral ayak başparmak distal uçlarda erode kurutlu ülserler, yüzde sağ göz kapağında ve yanaklarda eritemli hafif skuamli plaklar görüldü. Üst ve alt ekstremitelerde periferik nabızlar açık saptandı. Kas gücü tamdı. Hastanın yapılan laboratuvar tetkiklerinde hemogramda normositer anemi mevcuttu (Hb: 11,4 g/dL, MCV: 89). Sedimentasyon: 38 mm/sa, C-reaktif protein: 7,4 mg/dL görüldü. Glukoz, üre, kreatinin, total protein, albümin, globulin, ALT, AST, bilirubinler, sodyum, potasyum, kalsiyum, fosfat, CK, LDH normal referans aralığındaydı. TSH normal, HbsAg, anti HCV ve antifosfolipid antikorları negatif idi. RF: 163, CCP negatif, ANA IFA zayıf pozitif, ANA profilinde Anti -Ro52 3 (+) görüldü. Omuz kuşağında ağrı olması ve deri lezyonları nedeni ile dermatomyozit ön tanısı ile çalışılan geniş myozit panelinde anti-MDA-5 pozitif görüldü. Hastada mevcut klinik ve serolojik bulgularla amiyopatik dermatomyozit düşünülürdü. Üst ekstremitelerde Doppler ultrasonografide bilateral subklavian, aksiller, brakial, radial ve ulnar arterler patent görüldü. Transtorasik ekokardiyografide (EKO) vejetasyon ya da anlamlı patoloji saptanmadı. El manyetik rezonans görüntüleme (MRG) 3. parmak distal falanksında osteomyelit görüldü. Osteomyelit açısından yeterli süre antibiyoterapi aldı. Malignite tarama amaçlı yapılan Toraks-abdomen bilgisayarlı tomografi (BT), kadın doğum muayanesi, mamografi ve PET-BT'de malignite lehine

bulgu saptanmadı. Hastanın toraks BT'sinde selüler NSIP paterni saptandı. Radyolojik progresyonu olmayan ve solunum fizyolojisi iyi olan hastada ek immünoşüpresif tedavi başlanması düşünülmedi. Hastanın steroid tedavisi altında deri ve artrit bulgularının gerilememesi üzerine intravenöz immünooglobulin (İVIG) tedavisi başlandı (2 gr/kg/ay). Klinik yanıt alınan hastanın steroid dozu kademeli azaltıldı. Takibinde akut gelişen dekompanse kalp yetmezliği nedeni ile yoğun bakım yatışı olan ve ejeksiyon fraksiyonu (EF): 25 düşen hastada kardiyak tutulum düşünülürdü. 1 mg/kg metilprednizolon ve İVIG tedavisine devam edildi. Kontrol EKO'da EF: 61 yükseldiği görüldü. Yutma güçlüğü nedeni ile nöroloji tarafından değerlendirilen hastada myozit tutulumu düşünülürdü. Hastanın İVIG başvurusunun reddedilmesi nedeni ile mikofenolat mofetil tedavisi 2x1000 mg başlandı. Steroid dozu kademeli olarak azaltılarak kesildi.

Sonuç: Anti-MDA-5 dermatomyozitin mortalitesinin yüksek olması ve progresif seyri nedeni ile potansiyel manifestasyonlarının farkında olmak erken tanı ve uzamış sağkalım için önem arz etmektedir. Hızlı ilerleyici interstisyel akciğer hastalığı sağkalımın temel belirleyicisidir.

Anahtar Kelimeler: Kutanoz ülserler, dermatomyozit, anti-MDA 5 antikoru



Resim 1. Bilateral distal falankların uçlarında ve palmar yüzünde yer yer kurutlu ve erode ülserler, bilateral el mkf ve dif eklemi dorsal yüzde eritemli maküller



Resim 2. Yüzde göz kapaklarında ve yanaklarda eritemli plaklar

PS-230

Tekrarlayan pannikülit ile giden anti-MDA5 pozitif hipomiyopatik juvenil dermatomyozit olgusu

Semra Ayduran, Gülşah Kılbaş, Serkan Türkuçar

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Denizli

Giriş: İdiyopatik enflamatuvar miyopatiler, iskelet kasında, deri, akciğerler, eklemler, gastrointestinal sistem ve kalp gibi diğer organlarda enflamasyon ile karakterize kronik bozukluklardır. En sık görülen formu juvenil dermatomyozittir (JDM). Hipomiyopatik DM, karakteristik DM döküntüleri olan ancak kas zayıflığı olmamasına rağmen serum kas enzimlerinde yükselme, EMG, MRG, kas biyopsisinde enflamatuvar değişikliklerin bulunmasını tanımlar. Pannikülit, DM hastalarında nadir görülen bir bulgudur ve ağrılı eritematöz nodül veya plak olarak ortaya çıkmaktadır. Ancak belirgin ağrı veya kızarıklık olmadan pannikülit tanımlanabilir. Burada çocukluk çağında nadir görülen pannikülit ile giden anti-MDA5 pozitif hipomiyopatik dermatomyozit olgusu sunulmuştur.

Olgu: On yedi yaş erkek hasta 6 ayda 18 kilo tartı kaybı, döküntü ve eklem ağrıları nedeniyle başvurduğu dış merkezde lenfopeni, sedimentasyon yüksekliği ve ılımlı karaciğer enzim yüksekliğinin saptanması üzerine tarafımıza yönlendirildi. Fizik muayenesinde oral ağız, saçlı deride pullu eritematöz döküntüleri, göz kapakları (heliotrop raş), metakarpofalangeal eklemler (gotttron papülleri) ve dirsek ekstansör yüzünde eritematöz papüller mevcuttu (Resim 1,2), ancak döküntüleri yoğun değildi. Patellar entesopati, üst bacakta palpasyonla hassasiyeti olan hastanın bilateral kalça eklemleri hareketle ağrılıydı ancak kas gücü tamdı. Tetkiklerinde anemi (hgb: 10,1 g/dL), lenfopeni (ALS: 700), sedimentasyon yüksekliği (70 mm/h), AST yüksekliği (AST: 75), troponin yüksekliği (23,7 ng/L) saptandı. Diğer laboratuvar belirteçleri negatifti (serum CK, ALT, LDH, böbrek fonksiyon testleri, CRP, C3, C4, RF, anti CCP, HLA-B27, ANA, ENA profili, lupus antikoagülanı, antifosfolipid ve antikardiyolipin antikorları ve ANCA, anti-CCP, anti-doku transglutaminaz Ab, brucella ve viral seroloji).

Ekokardiyografisi normaldi. Uyluk MRG'si myozit, EMG'si miyopati ve deri biyopsisi dermatomyozit ile uyumluydu. Miyozit spesifik antikorlarından anti-MDA5 pozitif saptanan hastanın çekilen yüksek çözünürlüklü toraks BT ve solunum fonksiyon testi normaldi. Klinik olarak kas tutulumu bulgusu olmamasına rağmen deri bulguları, AST yüksekliği olan, EMG ve MRG ile subklinik miyozitin gösterildiği hastaya hipomiyopatik juvenil DM tanısı konuldu. Pulse steroid sonrası 60 mg/gün metilprednizolon ve 15 mg/m²/hafta metotreksat ve aylık IVIG tedavileri başlandı, takibinde döküntüleri geriledi. Steroid tedavisi steroid yan etkisi nedeniyle 7. ayda kesildi. Anti-MDA5 antikor pozitifliği olması nedeniyle olası interstisyel akciğer hastalığı açısından yakın klinik izlemine alındı. Ancak takibinde sağ ön kol, sonrasında bilateral uyluk lateralinde ağrısız sertleşmiş plaklar ortaya çıktı (Resim 4, 5). Yapılan eksizyonel biyopsisinde subkutan adipoz dokuda perivasküler alanda yoğun mononükleer hücre infiltrasyonu, yer yer damar duvarında lenfosit infiltrasyonu, derin dermiste pannikülit lehine bulgular saptandı. Düşük doz steroid tedavisi tekrar başlandı, aylık İVİG tedavisine devam edilip tedavisine azotipürin eklenen hastanın klinik takibi devam etmektedir.

Sonuç: Burada MTX, aylık İVİG tedavisi sırasında ağrısız sertleşmiş plak şeklinde ortaya çıkan DM'ye bağlı pannikülit olgusunu sunduk. Pannikülit DM'li hastalarda nadiren kalça, kol, karın ve uylukta ağrılı nodüller şeklinde ortaya çıkmaktadır, patogenezi tam olarak aydınlatılamamıştır. Pannikülit, DM sırasında herhangi bir zamanda, başlangıç semptomu olarak veya tedavi sırasında gelişebilir. Anti-MDA5 antikor, hızlı ilerleyen interstisyel akciğer hastalığı ve eklem tutulumu ile ilişkili olabilen, myozit spesifik otoantikordur, hastalık aktivitesi ile korele olduğu bilinmektedir. Anti-MDA5 antikor pozitif DM'li hastalarda tedavi sırasında bile pannikülit gelişebileceğini gösterilmiştir. DM'li hastalarda ağrılı olmasa bile sertleşmiş plak görüldüğünde pannikülitten şüphelenilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Pannikülit, dermatomyozit, amiyopatik



Resim 1.



Resim 2.

PS-231

Olgu sunumu: Pulmoner vaskülitik tutulumu olan takayasu arteriti hastasında endarterektomi cerrahisinin sonuçları

Erdiç Ünalı¹, Büşra Fırılan¹, Selin Ardalı Düzgün², Süleyman Serdar Koca³, Bedrettin Yıldızeli⁴, Ali Akdoğan¹

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

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

³Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ

⁴Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

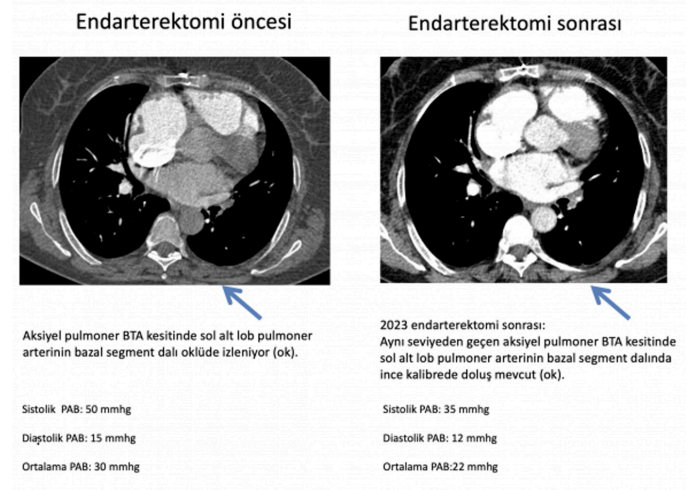
Giriş: Takayasu arteriti (TA), esas olarak aort ve dallarını etkileyen, nadir görülen bir büyük damar vaskülitidir. Pulmoner arter tutulumuna bağlı pulmoner hipertansiyon (Group IV PH) Takayasu arteritinin mortalitesi ile ilişkilidir. Bu olgu sunumunda endarterektomi operasyonu gerçekleştirilen Group IV PH'lı bir TA hastası sunulmaktadır.

Olgu: 2016 yılından beri TA-Group IV PH tanıları ile izlenen hastanın kontrolünde vaskülit aktivitesi kontrol altındaydı. Anti-TNF ajan (infliksimab), metotreksat, ikili pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH) spesifik ajan (ambrisentan-tadalafil) kullanan hastanın istirahatte dispnesi [fonksiyonel kapasite (FK) III – IV] vardı. Hastaya Ocak 2023'te pulmoner endarterektomi operasyonu gerçekleştirildi. Operasyon sonrası komplikasyon olmadı; ameliyat sonrası altıncı ayda yapılan sağ kalp kateterizasyon ölçümünde ortalama pulmoner arter basıncı 22 mmHg olarak saptandı. Hasta subjektif olarak kendini daha iyi hissetmesine karşın muayenesinde dispne şikayeti devam etmekteydi (FK III). Toraks görüntülemesinde endarterektomi sonrası tıkalı olan damarlarda parsiyel akım gözlemlendi ancak halen darlıklar devam etmekteydi. V/P sintigrafisinde yaygın perfüzyon defektleri vardı. Hastanın immüno-supresif tedavi ve PAH spesifik ajanla (Tadalafil) tedavisine devam kararı verildi.

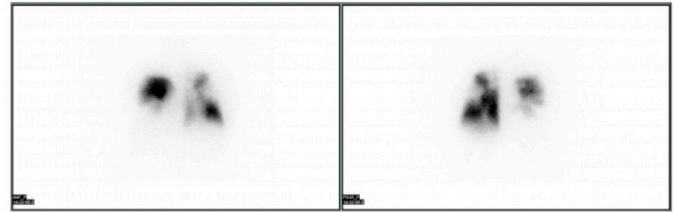
Sonuç: TA'da endarterektomi, hastamızda semptomatik iyileşme sağlamakla birlikte muhtemelen pulmoner arterlerin tam kat tutulumunu nedeni ile görüntüleme yöntemlerinde izlenen

mevcut darlıklar tam olarak düzilememiştir. Bu hastalarda PH progresyonunu yavaşlatmak amacı ile PAH spesifik ajan tedavisi devam edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Takayasu arteriti, pulmoner arteriyel hipertansiyon, endarterektomi



Resim 1. Endarterektomi öncesi ve sonrası vaskülit BT ve sağ kalp kateterizasyon incelemeleri



Endarterektomi sonrası akciğer perfüzyon sintigrafisinde A-P bakıda yaygın perfüzyon defektleri

Resim 2. Endarterektomi sonrası akciğer ventilasyon perfüzyon sintigrafisi

PS-232

İntravenöz iloprost sonrası gelişen flebit olgusu

Feyza Şahan Gürpınar, Feyza Ak

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

Giriş: CREST sendromu, sklerodermanın bir formudur. Kutanöz kalsifikasyon, Raynaud fenomeni, özefageal dismotilite, sklerodaktili ve telenjiektazi olmak üzere 5 majör semptomu mevcuttur. CREST sendromu tanısını koymak için bu 5 semptomdan en az üçünün saptanması gerekmektedir.

Olgu: Altmış yedi yaşında kadın hasta romatoloji polikliniğine sağ el 2. parmakta morluk ve ağrı şikayeti ile başvurdu. CREST tanısı uzun yıllardır olan ancak takip ve tedavisi düzensiz olan bir hastaydı. İlk semptomları 1990 yılında ellerde renk değişikliği ve reflü olarak başladı. Raynaud nedeniyle 1991 yılında bilateral torasik sempatektomi yapıldı. 2007 yılında Barret özofagus tanısı almış

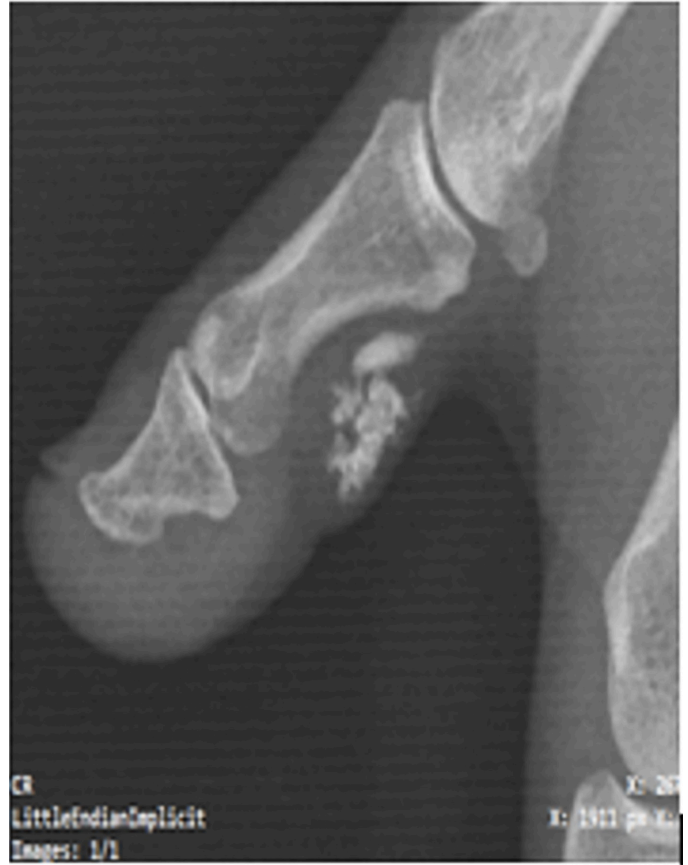
ve endoskopik olarak takip edildi. Geçmiş medikal tedavileri net olmamakla birlikte siklofosfamid tedavisi aldı. Otoantikör panelinde ANA 3+ sentromer paternde saptandı. Fizik muayenesinde damakta telenjektazi, sklerodaktili, sağ diz, sol dirsek, sağ el 2.-3. parmak ve sol el 1. parmakta kalsinozis mevcuttu (Resim 1). ANA yakınması olan sağ el 2. parmak distalinde 2x3 cm iskemik enfekte görünümlü lezyonu mevcuttu (Resim 2). Servise yatışı yapılan hastanın yarısı aspire edildi. Sıvı püvy vasfında geldi ve yara kültürü gönderilip antibiyoterapisi başlandı. Akciğer, gastrointestinal ve kardiyak tutulum açısından taramaları yapıldı. Parmaktaki iskemiye yönelik intravenöz iloprost tedavisi planlandı. Ayak dorsalindenki periferik kateterden infüzyon uygulanan hastada ven trasesindeki ayak yüzeyel venlerinde kızarıklık ve ağrı gelişmesi üzerine infüzyon kesildi ve parenteral deksametazon uygulaması sonrası geriledi (Resim 3). Bir gün sonra antekubital bölgeden damar yolu açılarak 2. kez intravenöz iloprost infüzyonu uygulandı. Birkaç dakika sonra ven trasesinde kızarıklık ve ağrı gelişmesi üzerine infüzyon stoplandı. Antibiyoterapi ve oral medikal tedavi sonrası parmaktaki lezyonu iyileşti.

Sonuç: Yapılan çalışmalarda antibiyotikler ve kemoterapötik ajanlar başta olmak üzere çeşitli ilaçların flebit gelişimini artırdığı belirtilmiştir. İloprost, sistemik ve pulmoner arteriyel vasküler yatağa dilatasyon yapan sentetik prostaglandin I2 analogudur. Skleroderma hastalarında klinik uygulamalarda sıklıkla kullanılan bir vazodilatör ajan olmasına rağmen flebit yapabileceğinin akılda bulunması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, tromboflebit, iloprost



Resim 1.



Resim 2.



Resim 3.

Nadir saptanan bir iskelet displazisi: Progresif psödoromatoid displazi

Ahmet Furkan Çolak, Alp Çetin

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Progresif psödoromatoid displazi (PPD); artiküler kartilaj tutulumu ve eklem hareketlerinde ilerleyici kısıtlılıkla karakterize bir iskelet displazisidir. Hastalık WNT-1 indüklenbilir sinyal protein-3 (*WISP3*) genindeki mutasyonla oluşmakta, otozomal resesif kalıtılmaktadır. *WISP3* geni kıkırdak homeostazında görevli bir proteini kodlamaktadır. Başlangıç sıklıkla 3-6 yaşlarında olmakta; interfalangeal eklemlerde, kalça-diz gibi büyük eklemlerde ve vertebralarda tutulum meydana gelmektedir. İlerleyen dönemde eklem kontraktürleri, yürüyüş bozukluğu, skolyoz ve kifoz gibi durumlar gelişebilmekte ve anormal postür ile önemli morbiditeye yol açabilmektedir. Başlangıç boyu normaldir ancak hastalarda boy kısalığı adolesan dönemde belirgin hale gelmektedir. PPD tanısında tipik klinik bulgular, radyolojik tutulum ve moleküler genetik testler kullanılmaktadır. Radyolojik bulgular arasında; vertebralarda osteopenik ve dejeneratif değişiklikler, vertebraların yüksekliklerinde azalma ve ön-arka çaplarında artış, skolyoz, torakal kifozda artış, kemiklerde ve eklemlerde epifizyel-apofizyel düzensizlikler gösterilebilir. Bu bildirinin amacı nadir görülen bir iskelet displazisi olan progresif psödoromatoid displazinin klinik prezentasyonu, radyografik bulguları, genetik özellikleri ve tedavisini vurgulayarak hastalık hakkında farkındalık oluşturmaktır.

Olgu: Yirmi dört yaşındaki erkek hasta polikliniğimize skolyoz kontrolü amacıyla ve bel-sırt ağrısıyla geldi. Öyküsünden ağrılarının özellikle yürüdüğünde arttığı öğrenildi. Gece ağrısı tariflemeyen hastanın başka şikayeti yoktu. Hastanın genetik analiz sonucunda *WISP3* gen mutasyonu saptanmasıyla progresif psödoromatoid displazi tanısı aldığı öğrenildi. Hastanın 8 yaşından beri yürüme bozukluğu ve 13 yaşından itibaren boy kısalığı ile bacak deformitesi nedenleriyle takip edildiği öğrenildi. Ayrıca yaşa göre beklenen değerlerin altında kemik yoğunluğu olduğu için kalsiyum, vitamin D, zoledronik asit tedavileri aldığı bilgisine ulaşıldı. Torakolomber grafilerinde; vertebralarda yükseklik kaybı ve osteopenik değişiklikler, her iki femur epifizinde hafif düzensizlik olan hastanın sol kalçada ilerleyici osteoartrit nedeniyle sol kalçadan total kalça protezi cerrahisi geçirdiği öğrenildi. Fizik muayenede üst ve alt ekstremitte kas güçleri bilateral normal saptandı. Duyu defisiti yoktu ve derin tendon refleksleri normoaktifti. Her iki dirsekte 10-20 derece ve sağ el bileğinde 20 derece kadar ekstansiyon kısıtlılığı tespit edildi. Hastanın sol diz ekstansiyonunda 10 derece ve sağ diz ekstansiyonunda ise 30 derece kısıtlılık olduğu görüldü. Her iki diz fleksiyonunda da yaklaşık 40 derece kısıtlılık vardı. Sol ayak dorsifleksiyonu normalken sağ ayak dorsifleksiyonunda yaklaşık 20 derece kısıtlılık mevcuttu. Hastanın diğer sistem muayeneleri doğaldı. Hastaya eklem hareketlerinde kısıtlılık, skolyoz ve bel-sırt ağrıları için boyun izometrik, sırt ekstansör kaslarını güçlendirme, postür, eklem hareket açıklığı, germe ve bel-karın izometrik egzersizlerinden oluşan ev egzersiz programı verildi.

Sonuç: Progresif psödoromatoid displazi; eklemlerde ilerleyici hareket kısıtlılığı, eklem kontraktürleri, kifoz-skolyoz gibi deformiteler ve yürüyüş bozukluğu kliniğiyle prezente olan, nadir görülen, genetik geçişli bir iskelet displazisidir. Radyografik incelemede kifozda artış, skolyoz, kemiklerde osteopenik değişiklikler, vertebralarda yükseklik kaybı ve vertebraların ön-arka çapında artış gibi bulgular görülebilmektedir. Klinik, radyolojik bulgular ve genetik analizlerle tanı konmaktadır. Progresif psödoromatoid displazide destekleyici ve semptomatik tedavi verilmektedir. İlerleyici artropati zemininde osteoartrit gelişimine bağlı ağrısı olan hastalarda non-steroidal antiinflamatuvar ilaçlar kullanılmaktadır. Eklemlerdeki hareket kısıtlılığı için eklem hareket açıklığı ve germe egzersizleri uygulanmaktadır. Yürüyüş bozukluğu olan hastalarda da yürüme, denge ve koordinasyon egzersizleri verilmektedir. Boy ve gövdede kısalığı olan, eklemlerde hareket kısıtlılığı ve eklem kontraktürleri bulunan, simetrik poliartiküler tutulum görülen, postür bozukluğu ile skolyoz-kifoz bulunan ve bunlarla ilişkili yürümede güçlüğü olan çocuklarda nadir gözlenen bir hastalık olan progresif psödoromatoid displazi de ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Artropati, dejenerasyon, eklem hareket kısıtlılığı, iskelet displazisi, progresif psödoromatoid displazi



Resim 1. Hastanın torakolomber grafisinde; torakal kifozda artış, vertebralarda osteopenik ve dejeneratif değişiklikler, vertebraların yüksekliklerinde azalma ve vertebraların ön-arka çaplarında artış bulguları görülmekte.

Vaskuliti taklit eden infektif endokardit olgusu

Numune Aliyeva¹, Madina Abdullayeva²

¹Liv Bonadea Hospital, Bakü

²Merkezi Gümrük Hospital, Bakü

Giriş: İnfektif endokardit (İE) sık olmayan fakat fatal sonuçları olabilen bir hastalıktır. Anti-nötrofilik sitoplazmik antikorlar (ANCA) İE seyriinde sıklıkla pozitif olur; ayrıca ikisinin de seyriinde ateş yüksekliği, halsizlik ve kilo kaybı gibi ortak semptomlar görülebilir. Fakat iki hastalığın doğru ayırımı çok önemlidir, çünkü yanlış tanınması önemli sonuçlara neden olabilir. ANCA ilişkili vaskülit taklit eden İE olgusu sunmayı amaçladık.

Olgu: Otuz yedi yaşında erkek hasta altı aydır olan ateş yüksekliği, eklem ağrısı şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde iki ayak bileği ve diz artriti saptandı. Laboratuvar tahlillerinde hemogramda nötrofilik lökositoz (lökosit 12.010/mm³, nötrofil 10.190/mm³), normositer anemi (HGB 11,8 g/dL, eritrosit 3,82 M/mm³, MCV 95) izlendi; renal ve karaciğer fonksiyon testleri normaldi; akut faz reaktanları yüksekti (C-reaktif protein 187 mg/L, sedimentasyon 120 mm/saat), prokalsitonini negatif; idrar tahlilinde 56 mg/dL protein, 40 eritrosit g/s, 5 lökosit g/s, 3 hyalin silendir) mevcuttu. RF ve anti-CCP negatif iken ANA granulyar paternde zayıf pozitifdi fakat kompleman düzeyi normal ve ENA paneli negatifti. İlk klinik ortaya çıktığında bakılan ANCA'lar negatif iken zamanla kliniğe idrar sedimenti anormallığı ve proteinuri de eklenmesi üzerine tekrar bakılan p-ANCA negatif, c-ANCA 14 U/mL (ref: <10 negatif) aşkarlandı. Toraks BT'de patolojik bulgu yoktu. İlk ekokardiyografide (EKO) mitral ve trikuspit yetmezlikten bahsedildiği için immünoşüpresif tedavi başlanmadan önce EKO kontrolü yapıldı: Yeni EKO'da ilaveten mitral kapakta 14*12 mm, aort kapağında 7 mm çağında vejetasyonlar, renkli Doppler EKO'da ileri derecede mitral yetmezlik ve minimal trikuspit yetmezlik izlendi, pulmoner arter basıncı 35 mm hg ölçüldü. Önceden başağrısı da tarif eden hastanın yeni EKO bulguları da göz önünde bulundurularak kraniyal MR çekildi, korpus kallosum spleniumu sağ yarımında 7*6 mm ölçüde DWI sekanslarda diffüzyon kısıtlaması olan lezyon saptandı. Kan kültüründe *Streptococcus mitis* üredi. Modifiye Duke kriterlerine göre infektif endokardit tanısı konularak enfeksiyon hastalıkları birimine yönlendirildi.

Sonuç: Sebat eden bakteriyel enfeksiyonlar ANCA, ANA, RF ve soğuk globulinler dahil farklı antikorların üretimi ile sonuçlanan poliklonal B lenfosit aktivasyonuna neden olabilir. O nedenle spesifik olmayan semptomlara sahip ANCA pozitif hastalar immünoşüpresif tedavi başlanmadan önce İE olasılığı açısından mutlaka değerlendirmeli, kardiyak oskultasiyon, EKO ve kan kültürü yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Vaskulit, infektif endokardit, ANCA

Dizde şişlikle gelen hastada enflamatuvar artrit taklitçisi: Lipoma arboresens

Buğu Bulat¹, Adalet Elçin Yıldız², Üstün Aydınöz², Ömer Karadağ¹

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

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Lipoma arboresens (diffüz sinovyal lipomatozis) sinovyumda villöz proliferasyon ve matür adipositlerin subsinovyal dokunun yerine geçmesi ile karakterize nadir görülen bir intraartiküler lezyondur. Hastalık sıklıkla dizleri tutmakla birlikte literatürde kalça, bilek, omuz ve dirsek eklemlerinin tutulduğu olgular da mevcuttur. Tipik tutulum şekli kronik monoartiküler tutulumdur, nadir olarak bilateral diz tutulumu ile giden oligoartiküler tutulum tanımlanmıştır. Hastalar sıklıkla etkilenen eklemde şişlik, ağrı ve hareket kısıtlılığı şikayeti ile başvurur. Tanıda manyetik rezonans görüntüleme (MRG) altın standart görüntülemidir. Burada kronik oligoartrit ile seyreden iki olgumuzu sunuyoruz.

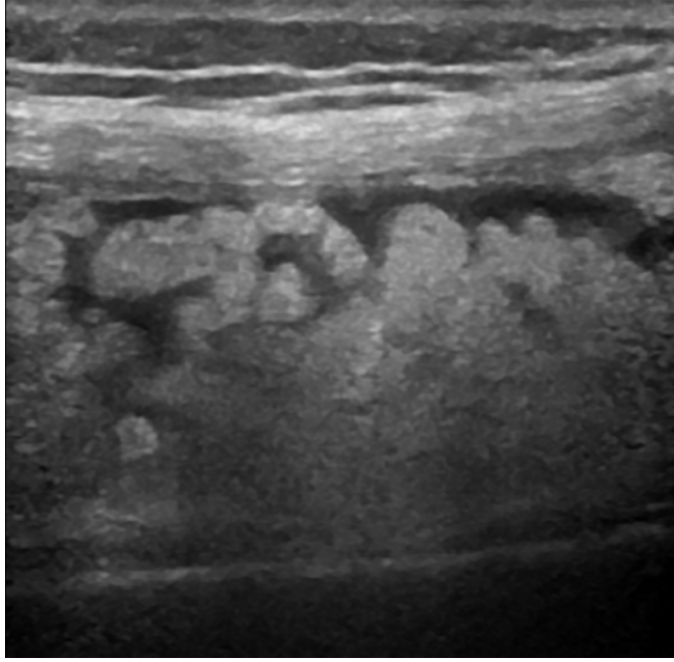
Olgu 1: Kırk iki yaş kadın hasta, bilinen kronik hastalığı yok; her iki dizde 20 yıldır olan şişlik ve ağrı şikayeti ile romatoloji polikliniğine başvurdu. Hastaya daha önce bu sebeple non-steroid antienflamatuvar, konvansiyonel DMARD ve intraartiküler steroid enjeksiyon tedavileri uygulanmış ancak hasta fayda görmedi.

Olgu 2: Elli yedi yaş erkek hasta, bilinen kronik hastalığı yok; 2005 yılında sağ dizde şişlik ve ağrı şikayeti ile ortopedi bölümüne başvurmuş ve sağ dize artroskopik cerrahi uygulandı. Post operatif şişlik ve ağrı şikayeti gerilese de takipte hastanın şikayetleri tekrar artmış ve sol dizde de şişlik gelişti. Her iki hastamızda da romatolojik sorgulamada özellik saptanmadı. Fizik muayenede bilateral dizlerde suprapatellar yumuşak doku şişliği ve eklem hareket kısıtlılığı vardı. Hastaların bakılan tetkiklerinde eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ve C-reaktif protein (CRP) normal sınırlardaydı. Romatoid faktör, anti-siklik sitrulinlenmiş peptid (anti-CCP) ve HLA-B27'yi içeren serolojik testler negatif olarak sonuçlandı. Artrosentezde alınan sinovyal sıvı non-enflamatuvar karakterdeydi. Hastaların düz grafilerinde artrit telkin edici bulgu yoktu. Tanıya yönelik yapılan gri skala ve Doppler ultrasonografide (USG) bilateral dizlerde effüzyon ve buna ek homojen, hiperekoik, eğrelti otu yaprağı benzeri sinovyal proliferatif lezyonlar izlendi (Şekil 1). Doppler ultrasonografide vaskülarite artışı saptanmadı. Diz MRG'de diz eklem aralığında ve suprapatellar bursada hafif efüzyon ve efüzyonun içerisinde doğru uzanan sinovyal polipoid tarzda kalınlaşmalar izlendi. Lezyonlar T1A görüntüde hiperintens, yağ baskılı sıvıya hassas sekansta hipointens olarak görüntülendi (Şekil 2). Hastaların MRG görüntülemeleri Lipoma arboresens lehine değerlendirildi.

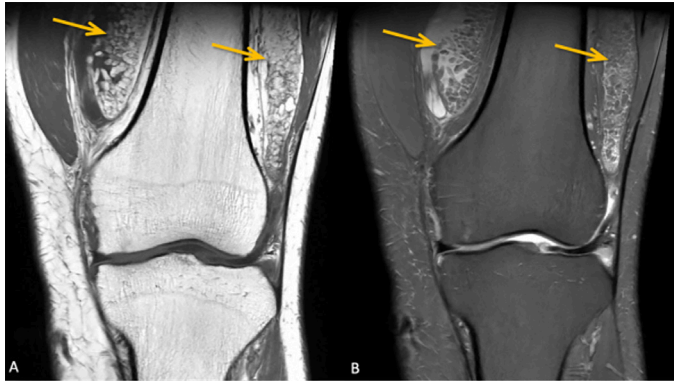
Sonuç: Lipoma arboresens, kronik mono ve oligoartrit ile başvuran ancak akut faz reaktan yüksekliği bulunmayan ve serolojisi negatif hastaların ayırıcı tanısında akılda tutulması gereken nadir bir patolojidir. Etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Enflamatuvar artritlere eşlik edebildiğini gösteren yayınlar olsa da bizim hastalarımızda eşlik eden romatolojik patoloji saptanmadı. Ayırıcı tanıda villonodüler sinovit, sinovyal lipom, sinovyal osteokondromatozis ve enflamatuvar artritler bulunmaktadır. MRG

ve USG'de izlenen eğrelti otu benzeri görüntü patognomoniktir. Hastalıkta konservatif yaklaşım ilk aşamada önerilirken sekonder osteoartrit gelişen seçilmiş hastalarda ortopedik girişim gerekebilir.

Anahtar Kelimeler: Diz, lipoma arborescens, sinovyal lipomatosis



Resim 1. Sagittal düzlem US görüntüsünde suprapatellar reseste sinovyal yüzeylerde hiperekojen «eğrelti otu» görünümünde kalınlaşma-proliferasyon ve hafif dereceli efüzyon izlendi



Resim 2. Sol diz MRG'sine ait koronal düzlem T1 ağırlıklı (A) ve PD yağ baskılı (B) görüntülerde suprapatellar reseste T1A görüntüde hiperintens, yağ baskılı sekansta hipointens olarak izlenen lipomatöz içerikli sinovyal proliferasyon ve buna eşlik eden hafif dereceli efüzyon

PS-236

COVID-19 pandemi sürecinde romatoloji hastalarının biyolojik ilaç kullanım durumu ve aşılama oranı

Mehmet Şakir Altuner¹, Osman Cüre²

¹Malatya Eğitim Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Malatya

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Romatoloji Kliniği, Rize

Amaç: COVID-19 enfeksiyonu Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıktıktan sonra tüm dünyada hızlı bir şekilde pandemiye döndü. Romatizmal hastalıkların gerek bağışıklık sistemi ile ilişkisi, gerekse tedavilerinde kullanılan immünoşüpresif ilaçlar nedeni ile başta solunum sisteminde olmak üzere enfeksiyon riskini artırdığı bilinmektedir. COVID-19 enfeksiyon önlenmesi ve tedavilerinin yönetimi için ACR ve EULAR tarafından kılavuzları hazırlanmıştır. Bu kılavuzlara göre hastalar bilgilendirilmiş ve tedaviler yapılmıştır. Romatoid artrit, ankilozan spondilit, psöriazis başta olmak üzere romatolojik hastalıklarda biyolojik tedavi yaygın olarak kullanılmaktadır. Pandemi döneminde birçok hasta ilaç kullanımında farklı davranış ve tutum sergilemiştir. Bu çalışmada pandemi döneminde romatolojik hastaların biyolojik ilaç kullanımını, aşılama durumunu, hastaneye yatışlarını ve ölüm durumlarını araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya pandemi başlamadan önce biyolojik ilaç tedavisi (bDMARD) veya targeted sentetik (tsDMARD) kullanmakta olan ve pandemi sonrası polikliniğimize tekrar başvuran 18 yaş üzerindeki hastalar alındı. Çalışma retrospektif olarak planlandı. Hastaların demografik özellikleri, COVID geçirme durumu, komorbid hastalıkları (obezite, diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık vs), COVID-19 aşılama, hastaneye yatma durumları, biyolojik ilaç kullanım davranışları (ilaca devam, bırakma ve doz azaltımı) ve ölüm verileri kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya; yaş ortalamaları 46±14 olan %46,6'sı kadın (n=55) ve %53,4'ü erkekten (n=63) oluşan biyolojik ilaç kullanan toplam 118 hasta dahil edildi. Hastaların %63,6'sında ankilozan spondilit (n=75), %28'inde romatoid artrit (n=33), %3,4'ünde psöriatik artrit (n=4), %1,7'sinde enteropatik spondiloartropati (n=2), %1,7'sinde ankilozan spondilit ve ailevi akdeniz ateşi, %0,8'sinde Behçet hastası (n=1) ve %0,8'sinde romatoid artrit ve ankilozan spondilit (n=1) tanıları vardı. Tedavide hastaların %40,7'si adalimumab (n=48), %23,7'si golimumab (n=28), %16,1'i etanercept (n=19), %14,4'ü infiksımab (n=17), %1,7 tofasitinip (n=2), %1,7 sekukinumab (n=2) ve %0,8 tosilizumab (n=1) kullanıyordu. Hastalarda ek hastalık olarak %16,9'unda hipertansiyon (n=20), %4,2'sinde koroner arter hastalığı ve astım (n=5), %0,8'inde diabetes mellitus tip 2 ve serebrovasküler olay (n=1) saptandı. Hastaların %47,5'i biontech (n=56), %18,62'si sinovac (n=22), %24,6'sının hem biontech hem sinovac aşısı vardı. Fakat %9,3'nün COVID-19 aşısı yoktu (n=11). Pandemi süresince hastaların %89,8 tedaviye devam ettiği, %11'nin biyolojik ilaç kullanımını kestiği, %12,7'sinin ilaç dozundan azaltma ve %33,9'unda romatolojik hastalığında alevlenme olduğu gözlemlendi. Hastaların %33,9'nun COVID-19 enfeksiyonu geçirdiği (n=40) gözlemlendi. Bu hastaların %12,7'si aşılama sonrası COVID-19'a yakalandı. %2,5'i COVID-19 enfeksiyonu nedeniyle hastaneye yatırıldı. Sadece 1 (%0,8) hasta da yoğun bakım ihtiyacı oldu.

Biyolojik ilaç kullanan hastalarda COVID-19 enfeksiyonundan ölüm olmadığı saptandı.

Sonuç: Sonuç olarak, COVID-19 pandemi sürecinde biyolojik ilaç kullanan romatoloji hastalarının büyük oranda ilaçlarına devam ettiği saptadık. Biyolojik ilaç kullanımının COVID-19'un sıklığını ve şiddetini artırmadığını tespit ettik. COVID-19'daki komorbiditeler şiddetli hastalık ile ilişkilendirilse de çalışmamızda anlamlı bir fark bulamadık. Çalışmamızda biyolojik ilaç kullanan hastalarda COVID-19 enfeksiyonundan ölüm olmadığı saptandı. Bu sonuç muhtemelen hasta sayımızın yetersizliği ile ilgilidir. Çalışmaya alınan biyolojik ilaç kullanan hastalarda COVID-19 aşılama oranı yüksekti. Aşılama sonrası herhangi bir ciddi komplikasyon saptanmadı. Pandemi döneminde biyolojik ilaç kullanan romatolojik hastalarda COVID-19 etkileri ve COVID-19 aşılama etkinliği konusunda büyük sayılı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, aşılama, biyolojik ilaç kullanımı

PS-237

Sarkoidoz olgusunda koinsidental gelişen ankilozan spondilit

Reyhan Bilici, Ahmet Sami Varol

Konya Şehir Hastanesi, Konya

Giriş: Sarkoidoz nedeni bilinmeyen, sistemik granümatöz bir hastalıktır. En çok tutulan yapılar toraks içi lenf nodları ve akciğerlerdir, ancak her organ tutulabilir. Ankilozan spondilit (AS) etiyolojisi bilinmeyen, dünya genelinde prevalansı %0,9'a varan enflamatuvar bel ağrısı ile karakterize, sıklıkla periferik artritin eşlik ettiği kronik bir romatizmal hastalıktır. Literatürde Sarkoidoz ve AS birlikteliği nadir olarak bildirilmiştir. Biz sarkoidoz tanısı yeni almış bir hastada yapılan romatolojik değerlendirmede AS saptadık ve bu olguyu sunmak istedik.

Olgu: Yirmi altı yaş erkek hasta nefes darlığı, öksürük, halsizlik şikayetiyle göğüs hastalıkları polikliniğine ayaktan başvurmuş. Çekilen akciğer grafisinde nodüler patern olması üzerine yapılan akciğer biyopsi sonucu minimal nekroz gösteren granümatöz enflamasyon izlendi şeklinde yorumlandı. Sarkoidoz tanısı ile Romatoloji polikliniğine konsülte edilen hastanın alınan anamnezinde; uzun süredir olan enflamatuvar bel ağrısı ve eşlik eden bir saatten fazla sabah tutukluluğu olduğu saptandı. Yapılan fizik muayenede bilateral FABER testinin pozitif olması dışında patolojik bulguya rastlanmadı. Hastanın istenilen tetkiklerinde CRP 8,01 mg/L, eritrosit sedimentasyon hızı 11 mm/saat idi diğer biyokimyasal parametreler normaldi. Sakroiliak eklem grafisinde bilateral evre 1-2 sakroileit olması üzerine istenilen sakroiliak MR sonucunda sağda belirgin her iki sakroiliak eklem orta kesim düzeylerinde karşılıklı eklem yüzlerinde anterior kesimde hafif ödematöz sinyal değişiklikleri kaydedilmiş olup sakroileit yönünden klinik ve laboratuvar bulgular ile korelasyonu önerilir şeklinde yorumlandı. Sarkoidoz ve AS'nin koinsidental birlikteliği olarak yorumlandı. Tedavide asemetazin 90 mg ile şikayetlerinde gerileme sağlandı. İzlemlerinde sıkıntısı olmadı.

Sonuç: Romatoloji poliklinikte azımsanmayacak miktarda saptadığımız bir durum olan tanı değişikliği, çakışma sendromları ya da yeni saptanan tanımlara örnek olabilecek bir olguyu burada sunmak istedik. Sarkoidoz ile yönlendirilen hastada ayrıntılı ve dikkatli bir anamnez sonucu AS'nin eşlik ettiğini bulduk. Literatürde daha çok AS için verilen anti TNF tedavi sonrası gelişen sarkoidoz olguları olmasına rağmen biz bu olguda eş zamanlı gelişen birlikteliği vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: AS, sarkoidoz, koinsidental

PS-238

İnfantil dönemde başlayan sting ilişkili vaskülopati (SAVI) olgusu

Duygu Kerim¹, Fatih Taştekin, Kenan Aksu

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

Giriş: İnfantil dönemde başlayan interferon genlerinin stimülatörü (STING) ile ilişkili vaskülopati (SAVI), STING'yi kodlayan gendeki (TMEM173) fonksiyon kazanımı heterozigot mutasyonlarının neden olduğu nadir bir otoenflamatuvar hastalıktır. Fonksiyon kazanımı mutasyonları, STING'in yapısal aktivasyonuna ve tip I interferonun aşırı üretimine yol açar. Bu nedenle SAVI, tip I interferonopati sendromlarından biri olarak bilinir. Hastalar erken başlangıçlı sistemik enflamasyon, kutanöz vaskülopati ve interstisyel akciğer hastalığı (İAH) ile başvurur.

Olgu: Yirmi yaşındaki erkek hasta yaşamının 7. gününde başlayan kusma, takipne ve öksürük şikayetleriyle dış merkeze başvurmuş. Ateş ve bronşiyolit atakları nedeniyle çok kez hastaneye yattı. 2008'de konjenital akciğer fibrozisi tanısı aldı. 2016'da akciğer biyopsisi yapılmış, intersisyel fibrozis ve pulmoner hipertansiyon tanısı konulmuş. 2018'de paranazal sinüs BT'de nazal septum perforasyonu saptanan, cANCA (1:320), pANCA (1:320), ANCA profil MPO 2(+), Anti-MPO (Elisa): 108 RU/mL olan hastaya granümatöz polianjitis (GPA) ön tanısı konuldu. Ancak nazal biyopside subepitelyal glandüler proliferasyon izlenmiş, vaskülit bulgusu saptanmadı. Pulse steroid tedavisi düzenlendi. İdame tedavide sırasıyla metotreksat, azatioprin, mikofenolat verildi. Yanıt alınamayınca Nisan 2020'de rituksimab başlanmış, 9 kür uygulandı. Sık tekrarlayan ateş ve akciğer enfeksiyonu nedeniyle antibiyoterapi ve IVIG de verildi. Takibinde efor dispnesi giderek artmıştı. Akciğer nakil konseyinde değerlendirildi. Pulmoner hipertansiyon bulguları için bosentan, fibrozisteki progresyon için nintedanib başlandı. Şubat 2023'te takibimize alınan hastanın aktif epistaksis ya da hemoptizisi yoktu, dispnesi öncekilerle benzerdi. Ek hastalığı olmayan hastanın, anne ve babası 1. derece kuzen olup hastanın kardeşinde ve babasında İAH vardı. Hatta aynı tanı 5 ve 1 yaşlarındaki kuzenleri eksit olmuştu. Fizik muayenede alt ekstremitelerde ülsere lezyonlar, çomak parmak, akciğerlerde hafif şiddette ronküs ve velcro raller vardı. Mikofenolat, orta doz steroid ve bosentan alıyordu. Akut faz reaktanları normal, tam idrar tetkikinde hematüri yok ve 24 sa idrar analizinde proteinüri saptanmadı. ANA (granüler 1:80) pozitif, ANA profil, ANCA ve Anti-PR3 (Elisa) negatifi. Şubat 2023 HRCT'sinde bilateral alt lob bazal segmentte posteriorda bal peteği görünümü vardı. Kavitasyon,

nodül ya da pulmoner infiltrasyon yoktu. Ekokardiyogramda SPAP 50 mmHg, solunum fonksiyon testinde FVC: 49, DLCO: 26 idi. Alt ekstremitelerde deri punch biyopsisinde epidermiste fokal nekroz, yüzeysel ve derin dermada perivasküler lenfosit infiltrasyonu izlendi. Hastanın bebeklikte başlayan sık akciğer enfeksiyonunu ve deri lezyonlarının olması ancak klinik, laboratuvar ve patoloji verileriyle GPA tanısını karşılamaması ve ayrıca ailesinde İAH'li olguların olması nedeniyle otoenflamatuvar hastalık etiolojisinin aydınlatılması için genetik analiz incelemesi istendi. TMM173/STING1 h (NM_198282/4) geninde homozigot c.841C>T (p.ARG281Trp) varyantı saptandı. İnfantil başlangıçlı STING ilişkili vaskülopati düşünülerek tofasitinib başlandı.

Sonuç: SAVI kutanöz vaskülopati, artmış akut faz reaktanlarının eşlik ettiği tekrarlayan ateş atakları ve diğer tip I interferonopatiden SAVI'yi ayırmada önem arz eden İAH ile karakterizedir. Hastalar sistemik steroidlere, konvansiyonel DMARD'lere veya biyolojik ajanlara yanıt vermez. Klinik olarak sistemik vaskülitlere benzer klinik bulgular içeren SAVI, uygun hastalarda, ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken bir patolojidir.

Anahtar Kelimeler: STING, SAVI, interferonopati, interstisyel akciğer hastalığı

PS-239

Düşük ayak ile prezente olan Sjögren sendromu olgusu

Özlem Doğan Ağbuğa¹, Turgay Demir², Didem Arslan¹

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

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

Giriş: Sjögren sendromu ekzokrin gland enflamasyonu ile seyreden multisistemik tutulum yapabilen bir bağ doku hastalığıdır. Hastalığın görülme sıklığı %0,1-3'tür. Tutulan sistemlerin arasında sinir sistemi de bulunmaktadır. Nörolojik tutulum santral ve periferik sinir sistemi tutulumu olarak klinikte karşımıza gelebilir. Periferik nöropati periferik sinir sistemi tutulumunun bir şeklidir ve kendini ağrı, uyuşma, yanma, batma, karıncalanma şeklinde gösterebilir. Bu olguyu sunma nedenimiz Sjögren sendromunda görülebilen periferik nöropatinin ağır bir tutulum şekli olan düşük ayak ile de hastaların karşımıza gelme ihtimali olduğu ve ayırıcı tanıda mutlaka akla gelmesi gerektiğidir.

Olgu: Seksen üç yaşında kadın hasta, halsizlik, el ve ayak küçük eklemlerinde ağrı, ağız ve göz kuruluşu şikayetleriyle romatoloji bölümüne başvurdu. Fizik muayenesinde sol parotis bezinde şişlik, el ve ayak parmaklarında küçük eklemlerde artrit saptandı. Laboratuvar sonuçlarında Hb: 12,7 mgr/dL, WBC: 5,700 PLT: 111.000, Kr: 0,68 mgr/dL, ALT: 13 U/L, CRP: 1,5 sedimentasyon: 21, Brusella, HIV ve viral hepatit markerlar negatif geldi. Platelet değeri sınırdan düşük gelen hastanın demir, demir bağlama, ferritin, B12, folik asit değerleri normal aralıkta geldi. Periferik yaymada patolojik bulgu saptanmadı. Otoimmün hastalıklar açısından bakılan RF: 609 IU/mL, ANA negatif geldi. Olası bağ doku hastalıkları ayırıcı tanısı için ENA panel istendi. SS-A: 95,9 U/L olarak geldi; onun haricindeki paneldeki diğer testler negatif geldi. Ağız, göz

kuruluşu olması ve parotis glandda şişlik saptanması nedeniyle Sjögren sendromu açısından tükrük bezi biyopsisi istendi. Parotis glandda şişlik nedeniyle görülen USG'de sol parotis glandda 41x27 mm'lik alanda hipoekoik alanlar, sağ parotis glandda 26x14 mm boyutlarında bazıları lobüle konturlu multipl hipoekoik alanlar saptandı. Eş zamanlı parotis glanddan da biyopsi alındı. Hastanın tükrük bezi biyopsi sonucu fokus skoru >1, parotis gland biyopsisi non-spesifik lenfositik infiltrasyon olarak raporlandı. Hastaya düşük doz kortikosteroid (prednol 4 mgr), hidrosiklorokin ve kurulum için pilokarpin tedavileri başlandı. İzlemi devam ederken yürüyememe, sağ ayağı kaldıramama, sağ uyluk lateralde yanma, uyuşma şikayetleri gelişti. Nöroloji tarafından değerlendirilen hastanın santral ve spinal görüntülemeleri planlandı. Görüntülerde herhangi bir anormallik saptanmadı. EMG görüldü. EMG de sağ common peroneal sinirin uyarılmadığı görüldü ve sensorimotor polinöropati uyumlu EMG bulguları olarak yorumlandı. Hastanın mevcut bulguları Sjögren sendromu sekonder periferik nöropatiye bağlı olarak düşünüldü ve 45 kg olan hastaya 90 gr/ay (5 günde verilecek şekilde) toplamda 3 kez IVIG uygulandı ve IVIG sonrası azotiyopürin 1*50 mgr (po) başlandı. Hasta eş zamanlı fizik tedavi programına alındı. Altıncı ayın sonunda hasta yeniden yürümeye başladı ve nöropatik semptomları geriledi. Hastanın azotiyopürin ve düşük doz steroid altında takip ve tedavisi devam etmektedir.

Sonuç: Sjögren sendromu ekzokrin glandları, kas iskelet sistemini, akciğer, böbrek ve sinir sistemini tutabilen bir bağ doku hastalığıdır. Primer Sjögren sendromunda periferik nöropati prevalansı %2-11'dir. Tutulum şekli sıklıkla aksonal polinöropati, mononöropati ve mononöritis multipleks şeklindedir. Aksonal polinöropati ve mononöritis multipleks sık rastlanan tiplerdir. Düşük ayak benzeri klinikle hastalar karşımıza gelebilir. Mutlaka ayırıcı tanıda akla gelmesi ve hızlıca tedaviye başlanması gerekmektedir. Ayrıca Sjögren sendromunda artmış lenfoma riski nedeniyle özellikle parotis gland ve lenf bezinde şişliklerin dikkatli değerlendirilmesi ve gerekli durumlarda doku örnekleme yapılması gerekir.

Anahtar Kelimeler: Sjögren sendromu, düşük ayak, polinöropati

PS-240

Anti sentetaz sendromunun klinik progresyonunda nadir bir sebep: Kızamık pnömonisi

Merve Nazlı Bozer¹, Hale Hilal Bozkurt¹, Abdulsamet Erden¹, Hamit Küçük¹

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

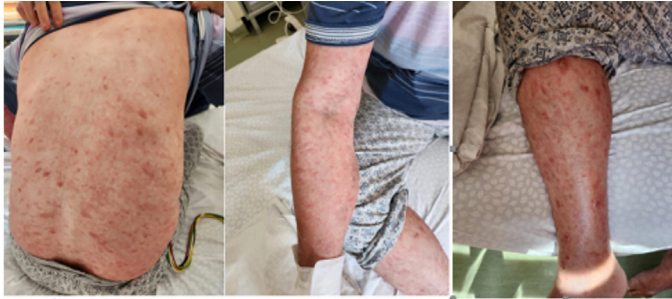
²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Antisentetaz sendromu, interstisyel akciğer hastalığı, miyozit, raynaud fenomeni ve non-eroziv artrit gibi klinik özelliklerle karakterize enflamatuvar bir kas hastalığıdır. Antisentetaz sendromuna yönelik immüno-supresif tedavi alan hastalar tipik ve atipik enfeksiyonlar açısından risk altındadır. Bu olgu sunumunda anti sentetaz sendromu ile takipli interstisyel akciğer hastalığına yönelik immüno-supresif tedavi alan olguda nadir bir komplikasyon olarak gelişen kızamık pnömonisi ele alınmıştır.

Olgu: Altmış dört yaş erkek hasta antisentetaz sendromu ve “Olağan İnterstitiyel Pnömoni” tipi akciğer hastalığı ile takip edilmekte ve aralıklı intravenöz siklofosfamid (500 mg/2 ay) ve prednizolon 5 mg/gün tedavisi almaktayken vücudunda yaygın döküntü şikayeti ile kliniğimize yatırıldı. Hastanın 10 gündür boyun bölgesinden başlayıp sırtına kollarına ve bacaklarına doğru yayılan döküntü, ateş, nefes darlığı ve balgam şikayeti mevcuttu (Resim 1). Görüntülemeye buzlu cam dansitesi görülen hastaya pnömoni ön tanısı ile antibiyoterapi başlandı (Resim 2). Sık görülen enfeksiyöz etkenlerde herhangi bir pozitiflik saptanmadı, kültürlerinde anlamlı pozitiflik mevcut değildi. Hastanın viral parametreleri negatif olarak sonuçlandı, ancak tipik döküntüsünün devam etmesi nedeni ile klinik şüphe üzerine gönderilen kızamık PCR sonucu pozitif sonuçlandı. Hasta izolasyona alınarak destek tedavisi ile takip edildi.

Sonuç: Kızamık çoğunlukla çocukluk çağında görülen, ateş, öksürük, burun akıntısı ve konjonktivit ile başlayan; prodrom döneminin ardından sentrifugal yayılan makülopapüler döküntü ile devam eden enfektif bir hastalıktır. Tanıda kızamık spesifik seroloji (kızamık Ig M/Ig G) ve kızamık PCR ölçümleri kullanılır. Erişkin dönemde tüm immünoşüpresif hastalar pnömoni, hepatik yetmezlik ve ensefalit gibi ağır kızamık enfeksiyonu açısından risk altındadır. Güncel kullanımda olan onaylı bir tedavi henüz bulunmamaktadır. İmmünoşüprese bireylerde canlı aşılama da tavsiye edilmemektedir. Çalışmalarda ribavirin intravenöz ve oral kullanımı incelenmiş olsa da halen tartışmalıdır. Dünya sağlık örgütü kızamık enfeksiyonu geçiren çocuklarda vitamin A kullanımını tavsiye etmektedir. Hastalığın önlenmesinde hala tek yolun aşılama ile sağlanabileceği ön görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kızamık pnömonisi, antisentetaz sendromu



Resim 1. Hastanın sentrifugal dağılımlı maküler döküntüleri



Resim 2. Hastanın sağ üst lobta görülen eski görüntülerinden farklı buzlu cam dansitesi ve konsolidasyon alanları



Resim 3. Hastanın sağ üst lobta görülen eski görüntülerinden farklı buzlu cam dansitesi ve konsolidasyon alanları

Romatoid artrit hastasında septik tenosinovit

İşıl Ezelsoy¹, İlker Eren², Elif Er Gülbezer³, Ahmet Peker⁴, Süda Tekin⁵, Nilüfer Alpay Kanitez³

¹Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

²Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

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

⁴Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁵Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Tenosinovit, tendon sinovya kılıfının enflamasyonudur. Mekanik sebepler, diyabet gibi metabolik ve romatoid artrit (RA) başta olmak üzere romatizmal hastalıklar, enfeksiyonlar tenosinovite neden olabilir. Bu yazıda RA hastasında travma anamnezi olmaksızın gelişen septik tenosinovit sunulmuştur.

Olgu: Altmış yaşında kadın hasta iki gün önce başlayan sol el bileği, el parmaklarında şiddetli ağrı ve şişlik şikayetiyle acil servise başvurdu. Öyküsünde 12 yıldır seropozitif RA tanısı ve akciğer tutulumu söylendiği, prednizolon 5 mg/g, hidroklorokin 200 mg/g, tosilizumab 162 mg/hafta tedavisi altında bulgularının kontrol altında olduğu, diabetes mellitus ve hipertansiyon ilaçlarına devam ettiği öğrenildi. Fizik muayenede bilateral akciğer bazallerinde inspiryum sonu ince raller, olekranonda romatoid nodül, halluks valgus, sol el bileği, sol mkf ve pif eklemlerinde şişlik görüldü. Eline dokundurmak istemeyecek kadar ağrılıydı. Laboratuvar testlerinde belirgin bir akut faz yanıtı görülmedi [CRP: 8 mg/L, ESR: 9 mm/h, prokalsitonin: 0,03 ng/L (0-0.05), lökosit:10.090/mm³]. MR'de aksiyal kesitte yağ baskılı T2 sekansında fleksör retinakulumda tendonları saran efüzyon saptandı (Resim 1A). NSAİİ, sol el istirahati ve soğuk uygulama önerildi. İki gün sonra romatoloji polikliniğinde semptomların azalarak da olsa devam ettiği görüldü. Palmar yüzde hafif hiperemi ve belirgin sıcaklık fark edildi. Kontrol CRP düzeyi 3 mg/L bulunsa da enfeksiyon olasılığı akla geldiği için intralezyonel steroid yapılmadı. Metilprednizolon 32 mg/g ile klinik yanıt arandı. Bu tedavinin üçüncü gününde el bileği volar yüzde şişliğin belirgin olarak arttığı, palmar bölgede 2 cm çapında bül oluştuğu, 2. ve 3. parmağın aktif fleksiyon yapamadığı görüldü. USG altında el bileği fleksör tendon sıvısı ve palmar bül içindeki sıvı aspire edildi (Resim 1B-D). Her iki bölgeden aspirasyon materyalinin pürülan görünümde olması nedeniyle hasta interne edildi ve ampirik piperasilin tazobaktam ve vankomisin başlandı. Cerrahi debridman sırasında D2 ve D3 fleksör digitorum superficialis ve profundusun el bileği düzeyinde dejenere zemine rüptüre olduğu gözlemlendi (Resim 2). Doku ve sinovyal sıvı örneklerinden alınan iki ayrı kültürde metisilin duyarlı "*Staphylococcus aureus*" üremesi sonucu antibiyoterapisi ampisilin sülbaktam olarak değiştirilen hastanın takip ve tedavisi devam etmektedir.

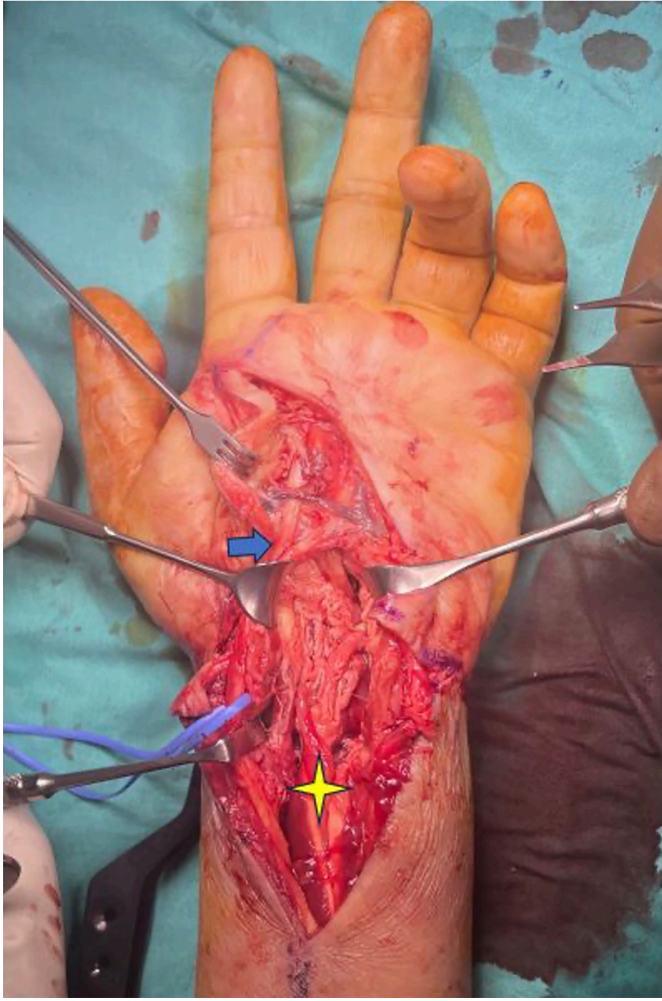
Sonuç: El bileği septik tenosinoviti genellikle direkt travmaya (kesi, yara, hayvan ısırığı, cerrahi sonrası), komşu yumuşak dokuların enfeksiyonuna veya hematogen yolla yayılıma bağlı gelişir. Etken "*Staphylococcus aureus*" olsa da septik artritten farklı olarak ateş gibi sistemik semptomlar görülmeyebilir ve biyoşimik enfeksiyon

göstergeleri negatif bulunabilir. Olgumuzda tosilizumab, CRP yükselmesini engellemiş olabilir. Ateş, travma anamnezi ve akut faz yanıtı olmasa da özellikle diabetes mellitus gibi komorbiditeleri olan RA hastalarında akut ve şiddetli lokal enflamasyon olduğunda septik tenosinovit de akla getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Septik tenosinovit, tenosinovit, romatoid artrit



Resim 1. A-Sol el MR'sinde aksiyal kesitte yağ baskılı T2 sekansında fleksör retinakulumda efüzyon. El bileği ekleminde efüzyon izlenmedi. B- El bileğinde ve volar yüzde ödem., C- El bileği fleksör tendon sıvısından alınan aspirasyon materyali, D- Palmar bölgede bül



Resim 2. Dejenere zeminde rüptüre olan D2-3 fleksör tendon (sarı ok), buna bağlı 2. ve 3. parmağın tonusunu kaybetmesi ve medyan sinir (mavi ok)

PS-242

Hidroksiklorokin ile indüklenen akut generalize ekzematöz püstüloz: Kolşisin tedavi seçeneği olabilir mi?

Esrannur Ünal¹, Şule Ketenci Ertaş², Ragıp Ertaş¹

¹Kayseri Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Kayseri

²Acıbadem Kayseri Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Kayseri

Giriş: Akut generalize ekzantematöz püstüloz (AGEP), eritemli ve ödemli zeminde, çok sayıda, non-foliküler, steril püstüllerin ani oluşumu ile karakterize, genellikle 15 gün içinde spontan rezolüsyona uğrayan ciddi kutanöz adverse ilaç reaksiyonudur. AGEP, genellikle antibiyotiklerle tetiklenen adverse ilaç reaksiyonudur. Hidroksiklorokin ile tetiklenen AGEP ise nadir bir antitedir. Biz burada hidroksiklorokin ile indüklenen, kolşisin tedavisine yanıt veren iki AGEP olgusu sunmaktayız.

Olgu 1: Altmış iki yaşında kadın hastaya romatoid artrit sebebiyle 400 mg/gün hidroksiklorokin tedavisi başlanmış, tedavinin 21. gününde boyun ve kulaklardan başlayan daha sonra aksilla, gövde

ve ekstremitelere yayılan döküntü meydana gelmiş, döküntüler oluştuğunda hastanın ateşi yoktu. Hastanın yapılan dermatolojik muayenesinde, boyunda eritemli plak üzerinde püstüller, aksillada, gluteal bölgede, sırt ve bacaklarda eritemli annüler plakların periferinde 1-2 mm büyüklüğünde püstüller mevcuttu. Klinik ve laboratuvar bulgularına dayanarak, Avrupa Şiddetli Kutanöz Advers Reaksiyon Çalışması (EuroSCAR) doğrulama ölçeğinde 6 puan (muhtemel AGEP) ile hastaya AGEP tanısı kondu. Hastaya 40 mg/gün oral metilprednisolon ve mometazon furuat krem ve ıslak pansuman tedavisi başlandı. Hastanın tedavisine steroid tedavisinin 21. gününde lezyonlarının dirençli olması sebebiyle kolşisin 0,5 mg tablet (tb) 2x1 eklendi. Metilprednisolon kademeli olarak azaltılırken, kolşisin 0,5 mg tb 3x1'e çıkıldı (39 gün). Deri lezyonları hastalığın başlamasından 60 gün sonra nüks olmaksızın tamamen düzeldi.

Olgu 2: Yirmi üç yaşında erkek hastaya ürtikeryal vaskülit sebebiyle 400 mg/gün hidroksiklorokin tedavisi başlandı. Tedavinin 17. gününde vücutta yaygın döküntüleri meydana gelmiş, bu sırada vücut sıcaklığı 37,3 derecedeydi. Hastanın yapılan dermatolojik muayenesinde; boyunda, axillada, gövde ön ve arka yüzünde, ekstremitelerde ve palmar bölgede eritemli annüler plakların periferinde püstüller mevcuttu. Mukozal tutulumu yoktu (Resim 3). Klinik ve laboratuvar bulgularına dayanarak EuroSCAR doğrulama ölçeğinde 5 puan (muhtemel AGEP) ile hastaya AGEP tanısı kondu. Hastaya 60 mg/gün oral metilprednizol ve klobetazol propiyonat krem ve ıslak pansuman tedavisi başlandı. Hastanın tedavisine steroid tedavisinin 19. gününde lezyonların dirençli olması sebebiyle kolşisin 0,5 mg tb 2x1 eklendi sistemik metilprednizolon kademeli olarak azaltıldı. Deri lezyonları hastalığın başlamasından 40 gün sonra nüks olmaksızın tamamen düzeldi.

Sonuç: Akut generalize ekzantematöz püstüloz, eritemli zeminde non-foliküler, steril püstüllerin hızlı gelişimi ile karakterize ciddi kutanöz advers ilaç reaksiyondur. Akut generalize ekzantematöz püstülozun %90'ı ilaçlar tarafından tetiklenmektedir. AGEP'e en sık sebep olan ilaç grubu antibiyotiklerdir. Pristinamisin, aminopenisilinler, kinolonlar, hidroksiklorokin, sülfonamidler, terbinafin, diltiazem, ketokonazol ve flukonazol AGEP'i tetikleyen ilaçlar arasındadır. Parvovirus B19, klamidy pneumonia, sitomegalovirüs gibi enfeksiyöz ajanlar da AGEP'i tetikleyebilir. Civa ile temas ve örümcek ısırıkları ise AGEP'in nadir nedenleri arasındadır. Hidroksiklorokin, immünosüpresif ve antiinflamatuvar etkileri nedeniyle çeşitli dermatolojik ve romatolojik hastalıkları tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir antimalarial ilaçtır. Hidroksiklorokin, AGEP'in nadir bir nedeni olarak bildirilmiştir; ancak EuroSCAR çalışması, hidroksiklorokin ile tedavi edilen hastaların AGEP gelişimi için daha büyük bir riske sahip olduğunu göstermiştir. Akut generalize ekzantematöz püstülozda ilaca maruziyet ile reaksiyonun başlaması arasındaki süre tipik olarak 48 saattir. Hidroksiklorokin ile indüklenen AGEP'te ise reaksiyonun başlangıç süresi 2 ile 3 hafta arasında değişmektedir. AGEP genellikle 15 gün içinde spontan rezolüsyona uğrar ancak hidroksiklorokin kaynaklı AGEP olgularında, hidroksiklorokin kesilmesinden sonra iyileşme süresinin 7 ila 81 gün olduğu bildirilmiştir. Hidroksiklorokin ile indüklenen AGEP'in latent süresinin daha uzun olması, hidroksiklorokin metabolik özellikleri veya altta yatan romatolojik hastalıklara bağlı immünolojik düzensizlik ile ilişkili olabilir. Bununla birlikte,

hidroksiklorokin ile indüklenen AGEP’te gözlenen daha uzun latent dönem, muhtemelen daha önce hidroksiklorokin ile sensitizasyonun olmamasından ve bunun sonucunda immünolojik hatırlama fenomeninin olmamasından kaynaklanmaktadır. Bizim olgularımızda da hidroksiklorokin alımından yaklaşık 3 hafta sonra deri döküntüleri gelişmiş olup, ilacın kesilmesinden sonra iyileşme süresi klasik AGEP’te görülenin aksine 15 günden uzun sürmüştür. Kolşisin nötrofilik infiltrasyonla giden birçok dermatolojik hastalığın tedavisinde kullanılan anti-enflamatuvar bir ajandır, tübülünleri bağlayarak mikrotübül oluşumunu engeller. Lökositlerde daha yüksek konsantrasyonda birikir ve adhezyon, migrasyon ve sinyal iletimini bozarak enflamasyonun başlamasını engeller. Literatürde Kara ve ark. tarafından sistemik steroid steroid tedavisine dirençli hidroksiklorokin ile indüklenen, kolşisin tedavisine yanıt veren bir AGEP olgusu bildirilmiş olup, literatürde bu çalışmadan başka kolşisin ile tedavi edilen başka AGEP olgusu bildirilmemiştir. Bizim olgularımızda da sistemik kortikosteroid tedavisine yanıt alınamaması sebebiyle, tedavi rejimine nötrofiller üzerindeki anti-enflamatuvar etkisinden faydalanılması amaçlanılarak kolşisin eklenmiştir. Hidroksiklorokine bağlı AGEP, nadir görülen bir durum olup, latent periodu ve ilacın kesilmesinden sonraki iyileşme süresi klasik AGEP’e göre daha uzundur. Kolşisin, özellikle sistemik kortikosteroide dirençli AGEP olgularında tedavi seçeneği olarak akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hidroksiklorokin, AGEP, kolşisin



Resim 1. Olgu 1



Resim 2. Olgu 2

PS-243

Genç kadın hastada ventriküler taşikardi: Kardiyak sarkoidoz olgu sunumu

Özge Karakök, Rafi Haner Direskeneli, Fatma Alibaz Öner

Marmara Üniversitesi, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş: Kardiyak sarkoidoz nadir ve zor tanı koyulan bir tutulumdur. Asemptomatik olabileceği gibi ventriküler taşikardi, A-V tam blok gibi ölümcül aritmilerle de bulgu verebilir. Ventriküler taşikardi ile prezente olan bir kardiyak sarkoidoz olgusu sunuyoruz.

Olgu: Otuz dört yaşında kadın hasta 2 ay önce acil servise çarpıntı şikayeti ile başvurusunda ventriküler taşikardi saptanmış ve kardiyak pace maker takıldı. Etiyolojik araştırmaya yönelik kardiyak MR görüntülemesinde geç kontrastlı görüntülemeye bazis-midventriküler bileşke seviyesinde septal ve lateral

duvarlarda punktata tarzda mid-miyokardiyal kontrast tutulumları ve prekontrast native T1 haritalamada özellikle septumdan elde edilen değerlerin artmış olduğu görülmüş olup ön planda fibrozis ve sarkoidoza sekonder granülomlar açısından yüksek derecede şüpheli olarak raporlanması üzerine hasta kardiyoloji hekimince kliniğimize yönlendirildi. Hastanın öyküsünde 2013 yılında halsizlik, kuru öksürük ve bacaklarda ağrılı kırmızı lezyonlar nedeni ile doktora başvurmuş. Deri biyopsisi alınmış ve patolojisi diffüz granüloma annulare olarak raporlandı. Akciğer görüntülemesinde mediastinel lenfadenopati saptanmış ve bronkoskopik biyopsi ile sarkoidoz tanısı almıştı. O dönem tedavisiz izlenmiş, sonrasında hasta takiplerini aksatmıştı. Poliklinik başvurusunda halsizlik dışında ek bulgusu yoktu. Fizik muayenede vital değerleri normal, bacaklarında eritema nodosum sekeli hiperpigmente lezyonları vardı. Laboratuvar incelemesinde hgb 11,6 g/dL, MCV: 86 fL, CRP: 3,6 mg/L, sedimentasyon 26 mm/saat, kalsiyum: 9,7 meq/L, ace düzeyi: 36 mcg/L karaciğer ve böbrek testleri normal olarak görüldü. Akciğer görüntülemesinde sağda non-spesifik buzlu cam alanı dışında özellik yoktu. Ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonu normal, hafif mitral kapak yetmezliği mevcuttu. Hastaya 15 mg/hafta metotreksat ve 32 mg metilprednizolon tedavisi başlandı. Metotreksat ile ciddi bulantı, kusma şikayetleri olması üzerine tedavi azatioprin 3x50 mg olarak düzenlendi. Metilprednisolon kademeli olarak azaltıldı. Bu tedavi ile izlenirken hastanın tekrar çarpıntı şikayeti oldu ve kalp pili devreye girdi. EKG ventriküler taşikardi olarak görüldü. Tekrar ciddi bir kardiyak aritmi geçirmesi nedeni ile metilprednizolon 32 mg dozuna yükseltildi ve infliksimab tedavisi planlandı.

Sonuç: Kardiyak sarkoidoz potansiyel olarak ölümcül ve prognozu kötü bir hastalıktır. Sarkoidozu olan her hastanın detaylı fizik muayene, EKG ve ekokardiyografi ile taranması önerilmektedir. Tanı koymada altın standart endomiyokardiyal biyopsi olsa da dağınık tutulum nedeni ile tercih edilmemektedir. PET-BT ve/veya MR görüntülemeler ile tanı koyulabilir. Tedavinin temelini steroidler oluşturmaktadır. Diğer immünoşüpresiflerden metotreksat, azatioprin, siklofosfamid, infliksimab ve adalimumab kullanılabilir. Kardiyak pacemaker implantasyonu yüksek riskli hastalarda birincil koruma için önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Sarkoidoz, kardiyak sarkoidoz, ventriküler taşikardi

PS-244

Kolşisin miyopatisi değilse ne?

Tuncay Aydın, Rüya Torun, Aslıhan Uzun Bektaş, Selahaddin Cevizbaş, Zehra Kızıldağ, Rana İşgüder, Balahan Makay, Erbil Ünsal

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Ailevi Akdeniz ateşi (AAA) tedavisinde kullanılan kolşisin terapotik aralığının dar olması nedeniyle potansiyel toksik bir ilaçtır. Genellikle gastrointestinal sistem yan etkileri görülmekle birlikte nadiren tedavi edici dozlarda bile kas enzimlerinde yükseklik, proksimal kas güçsüzlüğü ile seyreden kolşisin miyopatisi

gelişebilmektedir. Burada AAA tanısı ile kolşisin tedavisi alan, kas enzimlerinde yükseklik nedeniyle kolşisin miyopatisi düşünülen bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Tekrarlayan ateş, karın ve eklem ağrısı yakınmaları olan, ailesinde AAA ve amiloidoz öyküsü olan üç yaşında erkek olguya genetik analizinde *MEFV* geninde M694V homozigot mutasyon tespit edilmesi üzerine AAA tanısıyla kolşisin tedavisi başlandı. Ataklarının devam etmesi ve tetkiklerinde kreatin kinaz (CK) yüksekliği (CK: 1700 U/L) tespit edilmesi üzerine kolşisin tedavisi kesilerek anti interlökin 1 tedavisi başlandı. İzlemede atakları kontrol altına alınan olgunun kolşisin tedavisi kesilmesine rağmen tetkiklerinde CK yüksekliği (CK: 6470 U/L) devam etti ve karaciğer transaminaz yüksekliği de tespit edildi (AST: 157 U/L, ALT: 126 U/L, LDH: 584 U/L). Fizik muayenesinde vücutta döküntü, kas güçsüzlüğü ve kas atrofisi saptanmadı. Nöromotor gelişimi normaldi. Ailesinde kas hastalığı öyküsü yoktu. Başka bir ilaç kullanım öyküsü yoktu. Otoantikör panelinde ANA ve ENA negatifti, kompleman C3 ve C4 düzeyleri, tiroid fonksiyon testleri normaldi. Metabolik hastalıklar açısından taramaları sonucunda metabolik hastalık tespit edilmedi. Elektromiyografik incelemede tibialis anterior kasında polifazik motor ünite potansiyelleri görüldü, miyopati ile uyumlu değerlendirildi. Kas biyopsisi yapıldı, kas fibrillerinde fokal atrofiler izlendi. İnterstiyel alanda, damar duvarında enflamatuvar hücre infiltrasyonu saptanmadı. Hafif düzeyde miyopatik bulgular olarak değerlendirildi. Müsküler distrofiler açısından değerlendirilen olgunun distrofin geninde mutasyon saptanmadı. Tüm ekzon analizinde *CAPN3* geninde c.1465 C>T heterozigot varyant tespit edildi. Kas enzimlerinde yükseklik, biyopsi, elektromiyografi bulguları ve genetik analiz sonucuyla olgu Limb Girdle Müsküler Distrofi (LGMD) olarak değerlendirildi. Kardiyak ve solunum sistemi değerlendirmesinde patolojik bulgu yoktu. Fizik tedavi programına alınarak takibi planlandı.

Sonuç: LGMD omuz ve pelvik kuşak kaslarında ilerleyici güçsüzlük, kas enzimlerinde yükseklik ile karakterize klinik ve genetik olarak heterojen bir hastalık grubudur. Hastalık yavaş ilerleyen proksimal kas güçsüzlüğü ve kas atrofilerine neden olur. Bulguların yavaş ilerlemesi nedeniyle klinik bulgusu olmamasına rağmen izole kas enzim yüksekliği olan olgularda müsküler distrofiler ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kolşisin, miyopati, müsküler distrofi

PS-245

Statin ilişkili otoimmün nekrotizan miyopati

Banu Çiçek Yalçın Dulundu

Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi, Zonguldak

Giriş: Anti-3-hidroksi-3-metilglutaril-koenzim A redüktaz (anti-HMGCR) miyopatisi olarak da bilinen statin kaynaklı immün aracılı nekrotizan miyopati, statin maruziyeti ile tetiklenen ve statin kesildikten sonra devam eden enflamatuvar bir miyopatidir. Statinlerin, daha yaygın olarak tanınan statin kaynaklı miyaljiden farklı olarak, teşhis ve tedavi edilmesi zor olan nadir bir yan etkisidir.

Olgu: Altmış altı yaşında kadın hastada atorvastatin başlanmasından 6 ay sonra proksimal kas güçsüzlüğü, takılma düşme oldu. Yapılan tetkiklerde CK 7247 izlenmesi üzerine araştırılma amaçlı 3. basamak sağlık kuruluşuna gönderildi. Çekilen MR'lerinde posteromedial kas grupları ve rectus femoriste intansite artışları; AFR neg, serolojik markerlar negatif olarak izlendi. Kas biyopsisinde nekroz ve rejenerasyon alanları ile minimal lenfosit invazyonu görüldü. Statin kaynaklı immün aracılı nekrotizan miyopati tanısı konularak steroid ve azatiyoprin tedavisi başlandı. Tedavi altında klinik progrese olması üzerine rituksimab planlanmış ancak IGG düşüklüğü nedeniyle verilemedi. Hasta poliklinikte tetraplejik olarak görüldü. Son 3 ayda 10 kg kaybı olmuştu. Laboratuvarında pansitopeni, AFR ve CK yüksekliği izlendi. Malnütre olan hastanın ağız içinde yaygın ülser lezyonlar görüldü. Sitopeni azatiyoprin toksisitesi olarak düşünüldü, kesildi. Pulse steroid verildi IVIG planlandı. Malignite açısından bakılan görüntüleme ve endoskopilerinde herhangi bir patoloji tespit edilmedi. EKO'da kardiyak tutulum izlenmedi. İzlem esnasında hipoksemisi ve ateş gelişen hastaya çekilen thorax BT/anjyio da viral pnomoni ve emboli uyumlu bulundu. Lenfopenisi derinleşen hastadan istenen COVID PCR pozitif olarak geldi. 0,4 g/kg dozundan 5 günlük IVIG, antikoagülasyon başlandı. Pubik bölgeden genital bölgeye doğru uzanan büllöz lezyon izlendi, yaygın herpes enfeksiyonu için valasiklovir tedavisi başlandı. AFR normalize olan CK değeri 190'a gerileyen hastaya coumadin tedavisi başlanarak taburcu edildi. Steroid tedavisi titre edilerek azaltılan hasta tedavinin 2. ayında hasta tam olarak iyileşti, işine geri döndü.

Sonuç: Statin kaynaklı immün aracılı nekrotizan miyopati tanısı nispeten nadirdir ve çeşitli tanı ve tedavi zorluklarına yol açar. Optimal yönetim belirsizdir, ancak immünoşüpresif tedavilerin etkili olduğu bilinmektedir. Ancak hastamızda azatiyoprinin neden olduğu pansitopeni ve sonucunda gelişen COVID, fırsatçı enfeksiyonlar tabloyu daha da kötüleştirmiştir. Bu hastalar için optimal tedavi rejimleri ve tedavi süresini belirlemek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Atorvastatin, otoimmün nekrotizan miyopati, azatiyoprin, sitopeni, COVID, IVIG



Resim 1. Mukozit tedavisi öncesi



Resim 2. Mukozit tedavisi sonrası

PS-246

Maden işçisinde erasmus sendromu ve klatskin tümör birlikteliği

Gülçin Çelebi¹, İzel Özsvaşı¹, Mustafa Tuna¹, Can Karaca², Figen Yargucu Zihni³

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

²İzmir Ekonomi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

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

Giriş: Sistemik skleroz (SS), deri ve iç organların fibrozisi ile seyreden, sebebi aydınlatılmamış sistemik otoimmün bir hastalıktır. Hastalığın çevresel faktörlerle ilişkisi olduğu bilinmektedir. Özellikle silika tozlarıyla maruziyetin bir takım immün reaksiyonları tetikleyerek hastalığın patogenezinde rol aldığı düşünülmektedir. Erasmus sendromu, silika maruziyetinin neden olduğu interstisyel akciğer hastalığı ve sklerodermanın eşlik ettiği nadir bir sendromdur. Bu sunumda kliniğimizde Erasmus sendromu tanısıyla takip edilirken klatskin tümörü saptanan bir olgudan bahsedilecektir.

Olgu: Elli altı yaşında erkek hasta maden işçiliğinden malulen emekli, 13 yıl önce sistemik skleroz tanısı aldı. Tedavi alırken 10 yıl önce de tüberküloz öyküsü mevcuttu. Erasmus sendromu tanısıyla takip edilen, şiddetli Raynaud fenomeni ve tekrarlayan dijital ülserler nedeniyle aralıklı IV iloprost infüzyonu alan hasta, rutin poliklinik kontrollerinde karaciğer fonksiyon testlerinde ve amilaz değerinde yükseklik saptanması üzerine servisimize yatırıldı. Abdomen ultrasonografisinde intrahepatik safra yollarında belirgin dilatasyon ve santralde ani sonlanma olması, periampullar bölgede bası oluşturacak kitlenin ekarte edilememesi üzerine abdomen MRG istendi. Sağ intrahepatik safra yollarında anterior, posterior segmenter tüm dallarda santralde sonlanan dilatasyon ve bu düzeyde santral yerleşimli difüzyon kısıtlaması gösteren öncelikle intrahepatik kolanjiyokarsinomu düşündürülen kitle lezyonu izlendi. Hepatobiliyer konseyde değerlendirilen hastanın koledoku rezeke edildi. Patolojisinde iyi diferansiyasyonlu adenokarsinom saptanan

hastaya adjuvan 4 kür Gemzar ve karboplatin tedavisi planlandı. Sistemik skleroz nedeniyle radyoterapi planlanmadı. Hastanın takip ve tedavisi kliniğimizde devam etmektedir. Maligniteler; sistemik skleroz tanısının öncesinde, tanıyla birlikte veya tanıdan sonra ortaya çıkabilir. Sistemik skleroza eşlik eden başlıca kanserler meme, akciğer ve hematolojik malignitelerdir. Mesleki maruziyete bağlı gelişen sistemik skleroz olgularında daha çok pnömokonyozlar ve akciğer malignitelerinin görülmesi beklenmektedir.

Sonuç: Literatürde sınırlı sayıda olgu sunumu bulunmakla birlikte Erasmus sendromlu bir olguda kolanjiyokarsinom birlikteliğine rastlanmamıştır. Erasmus sendromlu hastaların takibinde pnömokonyozlar ve akciğer malignitelerin yanı sıra diğer sistemlerin malignitelerinin de gelişebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, erasmus sendromu, klatskin tümörü

PS-247

Romatoid artritli tanısı ile rituksimab tedavisi başlanan bir hastada gelişen psöriazis olgusu

Yunus Durmaz

Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Karabük

Giriş: Romatoid artrit (RA) simetrik eklem tutulumu ile seyreden kronik enflamatuvar bir hastalıktır. DMARD tedavisine yanıtız hastalarda sıklıkla biyolojik tedaviler kullanılmaktadır. Bu biyolojik tedavilerden TNF blokörleri ile tedavi esnasında psöriazis gelişebileceğini artık iyice bilmekteyiz. Ancak rituksimab tedavisi sonrası psöriazis olguları sık değildir. Biz burada kliniğimizin rituksimab tedavisi sonrası psöriazis gelişen 2. RA olgusunu sunmak hedefledik.

Olgu: On bir yıldır RA tanısı ile izlenen 44 yaşındaki kadın hasta medikal tedavi olarak metotroksat 20 mg/hafta prednizolon 10 mg/gün, sulfasalazin 2 gr/gün, tosilizumab 162 mg/hafta tedavisi kullanmasına rağmen hastalık aktivitesi yüksek seyrettiğinden hastaya 15 gün ara ile 2 kez/6 ayda bir rituksimab 1000 mg tedavisi verildi. Hastanın tedavisinden 3 gün sonra her iki palmar ve plantar bölgede ve saçlı deride deri lezyonları gelişmesi üzerine polikliniğimize başvurdu ve önerimiz ile dermatoloji tarafından değerlendirildi. Hasta; dermatolojik değerlendirme sonrası palmo-plantar psöriazis tanısı aldı. Hastanın rituksimab tedavisi kesildi. Hastanın bu dönemde yapılan fizik muayenesinde her iki el bilek ve sol dizde artritli mevcuttu. TA: 120/80 mm. Hg, nabız: 80 vuruş/dakika, S1-S2 doğal, mitral kapak dinleme odağında 2/6 sistolik üfürüm, aksiller ateş: 36,5 °C idi. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde tam kan sayımı incelemesinde lökosit: 5,500/pL, Hb: 11,4 g/dL, Plt: 450.000/pL; ESR: 48 mm/saat, CRP: 22,7 mg/L, kreatinin 1,0, BUN=28 olarak sonuçlandı. Hastanın aktif artritli ve psöriazisi olduğundan sulfasalazin tedavisi leflunamid 20 mg 1x1/gün po. ile değiştirildi. Tedavinin 2. ayında psöriazis lezyonları tamamen geriledi.

Sonuç: Anti-TNF tedavileri ile indüklenen psöriazis olguları sıklıkla tanımlanmış olsa da rituksimab sonrası da psöriazis olguları

nadir olarak literatürde yayımlanmıştır. Bizde burada uzun yıllardır RA tanısı ile izlenirken rituksimab tedavisi sonrası psöriazis gelişen hastasını sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artritli, rituksimab, psöriazis

PS-248

Gut tofusünü taklit eden nadir bir hastalık melorheostozis: Olgu sunumu

Ali Karakaş

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Melorheostozis, kemik korteksinin bir sklerotomal dağılımda genişlediği ve hiperdens hale geldiği non-genetik tubbi bir gelişimsel bozukluk ve mezenkimal displazidir. Bu olgu raporunda uzun süredir vücudun sol tarafındaki eklemlerde ağrı, şişlik olan ve görsel olarak gut tofüsü ile karışabilecek radyografik görünümü ile melorheostozis tanısı konulan 57 yaşında bir erkek hasta sunulmuştur.

Olgu: Elli yedi yaşında erkek hasta vücudun sol yarısındaki omuz, kalça, el parmaklar, diz ve sol ayak bilekte uzun süredir olan ağrı, kızarıklık, şekil değişikliği ile romatoloji polikliniğine gut hastalığı açısından yönlendirildi. Hastanın romatizmal sorgulamasında tipik özellik yoktu. Gut açısından ataklar halinde gelen ağrı şişlik öyküsü yoktu. Hastanın yakınmaları uzun yıllardır olan, eklemlerde progresif bir büyüme, ağrı, şekil değişikliği yakınması mevcuttu (Resim 1). Hastanın rutin tetkikleri ve grafileri istendi. Hastanın tetkiklerde akut faz reaktanları ve ürik asit düzeyi normal saptandı. Grafilerde ise melorheostozis ile uyumlu damlayan mum şeklinde kemik kalınlaşmaları görüldü (Resim 2).

Sonuç: Melorheostozis, damlayan mum görünümü veya akan mum mumu görünümü bölgeleri olarak kendini gösteren non-genetik bir mezenkimal displazidir. Etiyolojisi bilinmemektedir. Hastalar herhangi bir yaşta prezente olabilirler ve her iki cinsiyet eşit olarak etkilenmektedir. Başlangıcı genellikle sinsidir, etkilenen bölgelerde ağrı, sertlik ve hareket kısıtlılığı ile ortaya çıkar. Bozukluk, kemik korteksinin “damlayan mum” benzeri kalınlaşması nedeniyle radyografi ile tespit edilebilir. Pycnodystosis ve osteopoikilosis dahil olmak üzere gelişimsel kemik displazileri spektrumunda yer almaktadır. Bozukluk tek taraflı ve monostotik (yani tek bir kemiği etkileyen) olma eğilimindedir ve tipik olarak sadece bir uzuv etkilenir. Bununla birlikte birden fazla uzuv, kaburga ve kemik tutulumu olan olgular da bildirilmiştir. Bizim olgumuzda da sadece sol taraflı tutulum mevcuttu. Hastalık ilerleyicidir ve semptomların nihai şiddeti genellikle başlangıç yaşına bağlıdır. Tedavide semptomatik olarak analjezik ve fizik tedavi yöntemlerinden yararlanılabilir. Şiddetli olgularda konservatif önlemler etkisiz kaldığında amputasyonlar da bildirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Gut, melorheostozis



Resim-1 Hastanın el ve ayaklarda gut tofusüne benzer klinik resimleri

Resim 1.



Resim-2 Hastanın radyografik görüntüleri (A) Bilateral el-el bilek AP grafi, (B) Bilateral diz AP grafi, (C) Pelvis AP grafi, (D) Sol ayak lateral grafi

Resim 2.

PS-249

Adalimumab kullanımı sonrasında gelişen lenfoma öyküsü

Zübeyde Uğurlu¹, Mehmet Şahin¹, Atalay Doğru¹, Serpil Demirci², Melike Doğan Ünlü², Demircan Özbacı³, Kevser Özen²

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Isparta

²Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Isparta

³Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, Isparta

Giriş: Üveit gözün üvea bölümünün enflamasyonudur. Yüksek oranda üveit, otoimmün bir kökene sahiptir ve kortikosteroidler ve immünoşüpresanlar ile tedaviye iyi yanıt verir. Bu tedavilere rağmen üveitin görsel prognozu kötü olabilir, hatta körlüğe bile yol açabilir. Dirençli olgular da anti-tümör nekroz faktörü (TNF) ajanlar kullanılabilir. Anti- TNF ajanlarının, immün sistem üzerine etkilerinden dolayı malign lenfoma riskini artırdığı düşünüldü. Ancak bazı çalışmalarda artış gözlenirken, bazı çalışmalar ise bu riski doğrulamamıştır.

Olgu: Kırk dokuz yaşında kadın hasta. Bilinen total tiroidektomi öyküsü olan hasta romatoloji polikliniğine göz hastalıkları polikliniği tarafından panüveit etiyolojisi açısından konsülte edildi. Hasta tarafımızca panüveit etiyolojisi için araştırıldı. Hastanın iki yıl önce geçirilmiş intermediate üveit öyküsü mevcut. Intermediate üveit geçirdiğinde romatoloji tarafından etiyoloji araştırıldı. Romatolojik sorgusunda herhangi bir semptom bulunmadı. Fizik muayenesinde herhangi patolojik bir bulgu saptanmadı. Laboratuvar tahlillerinde viral markerlar (herpes simpleks virüs tip 1ve 2, sitomegalovirüs, toksoplazma, rubella, parvovirüs) negatif olarak sonuçlandı. İmmünolojik tahlillerinde anti-nötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) negatif, anti nükleer antikor (ANA) yoğun ince benekli (DFS-70) bir pozitif, anjiyotensin konverting enzim (ACE) düzeyi normal (8 U/L) olarak bulundu. Behçet için yapılan genetik taramada HLA-B51 negatif olarak sonuçlandı. Nöroloji tarafından da hasta etiyoloji için araştırıldı. İstenilen beyin ve torakal manyetik rezonans (MR) görüntülerinde patoloji saptanmadı. Hastaya göz hastalıkları tarafından göze topikal steroid tedavisi uygulandı ve hasta takibe alındı.

Hasta iki yıl sonra tekrar sağ gözde panüveit nedeniyle göz hastalıklarından tarafımıza konsülte edildi. Romatolojik sorgusunda herhangi bir semptom bulunmadı. Fizik muayenesinde herhangi bir patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvar tahlillerinde viral markerlar tekrarlandı (herpes simpleks virüs tip 1ve 2, sitomegalovirüs, toksoplazma, rubella, parvovirüs) ve negatif olarak sonuçlandı. İmmünolojik tahlilleri tekrarlandı ve ANCA negatif, ANA yoğun ince benekli (DFS-70) bir pozitif, otoimmün tarama kiti negatif olarak bulundu. Hastaya tekrarlayan üveit nedeniyle azatiyoprin 50 mg/gün olarak başlandı. TNF ajanlardan olan adalimumab açısından hazırlık yapıldı. İstenilen quantiferon testi pozitif geldi ve hastaya göğüs hastalıklarının önerisiyle izoniazid tedavisi başlandı. Bir ay izoniazid tedavisi aldıktan sonra mevcut tedaviye adalimumab tedavisi eklendi ve takibe devam edildi.

Hasta üç ay boyunca tedaviyi düzenli kullandı. Ancak üç ay sonra tarafımıza üç haftadır olan gidererek ilerleyen sağ tarafta güçsüzlük, sağ üst ve alt ekstremiteler ile gövde ve yüzün sağ tarafında uyuşma şikayeti ile başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde hastanın kas gücü sağ üst ekstremitelerde 4/5, sağ alt proksimal fleksiyon 4/5, distal fleksiyon 4/5, ekstansiyon 4/5, ayak dorsifleksiyon 2/5 olarak değerlendirildi. Sol taraf kas gücü tamdı. Serebellar testler bilateral üst ekstremitelerde becerikli idi. Derin tendon refleksi sağ tarafta hiperaktif idi. Göz muayenesinde de sağ vitrit, sol vitreada dejenerasyon saptandı.

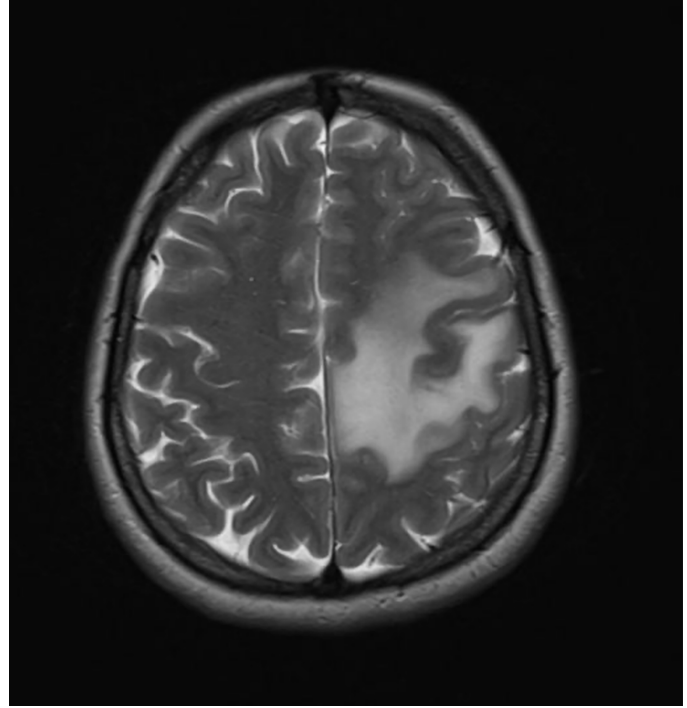
Hastanın bu şikayetleri üzerine dış merkezde çekilen ilk beyin MR görüntülemesi; sol frontoparietalde ve verteks düzeyinden geçen kesitlerde sol frontalde parafaksiyel yerleşimli, diffüzyon ağırlıklı serilerde bu bölgelerde diffüzyon kısıtlanması gösteren, etrafında ödeme ait T2A sinyal artışları izlenen yaklaşık 1 cm ölçülen dört adet lezyon izlenmiştir ve öncelikle metastaz odakları lehine değerlendirilmiştir şeklinde raporlanmıştır. Ayırıcı tanıda enfektif-enflamatuvar süreçlerde bulunmaktadır. Dört gün sonra çekilen kontrol görüntülemesinde; hastanın önceki tetkikinde sol frontoparietalde ve verteks üzerinden geçen kesitlerde sol frontalde parafaksiyel yerleşimli olarak izlenen, etrafında ödeme ait T2A sinyal artışlarının izlendiği lezyonların güncel tetkikte etrafındaki ödem alanlarında artışlar izlenmiş olup hastaya malignite etiyojisi için pozitron emisyon tomografisi (PET) çekildi. Çekilen PET görüntülemesinde serebrumda sol da frontoparietal bölgede net sınırlandırılmayan asimetric hipometabolizma izlenen alan görülmüş olup sonuçlarla hasta tarafımıza yönlendirilmiştir.

Hasta bu bulgular üzerine nöroloji anabilim dalına konsülte edildi. Nöroloji tarafından kontrol beyin MR çekildi. Hasta MR çekimi sırasında fokal nöbet geçirdi. Çekilen beyin MR sonucu; verteks düzeyinde sol frontoparietalde falks tabanlı 18x12 mm, supraventriküler düzeyde büyüğü sol frontoparietalde 16x14 mm boyutlarında olmak üzere dağınık yerleşimli birkaç adet çevresinde beyaz cevher alanlarında yaygın vazojenik ödemin eşlik ettiği multipl lezyonlar saptandı. Ayrıca sağ oksipitotemporalde parafalsin lokalizasyonlu 5 mm çapında diffüz kontrastlanan diğer tanımlanan lezyonlara benzer özellikte lezyon dikkati çekmiştir. İmmünoşüpresif tedavi alan hastada tanımlanan lezyonlar öncelikle fırsatçı enfeksiyöz süreçler, progresif multifokal lökoensefalopatinin atipik tutulumu ve daha düşük ihtimalle lenfoma ayırıcı tanıda düşünülmelidir şeklinde yorumlandı (Resim 1). Hasta nöroloji tarafından etiyojisi araştırmak için yatırıldı. Etiyojisi için hastaya beyin cerrahisi tarafından lezyondan biyopsi yapıldı. Biyopsi raporu; santral sinir sisteminin diffüz büyük hücreli primer lenfoması olarak sonuçlandı. Hasta hematoloji bölümü tarafından devir alınarak tedavisine başlandı. Hastanın verilen kemoterapi sonrası lezyonu geriledi (Resim 2).

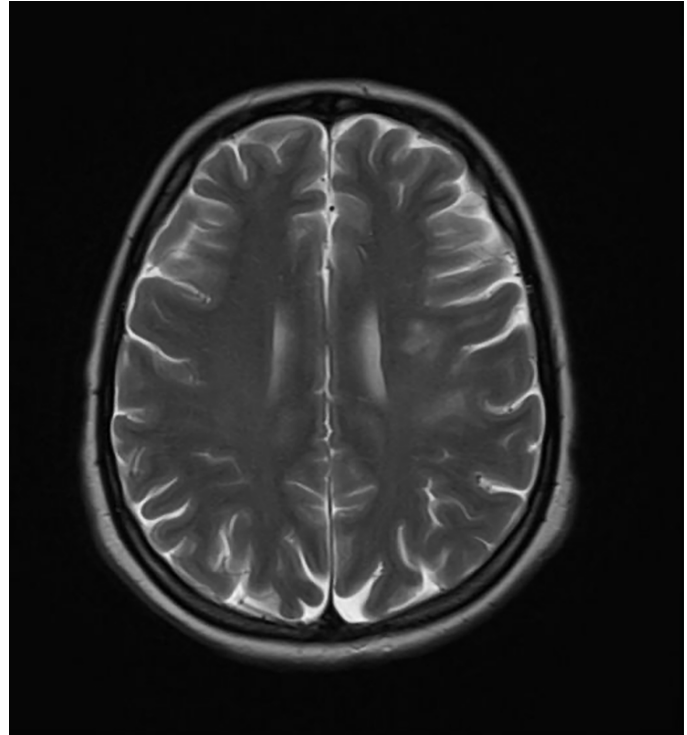
Sonuç: Birçok çalışmada TNF ajanları ile lenfoma arasındaki bağlantı araştırılmıştır. Ancak kısa takip süresi, olgu sayısının azlığı ve öncesinde kullanılan immünoşüpresif ilaçlar nedeniyle net bir veriye ulaşılamamıştır. Son yedi yılda yapılan çalışmaları içeren bir derlemede sadece bir çalışmada lenfoma riskini artmış olarak tespit edilmiştir. Yapılan ilk gözlemsel çalışmada da TNF ajanları ile tedavi sonrası gelişen lenfomaların çoğunun ilk sekiz hafta içinde çıktığı görüldü. Bu da bizim olgumuzla uyumlu idi. Ancak

olguda lenfoma gelişiminin bireysel risk faktörlerinden dolayı mı yoksa ilaca bağlı olarak mı geliştiğini net olarak söylemek mümkün değildir. Bunun için daha büyük ve uzun vadede çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Adalimumab, üveit, lenfoma



Resim 1.



Resim 2.

Romatoid artrit ilişkili interstisyel akciğer hastalığı varlığında immünoşüpresif tedavi ile beraber nintedanib kullanan olgu sunumu

Bengisu Aslan, Merve Akyüz Sarı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya

Giriş: Romatoid artrit; özellikle küçük eklemleri tutan simetrik periferik poliartirit ile karakterize enflamatuvar bir hastalıktır. Kemiklerde ve kıkırdakta erozyona yol açarak eklem destruksiyona yol açmaktadır. Ciddi eklem tutulumu ile seyreden hastalarda non-artrikuler organ tutulumu da gözlenmektedir. Ekstraartrikuler tutulum genellikle şiddetli hastalık varlığında ve serpozitif hastalarda daha sık gözlenmektedir. Akciğer tutulumu hastalığın seyrinde önemli bir organ tutulumudur. İnterstisyel akciğer hastalığı; en sık gözlenen pulmoner tutulumlardan biridir. Bizde bu olgu sunumunda interstisyel akciğer hastalığı bulundan romatoid artrit tanılı hastada nintedanib ve anti-enflamatuvar tedavinin etkinliğini sunmak istedik.

Olgu: Elli dokuz yaşında erkek hasta 20 gündür devam eden nefes darlığı olması nedeni ile göğüs hastalıkları kliniğine başvurmuştur. Fizik muayenesinde bilateral akciğer bazallerinde ral saptanmıştır. Solunum fonksiyon testinde zorlu vital kapasitesi (FVC) %65 (1650 mL/dk) ve zorlu ekspiryumun 1. saniyesinde çıkarılan hava hacmi (FEV1) %75 (2100 mL/dk) ölçülmüştür. Bunun üzerine hastaya yüksek rezolusyonlu bilgisayarlı tomografi (YRBT) çekilmiştir. YRBT’de “Her iki akciğerde özellikle üst loblarda alt lob posterobazal kesimlerde yaygın sentilobüler nodüler görünümüler özellikle alt loblarda daha belirgin olmak üzere bal peteği akciğer ile uyumlu bulgular hafif septal kalınlaşmalar ve bal peteği alanlarına komşu buzlu cam dansite artışları ve hafif retiküler dansiteler dikkati çekmektedir. Bu görünümüler öncelikle olası UIP paterni ile uyumlu olabileceği düşünülmeyle birlikte hipersensitivite pnömonisinde ekarte edilememiştir” olarak raporlanmıştır. Hastanın o dönemde başka sistemik semptomu olmaması nedeni ile idiopatik pulmoner fibrozis olarak değerlendirilmiş ve nintedanib tedavisi başlanmıştır. Tedavisinin 3. ayında yapılan değerlendirmesinde solunumsal yakınmalarında yeterli düzelme olmayınca kontrol YRBT çekilmiş olup ılımlı progresyon saptanmıştır. Hasta tekrar sistemik olarak değerlendirildiğinde ara sıra olan eklem ağrıları ve sabah tutukluluğu olması nedeni ile romatoloji konsültasyonu istenmiştir. Hastanın romatolojik muayenesinde her iki dirsek ekleminde hareket kısıtlılığı ve her iki elde kronik sinovit bulguları mevcuttu. Laboratuvar bulgularında CCP >200 u/mL ve RF 166 u/mL olarak saptanmıştı. Hasta serpozitif romatoid artrit ve akciğer tutulumu olarak değerlendirildi. Akciğer tutulumuna yönelik mevcut nintedanib tedavisine mikofenolat mofetil 2x1000 mg eklendi. Fizik muayenesinde aktif artrit olmadığı için eklem tutulumuna yönelik sadece hidroklorokin tedavisi verildi. Nintedanib ve mikofenolat mofetil tedavisinin 3. ayında hasta tekrar değerlendirildi. Mevcut solunumsal yakınmalarında belirgin azalma mevcuttu. Yeni yapılan solunum fonksiyon testinde FVC %70 (1900 mL/dk) ve FEV1 %75 (2100 mL/dk) olarak ölçüldü. YRBT bulgularında progresyon saptanmamıştı.

Sonuç: Progresif fibrotik akciğer hastalığı varlığında nintedanib tedavisi ile beraber yıllık FVC’deki azalmanın daha az olduğu saptanmıştır. Otoimmün ilişkili interstisyel akciğer hastalığına bağlı progresif akciğer hastalığı varlığında nintedanib kullanımını ile beraber hastanın FVC sinde azalmayı yavaşlatmış olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, nintedanib, akciğer, immünoşüpresif

PS-251

Soğuk aglütininin hastalığı ile prezente MDA5 ilişkili dermatomyozit olgusu

Tahir Saygın Ögüt

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Antalya

Giriş: Soğuk aglütininler, lenfoma, multipl miyelom ve önemi belirsiz monoklonal gamopati gibi lenfoproliferatif hastalıklara sekonder olarak gelişir. Soğuk aglütininler bazen eritrositleri hedef alır ve hemolitik anemiye neden olur. Romatoid artrit ve sistemik lupus eritematozus gibi otoimmün hastalıklarla birlikteliği gösterilmiş olsa da bu birliktelik nadirdir. Melanom differentiation-associated gen (MDA)-5 antikorlu ilişkili interstisyel akciğer hastalığı (İAH) nadir görülen bir dermatomyozit alt tipidir. Bazı çalışmalarda progresif akciğer tutulumu nedeni ile 6 aylık sağkalım oranı %40 civarında olduğu belirtilmiştir. Her iki hastalık da malignitelerle ilişkili olarak görülebilmektedir. Bu olgu sunumunda iki nadir hastalığın senkron olarak saptandığı bir olguyu tartışacağız.

Olgu: Altmış sekiz yaşında kadın hasta, acil servise halsizlik ve nefes darlığı nedeni ile başvurdu. Tam kan sayımında izole makrositer anemi (Hemoglobin: 5,6 gr/dL, MCV: 115 L) saptandı. Periferik yaymasında eritrositlerde yaygın aglütinasyon izlendi. Rutin biyokimya tetkiklerinde düzeltilmiş retikülosit sayısı %5,2 ve indirekt hiperbilirubinemi saptandı. Soğuk aglütinin antikor testi pozitif (+3) olarak geldi. Soğuk aglütinin ilişkili hemolitik anemi teşhisi ile metilprednizolon 1 mg/kg dozunda ve gün aşırı plazmaferez tedavisi (6 ünite taze donmuş plazma ile) başlandı. Malignite tetkik amacı ile çekilen toraks ve abdomen-pelvis tomografisinde her iki hemitoraksta bazal ve subpleval alanlarda ağırlıklı olmak üzere retiküler dansiteler, interlobüler septal kalınlaşmalar ve buzlu cam alanları izlendi. Mamografi ve diğer kesitsel görüntülemelerinde malignite düşündürülen bulgu ve serum idrar immünoelektroforez tetkiklerinde monoklonal bant saptanmadı. İmmünolojik marker testlerinden sadece antikardiyolipin IgM düşük titre pozitif olarak saptandı. Hemoglobin düzeyi 5 seans plazmaferez ve oral steroid tedavisi ile 8,9 gr/dL’ye yükseldi ve taburcu edildi. Poliklinik kontrolünde hematoloji departmanı tarafından dirençli soğuk aglütinin hastalığı nedeni steroid tedavisi kesildi ve rituksimab/bendamustin tedavisi başlandı (28 günde bir, 1. gün 600 mg rituksimab ve 150 mg bendamustin). Anti-kardiyolipin IgM düşük titre pozitif olması nedeni ile romatoloji konsültasyonu istendi. Fizik muayenesinde periorbital heliotrop raş ve her iki el MKF/PIF eklemleri ekstensör yüzünde hiperemi ve gottron bulgusu (squamlı döküntü) saptandı.

Proksimal kas kuvveti her iki üst ve alt ekstremitede (4/5) azalmıştı. Serum biyokimya tetkiklerinde kas enzimleri normal sınırlarda idi. EMG'sinde ise proksimal kasları tutan miyopati ile uyumlu bulgular olarak izlendi. Miyozit panelinde anti-MDA-5 antikoru pozitif (+3) olarak saptandı. Bu bulgularlar hastada soğuk ağılutinin hastalığı ile birlikte MDA-5 antikoru ilişkili dermatomiyozit tanısı konuldu. Tedaviye orta doz steroid 20 mg/gün metilprednizolon eklendi. 1,5 ay bu dozda devam edildikten sonra doz tedricen azaltıldı. Toplamda 4 kür rituksimab bendamustin kürü alan hasta solunum semptomları bulgularistabil ve hemogloblin düzeyi 10 gr/dL civarında seyretmektedir. Altı ayda bir radyolojik olarak malignite takibi yapılması kararı verildi.

Sonuç: Malignite ile ilişkili olabilen iki farklı hastalığın senkron olarak saptandığı bir olgu sunulmuştur. Kesitsel görüntülemelerde malignite ile ilişkili olabilecek bir görüntü saptanmamıştır. Literatürde bu iki hastalığın beraber görüldüğü bir olgunun tiroid diffüz büyük B hücreli lenfoma tanısı aldığı görüldü. Soğuk ağılutinin hastalığı otoantikörler ile ilişkilidir ve immün etiopatogenezinde daha çok B lenfositler yer almaktadır. Anti-MDA5 DM'li hastalardan alınan deri biyopsilerinin histolojisi dermoepidermal bileşkede CD8+ lenfositlerin infiltrasyonu ile karakterize edilen bir histopatolojik bir görünüm sergilemektedir. İmmün etiopatogenez farklı olan bu iki hastalığın radyolojik olarak saptanamamış bir malignitenin bağımsız paraneoplastik sendromu mu yoksa, soğuk ağılutinin hastalığının dermatomiyozite sekonder otoimmün bir fenomen olduğu konusu ise tartışmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Enflamatuvar miyozit, soğuk ağılutinin hastalığı, hemolitik anemi

PS-252

IGG4 ilişkili hastalık ve çoklu malignite birlikteliği olan 2 olgu sunumu

Rahime Duran, Abdulsamet Erden, Hamit Küçük

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

Giriş: IgG4 ilişkili hastalık tutulan organlarda kitle benzeri lezyonlar oluşturan heterojen, fibroenflamatuvar bir hastalıktır. IgG4 ilişkili hastalık olan olgularda özellikle lenfoma ve solid organ malignitelerinde artış olduğu gösterilmiştir. Literatürde maligniteler özellikle IgG4 ilişkili hastalık tanısından sonraki bir yıl içerisinde ve soliter kanser olarak bildirilmektedir. Burada IgG4 ilişkili hastalığa eşlik eden çoklu malignitesi olan ve merkezimizde takip edilen iki nadir olguyu bildireceğiz.

Olgu 1: Altmış üç yaşında erkek hasta 6 aydır olan halsizlik, kilo kaybı, gece terlemesi, kuru öksürük, nefes darlığı ile başvurdu. Laboratuvarında tam kan sayımı, karaciğer, böbrek ve tiroid fonksiyon testleri normaldi. Sedimentasyon ve C reaktif protein düzeyleri yüksekti (56 mg/dL ve 73 mm/sa sırasıyla). Antinükleer antikor (ANA), romatoid faktör (RF), anti-nötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) serolojisi negatifti. Toraks ve abdomen bilgisayarlı tomografide (BT) arkus aorta ve inen aorta etrafında yumuşak doku kitleleri, sol taraflı plevral efüzyon, bilateral perirenal kitleler ve retroperitoneal fibrozis görüldü. PET-BT'de periaortik ve perirenal kitlelerde artmış FDG tutulum saptandı. Perirenal

kitleden yapılan biyopside yoğun lenfoplazmositik infiltrasyon, storiform fibrozis ve IgG4/IgG>%40 görülen hastada 2019 ACR/EULAR IgG4 ilişkili hastalık sınıflama kriterlerine göre IgG4 ilişkili hastalık tanısı konuldu. Hastaya 0,5 mg/kg/gün oral metilprednizolon ve 15 mg/hafta oral methotreksat tedavisi başlandı. Klinik ve laboratuvar yanıt alınan hastanın steroid dozu kademeli olarak azaltıldı. Tanıdan 4 ay sonra sağ yan ağrısı ve gross hematüri ile başvurusunda yapılan sistoskopi ve punch biyopsi sonucu mesane ürothelyal karsinoma *in situ* ile uyumlu geldi. Evreleme amaçlı çekilen PET-BT'de bilateral renal kitlede, karaciğer ve tiroid bezinde artmış FDG tutulumu görüldü. Böbrek biyopsisi skuamoz hücreli karsinom ve tiroid ince iğne aspirasyon biyopsi sonucu hurthle hücreli neoplazi ile uyumlu gelen hasta medikal onkoloji bölümü tarafından takibe alınarak kemoterapi başlandı.

Olgu 2: Altmış bir yaşında kadın hasta sol memede ele gelen kitle nedeni ile yapılan biyopsi sonucu invaziv lobüler karsinom ile uyumlu geldi. Modifiye radikal mastektomi sonrası sistemik kemoterapi başlandı. Tedavi sonrası remisyonda izlenen hastanın 4 yıl sonrasında yapılan kolonoskopide inen kolonda şüpheli lezyon görüldü. Biyopsi sonucu adenokanser ile uyumlu gelen hastaya sol hemikolektomi ve lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Adjuvan kemoterapi başlandı. İki yıl sonrasında kontrol mamografide sağ memede BIRADS-4 lezyon ve aksiller lenfadenopatiler saptandı. Lenf nodundan yapılan tru-cut biyopsi sonucu nekrotizan granüloamatöz enflamasyon görüldü. ARB boyama negatifti. Ancak takipte lenf nodlarının sebat etmesi ve malignite şüphesinin yüksek olması nedeni ile segmental sağ mastektomi ve lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Patoloji sonucu yoğun lenfoplazmositik infiltrasyon, IgG4/IgG >%40 görüldü. Serum IgG4 düzeyi: 1140 mg/dL (referans aralık, 0-125 mg/dL). Hastada IgG4 ilişkili sklerozan mastit düşünüldü. Medikal onkoloji takibine devam eden ve remisyonda izlenen hastanın 1 yıl önce sol gözde proptozis ve görme bulanıklığı şikayeti ile başvurdu. Orbita BT'de sol superior rektus, superior oblik ve lateral rektus kaslarında enflamatuvar infiltrasyon görülen hastaya yapılan orbita biyopsi sonucunda IgG4 ilişkili hastalık ile uyumlu olarak lenfoplazmasiter infiltrasyon ve yoğun IgG4 (+) plazma hücreleri görüldü. Hastaya 0,5 mg/kg/gün oral metilprednizolon ve methotreksat 15 mg/hf başlandı. Oftalmolojik semptomlarında belirgin iyileşme olan hastanın steroid dozu kademeli olarak azaltılarak kesildi.

Sonuç: Burada IgG4 ilişkili hastalık ve çoklu malignitenin bir arada görüldüğü 2 nadir olguyu bildirmeyi amaçladık. Bu bağlamda genetik faktörler ve tümör supresör mekanizmalardaki defekt hastalık patogenezinde rol oynayabilir. IgG4 ilişkili hastalığı olan hastalarda tanı anında ve takibinde kanser taraması önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: IgG4 ilişkili hastalık, malignite, paraneoplastik sendrom

Fetal bradikardi ile tanı alan ve ek komplikasyon gelişmeden 34. haftaya ulaşan neonatal lupus olgusu: Olgu sunumu

Mustafa Cem Bülbül¹, Oğuz Çelebi¹, Elif Er Gülbezer²

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

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

Giriş: Neonatal lupus sendromu, annede bulunan otoantikörlerin fetüse geçmesi sonucu oluşan, sıklıkla kalp ve deri bulguları ile ortaya çıkan otoimmün bir hastalıktır. Anti-Ro ve La antikörleri ile ilişkilidir ve fetüste gelişen tam kalp bloğu hastalığının en ciddi komplikasyonudur. Neonatal lupus olgularında deksametazon, hidroksiklorokin, IVIG ve plazmaferez tedavileri kullanılabilir. Tam kalp bloğu düzelmeyen olgularda ise kalp pili implantasyonu gerekmektedir. Asemptomtomatik anne bebeğinde, fetal bradikardiyle fark edilen, IVIG tedavisiyle kalp yetmezliği gelişmeden 34. haftaya ulaşabilen, tam kalp bloklu neonatal lupus olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Bilinen kronik hastalığı olmayan 24 haftalık gebe (G1P0), izleminde fetal bradikardi (AV tam blok, ventriküler hız 57/dk) saptanması üzerine romatolojik olarak değerlendirildi. Annenin sorgulamasında romatolojik patoloji saptanmazken, testlerinde ANA+++ benekli, anti-Ro 52+++ , anti-Ro60+++ ve anti-La++ pozitifliği saptandı. Neonatal lupus sendromu tanısıyla, anneye deksametazon 2x1 mg ve hidroksiklorokin 2x200 mg başlandı. Tedavi altında fetal bradikardinin kötüleşmesi nedeniyle 0,4 mg/kg/gün IVIG, 5 gün süreyle uygulandı. Anne ve bebeğin yakın takip edildiği olguda, fetal bradikardide kötüleşme izlenmeden ve fetal kalp yetmezliği gelişmeden 34. haftaya ulaşıldı ve doğumdan sonra tam AV blok nedeniyle kalp pili takıldı.

Sonuç: Neonatal lupus sendromu, fetal bradikardi ve tam AV blokla birlikte ciddi morbidite ve mortaliteye yol açabilen otoimmün bir hastalıktır. Fetal kalp bloğunun yönetimi hala tartışmalı olup, konu hakkında net öneriler bulunmamaktadır. Annede bilinen otoantikörler varlığında süreç daha iyi yönetilebilirken, otoantikör varlığından habersiz olduğumuz durumda tanı çoğunlukla fetal kalp bloğu geliştikten sonra konmaktadır. Tam blok geliştikten sonra, geri dönüşünün mümkün olmadığı düşünülmekte, bu noktada da ek komplikasyonların önlenmesi kıymetli hale gelmektedir. Olgumuzda; konjestif kalp yetmezliği, aritmiler, tromboembolik olaylar ve ani intrauterin ölüm gibi komplikasyonlar olmadan 34. haftada sağlıklı doğum gerçekleştirilebilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Neonatal lupus, fetal bradikardi

İzole IgG4 ilişkili akciğer hastalığı: Nadir bir olgu

Sarvan Aghamuradov, Khadija Gudretli

Ege Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

Giriş: IgG4 ilişkili hastalık (IgG4-IH), hedef organlarda plazma hücrelerinin IgG4 ile önemli ölçüde infiltrasyonu ile karakterize bir otoimmün bozukluktur. Histolojik olarak, IgG4-IH, bir lenfoplazmasitik infiltrat, storiform fibroz, obliteratif flebit ve değişken doku eozinofili ile karakterizedir. Akciğer bulguları ağırlıklı olarak enflamatuvar psödötümör, interstisyel pnömoni, organize pnömoni ve lenfomatoid granülomatosis olarak ortaya çıkar. IgG4 ilişkili akciğer hastalığı (IgG4-IAH) nadir bildirilmekle beraber, izole akciğer tutulumu ile tespit edilmiş IgG4-IH son derece nadirdir. Bu nedenle sunulmayı uygun bulduk.

Olgu: Bilinen kroniki hastalığı, ilaç kullanma öyküsü ve belirgin şikayeti olmayan 53 yaşında kadın hastaya rastgele çekilen akciğer grafisinde şüpheli opasiteler saptandı. Torax BT'de: sol AC'de plevraya doğru uzanan 3,5 cm, sağ AC'de yaklaşık 1,5-2 cm civarında 2 adet nodül saptandı. Laboratuvarında biyokimya ve hemogram normaldi. Tümör belirteçleri (-). ESH: 52,6/sa, CRP: 14,5 mg/L (<5). PET-BT'de sol AC üst lobda 42x30 mm, suvmax 6,1, sağ AC'de büyüğü 24x16 mm ve SUV_{max} 3,5 olan nodüller saptandı. Akciğer tru-cut biyopsi: Malignite (-). Amiloid boyama (-). Lenfoplazmositer hücre infiltrasyonu:IHK çalışmada: CD 138 ile çok sayıda plazma hücre izlenmektedir. IgG4/IgG oranı %30. RF: 10,7 (0-18), ANCA IFA(-), IgG: 14,8 g/L (7-16), IgG4: 2,94 g/L (0-1,25). IgG4 ilişkili akciğer hastalığı düşünülen hastaya 32 mg/gün dozunda metilprednizolon tedavisi başlandı.

Sonuç: IgG4-IAH ilk olarak 2004 yılında bildirilmiştir. IgG4-IAH başlıca dört klinik pulmoner sendromdan oluşmaktadır: Enflamatuvar akciğer psödötümörü, merkezi hava yolu hastalığı, interstisyel pnömoni ve plörit. Akciğerdeki karakteristik radyolojik bulgular arasında nodüller, buzlu cam opasiteleri, alveolar ve interstisyel hastalık ve bronkovasküler demet kalınlaşması bulunur. Bizim olgumuzun doku biyopsisinde IgG4/IgG oranı tam olarak tanı kriterlerini karşılamasa da, diğer kriterlerin olması ve dışlama kriterlerinin olmaması sebebi ile muhtemel IgG4-IH tanısı konuldu. Daha önceki olgu bildirilerinde kortikosteroid (KS) tedavisine iyi yanıt sebebi ile hastaya KS tedavisi başlandı.

Anahtar Kelimeler: IgG4 ilişkili hastalık (IgG4-IH), IgG4 ilişkili akciğer hastalığı (IgG4-IAH), otoimmün hastalıklar



Resim 1. Toraks KT'de her iki akciğerde konsolidasyonlar

Disfaji ile prezente olan hasta: MDA-5 ilişkili dermatomyozit

Engin Çeşmeci^{1,2}, Gül Sandal Uzun³, Umut Kalyoncu³, Sedat Kiraz³

¹T.C. Sağlık Bakanlığı Düzce Yığılca İlçe Devlet Hastanesi, Düzce

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

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

Giriş: Dermatomyozit, kas iltihabına neden olan nadir bir durumdur. Simetrik proksimal kas güçsüzlüğü, deri döküntüsü ve özofagus disfonksiyonu ve interstiyel akciğer hastalığı gibi ekstra musküler belirtilerle kendini gösterebilir. Bu şikayetlerin tanınması klinisyenlere destek olsa da bu şikayetlerin diğer romatolojik hastalıklarda görülebilmesi ve patognomonik bulguların görülmediği varyantların varlığı hastalığın tanınmasını geciktirebilmektedir.

Olgu: Biz bu olguda uzun süreli ankilozan spondilit öyküsü mevcut olan bir hastada yutma güçlüğü ile prezente olan bir dermatomyozit olgusunu paylaşacağız. Bilinen 20 yıla yakın ankilozan spondilit öyküsü mevcut olan ve DMARD kullanmakta olan 54 yaşında erkek hasta 3 aydır devam etmekte olan yutma güçlüğü ve bu şikayete eşlik eden şekilde kilo kaybı olması üzerine dış merkezden tarafımıza refere edildi. Tarafımızca ilk değerlendirmesinde boyun bölgesinde hassasiyet ve boyun fleksiyonunda kısıtlılık görülen hastada derin boyun enfeksiyonunun dışlanması yönelik görüntüleme testleri planlandı. Derin boyun enfeksiyonu dışlanması sonrasında yutma testinde katı ve sıvı kıvamlı gıdalarda yutma hızının yavaşladığı görüldü. İlk değerlendirmesinde sağ dirsek proksimalinde ülsere karakterli palpasyonda ağrılı önkol hareketlerini kısıtlayan lezyon ve proksimal 4/5 kas güçsüzlüğü fark edildi. Geriye dönük sorgulandığında lezyonların 2 aya yakın süredir mevcut olduğu, palpasyon haricinde hastalık günlük yaşantısını kısıtlamadığı ve lezyon boyutunda belirgin değişiklik görülmediği öğrenildi. Ülsere lezyonlardan kas biyopsisi ve kas güçsüzlüğüne yönelik EMG değerlendirmesi planlanan hastanın kas biyopsi sonucu dev hücre reaksiyonu içeren iltihabi granülasyon dokusu ve nekroz ile birlikte aktif kronik enflamasyon bulguları izlenen çizgili kas dokusu olarak raporlandı. Kas biyopsi raporu sonrasında otoimmün miyozit paneli çalışılan hastaya romatoloji bölüm önerileri doğrultusunda 5 gün IVIG tedavisi ve sonrasında mikofenolat mofetil tedavisi planlandı. EMG sonucu belirgin duyu-motor etkilenimi olan aksonal sensorimotor polinöropati olarak raporlanması ve geniş miyozit panelinde MDA-5 pozitifliği görülmesi üzerine hasta klinik ve laboratuvar parametreleri eşliğinde MDA-5 ilişkili dermatomyozit ön tanısı ile takip edilmeye başlandı. Malignite değerlendirmelerinde deramatomyozite eşlik eden malignite görülmeyen hastada 5 gün ardışık IVIG tedavisi ve sonrasında MMF tedavisi ile yutma güçlüğü gerileyen ve kas güçsüzlüğünün 5-/5 düzeyine ilerlediği görülen hasta uzun dönem düşük doz prednizon tedavisi planlanarak taburculuğuna karar verildi.

Sonuç: Dermatomyozit sıklıkla malignitelere eşlik eden bir paraneoplastik sendrom olarak görülebilenin yanı sıra hastamızda olduğu gibi spontan olarak da ortaya çıkabilmektedir. Sıklıkla Uzak

Doğu popülasyonlarında görülen bir mutasyon olan MDA-5 pozitifliği hızlı ilerleyici amiyopatik kas güçsüzlüğü, akciğer bulguları ve yaygın deri/damar tutulu ile birlikte karakterize görülmektedir. Hastamızda erke dönemde deri bulguları ile oluşan şüphe doğrultusunda tanı koyulması ve erken tedavi başlanması hızlı ilerleyici tablonun ve olumsuz sonuçlarının önüne geçmiş olmuştur. Hastanın romatolojik hastalık öyküsünün olması ve malignite tablosunun olmaması dermatomyozit dışı hastalıklara yönelik düşündürücü olsa dahi hastanın klinik tablosunun bir bütün olarak değerlendirilmesi ve ayırıcı tanıda hastalıkların atipik prezentasyon gösterebileceği hususunda klinisyen olarak farkındalık önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Dermatomyositis, myositis, idiopathic inflammatory myopathies, MDA5

PS-256

Vaskülit ile karışabilen nadir bir durum; prolidaz enzim eksikliği

Hale Hilal Bozkurt¹, Merve Nazlı Bozer¹, Derya Yıldırım², Abdülsamet Erden², Hamit Küçük²

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

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

Giriş: Prolidaz enzim eksikliği, otozomal resesif, alt ekstremitelerde kronik, ağrılı, tedaviye dirençli deri lezyonları, ellerde ve yüzde telenjektazi, rekürren enfeksiyonlar, dismorfik yüz morfolojisi, mental retardasyon, organomegali, sitopeniler ile karakterize bir durumdur. Bu olgu sunumunda prolidaz enzim eksikliği ile takipli edilen 2 kardeş hastanın olgu sunumu yapılacaktır.

Olgu 1: Kırk iki yaş erkek hasta kliniğimize her iki ayak ve ayak bileğinde olan akıntılı ülsere lezyonlar ile başvurdu (Resim 1). On dört yaşında ayak, ayak bileği, bacaklarının ön ve arka yüzünde lokal başlayan giderek büyüyen ve derinleşen ağrılı ülseler nedeni ile tetkik edilirken prolidaz enzim eksikliği tanısı aldı. Ülselerin başlangıcında olan koyu renkli kötü kokulu akıntılar zamanla yerini deformatif skar dokulara bıraktı. Hastanın klinik yatışında vital bulguları stabildi. Tam kan sayımında anemi ve trombositopenisi, otoantikörlerinin negatif olduğu görüldü. Fizik muayenede yüzünde dismorfik olarak kız kardeşi ve teyzesi ile benzer olan görünüm olup ayırık ve küçük diş yapısı, hipertelorizm, kemer burun, sert damakta yarı, diz kapaklarında hiperkeratotik ve hiperpigmente alan gibi fenotipik özellikler dışında ek bulgu saptanmadı (Resim 2). Vaskülit ön tanısı ile çekilen anjiyografik tomografi görüntülerinde vasküler yapıda stenoz ya da anevrizma lehine bulgu saptanmadı. Alt ekstremitelerde MR görüntüsünde kronik osteomyelit saptanması ve doku kültürlerinde *P. aeruginosa* üremesi olması nedeni ile antibiyotik tedavisi planlandı.

Olgu 2: Olgu 1 ile benzer özelliklere sahip 40 yaş kadın hasta 14 yaşında prolidaz enzim eksikliği tanısı aldı. Olgu 1'den farklı olarak kadın hastanın alt ekstremitedeki lezyonlar eklem deformitesine sebep olmuş (Resim 1). Her iki ayak dorsumunda yaygın kötü kokulu pürülan akıntı ve deformite nedeni ile takip edilmeye başlanan hastanın alt ekstremitelerde MR görüntüsünde kronik

osteomyelit bulgusu ve doku kültüründe *P. aeruginosa* üremesi olması üzerine uygun süre antibiyotik alması planlandı.

Sonuç: Prolidaz enzimi hücre döngüsünde, enflamasyonda, anjiyogenez ve karsinogenezde kilit enzimdir; bu durum dermatolojik lezyonlar, dismorfik yüz bulguları, sitopeniler, rekürren enfeksiyonlar ile yakından ilişkilidir. Prolidaz enzim eksikliğinin tanısı eritrosit, lökosit, fibroblastlardaki düşük prolidaz enzim seviyelerinin ya da idrarda artmış prolin seviyesinin saptanması ile konur. Prolin içerikli oral destekler (supplementler), askorbik asit, hiperbarik oksijen tedavisi yara yeri iyileşmesine katkıda bulunabilir. Aferez ve kemik iliği transplantasyonu ile enzim replasman tedavileri yapılabilir fakat henüz kanıtlanmış tedavi yöntemleri arasında değildir.

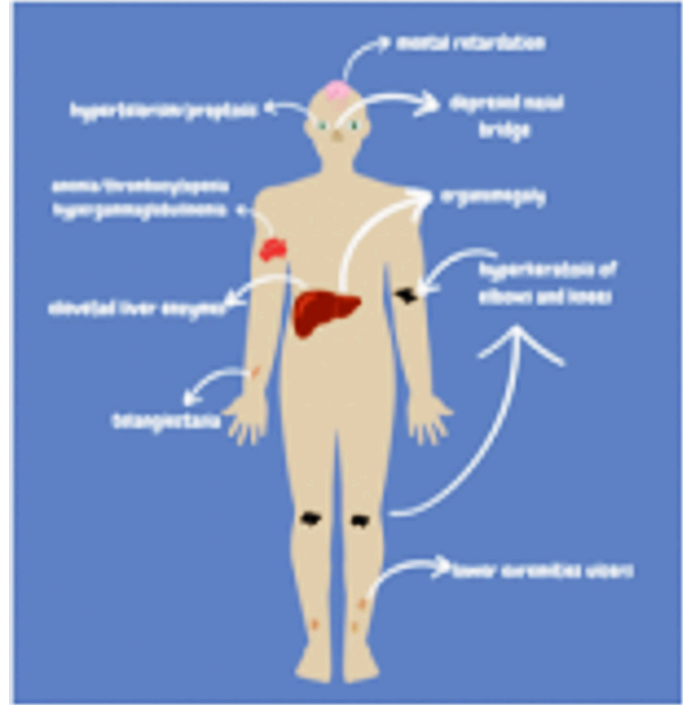
Anahtar Kelimeler: Prolidaz enzim eksikliği, alt ekstremitte ülseri



Resim 1. İki hastada da benzer görünümde olan alt ekstremitelerde ülserler, skar doku ve deformasyon



Resim 2. Dismorfik yüz bulguları



Resim 3. Prolidaz bulguları

PS-257

Kalsiyum pirofosfat dihidrat hastalığı maligniteye sekunder gelişebilir

Ruveyda Sak İnal, Hakan Apaydın, Melih Pamukçu

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

Giriş: Kalsiyum pirofosfat hastalığı, kalsiyum pirofosfat dihidrat (CPPD) kristallerinin eklem (özellikle fibrokartilaj ve hiyalin kırkıdak) ve eklem çevresindeki yumuşak dokularda birikmesi ile seyreden, genellikle yaşlı popülasyonu etkileyen enflamatuvar bir artropatidir. Klinik pratikte asemptomatik olabileceği gibi akut ve kronik olarak da karşımıza çıkabilir. Eklem tutulumları monoartiküler, oligoartiküler, migratuar, aditif ve poliartiküler şekilde olabilir. Tutulum sıklıkla diz, el ve ayak bileği gibi büyük eklemlerde olur ancak diğer eklemleri de etkileyebilir. Tanı klinik, radyografik/laboratuvar bulgulardan şüphelenilerek konulur. Kesin tanı için sinovyal sıvıda zayıf çift kırılımlı rod veya romboid CPPD kristallerinin gösterilmesi gerekir. Bu olgu sunumunda akut poliartrit kliniği ile başvuran ve alta yatan primer hastalık olarak malignite saptanan olguyu sunuyoruz.

Olgu: Altmış sekiz yaşında kadın hasta kliniğimize 3-4 aydır her iki dizde ve sağ el bileğinde olan şişlik şikayeti ile başvurdu. Hastanın sistem sorgulamasında özellik yoktu. Özgeçmişinde diyabetes mellitus tanısı olup metformin kullanıyordu. Fizik muayenede: Sağ el 2-3-4. metakarpofarengal eklemlerde, sağ el bileğinde ve sağ ayak bileğinde artrit bulguları mevcuttu. Sağ dirsekte fleksiyon kontraktürü ve sıcaklık artışı vardı. Sağ faber ağırlı ve kısıtlı, sol dizde krepitasyon mevcuttu. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde sedimentasyon 73 mm/h (0-20), CRP: 150 mg/L (0-5), ferritin: 361, ANA, romatoid faktör ve anti-CCP

negatif saptandı. Prokalsitonin değeri normal aralıktaydı. Hastaya reaktif artrit, CPPD, paraneoplastik artrit ve undiferansiye artrit ön tanıları ile ileri tetkikler planlandı. Direkt grafilerde her iki diz, el bilekleri ve MKF eklemlerde kondrokalsinozis ile uyumlu görüntüler izlendi (Şekil 1). Eşlik edebilecek maligniteler için tarama tetkikleri planlandı. Çekilen toraks bt de sol akciğer üst lobta 16 x 15 mm boyutlarında spiküler uzanım izlenen solid nodül, sağda plevral mayi ve 3. kosta lateralinde 43 x 25 mm boyutlarında kostada ekspansiyon ve yaygın destruksiyona neden olan lezyon izlendi. Yapılan pet bt görüntülemesinde sol akciğer üst lobta yer alan spikule uzanımlı nodülde belirgin F-18 FDG tutulumu izlenmezken, mediastende özellikle sağ paratrekeal alanda artmış F-18 FDG tutulumlu, hipermetabolik lenfadenopatiler izlendi. Sol meme dış kadranda artmış F-18 FDG tutulumlu yaklaşık 13 mm çapında hipermetabolik yumuşak doku lezyonu (primer tümör? metastaz? lenf nodu?) ve iskelet sisteminde de artmış FDG tutulumlu multipl hipermetabolik litik lezyonlar mevcuttu (Şekil 2). Hastanın sağ plevral mayisinden yapılan örneklemede enfeksiyon ve tüberküloz tanıları dışlandı. Sağ akciğerdeki plevral tabanlı kitleden yapılan tru-cut biyopsi, akciğer adenokarsinomu; memeden yapılan biyopsi ise invaziv duktal karsinom olarak rapor

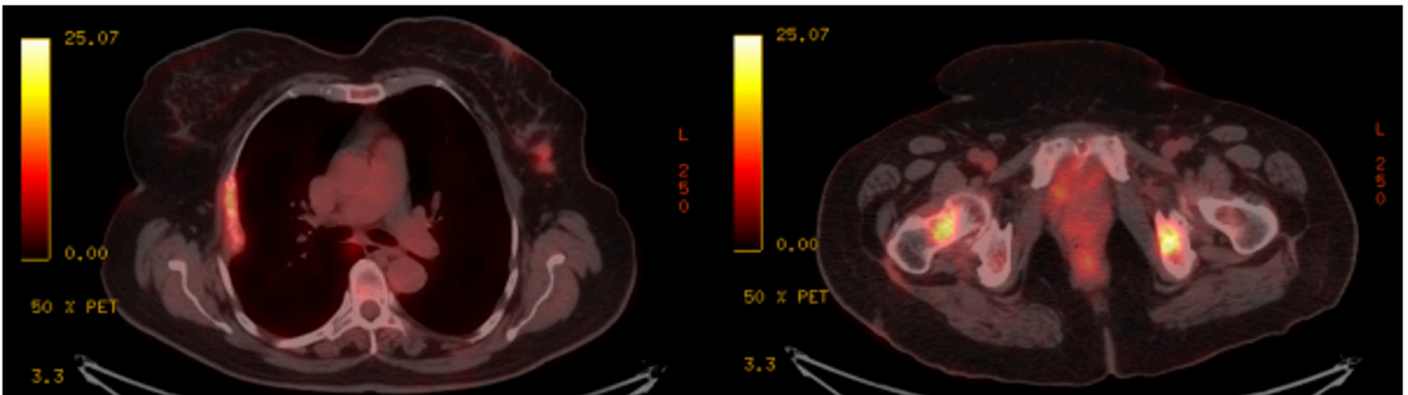
edildi. Hasta metastatik akciğer adenokarsinomu, meme invaziv duktal karsinomu ve bunlara sekonder CPPD artropatisi olarak düşünüldü. Hastanın artritine yönelik olarak kolşisin 2x1 tablet/gün ve prednizolon 10 mg/gün başlandı. Artrit semptomları geriledi ve akut faz reaktanları normale döndü. Malignitesine yönelik planlanan KT ve RT tedavilerini almakta olan hasta şu anda romatolojik açıdan remisyonda seyretilmekte olup, kolşisin 1x1 tedavisini almaya devam etmektedir.

Sonuç: CPPD artropatisi genellikle 60 yaşın üzerindeki hastalarda bulunur ve gelişimi için ilerleyen yaş birincil risk faktörüdür. Primer hiperparatiroidizm, hemokromatozis, hipomagnezemi, hipofosfatemi gibi birçok metabolik durum ve etkilenen eklemlerde osteoartrit gibi durumlar da CPPD artropatisi gelişme riskini artırır. Bahsedilen faktörlere ek olarak CPPD artropatisinin nadiren de olsa malign hastalıkların seyrinde de görülebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kondrokalsinozis, artrit, akciğer adenokarsinomu



Şekil 1.



Şekil 2.

Romatoid artritte takipte saptanan lenfoma olgusu

Burcuğül Kaya, Abdülsamet Erden

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ankara

Giriş: Romatoid artritli hastalarda lenfoma gelişme riski genel popülasyona göre daha yüksektir. Non-Hodgkin lenfoma bu hastalarda Hodgkin lenfomadan daha sık görülür ve diffüz büyük B hücreli lenfoma en sık gözlenen alt tiptir. RA'da lenfomanın klinik seyri sıklıkla agresif olmasına rağmen, bu olgulardaki prognoz genel popülasyondakine benzerdir.

Olgu: Üç yıl önce eklem ağrısı ve sabah tutukluğu gelişen, bağ doku hastalığı bulgusu olmayıp akut faz reaktanları yüksek olan 64 yaşında kadın hastada ANA, RF ve anti-CCP antikorları negatif saptanmış olup dış merkezde seronegatif romatoid artrit tanısı kondu. Farklı dönemlerde methotreksat, leflunamid, hidroksiklorokin, metilprednisolon ve azatiopurin kullanıldı. Takibinde eklem ağrıları gerileyen hastanın anemisi derinleşmiş ve akut faz reaktanları tedrici olarak artmıştı. Tanı zamanında mamografi, kadın doğum muayenesi ve torakoabdominal BT'de malignite bulgusu saptanmayan hastaya kontrol görüntüleme tetkikleri yapıldığında hepatomegali, reaktif karakterde mediastinal LAP, perikardiyal ve plevral effüzyon saptandı. Effüzyon örneği eksuda olarak değerlendirildi. Pansitopenisi de gelişmesi üzerine yapılan kemik iliği biyopsisi hipersellüler olarak rapor edildi. Sitopenileri azatiopurin ile ilişkili bulunup ilacı kesildi. Steroid dozu artırıldı. Bu aşamada halsizlik, kas güçsüzlüğü ile tarafımıza başvuran ve yalnızca metilprednisolon kullanan hastada muayenede epitrokleal, aksiller lenfadenomegaliler, bisitopeni ve 10 katın üzerinde CRP yüksekliği olması üzerine etiyoloji araştırılması amacıyla servise interne edildi. Klinik olarak aktif enfeksiyon bulgusu olmayan, ancak geçmişte mediastinal LAP ve effüzyon öyküleri olan hastanın kontrolünde effüzyon ve mediastinal LAP'lerin gerilediği saptandı. EMG'de miyopati ya da nöropati bulgusu yoktu. CK normaldi. Hastanın LDH sonucu 2.000'di. Epitrokleal ve aksiller bölgedeki LAP'ler meme USG ve mamografi ile birlikte değerlendirildi. Hastanın görüntülemelerinde sağ aksiller bölgede kalın septasyonlar ve solid elemanlar içeren "ileri derecede şüpheli" kompleks kistik lezyon, sol memede bir adet vaskülarizasyon gösteren solid eleman içeren kompleks kistik lezyon saptandı ve lezyonlardan biyopsi alındı. Her iki biyopsi sonucu da diffüz büyük B hücreli lenfoma ile uyumlu bulundu.

Sonuç: İleri yaş popülasyonda artrit ve artralji ile başvuran hastalarda paraneoplastik durumlar ve malignite akılda bulundurulması gereken olgulardır. Yeni tanı hastada yaşa uygun malignite taraması ve özellikle seronegatif olgularda hastaların yeni gelişebilecek semptomlar ve muayene bulguları açısından kontrolleri önem arz etmektedir. Bu olgu, tanı zamanı malignite taramasında patoloji saptanmayan bir romatoid artrit olgusunun takipte değişen klinik ve laboratuvar bulguları ile muayenede saptanan lenfadenomegali de olması üzerine tekrar değerlendirilmesi sonucu lenfoma tanısı alması ve bu olgularda malignite açısından her zamanda tetikte olunmasını vurgulamak amacıyla hazırlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, lenfoma, lenfadenomegali

Acil trakeostomiye giden subglottik stenozlu granülomatöz polianjitis olgusu

Muhammet Emin Kutu, Selda Çelik

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Subglottik stenoz, granülomatöz polianjitis (GPA) hastaların %8-23 kadarında görülebilen ciddi bir trakeabronşiyal bulgudur. Hayatı tehdit edici olabildiğinden ve diğer organlarda hastalık aktivasyonu olmadan da gelişebildiğinden erken tanınması yüksek şüphe ile akla getirilmeyi gerektirmekte ve acil tedavisi hayat kurtarıcı olmaktadır.

Olgu: Pulmono-renal tutulumlu GPA tanısı alan ve siklofosfamid tedavisine rağmen aktif seyrettiği için Ağustos 2021'de ilk kür 2 doz rituksimab tedavisi verilen hasta, kasım 2021'de 2. doz COVID-19 mRNA aşısından 3 hafta sonra dispne, ses kısıklığı ve yeni gelişen stridor şikayeti ile başvurdu. Sedim, CRP, renal fonksiyonlar ve idrar tahlili normal sınırlar içindeydi. Anti-proteinaz-3 değeri 17 Ü (N <5) saptandı. Toraks BT'de eski bulgularında progresyon yoktu. Boyun BT ve MR incelemesinde anlamlı bulgu yoktu ancak laringoskopide subglottik bölgede ileri derecede darlık gözlemlendi. Subglottik stenozla seyreden aktif laringeal tutulum ve hastalık aktivasyonu düşünülerek 400 mg/kg 5 gün IVIG ve 3 gün 1 gr/gün intravenöz metil prednisolon verildi ve ardından 1 mg/kg/gün prednisolon tedavisi ile devam edildi. Rituksimab tedavisinin 2. kürü bir önceki dozdan 4 ay kadar sonra olmak üzere öne çekildi ve 2 hafta ara ile 1 gr olarak verildi. Tedavi sonrası laringoskopik incelemede darlıkta anlamlı bir değişiklik olmamakla birlikte, klinik rahatlamaya sağlanmıştı. Hasta yoğun immüno-supresif tedavisinin devamı ile kulak burun boğaz ve romatoloji kliniğimizde yakın takibe alındı. Takiplerinde ani gelişen dispne ve stridorunda artış olması üzerine acil servise başvuran hastaya acil trakeostomi açıldı ve takip açısından yatırıldı.

Sonuç: GPA olgularının subglottik stenoz dahil hastalık alevlenmeleri açısından yakın takip edilmeleri gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Granülomatöz polianjitis, subglottik stenoz

Ailesel Akdeniz ateşine eşlik eden enfekte sakroileit olgusu

Zübeyde Uğurlu, Atalay Doğru, Mehmet Şahin

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Isparta

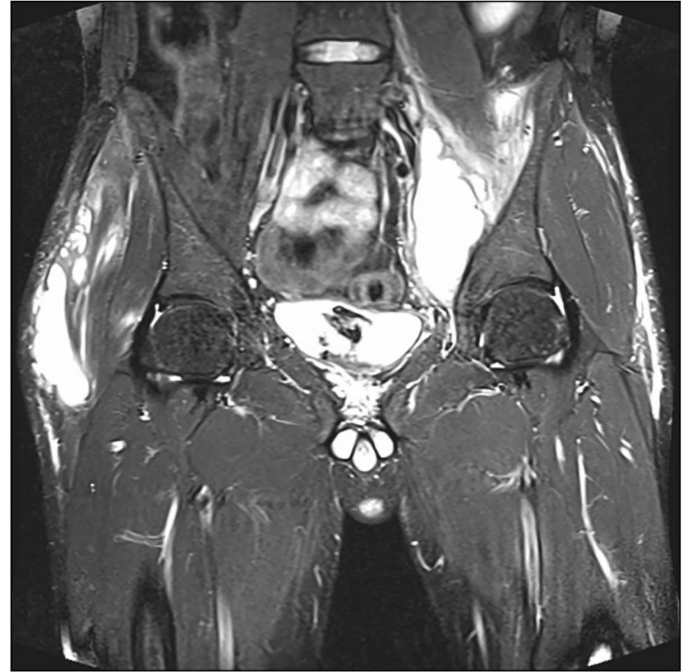
Giriş: Ailesel Akdeniz ateşi (AAA), serozit ve tekrarlayan ateş atakları ile karakterize, otozomal resesif oto-enflamatuvar bir hastalıktır. Tedavi edilmeyen hastalarda böbrek yetmezliği ve buna bağlı morbidite ve mortalite ile sonuçlanan AA tipi amiloidoz gelişebilir. Alt ekstremitelerin büyük eklemlerinin kendi kendini sınırlayan monoartriti, AAA'da kas-iskelet tutulumunun en yaygın özelliklerinden biridir. Ancak bazı hastalarda yüzde beş oranında

sakroileit görülebilir. Bu çalışmada da AAA'ye eşlik eden enfektif sakroileit ve piyojenik apse olgusu sunulmaktadır.

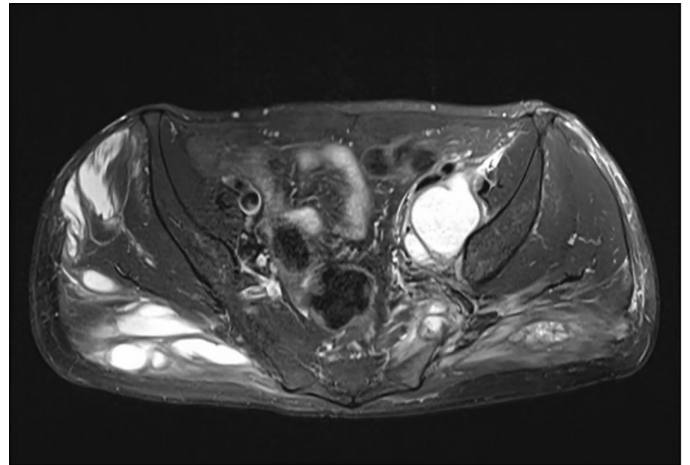
Olgu: Bilinen beş yıldır FMF ile takipli yirmi dokuz yaşında erkek hasta hasta tarafımıza şiddetli kalça ağrısı ile başvurdu. Hastanın düzenli olarak 3 mg/gün kolşisin kullanımı altında karın ağrısı ve ateş atakları devam etmekteydi. Hastanın maksimum doz altında atakları devam ettiği için, hastaya anakinra tedavisi planlandı. Bu dönemde hastanın son üç aydır olan günlük aktivitelerini kısıtlayan on üzerinden sekiz şiddetinde kalça ve bel ağrısı mevcuttu. Hasta bu şikayetlerle beyin cerrahi polikliniğine başvurdu. Çekilen lomber ve sakroiliak manyetik rezonans görüntüleme (MR) diskopati ve sakroiliak eklemden yaygın ödematöz sakroileit ile uyumlu görüntü tespit edildi. Tespit edilen diskopati mevcut kliniği açıklamaması üzerine sakroileit nedeniyle tarafımıza yönlendirildi. Hastanın iki haftalık non-steroid anti enflamatuvar tedavi ve depo steroid intramusküler tedavisine rağmen şikayetleri gerilemedi. Hastanın bu şikayetleri nedeniyle AAA eşliğinde sakroileit ön tanılarıyla yatışı yapıldı. Hastanın yapılan fizik muayenesinde şiddetli kalça ağrısı mevcut olup romatolojik muayeneye koopere olamadı. İncelemede sol gluteus maksimus ve uyluk üst tarafında kenarları keskin kızamık yaklaşık 5x4x6 cm boyutunda bir döküntü ve ısı artışı mevcuttu. Palpasyonda femur lateralinde ağrısı mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde biyokimya değerleri normal aralıkta, beyaz küre (12.300/mm³), nötrofil (10.000/mm³), eritrosit sedimentasyon hızı 75 mm/saat ve c-reaktif protein (CRP: 121 mg/dL) yüksekti. Hastanın her iki gluteus maksimus bölgesine yüzeysel doku ultrasonunda sol gluteal bölgede kas içinde yaklaşık 26x54 mm boyutlarında yoğun içerikli koleksiyon alanı ve büyüğü solda 20x40 mm boyutlarında olmak üzere her iki gluteal bölgede kas içi yaygın yoğun içerikli koleksiyon alanı saptandı. Hastaya çekilen pelvik MR görüntüleme sol enfekte sakroileit ve eşlik eden sağ gluteus maksimus ve iliak kanatlara kadar ulaşan apse görünümü saptandı (Resim 1-2). Hasta ortopedi tarafından acil cerrahi operasyona alındı. Cerrahi sırasında yaklaşık 50-60 cc miktarda püri karakterinde sıvı boşaltıldı. Cerrahi sonrasında intravenöz antibiyoterapiye devam edildi. Hastanın kontrol görüntülemesinde rezidü apse ve 1 cm boyutunda yeni apse görünümü saptandı. Hasta girişimsel radyoloji tarafından değerlendirildi ancak apse ulaşılabilir lokalizasyonda değildi. Hasta antibiyoterapi altında takip ediliyor. Kontrolde hastanın kliniği geriledi.

Sonuç: AAA ile takipli hastamızda kalça ağrısı görüldüğünde öncelikle ilk önce AAA eşliğinde gelişen sakroileit akla gelmektedir. Ancak yapılan ayrıntılı tetkikler neticesinde enflamatuvar sakroileit değil enfekte sakroileit olduğunu ve bu duruma yaygın apse formasyonunun eşlik ettiğini saptadık. Bu olgu da görüldüğü üzere hastanın anamnezi ve fizik muayenesi, hastanın tanısı net olsa bile tekrar gözden geçirilmeli ve hastanın şikayetleri ayrıntılı olarak dinlenilerek uygun tetkikler mutlaka istenmelidir. AAA eşliğinde enfekte sakroileit ve piyojenik apse olabileceği de akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ailesel Akdeniz ateşi, sakroileit, piyojenik apse



Resim 1.



Resim 2.

Ailesel Akdeniz ateşi ve multipl skleroz birlikteliği: Olgu sunumu

Betül Dikkanoğlu Demirok, Duygu Temiz Karadağ, Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli

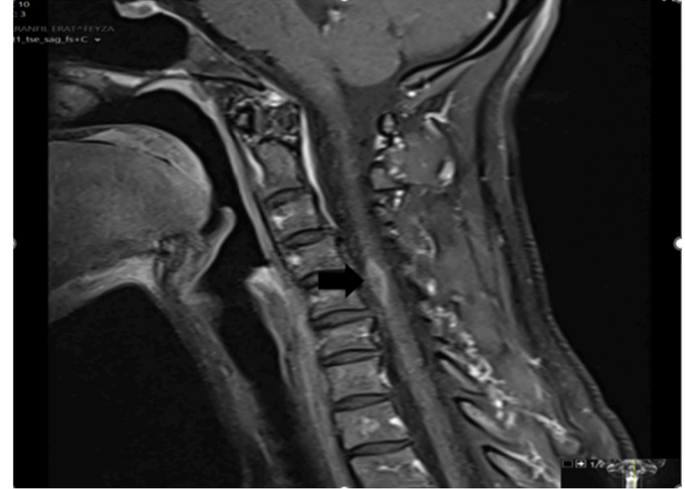
Giriş: Ailevi Akdeniz ateşi (AAA) akut, tekrarlayan kendi kendini sınırlayan ateş ve serozit ataklarıyla karakterize, genetik, otoenflamatuvar bir hastalıktır. AAA 16. kromozomun kısa kolunda yer alan *MEFV* (pyrin) geni ile otozomal resesif geçiş gösterir. Multipl skleroz (MS) genetik ve çevresel faktörlerin etkin olduğu santral sinir sisteminin kronik, nörodejeneratif, otoimmün, demiyelinizan bir hastalıktır. Yapılan çalışmalar AAA hastalarında genel popülasyona göre kıyaslandığında MS sıklığının 2-4 kat arttığını göstermiştir. FMF tanısı ile takip edilirken multipl skleroz tanısı konulan bir olguyu sunuyoruz.

Olgu: Yirmi sekiz yaşında kadın hasta 2-3 gün sürüp geçen aralıklı ayak bileklerinde ağrı ve şişlik şikayeti ile Romatoloji Polikliniğimize başvurdu. Hastanın ayak bileğindeki ağrı ile birlikte ara ara subfebril ateşi olmaktadır. Bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan hastanın ilk kez 16 yıl önce ayak bileğinde şişlik, ağrı ve kızarıklık şikayeti olmuş ve selülit tanısı konulup antibiyotik tedavisi verilmiş. Hastanın fizik muayenesinde ve sistem sorgusunda özellik yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde otoantiklorları (RF, anti-CCP, ANA, ENA, anti-dsDNA) negatif saptandı. Akut faz belirteçleri normal sınırlardaydı. Biyokimyasal testleri ve hemogramında anormal bulgu yoktu. Bel ağrısı şikayeti ile çekilen sakroiliak grafisi ve MR normal geldi. Hastanın memleketinin Bilecik olması, soy geçmişi annesinde ve kız kardeşinde AAA saptanması üzerine AAA gen mutasyonu istendi. AAA gen mutasyonu M694V heterozigot saptandı. Tekrarlayan artrit atakları, öyküsünde erizipel benzeri eritem ve gen mutasyonu (M694V heterozigot) sonucu anlamlı olması üzerine hastaya AAA tanısı konuldu. Kolşisin tedavisi (3x1/gün) başlandı. Takiplerinde kolşisine bağlı ishal şikayeti olması nedeniyle kolşisin licraya geçildi. Kolşisin tedavisi altında tekrarlayan artritleri olmayan hasta yaklaşık 1 yıl sonra bacaklarda uyuşma şikayeti başlaması üzerine Nöroloji Polikliniğine başvurdu. Kranial MR'de C4-C5 servikal vertebra ve her iki hemisferde MS ile uyumlu demiyelinizan plaklar saptanması nedeniyle MS tanısı konuldu. (MR görüntüsü-1,2) 5 gün 1g/gün IV pulse metilprednizolon tedavisi başlandı ve devamında dimetil fumarat ile takip edildi. Hastanın takiplerinde AAA atağı olmadı ve MS açısından stabil seyretti.

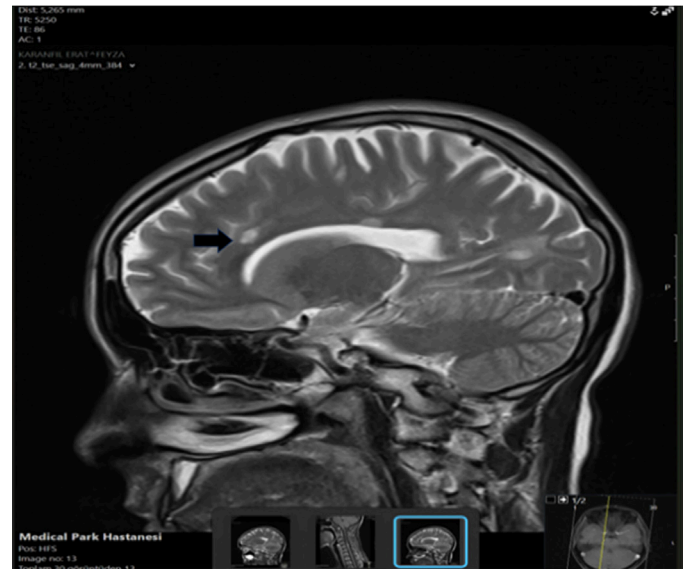
Sonuç: AAA hastalarında MS sıklığını gösteren birçok çalışma bulunmaktadır. Genel olarak AAA hastalarında MS sıklığının 2-4 kat arttığı bildirilmiş olmakla birlikte MS hastalarında AAA mutasyonunun normal popülasyona göre daha sık görüldüğünü bildiren çalışmalar mevcuttur. AAA hastalarında MS sıklığının sebebinin açıklamak mümkün olmasa da her iki hastalığın patofizyolojisinde IL-1 yolağının rol aldığı bilinmektedir. Alpayıcı ve ark.'nın yapmış olduğu bir çalışmada AAA'da ateş atakları nedeniyle atak esnasında oluşan yüksek ısının kan beyin bariyerinin bozulmasına, miyelin ve mitokondri protein hasarına yol açmasına ve tüm bunlar nedeniyle miyelinizasyondaki protein hasarına ve demiyelinizasyona sebep olabileceği belirtilmiştir. Özellikle

düzenli kolşisin kullanmayan AAA hastalarında MS bulgularının ortaya çıkabileceği öne sürülmüştür. AAA ve MS patofizyolojik ilişkisi halen tartışılmakla birlikte nörolojik bulguları olan AAA hastalarında ayırıcı tanıda MS'in akılda tutulması yararlıdır.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz ateşi, multipl sclerosis



Resim 1. MR görüntüsü 1



Resim 2. MR görüntüsü 2

Nekrotizan diskoid lupus volgusu

Sevil Yiğit

Bilecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bilecik

Giriş: Diskoid lupus eritematozis (DLE) kronik, otoimmün bir deri hastalığıdır. Genellikle kadınlarda, 20-40 yaşları arasında ortaya çıkar; yüz, kafa derisi ve kulağı etkiler. Bu yazıda lokalize DLE'si bulunan 38 yaşında bir kadın hasta sunulmaktadır.

Olgu: Otuz sekiz yaşında bir kadın hasta sırtında, bacaklarda akıntılı yaralar nedeniyle tarafımıza başvurdu. Hasta daha önce oral antibiyotik kullanmıştı, ancak yakınması geçmemişti. Sistemik hastalık öyküsü yoktu. İlaç kullanım öyküsü yoktu. Ailede öyküsü doğaldı. Laboratuvar tetkiklerinden hemogram, rutin biyokimya, sedimentasyon, tam idrar tetkiki, normal sınırlardaydı. Hastanın muayene bulguları alt ekstremitelerde ve sırtta en büyüğü 2x3 cm, iyi sınırlı akıntılı nekrotize açık yaralar mevcuttu. Tanı için biyopsi yapıldı: Deri eklerini ve vasküler elemanları da çevreleyen diffüz karakterli yoğun ve matür lenfositlerin hakim olduğu kronik enflamatuvar infiltrasyon vardı. Direkt immünofloresan incelemede özellik saptanmadı. Örneklenen alanlarda granülomatöz reaksiyon lehine bulgular mevcut değildir. Vasküler elemanlarda endotelial hasar bulguları ve damar dışı eritrositler mevcut değildir, enflamatuvar hücrelerin deri ekleri çevresinde yoğunlaşması; ön tanılardan DLE olasılığını destekler niteliktedir şeklinde raporlanmıştı. Rutin hemogram, kan biyokimya incelemeleri ve eritrosit sedimentasyon hızı normaldi. Serolojik incelemede CD3, CD4, CDS, CD19, CD4/CD8 düzeyleri normaldi. CRP ve RF negatifti. ANA ve diğer antikorlar (anti-ds DNA, anti-SS-A, anti-SS-E) negatifti. Sistemik incelemede böbrek tutulumu yoktu ve SLE bulguları saptanmadı. Prednol 64 mg başlandı ve azaltılarak devam edildi. Seftriakson 2x1 gr eklendi. Tekrarlayan oral aft öyküsü olan hastaya yapılan Paterji testi negatifti. Deltacortril idamede 25 mg'ye kadar düşürüldü. Lezyonları gerileyen iyileşme eğiliminde olan hasta taburcu edildi.

Sonuç: Diskoid lupus eritematoziste lezyonlar lokalize veya yaygın olabilir. Yaygın DLE'nin %20'si, lokal DLE'lerin %5'i SLE'ye ilerler. DLE olgularında kalıcı skar nedeniyle ciddi morbidite oluşma riski de bulunmaktadır. Bizim olgumuzda da nekrotizan yaralar DLE için sıklıkla karşılaşılan lezyonlardan değildir. Olgumuz erken dönem teşhis alıp tedaviye iyi yanıt verdiği için herhangi bir komplikasyon gelişmemiştir. Diskoid lupus eritematozis genellikle selim bir seyir göstermesine rağmen nekroze gidebileceği ve hastaların bir bölümünde SLE gelişebileceğinden; hastalar olası SLE açısından uzun süre izlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Diskoid lupus, nekroz, skar



Resim 1. Nekrotizan yaralar

PS-263

Romatoid artrit eqlik eden IgG4 ilişkili hastalık olgusu

Çetin Ergül¹, Burak Okyar², Esen Saba Öktem², Fatih Yıldız², Gözde Yıldırım Çetin²

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

Giriş: İmmünooglobulin G4 ile ilişkili hastalık (IgG4-RD), yaklaşık insidansı 100.000'de 1'den düşük olan sistemik fibroenflamatuvar bir patolojik durumdur. IgG4-RD vücutta her organı etkileyebilir. Romatoid artrit (RA) Dünya nüfusunun %1'inde görülebilen, dünya çapında en sık görülen enflamatuvar artritdir.

Olgu: Kırk üç yaşında kadın hasta, 26 yıl önce poliartrit olması, akut faz yüksekliği ve antikor pozitifliği nedeni ile hastaya RA tanısı konularak prednizolon ve metotreksat (MTX) başlanmıştır. Yeterli yanıt alınmayınca sırası ile etanercept, adalimumab, golimumab, infliksimab, abatacept vb biyolojik ajanlar verilmiştir. Tedaviye dirençli kabul edilerek tocilizumab ve rituksimab (RTX) tedavisi de uygulanmıştır. Parenteral kortikosteroid'e klinik yanıtı çok daha iyi olan hastada RA'ya bağlı eklem deformiteleri mevcuttu (Resim 1). Akciğer grafisinde nodülü saptanan hastaya çekilen toraks BT'de: "Her iki aksiller bölgede multipl lenf nodları, sağ akciğer de büyüğü 3,5 mm çapta iki adet parankimal solid nodül, sağ akciğer üst lob posterior ve alt lob süperiorda periferik plevral alanlarda çizgisel dansite artımları ve eşlik eden buzlu cam şeklinde dansite alanları, sağ akciğer de subplevral nodül izlendiği" belirtildi (Resim 2). Yapılan diğer tetkiklerde; malignite, parasiter ve mantar enfeksiyonu hastalıkları, vaskülitlere yönelik herhangi bir patolojiye rastlanılmadı. IgG4 düzeyi 3,47 mg/dL (üst sınırı 1,25), immünooglobulin E (IgE) düzeyi 1.680 IU/mL eozinofili %59,5 (%2-4) idi (Tablo 1). Kompleman C3: 0,84 mg/dL, C4: 0,073'idi. ANA, p-ANCA ve c-ANCA normal saptandı. Protein elektroforezinde gama bandı %31,6 idi. Hipereozinofili, yüksek serum IgE düzeyi, kompleman düşüklüğü, serum IgG4 düzeyi yüksekliği, hipergamaglobülinemi, tipik akciğer tutulumları ve

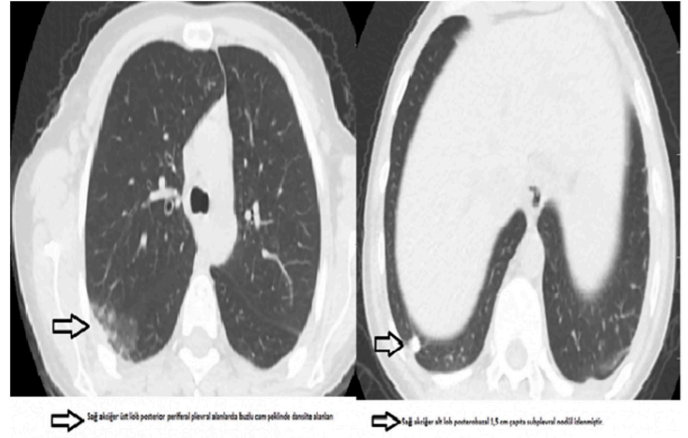
lenfadenopatileri olması üzerine IgG4-RD olabileceği düşünüldü. Lenf nodu ekszyonel biyopsi yapıldı. Eozinofillerin eşlik ettiği IgG4 ile pozitif boyanan plazma hücrelerinin yoğun varlığı nedeniyle histomorfolojik bulgular “IgG4 ilişkili hastalık” lehine yorumlandı (Resim 3). Serum IgG4 düzeyi yüksek, LAP biyopsisi IgG4-RD ile uyumlu, klinik bulguları olması ve BT bulguları da IgG4-RD ile uyumlu olması sonucunda IgG4-RD olarak kabul edildi. RTX tedavisi sonrası allerjik reaksiyon gelişen hastaya mepolizumab 300 mg ayda bir tedavisi verildi. Mepolizumab tedavisi sonrası klinik olarak yanıt elde edilen hastanın hipereozinofilisinin RA aktivasyonu olduğu dönemlerde artması, hipereozinofilik sendromlardan ziyade hipereozinofilinin IgG4-RD için uyarıcı bir bulgu olduğunu düşündürmektedir. IgG4-RD’de görülen; lenfadenopati, eozinofili özellikle yüksek hastalık aktiviteleri ile ilişkili bir fenotipi oluşturmaktadır.

Sonuç: IgG4-RD’de tek başına patolojik bulgular tanı koymada yeterli değildir, klinik, laboratuvar ve patolojik bulgular multisistemik olarak değerlendirilmelidir. IgG4-RD oldukça nadir görülen bir hastalık olup RA gibi enflamatuvar romatolojik hastalıklara eşlik edebilir.

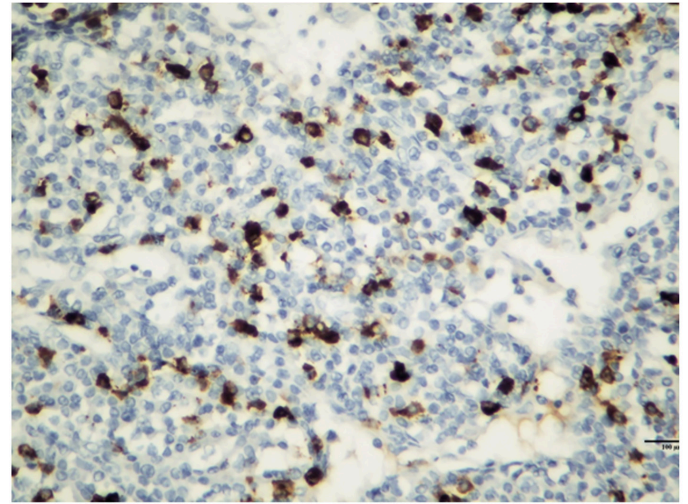
Anahtar Kelimeler: İmmünoglobulin G4-related disease, romatoid artrit, plazma cells



Resim 1.



Resim 2. Buzlu cam alanları ve subplevral nodül



Resim 3. Yoğun IgG4 (+) plazma hücreleri (IgG4 immünohistokimyasal boyama)

PS-264

Eşlik eden eozinofili ve Ig A nefropatisi olan romatoid artrit olgusu

Nurhan Güven, Bledjan Çuni, İsmihan Sunar, Şebnem Ataman

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Romatoid artrit (RA) primer olarak synovial eklemleri etkileyen kronik otoimmün bir hastalıktır. Özellikle seropozitif hastalarda ve şiddetli hastalıkta ekstraartiküler tutulumlar olabilmektedir. Biz de bu olgumuzda yaygın romatoid nodülleri, hastalık aktivasyonuna eşlik eden kronik eozinofilisi ve immünoglobulin A (Ig A) nefropatisi olan bir hastayı sunmak istedik.

Olgu: Otuz iki yıldır seropozitif RA tanısıyla takipli 61 yaş erkek hasta kliniğimize başvurdu. Ek olarak kalp yetmezliği ve hipertansiyonu mevcuttu tanıları vardı. Daha önce sülfasalazin, metotreksat, hidroksiklorokin ve uzun süreli düşük doz kortikosteroid tedavisi almış, 2 yıl önce sertolizumab tedavisi başlanmış ve sekonder yanıtsızlık nedeniyle kesilmişti. Eski tetkikleri incelendiğinde 3 yıldır devam eden eozinofilisi olan ve eklemleri aktif olan

hasta tetkik ve tedavi amaçlı romatoloji servisine yatırıldı. Fizik muayenede ellerde ve ayaklarda kronik RA tutulumları vardı. Bilateral metakarpofalangeal (MKP) eklemlerde şişlik hassasiyet mevcuttu. Hastanın ekstansör bölgelerde olekranonda MKP, PİP eklemlerde ve ayakta yaygın romatoid nodülleri mevcuttu. Hastanın ayak ultrasonunda aşil tendonu üzerinde romatoid nodül ile uyumlu görüntü mevcuttu (Resim 1). Akciğer bazallerde solunum sesleri azalmıştı. Laboratuvar tetkiklerinde Hb 11,3 mg/dL, BK 7680, eozinofil 3900, trombosit 132000, TİT'de 6 eritrosit 2 lökosit 1+protein mevcuttu. İdrar kültüründe üreme olmadı, 24 saatlik protein 666 gr, ESR 41 mm/st, CRP 28 g/L, RF 34, ccp 2248, ANA -, ANCA -, Ig G 21 olarak sonuçlandı. Eozinofili yönünden bakılan parazit taramaları ve allerji taramaları negatifti. Kemik iliği biyopsisi %60 selülarite eozinofil lökositlerde artış, malignite açısından negatif olarak raporlanmış, PGFRA, PDGFRB ve FGFR mutasyonları saptandı. Boyun ve torako abdominopelvik BT'de sol akciğer alt ve orta lobda bronşiolektazik değişiklikler, milimetrik nodüller, amfizem, bilateral plevral effüzyon, şüpheli plevral kalınlaşma intraabdominal yerleşimli çok sayıda LAP olarak raporlandı. PET/BT'de yaygın servikalde aksillada, abdomende mediastende lenf nodlarında SUV_{maks} 2,6-8,3 arasında değişen patolojik tutulumlar olarak raporlandı. İnguinalden yapılan LAP biyopsisi reaktif olarak sonuçlandı. Hastanın kardiyak MR sonucu EF %38 bazal-orta kesimde inferior duvarda incelleme (RCA infarktına sekonder?) olarak geldi. Böbrek biyopsi sonucu Ig A nefropatisi ile uyumlu olarak raporlandı. Hastaya ramipril 5 mg başlanarak takibe alındı. Mevcut durumda eozinofili bulguları ve LAP tutulumları hastalık aktivitesine bağlanan hastaya rituksimab tedavisi başlandı takipte akut faz yanıtlarında, eozinofilide, proteinüde ve klinik bulgularda gerileme izlendi (CRP: 4,8, ESR: 21 eozinofil: 2,9).

Sonuç: RA'da eozinofili hastalık aktivitesine bağlı çok nadir olsa da gözlenebilir. Hastalarda eozinofili açısından sekonder nedenler dışlandıktan sonra bizim olgumuzda olduğu gibi yaygın ekstraartiküler tutulumları olan ve tedavi dirençli olgularda görülebileceği unutulmamalıdır. Yine literatürde RA'ya eşlik eden Ig A nefropatisi olguları mevcuttur.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, eozinofili, IgA nefropatisi

PS-265

Kronik Lyme artritine eşlik eden Chlamydia enfeksiyonlu olgu

Feyza Ak

Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş: Lyme hastalığı spiroket Borrelia'nın neden olduğu kene kaynaklı bir hastalıktır. Hastalığının klinik belirtileri üç aşamaya ayrılabilir: erken lokalize, erken yaygın ve geç dönem. Geç dönemde tedavisiz hastaların %10'u genellikle diz eklemi etkileyen kalıcı monoartrit veya oligoartrit geliştirmektedir.

Olgu: Kırk yaş kronik hastalığı olmayan erkek hasta Aralık 2021'de Romatoloji polikliniğimize dizlerde bir aydır süren şişlik ve ağrı şikayeti ile başvurdu. Bize başvurusundan önce, ortopedi poliklinik muayenesinde diz eklem effüzyonu örnekleme yapılmış ve kültürde üremesi olmayıp hasta romatolojiye yönlendirildi.

Romatoloji muayenesinde her iki diz artrit dışında patolojik bulgusu yoktu. Sorgulamada oral aft, genital ülser, fotosensitivite, sedef, bel ağrısı, karın ağrısı, ishal ve ateş olmayıp RF, CCP, ANA, dsDNA ve Brusella tetkikleri negatifti. Yakın zamanda geçirilmiş üriner enfeksiyon, gastrointestinal enfeksiyon, şüpheli cinsel ilişki öyküsü alınmasa da Chlamydia Ig M (+), Ig G (-), HBs Ag (+), Borrelia Burgdorferi IgG yüksek titrede ve IgM düşük titrede pozitif tespit edildi. Anamnez derinleştirildiğinde Mart 2020'de hastayı sol aksilla bölgesinden kene ısırığı, kenenin acil serviste çıkarıldığı öğrenildi. Keneden 17 gün sonra aksiler bölgede kırmızı büyük yuvarlak halka şeklinde döküntü çıktığı ve topikal ilaçlarla tedavi edildiği öğrenildi. Sonrasında uzunca süre dirseklerde ağrı ve hassasiyeti olmuş. Tarafımızca yapılan değerlendirmede hasta Lyme hastalığına bağlı artrit, eşlik eden Chlamydia enfeksiyonu olarak kabul edilip enfeksiyon hastalıklarına konsülte edildi. Enfeksiyon hastalıklarında 28 günlük doksisisiklin tedavisi verilerek Hepatit B için kontrole çağrıldı. Kontrol Borrelia serolojisi henüz sonuçlanmamış olup artritine yönelik şimdilik steroid tedavisi altında izlenmektedir.

Sonuç: Post-enfeksiyöz Lyme artrit patogenezinin temel özelliği enfeksiyon sırasında ve enfeksiyon sonrası dönemde devam eden aşırı proenflamatuvar yanıtın gelişmesidir. Bizim olgumuzda da görüldüğü gibi Eritema Migranslı tüm hastalar Lyme hastalığı için tedavi edilmelidir. Tedavinin amacı erken hastalık semptomlarının süresini kısaltmak ve Lyme hastalığının sonraki aşamalarına ilerlemesini önlemektir. Antibiyoterapiye rağmen kalıcı, proliferatif sinoviti olanlarda hastalığı modifiye edici antiromatizmal ilaçlar (DMARD) veya artroskopik sinoviektomi düşünülebilir. Hastamızın enfeksiyona yönelik tedavisinden sonra başta sulfasalazin olmak üzere DMARD tedavisi verilmesi planlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Lyme, artrit, kene, Chlamydia

PS-266

Kardiyak tutulum ile seyreden bir eozinofilik granülatöz polianjitis olgusu

Gizem Sevik, Seda Kutluğ Ağaçkiran, Fatma Alibaz Öner, Haner Direskeneli

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Eozinofilik granülatöz polianjitis (EGPA) astım ve eozinofili ile karakterize sistemik nekrotizan bir vaskülitir. Semptomatik kardiyak tutulumun %27-47 oranlarında görüldüğü ve yüksek mortalite ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Burada kardiyak tutulum ile prezente olan bir EGPA olgusu sunulacaktır.

Olgu: Bilinen astım tanısı olan 30 yaşında erkek hasta, nefes darlığı, göğüs ağrısı ve çarpıntı şikayetlerinin eklenmesi üzerine dış merkeze başvurdu. Tetkiklerinde troponin yüksekliği ve ekokardiyografide global hipokinezi ve ejeksiyon fraksiyonununun %25 saptanması üzerine yapılan koroner anjiyografisinin normal saptanması üzerine miyokardit ön tanısıyla tedavisi düzenlenerek taburcu edildi. Hastanın takiplerinde solda düşük ayak saptanması üzerine yapılan EMG'sinde peroneal sinirin ön planda tutulduğu aksonal hasar- mononöritis multipleks saptanmış ve hasta tarafımıza

yönlendirildi. Hastanın sorgusunda 2 yıl önce astım tanısı aldığı, son dönemde inhaler tedaviye rağmen astım ataklarının olduğu, son 6 ayda 10 kg kilo kaybı ve halsizlik şikayetinin olduğu öğrenildi. Hemoptizi hematüri sinüzit öyküsü yoktu. Tetkiklerinde WBC: 16000 Eosinofil: 11900 (%41), sedimentasyon 88 mm/sa CRP 165 mg/L kreatinin 0,6 mg/dL tam idrar tetkiki normal anti-MPO ve anti-PR3 negatif saptandı. Periferik yaymasında atipik hücre yoktu. KBB muayenesinde özellik saptanmadı. Toraks BT'sinde bilateral periferik ve santral yamasal nodüler infiltrasyonlar görüldü. Hipereozinofilik sendrom ve myeloproliferatif hastalıklara yönelik istenmiş olan bcr-abl ve PDGFRA-B mutasyonları negatif saptandı. Hastada astım, hipereozinofili, miyokardit, mononöritis multipleks ve akciğerde yamasal infiltrasyon bulgularıyla ön planda EGPA düşünülerek 3 gün 1000 mg pulse ve sonrasında 1 mg/kg dozunda metilprednizolon başlandı. Siklofosamid 1000 mg 3 kür verilmesi planlandı. Tedavi sonrasında hastanın klinik bulguları, eozinofilisi ve akut faz reaktanları geriledi, ekokardiyografide EF %50 saptandı. Steroid dozu tedrici azaltılan hastanın idame tedavisine rituksimab ile devam edilmesi planlandı. Son kontrolünde aktif şikayeti olmayan ve eosinofil sayısı normal saptanan hastanın poliklinik izlemelerine devam edilmektedir.

Sonuç: EGPA ilişkili kardiyak tutulumda erken tanı ve tedavi kardiyak disfonksiyonun ve mortalitenin önlenmesinde oldukça önemlidir. Miyokardit ve eozinofilinin birlikte görüldüğü olgularda EGPA ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Eozinofilik granümatöz polianjitiis, kardiyak tutulum, miyokardit

PS-267

Dirençli deri tutulumlu sistemik skleroz olgusu

Taylan Kaplan

İstanbul Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş: Deri tutulumu sistemik skleroz (SSK) en sık tutulan ve neredeyse evrensel organ tutulumudur. Değişken yaygınlıkta ve şiddette, deri kalınlaşması ve sertleşmesi ile karakterizedir. Genellikle ödematöz şişlik deri sertleşmesinden önce görülür. Parmaklar, el ve yüz erken dönemde tutulan bölgelerdir. Bu olgu sunumunda progresif deri tutulumu olan bir hastamızı sunmayı amaçladık.

Olgu: Kırk yaşında, ev hanımı olan hasta 3-4 aydır olan her iki el, ayak ve parmaklarında ağrı ve şişlik şikayetleri ile başvurup, romatolojik sorgusunda 5-10 dakika süren sabah tutukluğu ve raynaud saptandı. Fizik muayenesinde her iki el, ayak bilek, metakarpofalangeal, metatarsofalangeal eklemleri hassas olup şişlik, kızarıklık sıcaklık eşlik etmiyordu. El ve ayak derisi diffüz şiş ve ödemli görünümdeydi. Sağ el 2. parmakta dijital ülser skarı görüldü. Laboratuvar tetkiklerinde hemogram, biyokimya ve idrar tetkikleri normal, ANA 1/1000-1/3200 titrede homojen pozitif, ENA'da anti scl-70 pozitif, RF ve CCP antikorlar negatif saptandı. Kapilleroskopide dev kapiller ve hemoraji izlendi. İlk değerlendirmede intersitisyel akciğer hastalığı ya da pulmoner hipertansiyon saptanmadı. Hastaya limitli skleroderma tanısıyla benidipin, hidroklorokin ve mikofenolat mofetil (MMF) başlandı.

Takiplerinde deri bulgularında düzelme olmaması nedeniyle MMF doz artırıldı; ancak gastrointestinal intoleransı nedeniyle hasta kullanamadı. Hastanın deri tutulumu yaygınlığında artış ve tuz-biber görünümü olup, hastanın deri tutulumu diffüz sklerodermaya progrese olması üzerine siklofosamid 1 gram/ay tedavi değişikliği yapıldı. Altı gram siklofosamid (scf) sonrasında mmf yanıtızsızlık ve intolerans olması nedeniyle metotreksat tedaviye geçildi. Deri semptomlarının artması nedeniyle tocilizumab ve yeni gelişen dijital ülser nedeniyle iloprost infüzyon ve devamında bosentan tedavi başlandı. Hastanın son kontrolünde 1 yıldır tocilizumab tedavi almakta iken deri semptomlarında, ödem ve tuz-biber görünümünde azalma izlendi.

Sonuç: Tocilizumab'ın *in vitro* güçlü antifibrotik aktiviteye sahip olduğu gösterilmiştir, glikoprotein 130 trans-sinyalizasyon sistemi aracılığıyla bu etkiyi gerçekleştirdiği düşünülmektedir. Ssc deri tutulumunda tocilizumabın anlamlı etkinliği gösterilememiş olup bu hastada olduğu gibi yanıt alınan olgular mevcuttur.

Anahtar Kelimeler: sistemik skleroz, deri tutulum, tocilizumab

PS-268

Sklerodermada LGK-974 ve ETC-159 fibrozisi baskılar

Ayşe Koçak¹, Semih Güllü², Merih Birlik²

¹Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kütahya

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir

Giriş: Sistemik sklerozis ya da skleroderma (SSc) iç organ ve deride tutulum gösteren fibrozisle karakterize, otoimmün ve nadir bir hastalıktır. Patogenezi tam olarak aydınlatılmamış olan bu hastalıkta dermis kalınlaşması, enflamasyon ve kontrol edilemeyen ekstrasellüler matriks (ECM) artışı görülmektedir.

Olgu: Skleroderma için kesinleşmiş tedavi protokolü bulunmamaktadır. LGK974 ve ETC-159 yeni nesil, WNT sinyal yolağını hedefleyen küçük moleküllerdir. Son çalışmalar, TGF-β ve WNT sinyal yolağının birlikte çalışarak pro-fibrotik genlerin transkripsiyonundan sorumlu olduğunu işaret etmektedir. Bu yolağın birlikte çalıştığına dair hipotezler arasında; birbirlerini pozitif ve paralel olarak etkiledikleri ya da diğer sinyal yolağının transkripsiyonel aktivitesini etkileyen bir negatif geri besleme döngüsü oluşturduğu bulunmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, skleroderma ve akciğer akciğer fibroz karakterdeki fibroblast hücrelerinde LGK-974 ve ETC-159 PORCN inhibitörlerinin anti-fibrotik etkilerinin incelenmesidir. Bu amaca ulaşmak amacıyla, canlılık (MTS), Hoechst boyama, q-PCR, western blotting deneyleri tamamlanmıştır.

Deney sonuçlarına göre, LGK-974 ve ETC-159 PORCN inhibitörlerinin güçlü antifibrotik etkilere sahip olduğunu ve skleroderma ve akciğer fibroz karakterdeki fibroblast hücrelerinde TGF-β sinyal yolağını etkileyerek fibrozu azalttığını göstermektedir.

Sonuç: LGK-974 ve ETC-159 PORCN inhibitörlerinin ayrı ayrı ya da birlikte kullanımının; SSc hastalarında özellikle kollajen birikimine ve fibroze etkilerinin olacağı ön görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Skleroderma, WNT sinyal yolağı, WNT sinyal yolağı inhibitörü

İnflksimab tedavisi ile tedavi edilen granülatöz mastit olgusu

Mehmet Emin Derin

Sivas Numune Hastanesi, Sivas

Giriş: Granülatöz mastit (GM) nadir görülen, tekrarlayan kronik ve tekrarlayan karakterde enflamasyonun görüldüğü etiyojisinin tam olarak aydınlatılmadığı bir hastalıktır. Patolojisi, tipik olarak meme lobüllerinin merkezinde yer alan, lenfositler, nötrofiller ve çok çekirdekli dev hücreler içeren kazeifiye olmayan granülatöz lezyonlar olarak kendini gösterir. Tedavisinde net olarak bir konsensüs yoktur. Biz de kortikosteroid ve klasik immünoşpresif tedavilere dirençli olan ancak inflksimab tedavisi ile yanıt aldığımız bir olguyu paylaşmak istiyoruz.

Olgu: Kırk iki yaşında kadın hasta sağ memesinde oluşan kızamık ve ağrılı ele gelen lezyonlar sonrasında genel cerrahi polikliniğine başvurdu. Yapılan ultrasonografisinde mastit ile uyumlu bulgular olması üzerine biyopsi yapıldı. Biyopsi granülatöz mastit ile uyumlu, non-kazeifiye granülomlar olarak yorumlandı. Tedavi planı amaçlı romatoloji polikliniğine başvuran hastanın laboratuvar incelemesinde yüksek akut faz reaktanları mevcuttu. Otoantikörleri

negatifti. İmmünoglobulin G4 düzeyi normaldi. Hastaya prednol 32 mg/gün tedavisi başlandı. Yaklaşık 1 ay aynı dozda ilaç kullanan hastanın lezyonlarında gerileme olduğu ancak cushingoid yüz görünümü ve aşırı akneiform döküntüler olması üzerine prednol dozu hızlı azaltılarak tedaviye metotreksat eklendi. Ancak şiddetli gastrointestinal yan etkilerinden dolayı hasta tolere edemeyince azatiyopürin tedavisine başlandı. Yaklaşık iki ay azatiyopürin 150 mg/gün kullanan hastanın akut faz reaktanları yüksek seyredip lezyonlarında gerileme olmaması üzerine T.C. Sağlık Bakanlığı yetkili kurullarından endikasyon dışı onam alınarak inflksimab 5 mg/kg olarak başlandı. Tedavinin 2. dozundan sonra lezyonlarında belirgin gerileme olan ve akut fazları normale dönen hasta remisyonunda ve idame tedavisi devam etmektedir.

Sonuç: GM etiyojisinde ve tedavisinde net algoritmaların oluşturulmadığı bir hastalıktır. Tanı ve takibinde özellikle genel cerrahi, patoloji radyoloji ve romatoloji bölümlerinin multi disiplinler olarak rol oynaması önem arz etmektedir. Ayırıcı tanılar, olabilecek eş hastalıklar açısından dikkatli incelemeler gereklidir. Büyük bir kısmı glukokortikoid tedavisine yanıt veren GM olgularında bizim olgumuzda olduğu gibi daha ileri tedavi gerektiren bir kısım da mevcuttur. Anti-Tnf grubu ilaçlar konvansiyonel tedavi dirençli GM de etkili olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anti-Tnf, granülatöz mastit

XXIII. Ulusal Romatoloji Kongresi Bildiri Özetleri

11-15 Ekim 2023

Poster Turu Sunumları

(PS-270 — PS-286)

PS-270

Radyografik ve radyografik olmayan aksiyel spondiloartrit: Treasure veri tabanından elde edilen sonuçlar

Levent Kılıç¹, Gizem Ayan¹, Pamir Atagündüz², Servet Akar³, Nazife Şule Yaşar Bilge⁴, Ediz Dalkılıç⁵, Yavuz Pehlivan⁵, Orhan Küçükşahin⁶, Cemal Bes⁷, Muhammet Çınar⁸, Hakan Emmungil⁹, Duygu Ersözlü¹⁰, Aşkın Ateş¹¹, Rıdvan Mercan¹², Gezmiş Kimyon¹³, Süleyman Serdar Koca¹⁴, Emel Gönüllü¹⁵, Veli Yazısız¹⁶, Nilüfer Alpay Kanitez¹⁷, Abdülsamet Erden¹⁸, Belkis Nihan Coşkun⁵, Burcu Yağız⁵, Timuçin Kaşifoğlu⁴, Sedat Kiraz¹, Umut Kalyoncu¹, Ali İhsan Ertenli¹

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

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

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

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

⁵Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

⁶Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁷Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

⁸Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ

¹⁰Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Adana

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

¹²Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ

¹³Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Hatay

¹⁴Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ

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

¹⁶Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

¹⁷Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

¹⁸Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Aksiyel spondiloartrit, başlangıçta Assessment of SpondyloArthritis International Society (ASAS) tarafından hastalığın farklı evreleri olarak önerilen radyografik (r-axSpA) ve radyografik olmayan (nr-axSpA) formları içeren şemsiye bir terimdir. Zaman içinde, çalışmalar bu iki oluşumun farklı özellikleri temsil edip etmediğini yanıtlamaya çalışmıştır ve tartışma halen devam etmektedir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, büyük bir ulusal kayıt verisi kullanarak r-AxSpA ve nr-AxSpA hastalarının benzerliklerini ve farklılıklarını tanımlamaktır. TReasure, 2017 yılında Türkiye’de başlatılan ulusal, çok merkezli, uzunlamasına ve gözlemsel bir veri tabanıdır. Bu veri tabanı, biyolojik tedavinin ilk defa uygulandığı tarihten itibaren takip edilen romatoid artrit, aksiyel ve periferik SpA hastalarını içermektedir. Bu analiz sırasında veri tabanında 7015 SpA hastası mevcuttur. Veri tabanına kayıtlı tüm hastalar

2009 ASAS sınıflandırma kriterlerini karşılamaktadır. Bu analiz için hastalar r-AxSpA ve nr-AxSpA olarak kategorize edilmiş ve hastaların demografik ve klinik özellikleri belirlenmiştir. Hastaların 4629'u (%86,7) r-AxSpA, 707'si (%13,3) nr-AxSpA hastasıydı.

Demografik farklılıklar; r-AxSpA grubu daha yaşlı [45 (16) vs. 41 (14), p<0,001] ve erkek ağırlıklı (%59,6 vs. %46,0, p<0,001), bDMARD başlandığında hastalık süresi daha uzun [3,0 (6,9) vs. 1,1 (3,4) yıl, p<0,001] ve daha fazla sigara içen (%61,4 vs. %50,4, p<0,001) hastalardı.

SpA klinik/genetik farklılıkları; r-AxSpA grubunda daha az artrit (%7,7'ye karşı %27,5, p<0,001), topuk ağrısı (%11,1'e karşı %40,8, p<0,001), daktilit (%3,4'e karşı %8,1, p<0,001), psoriasis (%10,2'ye karşı %14,5, p<0,001), SpA aile öyküsü (%28,2 vs. %40,8, p<0,001), İBH (%4,5 vs. %7,4, p=0,001) ve daha fazla HLA-B27 pozitifliği (%58,2 vs. %51,4, p<0,001), benzer üveit oranı (%13,2 vs. %14,8) gözlemlendi.

SpA sonlanım ölçümleri (bDMARD başlangıç düzeyi) farklılıkları; r-AxSpA grubu sırasıyla BASFI [5,0 (3,0) vs. 4,0 (3,9), p<0,001], HAQ-DI 0,63 (0,40) vs. 0,55 (0,65), p=0,029 ile ölçülen daha kötü işlevsellik ve yaşam kalitesine sahipti. BASMI ile daha kötü metroloji 3,2 (2,6) vs. 1,7 (2,1), p<0,001 ve ASDAS-CRP ile yüksek hastalık aktivitesi [3,64 (1,28) vs. 3,24 (1,33), p<0,001] ve daha yüksek CRP [12 (21,8) vs. 7,3 (15,0) p<0,001] gözlemlendi.

SpA görüntüleme farklılıkları; r-AxSpA grubunda daha yüksek oranda "herhangi bir sindesmotit" (%26,6'ya karşı %5,4, p<0,001), kalça tutulumu (%24,6'ya karşı %4,5, p<0,001), kalça protezi (%2,3'e karşı %0,3, p<0,001), MRG yapısal lezyonları (%63,6'ya karşı %37,3, p<0,001) ve daha az aktif MRG lezyonu (%74,6'ya karşı %87,0, p<0,001) vardı. Başlangıçta b-DMARD seçimine ilişkin hekim kararında anlamlı bir fark gözlenmedi (p=0,673).

Sonuç: bDMARD başlanan SpA hastalarının önemli bir kısmında r-SpA vardır. İki oluşum birbirinin devamı olarak görülse de, demografik, klinik, genetik, fonksiyonel, metroloji, aktivite ve görüntüleme özellikleri açısından önemli farklılıklara sahiptir. Öte yandan, bDMARD başlama aşamasında tedavi seçimlerinde bir fark yoktur.

Anahtar Kelimeler: Radyografik, non-radyografik, SpA

PS-271

Behçet hastalığında cinsiyetin klinik bulgulara etkisi

Burcu Ceren Uludoğan¹, Mustafa Dinler¹, Reşit Yıldırım¹, Yasemin Sağlan², Nazife Şule Yaşar Bilge¹, Timuçin Kaşifoğlu¹

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği, Eskişehir

Amaç: Behçet hastalığı (BH); oral ve genital aftlar, artrit, deri bulguları, üveit, gastrointestinal sistem ve santral sinir sistem tutulumuyla karakterizedir. Erkeklerde daha şiddetli seyrettiği bilinse de literatürde cinsiyet ve klinik bulguların dağılımı ile ilişki farklı sonuçlara sahip çalışmalar vardır. Bu çalışmanın amacı Behçet hastalarında klinik bulgular ile cinsiyet arasındaki ilişkiyi incelemek ve sonuçlarımızı literatürle karşılaştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya Uluslararası Çalışma Grubu'nun sınıflama kriterlerine göre Behçet hastalığı tanısı almış 506 hasta dahil edilmiştir. Hastaların demografik verileri, laboratuvar ve klinik bulguları retrospektif olarak hastane kayıtlarından elde edilmiş, klinik bulguların cinsiyete göre dağılımı değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 280 erkek (%55,3), 226 kadın (%44,7) hasta dahil edilmiştir. Hastaların ilk semptom yaşı 23,00±10,23, ortalama tanı yaşı 29,00±9,62 yıl idi. Kadın ve erkek hastaların arasında tanı yaşı açısından anlamlı fark yoktu (p=0,662). Genital ülser (%47,6 vs %52,4, p=0,011), yüzeysel tromboflebit (YTF) (%20,9 vs. %79,1, p=0,002), üveit (%33,7 vs %66,3, p=0,02), derin ven trombozu (DVT) (%22,5 vs. %77,5, p=0,00) ve pulmoner arter anevrizması (PAA) (%11,1 vs. %88,9, p=0,046) erkeklerde daha sık idi. Diğer klinik bulgularda cinsiyetler arasında anlamlı fark yoktu (Tablo 1). Erkek hastalarda sigara kullanımı kadınlara göre daha yüksek idi (p=0,00). Ailede oral aft ve Behçet hastalığı öyküsü her 2 cinsiyette benzerdi (p=0,310 ve p=0,858, sırasıyla). HLA B5 ve paterji testi pozitifliği de cinsiyetler arası fark göstermemekteydi (p=0,783 ve p=0,234, sırasıyla). BH genç erişkinlerde ortaya çıkan multi-sistemik bir vaskülit ve cinsiyetin klinik bulgular üzerine etkisi vardır. Kadın-erkek oranı literatüre benzer şekilde çalışmamızda da 1,23'tür. Genital ülser, YTF, üveit, DVT ve PAA erkek hastalarda kadınlara göre daha sıkı ve fark istatistiksel olarak anlamlı idi. Diğer vasküler tutulum şekilleri de (Budd Chiari, vena cava superior ve inferior sendromu, pulmoner trombus ve koroner arter anevrizması) erkeklerde daha sık idi ancak hasta sayısı az olması nedeni ile fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmamaktaydı. Vasküler tutulumun mortaliteye etkisi de göz önünde bulundurulduğunda erkeklerde daha şiddetli seyrettiği sonucuna varılabilir. Literatürde kadınlarda genital ülser ve eklem bulgularının ön planda olduğu, göz, deri ve vasküler tutulumun erkeklerde daha sık görüldüğüne dair çalışmalar da mevcuttur. Erkeklerde genetik riskin daha fazla, genetik faktörlerin hastalığın farklı prezentasyonunda rolü olduğunu gösteren çalışmalar olsa da bizim hasta popülasyonumuzda cinsiyet ile HLA B5 pozitifliği arasında bir ilişki gösteremedik.

Sonuç: Özetle, BH klinik bulguları üzerine cinsiyetin etkisi vardır ve hasta takibinde göz önünde bulundurulmalıdır. Ancak

heterojen seyirli bir hastalık olduğundan klinik bulgularının ortaya çıkmasında başka faktörlerin de etkisi olabileceği mutlaklıdır.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, cinsiyet, vasküler tutulum

PS-272

Enflamatuvar bağırsak hastalıklarında enteropatik artrit sıklığı

Barış Çabuk¹, Dilara Bulut Gökten², Rıdvan Mercan²

¹Tekirdağ Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Tekirdağ

²Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ

Amaç: Spondiloartritler (SpA), ailesel ve genetik ilişkinin yanı sıra benzer klinik, radyolojik ve serolojik özelliklere sahip bir takım hastalık grubunun genel adıdır. İBH ve SpA arasında yakın bir ilişki olduğu iyi bilinmektedir. Enteropatik artrit, kronik enflamatuvar bağırsak hastalıkları ile ilişkili bir artrit şeklidir. Gelişmiş ülkelerde SpA prevalansı hakkında çok sayıda yayın mevcuttur. Ancak düşük ve orta gelirli ülkelerde SpA ile ilgili çalışmalar azdır. Ülkemizde enteropatik artrit sıklığı ile ilgili literatüre giren sadece bir çalışma bildirilmiştir. Mevcut çalışmalara göre dünya genelinde İBH hastalarında SpA sıklığının %17 ile %39 arasında olduğu tahmin edilmektedir. SpA grubundaki hastalıkların teşhis edilemeyip ve yeterince tedavi edilememesinin sonuçları kronik ağrı ve yorgunluk olup yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır. Bu açıdan, çalışmamızda İBH hastalarının fizik muayene, anamnez ve görüntüleme yöntemleri kullanılarak enteropatik artrit açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmada, romatoloji ve gastroenteroloji polikliniğine 2019-2021 yılları arasında İBH tanısıyla başvuran hastaların kayıtları retrospektif olarak incelendi. On sekiz yaş üstü olan ve İBH tanısı ile takip edilen 62 hasta dahil edildi. Hastalar ASAS sınıflama kriterlerine göre aksiyel SpA ve periferik SpA açısından değerlendirildi. Hastaların yaş, cinsiyet, İBH ve SpA tanı yaşı, enflamatuvar bel ağrısı bulguları, daktilit, periferik artrit, üveit öyküsü, HLA-B27 analiz sonuçları, pelvis grafisi, sakroiliak eklem MRG sonuçları, BASDAİ skorlarına poliklinik anamnez notları ve hastane elektronik veri sistemi incelenerek ulaşıldı. Başvurularında bakılan ESH, CRP ile BASDAİ anket formları doldurularak skor değerleri kaydedildi. Hastalık aktivitesi için ASDAS-ESH ve ASDAS-CRP değerleri hesaplandı. SpA tanılı hastaların hastalık aktiviteyi ASDAS $\geq 2,1$ ve BASDAİ $\geq 4,0$ dikkate alınarak aktif hastalık açısından değerlendirildi.

Bulgular: İBH tanılı 62 hastadan 41 tanesi ÜK, 21 tanesi CH tanılıydı. İBH tanılı 62 hastanın 18'i (%29) SpA tanılıydı. SpA tanılı hastaların 9'u erkek, 9'u kadındı. ÜK tanılı 41 hastanın 9'u (%21,9), CH tanılı 21 hastanın 9'u (%42,8) SpA tanılıydı. SpA'nın eşlik ettiği İBH hastalarının 9'u kadın (%50), SpA tanısı bulunmayan hastaların 20'si (%45,5) kadındı. Kadın-erkek oranında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p=0,964$). Hastaların 25'inde (%40,3) enflamatuvar bel ağrısı olduğu, 2'sinde (%3,2) periferik SpA, 16'sında (%25,8) aksiyel SpA, 1'inde (%1,6) daktilit olduğu tespit edildi. Hiçbir hastada psöriazis, üveit, üretrit/servisit saptanmadı. SpA'nın eşlik ettiği İBH hastalarının 9'unda (%50), SpA tanısı bulunmayan hastaların

2'sinde (%4,5) aile öyküsü mevcut idi. Aile öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Sigara içme açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. SpA tanısı ile enflamatuvar bel ağrısı arasında istatistiksel anlamlı ilişki tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 1). SpA ve İBH birlikte olduğu hastaların 3'ünde (%16,7) SpA tanısı olmayan İBH hastalarının ise 1'inde (%2,3) ilk başlangıç semptomu olarak periferik artrit mevcuttu. Topuk ağrısı sadece SpA'lı hastalarda gözlenmiş olup, 5 hastada görüldü. MRG çekilen 30 hastanın 13'ünde sakroileit saptandı. MRG'de sakroileit görülen hastaların hepsi SpA tanılıydı. HLA-B27 bakılan 5 hastanın 1'inde pozitiflik saptandı. ÜK/CH tanısı ile genel SpA grubu ve SpA tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 2). Hastaların ESH ortalaması $21,53\pm 19,43$ mm/saat, CRP ortalaması $10,08\pm 23,32$ mg/dL idi. SpA tanılı hastaların BASDAİ ortalaması $3,67\pm 1,77$, ASDAS-CRP $2,49\pm 0,84$, ASDAS-ESH $2,54\pm 0,83$ olarak saptandı. Enteropatik artrit tanılı 18 hastanın 12'si (%66,6) ASDAS-CRP ve ASDAS-ESH'ye göre yüksek ve çok yüksek hastalık aktivitesi olan gruba dahildi. BASDAİ skoruna göre 7 hasta (%38,8) yüksek hastalık aktivitesi göstermekteydi.

Sonuç: ASAS sınıflandırma kriterlerine göre, İBH hastalarımız SpA açısından değerlendirildiğinde, İBH tanılı hastaların %29'unda SpA tanısı saptandı. İBH hastalarında aksiyel SpA sıklığını periferik SpA sıklığına göre daha yüksek oranda saptandı (%25,8-%3,2). Aksiyel SpA sıklığı %25,8 oranı ile literatürdeki çalışmalarla benzer sonuçlandı. Çalışmamızdaki periferik SpA sıklığı ise %3,2 oranı ile daha önceki çalışmalara göre dikkate değer bir farklılık gösterdi. İBH'li hastaların önemli bir bölümünün SpA ile birliktelik gösterdiği unutulmamalıdır. Enteropatik artrit erken teşhisiyle optimal tedavi mümkün olabilmektedir. Bu nedenle İBH tanılı hastalar enflamatuvar tipte bel ağrısı, artrit, daktilit, entezit gibi SpA düşündürülecek bulgular açısından dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Enteropatik artrit, enflamatuvar bağırsak hastalığı, spondiloartropati

PS-273

Psöriyazis hastalarında TurPAS'ın (turkish psoriatic arthritis screening tool) validasyonu

Şeyma Kılıç¹, Murat Bektaş²

¹Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Aksaray

²Aksaray Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Aksaray

Amaç: Sedef hastalığı (PsO) deri, tırnak, eklem, tendonları etkileyen kronik enflamatuvar bir hastalıktır. Psöriyatik artrit (PsA) PsO ile ilişkili heterojen enflamatuvar bir hastalıktır. PsO hastalarında PsA varlığını taramada kullanılan birçok tarama araçları PEST, PASE, EARP, STRIPP, SIPAS, TOPAS gibi geliştirilmiş ve valide edilmiştir. Bu çalışmada PsO hastalarında yeni bir tarama aracı olarak geliştirilen TurPAS'ın validasyonu ve EARP ile performansının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

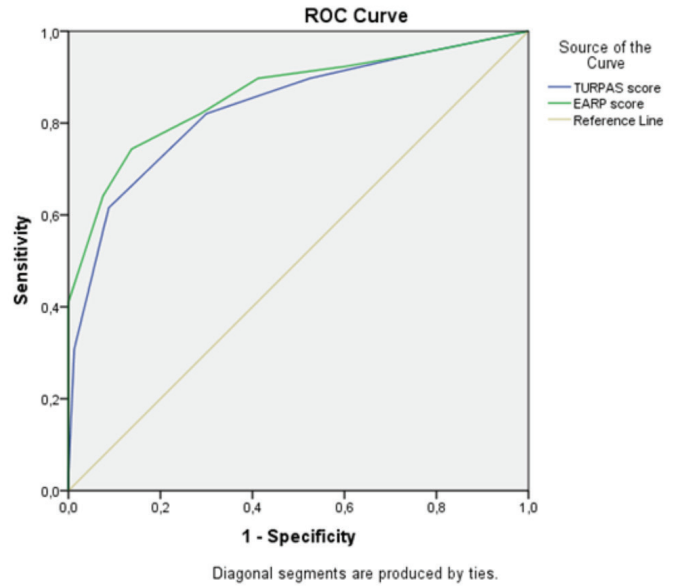
Yöntem: Bu kesitsel çalışma Aksaray Eğitim Araştırma Hastanesi dermatoloji ve romatoloji klinikleri iş birliği ile yürütülmüştür. Tüm PsO hastaları dermatoloji uzmanı tarafından (ŞK) değerlendirildi

ve hastaların demografik özellikleri, PsO tipi, hastalık yaşı ve komorbiditeleri kaydedildi. Hastalara aynı dermatoloji uzmanı tarafından TurPAS ve EARP anketleri uygulandı. Daha sonra tüm hastalar anket skorları ve semptom varlığına bakılmaksızın romatolojik muayeneye gönderildi. Romatoloji muayenesi uzman bir romatolog (MB) tarafından yapıldı. Tüm hastalara romatolojik öykü ve muayene yanında akut faz reaktanları, RF, anti-CCP, direkt grafiler (el, ayak, diz) uygulamasının yanı sıra semptomatik eklemler için de direkt grafi yanında gerektiğinde MR incelemesi yapıldı. Aksiyel sistem taraması direkt grafi ile birlikte MR ile yapıldı ve ASAS kriterlerine göre aksiyel tutulum varlığı kabul edildi. PsA tanısı için CASPAR kriterlerini karşılama şartı koşuldu.

Bulgular: Çalışmamıza 119 (n=72; %60,5 kadın) PSO hastası dahil edildi. Ortalama \pm standart sapma (SS) hastalar 44,9 \pm 14,3 (aralık; 18-83) yıl ve medyan (IQR) PsO süresi 10 (14) yıldır. Medyan (IQR) TurPAS ve EARP puanları sırasıyla 2 (3) ve 3 (5) idi. Toplamda 39 hasta (%32,8) CASPAR kriterlerini karşıladı ve PsA olarak sınıflandırıldı. Bu hastalar içerisinde mono- oligoartrit 19 hastada (%48,8), poliartrit 10 (%25,6), izole DİF artrit 5 (%12,8) ve pür aksiyel tutulum 5 (%12,8) hastada saptandı. Entezit 25 hastada (%64) ve daktilit 10 hastada (%25,6) gözlemlendi. Tek değişkenli analizde ailede pozitif PsA öyküsü [4 (10,5) - 1 (1,3); p=0,037; odds ratio (OR): 5,5], CRP düzeyleri [16,5 (17) - 3,5 (8) mg/L; p=0,003], medyan (IQR) TurPAS ve EARP skorları [4 (2) vs. 2 (3); p<0,001] ve [6 (4) vs. 2 (4); p<0,001] PsA hastalarında olmayanlara göre daha yüksek saptandı. Çok değişkenli analizde sadece TurPAS skoru PsA gelişimi ile ilişkili bulundu [p=0,003, OR: 3,8; %95 güven aralığı (GA): 1,56-9,4]. ≥ 1 pozitif öge için duyarlılık ve özgüllük TurPAS ve EARP da aynı olup %94,9 ve %25 [pozitif prediktif değer (PPD): %38,1, negatif prediktif değer (NPD): %90,9] idi. En iyi tanı performansı TurPAS için %82 duyarlılık, %70 özgüllük ile ≥ 3 pozitif kriterde gözlemlendi [PPD: %57,1, NPD: %89, likelihood ratio (LR): 2,7, doğruluk: %74] ve EARP için ≥ 4 öge %74,4 duyarlılık ve %86,3 özgüllük ile (PPV: %72,5, NPV: %87,3, LR: 5,4, doğruluk: EARP için %82,4) gözlemlendi. ROC analizi TurPAS için Eğri altı alan (EAA): 0,834, p<0,001, %95 GA: 0,751-0,917) ve EARP için EAA: 0,862, p<0,001, %95 GA: 0,784-0,940) ortaya koydu. Duyarlılık ve özgüllük S1 (1. soru) için %94,9 ve %36,3, S2 için %46,2 ve %93,8, S3 için %35,9 ve %80, S4 için %66,7 ve %57,5, S5 için %84,6 ve %56,3, S6 için %35,9 ve %100 saptandı.

Sonuç: Çalışmamızda dermatoloji kliniğinde PsO tanısıyla takipli hastaların yaklaşık üçte birine PsA tanısı koyuldu. PsO hastalarında TurPAS tarama aracının performansı kabul edilebilir düzeyde olmakla birlikte EARP'ye yakın bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Psöriyatik artrit, TurPAS, EARP, tarama aracı



Figür 1. Psöriyazis hastalarında TurPAS ve EARP skorlarının ROC analizi

PS-274

Entezit ilişkili artrit tanılı hastalarda uzun dönem takip sonuçları: Tek merkez deneyimi

Mehmet Yıldız, Hakan Demir, Fatih Haşlak, Aybüke Günalp, Elif Kılıç Könte, Esmâ Aslan, Oğuzhan Tin, Amra Adrovic, Sezgin Şahin, Kenan Barut, Özgür Kasapçopur

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatolojisi Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Entezit ilişkili artrit (EİA), juvenil idiyopatik artrit (JİA) hastalığının 7 alt tipinden birisi olup, erkeklerde kızlardan daha sık görülmesi ve aksiyel iskelet tutulumu riskinin bulunması nedeniyle diğer JİA alt tiplerinden ayrılmaktadır. Hastalık ile ilgili uzun dönem takip sonuçları ve hangi hastalarda aksiyel iskelet gelişimi riskinin daha yüksek olduğu ile ilgili veriler kısıtlıdır. Bu çalışmada geniş bir EİA kohortunda uzun dönem takip sonuçlarının ve aksiyel iskelet tutulumuna etki eden faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Kliniğimizde takip edilen entezit ilişkili artrit tanılı 192 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Çalışmaya dahil edilen tüm hastalar ILAR entezit ilişkili artrit kriterlerini karşılamaktaydılar. Hastaların demografik özellikleri, başvuru anındaki ve son muayenede klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulguları retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 192 hastanın tanı anında 112'sinde (%58,3) sadece periferik eklem tutulumu, 22'sinde (%11,5) sadece aksiyel iskelet tutulumu ve 58'sinde (%30,2) hem periferik hem de aksiyel iskelet tutulumu bulguları vardı. Son muayenede hastaların 51'inde (%26,6) sadece periferik iskelet tutulumu, 16'sında (%8,3) sadece aksiyel iskelet tutulumu ve 125'inde (%65,1) ise hem periferik hem de aksiyel iskelet tutulumu saptanmıştı (Resim 1). Başlangıçta sadece periferik iskelet tutulumu saptanan hastaların 61'inde (%54,4) takipte aksiyel iskelet tutulumu gelişmişti. Multivariate regresyon analizi başvuru anında topuk ağrısı [OR:

0,39, CI: 0,172-0,90, p=0,02] ve periferik entezit varlığının [OR: 0,349, CI: 0,125-0,975, p=0,04] aksiyel iskelet tutulumu riskini azaltan bağımsız faktörler olduğunu göstermiştir.

Sonuç: Geniş bir entezit ilişkili artrit kohortunun uzun süreli takip sonuçlarını sunduğumuz çalışmamızda başvuru anında topuk ağrısı ve/veya periferik enteziti olan hastalarda aksiyel iskelet tutulumu riskinin daha düşük olduğunu bildirmektedir.

- Entezit ilişkili artrit (EİA), juvenil idiyopatik artrit (JİA) hastalığının 7 alt tipinden birisi olup, erkeklerde kızlardan daha sık görülmesi ve aksiyel iskelet tutulumu riskinin bulunması nedeniyle diğer JİA alt tiplerinden ayrılmaktadır.

- Hastalık ile ilgili uzun dönem takip sonuçları ve hangi hastalarda aksiyel iskelet gelişimi riskinin daha yüksek olduğu ile ilgili veriler kısıtlıdır.

- Bu çalışmada geniş bir EİA kohortunda uzun dönem takip sonuçlarının ve aksiyel iskelet tutulumuna etki eden faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

- Kliniğimizde takip edilen entezit ilişkili artrit tanılı 192 hasta retrospektif olarak değerlendirildi.

- Çalışmaya dahil edilen tüm hastalar ILAR entezit ilişkili artrit kriterlerini karşılamaktaydılar.

- Hastaların demografik özellikleri, başvuru anındaki ve son muayenede klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulguları retrospektif olarak değerlendirildi.

- Hastalar tanı anındaki eklem tutulum paternlerine göre sadece periferik eklem tutulumu olanlar, sadece aksiyel iskelet tutulumu olanlar ve kombine tutulumu olan olmak üzere 3 gruba ayrıldı.

- Çalışmaya dahil edilen 192 hastanın (E: %70,3, K: %29,7) ortalama yaşı 18,4±4,03 idi.

- Hastaların tanı anında 112'sinde (%58,3) sadece periferik eklem tutulumu, 22'sinde (%11,5) sadece aksiyel iskelet tutulumu ve 58'inde (%30,2) hem periferik hem de aksiyel iskelet tutulumu bulguları vardı.

- Bu 3 grup arasında yaş, semptom yaşı ve tanı anındaki yaş açısından anlamlı fark yoktu.

- Son muayenede hastaların 51'inde (%26,6) sadece periferik iskelet tutulumu, 16'sında (%8,3) sadece aksiyel iskelet tutulumu ve 125'inde (%65,1) ise hem periferik hem de aksiyel iskelet tutulumu saptanmıştı (Resim 1).

- 78,9±49 ay takip sonrasında başlangıçta sadece periferik iskelet tutulumu saptanan hastaların 61'inde (%54,4) takipte aksiyel iskelet tutulumu, başlangıçta sadece aksiyel iskelet tutulumu saptanan hastaların 6'sında (%27,3) periferik eklem tutulumu da gelişmişti.

- Takipte aksiyel iskelet tutulumuna etki eden faktörlerin değerlendirilmesi için sadece periferik iskelet tutulumu olan olgular değerlendirildiğinde: Multivariate regresyon analizi başvuru anında topuk ağrısı [OR: 0,39, CI: 0,172-0,90, p=0,02] ve periferik entezit varlığının [OR: 0,349, CI: 0,125-0,975, p: 0,04] aksiyel iskelet tutulumu riskini azaltan bağımsız faktörler olduğunu göstermiştir (Tablo 2).

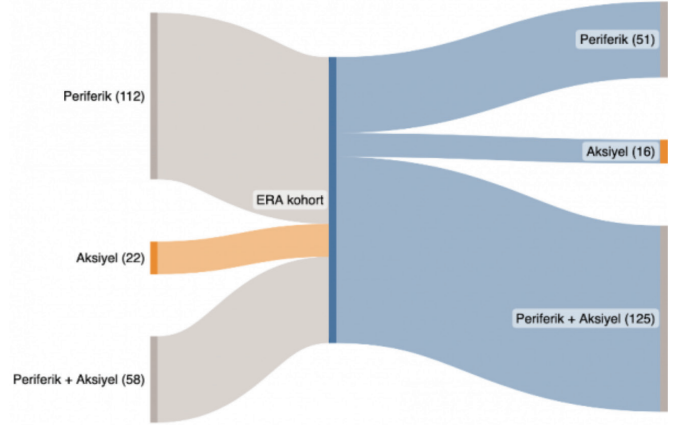
- Geniş bir entezit ilişkili artrit kohortunun uzun süreli takip sonuçlarını sunduğumuz çalışmamızda başvuru anında topuk ağrısı ve/veya periferik enteziti olan hastalarda aksiyel iskelet tutulumu riskinin daha düşük olduğunu bildirmektedir.

- Literatürde entezit ilişkili artrit tanılı hastalarda takip esnasında aksiyel iskelet gelişimi açısından risk faktörlerinin değerlendirildiği çalışması sayısı az, metodolojiler farklı ve sonuçlar uyumsuz.

- Çok merkezli, uzun süreli takip sonuçlarını içeren çalışmalara ihtiyaç var.

Anahtar Kelimeler: Entezit ilişkili artrit, juvenil idiyopatik artrit

| | Univariate Regresyon | | | Multivariate Regresyon | | |
|--------------------|----------------------|-------------|---------|------------------------|-------------|---------|
| | OR | CI (%95) | P value | OR | CI (%95) | P value |
| Diz artrit | 0.35 | 0.161-0.775 | 0.009 | 0.45 | 0.171-1.196 | 0.11 |
| Ayak bileği artrit | 0.463 | 0.216-0.993 | 0.048 | 0.98 | 0.367-2.614 | 0.96 |
| Topuk ağrısı | 0.467 | 0.218-1.000 | 0.051 | 0.39 | 0.172-0.900 | 0.02 |
| Entezit | 0.317 | 0.128-0.789 | 0.01 | 0.34 | 0.125-0.975 | 0.04 |



Resim 1.

Tablo 1: Hasta grubunun başvuru anındaki bulgularının karşılaştırılması

| | Tanı Anında | | | P değeri |
|-----------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------------------|-----------------|
| | Periferik (n=112) | Aksiyel (n=22) | Periferik + Aksiyel (n= 58) | |
| Yaş (yıl) | 18.4 ± 4.1 | 16.8 ± 4.1 | 19 ± 3.5 | 0.211 |
| Semptom Başlangıç Yaşı (ay) | 123.2 ± 45.6 | 136 ± 44.3 | 135.2 ± 45.5 | 0.07 |
| Tanı yaşı (ay) | 136.8 ± 45.7 | 149.8 ± 41.7 | 151.2 ± 44.8 | 0.057 |
| Ağrı | | | | |
| • Boyun | 5 (4.5) | 3 (13.6) | 5 (8.6) | 0.234 |
| • Sırt | 9 (8) | 6 (27.3) | 6 (10.3) | 0.03 |
| • Bel | 13 (11.6) | 17 (77.3) | 47 (81) | <0.01 |
| • Kalça | 37 (33) | 7 (31.8) | 46 (79.3) | <0.01 |
| • Topuk | 64 (57.1) | 3 (13.6) | 18 (31) | <0.01 |
| Ağrı Karakteri | | | | |
| • Sabah tutukluğu (var/yok) | 42/50 | 12/8 | 32/20 | 0.18 |
| • Egzersizle azalma | 23/15 | 7/5 | 22/9 | 0.600 |
| • İstirahat ile artma | 22/15 | 6/5 | 22/7 | 0.282 |
| Aktif eklem sayısı | 2 (0-8) | 0 (0-2) | 2 (0-8) | <0.01 |
| Kronik eklem sayısı | 0 (0-6) | 0 (0-1) | 0 (0-4) | <0.01 |
| Artrit | | | | |
| • Temporomandibular | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| • Boyun | 2 (1.8) | 0 (0) | 1 (1.7) | 0.820 |
| • Omuz | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| • Dirsek | 12 (10.7) | 0 (0) | 3 (5.2) | 0.16 |
| • El bileği | 10 (8.9) | 0 (0) | 0 (0) | 0.02 |
| • Metokarpofalangeal | 3 (2.7) | 0 (0) | 0 (0) | 0.341 |
| • Proksimal interfalangeal | 2 (1.8) | 0 (0) | 0 (0) | 0.490 |
| • Distal interfalangeal | 1 (0.9) | 0 (0) | 0 (0) | 0.701 |
| • Kalça | 17 (15.2) | 0 (0) | 23 (39.7) | <0.01 |
| • Diz | 48 (24.9) | 0 (0) | 14 (24.1) | <0.01 |
| • Ayak bileği | 61 (54.5) | 0 (0) | 13 (22.4) | <0.01 |
| • Metatarsfalangeal | 12 (10.7) | 0 (0) | 1 (1.7) | 0.03 |
| • Proksimal/Distal interfalangeal | 0 (0) | 0 (0) | 1 (1.7) | 0.307 |
| Entezit | 27 (24.1) | 0 (0) | 10 (17.2) | 0.03 |
| HLA- B27 pozitifliği | 70 (62.5) | 5 (22.7) | 22 (37.9) | <0.01 |
| Sedimentasyon (mm/sa) | 33 (3-130) | 13.5 (2-77) | 15 (2-112) | <0.01 |
| C-Reaktif Protein (mg/L) | 2.8 (0.01-130) | 1.25 (0.05-103) | 1 (0.02-110) | <0.01 |

PS-275**bDMARD kullanan spondiloartritlerde kronik böbrek hastalığı sürecine etki eden faktörler ve tedavi seçimi**

Gül Sandal Uzun¹, Aslihan Apaydın Rollas², Gizem Ayan¹, Zehra Özsoy¹, Mustafa Ekici¹, Erdiñ Ünalı¹, Büşra Fırlatan¹, Gözde Sevgi Kart Bayram¹, Buğı Bulat¹, Emre Bilgin¹, Levent Kılıç¹, Ömer Karadağ¹, Ali Akdoğan¹, 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: Spondiloartrit (SpA) hastalarında kronik enflamasyon, ilaçlar ve eşlik eden komorbid hastalıklar böbrek fonksiyonları üzerinde olumsuz etkide bulunabilmektedir. bDMARD kullanan SpA hastalarında kronik böbrek hastalığı (KBH) varlığı tedavi seçimlerini etkileyebilir. Bu çalışmada bDMARD kullanan SpA hastalarında KBH sıklığı, buna eşlik eden faktörler ve tedavi seçimlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Hasta Seçimi ve Hastaların Özellikleri; Hacettepe Üniversitesi Romatoloji Biyolojik Kayıt Kütüğü (HUR-BİO), 2005 yılında kurulan b/ts-DMARD kullanan hastaların kaydedildiği prospektif,

tek merkezli bir veri tabanıdır. Çalışmaya Ağustos 2023'e kadar HÜR-BİO kohortuna kaydedilen bDMARD tedavi kullanan 3207 SpA hastası dahil edilmiştir. Bunlardan 34'ü KBH geliştiren hastalar olup, KBH olmayan gruptan yaş ve cinsiyet eşleştirilerek seçilmiş 68 hastada karşılaştırma grubu olarak seçilmiştir.

Böbrek hastalığı tanımı; Hastaların kreatin değeri, yaş ve cinsiyet parametreleri göz önünde bulundurularak MDRD (modified Modification of Diet in Renal Disease) formülü ile glomerüler filtrasyon hızı (GFR) hesaplandı. GFR düzeyi 60'ın altında olan hastalar ve GFR düzeyi 60'ın üzerinde olan üç aydan uzun süre sebat eden 500 mg üzeri proteinürisi olan hastalar kronik böbrek hastalığı olarak adlandırılmıştır. Proteinüri için spot idrar protein/kreatin oranı ve 24 saatlik idrarda protein atılımına bakılarak revize edilmiştir.

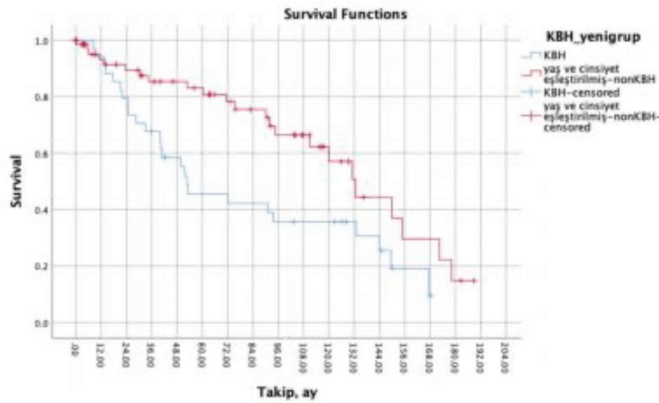
Değerlendirilen veriler; Demografik özellikleri, Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA) varlığı, amiloidoz, hastalık aktivite (akut faz, ASDAS-CRP, BASDAI) ve fonksiyonları (BASFI), ekstra-artiküler tutulumlar, komorbid hastalıklar, varsa HLA-B27 sonuçları ve bDMARD öncesi ve sırasında kullanılmış olan tedaviler kayıt edilmiştir. Hastaların radyolojik görüntülemeleri 10 yıldan daha fazla deneyimli (LK) ve 5 yıldan az deneyimli iki romatolog (GSU) tarafından yeniden değerlendirilmiş ve sindezmozit varlığı, bambu spine, mSASSS skorlaması ve BASRI skorlamaları yeniden yapılmıştır.

bDMARD kullanan 3207 SPA hastasının 34'ünde (%1,06), bDMARD başlangıcında KBH tespit edilmişti. KBH olan hastalar daha yaşlı [49,5 (13,3) vs. 37,3 (11), $p \leq 0,001$], hastalık süreleri daha uzun (16,1'e karşı 11,4, $p \leq 0,001$) ve erkek cinsiyet daha sıklıkla [n=1636 (%52,8) vs. n=24 (%70,6), $p=0,002$]. KBH grubunda radyografik hasar daha belirgin, kalça tutulumu daha sıklıkla. Etanercept KBH olan grupta daha sık tercih edilmiştir. Kaplan meier analizinde KBH grubunda 5. yılda bDMARD'ta kalım daha düşüktü %45'e karşı %80 (log-rank $p=0,01$) (Figür 1).

KBH grubunda AAA (%35,3'e karşı %2,9, $p < 0,001$) ve amilodoz (%38,4'e karşı %0, $p < 0,001$) eşleştirilmiş gruba göre daha sıklıkla. FMF olan KBH hastalarında olmayanlara göre farklılıklar Tablo 2'de gösterilmiştir. SpA hastalarında FMF varlığında daha erken dönemde KBH geliştiği görülmüştür ($p=0,007$).

bDMARD başlanan Spondiloartrit hastalarının sadece %1'i KBH sürecindeydi. AAA bu açıdan en önemli risk faktörü oluşturmaktadır. Bu hastalarda radyografik hasar ve kalça tutulumu da daha sıklıkla. SpA hastalarında KBH gelişmesi FMF varlığında yaklaşık 10 yıl daha erken olmaktadır. Bu açıdan hastaların daha yakın takip edilmesi gerekebilir.

Anahtar Kelimeler: Ailesel Akdeniz ateşi, kronik böbrek hastalığı, radyografik hasar, spondiloartropati



Figür 1. KBH ve yaş-cinsiyet eşleştirilmiş non-KBH hastalarında Kaplan-Meier survival analizi

PS-276

Potansiyel difficult-to-treat psöriatik artrit sıklığı ve katkıda bulunan faktörler

Gülay Alp¹, Mete Kara²

¹Bingöl Devlet Hastanesi, Bingöl

²İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi, İzmir

Amaç: Psöriatik artrit (PsA), bir alandaki hastalık aktivitesini kontrol ettikten sonra bile bazılarının hala "aktif" olabildiği ve tedavi stratejisinde bir değişikliğe yol açan multidomain bir hastalıktır. Gözlemsel çalışmalarda PsA hastalarının yaklaşık %30'unun hedefe göre tedavi önerisiyle onaylanan hedefe ulaşamadığı saptanmıştır. Olası Difficult to treat Psöriatik artrit (D2TPsA) ile literatürde yayınlanmış tek çalışmada ise %33,9 D2TPsA saptanmış, fibromiyalji ve yüksek vücut kitle indeksi (VKİ) ile ilişki saptanmıştır. Olası D2TPsA'yı, EULAR romatoid artrit tanımına benzer olarak farklı etki mekanizmasına sahip 2 ve üstü biyolojik tedavi almasına rağmen halen DAPSA remisyon ya da düşük hastalık aktivitesine ulaşamayan hasta oranını ve ilişkili faktörleri faktörleri değerlendirmek amaçlandı.

Yöntem: CIASsification criteria for Psoriatic ARthritis (CASPAR) kriterlerine göre PsA tanısı almış en az 6 ay süre ile takip edilmiş 18 yaş ve üzeri hastalar retrospektif olarak dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikle özellikleri kaydedildi. Aktiviteyi değerlendirmek için DAPSA kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 171 hastanın 74'ü (%67,3) kadın, ortalama yaş 48,16 ($\pm 11,23$), ortalama psöriyazis süresi 2,5 yıl (20), PsA süresi; 13 yıl (20) idi. Hastaların diğer demografik verileri Tablo 1'de verildi. D2TPsA 33 hastada (%19,3) saptandı, ve bu grupta hastalık süresi [ortalama 9,5 (9) olmayan grupta 4 (9) yıl] uzun izlendi. DT2PsA olan grupta ortalama hassas, şiş eklem sayısı, hasta ve hekim global değerlendirmesi, sabah tutukluğu, CRP, ESR, DAPSA ve HLAB27 pozitifliği daha fazlaydı (Tablo 2). Sigara ve alkol kullanımı D2T grupta fazla olmasına karşı fark istatistiksel anlamlı farklı değildi. D2TPsA olan ve olmayan gruplar arasında cinsiyet, tanı yaşı, VKİ, medeni durum, eğitim durumu, RF, CCP, ANA pozitiflik oranları gruplar arasında benzerdi (Tablo 2). PsA alt tipleri D2T olma durumu açısından karşılaştırıldığında anlamlı fark sadece poliartiküler tutulum, aksiyel ile karşılaştırıldığında ($p=0,013$) saptandı. Anti TNF alt gruplarının gruplar arasında karşılaştırmasında mevcut ya da şimdiye kadar kullanımları iki grup için benzer saptandı. Sekükinumab kullanımı D2T grupta anlamlı fazlaydı, steroid bu grupta fazla olmasına rağmen istatistiksel anlamlı değildi ($p=0,051$). Komorbiditelerden fibromiyalji (FM), diyabetes mellitus (DM) ve medyan komorbidite sayısı D2TPsA'da anlamlı fazla iken diğer komorbiditeler ile bir ve üzeri, iki ve üzeri komorbidite sayısı gruplar arasında benzerdi (Tablo 2). Çoklu regresyon analizinde sekükinumab kullanımı, FM varlığı ve yüksek DAPSA potansiyel D2TPsA ile bağımsız ilişkilendirildi (Tablo 3).

Sonuç: Komorbiditeler ve hastalık yükü hastalık aktivitesi üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir ve PsA değerlendirmesinde dikkate alınmalıdır. PsA farklı alt tiplerde hastalık kontrolünün güç olduğu refrakter ya da tedaviye dirençli hastalık tanımının yapılmasının gerekliliği öne çıkmaktadır. Komorbiditeler (DM, FM) nedeniyle tedavi hedeflerine ulaşılması zor olan hastalar ile gerçekten

tedaviye dirençli hastalar arasında ayırım yapabilmek için daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Biyolojik tedavi, difficult-to-treat, komorbidite, psöriatik artrit

PS-277

Takayasu arteritinde vasküler kalsifikasyon; sol ventrikül kitle indeksi ve karotis intima-media kalınlığı ile ilişkisi

Hazan Karadeniz

Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sanlıurfa

Amaç: Vasküler kalsifikasyon, büyük damar vaskülitlerinde sık görülen bir durumdur ve artmış kardiyovasküler morbidite/mortalite ile ilişkilidir. Bu çalışmanın amacı Takayasu arteritinde (TA) vasküler kalsifikasyon sıklığını, risk faktörlerini belirlemek ve sol ventrikül kitle indeksi (SVKİ) ve karotis intima-media kalınlığı (KİMK) gibi aterosklerotik belirleyiciler ile ilişkisini değerlendirmektir.

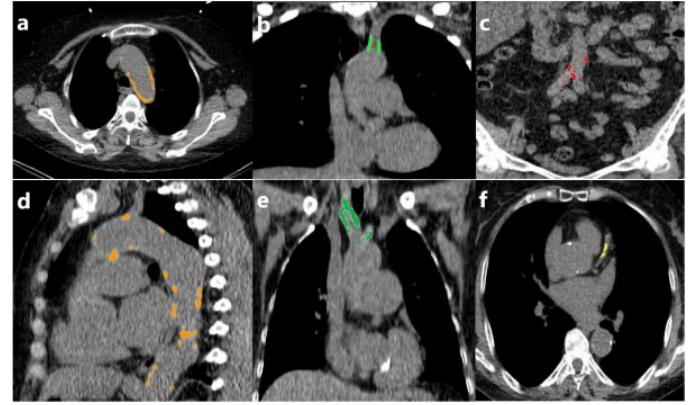
Yöntem: TA hastalarında kesitsel bir çalışma yürütüldü; hastalar metabolik sendrom varlığına ve yokluğuna göre 2 gruba ayrıldı. Metabolik sendrom (MS), ABD Ulusal Kolesterol Eğitim Programı/Yetişkin Tedavi Paneli III (NCEP/ATP III) kriterlerine göre tanımlandı. TA tanısı alan 49 hastaya [MS (+) n= 22 (%44,9), MS (-) n =27'si (%55,1)] ve 31 sağlıklı kontrole (SK) koroner arter, aort ve ana dallarındaki kalsifikasyonun ölçümü amacıyla kontrastsız bilgisayarlı tomografi uygulandı. Sol ventrikül kitle indeksi ekokardiyografi ile değerlendirildi ve karotis arter ve dallanmalarındaki intima-media kalınlığı B-mod ultrasonografi (US) ile değerlendirildi.

Bulgular: Hasta ve kontrol grubu arasında cinsiyet, yaş ve vücut kitle indeksi açısından anlamlı fark yoktu ($p>0,05$) (Tablo 1). Kırk yedi hasta (%95,9) kadındı ve yaş ortalaması $33,45\pm 8,53$ yıldır. Toplam kalsifikasyon skoru (ortalama \pm SS; $5223,9\pm 18041,1$ AU vs. $35,87\pm 72,70$ AU ($p=0,05$)) ve KİMK değerleri [ortalama \pm SS; $1,00\pm 0,54$ mm vs. $0,55\pm 0,09$ mm ($p=0,05$)] TA hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$) (Tablo 2). MS (+) TA hastaları ile MS (-) TA hastalarının toplam

kalsifikasyon skorları arasında anlamlı fark bulunmazken; her iki grubun toplam kalsifikasyon skorlarının kontrollerden anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi (ortalama \pm SS; $9209,6\pm 26094,0$ AU vs. $1851,3\pm 3761,1$ AU vs. $35,87\pm 72,69$ AU; sırasıyla, $p=0,157$, $p>0,05$) (Şekil). MS (+) ve MS (-) gruplarının KİMK değerleri kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunurken, MS (+) hastalarının SVKİ değerleri MS (-) grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($117,68\pm 33,13$ g/m² vs. $88,39\pm 29,22$ g/m², $p=0,003$) (Tablo 3). MS (+) TA grubunda toplam kalsifikasyon skoru ile hastalık süresi ve KİMK arasında ($r=0,634$; $p=0,002$), ($r=0,520$; $p=0,013$) pozitif korelasyon bulundu. Regresyon analizinde sadece hastalık sürecinin kalsifikasyon artışının bağımsız bir belirleyicisi olduğu bulundu.

Sonuç: MS (+) veya MS (-) varlığına bakılmaksızın tüm TA hastalarında vasküler kalsifikasyon, KİMK ve SVKİ yükselir. Ancak bu artış hedefe yönelik tedaviler dışında geleneksel tedavi yöntemleri ile yavaşlatılabilir.

Anahtar Kelimeler: Kalsifikasyon, metabolik sendrom, tomografi, sol ventrikül kitle indeksi



Resim 1. Kontrastsız bilgisayarlı tomografi görüntüsü: MS (+) TA hastalarında çıkan aortada (a, turuncu), sol subklavian arterde (b, yeşil) ve abdominal aortada, iliak arterde (c, kırmızı) kalsifikasyon. MS (-) TA hastalarında aort arkı kalsifikasyonu (d, turuncu), sağ brakiyosefalik ve sol ana karotid arter kalsifikasyonu (e, yeşil), sol ön inen arter (LAD) kalsifikasyonu (f, sarı)

Sjögren sendromlu hastaların yakın akrabalarındaki kanser sıklığı

Tuba Uğur Tuzcu, Rıza Can Kardeş, Berna Göker

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Amaç: Sjögren sendromu (SS) tanılı hastalarda artmış hematolojik malignite riski vardır ve prediktif faktörler iyi bilinmemektedir. Ailesel kümelenme ve HLA haplotip ilişkisi, immün sistemin regülasyonunu bozan genetik faktörlerin hem neoplazmalara hem de otoimmün hastalıklara yatkınlık oluşturması SS hastalarının yakın akrabalarında da kanser gelişim sıklığında artışa neden olabileceği düşündürmüştür. Kanser ve otoimmün hastalıkları ailesel yatkınlık açısından ortak bir paydada buluşturan birkaç çalışma mevcuttur. Örneğin romatoid artrit, SLE, Sjögren, skleroderma ve enflamatuvar miyoziti olan hastaların çocuklarının değerlendirildiği bir çalışmada, lenfoma sıklığının popülasyona göre yaklaşık 1,5 kat arttığı gösterilmiştir. Bu çalışmada SS tanılı hastaların yakın akrabalarındaki kanser gelişim sıklığını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Tek merkezli olan çalışmamızda Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Romatoloji Kliniği'nde aktif takipli olan 18 yaş ve üzeri, 2016 ACR-EULAR sınıflandırma kriterlerini karşılayan Sjögren sendromu tanılı 323 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalar ile birebir görüşme ve hastane sistemine kayıtlı olan telefon numaraları ile iletişim sağlandı. Sjögren hastalarında ve yakın akrabalarında görülen tüm kanserlerin ve organa spesifik kanserlerin gelişme riski, genel Türkiye popülasyonu ile karşılaştırılarak hesaplanmıştır. Genel Türkiye popülasyonundaki kanser insidansı verileri, Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı'nın Küresel Kanser Gözlemevi'nden (GLOBOCAN) elde edilmiştir. Elde edilen verilerin analizinde SPSS v.23 programı kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 323 hasta (K/E: 313/10, ortalama yaş: 56±11) alındı. Üç yüz yirmi üç Sjögren hastası içinde hastaların %9'unda (n=29) malignite öyküsü vardı. %5,9'unda (n=19) solid organ, %3,1'inde (n=10) hematolojik malignite vardı. %2,2 ile en fazla görülen kanser meme kanseri idi. Diğer kanserler de (mesane, rektum, serviks, endometrium, kolon kanseri) %1,5 görüldü. Ortanca takip süresi 3,58 yıl için tüm kanserlerde standardize insidans oranı (SIR) 3,3 olarak hesaplandı (%95 GA: 2,2-4,7,

p<0,001). Toplam 10 lösemi veya lenfoma olgusu için SIR 22,5 olarak saptandı (%95 GA: 10,8-41,4, p<0,001). Üç yüz on üç kadında yedi meme kanseri görülmüş olup, meme kanseri için SIR 3,8 olarak hesaplandı (%95 GA: 1,5-7,9, p<0,001). Üç tiroid olgusu için SIR 5,5 saptandı (%95 GA: 1,1-16,2, p<0,01). Diğer kanser türleri için istatistiksel olarak anlamlı bir artış görülmedi. Sjögren sendromlu hastaların kendisinde malignite gelişimi yaş, cinsiyet, Sjögren tipi, sigara öyküsü, schirmer, anti-SSA, anti-SSB, ANA, ESSDAİ pozitif-negatiflik, kompleman düşük-yüksek olma ve fokus skoruna göre farklılık göstermedi. Sjögren sendromu tanılı hastaların %43,3'ünün (n=128) anne, baba, çocuk veya kardeşlerinden en az birinde kanser öyküsü mevcuttu. Toplam kanser görülen yakın akraba (anne, baba, çocuk, kardeş) sayısı 176 idi. Bu kanserlerin türünün dağılımı Tablo 1'de gösterildi. Verisine ulaşılabilen 1750 yakın akrabada, toplam 176 kanser olgusu görülmüş olup, SIR 3,5 olarak hesaplandı (%95 GA: 3,0-4,1, p<0,001). Kırk bir akciğer kanseri olgusu için SIR 2,66 (%95 GA: 1,9-3,6, p<0,001), 24 meme kanseri olgusu için SIR 4,6 (%95 GA: 2,95-6,86, p<0,001), 20 kolon kanseri olgusu için SIR 3,7 (%95 GA: 2,3-5,7, p<0,001), 16 mide kanseri olgusu için SIR 4,3 (%95 GA: 2,5-7,1, p<0,001), 12 prostat kanseri olgusu için SIR 2,8 (%95 GA: 1,4-4,8, p<0,01), altı beyin tümörü olgusu için SIR 4,6 (%95 GA: 1,7-10, p<0,01), yedi larinks kanseri olgusu için SIR 7,8 (%95 GA: 3,1-16, p<0,001), yedi endometriyum olgusu için SIR 5,5 (%95 GA: 2,2-11,3, p<0,001), altı ALL olgusu için SIR 4,9 (%95 GA: 1,8-10,7, p<0,01), beş karaciğer kanseri olgusu için SIR 4,1 (%95 GA: 1,3-9,6, p<0,05) ve beş böbrek tümörü olgusu için SIR 4,6 (%95 GA: 1,5-10,8, p<0,05) olarak hesaplandı (Tablo 2). Hastaların kanser görülen yakınlarının yaşı ortalama 58±10 yıldır. Kanser teşhisi olan yakın akrabaların %56'sı erkek ve %7,4'ü aktif sigara içmekteydi. Yakınında kanser görülen ve görülmeyen SS hastaları kıyaslandığında, Sjögren tipi, Schirmer sonucu, fokus skoru, SSA, SSB, ANA, RF, kompleman düzeyleri, IgA, IgM, IgG düzeyleri ve ESSDAİ durumları arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

Sonuç: Çalışmamızda Sjögren sendromlu hastaların yakın akrabalarında genel popülasyon ile karşılaştırıldığında tüm kanserlerin ve organa spesifik belirtilmiş olan kanserlerin gelişme riskinde artış olduğu belirlendi. Literatürde SS hastalarının yakın akrabalarındaki kanser sıklığını araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu ilişkinin aydınlatılması için bu konu daha geniş popülasyon tabanlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Sjögren sendromu, kanser, yakın akraba

Romatolojik hastalıklarda glukokortikoid ilişkili toksisitenin objektif ve prospektif takibi; glukokortikoid toksisite indeksi

Melda Bahap Kara¹, Emine Sarıyıldız²,
Aygin Bayraktar Ekincioğlu¹, Ömer Karadağ²

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

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

Amaç: Glukokortikoid toksisite indeksi (GTİ), glukokortikoid (GK) ilişkili morbiditenin zaman içerisinde sistematik olarak incelenebileceği, klinik sonuçlara dayalı yeni bir değerlendirme aracıdır. Bu çalışmanın amacı, romatoloji polikliniğinde GK tedavisi alan hastalardaki maruziyetin ve GK ilişkili toksisitenin değerlendirilmesi, yönetiminin sağlanması ve toksisitedeki değişimin takip edilmesidir.

Yöntem: Bu prospektif çalışmada, Ocak 2021-Haziran 2022 arasında romatoloji polikliniğinde romatoid artrit (RA), sistemik lupus eritematozus (SLE) veya vaskülit tanısı ile GK tedavisi verilen hastalar çalışmaya alındı ve prospektif olarak takip edildi. İlk kez GK başlanan hastalar yeni GK grubu, ≤ 2 yıldır GK alan hastalar eski GK grubu gruplandırıldı. İki yıldan uzun süredir GK alan hastalar, kümülatif doz hesabı güçlüğü nedeniyle çalışma dışı bırakıldı. Her hasta için GTİ verileri içinde yer alan; beden kitle indeksi (BKİ), kan basıncı, glukoz toleransı, lipid metabolizması, miyopati, deri toksisitesi, nöropsikiyatrik etkiler ve enfeksiyonlar ile birlikte, kümülatif GK maruziyeti başlangıçta (t_0), 3. (t_3) ve 6. ayda (t_6) kaydedildi. Her bir GTİ alanı için yalnızca klinik sonuçlardaki kötüleşmeyi yansıtan kümülatif kötüleşme skoru (KKS) (0 ila 439 puan) ve hem iyileşmeyi hem de kötüleşmeyi yansıtan toplam skor (TS) (-346 ila +439 puan) hesaplandı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 156 hastanın yaş ortalaması (\pm SS) 49,1 ($\pm 17,1$) yıl olup %57,7'si kadındır (Tablo 1). Hastaların 76'sı (%48,7) yeni GK grubundadır. Takip süresince her iki

grupta en yaygın gözlenen toksisite; kan basıncı ve BKİ'de artış ile glukoz toleransında bozulma olarak saptandı (Şekil 1). GTİ kullanılarak yapılan 6 aylık takip süresinde; yeni GK grubunda 11 (%14,5) hastaya kalsiyum/D vitamini takviyesi [eski GK grubunda 12 (%15) hasta], 4 (%5,3) hastaya kemik dansitometrisi sonucu osteoporoz tedavisi [eski GK grubunda 11 (%13,8) hasta], 5 hastaya hipertansiyon tedavisi/tedavi dozunda düzenleme (eski GK grubunda 6 hasta), 5 hastaya dislipidemi tedavisi (eski GK grubunda 5 hasta), 1 hastaya diyabet tedavisi (eski GK grubunda 1 hasta) başlandı. Glikolize hemoglobin (HbA1c), kan basıncı veya lipid yüksekliği için 7 (%9,2) hasta (eski GK grubunda ise 4 hasta) bu açılardan takipli endokrin/dahiliye doktoruna yönlendirilerek hastaların tedavilerinde düzenleme yapılması sağlandı. Yeni GK grubunda GTİ-TS puanının 3. ayda 6. aya göre daha yüksek olduğu gözlemlendi ($p < 0,001$), eski GK grubunda ise 3. ve 6. ay arasında anlamlı bir değişiklik gözlenmedi ($p = 0,498$) (Tablo 2). Genelleştirilmiş lineer model ile GTİ-TS puanı üzerinde yaş, cinsiyet, başlangıçta hipertansiyon, koroner arter hastalığı, hiperlipidemi, diyabet varlığı ile romatizmal hastalık türünün etkisinin olmadığı belirlendi. Buna karşın GTİ-TS puanı; yüksek kümülatif GK dozu ilişkili olmakla birlikte ($p < 0,001$), 3. ay izleminde (6. aya göre) ve yeni GK grubunda (eski GK grubuna göre) daha yüksek bulundu ($p < 0,001$) (Şekil 2).

Sonuç: Tedavi sürecinde GK toksisitesindeki değişiklikler, GTİ ile toksisite türlerine spesifik olarak tespit edilmiştir. Glukokortikoid tedavisi yeni başlanan hastalarda, özellikle erken dönemde kümülatif GK dozu ve GK ilişkili toksisitelerin daha fazla olduğu görülmüştür. Daha uzun süredir glukokortikoid kullanan hastalarda, toksisite parametrelerinde değişim sınırlı olsa da GTİ kullanımını osteoporoz, kan basıncı gibi sorunların saptanmasında avantaj sağlamıştır. GTİ'nin kliniklerde kullanılması, GK tedavisinin istenmeyen etkilerinin erken dönemde tespit edilerek tedavinin bireyselleştirilmesine ve daha hasta merkezli yönetimine izin verebilecektir.

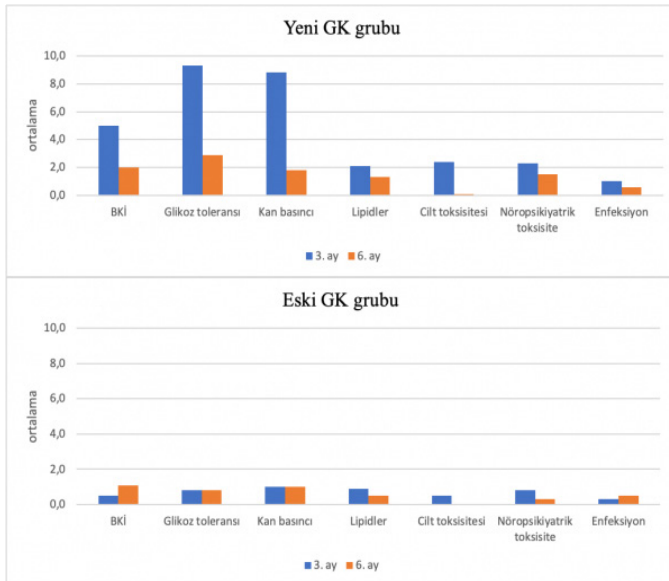
Anahtar Kelimeler: Glukokortikoid toksisite indeksi, romatoloji, istenmeyen etki, kümülatif maruziyet, romatoid artrit, sistemik lupus eritematozus, vaskülit

Tablo 1. Demografik bilgiler ve tedavi detayları

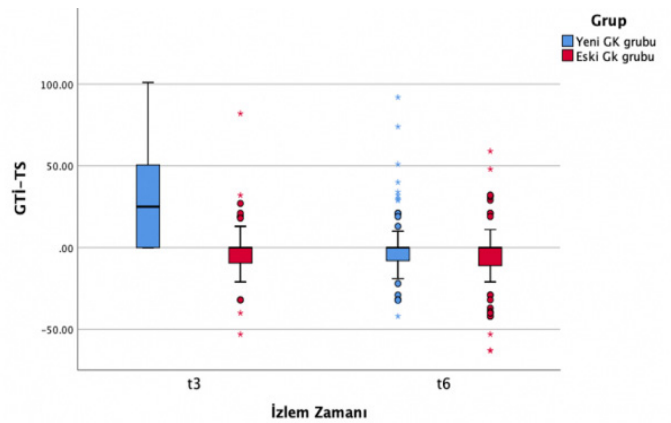
| Değişkenler* | Yeni GK grubu n=76 | Eski GK grubu n=80 | p değeri |
|---|-----------------------|-----------------------|----------|
| Yaş | 51,1 (17,3) | 47,1 (16,8) | 0,149 |
| Cinsiyet, Kadın | 40 (52,6) | 50 (62,5) | 0,212 |
| Romatolojik tanılar | | | |
| RA | 20 (26,2) | 18 (22,5) | |
| SLE | 7 (9,2) | 14 (17,5) | |
| GCA | 5 (6,6) | 8 (10,0) | |
| Takayasu Arteriti | 8 (10,5) | 8 (10,0) | |
| PAN | 1 (1,3) | 3 (3,8) | |
| Anca-ilişkili vaskülit | 11 (14,9) | 13 (16,3) | |
| Diğer vaskülitler** | 11 (14,5) | 8 (10,0) | |
| Ig-G4 ilişkili hastalık | 10 (13,2) | 7 (8,8) | |
| Behçet hastalığı | 3 (3,9) | 1 (1,3) | |
| Kronik hastalıklar | | | |
| Hipertansiyon | 20 (26,3) | 31 (38,8) | 0,098 |
| Diyabet | 17 (22,4) | 16 (20,0) | 0,717 |
| Hiperlipidemi | 6 (7,9) | 10 (12,5) | 0,343 |
| Koroner arter hastalığı | 5 (6,6) | 6 (7,5) | 0,822 |
| Osteoporoz | 2 (2,6) | 4 (5,0) | 0,682 |
| t ₀ 'dan önce prednizolon süresi, ay | 0 | 14 (12,6) | - |
| t ₀ -t ₃ arasındaki kümülatif prednizolon dozu (mg) | 2142,5 (3308,8) | 487,5 (577,5) | <0,001 |
| t ₀ -t ₃ arasındaki günlük prednizolon dozu (mg) | 21,5 (34,4) | 5 (5,7) | <0,001 |
| t ₃ -t ₆ arasındaki kümülatif prednizolon dozu (mg) | 675 (960) | 400 (434,7) | <0,001 |
| t ₃ -t ₆ arasındaki günlük prednizolon dozu (mg) | 7,5 (8,7) | 5 (3,6) | <0,001 |

* Kategorik veriler için n (%), yaş hariç sayısal veriler için ortanca (çeyrekler arası dağılım genişliği); yaş için ortalam ± standart sapma.

GK: Glukokortikoid, RA: Romatoid artrit, SLE: Sistemik lupus eritematozus, GCA: Dev hücreli arterit, PAN: Poliart nodosa, EGPA: Eozinofilik granüloematöz polianjit, GPA: Granüloematöz polianjit, MPA: Mikroskopik polianjit
**Diğer vaskülit: Lökositoklastik vaskülit, Primer SSS vaskülit, kronik periaortit tanılarını içermektedir.



Şekil 1. Hastalarda 3. ve 6. ay takip sürecinde kümülatif kötüleşme skorunun (KKS) GK toksisite türlerine göre dağılımı



Şekil 2. t3 ve t6 izlem zamanlarında GTI-TS puanları

İlk muayenede vitreus hücreli olup posterior üveiti olmayan behçet sendromu hastalarında posterior üveit riski

Didar Uçar^{1,2}, Başak Ecem Bircan³, Nigar Rustamli³, Bilge Batu Oto¹, Vedat Hamuryudan^{2,4}, Sinem Nihal Esatoğlu^{2,4}, Gülen Hatemi^{2,4}

¹Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Behçet Hastalığı Araştırma Merkezi, İstanbul

³Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

⁴Istanbul 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 hücreli (VH) saptanmaktadır. Bununla birlikte, VH varlığının prognostik önemi ve immünoşüpresif tedavi gerektiren posterior üveit (PÜ) gelişimi ile ilişkisi bilinmemektedir.

Yöntem: 2010 ile 2012 yılları arasında merkezimize ilk kez başvuran ve ISG kriterlerini karşılayan 572 ardışık BS hastasının dosyası incelendi. İlk vizitte 164 hastanın bilateral veya unilateral gözünde VH vardı. Geri kalan hastalardan 229'unda göz muayenesinde patoloji yoktu; 116 hastada bilateral pan veya PÜ vardı; 14 hastada unilateral pan veya PÜ varken diğer gözünde patoloji yoktu; 20 hastada bilateral veya unilateral anterior üveit (AÜ) veya unilateral AÜ ve diğer gözde pan veya PÜ vardı; 29 hastanın ise dosyasında yeterli veri yoktu. Bilateral veya unilateral gözünde VH saptanan 164 hastadan en az 2 yıllık takip süresine sahip 110 hasta çalışmaya dahil edildi (Şekil).

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 110 hastanın (68 erkek, yaş ortalaması \pm SD: 31 ± 9 yıl) ilk vizitinde 61'inde bilateral VH, 34'ünde unilateral VH ve 15'inde tek gözünde VH ve diğer gözünde ise PÜ vardı. On üç hastada VH ile aynı gözde AÜ de bulunmaktaydı. Ortalama $1,9\pm 1,1$ yıl takip sürecinde 24 (%22) hastada PÜ gelişmişti. Bilateral VH olan 61 hastanın 9'unda bilateral olmak üzere toplamda 13'ünde (%21); bir gözünde VH bulunan ve diğer gözünde patoloji olmayan 34 hastanın 6'sında (%18) VH olan gözünde ve bir gözünde VH diğer gözünde ise PÜ olan 15 hastanın 5'inde (%33) PÜ gelişmişti (Şekil). Tek taraflı PÜ olan hastaların %33'ünde karşı gözde de PÜ gelişmesi, BS üveitinin bilateral olma eğiliminden olabilir. Bu nedenle, tek gözde pan veya PÜ olan ve diğer gözünde patoloji olmayan hastalara da baktık. Bu gruptaki 14 hastadan sadece birinde bilateral PÜ geliştiğini gözlemledik. PÜ gelişme oranı bir gözünde VH ve diğer gözünde PÜ olan hastalarda daha fazla olsa da aradaki fark anlamlı değildi (5/15 vs. 1/14, $p=0,082$). İlk muayenede göz muayenesinde VH olan hastalar arasında PÜ gelişen ve gelişirmeyenlerin demografik ve klinik özellikleri ile tedavileri Tablo 1'de sunulmaktadır. Yaş, cinsiyet ve BS belirtileri gruplar arasında benzerdi. İlk 5 yıl içinde immünoşüpresif ilaç kullanmış olan 49 hastadan 13'ü PÜ geliştirmişti. Bu 49 hastadan 7'si göz tutulumu için 42'si ise diğer BS belirtileri için immünoşüpresif ilaç kullanmıştı. İmmünoşüpresif ilaç kullanımı olan ve olmayan

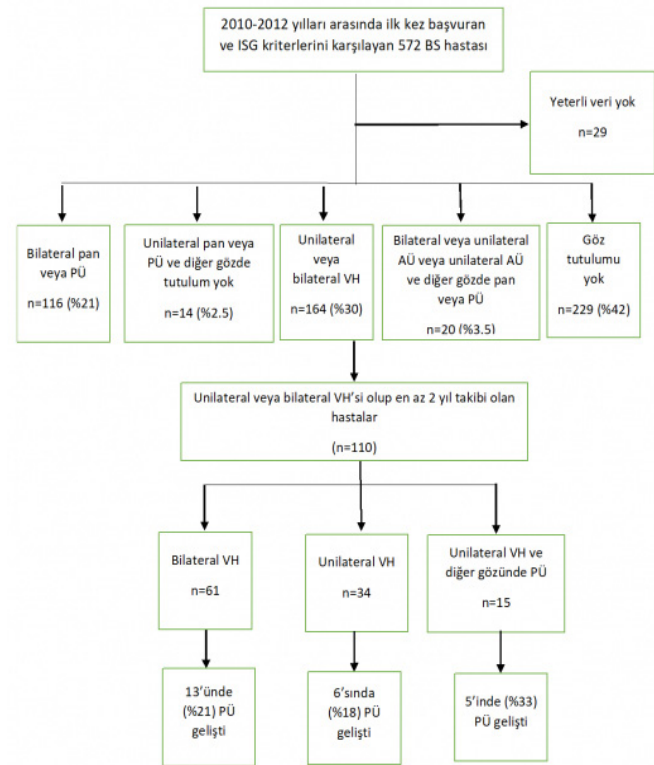
hastaların PÜ geliştirme sıklığı benzerdi (13/49 vs. 11/61, $p=0,28$). Çok değişkenli lojistik regresyon analizi, aynı gözde VH ile birlikte AÜ bulunmasının VH'li hastalarda PÜ gelişimi açısından bağımsız bir risk faktörü olduğunu gösterdi (OR: 3,80, %95 GA: 1,07-13,4). Tamı yaşı, cinsiyet ve ilk 5 yıl boyunca en az 1 yıl immünoşüpresif ilaç kullanımı ve diğer gözde PÜ bulunması PÜ gelişimi ile ilişkilendirilmedi (Tablo 2).

Sonuç: VH'li hastaların %22'sinde 2 yıl içinde posterior üveit gelişmiş olması VH'li hastaların bu açıdan daha yakın takip edilmesi gerektiğini düşündürmüştür. VH olan gözde AÜ bulunması PÜ gelişim riskini 4 kat kadar artırmaktadır. Bu tarz hastalarda immünoşüpresif tedavinin PÜ gelişimini önlemedeki yerine dair çalışma gerekmektedir.

Kısıtlılıklar:

1. Geriye dönük bir çalışma olup göz muayene bulguları hastaların dosyalarından elde edilmiştir. Ancak incelediğimiz 572 hastadan sadece 29'unda eksik veri vardı. Diğer yandan tüm hastaların ilk muayenesi Behçet üvetinde deneyimli 2 göz hekiminden biri tarafından yapılmıştı.
2. İlk muayenede VH olan hastaların %33'ünün 2 yıldan az takibi olduğu için bu hastaları analize dahil edemedik.
3. VH olan hastaların ilk vizitlerinde FFA yapılmamış olup bazı hastalarda asemptomatik posterior segment tutulumunu atlamaş olabiliriz.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, üveit, göz tutulumu, vitreus hücreli, immünoşüpresif



Şekil 1. İlk vizitte göz tutulumuna göre hastaların dağılımı ve vitreus hücreli bulunan hastalarda posterior üveit gelişimi

ANTI-MDA5 pozitif dermatomyozit: Enflamatuvar miyopatiler arasındaki sıklığı, klinik özellikleri ve uzun dönem takip verileri

Ömer Uludağ¹, Gamze Kemeç², Shirkhan Amikishiyev¹,
Yasemin Yalçınkaya¹, Bahar Artım Esen¹, Ahmet Gül¹, Murat İnanç¹

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

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

Amaç: Anti-melanoma diferansiyasyon ilişkili gen 5 (MDA5) pozitif dermatomyozit (DM) deri ve akciğer tutulumu ön planda olan bir idiyopatik enflamatuvar miyopatidir (İİM). Bu çalışmada İstanbul Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı İİM kohortundaki anti-MDA5 pozitif DM olgularının klinik ve laboratuvar özelliklerini, aldıkları tedaviler ve prognozlarını incelemeyi amaçladık.

Yöntem: İİM kohortunda immunblot yöntemi ile miyozit spesifik antikor (MSA) paneli çalışılan 100 hasta arasında anti-MDA5 pozitif saptanan 9 hasta (%9) belirlendi. Hastalara ait demografik özellikler, fizik muayene bulguları, laboratuvar ve diğer otoimmün serolojik test sonuçları, elektromiyografi (EMG), görüntüleme verileri, histopatolojik bulgular retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya alınan 9 hastanın 5'i erkekti. Ortalama tanı yaşı 41,4±15,9 ve ortalama takip süresi 5,3±4,6 yıldır. Hastaların tamamı 2017 EULAR/ACR İİM sınıflandırma kriterlerine göre "kesin" İİM olarak sınıflandırıldı. Ayrıca bir hasta aynı zamanda 2019 EULAR/ACR sistemik lupus eritematozus (SLE) sınıflandırma kriterlerini de karşılamaktaydı. Hastalar kas gücü, kas enzimleri, EMG ve manyetik rezonans (MR) görüntülemeleri ile incelendiğinde 3'ü (%33,3) aşikar miyopatik, 2'si (%22,2) amiyopatik, 4'ü (%44,4) ise hipomiyopatik DM olarak değerlendirildi. Tanıda hastaların 6'sında (%66,7) Raynaud fenomeni, 7'sinde (%77,8) artrit, 3'ünde (%33,3) ateş, 4'ünde (%44,4) kilo kaybı, 2'sinde (%22,2) disfaji vardı. Tüm hastalarda tipik DM deri bulguları mevcutken 3 hastada (%33,3) derin ("punched-out") deri ülserleri vardı ve 2 hastada (%22,2) kalsinozis gelişti. Dört hastada (%44,4) interstisyel akciğer hastalığı (İAH) saptandı ve bir hastada 9 ay içerisinde fonksiyonel kötüleşme ve radyolojik progresyon gözlemlendi. Hastaların 3'ünde (%33,3) hiperferritinemi (3600-5500 ng/mL) mevcuttu. Beş hastada (%55,6) eşlik eden antinükleer antikor (ANA) ve 4'ünde anti-Ro pozitifliği saptandı. Anti-Ro (+) 4 hastada da İAH vardı. Başlangıçta veya takip sırasında hastaların hiçbirinde malignite saptanmadı. COVID-19 pandemisi sonrası tanı konulan 4 hastanın 3'ünde tanı öncesinde (3-6 ay) COVID-19 enfeksiyonu öyküsü vardı. Hasta özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Bulgular: Tüm hastalarda başlangıçta glukokortikoid ve hidroklorokin tedavisi verilirken, 4'ünde metotreksat, 4'ünde azatioprin, 5'inde mikofenolat mofetil, 2'sinde takrolimus ve birer hastada siklofosamid, tofacitinib ve rituksimab kullanılmıştır. Ayrıca 5 hastada takipte yüksek doz (2 gr/kg) intravenöz immünoglobulin gerekmiştir. Hastaların tamamının takibi sürmektedir.

Sonuç: İİM kohortumuzda anti-MDA5 pozitif DM sıklığı ABD ve Avrupa ile benzerlik göstermektedir. Bu hasta grubunda aşikar

miyopati sıklığının düşük olması yanında derin deri ülserleri ve hiperferritinemi gibi hastalığa özgü bulgular gözlenmiştir. Malignite ile ilişki saptanmamıştır. COVID-19 enfeksiyonu ile zamansal ilişki dikkat çekmiştir. İİM hastalarında spesifik otoantikörlerin tayini, farklı alt grupların tanınması ve izlenmesinde önemli yarar sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Dermatomyozit, otoantikör, interstisyel akciğer hastalığı

PS-282

Sistemik sklerozlu hastaların solunum fonksiyon testlerine uyumu

Gül Sandal Uzun¹, Alper Sarı², Oğuz Karcıoğlu³, Erdiñ Ünalı¹,
Elif Naz Sancar³, Büşra Fırlatan¹, Levent Kılıç¹, Ali Akdoğan¹

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

²*Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara*

³*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara*

Amaç: Sistemik skleroz (SSk) hastalarında ağız açıklığında azalma, göğüs derisinde sertleşme, malnütriyon, azalmış kas kütlesi veya solunum fonksiyon testi (SFT) aparatının kavranmasındaki zorluk gibi nedenler solunum fonksiyonlarının ölçümünü etkileyebilir. Bu çalışmada SSk hastalarında SFT'nin Amerikan Toraks Cemiyeti'ne (ATS) kılavuzuna göre kabul edilebilirliğinin değerlendirilmesi araştırılmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 18 Nisan 2023 tarihinden itibaren Hacettepe Üniversitesi Romatoloji Kliniği'ne başvuran SSk tanılı hastalar dahil edildi. 77 SSk hastasının demografik ve klinik değerlendirmeleri detaylı olarak kaydedildi. Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran yaş ve cinsiyetleri eşleştirilmiş 100 hasta kontrol grubu olarak dahil edildi. Ön kesici dişler arası mesafe (<40 mm=azalmış), göğüs ekspansiyonu (<2,5 cm=azalmış), ellerde kontraktür varlığı, üst ekstremitte kas gücü ve malnütriyon durumu (MUST skoru) değerlendirildi. Hastalarda SFT testi kabul edilebilirliği ATS kılavuzuna göre değerlendirildi. Hasta ve kontrol grubu kılavuza göre iki gruba ayrılarak analiz edildi (kabul edilebilirlik=A/B/C (Grup 1) ve kabul edilebilirlik =D/E/F/U (Grup 2)).

Bulgular: Analize dahil edilen 77 SSk (%93,5 kadın) hastasının yaş ortancası 56,8 (21,4-76) idi. Hastaların 26'ünde (%33,8) diffüz SSk, 33'ünde (%42,9) interstisyel akciğer hastalığı vardı. SSk hastalarının SFT testinin kabul edilebilirliği kontrol grubuna göre daha düşüktü (Grup 1 oranı: %55,8'e karşı %80; p<0,001). Grup 2 SSk hastaları grup 1'e göre daha yaşlıydı; mRSS bu grupta daha yüksekti; ellerde kontraktür varlığı, göğüs ekspansiyonunda azalma, yapabilenlere göre daha sıkı (Tablo 1). Grup 2 hastalarda diffüz SSk ve İAH daha yüksek orada olmakla birlikte bu fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmıyordu. SFT'yi etkileyecek birden fazla risk faktörü varlığında kabul edilebilir ölçümleri olan hasta oranı artmaktaydı (Tablo 2).

Tartışma: Sistemik skleroz hastalarında diğer hastalıklara kıyasla SFT'nin kabul edilebilirlik oranı daha düşüktür. Deri tutulumu şiddeti, eklem kontraktürü varlığı bu ölçümlerin uygun yapılmasını engelleyen faktörlerdir.

Anahtar Kelimeler: Diffüz hastalık, sistemik skleroz, solunum fonksiyon testi, Amerikan Toraks Cemiyeti (ATS) kılavuzu, SFT uyumluluğu

PS-283

B/TSDMARD kullanan romatoid artrit hastalarında subkondral radius kistlerinin sıklığı ve önemi

Umut Kalyoncu, Gizem Ayan

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

Amaç: Romatoid artritli (RA) hastalarda subkondral kistlerin varlığı uzun zamandır bilinmektedir. Jeolojide kullanılan “goede” kavramı, bu kistleri adlandırmak için kullanılabilir en iyi terminolojidir. Bu değerlendirmede, bir biyolojik hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilaç (bDMARD) kohortundaki RA hastalarında radiustaki goedelerin sıklığını, dağılımını ve özelliklerini belirlemeyi amaçladık.

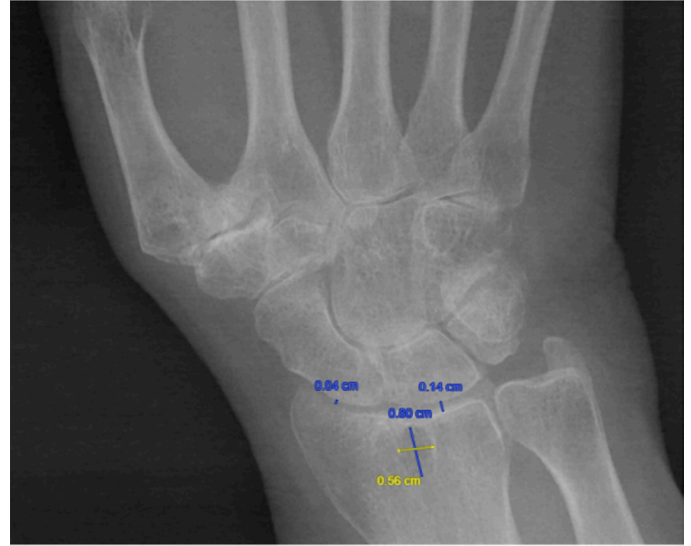
Yöntem: HÜR-BIO veri tabanı 2005 yılında kurulmuştur, Ocak 2023 itibarıyla 2355 RA hastası kayıtlıdır. HUR-BIO’da en az bir el röntgeni olan ilk 500 hastanın en son çekilen ön-arka standart el röntgenleri değerlendirilmiştir. Goedelerin lokalizasyonu ve boyutu, radiusun distal kısmına olan mesafesi, goedelerden radiusa olan mesafe ve radius ile karpal kemik arasındaki mesafe ölçüldü. Radius ile skafoid arasındaki mesafe ve radius ile lunat kemik arasındaki mesafe en dar noktadan ölçüldü (Şekil 1). Karpal kemiklerin tutulumu modifiye Larsen skoruna göre değerlendirildi. Demografik, klinik özellikler değerlendirildi ve goede olan ve olmayan hastalar arasında karşılaştırıldı.

Bulgular: Beş yüz hastadan 28’inde (%5,6) radyografilerde goede varlığı veya yokluğu belirlenemedi. Yirmi dört (%4,8) hastada radiusa kistik-eroziv değişiklikler vardı, ancak radius korteksinin kemik bütünlüğü bozulduğu için bu hastalar analize dahil edilmedi. Bu hastaların 63/448’inde (%14,1) goede saptandı. El grafisi çekildiğinde ortalama (SD) yaş goede olan ve olmayan hastalarda sırasıyla 54,4 (12,4) ve 51,1 (12,9) idi. Goede olan ve olmayan hastaların karşılaştırılmasında erkek cinsiyet, anti-CCP pozitifliği ve hastalık süresi açısından farklılıklar vardı. Goede olan hastalarda karpal kemiklerdeki Larsen skoru daha kötüydü (Tablo 1). Altmış

üç hastada 8 (%12,6) tek taraflı tek kist 37 (%58,7), tek taraflı çift kist 14 (%22,2), iki taraflı 12 (%19,0) olmak üzere toplam 98 kist saptandı. Sağda baskın kist 40 hastada ve ikinci kist 14 hastada bulunurken, solda baskın kist 35 hastada ve ikinci kist 9 hastada bulundu. Bu kistlerin etrafındaki skleroz dağılımı şu şekildeydi; yok 4 (%4,1), hafif 59 (%60,2), orta 33 (%33,7), belirgin 2 (%2,0). Kistin üst ucu ile radius arasındaki mesafe ortalama (SD) 1,7 (0,67) mm idi. Çoklu kisti olan 26 hastada anti-CCP antikor pozitifliği daha sıktı (%90,0’a karşı %64,3, p=0,043) ve Larsen skoru 2 veya daha yüksekti (%92,3’e karşı %67,6, p=0,020). 50 mm²’den büyük subkondral kisti olan hastalar daha sık erkekti (%64,7’ye karşı %21,7; p=0,001), sigara kullanımı daha sıktı (%76,5’e karşı %43,2; p=0,02) (Tablo 2).

Sonuç: b/tsDMARD kullanması gereken RA hastalarından oluşan bir kohortta, hastaların %14’ünde radiusa goedeler bulunmuştur. Bu kistler genellikle tekti ancak hastaların beşte birinde iki taraflıydı. Kistlerin çapı ve sayısı ile anti-CCP pozitifliği ve cinsiyet arasındaki ilişki, bu hastaların daha eroziv seyirli bir alt grubu temsil edebileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, kist, radyus, radyografi



Şekil 1. Ölçümlerin şematik gösterimi

Orbital enflamatuvar hastalık: Tanı, takip ve tedavisine multidisipliner yaklaşım

Zeynep Toker Dinçer¹, Mehmet Serhat Mangan², Serdar Arslan³, Onur Erdem Şahin⁴, Övgü Aydın Ülgen⁵, Ahmet Murat Sarıcı⁶, Emire Seyahi¹

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

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sadık Eratik Göz Kliniği, İstanbul

³Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁴Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

⁵Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁶Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Pseudotümör orbita olarak da bilinen orbital enflamatuvar hastalık (OİH), orbital dokuların (ekstraoküler kas, yağ, sklera, lakrimal bez ve göz kapakları) enflamasyonu ile karakterize, etiyojisi belli olmayan bir hastalıktır. Tanı, takip ve tedavisi hakkında literatür verisi kısıtlıdır. Çeşitli enflamatuvar hastalıklar ile birlikte ya da idiyopatik olabilmektedir. Tanı, görüntüleme (orbita MR ve PET/BT) ya da mümkün olduğunda biyopsi ile konmaktadır. Birinci basamak tedavide glukokortikoidler (GK) kullanılmaktadır. Dirençli hastalardaki tedavi yaklaşımı kesinlik kazanmamakla beraber rituksimabın (RTX) etkili olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmamızda OİH tanısı almış hastaların klinik bulgularını, tedavi yaklaşımlarını ve prognozlarını retrospektif olarak incelemeyi amaçladık.

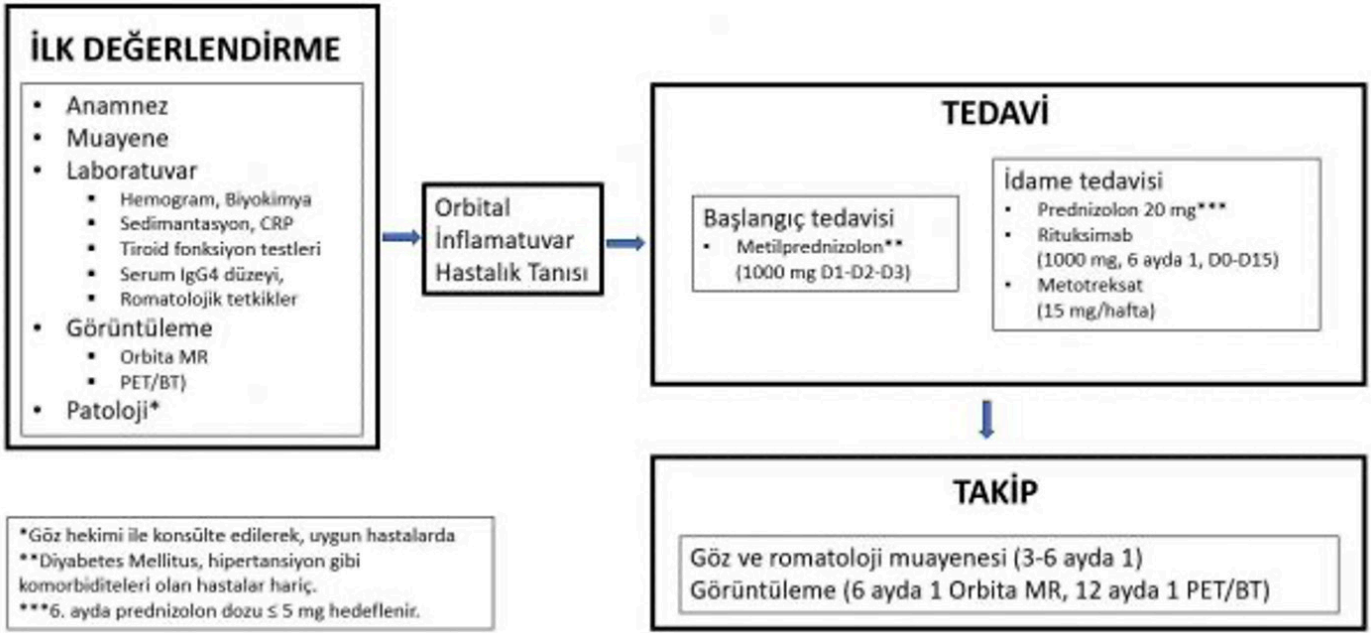
Yöntem: Mart 2017 tarihinden itibaren İÜC, CTF göz hastalıkları kliniği ile ortaklaşa bir plan çerçevesinde OİH hastalarını standart bir şekilde izlemekte ve tedavi etmekteyiz (Şekil 1). Bu program çerçevesinde, hastalar hem romatoloji hem de göz kliniklerinden 3-6 ay aralıklı vizitler ile takip edilmektedir. İlk başvuru ve takipte görüntülemeler Orbita MR ve PET/BT ile yapılmaktadır. GK dirençli hastalara RTX ve metotreksat (MTX) tedavisi uygulanmıştır. Haziran 2023 itibariyle kohorta dahil olan toplam 51 (34 K/17 E) hastanın klinik özelliklerini, görüntülemelerini ve histopatolojik bulgularını dosya kayıtlarından inceledik.

Bulgular: Çalışmaya alınan 51 hastanın ortalama başvuru yaşı 45,6±12,9 yıldır (Tablo 1). Semptom başlangıcı ile romatoloji kliniğine başvuru zamanına kadar geçen süre medyan 13 (1-297) aydır. Kliniğimize başvurmadan önce göz hekimi tarafından 43 (%84,3) hastaya oral veya parenteral GK, 6 (%11,8) hastaya radyoterapi, 7 (%13,7) hastaya cerrahi, 1 hastaya intra-orbital GK uygulanmıştı. Başlıca yakınmalar ptosis (%90,2), göz

kapağında şişlik (%84,3), göz ağrısı (%64,7) ve göz hareketlerinde kısıtlılıktı (%56,9) (Tablo 1). Hastaların 49'unda (%96,1) hastalık başlangıcında unilateral (sağ: n=24, sol: n=25) tutulum mevcuttu. Orbita MR bütün hastalarda yapılmıştı ve ekstra-orbital kas, periorbital deri, lakrimal gland, optik sinir tutulumlarına işaret etmişti (Tablo 2). PET/BT yapılan 50 hastanın 15'inde, MR bulgularıyla uyumlu olarak orbitada FDG tutulumu saptandı. Toplam 23 hastaya (%45,1) biyopsi yapılmıştı ve çoğunlukla lenfositten zengin eozinofillerin de eşlik ettiği hücre infiltrasyonu gözlemlendi. IgG4 çalışılmış 8 biyopsinin hiçbirinde IgG4 ilişkili hastalık gözlenmedi. Toplam 11 (%22) hastada geçmişte veya güncel tetkikler sırasında ortaya çıkan ek enflamatuvar hastalık olduğu gözlemlendi. Ayrıca, 3 hastada lenfoma (bir hastada eş zamanlı, iki hastada takip sırasında) saptandı (Tablo 1). Medyan izlem süresi 23 (min-maks: 3-83) aydır. Toplam 44 (%86,3) hasta RTX, 40 (%78,4) hasta ise MTX tedavisi almıştı. RTX kurs sayısı medyan 2 idi (min-maks: 1-6). En az 2 kurs RTX almış 33 hastanın 32'sinde klinik yanıt alındı. Bu 32 hastanın 21'inin kliniği tamamen düzeldi, 11 hastada ise göz hekimi tarafından sekel olarak düşünülen hareketle olan diplopi, ptosis, aralıklı, hafif şiddette ağrı, göz kapağında hafif şişlik şikayetlerinden biri veya birkaçı kaldı. Klinik remisyona giren hastalarda orbita MR ve PET/BT bulguları uyumlu bulundu. RTX tedavisi ile 24 (%47) hastada GK tedavisinin tamamen kesilebildiği görüldü. RTX tedavisine refrakter bir hastada ciddi hastalık nüksü üzerine siklofosamid uygulandı.

Sonuç: Çalışmamız, histopatolojik veri eksikliğine rağmen önemli sonuçlar içermektedir. OİH; yalnızca gözün lokal enflamasyonu olarak düşünülmemeyip, sistemik açıdan da detaylı bir şekilde irdelenmesi gereken, göz hastalıkları, romatoloji, radyoloji/nükleer tıp ve patoloji gibi çeşitli bilim dallarının multidisipliner iş birliği içerisinde çalışması gereken bir hastalıktır. Etiyojijiyi açıklayabilecek IgG4 ilişkili hastalık, lenfoma, sarkoidoz, tiroid oftalmopati gibi hastalıklar ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Ayırıcı tanı ve takipte görüntülemelerde orbita MR ve PET kullanılmalıdır. Göz hekimi ile birlikte biyopsi alınabilirliğini değerlendirerek dirençli, kemik yapıları invazyon gösteren veya atipik görüntülemesi olan hastalarda biyopsi düşünülebilir. GK ile kombine RTX ve MTX kullanımı hem GK kullanım süresini azaltmakta hem de nükslerle giden bu hastalıkta alevlenme sıklığını azaltmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Pseudotümör orbita, rituksimab, glukokortikoid



Sekil 1. Orbital enflamatuvar hastalık için tanı, takip ve tedavi algoritması

PS-285

Biyolojik DMARD tedavisi başlanılan psöriatik artrit hastalarında takip süresi 10 yılın üzerinde olanların klinik ve demografik özellikleri

Gözde Sevgi Kart Bayram, Büşra Fırılattan, Emre Bilgin, Zehra Özsoy, Gizem Ayan, Gül Sandal Uzun, Mustafa Ekici, Erdiñ Ünalđı, Buğu Bulat, Levent Kılıç, Ali Akdoğan, Ömer Karadağ, Şule Apraş Bilgen, İhsan Ertenli, Sedat Kiraz, Umut Kalyoncu

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Amaç: Biyolojik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar (bDMARD) psöriatik artrit (PsA) hastalarında 2 dekat kullanılmaktadır. Bu çalışmada on yıldan uzun süre bDMARD alma potansiyeli olan PsA hastalarının takibe gelme oranları ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

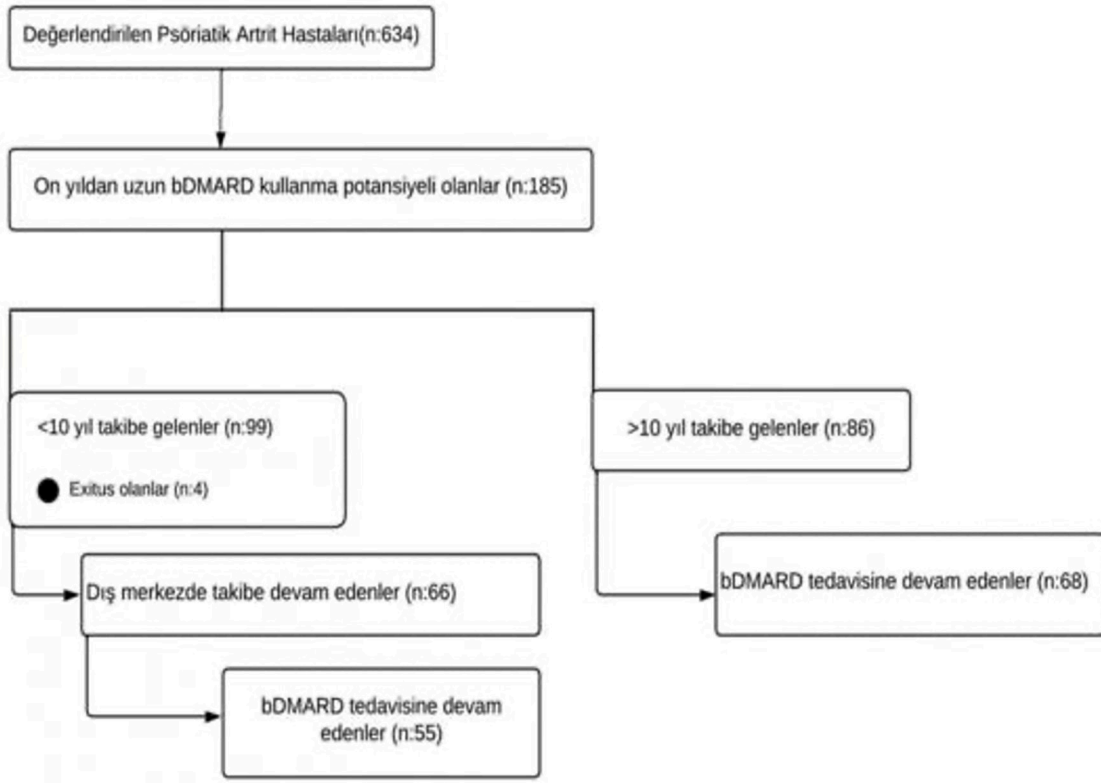
Yöntem: Bu çalışmada 2005-2023 yılları arasında HUR-BIO'da (Hacettepe Üniversitesi Romatoloji Biyolojik veri tabanı) kayıtlı 634 PsA hastası vardır. 2013 yılından önce bDMARD tedavisi başlanılan toplam 185/643 (%28,8) PsA hastası analize dahil edilmiştir. On yıldan uzun süre bDMARD kullanma potansiyeli olan hastalar 10 yıl ve üzerinde takibe devam edenler ve 10 yılın altında takibe gelenler olarak iki gruba ayrıldı. Hastaların klinik, demografik özellikleri, ilk başlanılan bDMARD özellikleri karşılaştırıldı. On yılın altında takibe gelenlerin dış merkezdeki son bDMARD rapor yenileme tarihleri değerlendirilerek dış merkezde 10 yılın üzerinde takibe devam edenler belirlendi.

Bulgular: Toplam 185 hastanın 86'sının (%46,4) takip süresi 10 yıl ve üzerindeyken, 99 hastanın (%53,5) takip süresi 10 yılın altındaydı. On yılın altında takipli olan 4 hastanın izlemde eksitus olması nedeni ile çalışmadan çıkarıldı. Takip süresi 10 yıldan uzun olan hastaların 56'sı kadındı (%65,1), 68/185 (%36,7) hasta son ziyarette bDMARD tedavisine devam ediyordu. Hastaların demografik ve klinik özellikleri arasında belirgin fark yoktu.

Ankara'da yaşayanlar daha sıklıkla on yıldan daha uzun süre takibe gelmişti (Tablo 1). Biyolojik DMARD'lar arasında değişim uzun süreli takip olan hastalarda daha sıkı (%83,7 karşı %50,5, $p<0,001$). İlk tedavi seçeneği olarak intravenöz (iv) yol tercih edilen hastaların on yılın üzerinde devamlılık oranı daha fazla saptandı (%40,6 karşı %26,3, $p=0,04$). Cinsiyet, başvuru yeri ve biyolojik DMARD'ın uygulama yolu değişkenleriyle oluşturulan çok değişkenli modelde, yalnızca başvuru yeri modelde istatistiksel anlamını korudu [OR 3,3 (1,8-6,1)]. Merkezimizin takibinden çıkan 95 hastanın 66'sının dış bir merkezde takip edildiği, 55'inin halen bir bDMARD tedavisi aldığı görüldü. Buna göre 10 yıldan daha uzun süre takip edilme potansiyeli olan PsA hastalarının 154'ü (%83,2) halen bir romatoloji merkezinde takipte, 123'ü (%66,4) halen bir gelişmiş tedavi almaktadır.

Sonuç: Biyolojik DMARD kohortunda PsA hastalarında on yıldan uzun süreli aynı merkezde takip %46, herhangi bir merkezde takip edilme ise %83'tür. Bu oranlar bDMARD kullanan PsA hastalarının klinik durumunun ağırlığına işaret etmektedir. Hastaların üçte ikisi on yıldan uzun süreli takipte bir bDMARD'ı halen kullanmaktadır ancak hastaların çoğunluğunda bDMARD'lar arasında değişim yapılmıştır. Hastaların yaşadıkları merkeze yakınlıkları takip oranlarını artırmaktadır. Başlangıç tedavisi olarak iv tedavi seçilenlerin takiplere gelmesi daha siktir. Bunun nedeni hastaların merkeze alışma süreci ile ilgili olabileceği düşünülmüştür. Bu çalışma bDMARD kullanan PsA hastalarının on yıldan uzun süreli takiplerindeki sonuçlarını göstermesi açısından oldukça yol göstericidir.

Anahtar Kelimeler: Psöriatik artrit, hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar, bDMARD, takip süresi



Şekil 1. Çalışma popülasyonunun seçiminde akış diyagramı

PS-286

İdiyopatik granülatöz mastit hastalarında intralezyonel steroid tedavisi

Mesude Seda Aydođdu¹, Ahmet Karataş¹, Hakan Artaş², Süleyman Serdar Koca¹, İbrahim Gündüz¹

¹Firat Üniversitesi Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Elazığ

²Firat Üniversitesi Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Elazığ

Amaç: İdiyopatik granülatöz mastit (İGM), kronik enflamatuvar nadir bir meme hastalığıdır. Histopatolojisi non-kazeifiye granülomların varlığı ile karakterizedir. Etiyolojisinde oral kontraseptif kullanımı, gebelik, emzirme öyküsü, yüksek prolaktin seviyeleri, sigara ve kimyasal iritasyonlar suçlanmakla birlikte tam olarak aydınlatılamamıştır. Firat Üniversitesi Araştırma Hastanesi Romatoloji ve Radyoloji Bölümleri'ne yönlendirilen İGM hastalarının konversiyonel DMARD tedavilerinin yanında intralezyonel steroid uygulaması ile elde edilen yanıtları çalıştık.

Yöntem: Çalışmaya 2021 ile 2023 yılları arasında takip edilen 78 İGM tanılı kadın hasta dahil edildi. Ortalama yaşı $36,5 \pm 6,8$ yıl olan hastaların patolojileri İGM ile uyumlu olarak geldi. Ayrıcı tanılar açısından diğer granülatöz mastit yapabilecek durumlar dışlandı. Elde edilen veriler uygun istatistiksel yöntemlerle, SPSS 22 programı kullanılarak analiz edildi. Yetmiş sekiz hastadan 1 tanesi takipleri sırasında tedavisini kendi isteği ile kesti. Hastaların vücut kitle indeks ortalamaları normalin üstünde $27 \pm 3,4$ kg/m²'di. Hastaların tamamı doğum yapmıştı. Demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de gösterildi. Çalışmamızda hastaların %41'i

tanı öncesi veya sonrası antibiyotik tedavisi aldı, en sık kullanılan tedaviler ise oral steroid (%87,2) ve metotreksat (%84,6) olduğu görüldü. (Tablo 2). Hastaların %53,8'sinde (42 hasta) tam yanıt alındı. İL steroid yapılan hastaların %61,3'ü tam yanıtlayken, yapılmayan hastaların sadece %28,6'ı tam remisyona ulaştı, istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p=0,026$). Tam yanıt alınan hastaların almış olduğu tedaviler ile takipte olan hastaların almış olduğu tedaviler açısından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık görülmedi ($p=0,226$). İL steroid enjeksiyon yapılan ve yapılmayan hastalar arasında almış oldukları tedavi açısından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık görülmedi ($p=0,789$) (Tablo 3). Tam yanıt alınan hastalarda İL steroid enjeksiyon sayısı ($p=0,03$) ve total steroid dozu ($p=0,054$) daha düşük saptandı. Tanı sırasında bakılan CRP ile yapılan İL enjeksiyon sayısı ($r=380$, $p=0,002$) ve total İL steroid dozu ($r=0,439$, $p=0,001$) pozitif korelasyon bulundu.

Bulgular: İGM tanısı ve etiyoloji aydınlatılamamış yetim bir hastalık olup son zamanlarda immünosüpresif tedavilerden yanıt alınması nedeni ile romatolojinin ilgi alanına girmiştir. Gebelik sayısı arttıkça yapılan İL enjeksiyon sayısı artmış olduğundan ($r=0,276$, $p=0,048$), çoğul gebelik ve/veya çoklu sayıda emzirme şiddetli hastalık için risk faktörü olabileceğini düşündük. Tanı sırasında bakılan CRP düzeyi ile yapılan İL enjeksiyon sayısı ve dozu arasındaki korelasyon, başlangıçta yüksek CRP değerine sahip hastalarda İL lezyonel steroide dirençli olacağından daha yüksek dozda steroid ya da alternatif tedavi düşünülmesi gerektiğini ön gördürebilir. İL steroid uygulama sayısı ve dozu remisyona ulaşmayan hastalarda daha çok olması, agresif seyreden hastaların tedavi ihtiyacının artması beklenen bir sonuç olarak yorumladık.

| A | |
|---------------------------|--|
| Abbas Karakurt | PS-071, PS-098, PS-114, PS-139, PS-177, PS-179, PS-185, PS-192 |
| Abdurbaki Ağa kıran | SS-029 |
| Abdurbaki Gaydan | PS-092, PS-120, SS-031 |
| Abdullah Sivrikaya | PS-047 |
| Abdullah Taylan | PS-035, PS-066 |
| Abdulsamet Erden | SS-001, SS-010, PS-013, PS-014, PS-019, PS-020, PS-024, PS-050, PS-078, PS-087, PS-115, PS-154, PS-155, PS-187, PS-194, PS-229, PS-240, PS-252 |
| Abdurrahman Can | PS-215 |
| Abdurrahman Soner Şenel | PS-007, PS-084 |
| Abdurrahman Tufan | PS-007, PS-019, PS-051, PS-084, PS-110, PS-133, PS-155 |
| Abdülsamet Erden | SS-004, PS-051, PS-077, PS-082, PS-133, PS-214, PS-256, PS-258, PS-270, SS-028 |
| Adalet El in Yıldız | PS-235 |
| Adem Ertürk | PS-152, PS-207 |
| Adem  zdemir | SS-026 |
| Afig Berdeli | PS-219 |
| Ahmed M. A. Abuassba | PS-009 |
| Ahmet Amma0 | SS-005 |
| Ahmet Burhan Ferhano lu | PS-182 |
| Ahmet Furkan  olak | PS-233 |
| Ahmet G l | SS-008, SS-018, SS-020, PS-017, PS-080, PS-107, PS-186, PS-281 |
| Ahmet İlbyay | PS-092, PS-120, SS-031 |
| Ahmet Karataş | PS-046, PS-286 |
| Ahmet Kaya Bilge | SS-008, SS-018 |
| Ahmet Kivan  Cengiz | PS-205 |
| Ahmet Merih Birlik | SS-023, PS-052, PS-221 |
| Ahmet Mesut Onat | SS-010 |
| Ahmet Murat Sarıca | PS-284 |
| Ahmet Omma | SS-010, PS-034, PS-040, PS-083, PS-110, PS-127, PS-133, PS-144, PS-148, SS-025 |
| Ahmet  z | PS-022, PS-042 |
| Ahmet Peker | PS-241 |
| Ahmet Sami Varol | PS-237 |
| Ahmet Sinan Cabi | PS-097 |
| Ahmet Uslu | PS-120 |
| Ahmet Usta | PS-092, SS-031 |
| Akif Kavga | OS-003 |
| Alba Pérez-linaza | PS-122 |
| Ali Akdo an | SS-011, PS-003, PS-004, PS-025, PS-031, PS-048, PS-055, PS-088, PS-100, PS-104, PS-117, PS-133, PS-142, PS-159, PS-165, PS-183, PS-231, PS-275, PS-282, PS-285, SS-030, SS-035 |
| Ali Aykut Fidancı | PS-104 |
| Ali Ekin | PS-196 |
| Ali İhsan Ertenli | SS-004, SS-011, PS-003, PS-055, PS-058, PS-082, PS-270, PS-275, SS-030 |
| Ali Karakaş | PS-248 |
| Ali  mer Acar | PS-012 |
| Ali U ur  nal | SS-010 |
| Alican Karako  | PS-075, PS-174 |
| Alida Aliyeva | PS-007, PS-086, PS-108, PS-130, PS-176 |
| Alihan  zay | PS-022 |
| Aliyeva Numune | PS-133 |
| Alp  etin | PS-233 |
| Alper Demirkol | PS-046 |
| Alper Sarı | PS-004, PS-013, PS-014, PS-020, PS-025, PS-077, PS-088, PS-104, PS-110, PS-133, PS-159, PS-282, SS-028 |
| Alptu  Hekimcan Kaynar | PS-004 |
| Amra Adrovic | PS-027, PS-102, PS-110, PS-112, PS-140, PS-163, PS-274 |
| Andrew  st r | PS-026 |
| Andris Kronbergs | PS-010 |
| Anıl U urlu | PS-172 |
| Ann Leung | PS-010 |
| Arzu Okyar BaŐ | PS-068 |
| Arzu Poyanlı | SS-008 |
| Asena Eken | SS-026 |
| Aslı G rel Bedir | PS-147 |
| Aslıhan Apaydın Rollas | PS-275 |
| Aslıhan Avano lu G ler | PS-050, PS-051, PS-115, PS-133 |
| Aslıhan Uzun Bektaş | PS-244 |
| AŞkın Ateş | SS-010, PS-033, PS-082, PS-092, PS-120, PS-224, PS-270, SS-004, SS-025, SS-031 |
| Ata Murat Kaynar | PS-004 |
| Atalay Do ru | SS-010, PS-162, PS-189, PS-222, PS-223, PS-249, PS-260 |
| Atul Deodhar | PS-010 |
| Aybüke Günalp | SS-012, PS-027, PS-102, PS-112, PS-140, PS-163, PS-274 |
| Aydan K ken Avşar | PS-007, PS-084 |
| Aydan Yekedüz Bülbül | PS-202 |
| Aygin Bayraktar Ekinci lu | PS-279 |

| | | | |
|-----------------------------|---|---------------------------|--|
| Ayktut Ferhat Çelik | SS-024, PS-042 | B | |
| Ayla Avcu | PS-019 | Bahar Artım Esen | SS-008, SS-018, SS-020, PS-017, PS-080, PS-107, PS-186, PS-281 |
| Ayla Şahin | PS-017, PS-107 | Bahar Keleşoğlu | SS-010 |
| Aylar Poyraz | OS-003 | Bahar Özdemir Ulusoy | PS-016, PS-040, PS-076, PS-144 |
| Aylin Canik | PS-080 | Bahri Akdeniz | PS-052 |
| Aylin Heper | SS-025 | Balahan Makay | PS-244 |
| Aylin Somun Ocaklı | PS-015 | Banu Çelikel Acar | PS-128 |
| Aynur Aday | PS-017, PS-107 | Banu Çiçek Yalçın Dulundu | PS-245 |
| Aynur Azizova | PS-138 | Banu Yaman | PS-209 |
| Aysu Kahraman | PS-048, PS-072, PS-142 | Barış Çabuk | PS-272 |
| Aysun Aksoy | SS-015, PS-002 | Başak Ecem Bircan | PS-280 |
| Aysun Kapusuz | PS-089 | Başak Gülşah Kalaslıoğlu | SS-003 |
| Ayşe Ayan | PS-161, PS-195 | Başak Yalıcı Armağan | SS-009 |
| Ayşe Bahar Keleşoğlu Dinçer | PS-074 | Batuhan Küçükali | OS-003 |
| Ayşe Balat | OS-009 | Baver Ordu | PS-006 |
| Ayşe Çefle | SS-005, SS-012, PS-007, PS-045, PS-056, PS-073, PS-110, PS-113, PS-125, PS-170, PS-261, SS-010 | Bayram Farisoğulları | PS-183 |
| Ayşe Çolak | PS-052 | Beatriz Joven Ibañez | PS-122 |
| Ayşe Elif Boncukçuoğlu | SS-006, SS-015 | Bedrettin Yıldızeli | PS-002, PS-231 |
| Ayşe Ergüney Çefle | PS-084 | Begüm Akar | PS-131 |
| Ayşe Koçak | PS-268 | Belde Kasap Demir | PS-128 |
| Ayşe Nur Bayındır Akbaş | PS-096, PS-131 | Belkıs Nihan Coşkun | SS-004, SS-007, PS-007, PS-039, PS-043, PS-082, PS-097, PS-160, PS-270, SS-027 |
| Ayşe Nur Turgut | PS-009 | Bengisu Aslan | PS-250 |
| Ayşe Özcan | PS-009 | Bengisu Ünlü | PS-132 |
| Ayşe Özdede | PS-001, PS-065, PS-075, PS-174 | Berivan Bitik | SS-002, PS-067 |
| Ayşe Serra Artan | PS-186 | Berkan Armağan | SS-010, PS-013, PS-014, PS-020, PS-025, PS-034, PS-040, PS-076, PS-077, PS-083, PS-127, PS-144, PS-148, SS-025, SS-028 |
| Ayşe Tana Aslan | OS-003 | Berna Göker | SS-001, PS-019, PS-024, PS-051, PS-078, PS-084, PS-087, PS-133, PS-154, PS-155, PS-187, PS-214, PS-278 |
| Ayşegül Avcu | PS-060 | Betül Dikkanoğlu Demirok | PS-261 |
| Ayşegül Karalezli | PS-034, PS-148 | Betül Ögüt | SS-025 |
| Ayşegül Özdoğan Bircan | PS-178 | Betül Sözeri | PS-128, PS-149 |
| Ayşenur Paç Kısaarslan | PS-128 | Bilge Arslan | PS-209 |
| Ayşenur Yalçıntaş Kanbur | PS-067 | Bilge Başakçı Çalık | PS-096, PS-129, PS-131, PS-161, PS-173 |
| Ayşenur Yılmaz | PS-080 | Bilge Batu Oto | PS-280 |
| Aytekin Ödevci | PS-004 | Bilge Çetinkaya Demir | PS-043 |
| Ayten Özkan | PS-008, PS-029, PS-054, PS-059, PS-062, PS-109, PS-150, PS-156, PS-167, PS-210 | Bilgin Arda | PS-200 |
| Ayten Yazıcı | SS-005, SS-012, PS-045, PS-056, PS-073, PS-084, PS-110, PS-113, PS-125, PS-170, PS-261 | Bilgin Karaalioğlu | SS-013, PS-005, PS-023, PS-028, PS-053, PS-106, PS-119, PS-143, SS-032 |
| Ayten Yazıcı0 | SS-010 | Bledjan Çuni | PS-264 |
| | | Bora Uzuner | PS-205 |

| | | | |
|--------------------------|--|---------------------------|--|
| Bruno Fautrel | PS-026 | Çağdaş Şahap Oygür | PS-067 |
| Buğru Bulat | PS-041, PS-055, PS-117, PS-123, PS-153, PS-235, PS-275, PS-285 | Çağlar Çakır | PS-225 |
| Burak İnce | SS-005, PS-005, PS-028, PS-106, SS-032 | Çağman Tan | PS-180 |
| Burak Okyar | PS-007, PS-263 | Çağrı Turan | PS-207 |
| Burak Şahin | PS-084 | Çetin Ergül | PS-092, PS-263, SS-031 |
| Burcu Balam Doğu | PS-068 | Çisem Okur Maden | PS-041 |
| Burcu Ceren Uludoğan | PS-064, PS-105, PS-121, PS-271 | D | |
| Burcu Gül Kaya | PS-051 | Damla Gürleyik | PS-027 |
| Burcu Yağız | SS-004, SS-007, PS-082, PS-110, PS-160, PS-270 | Damla Karataş | PS-071, PS-177, PS-179, PS-185 |
| Burcuğül Kaya | SS-001, PS-024, PS-078, PS-087, PS-155, PS-187, PS-214, PS-258 | Damla Karataş Kızıl | PS-098, PS-114, PS-139 |
| Burçak Kılıçkiran Avcı | PS-037, PS-174 | Damla Kızıl | PS-192 |
| Burçin Şener | PS-015, SS-026 | Defne Özkoca | PS-001 |
| Bünyamin Kısacık | SS-010 | Demet Yalçın Kehribar | PS-171 |
| Bünyamin Polat | PS-040, PS-076, PS-144 | Demircan Özbalcı | PS-249 |
| Büşra Fırlatan | SS-011, PS-003, PS-055, PS-063, PS-088, PS-123, PS-165, PS-231, PS-275, PS-282, PS-285, SS-030 | Denis Poddubnyy | PS-010 |
| Büşra Özçimen | PS-133 | Deniz Gezgin Yıldırım | OS-003 |
| Büşra Sultan Cesur | PS-015 | Deniz Gezgin Yıldırım0 | PS-128 |
| C-Ç | | Deniz Özel | PS-090, PS-132 |
| Cafer Balcı | PS-068 | Deren Esencan | PS-118 |
| Can Ceylan | PS-209 | Derya Akarken | PS-157, PS-172, PS-199 |
| Can Karaca | PS-246 | Derya Baykız | SS-008 |
| Can Öner | PS-158 | Derya Kocakaya | SS-015, PS-002, PS-176 |
| Caner İncekaş | SS-002 | Derya Yıldırım | SS-001, PS-007, PS-019, PS-024, PS-051, PS-078, PS-087, PS-115, PS-154, PS-155, PS-187, PS-214, PS-256 |
| Cansu Akleylek | PS-128 | Désirée Van Der Heijde | PS-010 |
| Cansu Arslantürk Güneysu | PS-071, PS-098, PS-114, PS-139, PS-177, PS-179, PS-185, PS-192 | Didar Uçar | PS-022, PS-032, PS-042, PS-280 |
| Caroline Johnson | PS-010 | Didem Arslan | PS-070, PS-239 |
| Catherine O'sullivan | PS-057 | Didem Karaduman | PS-068 |
| Cemal Bes | SS-004, SS-010, SS-012, SS-013, PS-005, PS-023, PS-028, PS-053, PS-082, PS-106, PS-110, PS-119, PS-125, PS-143, PS-204, PS-270, SS-032 | Didem Özkan | PS-166, PS-193 |
| Ceren Demir | PS-145 | Didem Şahin Eroğlu | SS-031 |
| Ceyda Arslanoğlu | PS-128 | Dilara Bulut Gökten | PS-136, PS-190, PS-228, PS-272 |
| Cihat Burak Sayın | SS-002 | Dilara Kaş | SS-006 |
| Claire T. Deakin | PS-057 | Dilek Gün Bilgiç | PS-101 |
| Concepción Fito Manteca | PS-122 | Dilek Solmaz | SS-022, PS-008, PS-029, PS-054, PS-059, PS-061, PS-062, PS-069, PS-099, PS-109, PS-150, PS-156, PS-167, PS-210 |
| Cüneyt Özer | PS-045 | Dilek Tezcan | PS-047 |
| Çağatay Çimşit | SS-015, PS-176 | Doruk Erkan | PS-074 |
| | | Döndü Üsküdar Cansu | PS-110 |
| | | Dursun Dorukhan Altınışık | PS-001 |
| | | Duygu Ersözlü | SS-004 |

| | | | |
|--------------------------|--|-------------------------|--|
| Duygu Ersözlüo | PS-082, PS-270 | Elif Naz Sancar | PS-282 |
| Duygu Eryavuz Onmaz | PS-047 | Elifnur Alkan | SS-006 |
| Duygu Kerim | PS-238 | Emel Bülbül Başkan | SS-007 |
| Duygu Özgür | PS-023, PS-125, PS-143 | Emel Gönüllü | SS-004, PS-071, PS-082, PS-098, PS-114, PS-139, PS-177, PS-179, PS-185, PS-192, PS-270 |
| Duygu Sanem Kara | PS-195 | Emel Oğuz Kökoğlu | PS-007 |
| Duygu Sevinç | SS-013, SS-032 | Emil Aliyev | OS-008 |
| Duygu Sevinç Özgür | PS-005, PS-028, PS-053, PS-106, PS-119 | Emine Ayça Nalbantoğlu | PS-146 |
| Duygu Şahin | PS-012, PS-158, PS-188 | Emine Büşra Ata | SS-011, PS-058 |
| Duygu Tecer | PS-013, PS-014, PS-020, PS-077, SS-028 | Emine Duran | PS-125 |
| Duygu Temiz Karadağ | PS-045, PS-056, PS-073, PS-113, PS-170, PS-261 | Emine Figen Tarhan | PS-157, PS-172, PS-199 |
| E | | | |
| Ebru Atalar | PS-034, PS-040, PS-076, PS-083, PS-127, PS-144, PS-148 | Emine Melda Akdağ Kaval | PS-044, PS-228 |
| Ebru Öztürk | PS-003 | Emine Öztürk | PS-136 |
| Ebru Yılmaz | PS-135, PS-169 | Emine Sarıyıldız | PS-038, PS-279 |
| Ecenur İzzete Derelioğlu | PS-027 | Emine Şebnem Durmaz | PS-174 |
| Eda Cingöz | SS-008 | Emine Uslu Yurteri | PS-033, PS-092, PS-120, PS-224, SS-025, SS-031 |
| Eda Nuhuğlu Kantarcı | PS-201 | Emire Seyahi | PS-001, PS-006, PS-022, PS-032, PS-075, PS-174, PS-284 |
| Eda Otman | SS-022, PS-061 | Emrach Chousein | PS-116, PS-123 |
| Eda Otman Akat | PS-008, PS-029, PS-054, PS-059, PS-062, PS-109, PS-150, PS-156, PS-210 | Emre Ali Acar | PS-007, PS-101 |
| Eda Tonga | PS-195 | Emre Bilgin | SS-011, PS-003, PS-013, PS-055, PS-058, PS-077, PS-100, PS-123, PS-138, PS-275, PS-285, SS-028, SS-030 |
| Edibe Ünal | PS-048, PS-072, PS-126, PS-142 | Emre Hafızoğlu | SS-026 |
| Edip Gökcalp Gök | PS-151 | Enes Başaran | PS-007, PS-170 |
| Ediz Dalkılıç | SS-004, SS-007, SS-010, PS-007, PS-039, PS-043, PS-082, PS-084, PS-097, PS-110, PS-160, PS-168, PS-196, PS-270, SS-027 | Engin Çeşmeci | PS-255 |
| Eftal Ahmet Yücel | SS-002, PS-067 | Enrique Raya | PS-122 |
| Ege Sinan Torun | PS-175, PS-225 | Erbil Ünsal | PS-244 |
| Egemen Gökbolat | PS-152 | Erdem Bektaş | SS-020, PS-080 |
| Elif Çelikel | OS-004 | Erdem Karabulut | PS-013, PS-014, PS-020, PS-041, PS-077, SS-028 |
| Elif Durak Ediboğlu | SS-005, PS-069 | Erdinç Ünalı | SS-011, PS-003, PS-004, PS-018, PS-025, PS-055, PS-100, PS-123, PS-165, PS-231, PS-275, PS-282, PS-285, SS-030 |
| Elif Ediboğlu | PS-008, PS-029, PS-054, PS-059, PS-062, PS-109, PS-156, PS-210 | Erhan Çapkın | PS-038 |
| Elif Er Gülbezer | PS-079, PS-137, PS-146, PS-241, PS-253 | Erhan Topal | SS-006 |
| Elif Güngör | PS-021, PS-181 | Erkan Yılmaz | PS-022, PS-035, PS-042, PS-066 |
| Elif Gür Kabul | PS-129, PS-131, PS-173 | Ertuğrul Çağrı Bölek | PS-125, PS-128 |
| Elif Kaymaz | PS-032 | Esen Kasapoğlu | SS-010 |
| Elif Kılıç Könte | SS-012, OS-005, PS-027, PS-102, PS-112, PS-140, PS-163, PS-274 | Esen Saba Öktem | PS-263 |
| Elif Naz Altungöz | PS-089 | Esmâ Aslan | PS-027, PS-102, PS-112, PS-140, PS-163, PS-274 |
| | | Esra Adışen | PS-115, PS-154 |

| | | | |
|----------------------|--|----------------------|--|
| Esra Bayram Sürmeli | PS-052 | Feyza Ak | PS-232, PS-265 |
| Esra Çelik | PS-043 | Feyza Şahan Gürpınar | PS-232 |
| Esra Erpek | PS-007, PS-008, PS-029, PS-062, PS-150, PS-156, PS-210 | Figen Çakmak | SS-034 |
| Esra Erpek Karaova | PS-054, PS-059, PS-109, PS-167 | Figen Yargucu Zihni | PS-246 |
| Esra Kardeş | SS-029 | Figen Yılmaz | PS-038 |
| Esra Kayacan Erdoğan | PS-034, PS-040, PS-076, PS-083, PS-127, PS-144, PS-148 | Filiz Türe Özdemir | PS-089 |
| Esra Özkaya | PS-015 | Fulya Coşan | SS-014, PS-036 |
| Esra Sevimli | SS-021, PS-108 | Fulya Çakalağaoğlu | SS-022 |
| Esra Ürkmez Kılınç | PS-009 | Funda Erbasan | PS-081, PS-085, PS-090, PS-132, PS-211 |
| Esratur Ünal | PS-242 | Furkan Çakmak | SS-026 |
| Esteban Rubio | PS-122 | Fusun Özmen | PS-041 |
| Esvet Mutlu | PS-015 | G | |
| Ezgi Deniz Batu Akal | OS-008 | Gamze Akkuzu | SS-013, PS-005, PS-023, PS-028, PS-053, PS-106, PS-119, PS-143, SS-032 |
| Ezgi Kubur | PS-021 | Gamze Dilek | PS-071, PS-098, PS-114, PS-139, PS-177, PS-179, PS-185, PS-192 |
| F | | Gamze Durhan | PS-031, PS-117 |
| Farida Fortune | PS-089, PS-108 | Gamze Kemeç | PS-281 |
| Fatih Alp Öztürk | SS-023 | Gamze Nur Ahıskalı | PS-072 |
| Fatih Haşlak | PS-027, PS-102, PS-110, PS-112, PS-140, PS-163, PS-274 | Gamze Uçan Gündüz | SS-027 |
| Fatih Kantarcı | PS-022 | Gamzenur Kaya | SS-006 |
| Fatih Taştekin | PS-238 | Geoffrey Littlejohn | PS-057 |
| Fatih Yıldırım | SS-013, PS-005, PS-023, PS-028, PS-053, PS-106, PS-119, PS-143, SS-032 | Gerçek Can | PS-084 |
| Fatih Yıldız | PS-110, PS-263 | Gerd R. Burmester | PS-026 |
| Fatma Alibaz Öner | SS-005, SS-006, SS-010, SS-012, SS-015, SS-016, PS-002, PS-011, PS-110, PS-128, PS-243, PS-266, SS-029 | Gezmiş Kimyon | SS-004, SS-005, PS-082, PS-270 |
| Fatma Başbüyük | PS-208 | Gizem Ayan | SS-004, SS-009, SS-011, PS-003, PS-004, PS-013, PS-014, PS-020, PS-041, PS-055, PS-063, PS-077, PS-082, PS-100, PS-104, PS-159, PS-270, PS-275, PS-283, PS-285, SS-028, SS-030 |
| Fatma Dülger Özer | SS-017 | Gizem Sevik | SS-010, PS-086, PS-130, PS-266 |
| Fatma Gonca Eldem | OS-008 | Gizem Şirin Kalem | PS-106 |
| Fatma Rukiye Uysal | PS-159 | Gizem Tuğçe Alp | PS-050 |
| Fatma Taşkın | PS-129 | Gizem Varkal | PS-178, PS-206 |
| Fatma Temiz | SS-016 | Gonca Erbaş | OS-003 |
| Fatma Yalçınkaya | PS-138 | Gonca Karabulut | PS-200 |
| Fatma Zengin | SS-033 | Gonca Mumcu | SS-021, PS-060, PS-089, PS-108, PS-130, PS-176 |
| Fatma Zülal Özek | PS-225 | Gökçe Kenar Artın | PS-007, PS-208 |
| Fatoş Önen | SS-005, PS-007, PS-035, PS-066, PS-084, PS-125, PS-128, PS-208, PS-221, SS-010 | Gökhan Keser | SS-005, SS-010 |
| Ferda Arı | SS-007 | Gökhan Sargın | PS-145, PS-164 |
| Ferdanur Deniz | PS-005, PS-106 | Gökhan Yavuzbilge | PS-071, PS-098, PS-114, PS-139, PS-177, PS-179, PS-185, PS-192 |
| Feyyaz Hazar Yağmur | PS-080 | | |

| | | | |
|-------------------------|---|--------------------------|--|
| Görkem Durak | SS-018 | Hale Hilal Bozkurt | PS-240, PS-256 |
| Gözde Bayram Kart | PS-123 | Halide Özge Başaran | OS-008 |
| Gözde Duygu İşbilir | PS-187 | Halil İbrahim Yiğit Atlı | PS-008, PS-029, PS-054, PS-059, PS-062, PS-109, PS-150, PS-156, PS-210 |
| Gözde Kübra Yardımcı | SS-010, PS-093, PS-128, PS-183 | Halise Hande Gezer | PS-038 |
| Gözde Ongut | PS-015 | Haluk Cinaklı | PS-008, PS-029, PS-054, PS-059, PS-062, PS-069, PS-103, PS-109, PS-156, PS-210 |
| Gözde Sevgi Kart Bayram | PS-003, PS-025, PS-055, PS-063, PS-088, PS-165, PS-275, PS-285, SS-030 | Haluk Vayvada | SS-023 |
| Gözde Yıldırım Çetin | SS-010, PS-007, PS-084, PS-263 | Hamit Küçük | SS-001, SS-010, PS-019, PS-024, PS-050, PS-051, PS-078, PS-087, PS-115, PS-125, PS-133, PS-154, PS-155, PS-187, PS-194, PS-214, PS-229, PS-240, PS-252, PS-256 |
| Gül Güzelant Özköse | PS-005, PS-028, PS-106, PS-204, SS-032 | Hande Ögün | PS-174 |
| Gül Sandal Uzun | PS-004, PS-055, PS-058, PS-100, PS-123, PS-153, PS-165, PS-255, PS-275, PS-282, PS-285, SS-025 | Hande Turan | PS-112 |
| Gülay Alp | PS-008, PS-054, PS-059, PS-062, PS-099, PS-109, PS-124, PS-276 | Haner Direskeneli | SS-005, SS-006, SS-010, SS-012, SS-015, SS-016, PS-002, PS-011, PS-089, PS-110, PS-118, PS-128, PS-266, SS-029 |
| Gülay Kınıklı | PS-033, PS-224 | Hasan Gögebakan | SS-010 |
| Gülay Koçak | PS-175, PS-225 | Hasan Karakaş | PS-112 |
| Gülcan Özamık | OS-010 | Hasan Kocaayan | PS-008, PS-029, PS-054, PS-059, PS-062, PS-109, PS-150, PS-156, PS-167, PS-210 |
| Gülcan Özomay Baykal | PS-149 | Hasan Satış | PS-013, PS-014, PS-020, PS-077, PS-104 |
| Gülçin Aytaç | PS-219 | Hasan Satış | SS-028 |
| Gülçin Çelebi | PS-200, PS-209, PS-246 | Hasan Yazıcı | PS-022, PS-042, PS-065 |
| Gülen Hatemi | SS-019, SS-024, PS-022, PS-032, PS-037, PS-042, PS-075, PS-174, PS-201, PS-280 | Hatice Bodur | PS-038 |
| Gülfer Okumuş | SS-018 | Hatice Ecem Konak | PS-034, PS-040, PS-076, PS-083, PS-127, PS-144, PS-148 |
| Güllü Sandal Uzun | SS-011, PS-003, SS-030 | Hatice Koçak Eker | PS-220 |
| Gülşah Kılbaş | PS-128, PS-230 | Hatice Kübra Zora | OS-006 |
| Gülşah Pirim | PS-149 | Hatice Melisa Kaçmaz | OS-009 |
| Gülşen Kocaman | PS-166 | Hazan Karadeniz | PS-050, PS-051, PS-133, PS-154, PS-277 |
| Gürkan Tarçın | PS-112 | Hikmet Akar | PS-101 |
| Gürler Akpınar | PS-045 | Hulusi Koçak | OS-009 |
| Gürsel Yıldız | SS-013 | Hülya Köse | PS-128 |
| Güzide Aksu | PS-219 | Hülya Vahedi | PS-226 |
| Güzide Nevsun İnanç | PS-060, PS-084 | Hüseyin Akyol | PS-030 |
| H | | Hüseyin Doğan | PS-084 |
| Habibe Hezer | PS-034, PS-148 | Hüseyin Doruk | PS-067 |
| Hafize Emine Sönmez | PS-128 | Hüsnü Can Yaşar | PS-130 |
| Hakan Apaydın | PS-007, PS-040, PS-076, PS-144, PS-257 | I-İ | |
| Hakan Artas | PS-286 | Işıl Ezelsoy | PS-079, PS-241 |
| Hakan Babaoğlu | PS-013, PS-014, PS-020, PS-034, PS-040, PS-076, PS-077, PS-083, PS-127, PS-144, PS-148, SS-028 | Işıl Saatçi Çekirge | OS-009 |
| Hakan Demir | PS-274 | Işılusu Ezgi Uluşık | SS-014, PS-036 |
| Hakan Emmungil | SS-004, SS-005, PS-021, PS-082, PS-181, PS-270 | İbrahim Adaletli | PS-022, PS-042 |
| Hakan Karataş | SS-012 | | |

| | | | |
|---------------------|---|--------------------------|--|
| İbrahim Beyhan | PS-146 | Kemal Nas | PS-115, PS-154 |
| İbrahim Gündüz | PS-286 | Kenan Aksu | SS-005, SS-010, PS-209, PS-238 |
| İbrahim Hatemi | SS-024, PS-042 | Kenan Barut | SS-012, PS-027, PS-102, PS-110, PS-112, PS-140, PS-163, PS-274 |
| İbrahim Öner Doğan | PS-182 | Kerem Acabar | PS-089 |
| İbrahim Vasi | SS-001, PS-024, PS-050, PS-051, PS-078, PS-087, PS-115, PS-133, PS-154, PS-155, PS-187, PS-214 | Kerem Yiğit Abacar | SS-005, SS-015, PS-086, PS-091, PS-130 |
| İbrahim Yahya Çakır | SS-030 | Kevser Gök | PS-148 |
| İdil Kurut Aysin | PS-008, PS-029, PS-054, PS-059, PS-062, PS-109, PS-150, PS-156, PS-167, PS-210 | Kevser Orhan | PS-034, PS-040, PS-076, PS-083, PS-127, PS-144 |
| İhsan Ertenli | PS-100, PS-285, SS-026 | Kevser Öksüzoğlu | PS-060 |
| İlhan Nahit Mutlu | PS-053 | Kevser Özen | PS-249 |
| İlhan Sezer | PS-038 | Khadija Gudreli | PS-218, PS-254 |
| İlhan Tezcan | PS-180 | Khai Jing Ng | PS-026 |
| İlker Eren | PS-241 | Konul Mammadova | SS-018 |
| İlker İlhanlı | PS-205 | Koray Taşçılar | PS-094 |
| İlker Ünal | PS-070 | Kübra Kalkan | PS-005, PS-028, PS-053, PS-106, SS-032 |
| İlknur Aktaş | PS-038 | Kübra Uçak | PS-027, PS-112 |
| İlyas Aydın | PS-219 | | |
| İlyas Ercan Okatan | PS-015 | L | |
| İmren Tatlı | PS-089 | Lale Soltanova | PS-017 |
| İpek Türk | PS-070, PS-178, PS-206 | Levent Kılıç | SS-004, SS-009, SS-010, SS-011, PS-003, PS-004, PS-013, PS-014, PS-020, PS-041, PS-055, PS-058, PS-077, PS-082, PS-088, PS-093, PS-100, PS-117, PS-123, PS-128, PS-142, PS-159, PS-165, PS-183, PS-270, PS-275, PS-282, PS-285, SS-025, SS-026, SS-028, SS-030, SS-035 |
| İrem Alkan Tekeş | PS-033 | Liliana Zarembo-Pechmann | PS-026 |
| İrem Kılavuz | PS-137 | Luis Trancho | PS-122 |
| İrfan Öcal | SS-022 | | |
| İrfan Yavaşoğlu | PS-164 | M | |
| İsmail Doğan | PS-034, PS-040, PS-076, PS-083, PS-127, PS-144, PS-148 | Macit Arıyürek | PS-031, PS-058 |
| İsmail Hanta | PS-070 | Madina Abdullayeva | PS-234 |
| İsmail Sarı | SS-003, PS-035, PS-066, PS-084 | Marco Matucci-Cerinic | PS-026 |
| İsmihan Sunar | PS-264 | Mehmet Akif Eksin | PS-040, PS-076 |
| İzel Özsavaş | PS-200, PS-209, PS-246 | Mehmet Akif Ötegeçeli | PS-039 |
| İzzet Fresko | PS-032 | Mehmet Akif Öztürk | SS-001, SS-010, PS-019, PS-024, PS-050, PS-051, PS-078, PS-084, PS-087, PS-115, PS-133, PS-154, PS-155, PS-187, PS-214, SS-025 |
| J | | Mehmet Akif Topçuoğlu | PS-018 |
| Jens Gerwien | PS-026 | Mehmet Ali Aşık | PS-070, PS-178 |
| Jonathan Thaler | PS-074 | Mehmet Ali Balcı | SS-010 |
| K | | Mehmet Ali Durmuş | PS-139 |
| Kader Karlı Oğuz | PS-138 | Mehmet Emin Derin | PS-269 |
| Kadir Ulu | PS-128, PS-149 | Mehmet Engin Tezcan | SS-010, PS-012, PS-158, PS-227 |
| Kaniye Aydın | PS-178 | Mehmet Güleğül | PS-115, PS-154 |
| Kathryn A. Gibson | PS-026, PS-057 | | |

| | | | |
|------------------------|--|---------------------------|--|
| Mehmet Haberal | SS-002 | Mestan Şahin | PS-213 |
| Mehmet Kayaalp | PS-133 | Mesude Seda Aydoğdu | PS-007, PS-046, PS-133, PS-286 |
| Mehmet Nedim Taş | PS-191 | Mesut Buğra Hatipoğlu | SS-002 |
| Mehmet Serhat Mangan | PS-284 | Mete Kara | PS-124, PS-276 |
| Mehmet Soy | PS-030, PS-086, PS-166, PS-193 | Mete Pekdiker | PS-197 |
| Mehmet Şahin | SS-010, PS-162, PS-189, PS-222, PS-223, PS-249, PS-260 | Mete Soysal | PS-206 |
| Mehmet Şakir Altuner | PS-236 | Metin Özgen | PS-171 |
| Mehmet Tuncay Duruöz | PS-038 | Metin Sancaktar | PS-015 |
| Mehmet Umut Çapar | PS-011 | Mine Nokay | PS-081, PS-085, PS-211 |
| Mehmet Yıldız | SS-012, PS-027, PS-102, PS-110, PS-112, PS-140, PS-163, PS-274 | Muhammed Abdulkerim Şahin | PS-201 |
| Mehtap Kalçık Unan | PS-071, PS-098, PS-114, PS-139, PS-177, PS-179, PS-185, PS-192 | Muhammed Emin Kutu | PS-193 |
| Mehtap Tınazlı | PS-226 | Muhammed Furkan Daşdelen | PS-023 |
| Mehtap Yüksel Eğrilmez | SS-023 | Muhammed Mert Sonkaya | SS-014, PS-036 |
| Melda Bahap Kara | PS-279 | Muhammed Okuyucu | PS-171 |
| Melek Günindi Korkut | PS-041 | Muhammed Şamil Aslan | PS-006 |
| Melek Şahinoğlu | PS-164 | Muhammet Çınar | PS-082, PS-270 |
| Melek Yalçın Mutlu | SS-013 | Muhammet Emin Kutu | SS-005, PS-259 |
| Melih Kızıltepe | PS-125 | Muhlis Cem Ar | PS-201 |
| Melih Pamukçu | PS-257 | Muhsin Elmas | PS-207 |
| Melike Doğan Ünlü | PS-249 | Murat Baloğlu | PS-215 |
| Melike Ersoy | PS-157, PS-172, PS-199 | Murat Bektaş | PS-273 |
| Melike Melikoğlu | PS-022, PS-032, PS-042, PS-075, PS-174 | Murat Çağlayan | PS-013, PS-014, PS-020, PS-077, SS-028 |
| Melis Dilbil | PS-081, PS-211 | Murat İnanç | SS-005, SS-008, SS-018, SS-020, PS-017, PS-080, PS-107, PS-133, PS-186, PS-281 |
| Meltem Alkan Melikoğlu | PS-038, PS-213 | Murat İrkeç | PS-180 |
| Meltem Gülhan Halil | PS-068 | Murat Karabacak | SS-012, PS-011, PS-110 |
| Meral Yay | PS-089, PS-108 | Murat Kasap | PS-045 |
| Mercedes Núñez | PS-122 | Murat Özoğul | SS-019 |
| Merih Birlik | SS-017, PS-268 | Murat Taşcı | SS-010 |
| Merve Akyüz Sarı | PS-250 | Murat Yiğit | PS-173 |
| Merve Baykul | PS-115, PS-154 | Musab Öztürk | PS-042 |
| Merve Durmuş | PS-048 | Mustafa Asher | PS-097 |
| Merve Erdoğan Soysal | PS-206 | Mustafa Cankurtaran | PS-068 |
| Merve Hafizoğlu | PS-068 | Mustafa Cem Bülbül | PS-079, PS-182, PS-253 |
| Merve Nalbant | PS-216 | Mustafa Dinler | PS-064, PS-105, PS-121, PS-271 |
| Merve Nazlı Bozer | PS-240, PS-256 | Mustafa Ekici | SS-011, PS-003, PS-025, PS-031, PS-048, PS-055, PS-058, PS-068, PS-072, PS-088, PS-093, PS-100, PS-123, PS-125, PS-128, PS-142, PS-165, PS-275, PS-285, SS-026, SS-030, SS-035 |
| Merve Şam | SS-013 | Mustafa Ekici0 | PS-015 |
| Merve Yazol | OS-003 | Mustafa Ender Terzioğlu | PS-081, PS-085, PS-090, PS-132, PS-151, PS-211 |
| Meryem Aslı Tuncer | PS-018 | Mustafa Erdoğan | PS-037 |
| Meryem Şeyma Ak | PS-128 | | |

| | | | |
|-------------------------|---|-----------------------|--|
| Mustafa Ferhat Öksüz | SS-010 | Nilay Erdik | PS-071, PS-098, PS-114, PS-139, PS-177, PS-179, PS-185, PS-192 |
| Mustafa Mahir Ülgü | PS-013, PS-014, PS-020, PS-077, PS-104, SS-028 | Nilay Şahin | PS-038 |
| Mustafa Okan Ayvalı | PS-013, PS-014, PS-020, PS-077, PS-104, SS-028 | Nilgün Göveç Gıynaş | PS-092, PS-120, SS-031 |
| Mustafa Özmen | PS-008, PS-029, PS-054, PS-061, PS-062, PS-210 | Nilgün Kaşifoğlu | PS-015, PS-152 |
| Mustafa Sağlam | SS-033 | Nilüfer Alpay Kanitez | SS-004, SS-005, SS-010, PS-079, PS-082, PS-137, PS-146, PS-182, PS-241, PS-270 |
| Mustafa Tuna | PS-200, PS-246 | Nilüfer Ecem Gezerer | SS-035 |
| Müçteba Enes Yayla | PS-033, PS-092, PS-120, PS-224, SS-031 | Nilüfer Kanitez | PS-125 |
| Müge Sezer | OS-004 | Nujin Uluğ | PS-102 |
| Müşerref Başdemirci | PS-220 | Numune Aliyeva | SS-018, PS-186, PS-234 |
| Müyesser Nergiz Yanmaz | PS-094 | Nur Banu Karaca | PS-048, PS-072, PS-126, PS-142 |
| N | | | |
| Nagehan Dik Kutlu | PS-198 | Nur İlayda Genç | PS-079 |
| Nail Zelyurt | PS-078 | Nur Sena Çoban | PS-225 |
| Naim Ata | PS-014, PS-104 | Nuran Belder | OS-003 |
| Naim Ata0 | PS-013, PS-020, PS-077, SS-028 | Nuray Aktay Ayaz | OS-001, PS-128, SS-034 |
| Nargiz Rüstamova | PS-180 | Nuray Kepil | SS-024 |
| Nazife Şule Yaşar Bilge | SS-004, SS-005, PS-064, PS-082, PS-105, PS-121, PS-152, PS-270, PS-271 | Nurhan Güven | PS-264 |
| Nazife Tüzün | PS-133 | Nuri Çağatay Çimşit | PS-002 |
| Nazlı Elif Nacar | PS-072, PS-126, PS-142 | Nursel Kara Ulu | OS-003 |
| Necil Kütükçüler | PS-219 | O-Ö | |
| Necip İlhan | PS-046 | Oğuz Çelebi | PS-146, PS-182, PS-253 |
| Nehir Şişman | PS-090 | Oğuz Karcıoğlu | PS-004, PS-282 |
| Neslihan Abacı | SS-020, PS-017, PS-107 | Oğuzhan Akgün | SS-007 |
| Neslihan Gökçen | PS-073, PS-113, PS-170 | Oğuzhan Tin | PS-274 |
| Neslihan Güneş Aydemir | PS-151 | Oktay Bayraktar | PS-094 |
| Neslihan Yılmaz | PS-084 | Olca Evliyaoglu | PS-112 |
| Nesrin Şen | PS-012, PS-158 | Ongun Alanlı | PS-118 |
| Neşe Kaklıkkaya | PS-015 | Onur Erdem Şahin | PS-284 |
| Neval Uzun | PS-158 | Onur Taydaş | PS-139 |
| Neval Yurttutan Uyar | PS-015 | Orhan Küçükşahin | SS-004, SS-010, PS-013, PS-014, PS-020, PS-034, PS-040, PS-077, PS-082, PS-083, PS-104, PS-127, PS-133, PS-144, PS-148, PS-270, SS-028 |
| Nevsun İnanç | SS-021, PS-007, PS-089, PS-108, PS-130, PS-176 | Orhan Zengin | SS-010, PS-009, SS-033 |
| Nida Gürbüz | PS-219 | Orkun Tüfekçi | PS-048, PS-072, PS-142 |
| Nigar Rustamli | PS-280 | Osman Aykan Kargın | PS-042 |
| Nihal Karaçayır | OS-003 | Osman Başpınar | PS-009 |
| Nihal Lermi | PS-039, PS-097, PS-168, SS-027 | Osman Cüre | PS-236 |
| Nihan Neval Uzun | PS-012, PS-227 | Osman Kızılkılıç | SS-019 |
| | | Oya Köker | SS-012, OS-002, PS-110, PS-118 |
| | | Oya Köker Turan | PS-128, PS-163 |

Ömer Karadağ SS-010, SS-011, PS-003, PS-015, PS-055,
PS-093, PS-100, PS-110, PS-125, PS-128, PS-235, PS-275, PS-279,
PS-285, SS-025, SS-026, SS-030

Ömer Koçak OS-009

Ömer Uludağ PS-281

Övgü Aydın Ülgen PS-284

Öykü Şimşek PS-015

Özay Gököz SS-025

Özge Karakök PS-243

Özge Sönmez PS-032

Özge Yoğurtçu PS-008, PS-029, PS-054, PS-059, PS-062,
PS-109, PS-150, PS-156, PS-210

Özgül Öztürk PS-012

Özgül Soysal Gündüz PS-007, PS-084, PS-101

Özgül Kaya Kara PS-195

Özgür Akgül PS-038

Özgür Çakar PS-045

Özgür Kasapçopur SS-012, PS-027, PS-102, PS-110, PS-112,
PS-128, PS-140, PS-163, PS-274

Özgür Kılıçkesmez PS-053

Özkan Urak PS-035, PS-066, PS-221

Özlem Akgün SS-034

Özlem Demircioğlu PS-002, PS-176

Özlem Dikmetaş PS-180

Özlem Doğan Ağbuga PS-239

Özlem Gülbahar PS-050

Özlem Karakaş SS-010, PS-040, PS-076, PS-144

Özlem Limoncu PS-209

Özlem Özdemir Işık PS-073

Özlem Özdemir Kumbasar SS-031

Özlem Şahan Güven PS-100

Öznur Sadioğlu PS-113, PS-125

Özüin Bayındır SS-005, SS-010

P

Pamir Atagündüz SS-004, PS-082, PS-086, PS-270

Paul Bird PS-057

Pelin Petek Varol PS-157

Pelin Pınar Deniz PS-070

Peter Youssef PS-057

Pınar Akyüz Dağlı PS-040, PS-076, PS-083, PS-127, PS-144

Pınar Özdemir PS-003

Pınar Tufanoğlu PS-015

Proton Rahman PS-010

R

Rabia Deniz SS-012, SS-013, SS-020, PS-005, PS-023,
PS-028, PS-053, PS-106, PS-107, PS-119, PS-143, SS-032

Rabia Ergelen SS-006, SS-016

Rabia Gökçen Umurca Aydemir PS-021, PS-181

Rabia Hacer Deniz PS-186

Rabia Miray Kışla Ekinci PS-206

Rafi Haner Direskeneli PS-084, PS-243

Ragıp Ertaş PS-242

Rahime Aksoy PS-120

Rahime Duran SS-001, PS-024, PS-051, PS-078, PS-087,
PS-155, PS-187, PS-214, PS-229, PS-252

Rahşan Göçmen PS-018

Ramazan Emre Yiğit PS-149

Ramazan Fazıl Akkoç PS-046

Rana İşgüder PS-244

Raquel Hernandez PS-122

Rebecca Bolce PS-010

Recep Yılmaz PS-033, PS-120

Reşit Yıldırım PS-064, PS-105, PS-121, PS-271

Reyhan Bilici PS-237

Reyhan Dedeoğlu PS-102

Rezan Koçak Ulucaköy PS-034, PS-040, PS-076, PS-083, PS-127,
PS-144, PS-148

Rıdvan Mercan SS-004, PS-044, PS-082, PS-136, PS-190,
PS-228, PS-270, PS-272

Rıza Can Kardeş SS-001, SS-010, PS-024, PS-051, PS-078,
PS-087, PS-125, PS-155, PS-187, PS-194, PS-214, PS-278, SS-025

Rieke Alten PS-026

Rosario García De Vicuña PS-122

Rukiye Berkem PS-015

Ruveyda Sak İnal PS-257

Rüya Torun OS-007, PS-244

S-Ş

Sabina Ciciriello PS-057

Sabriye Güner SS-024, PS-001

Sadettin Uslu PS-101

Sait Karakurt PS-002

Samed Önder PS-018

| | | | |
|----------------------------|--|-------------------------|--|
| Samet Mutlu | SS-013 | Serdar Can Güven | PS-034, PS-040, PS-076, PS-083, PS-127, PS-144, PS-148 |
| Sami Hizmetli | PS-038 | Serdar Esmer | PS-040, PS-076, PS-144, PS-212 |
| Saniye Yardım | PS-195 | Serdar Sezer | PS-033, PS-092 |
| Sara Manrique-arija | PS-122 | Serez İleri | PS-088 |
| Sara Şebnem Kılıç Gültekin | PS-128, PS-147 | Serkan Türkuçar | PS-230 |
| Sarvan Aghamuradov | PS-254 | Serpil Demirci | PS-249 |
| Sarvan Ağamuradov | PS-218 | Serpil Ergülü Eşmen | PS-220 |
| Sebahat Dilek Torun | SS-014, PS-036 | Sertaç Ketenci | PS-203, PS-205 |
| Sebahat Yaprak Çetin | PS-161, PS-195 | Servet Akar | SS-004, SS-005, SS-022, PS-007, PS-008, PS-029, PS-038, PS-054, PS-059, PS-061, PS-062, PS-069, PS-082, PS-084, PS-099, PS-109, PS-150, PS-156, PS-167, PS-210, PS-270 |
| Seda Çolak | PS-110, PS-133 | Servet Güreşçi | SS-025 |
| Seda Duman Öztürk | PS-045 | Servet Yolbaş | PS-007, PS-084 |
| Seda Günay | SS-021, PS-108 | Sevcan Azime Bakkaloğlu | OS-003, PS-128 |
| Seda Kutluğ Ağaçkırın | SS-012, SS-016, PS-086, PS-266, SS-029 | Sevgi Gözde Kart Bayram | SS-011 |
| Sedat Kiraz | SS-004, SS-011, PS-003, PS-048, PS-055, PS-058, PS-072, PS-082, PS-100, PS-142, PS-159, PS-255, PS-270, PS-275, PS-285, SS-030 | Sevil Yiğit | PS-262 |
| Sedat Yılmaz | SS-004, PS-133 | Sevilay Batıbay | PS-184 |
| Seher Küçükkoğlu Cesur | PS-030, PS-086, PS-166 | Sevim Güler | SS-024 |
| Selahaddin Cevizbaş | PS-244 | Sevtap Acer Kasman | PS-158 |
| Selahattin Alp Temiz | SS-013 | Sevtap Arslan | PS-058 |
| Selcan Demir | PS-128 | Sevtap Doğan | PS-113 |
| Selçuk Yüksel | PS-128 | Seyfullah Halit Karagöz | PS-075 |
| Selda Çelik | SS-005, PS-193, PS-259 | Seyhan Hıdıroğlu | PS-118 |
| Selda Hakbilen | PS-047 | Seyyid Bilal Açıkgöz | PS-071, PS-098, PS-114, PS-139, PS-177, PS-179, PS-185, PS-192 |
| Selen Duygu Arık | OS-001 | Seza Özen | OS-008, PS-128 |
| Selin Ardalı Düzgün | PS-231 | Sezgin Şahin | SS-012, PS-027, PS-102, PS-110, PS-112, PS-128, PS-140, PS-163, PS-274 |
| Sema Kaymaz-Tahra | SS-005 | Shirkhan Amikishiyev | SS-018, SS-020, PS-017, PS-107, PS-186, PS-281 |
| Sema Nizam | SS-027 | Sıla Kalender | SS-017 |
| Sema Sırma Ekmekçi | SS-020, PS-017, PS-107 | Sibel Doğan Günaydın | SS-009 |
| Sema Yılmaz | PS-007, PS-047, PS-084 | Sibel Kocabeyoğlu | PS-180 |
| Semih Aşıkvalı | PS-197 | Sibel Ösken | PS-158, PS-188 |
| Semih Coşan | PS-180 | Sibel Yılmaz Öner | PS-158 |
| Semih Gülle | SS-017, PS-268 | Sibel Zaralı | SS-008 |
| Semiha Tokgöz | OS-003 | Silvia Diaz | PS-122 |
| Semra Akkaya Turhan | PS-130, PS-176 | Simay Aksakallı | PS-205 |
| Semra Ayduran | PS-230 | Sinan Buran | PS-048, PS-072, PS-142 |
| Sena Tolu | SS-013, PS-023 | Sinem Burcu Kocaer | PS-191 |
| Senar Şan | PS-056 | Sinem Burcu Kocaer0 | SS-010 |
| Sercan Gücenmez | PS-059, PS-061, PS-156 | Sinem Kuru | PS-173 |
| Serdal Uğurlu | PS-022, PS-032 | | |
| Serdar Arslan | PS-284 | | |

Sinem Nihal Esatoğlu SS-019, SS-024, PS-022, PS-032, PS-037,
PS-042, PS-065, PS-075, PS-174, PS-201, PS-280

Soner Şenel PS-125

Songül Çildağ PS-145

Soydan İnce PS-010, PS-122

Soyi Liu Leage PS-010

Sule Yasar Bilge SS-010

Sule Yavuz SS-010

Suzan Çınar SS-008

Süda Tekin PS-241

Süleyman İmamoğlu PS-219

Süleyman Özbek PS-206

Süleyman Serdar Koca SS-004, PS-007, PS-046, PS-082, PS-084,
PS-133, PS-231, PS-270, PS-286

Sümeyra Başaran Çoban PS-149

Sümeyye Merve Türk PS-071, PS-098, PS-114, PS-139, PS-177,
PS-179, PS-185, PS-192

Şaduman Balaban Adım SS-007

Şafak Parlak PS-138

Şebnem Ataman PS-038, PS-264

Şehsuvar Gökgöz PS-039

Şeminur Haznedaroğlu PS-084

Şengül Çağlayan PS-149

Şerife Asya Germe SS-009, PS-117

Şerife Şeyda Zengin Acemoğlu PS-070

Şevket Ali Ekmen PS-005

Şevket Girgin SS-006

Şeyma Çolakoğlu Özkaya PS-086

Şeyma Kılıç PS-273

Şeyma Tekeli PS-213

Şeyma Türkmen PS-149

Şuayip Birinci PS-013, PS-014, PS-020, PS-077, PS-104,
SS-028

Şule Apraş Bilgen SS-011, PS-003, PS-048, PS-055, PS-072,
PS-100, PS-142, PS-275, PS-285, SS-030

Şule Ketenci Ertaş PS-242

Şükran Erten PS-007, PS-034, PS-040, PS-083, PS-084,
PS-127, PS-144, PS-148, PS-212

Şükrü Öztürk PS-017, PS-107

Şükrü Palanduz PS-017, PS-107

T

Tahir Saygın PS-090

Tahir Saygın Ögüt PS-081, PS-251

Tahsin Murat Turgay PS-033, PS-092, PS-120, PS-224, SS-031

Tamas Treuer PS-026, PS-057

Tamer Acat PS-071, PS-098, PS-114, PS-139, PS-177,
PS-179, PS-192

Taner Çoşkuner PS-149

Tanju Yusuf Erdil PS-060

Taşkın Şentürk PS-145, PS-164

Taylan Kaplan PS-128, PS-267

Taylan Kav PS-159

Tegan Smith PS-057

Tekin Karşlıgil SS-033

Tevfik Güzelbey PS-053

Timuçin Kaşifoğlu SS-004, SS-005, SS-010, PS-015, PS-064,
PS-082, PS-105, PS-121, PS-152, PS-270, PS-271

Timur Pırıldar PS-084

Tuba Demirci Yıldırım SS-005, SS-017, PS-052, PS-125, PS-128

Tuba Kaya Karataş PS-046

Tuba Kurt PS-128

Tuba Uğur Tuzcu PS-278

Tuba Yüce İnel SS-023

Tuğba Kalaycı PS-017, PS-107

Tuğba Nergiz Kıssa PS-060

Tuğba Ocak PS-160

Tuğba Şişmanlar Eyüboğlu OS-003

Tuğçe Bozkurt SS-012

Tuğçe Çetin Arıkan PS-219

Tuğçe Kübra Güneş PS-011

Tuncay Aydın PS-244

Tunç Öneş PS-060

Turgay Demir PS-239

Tutku Taşkınoglu PS-015

Tülin Ergun SS-006, SS-012, SS-016, PS-011, PS-086

U-Ü

Ufkay Karabay SS-023

Uğur Nadir Karakulak PS-025

Uğur Uygunoğlu SS-019, PS-032

Umut Kalyoncu SS-004, SS-009, SS-011, PS-003, PS-013,
PS-014, PS-018, PS-020, PS-031, PS-038, PS-041, PS-055, PS-058,
PS-063, PS-068, PS-077, PS-082, PS-100, PS-104, PS-116, PS-123,
PS-138, PS-142, PS-153, PS-180, PS-255, PS-270, PS-275, PS-283,
PS-285, SS-028, SS-030

Utku Mete PS-097

Uygar Levent Demir PS-097

Ümit Gül PS-102, PS-140, PS-163

Ümit Karaçaylı PS-089

Ümmügülsüm Gazel PS-110

Ümmüşen Kaya Akça PS-128

Ümran Yıldırım PS-151

Üstün Aydıngöz PS-235

V

Vedat Hamuryudan SS-019, PS-001, PS-032, PS-280

Vefa Guliyeva PS-128

Veli Çobankara SS-010, PS-096, PS-129, PS-131, PS-173

Veli Yazısız SS-004, PS-015, PS-081, PS-082, PS-085,
PS-090, PS-132, PS-151, PS-211, PS-270

Veysel Çam OS-008

Y

Yağmur Bayındır OS-008

Yağmur Karaman PS-132

Yahya Ürkmez PS-009

Yaren Yıldız SS-007

Yasemin Kapucu PS-180

Yasemin Sağlan PS-121, PS-271

Yasemin Yalçınkaya SS-008, SS-018, SS-020, PS-017, PS-080,
PS-107, PS-133, PS-186, PS-281

Yasin Durusoy SS-034

Yasin Kıran PS-159

Yasin Sarıkaya PS-058

Yavuz Pehlivan SS-004, SS-007, PS-039, PS-043, PS-082,
PS-084, PS-097, PS-160, PS-198, PS-217, PS-270, SS-027

Yelda Bilginer OS-008, PS-128

Yelin Koçak Ünsal PS-021, PS-181

Yeliz Yağız Özoğul SS-019

Yeşim Erez PS-035, PS-052, PS-066

Yeşim Özgüler SS-019, PS-032, PS-075

Yeter Mahmutoğlu PS-092, PS-120, PS-224, SS-031

Yıldız Yenisoy PS-089

Yunus Durmaz PS-247

Yusuf Baytar PS-031

Yusuf Can Edek PS-115, PS-154

Yusuf Ziya Erzincan SS-024

Yüksel Maraş PS-034, PS-040, PS-076, PS-083, PS-127,
PS-144, PS-148

Z

Zafer Günendi PS-084

Zahra Karaman Ongun SS-031

Zehra Duman Aksoy SS-011

Zehra Karaman Ongun PS-092, PS-120

Zehra Kızıldağ PS-244

Zehra Özge Çandereli PS-089

Zehra Özsoy PS-003, PS-055, PS-068, PS-100, PS-116,
PS-117, PS-123, PS-180, PS-275, PS-285, SS-026, SS-030

Zekayi Kutlubay PS-001, PS-032, PS-075

Zeki Soyapaçacı SS-022

Zeliha Ademoğlu SS-005, PS-021, PS-181

Zeliha Emrence SS-020

Zeynep Altan Ferhatoğlu PS-001, PS-075

Zeynep Ertürk SS-010

Zeynep Eylül Özmen PS-026, PS-057

Zeynep Özge Öztürk PS-068

Zeynep Sarıbaş SS-026

Zeynep Şahiner PS-068

Zeynep Toker Dinçer PS-284

Zeynep Tüzün PS-178, PS-206

Zeynep Yılmaz Bozkurt PS-217

Zübeyde Uğurlu PS-162, PS-189, PS-222, PS-223, PS-249,
PS-260

Zühre Kaya OS-003

Ulusal
ROMATOLOJİ Dergisi
Journal of Turkish Society for Rheumatology