Derginin önceki adı: RAED Dergisi / *formerly RAED Journal*

TÜRKİYE ROMATOLOJİ DERNEĞİ

Ulusal ROMATOLOJİ Dergisi

Journal of Turkish Society for Rheumatology

ISSN: 2651-2653

www.romatolojidergisi.org

Cilt / Volume: **17** • **Ek Sayı /** Supplement: **2** • **Kasım /** November **2025**

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

galenos yayınevi

Ulusal
ROMATOLOJİ Dergisi
Journal of Turkish Society for Rheumatology www.romatolojidergisi.org

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

Editörler Kurulu / Editorial Board

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

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

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

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

Turkish Society for Rheumatology Executive Committee (2025-2027) / Turkish Society for Rheumatology Executive Committee (2025-2027)

Başkan / President
Ahmet Gül, İstanbul, Türkiye

Başkan Yardımcısı / Vice President
Murat İnanç, İstanbul, Türkiye

Genel Sekreter / Secretary General
G. Nevsun İnanç, İstanbul, Türkiye

Sayman / Treasurer
Cemal Bes, İstanbul, Türkiye

Bahar Artım Esen, İstanbul, Türkiye

Üyeler / Members
H. Ediz Dalkılıç, Bursa, Türkiye
Ahmet Omma, Ankara, Türkiye
Adem Kü.ük, Konya, Türkiye
Süleyman Özbek, Adana, Türkiye

Bölüm editörleri / Section editors
Servet Akar, İzmir
Kenan Aksu, İzmir
Bahar Artım Esen, İstanbul
Berna Göker, Ankara
Nevsun İnanç, İstanbul
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, Sakarya
Gerçek Can, İzmir
Sinem Nihal Esatoğlu, İstanbul

Bilimsel Danışma Kurulu / Scientific Advisory Board

Ali Akdoğan, Ankara
Sibel Aydın - Ottawa, Kanada
Müge Bıçakçıgil, İstanbul
Ayşe Çefle, Kocaeli
Ediz Dalkılıç, Bursa
Doruk Erkan, New York, ABD
Ali İhsan Ertenli, Ankara
Ahmet Gül, İstanbul
Vedat Hamuryudan, İstanbul
Murat İnanç, 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

galenos yayınevi

Yayınevi İletişim/Publisher Contact
Adres/Address: Molla Gürani Mah. Kaçamak Sk. No: 21/1
34093 İstanbul, Türkiye
Telefon/Phone: +90 530 177 30 97
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: Kasım 2025/November 2025

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

Yılda üç kez yayımlanan süreli yayındır.
International periodical journal published three times in a year.

Ulusal
ROMATOLOJİ Dergisi
Journal of Turkish Society for Rheumatology www.romatolojidergisi.org

Derginin "Yayın Etiği" ve "Yazarlara Bilgi" konularında bilgi almak için lütfen web sayfasına **(https://www.raeddergisi.org/home)** başvurunuz.

Derginin editöryal ve yayın süreçleri ile etik kuralları ICMJE, WAME, CSE, COPE, EASE, ve NISO gibi uluslararası kuruluşların kurallarına uygun olarak şekillenmektedir. Ulusal Romatoloji Dergisi, **EBSCO, Gale, Türk Medline, Embase, J-Gate ve Tübitak Ulakbim TR Index** dizinlerde indekslenmiştir.

Dergi, asitsiz kağıda basılıp ayrıca çevrimiçi olarak yayınlanmaktadır.

Sahip: Türkiye Romatoloji Derneği

Sorumlu Yönetici: R. Haner Direskeneli

Please refer to the journal's webpage **(https://www.raeddergisi.org/)** for "Ethical Policy", "Instructions to Authors".

The editorial and publication process of the Journal of the Journal of Turkish Society for Rheumatology are shaped in accordance with the guidelines of ICMJE, WAME, CSE, COPE, EASE, and NISO. Journal of Turkish Society for Rheumatology is indexed in **EBSCO, Gale, Türk Medline, Embase, J-Gate** and **Tübitak Ulakbim TR Index**.

The journal is printed on an acid-free paper and published online.

Owner: Turkish Society for Rheumatology

Responsible Manager: R. Haner Direskeneli

XXV. Ulusal Romatoloji Kongresi Bildiri Özetleri
12-16 Kasım 2025

KONGRE DÜZENLEME KURULU

KONGRE BAŞKANI
Murat İnanç

KONGRE GENEL SEKRETERİ
Burak İnce

ÜYELER
Adem Küçük
Ahmet Gül
Ahmet Omma
Ayşe Çefle
Bahar Artım Esen
Cemal Bes
Ediz Dalkılıç
Hakan Emmungil
Nevsun İnanç
Nilüfer Alpay Kanıtez
Süleyman Özbek
Yasemin Yalçınkaya

TRD YÖNETİM KURULU

YÖNETİM KURULU BAŞKANI
Ahmet Gül

BAŞKAN YARDIMCISI
Murat İnanç

GENEL SEKRETER
Nevsun İnanç

SAYMANLAR
Bahar Artım Esen
Cemal Bes

ÜYELER
Adem Küçük
Ahmet Omma
Ediz Dalkılıç
Süleyman Özbek

**Bilimsel kurul listesi soyadına göre alfabetik olarak düzenlenmiştir.*

BİLİMSEL PROGRAM
CLICK HERE

Ulusal
ROMATOLOJİ Dergisi
Journal of Turkish Society for Rheumatology
www.romatolojidergisi.org

XXIV. Ulusal Romatoloji Kongresi Bildiri Özetleri
12-16 Kasım 2025

A-V Bilimsel Program / Program Schedule

Özetler / Abstracts

1 Sözlü Sunumlar (SS-001 — SS-018)

23 Poster Sunumları (PS-002 — PS-313)

317 Poster Turu Sunumları (PS-001 — PS-301)

Dizin / Index

Yazar Dizini

Ulusal ROMATOLOJİ Dergisi
Journal of Turkish Society for Rheumatology www.romatolojidergisi.org

DOI: 10.4274/raed.galenos.2025.S2
Ulus Romatol Derg 2025;17(Suppl 2):1-346

XXV. Ulusal Romatoloji Kongresi Bildiri Özetleri
12-16 Kasım 2025
Sözlü Sunumlar

(SS-001 — SS-018)

[SS-001]

Ultrason kılavuzlu sinovyal biyopsinin endikasyon, güvenlik ve tolere edilebilirliği: Çok merkezli kesitsel bir çalışma

Hakan Apaydın[1], Rabia Deniz[2], Ertuğrul Çağrı Bölek[3], Mustafa Erdoğan[4], Gülnur Çelik Yılmaz[1], Nilsen Erdoğan[5], Gözde Elif Kapaklı[6], Halit Üner[6], Emine Çeşmecioğlu Karavin[7], Kemal Türköz[7], Cemal Bes[2], Ahmet Gül[8], Nevsun İnanç[4], Emre Bilgin[9]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

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

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

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

[5]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

[6]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara

[7]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

[8]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[9]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

Amaç: Ultrason kılavuzluğunda sinovyal biyopsi (USGSB), klinik ve araştırma amaçlı her türlü eklemden kaliteli sinovyal doku toplamak için güvenli, iyi tolere edilen ve etkili bir yöntemdir. Sinovyal doku analizi, temel ve translasyonel araştırmalarda artrit patobiyolojisini araştırmak ve tedavi yanıtının biyobelirteçlerini aramak için temel bir araç olmakla beraber ülkemizde rutin klinik uygulamalarda henüz yaygınlaşmamıştır. Bu çok merkezli çalışmada küçük, orta ve büyük eklemlerden, romatologlar tarafından minimal invaziv USGSB tekniği kullanılarak sinovyal doku eldesinin endikasyon, tolere edilebilirlik ve güvenliliğini araştırdık.

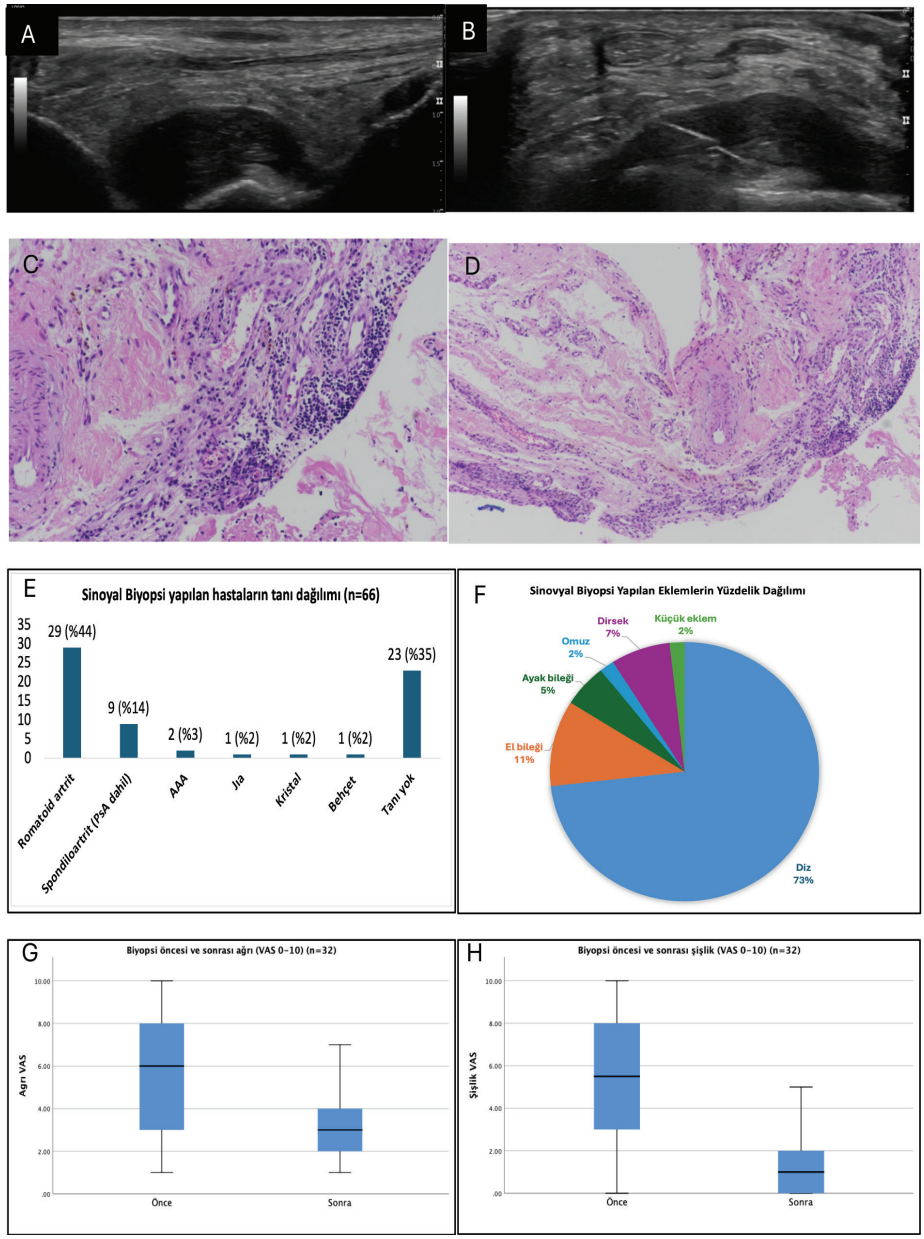
Yöntem: Bu çok merkezli, kesitsel çalışmaya, tanı veya araştırma amacıyla USGSB yapılan hastalar dahil edildi. Klinik ve demografik özellikler tıbbi kayıtlardan elde edildi. İşlemden önce biyopsi yapılacak eklemin kısa bir USG muayenesi yapıldı ve sinovit derecesi belirlendi. Tüm sinovyal biyopsiler, uygun asepsi koşullarında ve lokal anestezi altında eklem bölgesine bağlı olarak 14-16-18-20 G yarı-otomatik biyopsi iğnesi ve tekrarlanan iğne girişini kolaylaştırmak için koaksiyel dış iğne kullanılarak Romatoloji Uzmanı tarafından gerçekleştirildi. Histopatolojik analiz ve klinik gereklilik halinde mikrobiyolojik değerlendirme için çok sayıda biyopsi örneği alındı. Histolojik analiz için biyopsi örnekleri %4 paraformaldehit çözeltisine sabitlendi. Hastalar, tolere edilebilirliğin değerlendirildiği bir görsel analog skor (VAS) kullanarak biyopsi yapılan eklem prosedürünün öncesinde ve sonrasında ağrı, şişlik ve sertlik açısından değerlendirildiler. Hastalardan ayrıca USGSB işlemi sırasında rahatsızlık derecesini ve kliniklerinde gelecekte tekrar biyopsi yaptırma olasılıklarını bildirmeleri istendi. Hastalar USGSB işleminden önce ve sonra advers olaylar açısından değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 63 hastadan alınan toplam 66 biyopsi verisi dahil edildi. Medyan yaş 46 yıl (ÇAA 14) olup, hastaların %54,5'i kadındı. Tanısal dağılıma göre üç grup belirlendi:29 hasta (%43,9) romatoid artrit (RA), 23 hasta (%34,8) tanı konmamış artrit ve 14 hasta (%21,3) diğer romatolojik hastalık grubunda yer aldı. Medyan takip süresi 6 ay (çeyrek arası aralık (ÇAA) 34) idi. Seropozitiflik oranı RA'da %42,9 iken, diğer gruplarda %7-8 düzeyindeydi. Biyopsi en sık olarak diz ekleminden (%77,3) alındı. Bunu el bileği (%9,1), ayak bileği (%4,5), dirsek (%6,1), omuz (%1,5) ve el küçük eklemleri (%1,5) izledi. Tanısal amaçlı biyopsi 46 (%69,7), araştırma amaçlı 20 (%30,3) hastada yapılmış olup, tanısal grupta enflamatuvar dışı tanılar 2 osteoartrit, 2 benign tümöral lezyon,

2 septik artritti. Biyopsi öncesi eklem değerlendirmesi yapılan 32 hastada medyan VAS skorları ağrı için 6 (ÇAA 5), şişlik için 6 (ÇAA 5) ve kısıtlılık için 5 (ÇAA 6) idi. Biyopsi sonrasında tüm gruplarda ağrı, şişlik ve kısıtlılık skorlarında anlamlı azalma izlendi (p<0,001) (Şekil 1). Advers olaylar oldukça seyrek izlendi. En sık görülen bulgu biyopsi sonrası ağrı (%19,7) olup, genellikle hafif ve kendiliğinden düzelen nitelikteydi. Bir hastada (%1,5) vazovagal reaksiyon görüldü. Sinir, damar, tendon, bağ ya da kas yaralanması gözlenmedi. Ayrıca hemartroz, enfeksiyon, tromboflebit veya DVT olgusu bildirilmedi. Hastaların büyük çoğunluğu (%77,3), gerektiğinde yeniden biyopsi yaptırmayı kabul edeceğini belirtti.

Sonuç: USG kılavuzlu sinovyal biyopsi, farklı eklem boyutlarında güvenle uygulanabilen, iyi tolere edilen ve yüksek tanısal değer sağlayan minimal invaziv bir yöntemdir. Çalışmamız, ülkemizde romatologlar tarafından uygulanan bu tekniğin güvenliğini ve hasta tarafından kabul edilebilirliğini göstermektedir. Sinovyal biyopsi yalnızca araştırma amaçlı değil, aynı zamanda tanı ve tedavi süreçlerinde de değerli bilgiler sunabilecek bir yöntem olup, rutin romatoloji pratiğine entegrasyonu ile artrit yönetiminde kişiselleştirilmiş yaklaşımlara katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Sinovyal biyopsi, sinovyal membran, sinovyum, sinovyal doku analizi, kas-iskelet sistemi ultrasonu



Şekil 1. (A) Gri-skala ultrasonografide longitudinal eksende tibiotalar eklemde sinovit izlenmektedir. (B) Üstte, iğnenin ekstensör tendon kompartmanın altından eklem boşluğuna girdiğini gösteren USG kılavuzluğunda ayak bilek biyopsisinin gri skala transvers görünümü. (C) Sinovyal dokunun immünohistokimya boyamasının temsili görüntüleri; Subsinovial alanda lenfoid agregat oluşumu ve enflamatuvar hücre artışları görülmekte (x10 H&E). (D) Büyük büyütmede (x20 H&E) bu hücrelerin lenfoid kökenli oldukları görülüyor, stromal hücre yoğunluğunda da hafif artış mevcut, stromada hemosiderin pigment birikimleri izlenmektedir. (E) Sinovyal Biyopsi yapılan hastaların tanı dağılımı izlenmektedir. (F) Sinovyal Biyopsi yapılan eklemlerin yüzdelik dağılımı izlenmektedir. (G) ve (H) Biyopsi öncesi ve sonrası ağrı ve şişlik skorlarının karşılaştırılması (VAS 0–10). Tüm parametrelerde anlamlı azalma izlendi (p<0,001)

[SS-002]

Medikal tedaviye dirençli sinovyal hipertrofili tekrarlayan monoartritte mikrodalga ablasyon: Genişletilmiş kohort ve uzun dönem takip sonuçları

Rabia Deniz[1], Tevfik Güzelbey[2], İlhan Nahit Mutlu[2], Kübra Kalkan[1], Özgür Kılıçkesmez[2], Cemal Bes[1]

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

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

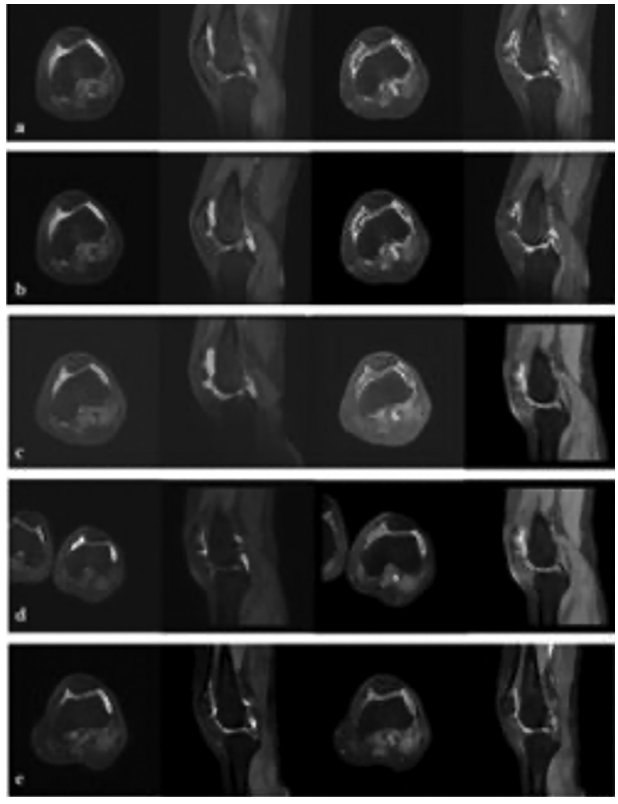
Amaç: Tekrarlayan Monoartrit (RM) birçok romatolojik hastalıkta ciddi morbiditeye yol açabilmektedir. Lokal girişimler, özellikle intra-artiküler sinovyal sıvı aspirasyonu (IAA) ve kortikosteroid enjeksiyonu (IAS), tek eklem tutulumunun kontrolünde sıkça uygulanmaktadır. Bunlarla kontrol altına alınamayan olgularda medikal (kimyasal veya radyasyon) ya da cerrahi (artroskopik veya açık) sinovektomi seçenek olmakla birlikte, uzun dönem olumsuz sonuçlar ve komplikasyonlar nedeniyle giderek terk edilmektedir. Ablasyon ise, farklı benign veya malign lezyonların tedavisinde uzun süredir bilinen minimal invaziv bir yöntemdir. Son yıllarda kas-iskelet sistemi hastalıklarında da uygulanmaya başlanmıştır. Bugüne kadar en fazla deneyim, konvansiyonel tedavilere dirençli osteoartrit üzerinde elde edilmiştir. Küçük bir olgu serisinde pigmente villonodüler sinovit olguları, radyofrekans ablasyonla başarıyla tedavi edilmiştir. Çalışmanının amacı, medikal tedaviye dirençli RM olgularında mikrodalga ablasyonunun (MWA) kullanımını ve güvenliliğini yardımcı bir tedavi seçeneği olarak araştırmak şeklinde başlayan kohortumuzun uzun dönem ve geniş hasta sonuçlarını sunmaktır.

Yöntem: Romatoid artrit, spondiloartropati, Behçet hastalığı, juvenil idiyopatik artrit ve undiferansiye monoartrit tanılı, RM atağı geçiren hastalar çalışmaya dahil edildi. MWA, uygun güç ve süre parametreleri ile sinovyal hipertrofi hacmi ölçüldükten sonra, nekrozu gösteren mikro-kabarcıklar oluşana kadar ultrasonografi eşliğinde izlemle uygulandı. Hastaların demografik verileri, tedavileri, IAA öyküsü, komplikasyonları, fonksiyonel kısıtlılık ve ağrı skorları, ultrasonografi ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bulguları kaydedildi.

Bulgular: Yirmi iki-71 yaşları arasında 22 kadın ve 23 erkek hastanın toplam 50 dize MWA uygulandı. İşlem öncesi son 6 ayda medyan İAA sayısı 4 (0-15) idi. Tek dizine işlem yapılan 1, bilateral işlem yapılan 1 olmak üzere 3 diz takibe gelmediğinden dışlandı. Üç hastada MWA yalnızca hipertrofi hacmini azaltmak için, sık İAA ihtiyacı olmaksızın uygulandı. Altı dizde ikinci, bir dizde ise üçüncü MWA seansı gerekti. Medyan takip süresi 19 (6-32) aydı. İzlem boyunca toplam 26 İAA uygulandı; bunların 2'si ikinci MWA seansında ve 5'i ilk 3 ayda, 4'ü 3-6 ay, 9'u 6-12 ay ve 6'sı 12-24 ay arası takipte yapılırken, 24 ayı aşan takipli hastalarda İAS ihtiyacı görülmedi. MWA öncesi son 6 ayda 300 aylık toplam izlemde 228 uygulanmışken (0,76/ay İAS), MWA sonrası 958 aylık toplam izlemde yalnızca 26 İAS gereksinimi oldu (0,027/ay) ($p<0,001$). Yirmi hastaya özellikle ilk 3 ayda farklı nedenlerle kısa süreli düşük doz kortikosteroid tedavisi verildi. Fonksiyonel kısıtlılık ve ağrı skorlarında anlamlı düzelme izlendi (medyan skor 9'dan 1'e; her ikisi için $p<0,00001$). MRG takiplerinde özellikle 6. aydan sonra sinovyal hipertrofi hacminde belirgin gerileme saptandı (Şekil 1). İşlem sırasında veya takipte herhangi bir komplikasyon görülmedi. Takip süresinde görülen İAS gerektiren/gerektirmeyen effüzyon ataklarının temel nedeni ilk 3 ayda işlem sonrası reaktif ödem gelişmesi, sonrası uzun vadede ise hastaların tedavilerini habersiz kesmesi ya da mekanik travmalar olmuştur. Sistemik alevlenme 3 hastada görülüp medikal tedavileri revize edildi.

Sonuç: MWA daha az invaziv bir yöntem olarak ciddi yan etkilere yol açmaksızın umut verici bir yardımcı tedavi seçeneği olmuştur. Monoartrit atak sayısı, sinovyal hipertrofi hacmi, İAA ve İAS ihtiyacı azalmış; fonksiyonel kısıtlılık ve ağrı skorlarında dramatik iyileşme sağlanmıştır. İlk 3 ayda hem MR hem de klinik olarak tedavi yanıtı için değerlendirme yapılmaması ve reaktif ödem sürecinin geçmesini beklenmesi takip öğrendiklerimiz arasındadır. Hastaların bu süreçte düzenli takip ve atakları azaldığı için doktor kontrolü olmadan ilaçlarını ani kesmeme konusunda uyum göstermeleri başarının artması için önemli görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Rekürren monoartrit, mikrodalga ablasyon, girişimsel radyoloji



Şekil 1. MWA öncesi ve takipte manyetik rezonans görüntüleme ile sinovyal hipertrofi seyri
Hastanın işlem öncesi ve işlem sonrası 1., 3., 6. ve 12. ay manyetik rezonans görüntüleri (MRG) zaman içinde bulgularda tutarlı bir düzelme olduğunu göstermektedir. Şekil 1a işlem öncesi, 1b işlem sonrası 1. ay, 1c işlem sonrası 3. ay, 1d işlem sonrası 6. ay ve 1e işlem sonrası 12. ay MRG'lerini göstermektedir. Her satırda görüntülerin sırası soldan sağa doğru; aksiyel planda proton yoğunluk ağırlıklı (PDW), sagital planda PDW, aksiyel planda T1-ağırlıklı kontrastlı ve sagital planda T1-ağırlıklı kontrastlı MRG şeklindedir. İşlem sonrası 1. ve 3. aylarda sinovyal hipertrofi ve efüzyonda anlamlı bir değişiklik gözlenmezken, 6. aydan itibaren belirgin bir gerileme saptanmıştır

[SS-003]

Primer Sjögren sendromu hastalarında yeni bir tanı yöntemi olarak tükürük sıvısında akım sitometrisi ile lenfosit alt gruplarının tespit edilmesi ve minör tükürük bezi biyopsi bulguları ile karşılaştırılması

Kerem Abacar[1], Şeyma Çolakoğlu Özkaya[2], İmren Aydın Tatlı[3], Özge Karakök[4], Sıdıka Tapşın Güllüoğlu[5], Şükrü Güllüoğlu[2], Can Erzik[6], Leyla Cinel[7], Pamir Atagündüz[4]

[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; Leeds Üniversitesi, Leeds Romatizma ve Kas-İskelet Sistemi Tıbbı Enstitüsü, Leeds, Birleşik Krallık

[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

[3]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji ve İmmünoloji Anabilim Dalı, İstanbul

[4]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

[5]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İmmünoloji Anabilim Dalı, İstanbul

[6]Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıbbi Biyoloji ve Genetik Anabilim Dalı, İstanbul

[7]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Primer Sjögren sendromu (pSS), ekzokrin bezlerde lenfositik infiltrasyon ile seyreden kronik, sistemik otoimmün hastalıktır. Tanıda sık kullanılan yöntemlerden minör tükürük bezi (MTB) biyopsisinin, invaziv olması ve komplikasyon riski nedeniyle yeni non-invaziv tanı yöntemlerine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmada, pSS ön tanılı hastaların tükürük sıvısında akım sitometrisi ile immün hücre dağılımı değerlendirilmiş, sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmış ve eş zamanlı olarak yapılan MTB biyopsi bulguları ile karşılaştırılmıştır.

Yöntem: Ağız ve/veya göz kuruluğu şikayetiyle başvuran ve pSS ön tanılı toplam 39 hasta ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 15 sağlıklı gönüllü çalışmaya alındı. Hastalar ACR/EULAR 2016 sınıflama kriterlerine göre değerlendirildi; kriterleri karşılayanlar "pSS", objektif ağız–göz kuruluğu olup kriterleri karşılamayanlar "objektif sikka" grubunu oluşturdu. MTB öncesinde tüm katılımcılardan uyarılmamış tükrük örnekleri toplandı. Tek hücre süspansiyonları hazırlandı ve akım sitometrisi ile T/B lenfosit alt grupları analiz edildi. Panelde CD3, CD4, CD8, CD20, CD27, CD38, CD45RA, CD45RO belirteçleri kullanıldı. Oranlar, veri setindeki ölçüm yapısına uygun biçimde (i) toplam lenfosit ve/veya (ii) CD3+ T hücresi referansları üzerinden yüzdelik olarak hesaplandı; karşılaştırmalı grafiklerde ölçek %0-100 olarak sunuldu. Ayrıca MTB örneklerinde immünohistokimya ile CD4, CD8, CD20, CD38 ekspresyonu değerlendirildi. Seçilmiş örneklerde konfokal mikroskopi ile CD8 ve CD38 çift pozitif hücrelerin bez içi lokalizasyonu doğrulandı.

Bulgular: Gruplar yaş ve cinsiyet açısından uyumluydu; pSS, objektif sikka ve sağlıklı kontroller arasında demografik farklılık saptanmadı. Sağlıklı kontrollerin hiçbirinde sikka semptomu yoktu. pSS grubunda, objektif sikka grubuna kıyasla ESSPRI kuruluk şiddeti daha yüksekti (p=0,0022); uyarılmamış tükürük akışının <0,1 mL/dk olması ve lenfadenopati daha sık görüldü (sırasıyla p=0,0240 ve p=0,0267). pSS grubunda 12/22 hastada lenfositik odak skoru 1'in üzerindeydi. Akım sitometrisi karşılaştırmalarında hem pSS hem de objektif sikka grubunda, sağlıklı kontrollere kıyasla CD8/CD3, CD27/CD3, CD38/CD3 ve CD45RA/CD3 oranları daha yüksekti (tüm karşılaştırmalar için p<0,05) (Şekil 1a, b ve c). İmmünohistokimyasal incelemeler, odaklı biyopsilerde en yoğun infiltrasyonun B hücrelerine ait olduğunu; CD4 hücrelerinin odak içinde kümelendiğini ortaya koydu. CD8 hücrelerinin ise odaklı biyopsilerde odak periferinde olmak üzere, odaklı ve odaksız pSS ve objektif sikka hastalarında intraepitelyal ve parankimal alanlarda, bazı olgularda intraduktal yerleşim gösterdiğini ortaya koydu. CD38 pozitif hücreler odaklı veya odaksız biyopsilerde benzer paternde olmak üzere intraduktal değil, çoğunlukla intraepitelyal/interstisyel ve periduktal halka biçiminde kümelendi (Şekil 1d). Konfokal görüntülemede CD8 ve CD38 çift pozitif hücreler glandüler yapılarda (20×) ve tek hücre düzeyinde (63×) doğrulandı (Şekil 1e ve f).

Sonuç: Bulgularımız, tükürükte saptanan CD8+ CD38+ T-hücre imzasının bez içi yerleşimle doğrulanarak Sjögren sendromu patogenezinde önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir. Bu hücresel imza akım sitometrisiyle tükürükten non-invaziv biçimde ölçülebilir ve pSS'yi sağlıklılardan ayırmada tanısal aday biyobelirteç niteliği taşır. Ayrıca objektif sikka grubu, sağlıklılara kıyasla belirgin immün aktivasyon göstererek pSS'ye birçok özelliği bakımından yaklaşmakta; ancak pSS'de CD8+ CD38+ imzasının düzeyi ve eşlik eden klinik/serolojik bulgular daha belirgindir. Yöntemin duyarlılık-özgüllük performansının, eşik değerlerinin ve klinik uygulanabilirliğinin netleşmesi için daha geniş örneklemli, çok merkezli ve prospektif doğrulama çalışmalarına ihtiyaç vardır. Bu çalışma Türkiye Bilimsel Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK) tarafından SBAG-1002-321S235 numaralı proje ile desteklenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Primer Sjögren sendromu, akım sitometrisi, minör tükürük bezi biyopsisi, sikka, non-invaziv yeni tanı yöntemi

[SS-004]

Lupus nefriti kohortunda serolojik fenotiplerin cluster analizi

Erdem Gürel, Gamze Kemeç Türkmen, Ömer Uludağ, Burak İnce, Yasemin Yalçınkaya, Ahmet Gül, Murat İnanç, Bahar Artım Esen

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

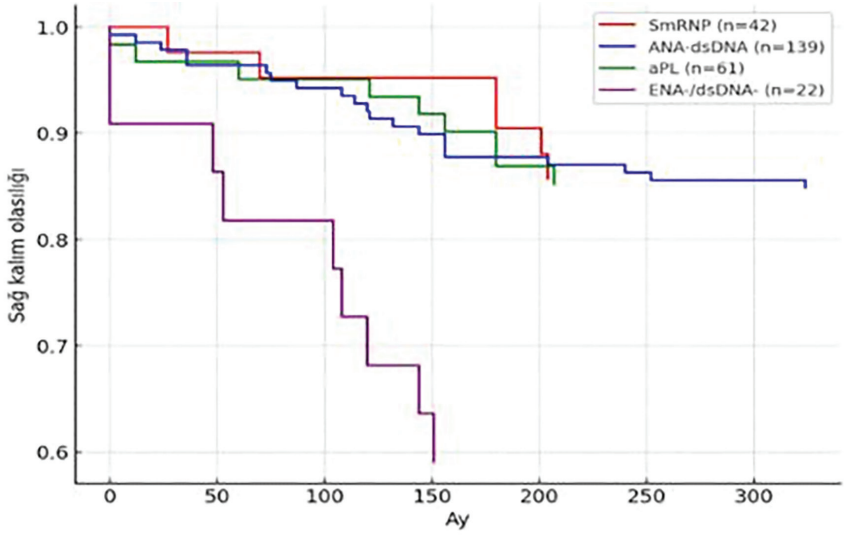
Amaç: Lupus nefriti (LN), sistemik lupus eritematozusun (SLE) en ciddi organ tutulumlarından birini oluşturmaktadır. LN'li hastaların sahip oldukları farklı otoantikorlar, farklı hastalık fenotiplerini oluşturmaktadır. Bu çalışmada LN'li hastalarda otoantikorların kümeleme analizi ile prognostik alt tiplerini belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: Klinik ve laboratuvar verileri tam, biyopsi verifiye (İTF) 264 LN hastası çalışmaya dahil edildi. Serolojik profillere göre dört küme tanımlandı: ds DNA+ (n=139), Sm D1/ SM RNP + (n=42), Antifosfolipid (aPL) antikor + (n=61), ds DNA - (n=22). Serolojik kümelerin klinik-epidemiyolojik özelliklerini tanımlandı; aktivite, şiddet ve hasar ile ilişkisini değerlendirildi. Hiyerarşik kümeleme yöntemi kullanılarak dört küme tanımlandı.

Bulgular: Gruplar cinsiyet ve yaş yönünden benzerdi. Son dönem böbrek yetmezliği gelişimi (SDBY), ds DNA- grupta (%41) iken; Sm RNP+ grupta (%14), aPL+ grupta (%15), ds DNA+ grupta (%14) bulundu. SDBY ds DNA- grupta anlamlı olarak fazlaydı (p=0,03). Renal sağkalım açısından Kaplan-Meier analizinde ds DNA – grubun eğrisi erken ve belirgin düşüş gösterdi (Şekil 1). Renal nüks oranları tüm serolojik kümelerde benzer bulundu. ds DNA+ grupta (%24), Sm RNP+ grupta (%31), aPL+ grupta (%28) ve dsDNA- grupta (%23) oranında renal nüks izlendi ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,08). Tanı anındaki SLEDAI skorları serolojik kümeler arasında farklılık göstermekteydi; Sm RNP kümesi en yüksek aktiviteye (median 18) sahipken, dsDNA- küme en düşük aktivite (median 14) ile izlendi (p=0,047). Buna karşın kümülatif organ hasarını yansıtan SLICC skorları aPL grubunda en yüksek bulundu (median 2, ort. 2.43), SmRNP grubunda ise en düşük (median 1, ortalama 1.43) saptandı (p=0,008). Hasar varlığı da aPL grubunda anlamlı derecede daha fazlaydı (%89, p=0,0037).

Sonuç: Serolojik fenotipler klinik gidiş ve uzun dönem sonuçları belirgin şekilde farklılaştırmıştır. ds DNA- küme, en düşük başlangıç hastalık aktivitesine rağmen en kötü renal sağkalım ve en yüksek SDBY oranına sahiptir. aPL kümesi ise renal prognozu diğer gruplarla benzer olmakla birlikte, en yüksek kümülatif organ hasarı ile dikkat çekmiştir. SmRNP kümesi yüksek SLEDAI skorlarına rağmen görece düşük hasar yükü ve iyi renal sağkalım göstermiştir. Bu bulgular, lupus nefritinde serolojik kümelenmenin hem renal prognoz hem de uzun dönem hasar öngörüsünde klinik açıdan değerli olabileceğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, lupus nefriti, cluster, serolojik fenotip



Şekil 1. Renal sağkalım

[SS-005]

Erken RA'da etkin hastalık kontrolü subklinik kardiyovasküler hastalık riskini azaltıyor olabilir

Hasan Kocaayan[1], Selin Genç Kocaayan[2], Ayten Özkan[1], Özge Yoğurtçu[1], Kamil Gönderen[3], Mustafa Özmen[1], Dilek Solmaz[1], Servet Akar[1]

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

[2]İzmir Kavram Meslek Yüksekokulu, İzmir

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

Amaç: Romatoid artrit (RA) hastalarında metabolik sendrom ve kardiyovasküler (KV) hastalık sıklığı artmaktadır. Artan bu komorbiteler mortalitenin önde gelen nedeni olarak kabul edilmektedir. Karotis intima-media kalınlığı (CİMT) ölçümü, subklinik ateroskleroz için invaziv olmayan bir testtir ve majör KV olayların (inme, miyokard enfarktüsü, kalp yetmezliği veya kardiyovasküler ölüm) prediktörü olarak değerlendirilmektedir. Çalışmamızda erken RA kohortunda CİMT progresyonun değerlendirilmesi ve etkileyen faktörleri incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Bu prospektif longitidunal çalışmaya Mart 2024 ile Kasım 2024 tarihleri arasında romatoloji polikliniğine başvuran ve son üç ay içinde 2010 ACR/EULAR sınıflandırma setine göre RA olarak sınıflandırılabilen 34 hasta ve yaş/cinsiyet uyumlu 33 kontrol dahil edildi. Çalışmaya alınan hastaların bazal, 3 ve 6. aylarda takip değerlendirme ve ölçümleri yapıldı. Hastalık aktivitesi DAS28-CRP ile hesaplandı. Yanıt değerlendirilmesi için EULAR ve Boolean 2.0 kriterleri kullanıldı. Vücut kompozisyonları biyoelektrik impedans analizi (BIA) ölçümü ile hesaplandı. Subklinik aterosklerozun değerlendirilmesi CİMT ölçümü B-mod ultrason kullanılarak elde edildi. CIMT için bazal ve 6. ay olmak üzere iki ölçüm yapıldı. Metabolik sendrom için NCEP-ATP III kriter seti kullanıldı. Hastalar ve kontrol grubunun başlangıç demografik, vücut kompozisyonu ve laboratuvar parametreleri Student t-testi ya da Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı. Zaman içinde tekrarlanan ölçümler için, 3 zamanlı (0-3-6. ay) sayısal değişkenlerde değişimin değerlendirilmesinde Friedman testi, ikili zaman karşılaştırmalarında ise Wilcoxon işaretli sıra testi kullanıldı. İkili kategorik değişkenler için 3 zaman (0-3-6. ay) noktasında değişim Cochran's Q testi ile, iki zaman noktasındaki değişim ise McNemar testi ile analiz edildi. Zamanla tekrarlayan ölçümler arasında ilişkili değişkenlerin etkilerini değerlendirmek amacıyla, bağımlı veriler için Generalized Estimating Equations (GEE) modeli kuruldu.

Bulgular: RA hastalarının ortalama semptom süresi 7±5 ay olarak saptandı. Hasta grubunda bazal ortalama CİMT 0,70±0,13 mm ve kontrol grubunda 0,74±0,17 mm saptandı ve istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p=0,41). RA grubunda altıncı ayda ortalama CİMT 0,74±0,12 mm olarak saptandı ve bazale göre artış istatistiksel açıdan anlamlı idi (p=0,004). Metabolik sendrom RA grubunda 12 (%35,3), kontrol grubunda 13 (%39,4) kişide saptandı ve iki grup arasında istatistiksel açısından anlamlı fark saptanmadı (p=0,72). Altıncı ayda metabolik sendrom 14 RA'li bireyde bulundu bazale göre saptandı artış anlamlı değildi (p=0,3). Çalışmaya dahil edilen RA hastalarının %94'ünde steroid kullanımı vardı. Toplam steroid doz ortalaması 824,26±358,3 mg idi. Longitudinal analizde yüksek yaş, bel çevresi, VKİ, yağ kütlesi yüzdesi ve gövde yağ oranına sahip olmak univariate analizde ortalama CİMT ile pozitif ilişkili saptandı. Eğitim süresi, steroid kullanmamak, HT yokluğu, DM yokluğu ve EULAR iyi ve orta yanıta sahip olmak ortalama CİMT için negatif ilişkili saptandı. Multivariate analizde bilinen KV risk faktörleri dışında EULAR yanıtına sahip olmanın CİMT ile negatif ilişkili olduğunu saptadık.

Sonuç: Erken RA'da subklinik ateroskleroz 6 ay kadar kısa süreli takipte önemli gözükmektedir. Hastaların KV riskler açısından değerlendirilmesi ve enflamasyonun etkin kontrolü erken hastalık sürecinden itibaren önemli olabilir.

Anahtar Kelimeler: Erken romatoid artrit, kardiyovasküler hastalık, karotis intima media

[SS-006]

Kolşisin kullanımı ve revaskülarizasyon gerektiren aterosklerotik kalp hastalığı; ulusal sağlık sistemi kayıtlarına dayalı bir toplum kökenli kohort çalışmasının ön sonuçları

Hasan Satış[1], Umut Kalyoncu[2], Gizem Ayan[2], Ali Aykut Fidancı[3], Mustafa Mahir Ülgü[3], Naim Ata[3], Şuayip Birinci[4], Koray Taşçılar[5], Ahmet Gül[6]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

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

[3]Sağlık Bilgi Sistemleri Dairesi, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Ankara

[4]Bakan Yardımcısı, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Ankara

[5]Friedrich Alexander Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Erlangen, Almanya

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

Amaç: Kolşisin, yüzyıllardır çeşitli enflamatuvar hastalıkların tedavisinde kullanılagelmiş ve yeni randomize kontrollü çalışmalar sonucunda ikincil kardiyovasküler koruma için de kullanılması önerilen bir antienflamatuvar ilaçtır. Birincil koruma için etkili olup olmadığına dair henüz bir çalışma olmadığı için kolşisinin revaskülarizasyon gerektiren aterosklerotik kalp hastalığına karşı birincil koruyucu etkisine yönelik, ulusal sağlık kayıtları üzerinden bir geriye dönük toplum kökenli kohort çalışması yapılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Türkiye'deki elektronik tıbbi kayıt sistemi (E-Nabız), 1 Ocak 2015 ile 31 Aralık 2024 tarihleri arasındaki veriler kullanılarak analiz edildi. 1 Ocak 2018 ile 1 Ocak 2019 tarihleri arası ilaç kullanımının değerlendirildiği giriş periyodu olarak belirlendi ve bu periyotta düzenli kolşisin kullanan (en az üç kez kolşisin reçete edilmiş), 1 Ocak 2019'dan önce revaskülarizasyon gerektiren akut koroner sendrom ve iskemik kalp hastalığı kaydı bulunmayan 50 yaş ve üzeri bireyleri içeren bir kolşisin kohortu oluşturuldu. Her bir kolşisin kullanıcısı için, yine giriş periyodu ve öncesinde kolşisin kullanmamış, miyokard enfarktüsü ve iskemik kalp hastalığı kaydı bulunmayan, yaş, cinsiyet, diabetes mellitus, hipertansiyon, hiperlipidemi ve coğrafi bölgeye göre eşleştirilmiş 2 rasgele kontrol içeren bir kontrol kohortu oluşturuldu. Kohort takibi 1 Ocak 2019'dan 31 Aralık 2024'e kadar devam etti ve bu dönemde bypass ameliyatı veya perkütan revaskülarizasyon gerektiren kardiyovasküler hastalık gelişmesi birincil sonuç ölçütü olarak tanımlandı. Kontrol kohortunda kullanıcılara kıyasla birincil sonuç ölçütünün bağıl riskini gösteren kaça-kaç oranları (odds ratio, OR) lojistik regresyon modelleri kullanılarak hesaplandı. Yaş, cinsiyet, coğrafi bölge, diyabet, hipertansiyon ve hiperlipidemi için düzeltme uygulandı. Giriş periyodu olan 2018 yılından önce hiç kolşisin reçete edilmemiş "ilk kullanıcılar" ve giriş periyodundan önce de kolşisin reçete edilmiş "süregen kullanıcılar" için alt analizler yapıldı.

Bulgular: Tanımlanan giriş periyodunda düzenli olarak kolşisin kullanan ve kardiyovasküler hastalık kaydı olmayan 75.014 kişi ve bu gruba 1:2 eşleştirme ile 150.028 kontrolden oluşan bir çalışma kohortu elde edildi. Kolşisin kullananlar arasında 17.182 kişi yeni kullanıcı, 57.832 kişi süregen kullanıcıydı. Kohort takip döneminde revaskülarizasyon gerektiren ilk kardiyovasküler olay kolşisin kohortunda toplam 6117 (%8,2) kişide, kontrol kohortunda ise toplam 17380 (%11,6) kişide gözlemlendi. Kolşisin kullanmayanlarda, kullanıcılara göre kaba OR 1,47 (%95 GA 1,43-1,52) olarak hesaplandı. Çok değişkenli lojistik regresyon analizi sonucunda da kontrol kohortunda kolşisin kohortuna kıyasla daha fazla KAH geliştiği gözlendi (OR=1,57, %95 GA: 1,51-1,62, p<0,001). Alt analizlerde yeni kullanıcılara kıyasla eşleşmiş kontrollerde bağıl KAH gelişme riski OR=1,37 (%95 GA: 1,30-1,46, p<0,001) olurken, Süregen kullanıcılarla kıyaslandığında eşleşmiş kontrollerdeki bağıl risk OR: 1,63 idi (%95 GA: 1,57-1,69, p<0,001).

Sonuç: Öncü sonuçlarını bildirdiğimiz bu toplum kökenli kohort çalışması, kolşisinin primer kardiyovasküler koruyucu etkisini değerlendiren bildiğimiz en büyük gözlemsel çalışmadır. Bu çalışmada, en az bir yıl düzenli kolşisin kullanan kişilerde, önde gelen kardiyovasküler risk faktörleri açısından eşleştirilmiş kontrollere göre daha az revaskülarizasyon (perkütan stent takılması ya da bypass cerrahisi) gerektiren kardiyovasküler hastalık geliştiği görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kolşisin, ulusal veri tabanı, koroner arter hastalığı

[SS-007]

Ankilozan spondilit ve akut anterior üveitte HLA-B*27 peptidomunun biyoinformatik karakterizasyonu: Bağlanma gücü, moleküler taklit ve patojenik mekanizmalar

Nazlı Mert Özüpek[1], Gökçe Kenar Artın[2], Gerçek Şen[2], Gizem Çalıbaşı Koçal[1], Yasemin Başbınar[1], İsmail Sarı[2]

[1]*Dokuz Eylül Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, Translasyonel Onkoloji Anabilim Dalı, İzmir*

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

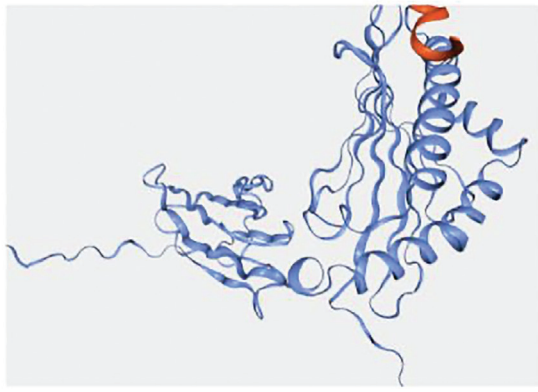
Amaç: HLA-B27, ankilozan spondilit (AS) ve akut anterior üveit (AAÜ) ile güçlü bir şekilde ilişkilidir. HLA B27'nin peptit sunumunun doku-selektif enflamasyonla bağlantılı immünopatojenik mekanizmaları tam olarak aydınlatılamamıştır. Bu çalışmada, özellikle HLA-B*27:05 ile ilişkili peptitlerin biyoinformatik yöntemlerle karakterize edilmesi, bağlanma motifleri, post-translasyonel modifikasyonlar (PTM) ve T-hücre reseptör (TCR) repertuvarındaki çapraz reaktivite örüntülerinin tanımlanması amaçlanmıştır.

Yöntem: Immune Epitope Database (IEDB) kullanılarak AS ve AAÜ ile ilişkili HLA-B*27:05 peptitleri tarandı. Elde edilen epitoplar, NetMHCpan 4,1 ile bağlanma afinitesi açısından değerlendirildi (<%0,5 güçlü, %0,5-2,0 zayıf bağlayıcı). Diziler motif analizi ile, mikrobiyal homologların ve PTM'lerin tanımlanması NetPhos 3,0 ile incelendi. Yapısal modelleme AlphaFold2, moleküler docking HADDOCK 2.4 ile gerçekleştirildi. Popülasyon kapsaması IEDB Population Coverage Tool kullanılarak hesaplandı.

Bulgular: HLA-B*27:05 ile sunulan peptit motif analizinde çoğu epitop lineer, 8-10 aa uzunluğunda olup C-terminalinde arginin veya lizin içeriyordu; P2 çapa rezidüleri ağırlıkla hidrofobik/aromatikti. Prp3 kaynaklı TRLALIAPK ve Salmonella homologu LRVMMLAPF varlığı, çapraz reaktivite ile antijenik taklit mekanizmasını destekledi. VIPR1 kökenli RRKWRRWHL self-peptidinin sitrülinlenmiş formunun varlığı, PTM'ların bağlanma ve immün toleransın kaybına katkıda bulunabileceğini düşündürmektedir. Yüksek afiniteye sahip peptitler (RRFGDKLNF ve RRYGDVFQI) işlevsel doğrulama için güçlü adaylar olarak izlendi, düşük afiniteye sahip peptitler (DRASFIKNL ve RKRPPIFIR) ise proenflamatuvar koşullarda immün aktivasyona katkı sağlayabilecek peptitler olarak tespit edildi. TCR analizi TRAV21 ve TRBV9 genlerine bir eğilim olduğunu ortaya koymuş; bazı klonotiplerin, Salmonella YeiH ve Chlamydia GspD gibi mikrobiyal antijenlerin yanı sıra Prp3, RNASEH2B ve GPER gibi self-proteinlere karşı da çift özgüllük sergilediğini göstermiştir. Bir TCR dizisi Dolan RASFIKNL'nin analizi, özellikle influenza A (M1) ve hCMV (pp65) kaynaklı olmak üzere çok sayıda viral epitopa karşı anlamlı yapısal çapraz reaktivite gösterdiğini ortaya koymuştur; yüksek derecede çapraz reaktif bir TCR olarak tanımlanmıştır. HLA-B27 dizisinin in silico analizinde yüksek güvenilirlikte çok sayıda fosforilasyon bölgesi saptandı (örneğin; Ser250, Ser458, Tyr920). Popülasyon kapsaması küresel ölçekte %6,33 olarak hesaplandı; yanıt veren birey başına ortalama 0,32 epitop-HLA kombinasyonu bulundu.

Sonuç: Bu biyoinformatik analiz, HLA-B*27 tarafından hücre yüzeyinde sunulan peptitlerin incelenmesi ile AS ve AAÜ patogenezinde HLA B27'nin rolünü araştırmaktadır. Güçlü bağlayıcı peptitler (özellikle mikrobiyal homologlar ve PTM'e uğramış self-peptitler), HLA-B27 ile kararlı kompleksler oluşturur, CD8+ T hücrelerini güçlü şekilde aktive ederek eklem ve gözde antijen-spesifik enflamasyona yol açar. Bu durum antijen bağımlı enflamasyonu öngörebilir ve antijen-spesifik tedavilere kapı aralayabilir. Bu antijen aracılı yolak, özellikle üveitin yakın zamanda geçirilmiş mikrobiyal enfeksiyonlarla olan yakın ilişkisini açıklayabilir. Zayıf bağlayıcı peptitler ise kararsız ya da yanlış katlanmış HLA-B27 yapıları oluşturur; bu da endoplazmik retikulum stresi ve açık konformerler yoluyla doğal bağışıklık aktivasyonunu tetikler. Bu anormal kompleksler oküler dokularda veya antijen sunucu hücrelerde birikebilir; NK veya Th17 hücreleriyle etkileşime girerek sitokin salınımını tetikleyebilir. Bu mekanizma, HLA-B27+ hastalarda belirgin bir enfeksiyon tetikleyicisi olmaksızın gelişen üveiti açıklayabilir. Böylece bir hastada peptidomun bileşimi—güçlü ya da zayıf bağlayıcıların baskınlığı— antijen-spesifik mi yoksa doğal bağışıklık aracılı oküler enflamasyon mu gelişeceğini belirliyor olabilir. Bu bulgular, HLA-B*27 peptidomunun epitop profillemesi ile, üveite yatkın hastaların belirlenmesinde ve bunların hedeflenmiş tedavi yaklaşımlarına göre sınıflandırılmasında potansiyel bir biyobelirteç olarak kullanılabileceğini göstermektedir. HLA-B27 varyantlarına özgü immün yanıtların anlaşılması ve kişiselleştirilmiş tedavi stratejilerinin geliştirilmesi için temel oluşturabilir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, akut anterior üveit, HLA B27, in silico, biyoinformatik



HADDOCK skoru	-60.6 +/- 1.9
Küme büyüklüğü	60
Genel olarak en düşük enerjili yapıya göre RMSD	0.5 +/- 0.3
Van der Waals enerjisi	-32.4 +/- 3.0
Elektrostatik enerji	-110.1 +/- 19.4
Çözücüden arındırma (desolvation) enerjisi:	-8.2 +/- 6.2
Kısıtlama ihlali enerjisi (restraints violation energy):	19.9 +/- 26.5
Gömülü yüzey alanı (Buried Surface Area)	851.4 +/- 49.0
Z-Skoru	-2.3

Şekil 1. HLA-B*27:05-peptit kompleksi için HADDOCK tabanlı moleküler kenetlenme (docking) parametreleri

Tablo 1. HLA-B*27 ile ilişkili başlıca epitoplar ve özellikleri

Epitop ID	Dizi (Sekans)	Kaynak protein	Organizma	Klinik ilişki	Klinik ilişki
108106	RRKWRRWHL + CITR(R5)	VIPR1	Homo sapiens	Üveit	Sitrülinlenmiş form
2156219	TRLALIAPK	U4/U6 snRNP Prp3	Homo sapiens	Çapraz reaktivite	En sık test edilen (17 test)
33208	KRPPIFIRRL	EBNA3	EBV	Moleküler taklit	Viral kökenli
107737	ALNEDLSSWTAADT	HLA-B*27	Homo sapiens	AS patolojisi	Self-epitop
55657	RRLVVTLQC	Viral IL-10 homolog	EBV	İmmün disregülasyon	Viral sitokin taklidi

[SS-008]

Ankilozan spondilit hastalarında sarkopeni prevalansı ve hastalık aktivitesi ile ilişkisi: Ultrasonografi ve shear wave elastografi ile değerlendirme

Zeynep Hikmet Ağaoğlu, Melih Akan, Osman Kahraman, Esma Nur Eren, Gülhan Ertan Akan, Meryem Can

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

Amaç: Bu çalışmada ankilozan spondilit (AS) hastalarında sarkopeni sıklığının değerlendirilmesi, sarkopeni ile hastalık aktivitesi, fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkilerin araştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca, ultrasonografi ve elastografi temelli kas değerlendirme yöntemlerinin sarkopeni tanısındaki yeri incelenmiştir.

Yöntem: Çalışmaya AS tanılı 61 hasta ve benzer yaş-cinsiyet dağılımına sahip 68 sağlıklı birey dahil edildi. Katılımcılarda el kavrama gücü (HGS), 4 metre yürüme testi, SarQoL anketi, ultrasonografik kas kalınlığı, ekojenitesi (Heckmatt derecesi) ve shear wave elastografi (SWE) ölçümleri yapıldı. Sarkopeni tanısı Bahat ve ISarcoPRM kriterlerine göre belirlendi. AS grubunda hastalık aktivitesi (BASDAI, ASDAS-CRP), fonksiyonel durum (BASFI, ASAS HI) skorları hesaplandı.

Bulgular: Bahat eşik değerlerine göre EWGSOP2 kriterleri ile tanımlanan olası sarkopeni sıklığı %24,6; ISarcoPRM'ye göre dinapeni sıklığı %16,4, sarkopeni sıklığı %8,2 idi. Ciddi sarkopeni saptanmadı. El kavrama gücüyle bilateral quadriceps Hecmatt skoru arasında anlamlı negatif korelasyon mevcuttu. Olası sarkopeni tanısı alan AS hastalarında, hem sağ hem sol vastus intermedius (VI) kas kalınlıkları sarkopeni olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşüktü ($p=0,002$ ve $p=0,029$). Dört metre yürüme testi ve SarQoL skorları AS grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede bozulmuştu ($p<0,001$). STAR skoru açısından gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi.

Sonuç: Sarkopeni AS hastalarında azımsanmayacak sıklıkta izlenmektedir ve hastalık aktivitesi ile yaşam kalitesinde bozulma ile ilişkilidir. El kavrama gücü, yürüyüş hızı ve SarQoL gibi basit araçlar klinik değerlendirmede yol gösterici olabilir. Ultrasonografi ile kas kalınlığının değerlendirilmesi, özellikle VI kası düzeyinde, sarkopeni tanısında destekleyici bilgiler sunabilir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, sarkopeni, el kavrama gücü, vastus intermedius, ultrasonografi, SarQol

[SS-009]

Erken sistemik sklerozlu hastalarda artrit tanısında klinik, görüntüleme ve laboratuvar verileri: SOLAR ulusal kayıt kütüğü

Gezmiş Kimyon[1], Duygu Temiz Karadağ[2], Neslihan Gökçen[2], Ayşe Çefle[2], Ayşegül Avcu[3], Fatma Alibaz Öner[3], Mustafa Erdoğan[3], Burak Okyar[4], Emine Duygu Ersözlü[4], Büşra Fırlatan Yazgan[5], Reyhan Bilici[6], Bengisu Aslan[7], İbrahim Karaduman[8], Abdulsamet Erden[8], Tuğba Kahraman Denizhan[9], Soner Şenel[9], Özlem Doğan Ağbuga[10], Ayşenur Yılmaz[11], Cemal Bes[11], Ahmet İlbay[12], Müçteba Enes Yayla[12], Esra Genç[13], Nesrin Şen[13], Mehmet Engin Tezcan[13], Serdar Can Güven[14], Fatih Albayrak[15], Orhan Zengin[15], Gülşah Yamancan[16], Ahmet Karataş[16], Süleyman Serdar Koca[16], Mehmet Akif Baltacı[17], Alper Sarı[17], Aslıhan Avanoğlu Güler[18], Veli Yazısız[19], Ahmet Merih Birlik[20], Murat İnanç[21], Ali Akdoğan[5]

[1]Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Hatay

[2]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

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

[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Adana

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

[6]Konya Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Konya

[7]Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Antalya

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

[9]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

[10]Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Van

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

[12]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

[13]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

[14]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[15]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

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

[17]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[18]Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

[19]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

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

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

Amaç: Erken sistemik skleroz (SSk) hastalarında artritin sıklığı ve klinik önemi tartışmalıdır. Sklerodaktili, puffy ödem, dijital ülser, nöropatik ağrı ve deri fibrozisi gibi SSk ile ilişkili bulgular artritin tanınmasını güçleştirebilir. Bu çalışmanın amacı, erken SSk hastalarında klinik, laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerinden oluşan çoklu tanı araçlarını birlikte kullanarak artritin belirlenmesi ve SSk'ye ait klinik özelliklerle ilişkisinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Çok merkezli ulusal kayıt kütüğü olan eSOLAR'daki (early Systemic sclerOsis Longitudinal Assessment Registry) erken SSk hastaları, distal üst ekstremitede (el bileği, MKF, PIF ve DIF eklemleri) artrit açısından kesitsel olarak incelendi. Artrit; klinik, laboratuvar ve radyolojik bulguların bütüncül değerlendirmesiyle tanımlandı ve üç kategoriye ayrıldı: kesin artrit (klinik + USG bulguları), sessiz artrit (yalnızca USG bulguları) ve şüpheli artrit (yalnızca klinik bulgular). Klinik değerlendirme sırasında hekim muayenesinde eklemde şişlik ve ağrı kaydedildi, ayrıca hastaların yanıtladığı ağrı VAS skoru dikkate alındı. Nöropatik ağrı için LANSS testi uygulandı. USG ile sinovit, tenosinovit, erozyon ve osteofit varlığı gri-skala ve power Doppler ile enflamasyon şiddeti değerlendirildi. Konvansiyonel grafilerde artrite işaret eden tipik erozyonlar ve eklem hasar bulguları incelendi. Ayrıca otoantikor sonuçları (ANA, ENA, RF ve anti-CCP) ve akut faz yanıtları gözden geçirildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 120 hastanın 108'i kadın (%90) olup, ortalama yaş 48,1±14,7 yıl, ortalama hastalık süresi 25,3±14,5 aydı. Olguların 62'sinde (%51,7) artrit saptandı; bunların 26'sı (%21,7) kesin artrit; 26 (%21,7) sessiz artrit, ve 10 (%8,3) şüpheli artritti. Artritli ve artritsiz gruplar yaş, cinsiyet ve hastalık süresi açısından benzerdi (p>0,05). Artritli hastalarda artrit öyküsü (%54,8 vs %13,8; p<0,001), artralji (%75,8 vs %39,7; p<0,001), eklem şişliği (%37,1 vs %1,7; p<0,001) ve sabah tutukluğu (%71 vs %25,9; p<0,001) anlamlı olarak daha sık görüldü. Ağrı-VAS skorları (4,71±3,1 vs 2,45±2,42; p<0,001) ve mRCS değerleri (10,2±8 vs 7,47±9,35; p=0,006) artritli hastalarda daha yüksekti. Sistemik bulgular incelendiğinde Raynaud fenomeni, dijital ülser, kalsinozis, telenjiektazi, GIS tutulumu, pulmoner hipertansiyon ve interstisyel akciğer hastalığı açısından iki grup arasında fark izlenmedi (tümü p>0,05). Bununla birlikte artritli hastalarda kontraktür eğilimi daha fazla idi (%14,5 vs %3,4; p=0,054). Laboratuvar parametrelerinde lökosit sayısı artritli hastalarda daha yüksekti (7404±2939 vs 6287±3223; p=0,049). ESH ve CRP düzeyleri ile otoantikor profilleri (ANA, anti-Scl70, anti-sentromer, RF, anti-CCP ve diğer ENA antikorları) açısından anlamlı fark bulunmadı (p>0,05). Nöropatik ağrı değerlendirmesinde LANSS skorları artritli hastalarda daha yüksekti (9±6,9 vs 5,4±5,9; p=0,003) ve LANSS pozitifliği daha sık görüldü (%32,3 vs %13,8; p=0,017). Görüntüleme bulguları artritli grupta belirgin farklılık gösterdi. USG'de anormal bulgular artritli hastaların %93,5'inde, artritsizlerin ise %32,8'inde izlendi (p<0,001). Sinovit, power Doppler pozitifliği, tenosinovit ve erozyon sıklığı artritli hastalarda anlamlı olarak yüksekti (tümü p<0,05). Örneğin sağ üst ekstremitede tenosinovit %22,6'ya karşı %0 (p<0,001), erozyon %22,6'ya karşı %6,9 (p=0,037); sol üst ekstremitede ise tenosinovit %29'a karşı %1,7 (p<0,001), erozyon %22,6'ya karşı %5,2 (p=0,016) oranında saptandı.

Sonuç: Erken sistemik skleroz hastalarının yarısından fazlasında artrit saptanmıştır. Artrit varlığı, daha yüksek ağrı ve deri tutulum skorları ile birlikte belirgin klinik, radyografik ve ultrasonografik eklem bulguları ile ilişkilidir. Buna karşın otoantikor profili ve majör organ tutulumları artrit ile ilişkili bulunmamıştır. Bulgularımız, erken SSk'de artritin sıklıkla gözden kaçabildiğini ve tanıda klinik muayene ile birlikte görüntüleme yöntemlerinin kullanılmasının gerekli olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Artrit, erken sistemik skleroz, tanı, ultrasonografi

Tablo 1. Artrit olan ve olmayan hastaların demografik, klinik, radyolojik bulgularının karşılaştırılması

	Artrit olmayan (n=58)	Artrit olan (n=62)	p
Yaş	48,7±17	47,5±11,9	0,418
Cinsiyet (kadın)	52 (%89,7)	56 (%90,3)	0,903
Hastalık süresi (ay)	26,2±13,3	24,4±15,5	0,389
Hastalık süresi (yıl)	2,2±1,3	2,0±1,3	0,392
Hastalık alt tipi			0,071
Sine SSk	2 (%3,4)	3 (%4,8)	
Sınırlı	46 (%79,3)	36 (%58,1)	
Diffüz	10 (%17,2)	21 (%33,9)	
Çakışma (overlap)	5 (%8,6)	7 (%11,3)	0,762
Raynaud fenomeni	56 (%96,6)	60 (%96,8)	0,239
Sklerodaktili	51 (%87,9)	55 (%88,7)	0,555
Puffy ödem	7 (%12,1)	5 (%8,1)	0,502
Dijital ülser	10 (%17,2)	15 (%24,2)	0,302
Kalsinozis	3 (%5,2)	2 (%3,2)	0,677
Telenjiektazi	24 (%41,4)	24 (%38,7)	0,879
Artrit öyküsü	8 (%13,8)	34 (%54,8)	<0,001
Kontraktür	2 (%3,4)	9 (%14,5)	0,054
Tendon sürtünme sesi	1 (%1,7)	3 (%4,8)	0,336
Myozit	0	2 (%3,2)	0,496
PH	2 (%3,4)	1 (%1,6)	0,539
İAH	19 (%32,8)	21 (%33,9)	0,797
GIS tutulumu	14 (%24,1)	20 (%33,3)	0,270
SRK	0	0	-
Kapillaroskopi (SD paterni)	49 (%84,5)	52 (%83,9)	0,824
Toplam mRCS	7,47±9,35	10,2±8	0,006
RF	4 (%6,9)	4 (%6,5)	1,000
Anti-CCP	0	1 (%1,6)	1,000
ANA (pozitif)	56 (%96,6)	56 (%90,3)	1,000
Anti-Scl70 (pozitif)	20 (%34,5)	26 (%41,9)	0,279
Anti-sentromer (pozitif)	23 (%39,7)	19 (%30,6)	0,381
Anti-La	0	1 (%1,6)	1,000-
Anti-Ro	6 (%10,3)	7 (%11,3)	0,825
Anti-Ro52	2 (%3,4)	5 (%8,1)	0,448
Artralji	23 (%39,7)	47 (%75,8)	<0,001
Eklem şişliği	1 (%1,7)	23 (%37,1)	<0,001
Ağrı-VAS skoru	2,45±2,42	4,71±3,1	<0,001
Sabah tutukluğu	15 (%25,9)	44 (%71)	<0,001
Sabah tutukluğu süresi (dk)	21,7±18,2	33,7±30,7)	0,217
Sağ üst ekstremite hassas eklem varlığı	11 (%19)	34 (%54,8)	<0,001
Sağ üst ekstremite hassas eklem sayısı (min-max)	0-14	0-15	<0,001
Sağ üst ekstremite şiş eklem varlığı	0	23 (%37,1)	<0,001
Sağ üst ekstremite şiş eklem sayısı (min-max)	0	0-15	<0,001
Sol üst ekstremite hassas eklem varlığı	8 (%13,8)	31 (%50)	<0,001
Sol üst ekstremite hassas eklem sayısı (min-max)	0-14	0-15	<0,001
Sol üst ekstremite şiş eklem varlığı	0	22 (%35,5)	<0,001
Sol üst ekstremite şiş eklem sayısı (min-max)	0	0-15	<0,001
Lökosit (/mm3)	6287±3223	7404±2939	0,049
ESH (mm/sa)	12,6±9,9	14,2±12,6	0,693
CRP (mg/L)	6,04±11	6,05±10,1	0,332

Tablo 1. devamı

	Artrit olmayan (n=58)	Artrit olan (n=62)	p
X-Ray			0,461
Normal	35/41 (%10,3)	42/51 (%67,7)	
Artrit bulgusu	6/41 (%10,3)	6/51 (%9,7)	
Osteoartrit	0	2/51 (%3,2)	
Kondrokalsinozis	0	1/51 (%1,6)	
Ultrasonografi (anormal bulgu)	19/48 (%32,8)	53/58 (%93,5)	<0,001
Sağ üst ekstremite sinovit skoru (US gri-skala)	0	1 (0-1)	<0,001
Sağ üst ekstremite sinovit eklem olan sayısı (min-max)	0	0-8	<0,001
Sağ üst ekstremite PD skoru	0	0 (0-1)]	<0,001
Sağ üst ekstremite PD olan eklem sayısı (min-max)	0	0-8	<0,001
Sağ üst ekstremite teno-sinovit varlığı	0	14/58 (%22,6)	<0,001
Sağ üst ekstremite teno-sinovit olan eklem sayısı (min-max)	0	0-3	<0,001
Sağ üst ekstremite erozyon varlığı	4/49 (%6,9)	14/58 (%22,6)	0,037
Sağ üst ekstremite erozyon olan eklem sayısı (min-max)	0-4	0-11	0,021
Sağ üst ekstremite osteofit varlığı	13/49 (%22,4)	9/58 (%14,5)	0,160
Sağ üst ekstremite osteofit olan eklem sayısı (min-max)	0-6	0-5	0,143
Sol üst ekstremite sinovit skoru (US gri-skala)	0	1 [0-2]	<0,001
Sol üst ekstremite sinovit olan eklem sayısı (min-max)	0	0-12	<0,001
Sol üst ekstremite PD skoru	0	0 [0-1]	<0,001
Sol üst ekstremite PD olan eklem sayısı (min-max)	0	0-6	<0,001
Sol üst ekstremite teno-sinovit varlığı	1/49 (%1,7)	18/58 (%29)	<0,001
Sol üst ekstremite teno-sinovit olan eklem sayısı (min-max)	0-1	0-6	<0,001
Sol üst ekstremite erozyon varlığı	3/49 (%5,2)	14/53 (%22,6)	0,016
Sol üst ekstremite erozyon olan eklem sayısı (min-max)	0-3	0-9	0,010
Sol üst ekstremite osteofit varlığı	14/49 (%24,1)	10/58 (%17,2)	0,162
Sol üst ekstremite osteofit olan eklem sayısı (min-max)	0-5	0-5	0,160
LANSS	5,4±5,9	9±6,9	0,003
LANSS (pozitif)	8/58 (%13,8)	20/62 (%32,3)	0,017

SSk: Sistemik skleroz, PH: Pulmoner hipertansiyon, İAH: İntertisyel akciğer hastalığı, GIS: Gastrointestinal sistem, SRK: Skleroderma renal kriz, mRCS: Modifiye Rodnan deri skoru, US: Ultrason, PD: Power Doppler

[SS-010]

Sistemik skleroz ve ilişkili durumlarda FIB-4 skorunun klinik ve tedavi yanıtı ile ilişkisi

Bahar Özdemir Ulusoy, Esra Kayacan Erdoğan, Serdar Can Güven, Hatice Ecem Konak, Pınar Akyüz Dağlı, Kevser Orhan, Berkan Armağan, Ebru Atalar, İsmail Doğan, Yüksel Maraş, Ahmet Omma, Şükran Erten, Orhan Küçükşahin, Hakan Babaoğlu

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

Amaç: Sistemik skleroz (SSc), fibrozis, vaskülopati ve immün sistem disregülasyonu ile karakterize, heterojen bir kronik bağ dokusu hastalığıdır. Çok sayıda organı etkileyebilen SSc'nin karaciğer tutulumu daha az sıklıkla gündeme gelse de, klinik önemi giderek daha fazla anlaşılmaktadır. FIB-4 indeksi; karaciğer fibrozisini değerlendirmede yaygın olarak kullanılan, non-invaziv ve kolay erişilebilir bir biyobelirteçtir. Bu çalışmanın amacı, SSc'nin farklı alt gruplarında ve Raynaud sendromunda başlangıç FIB-4 skorlarını değerlendirmek ve standart immünosüpresif tedavilerin bu skorlar üzerindeki etkisini araştırmaktır.

Yöntem: Bu retrospektif, gözlemsel çalışmaya Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Romatoloji Kliniği'nde takip edilen 222 olgu dahil edildi: Raynaud sendromu (n=25), sınırlı SSc (n=72), diffüz SSc (n=84) ve sağlıklı kontroller (n=41). Demografik, klinik ve laboratuvar veriler elektronik kayıtlardan elde edildi, FIB-4 skorları standart formülle hesaplandı. Immünosüpresif tedavi (MMF, CYC, RTX, TOCI) alanlarda tedavi başlangıcı, 6. ve 12. aydaki değişimler incelendi. Tedavi yanıtı, İAH takibine göre "yanıt veren" ve "yanıt vermeyen" olarak sınıflandı. Gruplar ki-kare, Student's t veya Mann-Whitney U testleriyle; tedavi öncesi-sonrası değişimler Wilcoxon testiyle analiz edildi. Anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Toplam 222 olgu (25 Raynaud, 72 sınırlı SSc, 84 diffüz SSc, 41 kontrol) incelendi. Başlangıç FIB-4 skorları gruplar arasında farklıydı ($p=0,002$); diffüz ve sınırlı SSc'de değerler daha yüksekti. Komorbiditeler de en sık diffüz SSc'de görüldü (%47, $p<0,001$). Immünosüpresif tedavi altındaki hastalarda genel FIB-4 düşüşü anlamlı değildi. Ancak MMF alanlarda 6. ve 12. ayda ($p=0,007$, $p=0,008$) ve CYC grubunda 6. ayda ($p=0,045$) anlamlı azalma saptandı. RTX ve TOCI'de değişiklik olmadı. MMF grubunda yanıt verenlerde 12. ayda yüzdesel azalma daha belirgindi (%41 vs %14, $p=0,045$). Başlangıç FIB-4 risk kategorileri ile tedavi yanıtı arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,1949$).

Sonuç: Bu çalışma, sistemik skleroz ve ilişkili durumlarda non-invaziv bir karaciğer fibrozis belirteci olan FIB-4 skorunun, hem başlangıçtaki durumunu hem de immünosüpresif tedaviye yanıtını inceleyen nadir bir çalışmadır. En dikkat çekici bulgularından biri, başlangıç FIB-4 skorlarının SSc alt gruplarında anlamlı derecede yüksek olmasıdır. Bu durum, fibrotik sürecin henüz sistemik hale gelmediği erken evrede karaciğerin etkilendiğini düşündürebilir. Tedavi sonuçlarımız, özellikle MMF ve CYC'nin FIB-4 skorları üzerinde olumlu bir etki potansiyeli taşıdığını göstermiştir. MMF'nin hem 6. hem de 12. ayda, CYC'nin ise 6. ayda FIB-4 skorlarında anlamlı düşüşe yol açması, bu ajanların sadece bilinen organ tutulumlarını değil, aynı zamanda subklinik karaciğer fibrozisini de olumlu yönde etkileyebileceğine işaret etmektedir. Özellikle MMF grubunda, tedaviye yanıt veren hastaların FIB-4 skorlarındaki yüzdesel düşüşün yanıt vermeyenlere göre anlamlı derecede daha fazla olması, FIB-4'ün bu hasta grubunda bir tedavi izlem parametresi olarak kullanılabileceği hipotezini güçlendirmektedir. Başlangıç FIB-4 risk kategorilerinin genel tedavi yanıtını öngörmemesi, karaciğer fibrozisinin SSc'deki diğer hastalık aktivite ölçütlerinden bağımsız bir süreç olabileceğini akla getirmektedir. Çalışmamızın retrospektif tasarımı, bazı tedavi gruplarındaki (RTX ve TOCI) düşük hasta sayısı, eksik data nedeniyele bütün hasta grubunun incelenememesi gibi kısıtlılıkları bulunmaktadır. Ancak bu bulgular, SSc'de FIB-4 gibi kolay erişilebilir bir marker'ın önemini vurgulamaktadır. Gelecekte yapılacak daha geniş kapsamlı ve prospektif çalışmalar, immünosüpresif tedavilerin karaciğer üzerindeki koruyucu etkilerini doğrulamak ve FIB-4'ün SSc'de bir izlem parametresi olarak rolünü netleştirmek için gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, Raynaud sendromu, FIB-4 skoru, Immünosüpresif tedavi

[SS-011]

Kapilleroskopinin interstisyel akciğer hastalıklarında ayırıcı tanıdaki rolü

Duygu Sevinç Özgür[1], Mustafa Erdoğan[2], Eren Özgür[3], Bilgin Karaalioğlu[1], Rabia Deniz[1], Gamze Akkuzu[1], Fatih Yıldırım[1], Ramazan Eren[4], Güzide Nevsun İnanç[2], Erdoğan Çetinkaya[4], Cemal Bes[1]

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

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

[3]İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

[4]Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

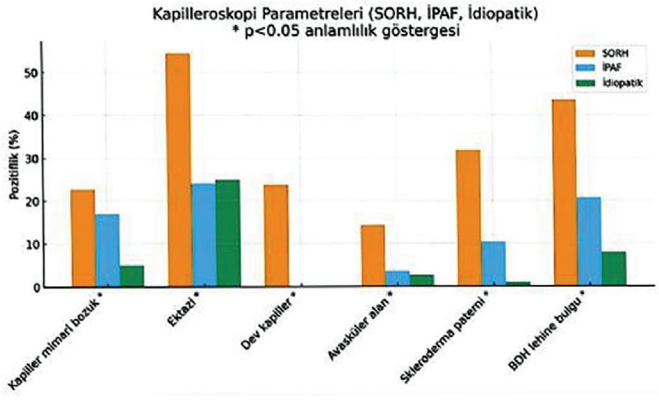
Amaç: İnterstisyel akciğer hastalığı (İAH), akciğer parankiminde enflamasyon ve/veya fibroz ile seyreden ve mortalite riskini artıran bir hastalıktır. İAH tanısı alan hastalarda sistemik otoimmün romatizmal hastalık (SORH) gibi altta yatan nedenin erken tanısı, tedavi ve prognoz açısından çok önemlidir. Kapilleroskopi, SORH tanısında, klinik değerlendirme ve laboratuvar tetkiklerine ek olarak kullanılabilen, basit ve noninvaziv bir tanı aracıdır. Kapilleroskopinin İAH ayırıcı tanısındaki rolüne ilişkin literatürde sınırlı veri bulunmaktadır. Bu çalışmamızda, İAH ayırıcı tanısı için romatoloji polikliniğimize yönlendirilen hastalarda kapilleroskopinin tanısal değerini incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Ağustos 2021–Ağustos 2025 tarihleri arasında İAH ayırıcı tanısı için Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Romatoloji Kliniği'nde değerlendirilen ardışık 164 erişkin hasta çalışmaya dahil edildi. Oksijen bağımlı olan, eşlik eden pulmoner hipetansiyonu bulunan hastalar veya immünosupresif kullanan/kullanmış hastalar çalışmaya dahil edilmedi. İAH olguları; SORH ilişkili İAH, otoimmün özellikleri barındıran idiyopatik pnömoni (İPAF) ve idiyopatik İAH (İİAH) şeklinde sınıflandırıldı. Klinik değerlendirme sonrası, her hastadan SORH tanısı için standart olarak istenen antikorlar (antinükleer antikor, ENA paneli, romatoid faktör, anti-CCP gibi) ve gereğinde istenen miyozite özgün antikorlar ve kreatinin kinaz testlerine ek olarak, kapilleroskopik değerlendirme yapıldı. Hastalardan Dino-Lite CapillaryScope 200 Pro cihazı ile 200x büyütmede her iki elin 2.–5. Parmaklarından, 1 mm aralıklarla ikişer görüntü kaydedildi. Görüntüler hastaların klinik bilgilerine kör olan bir araştırmacı tarafından kapiller dansite, ektazi, dev kapiller, tortiyozite, crossing, neoanjiyogenez (ramified, branching, bushy kapillerler), kapiller hemoraji ve elongasyon açısından değerlendirdi.

Bulgular: Hastaların medyan yaşı 61.6 (dağılım 24-81), %51'i kadın idi. Yüz on iki/164 (%68) hastanın İAH tanısı son bir sene içinde konmuştu. Hastaların 23'ü (%14) SORH, 27'si (%16) İPAF, 114'i (%69) İİAH idi. İAH semptom süresi SORH olan hastalarda daha kısaydı (p=0,08). Olağan interstiyel pnömoni (OİP) sıklığı, SORH hastalarında daha az (p=0,03) iken diğer İAH radyoloji paternleri açısından anlamlı fark yoktu. SORH tanılı hastaların 5/23'ünde (%23), İPAF hastalarının 3/24'ünde (%10), İİAH hastalarının 2/141'inde (%2) kapiller mimari bozuktu (p=0,02). Ortalama kapiller sayısı SORH olanlarda belirgin olarak daha düşüktü (p=0,001). Ektazik kapiller varlığı SORH olanlarda daha sıktı (%54,5 vs. %24; %24,1, p=0,004). SORH olanların 5'inde (%24) dev kapiller var iken, SORH olmayanlarda hiç saptanmadı. Mikrohemorajiler, kapiller crossing, tortiyozite ve neovaskülarizasyon, SORH olan ve olmayanlarda benzer dağılıma sahipti (Şekil 1).

Sonuç: İAH hastalarında SORH olanlarda, olmayanlara göre kapiller mimari belirgin bozulmuş, kapiller sayısı azalmış, ektazik ve dev kapiller sayısında da belirgin artış saptanmıştır. Tortiyozite, kapiller crossing, neovaskülarizasyon ve kapiller elongasyon SORH ayırıcı tanısı için ek tanısal katkı sağlamamıştır. Bu çalışmanın sonuçları İAH hastalarında SORH ayırıcı tanısı için kapilleroskopinin rutin bir tanı aracı olarak kullanılabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: İnterstisyel akciğer hastalığı, kapilleroskopi, sistemik otoimmün romatizmal hastalık



Şekil 1. İnterstisyel akciğer hastalarının kapilleroskopik bulguların dağılımları
*SORH: Sistemik otoimmün romatizmal hastalık, İPAF: otoimmün özellikleri barındıran idiyopatik pnömoni, İdiyopatik: İdiyopatik İnterstisyel Akciğer Hastalığı **Analizler SORH ilişkili İAH ile SORH olmayan İAH (İPAF, İdiyopatik İAH) arasında yapılmıştır

[SS-012]

Sarkoidoz tedavi risk skoru (STaRS): BT tabanlı risk sınıflandırması, 18 FDG-PET/BT'e üstün gelmektedir

Çisem Kalyoncu Sarıoğlu[1], Gökçe Kenar Artın[2], Kemal Can Tertemiz[1], Can Sevinç[1], İsmail Sarı[2]

[1]*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir*

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

Amaç: Sarkoidoz, heterojen seyirli, çoklu organ tutulumu ile seyredebilen, tedavi gereksinimi öngörülmesi güç bir hastalıktır. Bazı hastalar tedavisiz izlenebilirken, bir kısmında ilerleyici akciğer tutulumu veya yaşamı tehdit eden sistemik bulgular ortaya çıkar ve immünosüpresif tedavi kaçınılmaz olur. Klinik pratikte en kritik sorulardan biri, hangi hastada tedaviye başlanacağı ya da akciğer parankiminde kötüleşmenin öngörüleceğidir. Bu çalışmanın amacı, patoloji ile doğrulanmış ve tamamında bazal 18-FDG-PET/BT bulunan nadir bir sarkoidoz kohortunda, tedavi ihtiyacı ve akciğer progresyonunu öngören parametreleri belirlemek ve klinisyenlere yol gösterecek pratik bir risk skoru geliştirmektir.

Yöntem: Bu uzunlamasına kohort çalışmasında 76 patoloji ile doğrulanmış sarkoidoz hastası incelendi. Hastaların demografik, klinik (dispne şiddeti, mMRC), laboratuvar (CRP, ACE, ESR, kalsiyum), fonksiyonel (FVC) ve görüntüleme bulguları (toraks ve abdominal BT ile PET parametreleri) kaydedildi. Sistemik tedavi durumu; başlangıçta, takipte veya hiç verilmemiş olarak sınıflandırıldı. Klinik sonlanımlar; herhangi bir dönemde tedavi başlanması, BT'de parankimal progresyon (kötüleşme vs stabil/iyileşme), dispnede kötüleşme (mMRC ≥1 artış) ve FVC'de ≥%10 azalma olarak tanımlandı. Çok değişkenli lojistik regresyon ve ANCOVA modelleri kuruldu. ROC analizleri ile ayırıcı gücün değerlendirilmesinin ardından, tedavi başlanması ve/veya parankimal progresyonu içeren birleşik sonlanıma dayalı olarak STaRS skoru oluşturuldu.

Bulgular: Kohortun %76'sı kadın, medyan yaş 57,5 (IQR 45,5-62,5) idi. Başlangıçta 27 (%35,5) hastaya tedavi başlandı; tedavisiz izlenen 10 (%20,4) hasta takipte tedavi aldı. Toplamda 37 (%48,7) hasta sistemik tedavi gördü, 19'una (%25) DMARD uygulandı. Gruplar arası analizde bazal mMRC (p=0,011), son mMRC (p<0,001), CRP (p=0,007) ve abdominal BT tutulumu (p=0,032) tedavi belirleyicisi oldu. Çok değişkenli lojistik regresyonda tedavi başlanmasını öngören bağımsız faktörler dispne (mMRC ≥1, OR 2,99, p=0,040) ve yüksek CRP (≥15 mg/L, OR 3,36, p=0,046) idi. Abdominal BT tutulumu anlamlılığa yakın güçlü bir eğilim gösterdi (OR 2,79, p=0,082). Parankimal progresyonu öngörmede ise abdominal BT tutulumu (OR 21,9, p=0,020) en güçlü belirleyici oldu; yüksek CRP (OR 6,6, p=0,061) destekleyici sinyal verdi. PET parametreleri (SUVmax, tutulum sayısı) hiçbir sonlanımda katkı sağlamadı (Şekil 1). STaRS skoru mMRC ≥1 (+2), CRP ≥15 mg/L (+2), abdominal BT tutulumu (+3), FVC <80% (+1) ve ACE ≥70 U/L (+1) değişkenlerinden oluşturuldu (0-9 puan aralığı) (Tablo 1). ROC analizinde AUC=0.68 elde edildi (Şekil 2). Skorda ≥6 puan eşiğinde özgüllük %95, PPV %92, duyarlılık %37 bulundu. Düşük skorlar (0-2) güvenle tedavisiz izlenebilecek grubu, orta skorlar (3-5) heterojen sonuçlara sahip grubu, yüksek skorlar (≥6) ise neredeyse tümünde tedavi veya progresyon gelişen grubu tanımladı. Sarkoidozda tedavi ihtiyacını ve parankimal progresyonu öngörmede PET verileri ek katkı sağlamazken, dispne, CRP yüksekliği ve abdominal BT bulguları en güçlü belirleyiciler olarak öne çıkmaktadır. Bu bulgular ışığında geliştirilen STaRS skoru, klinik pratikte kolay uygulanabilir, PET gerektirmeyen ve tedavi kararına doğrudan katkı sağlayabilecek bir risk sınıflaması sunmaktadır.

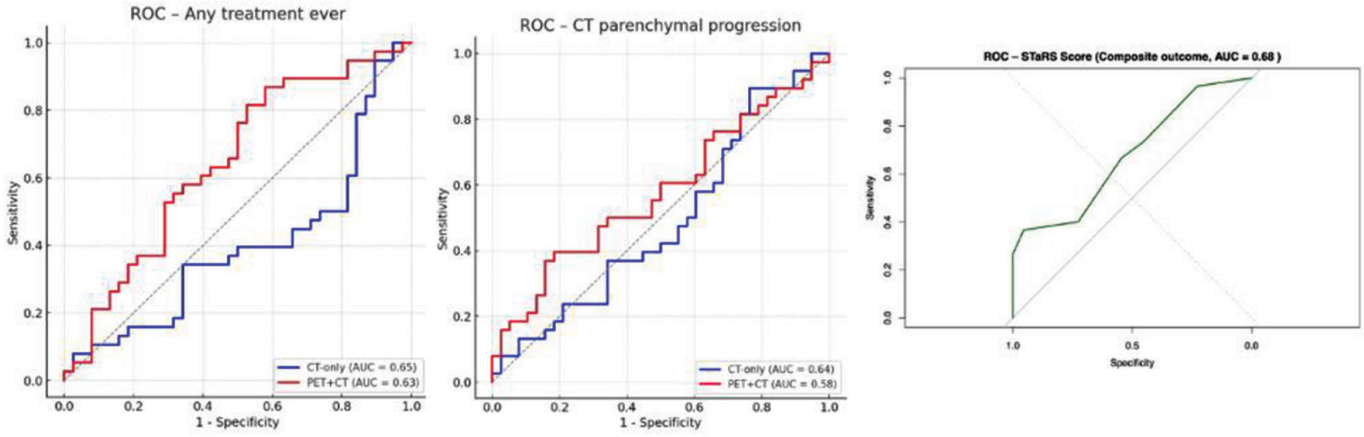
Sonuç: PET'in tedavi ihtiyacını veya progresyonu öngörmede ek değeri yoktur. Dispne, yüksek CRP ve abdominal BT bulguları en güçlü öngördürücülerdir. STaRS skoru, klinisyene kimin tedavi edilmesi, kimin güvenle izlenmesi gerektiği konusunda pratik yol gösterir.

Anahtar Kelimeler: PET/BT, sarkoidoz, tedavi

Tablo 1. Sarkoidoz tedavi risk skoru (STaRS)

Prediktör	Puan
mMRC ≥1 (dispne)	+2
CRP ≥15 mg/L	+2
Abdominal BT tutulumu ≥1	+3
FVC <80%	+1
Serum ACE ≥70 U/L	+1
Total skor	0–9

Risk kategorileri: 0-2 (Düşük risk): Tedavi gereksinimi olan çok az hasta, güvenle tedavisiz izlenebilir; 3-5 (Orta risk): Mikst sonlanımlar, yakın monitorizasyon; ≥6 (Yüksek risk): Tedavi başlanması yönünden yüksek olasılık, neredeyse tüm hastalarda tedavi endikasyonu ya da pulmoner progresyon



Şekil 1-2. Tedavi başlanması ve BT'de parankimal progresyon üzerine modelleme ROC eğrileri

[SS-013]

Takayasu arteriti erken insepsiyon kohortunda nörolojik tutulum ve sedimentasyon yüksekliği relapsı öngörmektedir

Fatma Alibaz Öner[1], Sema Kaymaz Tahra[2], Ayşegül Avcu[1], Mustafa Ekici, Buğu Bulat[3], Fatih Albayrak, Orhan Zengin[4], Hasan Kocaayan, Servet Akar[5], Dilara Bulut Gökten, Rıdvan Mercan[6], Pınar Akyüz Dağlı, Ahmet Omma[7], Hüseyin T.e Özer, Süleyman Özbek[8], Tuğba Demirci Yıldırım, Gökçe Kenar Artın[9], Emel Oğuz Kökoğlu, Soner Şenel[10], Ertuğrul Çağrı Bölek, Mehmet Akif Öztürk[11], Cemal Bes[12], Nilüfer Alpay Kanıtez[13], Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle[14], Nurşen Düzgün[15], Ediz Dalkılıç[16], Şule Yavuz[17], Lütfi Akyol[18], Melike Kalfa[19], Timuçin Kaşifoğlu[20], Gözde Yıldırım Çetin[21], Fatoş Önen[9], Ömer Karadağ[3], Haner Direskeneli[1]

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

[2]Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, İstanbul

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

[4]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

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

[6]Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ

[7]Ankara Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[8]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Adana

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

[10]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

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

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

[13]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, İstanbul

[14]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

[15]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

[16]Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

[17]Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, İstanbul

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

[19]Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Muğla

[20]Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

[21]Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kahramanmaraş

Amaç: Nadir görülen bir büyük damar vasküliti olan Takayasu Arteriti'nin (TAK) uzun dönem prognozu hakkında yalnızca retrospektif ve çok sınırlı veri bulunmaktadır. Bu çalışmada, yalnızca yeni tanı almış TAK hastalarının uzun dönem prospektif izlemi için oluşturulan bir Takayasu İnsepsiyon Kohortu'nun sonuçlarını sunmayı amaçladık.

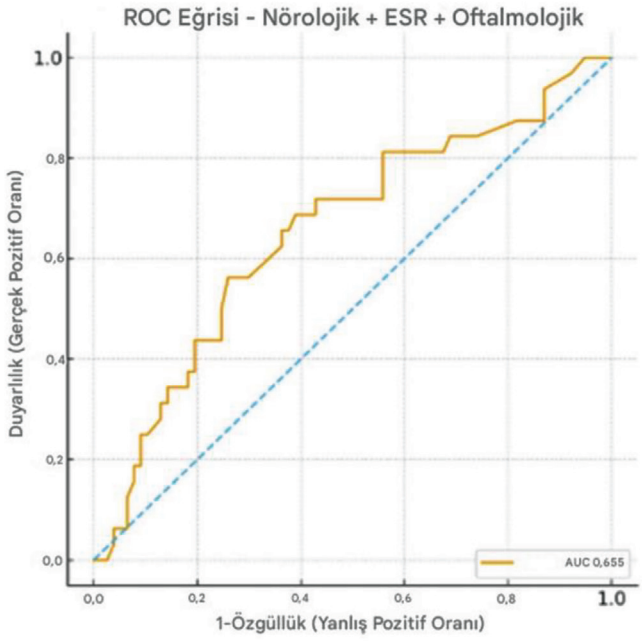
Yöntem: Amerikan Romatoloji Koleji'nin (ACR) 1990 TAK kriterlerini karşılayan ve son 12 ay içinde tanı konulan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların verileri, başlangıç ve en az yıllık kontrolleri gerektiren uluslararası bir "Takayasu's Arteritis Registry" elektronik veri tabanına kaydedildi. Relaps tahmin modelinin ayırt edici gücünü değerlendirmek amacıyla çok değişkenli lojistik regresyon analizi yapıldı. Modele prediktör olarak nörolojik tutulum, bazal eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ve oftalmolojik tutulum dahil edildi. Modelden elde edilen olasılıklar kullanılarak ROC eğrisi çizildi ve eğri altında kalan alan (AUC) ayırt edici gücün ölçütü olarak hesaplandı.

Bulgular: Çalışmaya Türkiye'de 20 tersiyer Romatoloji merkezinde takip edilen TAK tanılı 239 hasta dahil edildi (yaş: 43,0±13,2 yıl, K/E: 199/40). Hastaların tanı anındaki ortanca semptom süresi 12 (0-408) aydı. Anjiyografik sınıflamaya göre, çalışma grubunun %55'i (121 hasta) tip I hastalığa sahipken, sadece %20'si (44 hasta) tip V hastalığa sahipti. Tanı anında eşlik eden hastalıklar açısından değerlendirildiğinde dislipidemi oranı %13 (30 hasta), diabetes

mellitus oranı %5 (13 hasta), sigara kullanımı %22 (52 hasta), obezite (VKİ ≥30) oranı %12 (28 hasta) olarak bulunmuştur. Yüz doksan dokuz (%83) hastaya tanı anında oral kortikosteroid (KS) tedavisi (0,5-1 mg/kg) uygulanmış olup, 28 hastada (%12) KS pulse da mevcuttu. Tanı sonrası ilk iki yılda KS'lere ek olarak, 142 hastaya (%60) metotreksat, 45 hastaya (%19) azatioprin, 11 hastaya (%5) siklofosfamid, 9 hastaya (%4) leflunomid ve 6 hastaya (%3) mikofenolat mofetil verilmişti. Yüz kırk yedi hastada (%62) >3 ay izlem süresi mevcuttu. Ortalama izlem süresi 51,7±40,7 ay idi. Hastaların %91'inde (134/147) remisyon gözlendi. Bu hastaların %34 (46/134)'ünde en az bir relaps gözlendi. Lojistik regresyon analizinde nörolojik tutulum (OR: 3,78, %95 GA: 1,26-11,34, p=0,018) ve bazal ESH (OR: 1,02, %95 GA: 1,001-1,004, p=0,015) relaps ile ilişkili faktörler olarak bulundu. Oftalmolojik tutulumda anlamlılık yönünde bir eğilim olsa da istatistiksel anlamlılık saptanmadı (OR: 10,61, p=0,06). Nörolojik tutulum, başlangıç ESH ve oftalmolojik tutulumun dahil edildiği nomogram modelinde dahil edilen değişkenler relaps riskini öngörmede orta düzeyde ayırt edici (AUC=0,655) güce sahipti. İzlem süresince mortalite oranı %4,8 (7/147 hasta) oldu. Mortalite nedenleri total bağırsak iskemisi (1 hasta), pnömoni (2 hasta), miyokard enfarktüsü (2 hasta) idi. İki hastada ise neden belirtilmemiş idi. Takip sırasında 37 hastada (%25) biyolojik ajanlar seçildi (İzlem süresince 17 infliksimab, 18 tosilizumab, 8 adalimumab, 5 sertolizumab). Yirmi dört hastada (24/134, %18) radyografik progresyon gözlendi. Kümülatif KS dozu ortanca 8 (0-58,4) g idi.

Sonuç: Takayasu arteriti insepsiyon kohortumuzun uzun dönem takibi, hastaların %30'unda immünosupresif tedavilerine rağmen tanıdan sonraki 4 yıl içinde relaps geliştiğini göstermektedir. Başlangıç ESH düzeyi ve nörolojik tutulum Takayasu arteritli hastalarda relaps gelişimini öngören bağımsız faktörler olarak saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Takayasu arteriti, insepsiyon kohortu, relaps



Şekil 1. Nörolojik tutulum, başlangıç ESH ve oftalmolojik tutulum değişkenlerini içeren relaps öngörü modeline ait ROC eğrisi. Modelin eğri altında kalan alanı (AUC) 0,655 olup, Takayasu arteritli hastalarda relapsı öngörmede orta düzeyde ayırt edici güce işaret etmektedir. Diyagonal kesikli çizgi, ayırt edici gücü olmayan referans eğriyi (AUC=0,5) göstermektedir

[SS-014]

ANCA ilişkili vaskülitlerde merkezi sinir sistemi tutulumu: TrVAS veri tabanından çok merkezli, retrospektif bir kohort çalışması

Tahir Saygın Öğüt[1], Gözde Kart Bayram[2], Özkan Urak[3], Mehmet Ali Enlice[4], Sevgi Bilen Ayhan[5], Rüveyda Sak İnal[6], Büşra Fırlatan Yazgan[2], Sevinç Can Sandıkçı[6], Nilüfer Alpay Kanıtez[7], Ayşe Çefle[8], Gökçe Kenar Artın[3], Müge Aydın Tufan[9], Rahşan Göçmen[10], Mehmet Akif Topçuoğlu[11], Ömer Karadağ[2], Ayten Yazıcı[8], Veli Yazısız[12]

[1]*Antalya Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Antalya*

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

[3]*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir*

[4]*Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

[5]*Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara*

[6]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara*

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

[8]*Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli*

[9]*Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Adana*

[10]*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara*

[11]*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara*

[12]*Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya*

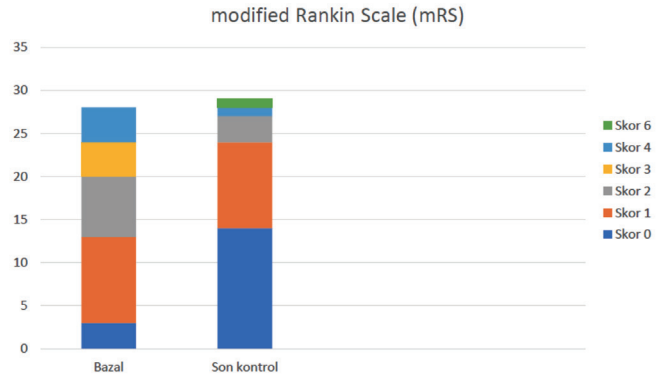
Amaç: Anti-nötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) ilişkili vaskülitler (AAV), nadir fakat heterojen hastalıklardır. Merkezi sinir sistemi (MSS) tutulumları AAV'nin nadir ancak en ağır komplikasyonlarından biridir. Literatürdeki veriler genellikle küçük olgu serilerine dayanmaktadır ve birçok konuda yeni bilgilere ihtiyaç vardır. Bu çalışmada, Türk Vaskülit Çalışma Grubu (TrVAS) veri tabanına kayıtlı AAV ilişkili MSS tutulumu olan hastaların demografik, klinik ve serolojik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Sekiz romatoloji merkezinden toplam 701 AAV hastası tarandı, MSS tutulumu olan 31 olgu tespit edildi (%4,42). Hastaların demografik özellikler, klinik bulgular, organ tutulumları, ANCA serolojisi, görüntüleme bulguları ve tedavi yanıtları incelendi. Tanı sırasındaki hastalık aktivitesi Birmingham Vaskülit Aktivite Skoru (BVAS), prognoz ise Beş Faktör Skoru (FFS) ile değerlendirilmiştir. Fonksiyonel durum tanı anı ve son vizitte modifiye Rankin skoru (mRS) (Skor 0 normal- Skor 6 ölüm) ile belirlendi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 31 hastanın 18'i (%58,1) kadındı ve ortalama yaş 54,7±16,8 yıldı. En sık görülen AAV formu GPA (n= 26, %83,9) idi. İki hasta EGPA (%6,5) sınıfında olup, üç hastanın AAV tipi sınıflandırılamamıştı (%9,7). Ortanca takip süresi 48 aydı (2-228). MSS tutulumu çoğunlukla tanı anında (n=24, %77,4), daha az oranda ise relaps sırasında (n= 7, %22,6) gelişmişti. Yirmi bir hastada (%67,7) tanı anında yaşamı/organı tehdit eden bulgu vardı. MSS tutulum tipleri; 13 hastada (%41,9) serebral parankimal tutulum (intrakraniyal hemoraji, iskemik serebrovasküler olay [SVO], izole parankimal kitle) 12 hastada hipertrofik pakimenenjit (HP) (%38,7), 5 hastada hipofiz tutulumu (%16,1), 2 hastada kranial sinir (%6,5) [bir hastada 9, 10 ve 11. sinir tutulumu; bir hastada optik sinir tutulumu], 1 hastada torakal spinal granülomatoz lezyon (%3,2). İki hastada hem HP hem de serebral parankimal tutulum (%6,5) vardı. En sık prezentasyon bulgusu baş ağrısıydı (%80,6). Diğer klinik bulgular, sıklık sırasına göre motor defisit (%35,5), görme bulanıklığı (%29,0), yürüme bozukluğu (%19,4) ve diabetes insipidus (%12,9) idi. Motor defisit, HP grubunda %8,3 iken, HP dışı grupta %52,6 oranında izlendi (p=0,02). Tüm takip sürecinde değerlendirilen organ tutulumları karşılaştırıldığında, HP grubunda üst solunum yollarında tutulum istatistiksel olarak daha fazlaydı [HP: %91,7 vs HP dışı: %52,6 (p=0,04)]. Benzer şekilde periorbital enflamatvuar sendrom da HP grubunda anlamlı derecede yüksekti [HP: %75,0 vs HP dışı: %31,6 (p=0,02)]. Tanı anında ortanca FFS 1 (0-2), ortanca BVAS 17 (6-39) iken son kontrolde ortanca BVAS 4 (0-14) idi. Hastaların seyir sırasında fonksiyonel durumunda olumlu düzelmeler gözlendi. Tanı anında mRs, ortanca 2 (0-4) iken, son vizitte 0,5 (0-4) ölçüldü (Hastaların mRS değişimi Şekil 1'de gösterilmiştir). Takip sürecinde bir hasta vaskülit dışı nedenler sonucu kaybedilmiştir (n= 1, %3,2).

Sonuç: AAV'ye bağlı MSS tutulumu sıklıkla ilk tanı döneminde ve GPA hastalarında görülmektedir. En sık tutulum tipleri parankimal lezyonlar ve hipertrofik pakimenenjittir. HP tutulumu ile üst solunum yolu ve orbital tutulumu olan AAV olguları farklı bir alt grubu temsil ediyor olabilir. Yaklaşık %40 oranında tam, %50 kısmi yanıt olmak üzere hastaların %90'ından fazlasında iyileşme sağlanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: ANCA, granülamatoz polianjiitis (GPA), hipertrofik pakimenenjit, merkezi sinir sistemi, vaskülit



Şekil 1. Tanı anı ve son vizitte hastaların modifiye Rankin skoru (mRS) dağılımı

[SS-015]

Eozinofilik granulomlu polianjitis hastalarında klinik fenotiplerin belirlenmesi ve romatoid faktör pozitifliğinin önemi

Burak İnce[1], Murat Bektaş[1], Erdem Bektaş[2], Cemal Bes[2], Yasemin Yalçınkaya[1], Bahar Artım Esen[1], Ahmet Gül[1], Murat İnanç[1]

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

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

Amaç: Çalışmamızda eozinofilik granülomlu polianjitis (EGPA) hastalarında klinik fenotiplerin belirlenmesi ve Romatoid Faktör (RF) pozitifliğinin öneminin değerlendirilmesi planlanmıştır.

Yöntem: 2003-2024 yılları arasında, iki referans merkezde EMA algoritmasına göre EGPA olarak sınıflandırılan ve en az 6 aylık takip verisi bulunan hastalar retrospektif olarak incelendi. Hiyerarşik kümeleme analizi ile optimum küme sayısı belirlendi, ardından iki aşamalı (two-step) kümeleme algoritması kullanılarak analiz gerçekleştirildi. Ortaya çıkan kümeler, klinik parametreler (ANCA pozitifliği, BVAS, relaps, takipte eozinofil sayısı) açısından karşılaştırıldı. RF pozitifliği (≥x3 normal üst limit) ile ilişkili faktörler lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 40 hasta (E/K: 28/12, ortalama tanı yaşı 43,8±46, ortanca takip süresi 55,5 (106) ay dahil edildi. MPO-ANCA 21(%52,5) hastada pozitifti. Tanıda eozinofil sayısı 37 (%92,5) hastada ≥1000/mL'ydi. Nazal polipozis 15 (%37,5), astım 36 (%90) hastada mevcuttu. Mononöritis mültipleks (MNM), en sık saptanan vaskülitik tutulumdu (%50). Tanıda MPO-ANCA pozitifliği ile klinik bulgular arasında ilişki saptanmadı. Otuz altı hastada RF sonucuna ulaşıldı ve kümeleme analizine dahil edildi, 14 (%35) hastada yüksek titre pozitiflik mevcuttu. Hiyerarşik kümeleme analizi, EGPA'daki fenotipik heterojeniteyi temsil eden üç alt grubun varlığını destekledi. Dört değişkenli analizde (MNM, kardiyomiyopati, palpabl purpura, RF pozitifliği) üç alt grup belirlendi (silhouette skoru ≈ 0,51). Analize ANCA pozitifliği eklendiğinde, fenotipik alt grupları ayırt etmede anlamlı katkı sağlamadığı görüldü. Küme 1 (n=19) MNM, purpura, artrit/artralji ön plandaydı, vaskülitik/enflamatuvar alt grup olarak değerlendirildi, hastaların yaklaşık yarısında ANCA ve RF pozitifliği mevcuttu. Küme 2'de (n=6) hastaların tümünde kardiyomiyopati mevcuttu, ANCA pozitifliği en düşük gruptu (%16,7). Küme 3 (n=11) MNM ve kardiyomiyopatinin görülmediği ve hastalık relapsı görülmeyen hafif seyirli hasta grubuydu, en yüksek ANCA pozitiflik oranı bu grupta izlenirken (%72,7), RF pozitifliği saptanmadı. Küme 1'de 6. ay eozinofil düzeyleri ve Küme 1 ve 2'de takipte relaps oranı anlamlı olarak yüksekti (Tablo 1). RF pozitifliği, başvuru anında MNM [%62,5 vs. %20 p=0,009 OR=6,7 (1,5-29,6)] ve artrit/artralji ile ilişkiliydi [%64,3 vs. %22,7, p=0,013 OR=6,1 (1,4-29,9)], ancak purpura (p=0,09), kardiyomiyopati (p=0,27) ve renal tutulum (p=0,76) ile ilişki saptanmadı. RF pozitifliği olan hastalarda akciğer infiltrasyonu oranı sayısal olarak daha düşüktü (%50 vs. %81,8) ancak istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı (p=0,07). RF pozitifliği daha yüksek relaps oranı ile ilişkiliydi (p=0,02; OR=6 [1,3-27,3]) ve diğer hastalara kıyasla ilk relapsa kadar geçen süre anlamlı olarak daha kısaydı (log-rank p=0,003). Ortalama relapssız sağkalım süresi, yüksek titre grubunda 32,8±9,5 ay (14,1-51,5) iken, diğer hastalarda 122,6±19,0 ay (85,3-159,9) saptandı.

Sonuç: Kümeleme analizinde MNM, purpura, artrit (başlangıç BVAS skoru yüksek) ve RF pozitifliği ile karakterize hastalar takipte yüksek eozinofil sayılarına ve relapsa eğilimli iken; hastaların yaklaşık %40'ını oluşturan, kardiyak, nörolojik tutulumu ve RF pozitifliği olmayan ve düşük relaps oranıyla seyreden bir klinik alt grubun varlığı gözlemlenmiştir. EGPA hastalarında RF pozitifliği hastaların sınıflandırılmasında ve prognoz değerlendirilmesinde önem taşıyabilir. Tamamı kardiyomiyopati gelişen hastalardan oluşan kümede MPO-ANCA pozitifliği yalnızca bir hastada görülmüştür ve eozinofil sayısı tanıda daha yüksek iken 6. ayda diğer gruplara göre sayısal olarak düşük saptanmıştır. RF pozitifliğinin yüksek B hücre aktivitesini gösterdiği ve başlangıçtaki yüksek hastalık aktivitesinin relapsı öngörmede belirleyici olabileceği düşünülmüştür. Bulgularımız EGPA hastalarında tedavi planlanması ve hasta izleminde yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Eozinofilik granülomlu polianjitis, ANCA ilişkili vaskülit, periferik sinir sistemi, mononöritis multipleks, kümeleme analizi

Tablo 1.

	Küme 1 (n=19)		Küme 2 (n=6)		Küme 3 (n=11)		p
	n	%	n	%	n	%	
***Mononöritis mültipleks**	**15**	**78.9[a]**	**1**	**16.7**	**0**	**0**	**<0.001**
***Kardiyomiyopati**	**1**	**5.3**	**6**	**100[a]**	**0**	**0**	**<0.001**
***Palpabl purpura**	**12**	**63.2[a]**	**0**	**0**	**0**	**0**	**<0.001**
***RF pozitifliği (≥ x3 Üst Limit)**	**11**	**57.9[b]**	**3**	**50[b]**	**0**	**0**	**0.006**
MPO-ANCA pozitifliği	10	52.6	1	16.7	8	72.7	0.09
Artrit / Artralji	**11**	**57.9[c]**	**1**	**16.7**	**2**	**18.2**	**0.047**
Akciğer infiltratları	13	68.4	4	66.7	8	72.7	0.96
Akciğer nodülleri	3	15.8	3	50	4	36.4	0.2
Böbrek tutulumu	4	21.1	0	0	2	18.2	0.47
Tanıda BVAS	**18.9 ± 6.7[b]**		**14.2 ± 5.7**		**10.2 ±4.3**		**0.001**
Tanıda eozinofil sayısı	5250 (6200)		7360 (4930)		3500 (5900)		0.35
Rituksimab tedavisi	4	21.1	1	16.7	0	0	0.27
Anti-IL5 tedavi	5	26.3	2	33.3	3	27.3	0.94
6. ayda remisyon	8	42.1	3	50	5	45.5	0.9
6. ayda eozinofil sayısı	**640 (570)[c]**		**150 (350)**		**200 (610)**		**0.03**
Relaps (takip boyunca)	**9**	**47.4[b]**	**3**	**50[b]**	**0**	**0**	**0.02**

**Kümeleme analizine dahil edilen değişkenler, a: işaretli gruplardaki değerler diğer iki kümeden anlamlı derecede yüksektir (p≤0,001), b: işaretli gruplardaki değerler Küme 3'ten anlamlı derecede yüksektir (p≤0,01), c: işaretli gruplardaki değerler ise Küme 3'ten anlamlı derecede yüksektir (p≤0,05)*

[SS-016]

Behçet sendromuna bağlı pulmoner arter tutulumunda kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyon (KTEPH)

İlker İhtiyaroğlu[1], Burçak Kılıçkıran Avcı[2], Damla Raimoğlu[2], Murat Çimci[2], Bilgehan Karadağ[2], Zeki Öngen[2], Visar Shehu[3], Ersan Atahan[4], Şebnem Durmaz[5], Onur Erdem Şahin[6], Sait Sağer[6], Vedat Hamuryudan[7], Melike Melikoğlu[7], Emire Seyahi[7]

[1]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

[2]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

[3]*İstanbul Medipol Üniversitesi, Bağcılar Medipol Mega Üniversite Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul*

[4]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

[5]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

[6]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, İstanbul*

[7]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

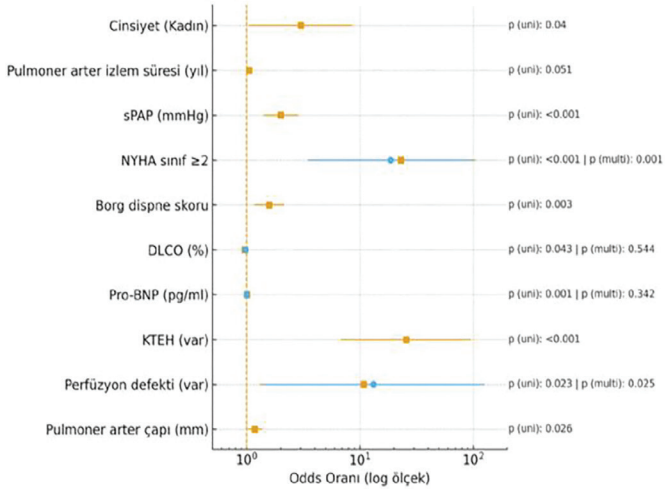
Amaç: Behçet sendromu (BS) ilişkili pulmoner arter tutulumu [pulmoner arter anevrizması (PAA), ve veya in-situ pulmoner arter trombozu (PAT)], yoğun immünsupressif tedavilere rağmen hala önemli bir morbidite ve mortalite sebebidir. Anevrizma rüptürüne bağlı masif hemoptizinin yanı sıra, kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyonun (KTEPH) da morbidite ve mortaliteye katkı sağladığı düşünülmektedir. Ancak KTEPH ile ilgili bilgilerimiz sınırlıdır. Bu çalışmada, pulmoner arter tutulumu olan BS hastalarında pulmoner hipertansiyon (PH) sıklığını, KTEH (kronik tromboembolik hastalık) ve KTEPH gelişme oranlarını ve ilişkili klinik-demografik parametreleri incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Haziran 2023-Aralık 2024 arasında bir üniversite hastanesinde pulmoner arter tutulum nedeniyle izlenen 108 BS hastası (88 E/20 K) çalışmaya dahil edildi. Demografik veriler, hastalık süresi, komorbiditeler ve tedavi bilgileri kaydedildi. Fonksiyonel kapasite NYHA sınıflaması ve 6 dakika yürüme testi ile değerlendirildi; solunum fonksiyon testleri ve serum pro-BNP düzeyleri ölçüldü. Ayrıca bütün hastalar bilgisayarlı tomografi ve eş zamanlı ventilasyon/perfüzyon sintigrafisi ile incelendi. Tüm hastalara transtorasik ekokardiyografi (TTE) yapılarak PH olasılığı ESC/ERS 2022 kılavuzuna göre sınıflandırıldı. Yüksek riskli olgular sağ kalp kateterizasyonu (SKK) ile hemodinamik olarak incelendi.

Bulgular: Hastaların medyan güncel yaşı 46 yıl, medyan hastalık süresi ise 9 yıl idi. Hastaların %43,5'i (n=47, 42 E/5K) PAA, geri kalanları izole PAT ile başvurmuştu. Kadın hastalarda izole PAT (%75) oranı daha yüksekti. Takip boyunca, tüm hastalar immünosüpresif ve/veya glukokortikoid ile tedavi edilirken, %49'u ek olarak antikoagülan tedavi kullanmıştı. Son değerlendirmede, 60 (%55,5) hastanın akciğer açısından semptomatik (nefes darlığı: %45,3, diğer: %10,1) olduğu gözlendi; geri kalanlar asemptomatikti. Ekokardiyografi bulgularına göre hastaların %22,2'sinde (n=24) orta veya yüksek olasılıklı PH riski saptandı. Tabloda görüldüğü gibi, orta-yüksek riskli grup ile düşük riskli grup yaş, pulmoner fenotip ve tedavi açısından benzerdi; ancak orta-yüksek riskli grupta pro-BNP düzeyleri daha yüksek, DLCO değerleri daha düşük ve fonksiyonel kapasite anlamlı olarak daha kötü bulundu. TTE'ye göre PH açısından yüksek riskli olan 24 hastanın 21'ine SKK yapıldı ve 12'sinde PH gösterildi (prekapiller PH: n=5; post-kapiller PH: n=5; sınıflandırılamayan PH: n=2). Onam vermeyen iki olgu ile dev anevrizmalar nedeniyle bir olguya SKK yapılmadı; söz konusu olgu klinik, radyolojik ve ekokardiyografik olarak KTEPH sayıldı. Sonuçta 39 (%36,1) (27E/12K) hasta KTEH ve 6 (%5,5) (5E/1K) hasta KTEPH olarak değerlendirildi. KTEH kadınlarda erkeklere oranla 3,38 kat artmıştı; KTEPH ise erkek ve kadınlarda benzer oranda izlendi. Cinsiyet, sPAB, NYHA sınıfı, Borg skoru, DLCO, pro-BNP, KTEH varlığı, perfüzyon defekti ve pulmoner arter çapı orta-yüksek PH riski ile ilişkili bulundu. Fakat sadece, NYHA sınıf ≥2 ve perfüzyon defekti varlığı bağımsız prediktör olarak saptandı (Şekil 1).

Sonuç: Çalışmamız, pulmoner arter tutulumu olan BS hastalarında KTEH ve KTEPH gelişiminin kateterizasyon ile incelendiği ilk çalışmadır. Pulmoner arter oklüzyonlarının ve yol açtığı kalp hastalığının beklenenden daha yüksek sıklıkta olduğu görülmüştür. Pulmoner tutulum erkeklerde daha sık olmasına rağmen, kadınlarda pulmoner hipertansiyon riski yaklaşık üç kat artmış, KTEPH ise her iki cinsiyette benzer oranda izlenmiştir. Bu bulgular, cinsiyetler arası farklı biyolojik veya komorbid faktörlerin rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, ileri fonksiyonel sınıf ve perfüzyon defekti varlığı PH açısından en güçlü belirleyiciler olarak öne çıkmış ve PH'nin KTEH/KTEPH ilişkili olabileceğini desteklemiştir. Dolayısıyla, pulmoner tutulumlu BS hastalarının düzenli ve sistematik olarak PH yönünden değerlendirilmesi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, pulmoner arter anevrizması, pulmoner arter trombüsü, pulmoner hipertansiyon, kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyon



Şekil 1. Orta-yüksek PH riskini öngören değişkenler

[SS-017]

Behçet sendromunda ciddi görme kaybı: Dört farklı dönemin karşılaştırılması

Mustafa Erdoğan[1], Koray Taşçılar[2], Yağmur Ersoy[3], Alp Özcan[4], Mehmet Emin Alak[4], Mert Gürcan[4], Talal Ammar[4], Didar Uçar[5], Sinem Nihal Esatoğlu[6], Yeşim Özgüler[6], Gülen Hatemi[6], Hasan Yazıcı[7]

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

[2]Friedrich Alexander University of Erlangen Nuremberg, Universitätsklinikum Erlangen

[3]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

[4]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul

[5]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

[6]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[7]Academic Hospital, İstanbul

Amaç: Behçet sendromunda (BS) üveit, immünosupresif tedavilere rağmen tekrarlayıcı bir seyir izler ve geçici veya kalıcı görme kaybına yol açabilir. 1990'larda prognozun 1980'lere kıyasla daha iyi olduğu bildirilmiş olsa da, güncel karşılaştırmalı çalışmalar sınırlıdır. Ciddi görme kaybı (CGK) olan BS üveit hastalarının prevalansını, demografik ve klinik özelliklerini tanımlamak ve yıllar içinde prognoz seyrini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: 1976-2019 yılları arasında takibe alınan BS tanılı 9289 hasta, üveit ve CGK açısından tarandı. CGK en az 3 ay süreyle görme keskinliğinin 20/200 veya daha kötü olması olarak tanımlandı. Demografik özellikler, klinik bulgular, görme keskinlikleri ve tedaviler standart bir form kullanılarak kaydedildi. Tıbbi kayıtlarında yeterli veri bulunmayan hastalar (n=527) dışlandı. Kalan 8762 hasta ilk kayıt yılına göre 4 gruba ayrılarak kıyaslandı (Grup 1: ≤1990, Grup 2: 1990-1999, Grup 3: 2000–2009, Grup 4: 2010-2019). Takip sürelerindeki farklılıklardan ve olay zamanlarının belirsizliğinden kaynaklanabilecek zaman yanlılığını (immortal time bias) değerlendirmek için duyarlılık analizleri ve olaya kadar geçen zaman (time-to-event) analizi yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 8762 BS tanılı hastanın 4409'unda (%50,3) hastalık seyri sırasında en az üveit vardı. Bunların 776/4409'unda (%17,6) en az bir gözde CGK gelişti. Erkeklerde tüm zaman dilimlerinde üveit sıklığı ve şiddeti daha fazla saptandı. CGK sıklığı zaman içerisinde azalmıştır. Bu azalma, hem ilk başvuru anında her iki gözde de CGK bulunmayan hastalarda hem de başlangıçta tek gözde CGK bulunan hastalarda gözlenmiştir. Azalma, özellikle kayıt sırasında CGK bulunmayan erkek BS üveit hastalarında belirgin şekilde daha fazla olmuştur. Takipte bilateral CGK gelişen kadın hasta sayısı az olduğu için, progonoz karşılaştırmaları erkek hastalarda yapıldı. Duyarlılık ve time-to-event analizleri ile zamansal yanlılık dışlanamadı. Bu nedenle CGK gelişme oranları ilk başvuru sonrası 1. ve 3. yıllar için hesaplanarak karşılaştırıldı. Erkek hastalarda, unilateral CGK'den bilateral CGK'ye ilerleme oranı 2000 yılı öncesi grupta (%32, 64/199), 2000 yılı sonrası gruba kıyasla (%16, 19/118) anlamlı olarak daha yüksekti [$\chi 2$=9,8, p=0,002].

En sık kullanılan immünosüpresif ajan azatioprin olup, G1'de %46 oranında, G2-4 gruplarında ise %80-89 oranında tercih edilmiştir. G1'de hiçbir hastada anti-TNF ajanı kullanılmazken, G2'de 3 hastada, G3'te hastaların %12'sinde ve G4'te %38'inde kullanıldığı görülmüştür.

Sonuç: Başvuru sırasında bilateral CGK oranı, erkeklerde %9,5'ten %3,8'e, kadınlarda ise %3,8'den %0,5'e kadar on yıllar içinde düzenli olarak azalmıştır. Erkek hastalarda başlangıçta unilateral CGK olanlarda, bilateral CGK'ye ilerleme oranı %6,3'ten %0,8'e düşmüştür. Başlangıçta her iki gözünde de CGK bulunmayanlarda ise bilateral CGK gelişimi %5,1'den %0,2'ye gerilemiştir. Bu veriler, BS üveitinin erkekler ve kadınlar arasındaki belirgin şekilde farklı seyir gösterdiğini daha da vurgulamaktadır. Ayrıca, günümüzde BS üveitini çok daha etkin bir biçimde yönetebildiğimiz görüşünü de doğrulamaktadır. Son olarak, gözlemlerimiz BS üveitinde yürütülecek ilaç çalışmalarının ya her iki cinsiyet için ayrı ayrı yapılması ya da çalışmalara her iki cinsiyetten de yeterli sayıda hasta dahil edilerek sonuçların anlamlı biçimde analizine imkan tanınması gerektiğini de vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, üveit, körlük, prognoz

[SS-018]

Ailesel Akdeniz ateşinde PANoptoz: İnflamazom ve nekroptoz yolaklarının ağ analizi

Rıza Can Kardaş, İbrahim Vasi, Rahime Duran, İbrahim Yahya Çakır, İbrahim Karaduman, Esma Eseroğlu, Burak Karakaya, Ertuğrul Çağrı Bölek, Abdulsamet Erden, Hamit Küçük, Berna Göker, M. Akif Öztürk, Abdurrahman Tufan

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

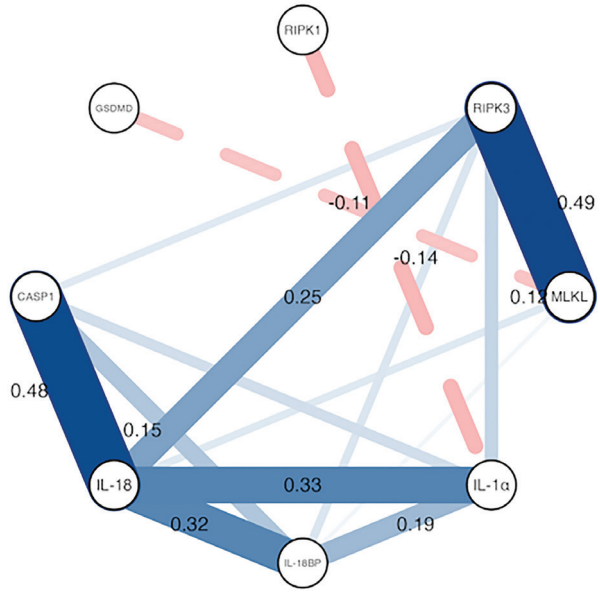
Amaç: Ailesel Akdeniz ateşinde (FMF) patogenez öncelikle pirin inflamazomuna odaklanmıştır. Bununla birlikte, artan kanıtlar hücre ölümünün piroptoz, apoptoz ve nekroptozu bütünleştiren PANoptoz kapsamında düzenlenebileceğini düşündürmektedir. Bu çalışmada, FMF'de nekroptoz yolağının aktivasyonunu ve inflamazom ekseniyle etkileşimini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu tek merkezli, kesitsel olgu-kontrol çalışmasına, ağırlıklı olarak kolşisin dirençli ve şiddetli klinik fenotipe sahip 65 FMF hastası ile, demografik olarak eşleştirilmiş 22 sağlıklı kontrol dahil edildi. Serumda nekroptoz (RIPK1, RIPK3, MLKL) ve inflamazom/piroptoz (kaspaz-1, GSDMD, IL-1α, IL-18, IL-18BP) düzeyleri ELISA ile ölçüldü. Gruplar arası farklar Mann-Whitney U testiyle incelendi. Özet istatistikler medyan [IQR] olarak raporlandı ve iki kuyruklu p≤0,05 anlamlı kabul edildi. Biyobelirteçler arasındaki doğrudan ilişkileri değerlendirmek için, diğer belirteçlerin etkileri denetlenerek sadeleştirilmiş bir kısmi korelasyon ağı oluşturuldu. Ağın tahmininde EBIC tabanlı grafik lasso yaklaşımı (EBICglasso) kullanıldı.

Bulgular: FMF hastalarında serum RIPK1 düzeyleri kontrollere kıyasla yaklaşık beş kat daha yüksek (p≤0,001), IL-1α (p=0,010) ve IL-18BP (p=0,008) düzeyleri ise anlamlı olarak daha düşüktü. Bu bireysel farkların ötesinde, ağ analizi FMF'de sistemik enflamasyonun merkezinde, RIPK3–MLKL ekseninin inflamazom bileşenleriyle sıkıca bütünleştiği dominant bir çekirdek ağ ortaya çıkardı. Ağın mimarisi, kanonik yolaklardan sapan iki çarpıcı özellik sergilemekteydi: (1) Nekroptozun bilinen başlatıcısı RIPK1, bu merkezi ağdan yapısal olarak ayrışıktı, (2) Piroptozun uygulayıcısı GSDMD, hem kendi aktivatörü kaspaz-1'den hem de çekirdek ağdan tamamen kopuktu (Şekil 1). Bu biyobelirteç ağının klinik değişkenlerle ilişkisi incelendiğinde, ağın genel yapısının demografik özellikler ve tedavi gibi faktörlerden büyük ölçüde bağımsız olduğu görüldü. Bununla birlikte, RIPK1 düzeylerinin şiddetli hastalıkta (ISSF) daha yüksek olması (p=0,033) ve inflamazom belirteçlerinin (IL-1α, IL-18, kaspaz-1) patojenik MEFV alleli taşımayan hastalarda daha yüksek saptanması (tümü p≤0,05) gibi dikkate değer ilişkiler gözlendi.

Sonuç: Bulgularımız, FMF'deki sistemik enflamasyonun, PANoptoz konseptiyle uyumlu, RIPK3-MLKL merkezli ve inflamazom bileşenleriyle bütünleşik bir ağ tarafından sürdürüldüğünü desteklemektedir. Ağ mimarisindeki RIPK1 ve GSDMD ayrışmaları, sırasıyla kanonik olmayan bir nekroptoz etkinleşmesine ve inflamazomun sitokin işleme fonksiyonunun piroptotik hücre ölümünden ayrıştığına işaret etmektedir. Bu ağın genel yapısının klinik değişkenlerden görece bağımsız kalıcı bir biyolojik özellik olması, RIPK3-MLKL eksenini, FMF patofizyolojisinde enflamasyon döngüsünü besleyen merkezi bir mekanizma ve hedefe yönelik yeni tedaviler için öncelikli bir aday olarak öne çıkarmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ağ analizi, Ailesel Akdeniz ateşi, inflamazom, nekroptoz, PANoptoz



Şekil 1. FMF'de serum biyobelirteçlerinin kısmi korelasyon ağı. Ağ EBICglasso (γ=0,5) ile tahmin edildi. Biyobelirteçler log10 dönüştürülüp z-skor ile standartlaştırıldı. Düğümler biyobelirteçleri, kenarlar diğer tüm düğümlere koşullandırıldıktan sonra kalan doğrudan ilişkileri gösterir; mavi pozitif, kırmızı negatif ilişkiyi belirtir; kenar kalınlığı mutlak ağırlığı yansıtır. Gruplar, korelasyon matrisinin hiyerarşik kümelemesi ile türetildi ve yerleşim buna göre yapıldı. Ağ, RIPK3–MLKL merkezli yoğun bir çekirdek ve kaspaz-1, IL-18, IL-18BP, IL-1α ile yakın entegrasyon göstermektedir. RIPK1 çekirdekten ayrışık, GSDMD ise hem kaspaz-1'den hem de çekirdek ağdan kopuk görünmektedir. Kısaltmalar: GSDMD, gazdermin D; MLKL, karma soy kinaz alanı benzeri protein; IL-1α, interlökin-1 alfa; IL-18BP, interlökin-18 bağlayıcı protein

XXV. Ulusal Romatoloji Kongresi Bildiri Özetleri
12-16 Kasım 2025
Poster Sunumları
(PS-002 — PS-313)

[PS-002]

İzotretinoin kullanımı sonrası bilateral sakroileit saptanan adalimumab tedavisi altında regrese olan akne fulminans olgusu

Altuğ Güner

Bursa Şehir Hastanesi, Bursa

Amaç: On sekiz yaşında akne fulminans tedavisi takip edilen izotretinoin tedavisi altında bilateral kalça ağrısı ve yürüme güçlüğü ile polikliniğe başvuran hastanın yapılan tahlillerde crp 45 mg/L HLA b27 negatif, RF, CCP negatif saptandı. Sakroiliak eklem MR bilateral yaygın sakroileit saptandı. Medikal tedavi indometazin, metilprednizolon tedavisi başlandı. Üç farklı non steroidal antienflamatuvar ilaçlar kullanmasına rağmen akut faz reaktanları yüksek saptanan hastanın quantiferon negatif BASDAI 8 saptandı. Hastaya adalimumab tedavisi başlandı.

Yöntem: Adalimumab tedavisi altında BASDAI 3, CRP 4 mg/L ye geriledi. Hastanın akne fulminans şikayetleri belirgin geriledi. Hastanın adalimumab tedavisi altında takip ve tedavi edilmektedir.

Bulgular: Akne fulminans, ağırlıklı olarak ergen erkeklerde görülen şiddetli bir enflamatuvar akne türüdür. Bu durum, ağrılı nodül ve plakların ani gelişimi ve bunların süpüratif, ülseratif ve hemorajik lezyonlara ilerleyebilmesiyle karakterizedir. Akne fulminans yalnızca dermatolojik semptomlar olarak veya ateş, halsizlik, artralji, miyalji, kemik ağrısı, osteolitik lezyonlar ve eritema nodozum gibi sistemik bulgularla birlikte ortaya çıkabilir. Şiddetli akneli hastalarda tedaviye başlarken yüksek dozda izotretinoin, akne fulminansı tetikleyebilir. Bu durum genellikle bilinen akne antibiyotiklerine dirençlidir. Akne fulminans için önerilen tedavi, kortikosteroidler ve izotretinoin kombinasyonudur. Lezyonlar, etkilenen hastalarda ciddi skarlaşmaya ve sonrasında olumsuz psikolojik etkilere neden olabilir. Önleme, erken tanı ve hızlı tedavi, skarlaşma riskini önemli ölçüde azaltır. Tedavide prednizon gibi sistemik kortikosteroidler, salisilatlar gibi iltihap önleyici ilaçlar, dapson, izotretinoin, siklosporin, ikincil enfeksiyon için eritromisin gibi yüksek dozda oral antibiyotikler, Sistemik steroidlerle kontrol sağlandıktan sonra infliksimab gibi tümör nekroz faktörü-alfa (TNF-α) inhibitörleri kullanılmaktadır.

Sonuç: Bizim olgumuzda adalimumab tedavisi altında hem ankilozan spondilit hem de akne fulminans şikayetleri kontrol altına alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Akne fulminans, adalimumab, ankilozan spondilit, izotretinoin

[PS-003]

Farklı spondiloartrit alt tiplerine sahip türk hastalarda HLA-B27 sıklığı ve klinik ilişkileri: Tek merkezli bir kohort çalışması

Dilara Bulut Gökten[1], Ömer Atakan Soğur[1], Rıdvan Mercan[1], Hilmi Tozkır[2]

[1]Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ

[2]Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Tekirdağ

Amaç: Bu çalışmanın temel amacı, tek merkez bir üniversite hastanesinde takip edilen spondiloartrit (SpA) hastalarında HLA-B27 alelinin sıklığını belirlemek ve HLA-B27'nin farklı SpA alt tipleriyle olan klinik, laboratuvar ve radyolojik ilişkilerini incelemektir. HLA-B27'nin, özellikle aksiyel tutulum gösteren SpA alt tiplerinde hastalığın şiddetini, fonksiyonel kısıtlılığı ve tanı sürecini etkilediği bilinmektedir. Ancak bu ilişkinin her alt tipte ve her popülasyonda aynı düzeyde olmadığı düşünülmektedir. Bu bağlamda, hastanemiz takipli hasta grubunda HLA-B27'nin klinik önemini değerlendirmek çalışmanın çıkış noktasını oluşturmuştur.

Yöntem: 2020-2025 yılları arasında yürütülen bu retrospektif kesitsel çalışmaya, 1.213 hasta dahil edilmiştir. Katılımcılar; 524 ankilozan spondilit (AS), 380 psöriyatik artrit (PsA), 236 non-radyografik aksiyel SpA (nr-axSpA), 45 periferik SpA (pSpA) ve 28 enflamatuvar barsak hastalığı (İBH) ile ilişkili SpA alt tiplerine ayrılmıştır. Tanılar uluslararası kriterlere göre doğrulanmış; HLA-B27 testi, ticari PCR temelli kitler ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcılardan demografik veriler, hastalık süresi, tanı yılı, klinik bulgular (üveit, entezit, daktilit, artrit, psoriasis, İBH), laboratuvar değerleri (CRP, ESR), hastalık aktivite skorları (BASDAI, BASFI, PASDAS), tedavi yanıtı ve görüntüleme bulguları kaydedilmiştir.

Bulgular: AS hastalarında HLA-B27 pozitifliği %58,2 olup, bu hastalarda erkek cinsiyet baskındı ve hastalık başlangıç yaşı daha erken idi. CRP düzeyleri ve BASDAI/BASFI skorları anlamlı derecede yüksekti. PsA grubunda HLA-B27 pozitifliği %31,1 olup, cinsiyet ve yaş gibi değişkenlerle ilişki gözlenmemiştir. Ancak PASDAS skorları HLA-B27 pozitif hastalarda belirgin olarak daha yüksekti. İBH ile ilişkili SpA hastalarının %25'i HLA-B27 pozitifti ve bu grupta daha erken yaşta hastalık başlangıcı ile birlikte daha yüksek BASDAI ve BASFI değerleri dikkat çekti. pSpA hastalarının %40'ı HLA-B27 pozitifti; ancak bu alt grupta klinik semptomlar, enflamatuvar belirteçler ve görüntüleme bulguları ile HLA-B27 arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Nr-axSpA grubunda ise HLA-B27 pozitifliği %35,2 olup, özellikle erkeklerde daha sık görülmüş ve daha yüksek hastalık aktivitesi ile fonksiyonel kısıtlılıkla ilişkili bulunmuştur. MRI ve direkt grafi ile değerlendirilen sakroiliit bulguları, AS ve İBH-SpA alt gruplarında HLA-B27 pozitifliğiyle anlamlı ilişki gösterirken, diğer alt tiplerde anlamlı bir fark saptanmamıştır. Tüm gruplarda ekstra-artiküler tutulum (üveit, entezit, artrit, daktilit, İBH) ile HLA-B27 arasında tutarlı bir ilişki gözlenmemiştir. NSAİİ yanıtı bazı alt gruplarda HLA-B27 negatif hastalarda daha iyi olarak saptanmıştır.

Sonuç: Bu geniş hasta grubunda yapılan değerlendirmeler sonucunda, HLA-B27'nin sıklığı AS ve nr-axSpA hastalarında belirgin olmakla birlikte, genel olarak Batı toplumlarına kıyasla daha düşük bulunmuştur. HLA-B27 pozitifliği, özellikle aksiyel SpA formlarında daha yüksek hastalık aktivitesi ve fonksiyonel bozulma ile ilişkili olsa da, ekstra-artiküler tutulumlarla ilişkisinin alt tipe ve popülasyona göre değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Bulgular, HLA-B27'nin prognostik değerinin alt tiplere göre farklılaştığını ve bölgesel genetik/çevresel faktörlerin bu ilişkilerde belirleyici rol oynayabileceğini göstermektedir. Bu veriler, HLA-B27'nin tanı, prognoz ve tedavi planlamasında dikkatle yorumlanması gerektiğini ortaya koymaktadır. Gelecekte, daha büyük örneklemli, çok merkezli ve prospektif çalışmalar ile bu bulguların doğrulanması önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: HLA-B27, ankilozan spondilit, psoriatik artrit, enteropatik artrit

[PS-004]

MEFV geninde heterozigot P369S mutasyonu taşıyan bir hastada sistemik amiloidoz gelişimi

Dilara Bulut Gökten, Ömer Atakan Soğur, Rıdvan Mercan

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

Amaç: Ailesel Akdeniz Ateşi (FMF), MEFV gen mutasyonları sonucu ortaya çıkan, otozomal resesif geçişli bir otoenflamatuvar hastalıktır. Tipik olarak tekrarlayan ateş atakları ve serozal enflamasyonla karakterizedir. FMF hastalarının önemli bir komplikasyonu olan AA tipi amiloidoz, özellikle sürekli enflamasyonun varlığında gelişebilir. MEFV geninde tanımlanmış 400'den fazla varyant bulunmakta olup, bunların klinik etkileri büyük farklılıklar göstermektedir. Exon 3'te yer alan P369S mutasyonu, nadir görülen ve genellikle düşük penetranslı kabul edilen bir varyanttır. Ancak bazı olgularda bu mutasyonun, klasik FMF bulguları ve komplikasyonlarla ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür. Bu yazıda, yalnızca heterozigot P369S mutasyonu taşıyan ve sistemik AA amiloidoz gelişen bir FMF hastası sunularak, bu varyantın potansiyel klinik etkileri tartışılmıştır.

Yöntem: Elli yaşında Türk uyruklu kadın hasta, uzun süredir FMF tanısıyla kolşisin (1,5 mg/gün) tedavisi almaktaydı. FMF tanısı 15 yaşında dış merkezde konmuş ve hasta tedaviye uyum göstermiş idi. Yakın dönemde karın ağrısı ataklarında artış, bilateral el ve ayak bileklerinde şişlik ve alt ekstremitelerde ödem gelişmiştir. FMF dışında bilinen sistemik hastalığı, enfeksiyonu, malignitesi veya ailesel öyküsü bulunmamaktadır. Fizik muayenede el ve ayak bileklerinde sinovit saptanmıştır. Otoimmünite testleri (RF, anti-CCP, ANA) negatiftir. Genetik analizde, yalnızca heterozigot P369S mutasyonu saptanmıştır. Ek olarak SAA1 genotipi α/α (SAA 1,3 homozigot) olarak belirlenmiştir. Laboratuvar bulguları: CRP: 10,8 mg/L, ESR: 46 mm/saat, serum albümin: 3,2 g/dL, 24 saatlik idrarda proteinüri: 831 mg/gün, eGFR: 69 mL/dk. Renal tutulumu düşündüren bulgular üzerine minör tükürük bezi biyopsisi yapılmış ve kongo kırmızısı ile boyanarak AA tipi amiloidoz tanısı doğrulanmıştır. Sekonder amiloidoza neden olabilecek diğer tüm etkenler dışlanmıştır. Kolşisin tedavisine ek olarak günlük anakinra (100 mg SC) başlandı. Bir yıllık izlemde CRP 2,3 mg/L, ESR 23 mm/saat, albümin 3,5 g/dL'ye yükselmiş; proteinüri azalmış ve böbrek fonksiyonları stabilize olmuştur. Hasta bu süre zarfında ataksız seyretmiştir.

Bulgular: FMF hastalarında AA amiloidoz gelişimi genellikle yüksek penetranslı mutasyonlarla (örneğin; M694V homozigotluk) ilişkilendirilirken, P369S gibi nadir ve düşük penetranslı varyantların klinik etkisi belirsizliğini korumaktadır. Sunulan olguda, yalnızca P369S mutasyonu taşıyan bir hastada klasik FMF semptomlarına ek olarak sistemik amiloidoz gelişmiştir. Bu bulgu, P369S varyantının potansiyel patojenik rolünü düşündürmektedir. Literatürde bazı çalışmalar P369S'nin R408Q ile birlikte bulunduğunda atipik FMF fenotipi oluşturabileceğini, kolşisine yanıtsız olabileceğini ve lokalize amiloid birikimlerine neden olabileceğini bildirmiştir. Ancak sistemik amiloidoz nadiren tanımlanmıştır. Japonya'dan bildirilen bir çalışmada, P369S'nin klasik olarak amiloidozla ilişkilendirilmediği, ancak başka risk faktörleri dışlandığında etkili olabileceği belirtilmiştir. Ayrıca, SAA1α/α genotipi ile birlikte bu varyantın sinerjik etkiyle amiloidoza yatkınlık oluşturabileceği düşünülmektedir. Bu olgu, P369S mutasyonunun kolşisin tedavisine rağmen devam eden enflamasyonla birlikte sistemik amiloidoz gelişimine katkı sağlayabileceğini göstermektedir. Hastanın erken yaşlardan itibaren tipik FMF bulgularına sahip olması ve subklinik enflamasyonun kronikleşmesi, amiloid birikimi için uygun bir zemin oluşturmuştur. Ayrıca genetik olarak riskli SAA1 polimorfizminin mevcudiyeti, bu süreci hızlandırmış olabilir.

Sonuç: Düşük penetranslı olduğu düşünülen P369S varyantı, uygun genetik ve enflamatuvar ortamda sistemik komplikasyonlara yol açabilecek potansiyele sahiptir. Bu nedenle klinisyenler, FMF hastalarında P369S gibi exon 3 varyantlarını dışlayıcı bir yaklaşımla değil, dikkatli bir şekilde yorumlamalıdır. Bu mutasyonun gerçek klinik etkisini ortaya koymak için daha geniş örneklemli, prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz ateşi, FMF, P369S mutasyonu, amiloidoz

[PS-005]

Romatoid artritli bir hastada pyoderma gangrenosum ve adalimumab tedavisi: Literatür destekli olgu sunumu

Dilara Bulut Gökten, Ömer Atakan Soğur, Rıdvan Mercan

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

Amaç: Pyoderma gangrenosum (PG), nadir görülen, ağrılı, ülseratif ve enflamatuvar bir nötrofilik dermatozdur. Genellikle romatoid artrit (RA), enflamatuvar bağırsak hastalıkları, hematolojik maligniteler ve solid tümörler gibi sistemik hastalıklarla ilişkilidir. Klinik prezentasyonu hızlı ilerleyen ülserlerle karakterizedir ve tanı sıklıkla geç konulabilir. RA ile birlikte görülen PG olguları nadir olup, tedavi stratejileri net olarak belirlenmemiştir. Bu yazı, RA tanısı olan bir hastada gelişen PG olgusunu ve adalimumab (ADA) tedavisinin etkinliğini sunmakta, ayrıca literatür taramasıyla bu konudaki mevcut kanıtları değerlendirmektedir.

Yöntem: Altmış üç yaşında kadın hasta, el ağrısı ve sabah tutukluğu yakınmaları ile başvurdu. Seropozitif RA tanısı alan hastaya metotreksat ve düşük doz prednizolon başlandı. Metotreksata bağlı ciddi bulantı nedeniyle tedavi kesildi. Üç ay sonra hastada bilateral uyluk iç yüzünde hızla ilerleyen ülseratif deri lezyonları gelişti. Deri biyopsisinde yoğun nötrofilik infiltrasyon ve pansülit ile uyumlu PG saptandı. Yüksek doz kortikosteroid tedavisi başlandı ve doz kademeli olarak azaltıldı. Ardından ADA (40 mg/2 haftada bir) tedavisi eklendi. Üçüncü ayda ülserlerde belirgin regresyon ve granülasyon dokusu gelişti. Altıncı ayda lezyonlar tamamen iyileşti ve yalnızca atrofik skarlar kaldı. Hasta sekiz ay boyunca klinik olarak stabil seyretti. Web of Science, Scopus, DOAJ ve PubMed veri tabanlarında Haziran 2025'e kadar "adalimumab" AND "pyoderma gangrenosum" AND "rheumatoid arthritis" anahtar kelimeleriyle sistematik literatür taraması yapıldı. Başlık ve özet incelemesi sonucunda 171 makaleden yalnızca yedi çalışma uygun bulundu. Seçilen yayınlar olgu sunumları, olgu serileri, retrospektif analizler ve bir açık etiketli faz III çalışmadan oluşmaktadır.

Bulgular: İncelenen yedi çalışmada RA ilişkili PG tanılı hastalara ADA uygulanmış; hastaların büyük kısmı glukokortikoid tedavisine yanıtsızdı. ADA sonrası klinik düzelme, ülser iyileşmesi veya belirgin lezyon küçülmesi sağlanmıştı. Ciddi advers olay rapor edilmemiştir. Özellikle başka TNF inhibitörlerine yanıtsız kalan hastalarda ADA'ya geçişin etkili olduğu gözlenmiştir. RA ile birlikte seyreden PG nadir olmakla birlikte, tedavi yaklaşımı zorluk arz eder. PG tedavisinde lokal yara bakımı, topikal tedaviler ve sistemik immünosupresif ilaçlar birlikte kullanılır. Kortikosteroidler ilk basamak sistemik tedavi olsa da, uzun süreli kullanım ciddi yan etkiler oluşturabilir. Bu nedenle biyolojik ajanlar özellikle dirençli olgularda tercih edilmektedir. TNF-α inhibitörü olan ADA, hem RA hem PG tedavisinde etkili olup, iki hastalığın eş zamanlı kontrolünü sağlayabilir. Bu olguda ADA ile hem deri lezyonlarında iyileşme hem de RA bulgularında stabilizasyon sağlanmıştır. Ancak literatür taraması yalnızca belirli veri tabanlarıyla sınırlı tutulduğundan, bazı çalışmalara ulaşılamamış olabilir. Ayrıca olgu sayısının azlığı, sonuçların genellenebilirliğini sınırlandırmaktadır. PG tanısının geç konulması tedavi gecikmesine yol açabilmekte, bu nedenle klinisyenlerin PG'yi ayırıcı tanıda dikkate almaları önemlidir.

Sonuç: RA'ya eşlik eden PG nadir görülse de ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Bu durumda ADA, hem RA hem de PG üzerinde etkili bir seçenek olabilir. Özellikle kortikosteroide dirençli olgularda ADA, yara iyileşmesini hızlandırarak sistemik enflamasyonu baskılayabilir. Bu çalışma, ADA'nın RA ilişkili PG'de etkili ve güvenli bir tedavi seçeneği olabileceğini göstermektedir. Ancak bu sonucu doğrulamak için daha geniş örneklemli, prospektif, randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Piyoderma gangrenosum, romatoid artrit, adalimumab

Şekil 1. Pyoderma gangrenosum lezyonlarının ilk görünümü, kortikosteroid dozunun azaltılması ve adalimumab tedavisinin başlanmasının ardından PG'de klinik iyileşme ve Adalimumab tedavisi sonrası PG lezyonlarının tamamen iyileşmesi görülmektedir. Altıncı ay kontrolünde ülserler tamamen iyileşmiş, geride atrofik ve skarlı bir deri görünümü kalmıştır

[PS-006]

Ewing sarkomu ve takibinde tanısı geciken Behçet hastalığı; trombozlarla seyreden nadir ve zorlu bir olgu

Melih Kızıltepe[1], Emel Oğuz Kökoğlu[1], Tuğba Kahraman Denizhan[2], Abdurrahman Soner Şenel[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Kayseri

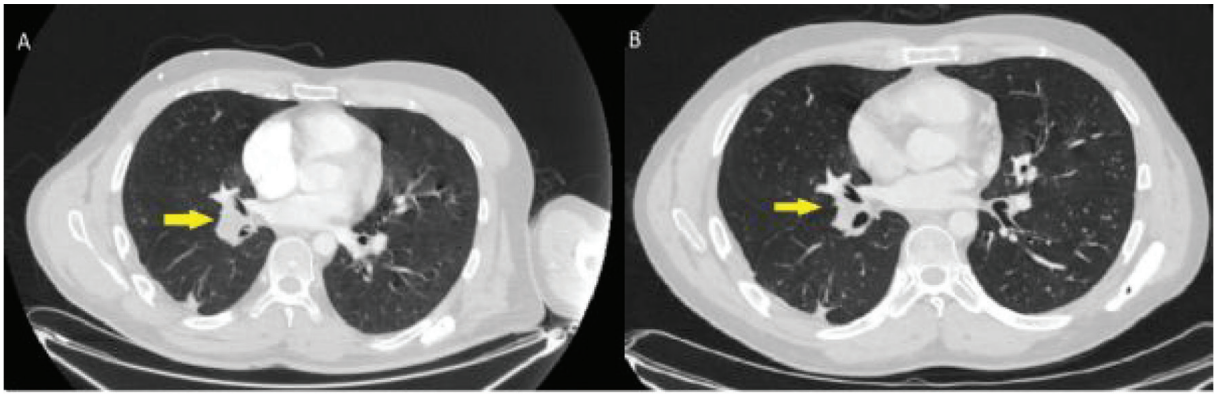
[2]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

Amaç: Behçet Hastalığı birçok sistemi etkileyebilir, özellikle yaygın ve tekrarlayan trombozlar hastalığın ciddi ve yönetimi zor tutulumları arasında yer alır.

Olgu: Yirmidört yaşında erkek hasta, 2022 yılında Ewing-sarkomu tanısı almış. Ardından juguler katater takılarak 3 kür siklofosfamid içeren kemoterapi sonrası opere edilmiş; adjuvan kemoterapisini alırken Aralık-2022'de hemoptizi gelişmiş ve toraks BT'de pulmoner emboli saptanmış. Antikoagülan tedavi altında Mart-2023'te yeniden hemoptizi ile başvurmuş, yapılan görüntülemelerde süperior vena kava, intrakardiyak kateter komşuluğunda trombüs saptanmış. Hastanın trombüsleri altta yatan malignitesine ve kataterine bağlanmış. Mayıs-2023'te yine hemoptizisi tekrarlayan hasta Erciyes Üniversitesi'ne başvurmuş. Konseyde antikoagülan tedavi değişimi, kataterin çıkartılması ve devam ederse intrakardiyak trombüs için cerrahi planlanmış. Yaklaşık 3 ay sonra cerrahi için başvuran hastanın Eylül-2023'te görüntülemelerinde trombüslerin devam ettiği, sağ ana bronş komşuluğunda, hiler bölgede 24x20 mm boyutunda yeni nodüler görünüm izlenmiş. Cerrahinin riskli olması ve sağ akciğer de yeni gelişen kitle? olması nedeniyle hasta Göğüs Hastalıkları-Kardiyoloji-Radyoloji-Romatoloji'nin de katıldığı konseyde değerlendirildi. Hastaya tekrarlayan oral aft, akneiform döküntü, yaygın ve intrakardiyak trombüs, paterji pozitifliği, HLA-B51-pozitifliği ve pulmoner anevrizma şüphesi ile Behçet hastalığı tanısı konuldu. Venografide diğer venlerde trombüs izlenmedi. Hastaya yüksek doz metilprednizolon, ardından siklofosfamid 1 gr/ay başlandı, 6 aylık tedavi sonrası intrakardiyak trombüs ve akciğer lezyonunda kısmi regresyon gözlemlendi (Şekil 1). Bu süreçte hastada bilateral akut anterior üveitte gelişti, kemoterapide dahil toplam 18 gr siklofosfamid alması nedeniyle infliksimab+azatiyopürin tedavisine geçiş planlandı ancak onkolojik durumundan dolayı hasta anti-TNF tedaviyi reddetti. İnterferonun temin edilememesi, olgunun tutulum yerleri gözönüne alınarak siklofosfamidin bir yıla tamamlanması planlandı. Takibinde 8. kür siklofosfamid sonrası yeni bir nodül saptanan hastaya bronkoskopi yapıldı ve fungal-pnömoni nedeniyle antifungal tedavi başlandı. Hasta, halen immünosüpresif ve antifungal tedavi ile izlenmektedir.

Sonuç: Başlangıçta malignite/katater ilişkili tromboz olarak değerlendirilen bu nedenle tanı gecikmesi yaşayan, tanıdan sonra da tedavi kısıtlılıklarından dolayı izlem ve yönetim açısından zorluklar barındıran bu olgu, Behçet Hastalığının agresif venöz trombozla prezente olabileceğini, özellikle dirençli olgularda altta yatan sistemik hastalıkların mutlaka araştırılması gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, tromboz, malignite, ewing sarkomu



Şekil 1. Aynı kesitten alınan karşılaştırmalı toraks bilgisayarlı tomografi görüntüleri, (A) Eylül 2023 - tedavi öncesi; (B) Nisan 2024 - tedaviden yaklaşık 6 ay sonrası. Lezyonun kısmi regresyonu izlenmektedir

[PS-007]

Sjögren sendromu ile ilişkili eozinofilik fasiit: Nadir bir olgu sunumu

Ömer Atakan Soğur, Dilara Bulut Gökten, Rıdvan Mercan

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

Amaç: Eozinofilik fasit (EF), ilk kez 1974 yılında Shulman tarafından tanımlanmış nadir bir bağ dokusu hastalığıdır. Hastalık genellikle 40-50 yaş arasında ortaya çıkar ve her iki cinsiyeti eşit sıklıkta etkiler. Klinik olarak en sık deri sertleşmesi, ödem, ağrı ve hareket kısıtlılığı ile kendini gösterir. Eozinofilik fasiit tanısı, klinik bulgular, laboratuvar testleri ve görüntüleme yöntemlerinin birlikte değerlendirilmesi ile konur. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG), hem tanıda hem de hastalığın izleminde tercih edilen görüntüleme yöntemidir. Tanıyı kesinleştirmek için gerektiğinde fasiyal biyopsi yapılabilir. Bu yazıda, Sjögren sendromu tanısı olan 59 yaşındaki kadın hastada gelişen eozinofilik fasiit olgusu sunulmuştur. Hasta, sol ön kolunda ağrı, şişlik ve hareket kısıtlılığı şikayetleriyle başvurmuştur. Sistemik muayenesinde vital bulguları normal sınırlarda olan hastanın, kas-iskelet muayenesinde sol ön kolda deride kalınlaşma ve sertleşme ile birlikte eritem, lokal ısı artışı ve şişlik saptanmıştır. Nörolojik muayenesi normaldi ve travma öyküsü yoktu.

Yöntem: Laboratuvar değerlendirmesinde CRP 21 mg/L, ESR 21 mm/saat ve lökosit sayısı 10,57×103/µL olarak ölçülmüştür. Eozinofil sayısı ise 0,73×103/µL olup normalin üzerindeydi. Böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normaldi. MRG ile yapılan görüntülemede sol ön kol kaslarının fasiyal düzeylerinde belirgin ödem saptanmıştır (Şekil 1). Klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulguları birlikte değerlendirilerek EF tanısı konulmuş ve tedaviye günlük 20 mg prednisolon başlanmıştır. Üç aylık izlemde hastada sol ön kolda deride yumuşama, enflamasyon bulgularında gerileme ve laboratuvar parametrelerinde (CRP, ESR, WBC) düzelme saptanmıştır. Bu gelişmelere paralel olarak steroid dozu kademeli olarak azaltılmış ve hasta şu anda günlük 10 mg prednisolon ile izlenmektedir.

Bulgular: Eozinofilik fasiitin nedeni bilinmemektedir; ancak otoimmün hastalıklar, ilaçlar, hematolojik bozukluklar gibi çeşitli tetikleyici faktörler suçlanmaktadır. Sjögren sendromu da EF ile birlikte görülebilen otoimmün hastalıklar arasında yer alır. EF'nin tipik bulguları arasında deride ödem, sertleşme, "portakal kabuğu" görünümü ve yüzeyel venler boyunca gözlenen "oluk belirtisi" bulunur. EF tanısında biyopsi altın standart olsa da, belirgin MRI bulguları mevcutsa tanı koydurucu olabilir. Tedavide ilk seçenek sistemik kortikosteroidlerdir ve genellikle yüksek oranda başarı sağlanır. Erken tanı ve tedavi, deride kalıcı sertlik ve eklem kontraktürlerini önlemede kritik öneme sahiptir.

Sonuç: Sonuç olarak, bu olgu, Sjögren sendromu ile EF birlikteliğini gösteren nadir bir olgu temsil etmekte ve benzer klinik bulgularla başvuran hastalarda bu birlikteliğin akılda tutulmasının tanı ve tedavi sürecini hızlandırabileceğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Eozinofilik fasiit, otoimmün hastalık, Sjögren sendromu

Şekil 1. Aynı kesitten alınan karşılaştırmalı toraks bilgisayarlı tomografi görüntüleri, (A) Eylül 2023 - tedavi öncesi; (B) Nisan 2024 - tedaviden yaklaşık 6 ay sonrası. Lezyonun kısmi regresyonu izlenmektedir

[PS-008]

Periorbital deri tutulumu ile başvuran erişkin başlangıçlı Still hastalığı olgusu

Andaç Komaç, Nergis Serin, Betül Dikkanoğlu Demirok, Duygu Temiz Karadağ, Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle

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

Amaç: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı (EBSH) klasik olarak ateş yüksekliğine eşlik eden somon rengi makular, makulopapüler tarzda deri döküntüsü, boğaz ağrısı, artrit -artralji, hepatosplenomegali, lenfadenopatiler, nötrofilik lökositoz, karaciğer fonksiyon testlerinde yükseklik, ferritin yüksekliğinin görüldüğü otoenflamatuvar bir tablodur. Nadir bir deri tutulum şekli ile başvuran EBSH olgusu sunulmuştur.

Olgu: On sekiz yaş kadın, 2 ay önce zayıflama amaçlı bitkisel ilaç kullanımı olan hastanın yaklaşık 1 aydır bilateral göz kapaklarında döküntü ve ateş yüksekliği mevcutmuş. Ateşle birlikte gövde ve kolların üst kısımlarında eritemli döküntüleri olup geçmekteymiş, hasta ateş yüksekliği sebebiyle enfeksiyon hastalıkları servisine yatırılmış (Şekil 1A, B). Fizik muayenesinde göz kapaklarında yaklaşık olarak 3x1.5 cm boyutlarında kaş çizgisinin korunduğu hafif ödemli iyi sınırlı eritemli plaklar, göğüs ön yüzde ve kollarda eritemli döküntüler, boyunda ele gelen lenfadenopatiler ve sağ dirsekte artriti mevcuttu. İdrar ve kan kültürlerinde üreme saptanmayan hastanın ferritin değeri 10.484 µg/L, CRP 100 mg/L, ESH 66 mm/sa ANA negatif, ENA panel negatif, RF negatif, Anti CCP negatif saptandı ayrıntılı laboratuvar sonuçları tabloda verilmiştir. Ampirik antibiyotik tedavisi ile ateş yanıtı alınamayan ve enfektif etiyolojiler ekarte edilen hasta romatoloji servisine devir alındı. EKO'su normal saptanan hastanın batın USG'de karaciğer 160 mm, dalak 139 mm saptandı. Boyun USG'de servikojuguler ve servikoposterior lenf zincileri trasesinde en büyüğü 30x12 mm boyutlu hilusları seçilebilen lenf nodları saptandı. Toraks görüntülemesi normaldi. Periferik yaymada nötrofillerde toksik granülasyon ve sola kayma dışında bulgu saptanmadı. Hastaya EBSH tanısıyla metilprednisolon (MPZ) 60 mg/gün ve metotreksat 15 mg/ h tedavisi başlandı. Takipte ateş ve döküntüleri gerileyen (Şekil 1C) ferritin değeri 3.000 µg/L olan hastanın steroid tedavisinin 10. gününde tekrar ateş yüksekliği gelişti ve ferritin değeri 35.000 µg/L'ye kadar yükseldi. Trigliserit düzeyi 664 mg/dL'ye yükselen, fibrinojen 1,5 g/L (1,7-4,2) ve D-dimer 7 mg/dL (<0,05) saptanan hastada makrofaj aktivasyon sendromuna gidiş düşünüldü. Hastaya 3 gün 1000 mg pulse MPZ yapıldı ve anakinra tedavisi başlandı. Tedavi ile ateş yüksekliği ve ferritin değerleri gerileyen hasta metotreksat, MPZ, anakinra tedavisi ile taburcu edildi.

Sonuç: EBSH'de klasik olarak somon rengi makular ve makulopapüler tarzda deri döküntüleri ateş ile birlikte ortaya çıkar, gövde ve ekstremitelerde yerleşme eğilimindedir ve kaşıntılı değildir. Köbner fenomeni görülebilir. Periorbital tutulum nadir olarak bildirilmiştir. Dermatomiyozit benzeri periorbital tutulumla prezente olan 3 EBSH hastasında MAS tablosu gelişmiş ve bu hastaların daha ağır seyirli olduğu bildirilmiştir. Bizim hastamızda da benzer şekilde şiddetli bir EBSH kliniği gelişmiş ve anakinra tedavi ihtiyacı olmuştur. Nadir görülen bir deri tutulum şekli olarak periorbital tutulum EBSH'da akılda tutulmalı ve şiddetli seyir açısından uyarıcı olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı, periorbital döküntü, EBSH, dermatomiyozit benzeri döküntü

Şekil 1. A Tedavi öncesi göz kapaklarında eritemli plak şeklinde döküntü, B Tedavi öncesi kollarda makulopapüler döküntü, C Tedavi sonrası göz kapaklarındaki döküntülerde gerileme

[PS-009]

Trakeal tutulumla prezente olan nadir bir relapsing polikondrit olgusu

Emel Oğuz Kökoğlu[1], Melih Kızıltepe[1], Tuğba Kahraman Denizhan[2], Hüseyin Kaplan[3], Celil Barlas Cengiz[2], Abdurrahman Soner Şenel[2]

[1]Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Kayseri

[2]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

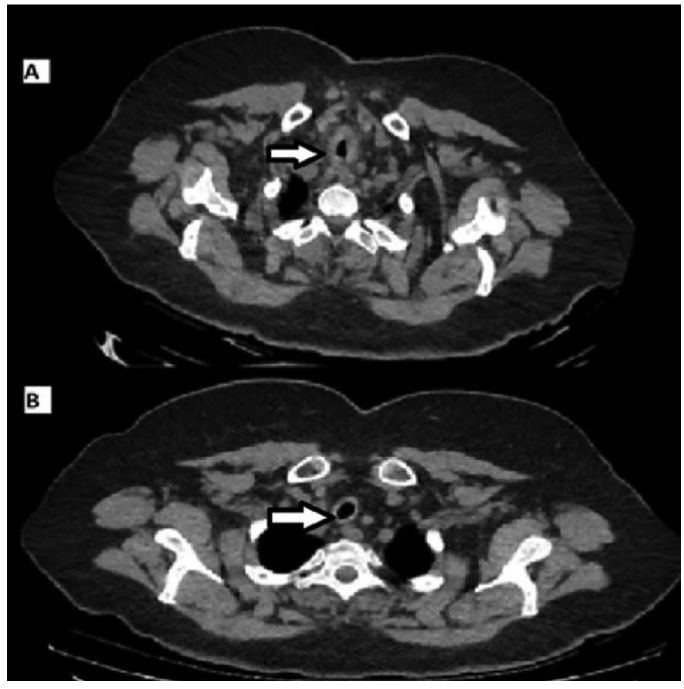
[3]Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Aksaray

Amaç: Relapsing polikondrit (RP), tekrarlayan kıkırdak enflamasyonları ile seyreden, nadir görülen sistemik bir otoimmün hastalıktır. Genellikle kulak, burun, trakea ve diğer kıkırdaklı yapılarda tutulum gösterir. Bu olgu sunumunda, hayatı tehdit eden trakeal tutulumla prezente olan ve tanı süreci oldukça komplike seyreden bir RP olgusunu paylaşmayı amaçladık.

Olgu: Astım ve tip 2 diyabet tanıları bulunan 55 yaşındaki kadın hasta, Aralık 2023'te kuru öksürük ve hışıltı şikayetleriyle göğüs hastalıklarına başvurmuş. Viral üst solunum yolu enfeksiyonu sonrası sinobronşit tanısıyla moksifloksasin başlanmış. Ancak antibiyotik tedavisine rağmen semptomları devam etmiş. Muayenede taşikardi ve ronküs saptanmış. C-reaktif protein (CRP) 99,7 mg/L ve PAAC grafide sağda parakardiyak şüpheli infiltrasyon izlenmiş. Hasta yatırılarak iv antibiyotik ve sistemik steroid tedavisi başlanmış. Ocak 2024'te çekilen toraks BT'de pnömoni saptanmamış. Trakea normal izlenirken, peribronşial yumuşak dokularda kalınlık artışı tespit edilmiş. H1N1 ve influenza pozitifliği üzerine antiviral tedavi başlanmış. Tedavi sonrası CRP 3,91 mg/L'ye düşen hasta steroid dozu kademeli azaltılarak taburcu edilmiş. Yatış sonrası birinci ay kontrolünde öksürük şikayeti devam eden hastanın CRP'si 194,98 mg/L bulunmuş. Antiviral ve oral antibiyotik tedavileri tekrar başlanmış. Reflü sintigrafisinde orta-ileri reflü saptanması üzerine antireflü tedavi başlanmış. 15 gün sonra CRP 142 mg/L'ye gerileyince tedaviye antifungal ajan eklenmiş. Mart 2024'te toraks BT'de trakea duvarında yeni gelişen diffüz çevresel kalınlaşma saptanmış (trakeit? vaskülit?) (Şekil 1A). Artan enflamasyon belirteçleri üzerine romatolojiye yönlendirilmiş. Romatolojik değerlendirmede son 1 yıldır halsizlik, yorgunluk, yaygın eklem ağrıları; son 6 aydır kuru öksürük, son 4 aydır ses kısıklığı ve nefes darlığı olduğu öğrenildi. Fizik muayenede stridor, ronküs ve el bileklerinde yaygın hassasiyet izlendi. Laboratuvar bulgularında WBC: 9.370/mm3, Hgb: 11,9 g/dL, Plt: 654.000/mm3, CRP: 118 mg/L, sedimentasyon: 67 mm/saat, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normal, IgG: 2115 mg/dL (yüksek), ANA, ENA, ANCA negatif ve IgG4 düzeyleri normal olarak saptandı. Toraks BT'de servikal, mediastinal, paratrakeal, subkarinal ve hiler düzeylerde LAP'lar (en büyüğü 25x13 mm), bronş duvar kalınlaşmaları (bronşit?) izlendi. Boyun BT'de sol aryepiglottik foldda belirgin kalınlaşma, sol piriform sinüste sağa göre kısmi obliterasyon saptandı. İki farklı kıkırdak dokuda (epiglot ve trakea) Relapsing Polikondrit ön tanısı konularak, 0,5 mg/kg metilprednizolon ve haftalık 15 mg SC metotreksat (mtx) tedavisi başlandı. Takiplerinde Mayıs 2024 kontrolünde semptomlarda belirgin azalma, toraks BT'sinde trakea duvar kalınlaşmasında azalma saptandı. Kontrol CRP: 12 mg/L idi. Steroid dozu 4 mg'a düşürüldü, mtx tedavisine devam edildi. Son kontrolde hastanın aktif şikayeti yoktu. BT'de trakeal kalınlık 9 mm'den 4 mm'ye gerilemişti (Şekil 1B). Kontrol CRP: 4,73 mg/L ve sedim: 10 mm/saat idi.

Sonuç: Bu olgu, özellikle inatçı solunum semptomları, yüksek enflamatuvar belirteçler ve çoklu kıkırdak tutulumunun varlığında Relapsing Polikondrit tanısının mutlaka düşünülmesi gerektiğini göstermektedir. Trakeal tutulum, geç tanı konulursa hayatı tehdit edebileceğinden dikkatli bir multidisipliner değerlendirme kritik önemdedir.

Anahtar Kelimeler: Kıkırdak enflamasyonu, relapsing polikondrit, trakeal tutulum



Şekil 1. Hastanın tanı anındaki (A) ve son vizitteki (B) toraks BT trakea görüntülemesi

[PS-010]

Adalimumab tedavisi alan ve daha önce iki defa latent tüberküloz için koruyucu tedavi kullanmış ankilozan spondilit hastasında gelişen aktif tüberküloz: Olgu sunumu

Salim Mısırcı

Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Amasya

Amaç: Anti-tümör nekroz faktörü (TNF)-α tedavisi, ankilozan spondilit (AS), romatoid artrit ve psöriatik artrit gibi enflamatuvar romatizmal hastalıkların seyrinde, özellikle de dirençli hastalarda sıklıkla kullanılmaktadır. Adalimumab (ADA) da tamamen insan kaynaklı, monoklonal antikor yapısında olan bir anti-TNF-α ajandır. Diğer taraftan, TNF-α makrofaj aktivasyonu için önemli bir sitokindir. TNF-α aracılığıyla makrofaj aktivasyonu ile granülom oluşumunun sağlanması, tüberküloz (TB) etkeninin kontrolünde önemlidir. Özellikle ADA gibi monklonal yapıda olan anti-TNF-α ajanlar, latent tüberküloz (LTB) reaktivasyonuna neden olabilir. Ülkemizde bu tedaviler planlanırken uygun tarama kılavuzuna göre LTB taraması yapılarak, gerekli hastalara koruma tedavisi verilmektedir. Bu olgu sunumunda, daha önce farklı zamanlarda 9 aylık izoniazid koruma tedavisi almasına rağmen TB gelişen hasta sunulmuştur.

Olgu: Hastamız ek komorbiditesi olmayan, 2014 yılında AS tanısı almış, 43 yaşında bir erkekti. Grafide sol sakroiliak eklemde evre 3 sakroiliit mevcuttu. Periferik eklem tutulumu veya ekstra-artikuler tutulum öyküsü yoktu. 2014 yılında ADA (40 mg/subkütan/2 hafta) tedavisi başlanmış olup, yaklaşık 10 yıldır remisyonda devam etmekteydi. Daha önce aktif TB veya temas öyküsü olmayan hastada, 2014 yılındaki LTB taraması pozitif olması üzerine, adalimumab başlangıcında 9 ay izoniazid koruma tedavisi verilmişti. Yine 2023 yılında göğüs hastalıkları önerisiyle, 10 yıllık süreç sonrası, ikinci bir 9 ay izoniazid koruma tedavisi daha almıştı. Hastanın yaklaşık 1 aydır devam eden boğaz ağrısı, ateş ve ses kısıklığı şikayetleri mevcuttu. Hastada ADA tedavisine ara verilerek, kulak burun boğaz (KBB) polikliniğine konsülte edildi. KBB tarafından antibiyotik tedavisi verilerek, manyetik rezonans görüntüleme (MRG) istendi. MRG sonucunda; orofarenks düzeyinde, sol tarafta hava sütununda daralmaya neden olan, yaklaşık 2,5 cm çapında yumuşak doku intensitesinde kitle lezyon saptandı. KBB tarafından mantar enfeksiyonu ve malignite ön tanılarıyla biyopsi yapıldı. Biyopsi sonucu; yapılan kesitlerde malignite lehine bulgu izlenmemiştir. Ehrlich-Ziehl-Neelsen (EZN) boyama negatiftir. Olgunun granülomatöz hastalık etiyolojileri açısından klinik olarak araştırılması önerilir. EZN boyasının negatif öngörücü değerinin düşük olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Sonuç olarak non-nekrotizan granülomatöz enflamasyon bulguları olarak raporlandı. Hasta tekrar romatoloji polikliniğine mevcut sonuçlarla geldiğinde, olası vaskülit açısından vaskülit paneli istendi. Yine olası Crohn hastalığı açısından gastroenterolojiye danışıldığında, Crohn hastalığı düşünülmedi. Vaskülit paneli negatif olan hasta, olası TB veya sarkoidoz açısından göğüs hastalıklarına danışıldı. Göğüs hastalıkları tarafından yapılan bronkoalveolar lavajda, aside rezistan basil (ARB) ve TB polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) pozitif gelmesi üzerine, hastaya TB tedavisi başlanmıştır.

Sonuç: Anti-TNF-α ajanlar, romatoloji pratiğinde sıklıkla kullanılmakta olup, özellikle ADA gibi monoklonal antikor kullanan hastalarda, ülkemizdeki TB yaygınlığının hala yüksek oranlarda olduğu da göz önünde bulundurularak, olası aktif TB veya LTB açısından dikkatli olunmalıdır. Olgumuzda da görüldüğü üzere, LTB için verilen koruyucu tedavilerin etkinliği ve etkin oldukları zaman aralığıyla ilgili bilgiler hala kısıtlıdır.

Anahtar Kelimeler: Adalimumab, ankilozan spondilit, tüberküloz

[PS-011]

Romatoloji hastalarında aşırı (ekstrem) hiperferritinemi nedenleri: Ferritin düzeyi ölümü tahmin edebilir mi?

Mesut Ajder[1], Döndü Üsküdar Cansu[2], Ertuğrul Çolak[3], Hava Üsküdar Teke[4], Cengiz Korkmaz[2]

[1]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Eskişehir

[2]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

[3]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Eskişehir

[4]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, Eskişehir

Amaç: Romatoloji ve hematoloji pratiğinde aşırı (ekstrem) hiperferritinemi sıklığını, nedenlerini ve mortalite üzerine etkili faktörleri saptamaktı.

Yöntem: Ferritin düzeyi ≥5.000 ng/mL olan 18 yaş ve üzeri hastalar etiyolojiye yönelik olarak romatoloji ve hematoloji kliniklerinden elektronik veri kayıt sisteminden retrospektif olarak tarandı.

Bulgular: On üç yıllık süre boyunca yapılan 43.110 ferritin tetkikinin %0,76'sında aşırı (ekstrem) hiperferritinemi saptandı. Çalışmada romatoloji kliniğinden 35 hasta ve hematoloji kliniğinden 104 hasta olmak üzere 139 hastanın verileri analiz edildi. Romatoloji olgularının %71,4'ü ve hematoloji olgularının %50,9'u kadındı. Tüm hastaların yaş ortalaması 51,69±17,12 (18-83) yıl idi. Tüm grup için ferritin ortanca değeri 7.768 ng/mL ve ortalama değeri 13,022±17,141 (5,017-100,000) ng/mL idi. Aşırı (ekstrem) hiperferritinemi etiyolojisinde romatoloji hastalarında Still hastalığı (%54,3), hematoloji hastalarında ise aşırı demir yükü (%55,8) en sık neden idi. Birinci ayda 25 (%18,0) hasta 15,84±9,05 (0-30) gün sonra ölmüştü. Romatoloji hastaları için 1. ay mortalite sıklığı %11,4 idi. En sık ölüm nedeni romatoloji hastalarında MAS (makrofaj aktivasyon sendromu) iken hematoloji grubunda enfeksiyon idi. Aşırı (ekstrem) hiperferritinemi sırasında ölen romatoloji hastaları yaşayanlara göre daha gençti (32,00±8,90 vs 49,10±13,52 yıl, p=0,014). Romatoloji grubundaki ölen hastalarda ferritin değerleri yaşayanlara göre daha yüksekti (75.871,00±30.053,30 ng/mL vs 16,210,93±17,477,25 ng/mL, p≤0,001). Hematoloji hastalarında sağ kalan ve ölen hastalar arasında ferritin değerlerinde farklılık görülmedi (p=0,579). Tüm grup için univariate analizde mortalite için bağımsız risk faktörleri; ferritin düzeyinin 50.000 ng/mL üzerindeki kategorik grupta olması ve C-reaktif proteinde (CRP) artış olması olarak saptandı. Tüm grup için multivariate analizde; ferritin düzeyinin 50.000 ng/mL üzerindeki kategorik grupta olması, protrombin zamanı uzaması ve kan üre azotu artışı bağımsız mortalite risk faktörleri olarak saptandı. Romatoloji hastalarında univariate analizde ölüm için bağımsız risk faktörleri; MAS (makrofaj aktivasyon sendromu) varlığı [HR: 13,257 (%95 CI: 1,374-127,934, p=0,025)], D-Dimer yüksekliği [HR: 1,055 (%95 CI: 1,015-1,097, p=0,006)] ve ALT (alanin aminotransferaz) yüksekliği [HR: 1,021 (%95 CI: 1,007-1,036, p=0,003)] idi. Romatoloji hastalarında MAS (makrofaj aktivasyon sendromu) tanısı için ferritin kesme noktası değeri >20.000 ng/mL'ydi. Bu kesme noktası değeri %71,43 sensitivite ve %89,29 spesifiteye sahipti (p<0,0001, AUC: 0,842). Genel hasta popülasyonu ve hematoloji hastalarının 1. ayındaki mortaliteyi tahmin etmek için ferritin değerlerinde ölen ve sağ kalan grup arasında anlamlı derecede farklılık görülmemiş olup mortaliteyi tahmin etmek için ferritin kesme noktası değeri saptanamadı. Romatoloji hastalarında ise 1. ayda mortaliteyi tahmin etmek için ferritin kesme noktası değerini >34.311 ng/mL olarak saptadık [(%100 sensitivite ve %96,77 spesifite (p<0,0001, AUC: 0,976)].

Sonuç: Aşırı (ekstrem) hiperferritineminin etiyolojik nedenleri çok çeşitlidir ve çalışma popülasyonuna göre değişmektedir. Etiyolojik nedenler hastaların takip edildikleri bölümlere göre değişmektedir. Romatoloji hastalarında Still hastalığı, hematoloji hastalarında ise aşırı demir yükü en sık nedenler iken ferritin düzeyi özellikle romatoloji hastalarında mortaliteyi öngörmek için iyi bir marker olabilir.

Anahtar Kelimeler: Aşırı (ekstrem) hiperferritinemi, ferritin, makrofaj aktivasyon sendromu, mortalite, romatoloji

[PS-012]

Psoriatik hastalarda kardiyovasküler riskin değerlendirilmesinde trigliserit-glukoz indeksi ve femoral arter intima-media kalınlığının rolü

Ayşe Tuğçenur Temiz Gençoğlu[1], Meltem Yıldırım Erol[2], Emine Gözde Aydemir Gülöksüz[1], Ayşe Bahar Keleşoğlu Dinçer[3]

[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara*

[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Ankara*

[3]*The Pearl International Hospital, Doha, Katar*

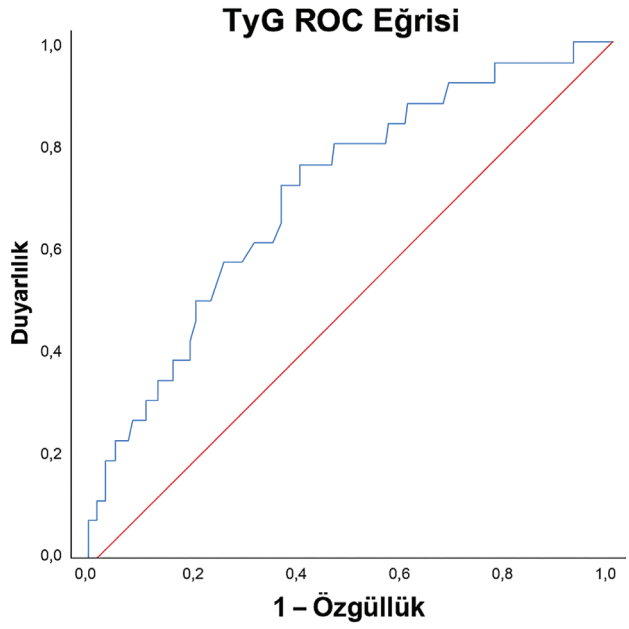
Amaç: Psöriatik artrit (PsA), psöriazisli (PsO) hastaların yaklaşık %30'unda görülen, kronik enflamatuvar bir hastalıktır. Koroner arter hastalığı (KAH) riski PsA hastalarında artmıştır ve mortalitenin en sık sebeplerinden biridir. Femoral arterlerde plak gelişiminin karotid arterlere kıyasla daha yaygın olduğu, subklinik aterosklerozun saptanmasında ve kardiyovasküler riskin öngörülmesinde karotid arterlere göre daha güçlü bir belirteç olduğu bildirilmiştir. Trigliserit-glukoz (TyG) indeksi, insülin direncini yansıtan bir biyobelirteç olup, sistemik enflamasyon ve advers kardiyovasküler olaylarla ilişkilidir. Bu çalışmada, PsA hastalarında femoral arter intima-media kalınlığının (IMT) ve TyG indeksinin sağlıklı bireyler ve PsO hastaları ile karşılaştırılması ve bu parametreler arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya 1 Kasım 2024-31 Temmuz 2025 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği'nde CASPAR kriterlerine göre PsA tanısı ile takip edilen hastalar, PsO hastaları ve sağlıklı bireyler dahil edildi. Daha önce KAH tanısı olan hastalar çalışmaya alınmadı. Hastaların demografik ve klinik özellikleri ile fizik muayene bulguları ilk başvuru sırasında kaydedildi. Laboratuvar testleri 12 saatlik açlık sonrası yapıldı. Femoral arter IMT ölçümleri; ana femoral arterin dallanma bölgesinin üzerinde, bir cm uzunluğunda yapıldı. Trigliserit-glukoz indeksi [açlık trigliseridi (mg/dL) x açlık kan şekeri (mg/dL)/2] olarak hesaplandı.

Bulgular: Çalışmaya 52 PsA, 50 PsO ve 50 sağlıklı birey dahil edildi. Gruplar arasında cinsiyet dağılımı ve komorbidite açısından anlamlı bir fark olmamakla birlikte (sırasıyla p=0,21, p=0,34, p=0,45), PsA grubunun yaş ortalaması diğer gruplara kıyasla daha yüksekti (52,5±11,6 yıl, p=0,028). Hastaların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Trigliserid ve very low density lipoprotein düzeyleri, PsA ve PsO gruplarında sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla p=0,001 ve p=0,003). Serum glukoz düzeyleri açısından ise üç grup arasında anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,12). TyG indeksi, PsA [8,83 (8,47-9,27)] ve PsO [8,80 (8,45-9,25)] hastalarında sağlıklı bireylere kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek bulundu (p<0,001). Her ne kadar PsA grubunda TyG indeksi PsO grubuna göre daha yüksek olsa da bu fark istatistiksel olarak anlamlılığa ulaşmadı (p=0,88). Sağ femoral arter IMT, PsA (0,84±0,23 mm) ve PsO (0,84±0,20 mm) gruplarında sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı şekilde daha yüksekti (p<0,001). Sol femoral arter IMT de benzer şekilde PsA (0,83±0,22 mm) ve PsO (0,79±0,20 mm) gruplarında kontrol grubuna göre yüksekti (p<0,001). PsA ve PsO gruplarında her iki femoral arter IMT değerleri açısından anlamlı bir fark saptanmadı (sol IMT p=0,49; sağ IMT p=0,98). Trigliserit-glukoz indeksinin plak varlığını öngörmede ideal kesim değeri 8,73 olarak hesaplandı (AUC=0,696, %95 GA: 0,587-0,804, p=0,002). Bu eşik değerde duyarlılık %76, özgüllük %58,7, Youden indeksi 0,35, pozitif prediktif değer %26,8 ve negatif prediktif değer %92,5 bulundu. TyG indeksi ile IMT arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı (sol: rs=0,321, p<0,001; sağ: rs=0,364, p<0,001).

Sonuç: Çalışmamız PsA ve PsO hastalarında TyG indeksi ile femoral arter IMT kalınlığının birlikte değerlendirildiği ilk çalışma olup, her iki parametrenin de sağlıklı bireylere kıyasla belirgin şekilde daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Femoral IMT ile TyG indeksi arasındaki pozitif korelasyon, insülin direncinin subklinik ateroskleroz gelişiminde kritik bir rol oynayabileceğini göstermektedir. TyG indeksinin femoral IMT ile birlikte kullanımı PsA hastalarında kardiyovasküler riskin erken dönemde öngörülmesinde klinik olarak değerli ve uygulanabilir bir yaklaşım olabilir. Bununla birlikte, sonuçların doğrulanması için daha geniş kohortlarla yapılacak prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Femoral intima-media kalınlığı, psoriatik artrit, psoriasis, subklinik ateroskleroz, trigliserid-glikoz indeks



Şekil 1. Trigliserit-glukoz indeksinin alıcı işletim karakteristiği (ROC) analizi TyG değerinin plak varlığını öngörmedeki gücü incelendi. ROC analizi sonucunda en uygun kestirim değeri 8,73 olarak belirlendi

[PS-013]

Romatoloji pratiğinde JAK inhibitörleri: Güvenlilik, etkinlik ve sonuçların karşılaştırmalı değerlendirmesi

Rabia Deniz[1], Ayşenur Yılmaz[1], Ayşe Elif Boncukçuoğlu[1], Erdem Bektaş[1], Rumeysa Mirza Altıntaş[2], Hazal Ceylan Tan[2], Kübra Uğur[2], Gül Güzelant Özköse[1], Kübra Kalkan[1], Cemal Bes[1]

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

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

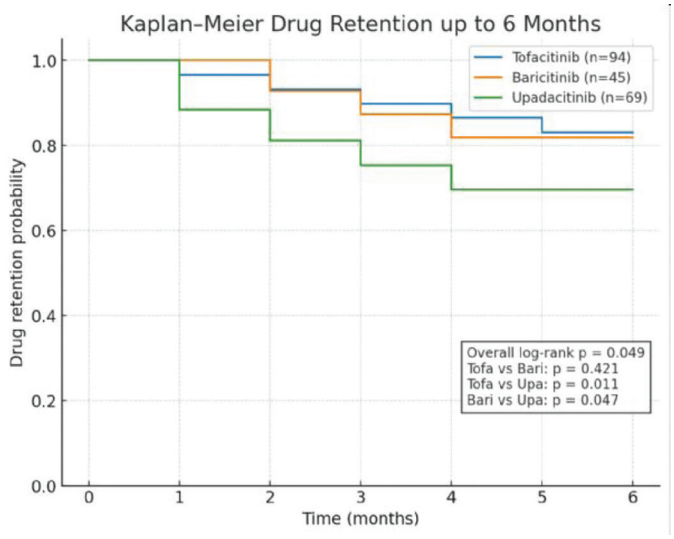
Amaç: Janus kinaz inhibitörleri (JAKinibler), son yıllarda romatoid artrit (RA), ankilozan spondilit (AS) ve psöriatik artrit (PsA) başta olmak üzere çeşitli enflamatuvar romatizmal hastalıkların tedavisinde giderek daha fazla kullanılmaktadır. Ancak gerçek yaşam verilerinde farklı JAKinib'lerin karşılaştırmalı ilaçta kalım, güvenlilik ve kullanım paternleri hakkındaki veriler sınırlıdır. Bu çalışmada, üç farklı JAKinib'in tedavi sürekliliği, yan etki profili ve ilaç bırakma nedenlerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Mayıs 2020-Temmuz 2025 tarihleri arasında, herhangi bir enflamatuvar romatizmal hastalık tanısıyla en az bir JAKinib kullanmış tüm hastalar retrospektif olarak incelendi. Demografik veriler, tanı, kullanılan JAKinib, tedavi ajanı olarak sırası, tedavi süresi, advers olaylar ve ilaçta kalım verileri hasta dosyalarından elde edildi. Kaplan-Meier analizi ile ilaçta kalım karşılaştırıldı.

Bulgular: Toplam 185 hasta (medyan yaş 44 yıl, %67,0 kadın) çalışmaya dahil edildi. Hastaların tanı dağılımı; seropozitif romatoid artrit (RA, n=87), seronegatif RA (n=36), ankilozan spondilit (AS, n=39), psoriatik artrit (PsA, n=17) ve diğer tanılar (n=6) şeklindeydi. Detaylı demografik ve ilaç kullanım verisi Tablo 1'de özetlendi. JAKinib kullanımı tofasitinib (n=94, %50,8), barisitinib (n=45, %24,3) ve upadasitinib (n=69, %37,3) olarak görüldü. Tek bir JAKinib kullanan 166 hasta (%89,7), iki farklı JAKinib kullanan 15 hasta (%8,1) ve tüm JAKinib'leri deneyimleyen 4 hasta (%2,2) vardı. İlk JAKinib olarak tofasitinib %95,7 (n=90), barisitinib %86,7 (n=39) ve upadasitinib %81,2 (n=56) oranında başlanmıştı (p=0,012). Son izlemde, 109 hasta (%58,9) herhangi bir JAKinib kullanmaya devam ediyordu. Altı aylık ilaçta kalım oranları tofasitinib için %81,9, barisitinib için %77,8 ve upadasitinib için %69,6 olarak saptandı (p=0,049) ve Şekil 1'de Kaplan Meier eğrisi ile de gösterildi. Medyan ilaçta kalım süresi tofasitinib için 16,5 ay (1-100 ay), barisitinib için 17 ay (2-43 ay) ve upadasitinib için 11 ay (1-26 ay) idi (p<0,001). Başlanan JAKinib'in devam oranı tofasitinib ve barisitinib için %51,1, upadasitinib için %55,1 idi (p=0,863). En sık JAKinib bırakma nedeni her üç ilaç için de sekonder yanıtsızlıktı. Advers olay görülme sıklığı tofasitinib için %12,8, barisitinib için %20 ve upadasitinib için %11,6 sıklıktaydı. Advers olaylar çoğunlukla hafif seyretmiş olup, tüm ajanlarda en sık gastrointestinal yakınmalar görüldü.

Sonuç: Gerçek yaşam verilerimiz, JAKinib'lerin farklı enflamatuvar romatizmal hastalıklarda yüksek tedavi sürekliliği ve kabul edilebilir güvenlilik profiline sahip olduğunu göstermektedir. Tofasitinib, erken erişim ve bir dönem biyolojik tedavi öncesi kullanım olanağı olmuş olması sayesinde en sık ve ilk JAKinib olarak tercih edilen ajan olurken; upadasitinib daha geç kullanıma girmesine de bağlı olarak daha çok ileri basamakta, biyolojik tedavi başarısızlığı sonrası başlanmasına rağmen refrakter olgularda anlamlı yarar sağlamıştır. Barisitinib ise ülkemizde yalnızca RA endikasyonu ile kullanılmakta, bu nedenle diğer hastalık gruplarında kullanım oranı düşüktür. Tedavi sıralaması, biyolojik deneyimli olma, sekonder yanıtsızlık, geri ödeme koşulları ve hasta profili, JAKiniblerin ilaçta kalım oranlarının belirlenmesinde temel belirleyiciler olarak öne çıkmaktadır. Bu bulgular, klinisyenlerin JAKinib seçimini bireyselleştirirken hem hastalık özelliklerini hem de sağlık sistemi dinamiklerini dikkate almaları gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: JAK inhibitörleri, ilaçta kalım, yan etki



Şekil 1. JAK inhibtörlerinin 6 aylık ilaçta kalım analizi, tofasitinib, barisitinib ve upadasitinibin 6 aylık takip süresince ilaçta kalım oranlarını gösteren Kaplan-Meier eğrilsinde altıncı ayda kalım oranları tofasitinib için %81,9, barisitinib için %77,8 ve upadasitinib için %69,6 olarak saptandı. Altı ay sonunda tedaviye devam eden hastalarda sensörleme uygulandı. Genel log-rank analizi üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu gösterdi (p=0,049). İkili karşılaştırmalarda, tofasitinibin upadasitinibe göre (p=0,011) ve barisitinibin upadasitinibe göre (p=0,047) anlamlı derecede daha yüksek kalım oranına sahip olduğu, ancak tofasitinib ile barisitinib arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü (p=0,421)

Tablo 1. Kullanılan JAK inhibitörü tipine göre temel demografik veriler, klinik özellikler, tedavinin devamlılığı ve sağkalım sonuçları

Parametre	Tofasitinib	Barisitinib	Upadasitinib	p değeri
JAK inhibitörü kullanımı, n (%)	94 (50,8)	45 (24.3)	69 (37.3)	<0.001
Cinsiyet (kadın/erkek), n (%)	64/30 (68,1/31,9)	36/9 (80/20)	43/26 (62,3/37,7)	0,135
Yaş (yıl) medyan (aralık)	45 (23-80)	46 (27-65)	41 (19-60)	<0,001
Sigara kullanımı n (%)	9 (25,7)	4 (28,6)	7 (14,6)	0,046
Diabetes mellitus n (%)	1 (1,1)	3 (6,7)	3 (4,3)	0,130
Hipertansiyon n (%)	8 (8,5)	6 (13,3)	10 (14,5)	0,388
Koroner arter hastalığı n (%)	4 (4,3)	2 (4,4)	1 (1,4)	0,410
Malignite n (%)	0	0	1 (1,4)	0,245
Başlanan JAK inhibitörünün devamlılığı, n (%)	48 (51,1)	23 (51,1)	38 (55,1)	0,863
6 ay ilaç devamlılığı, n (%)	77/94 (81,9)	35/45 (77,8)	48/69 (69,6)	0,179
Medyan ilaç devamlılığı ay, n (%)	16.5 (1-100)	17 (2-43)	11 (1-26)	<0,001
JAK inhibitörü kesilme nedenleri, n (%)				
Yan etki/komorbidite	11 (11,7)	8 (17,8)	4 (5,8)	0,132
Primer yanıtsızlık	16 (17,0)	5 (11,1)	17 (24,6)	0,172
Sekonder yanıtsızlık	17 (18,1)	9 (20,0)	10 (14,5)	0,723
Remisyon	2 (2,1)	0	0	0,294
Tanıya göre JAK inihibitörü kullanımı, n (%)				
SNRA (n=36)	22 (61,1)	9 (25,0)	12 (33,3)	0,005
SPRA (n=87)	51 (58,6)	34 (39,1)	15 (17,2)	<0,0001
AS (n=39)	14 (35,9)	1 (2,6)	27 (69,2)	<0,0001
PSA (n=17)	4 (23,5)	0	13 (76,5)	<0,0001
Diğer (n=6)	3 (50.0)	1 (16,7)	2 (33,3)	0,472
Her bir ilaç için p değeri	0,016	<0,001	<0,001	
Tanıya göre JAK inhibitörü devamlılığı, n (%)				
SNRA	14/22 (63,6)	6/9 (66,7)	7/12 (58,3)	0,920
SPRA	21/51 (41,2)	17/34 (50,0)	11/15 (73,3)	0,090
AS	9/14 (64,3)	0/1	12/27 (44,4)	0,001
PSA	3/4 (75,0)	N/A	7/13 (53,8)	0,603
Diğer	1/3 (33,3)	0/1	1/2 (50,0)	0,980
Her bir ilaç için p değeri	0,218	0,287	0,488	

[PS-014]

Kronik birinci metatarsofalangeal eklem ağrısında transarteriyel mikroembolizasyon tedavisi: Yeni bir minimal invaziv yaklaşım

Çağrı Erdim[1], Rabia Deniz[2], Tevfik Güzelbey[1], Mehmet Hamza Türkcanoğlu[1], Cemal Bes[2], Özgür Kılıçkesmez[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

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

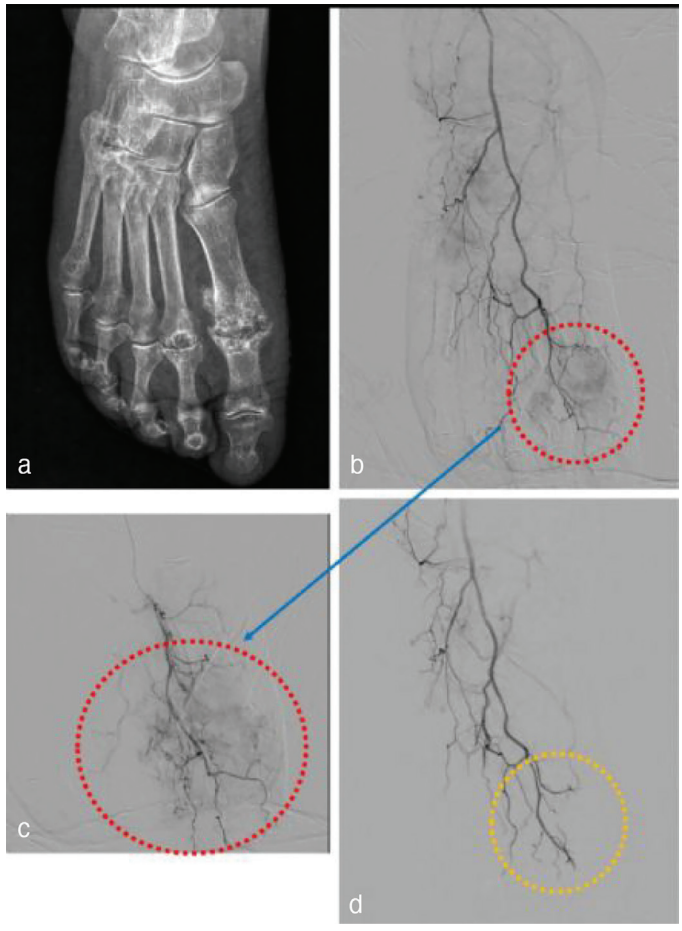
Amaç: Kronik birinci metatarsofalangeal eklem (MTPJ) ağrısı, romatolojik hastalıklarda sık karşılaşılan ve yaşam kalitesini ciddi biçimde etkileyen bir klinik tablodur. Özellikle gut, seronegatif ya da seropozitif romatoid artrit (SNRA/SPRA), spondiloartrit/psöriatik artrit (SpA/PsA) ve osteoartrit gibi durumlarda konservatif tedavilere rağmen dirençli ağrı görülebilmektedir. Son yıllarda girişimsel radyoloji alanında eklem çevresi hipervaskülariteyi hedefleyen transarteriyel mikroembolizasyon (TAME) yöntemi başarıyla uygulanmakta olup MTPJ için veri ve deneyim henüz yoktur. Bu çalışmanın amacı, TAME'nin kronik ve refrakter MTPJ ağrısındaki uygulanabilirliğini, güvenliğini ve kısa dönem etkinliğini değerlendirmektir.

Yöntem: Mayıs 2020-Temmuz 2025 arasında, kronik MTPJ ağrısı nedeniyle başvuran ve TAME uygulanan 20 hasta (27 ayak; 4 erkek, 16 kadın) çalışmaya dahil edildi. Median yaş 64 yıl (41-76) idi. İşlem öncesi tüm hastalara direkt grafi çekilerek eklem aralığı daralması ve osteoartrit bulguları, Doppler ultrasonografi ile vasküler yapıların açıklığı değerlendirildi. Femoral arterden Seldinger tekniği ile girilerek yapılan anjiyografide hipervaskülarite tespit edilen bölgeler mikrokateter ile süperselektif olarak kateterize edildi ve imipenem/silastatin süspansiyonu ile blush görünümü kaybolana kadar embolize edildi (Şekil 1). Ağrı şiddeti görsel analog skala (VAS), fonksiyonel kısıtlılık ve haftalık analjezik kullanımı ile değerlendirildi. Takip değerlendirmeleri işlem öncesi, 1., 3. ve 6. ayda yapıldı.

Bulgular: Altta yatan tanılar SNRA (n=8), gut (n=7), SpA (n=3), halluks valgus + sekonder osteoartrit (n=7) ve primer OA (n=2) idi. İşlem öncesi 27 hastanın 17'si düzenli NSAİİ kullanmaktaydı; toplamda 24 hasta yaşamlarının bir döneminde NSAİİ tedavisi almıştı. İki hasta ek olarak gabapentin tedavisi kullanıyordu. Median takip süresi 5 ay (2-12) idi. Hiçbir hasta takipten düşmedi. Median VAS skoru 9'dan (5-10) 1'e (0,6) geriledi ve ortalama VAS düşüşü 8,0 puan (%96 GA: 6,0-9,0) idi ($p<0,001$). Alt grup analizinde en belirgin yanıt SpA/PsA'da (-10 puan) ve gut hastalarında (-8,5 puan) gözlendi; halluks/OA'da -7,5 ve SNRA'da -4,0 puanlık düşüş saptandı. Takibin ilerleyen dönemlerinde bazı hastalarda 1-2 puanlık VAS artışı izlense de bu artış istatistiksel olarak anlamlı değildi ve hiçbir hastada VAS >5 olmadı. Haftalık analjezik kullanımı 7'den (0-20) 0'a (0-3) düştü ($p<0,0001$). Tüm hastalarda teknik başarı elde edildi. Bir olguda (%3,7) işlem sonrası geçici deri renk değişikliği görüldü, 2 saat içinde kendiliğinden düzeldi. Başka bir akut ya da takip dönemi komplikasyon izlenmedi.

Sonuç: Bu prospektif tek merkezli çalışma, TAME'nin kronik MTPJ ağrısında hem etkin hem de güvenilir bir yardımcı tedavi yöntemi olabileceğini göstermektedir. Ağrı skorlarında anlamlı ve kalıcı azalma ile birlikte analjezik ihtiyacında dramatik bir düşüş sağlanmıştır. Özellikle kristal artropatileri ve SpA/PsA alt gruplarında daha belirgin fayda gözlenmesi, bu hasta popülasyonlarının TAME'den daha çok yararlanabileceğini düşündürmektedir. Komplikasyon oranlarının düşük olması yöntemin güvenilirliğini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Metatarsofalangeal eklem, embolizasyon, imipenem/silastatin, enflamatuvar artrit, osteoartrit



Şekil 1. TAME uygulaması ve hasta örneği, sağ ayak embolizasyonu uygulanan bir hastanın işlem öncesi radyografik ve işlem sırasındaki anjiyografik görüntüleri. Görüntü (a)'da seronegatif romatoid artritli hastaya ait direkt grafide, metatarsofalangeal ve tarsometatarsal eklemlerde daralma izlenmekte olup, bu bulgular sekonder osteoartriti düşündürmektedir. İlk işlem görüntüsü (b), makrokateter aracılığıyla A. dorsalis pedis'e kontrast verilerek elde edilen, tüm sağ ayağın subtraksiyonlu DSA görünümünü göstermektedir. Görüntü (c), mikrokateter ile süperselektif kateterizasyon sonrası ilk dorsal metatarsofalangeal arterin görünümünü sunmaktadır; burada daha belirgin bir vasküler "blush" ve venöz yapılarının artmış görselleşmesi dikkati çekmektedir. Görüntü (d)'de, süperselektif kateterizasyon ve imipenem/silastatin ile embolizasyon sonrasında, makrokateter aracılığıyla elde edilen görüntü tüm ayağın vaskülarizasyonunu göstermekte; vasküler "blush"un kaybolduğu, distal damar yapılarının ise korunduğu izlenmektedir

[PS-015]

Görünmeyeni anlatmak: İmmünosupresif dirençli, serolojik olarak aktif bir olgu

Esen Saba Öktem

Erzurum Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Erzurum

Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE), polimiyozit (PM) ve vaskülitler kas tutulumuyla seyredebilir, ayırıcı tanıları zor olan hastalık gruplarıdır. Kas biyopsisi, klinik ve laboratuvar uyumu tanıda ve tedavide klinik önem taşır. Bu olgu; polimiyozit düşünülerek takip edilen, proksimal kas güçsüzlüğü ile başvuran ve sonrasında SLE-overlap sendromu düşünülen, immünosupresif tedavilere dirençli bir hastanın takibini sunmaktadır.

Olgu: Altmış sekiz yaşında kadın, dış merkez üroloji servisinden abdominal tomografide renal cell ca (RCC)? ön tanısıyla kliniğimize operasyon öncesi değerlendirme amacıyla alındı. Hastanın öncelikli şikayeti simetrik kas gücü azalması ve yürümekte zorlanma. Yaklaşık 1 senedir şikayetler devam ediyor. Fizik muayenede üst ve alt ekstremitelerde 3/5 bilateral kas gücü, palpasyonla ağrısızlık saptandı; başka pozitif fizik muayene bulgusu yoktu. O dönemde hafif disfajisi vardı. Tetkiklerinde kreatin kinaz 15 mg/dL'nin altında, AST-ALT normal sınırlarda, diğer tetkikleri normaldi. EMG'de sensorimotor aksonal polinöropati ile uyumlu bulgular; sağ üst ekstremite kaslarında (deltoid, biseps, FDI) kronik nitelikli nörojenik MÜP aktivitesi, bilateral tibialis anterior kasında normal-nörojenik MÜP geçişleri ve sağ vastus medialis kasında erken katılım ile uyumlu miyopati MÜP aktivitesi izlendi. Uyluk MR'ında kas çevresinde enflamatuvar miyozitle uyumlu belirgin ödem alanları vardı. Malignite taramasında PET-CT'de ana aorta dallarında vaskülitik tutuluma bağlı olduğu düşünülen aktivite tespit edildi, ancak malignite lehine bulgu saptanmadı. Toraks BT'de interstisyel akciğer hastalığı yoktu. Anti-SSA, anti-nükleer antikor ve anti-dsDNA yüksek titrede pozitif; anti-Jo-1 negatifti. Miyozit spesifik otoantikorlar hastanemizde çalışılamadı. Plaquenil 1×1 ve 250 mg/gün steroid ile başlandı. Lupus-overlap sendromu düşünülerek azatiyoprin tedricen 3×1'e yükseltildi. Kas gücünde artış olmadı, disfajisi oral ilaç alamayacak kadar şiddetlendi. Takiplerinde platelet değeri 16.000'e düşen hasta hematolojiye danışıldı. Periferik yayma ve kemik iliği biyopsisi sonrası ITP tanısı aldı. Hematoloji önerisiyle 150 g IVIG verildi. Platelet düzeyleri yükselse de kas gücünde düzelme olmadı. Önceden yapılan kas biyopsisinde kas dokusu alınamadığı için sonuç alınamadı. Ankara'dan ikinci kas biyopsisi için tarih alındı. Endikasyon dışı onayla rituksimab 1000 mg 0-2 haftalarda planlandı; ilk doz uygulandı. İkinci doz öncesi hasta kendi isteğiyle taburcu oldu. Bir hafta sonra acilden CRP'si yüksek olarak başvuran hasta sepsis nedeniyle yoğun bakıma alındı ve septik şok nedeniyle eksitus oldu.

Sonuç: Polimiyozit benzeri klinikle başvuran bu olguda, kas biyopsisinin tanısal olmaması ve CK düzeylerinin genellikle normal seyretmesi tanıyı zorlaştırdı. Kas ödeminin eşlik ettiği MR bulguları ve progresif disfaji enflamatuvar miyoziti desteklese de, steroid, IVIG ve azatiyoprin tedavilerine yanıtsızlık daha nadir nedenleri düşündürmüştür. Miyozit otoantikorlarının kısıtlı çalışılması, dirençli miyozit kısmını aydınlatamadı. ANA ve anti-dsDNA yüksekliği ile PET-BT'deki vaskülitik tutulum, SLE'ye sekonder miyozit ve/veya vaskülitik miyozit olasılığını kuvvetlendirmiştir. Kas biyopsisi sonucu kan fibrin kitlesi olarak raporlanmış olup, patoloji değerlendirmesindeki sınırlılık tanıyı güçleştirmiştir. Progresif disfajinin prognoz açısından kötü bir gösterge olabilir. Tedaviye dirençli seyir üzerine, alternatif immünosupresifler sonrası rituksimab uygulanması planlanmıştır; bu yaklaşım literatürde de refrakter olgularda önerilmektedir. Olgu, kas biyopsisinin yetersiz olduğu durumlarda tanı koymanın güçlüğünü göstermektedir. Otoantikorların yüksek titrede pozitif olması serolojik aktivitenin göstergesi olsada klinik ve patolojik korelasyon olmadan tanı zordur. Miyozitlerde biyopsi yalnızca tanı için değil, ayırıcı tanı ve tedavi planlaması açısından önemlidir. Anti-sentetaz sendromlarına özgü otoantikorların yokluğunda, klasik SLE'ye sekonder kas tutulumu da göz ardı edilmemelidir. Bu olgu multidisipliner yaklaşımın ve ileri merkezlerde biyopsi değerlendirmesinin önemini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Enflamatuvar kas hastalıkları, kas güçsüzlüğü, lupus-overlap, polimiyozit, SLE, vaskülit

[PS-016]

Paraneoplastik nadir atipik HUVS olgusu

Ömer Atakan Soğur, Dilara Bulut Gökten, Rıdvan Mercan

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

Amaç: Pemfigus foliaseus (PF), yüzeyel vezikül oluşumuyla karakterize olan nadir bir otoimmün deri hastalığıdır. PF, non-Hodgkin lenfoma (NHL) gibi hematolojik malignitelerle ilişkili deri bulguları arasında nadiren bildirilen bir klinik tablo oluşturur. Ürtikerli vaskülitler, serum kompleman düzeylerine göre normokomplementemik ve hipokomplementemik alt gruplara ayrılır. Normokomplementemik hastalar genellikle daha iyi prognoza sahip olup sistemik komplikasyonları sınırlıdır. Buna karşılık, hipokomplementemik hastalar daha belirgin sistemik tutulum ve komplikasyon riski taşır.

Olgu: Hipokomplementemi çoğunlukla altta yatan sistemik hastalıkların veya kronik antijenik uyarı sonucu B hücrelerinin otoreaktif klonlarının malign dönüşümünün göstergesidir. Düşük C3 ve/veya C4 düzeyleri, kontrolsüz B hücre proliferasyonu ve lenfomagenez için önemli bir risk belirtecidir. Literatürde hipokomplementemik ürtikeryal vaskülit sendromu (HUVS) ile polisitemi rubra vera, IgA miyelom ve megakaryositik lösemi gibi çeşitli neoplastik durumların ilişkisi nadiren bildirilmiştir. Sunulan olguda, 24 yıl önce PF tanısı konmuş bir hasta, sağ elde tekrarlayan ısı artışı, morarma ve kızarıklık şikayetleri ile başvurmuştur. Fizik muayenede sağ elin tenar bölgesinde eritematöz-morumsu, sınırları belirgin, düzensiz kenarlı, hafif ödemli ve kabalaşmış yüzeyli vaskülitik lezyon saptanmıştır. Hastada klasik ürtiker lezyonları izlenmemiştir. Sistemik muayenede hepatomegali mevcutken splenomegali yoktu. Laboratuvar değerlendirmesinde kompleman C3 seviyesi 0,73 g/L ve C4 seviyesi 0,01 g/L olarak belirgin düşüktü, trombosit sayısı ise 32x103/µL idi. Hemoglobin 14,4 g/dL, beyaz kan hücresi sayısı 20,96x103/µL idi. Anti nükleer antikor (ANA) 1/100-1/320 titrasyonunda pozitif olarak (sitoplazmik ince benekli patern) saptandı; ancak ekstrakte edilebilir nükleer antijen (ENA) panelinde patolojik bulgu yoktu. Böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normaldi. Hipokomplementemik vaskülit düşündüren bu bulgular ve trombositopeni nedeniyle hasta hematoloji bölümüne yönlendirilmiş, yapılan ileri tetkiklerde CD5 negatif, CD19 pozitif B hücreli lenfoproliferatif hastalık tespit edilmiştir. Hastanın genetik analizlerinde kalıtımsal kanser genlerine yönelik patojenik veya olası patojenik mutasyon bulunmamıştır. HUVS, 1973 yılında McDuffie ve arkadaşları tarafından tanımlanmış nadir bir hastalıktır. İdiyopatik primer formları ile sistemik enflamatuvar hastalıklarla ilişkili sekonder formları bulunmaktadır. Sekonder form, düşük serum komplemanı, otoantikorlar ve dermoepidermal bileşkede immün kompleks birikimi ile karakterize olup, lupus band testi ile benzer interfas dermatiti özellikleri taşır. HUVS ile Hodgkin ve non-Hodgkin lenfomalar arasındaki ilişki literatürde yer almakla birlikte, bu ilişkinin mekanizması ve neden-sonuç bağlantısı henüz net değildir. Paraneoplastik olarak ortaya çıkan HUVS olguları nadiren bildirilmektedir. Özellikle, kronik lenfositik lösemi veya diffüz büyük B hücreli lenfoma gelişimi öncesinde HUVS'un paraneoplastik bir belirti olabileceğine dair raporlar mevcuttur.

Sonuç: Bu olgu sunumu, ürtiker olmaksızın seyreden, atipik klinik bulgularla ortaya çıkan nadir bir HUVS olgusu ile eşlik eden lenfoproliferatif hastalık arasındaki potansiyel ilişkiyi ortaya koymaktadır. Altta yatan otoimmünite varlığı, deride vaskülitik lezyonlar ile birlikte hipokomplementemi ve trombositopeni gibi hematolojik anormalliklerin eşlik ettiği durumlarda hematolojik malignitelerin dikkatle araştırılması ve ekarte edilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hipokomplementemi, lenfoma, pemfigus, trombositopeni, vaskülit

Şekil 1. Sağ elde vaskülitik lezyon, sunduğumuz bu olguda, sağ el tenar bölgede eritematöz-morumsu renkte, sınırları belirgin, düzensiz kenarlı bir lezyon mevcuttu. Lezyonun yüzeyi hafif ödemli ve kabalaşmış görünümdeydi. Renk yoğunluğu lezyonun merkezinde daha belirgindi. Lezyonun görünümü vaskülit ile uyumluydu

[PS-017]

Bir lenfadenopati olgusu: Kikuchi fujimotoya eşlik eden Ailevi Akdeniz ateşi

Yunus Durmaz[1], Pınar Durmaz[2]

[1]Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Karabük

[2]Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, Karabük

Amaç: Nekrotizan lenfadenitin nadir görülen bir formu olan Kikuchi-Fujimoto hastalığı, etiyolojisi belli olmayan, nadir görülen, iyi huylu, kendi kendini sınırlayan bir hastalıktır. Her iki cinsiyettede genç erişkinleri etkiler. Klinik genel olarak ateş ve sıklıkla servikal lenf nodlarını tutan lenfadenopati ile ortaya çıkarken, ağır seyir gösteren hastalarda kilo kaybı, splenomegali, lökopeni ve artmış eritrosit sedimentasyon hızı görülebilir. Litaratüre bakıldığında sistemik lupus eritematozus hastalığına eşlik edebileceği bildirilmiştir. Biz burda farklı bir birliktelik olan FMF hastalığı ve Kikuchi-Fujimoto hastalığı tanısı alan bir olgumuzu sunmak istedik.

Olgu: Otuz sekiz yaşında erkek hasta enfeksiyon hastalıkları servisine yatırılmıştı. Hastanın baş ağrısı, servikal lenfadenopatileri ve ateş nedeniyle tetkik edilmiş. Baş ağrısı için nöroloji ve psikiyatrik değerlendirme yapılmış ve herhangi bir patoloji saptanmamıştı. Yine mevcut durumu nedeniyle istenen enfeksiyoz markerlarının negatif olması üzerine hastadan romatoloji konsültasyonu istenmişti. Hastanın anamnezinde 10 yaşından bu yana yılda 3-4 kez olan karın ağrısı ve ateş ataklarının olduğu öğrenildi. Hastanın yapılan FM: bilinç açık, oryante ve kooperasyonu tam idi. Fizik muayenede TA: 125/90 mmHg, nabız 86 vurum/dakika, S1-S2 ritmik, ek ses üfürüm yoktu, aksiller ateş: 38,5 °C, solunum sesleri doğaldı. Lokomotor sistem muayenesinde aktif artrit yok idi. Her iki servikal bölgede lenfadenopatileri mevcuttu. Hasta özgeçmişinde sigara ve alkol kullanımı yoktu. Soygeçmişte kuzenlerinde FMF öyküsü mevcuttu. Tüm ekstremitelerde kas gücü muayenesi 5/5, duyu muayenesi normal olan hastanın derin tendon refleksleri normaktif idi. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde tam kan sayımı incelemesinde lökosit: 5500/µL, Hb: 16 g/dL, Plt: 433.000/µL; ESR: 88 mm/saat, CRP: 148 mg/L, fibrinojen: 586 mg/dL olarak saptandı. Biyokimya testleri, troid fonksiyon testleri, karaciğer enzimleri, ferritin ve tam idrar tetkiki normal bulundu. ANA testi, dsDNA ve ENA profili negatif olarak sonuçlanırken MEFV gen mutasyonu M694V homozigot olarak sonuçlandı. Hastanın lenfnodlarının biopsi alındı. Patolojik incelemede yaygın karyorekzis ve nükleer debrisin eşlik ettigi fokal nekrotik odaklar ve etraflarında artan histiositler, immünoblastlar, yer yer plazma hücreleri ve T lenfositler saptandı. Nekrotik alanlarda CD 68 pozitif boyanan histiyositlerin mevcudiyeti Kikuchi-Fujimoto hastalığını düşündürür olarak raporlandı. Hastaya kolşisin 0,5 mg 3x1/gün po. başlandı.

Sonuç: Kikuchi-Fujimoto hastalığı FMF birlikteliğide unutulmamalıdır. Kikuchi-Fujimoto hastalığının ayırıcı tanısında Hodgkin dışı lenfoma ile karıştırılırken, lupus lenfadeniti, kedi tırmığı hastalığı, Sweet sendromu, Still hastalığı, ilaç döküntüleri, enfeksiyöz mononükleoz ve viral veya tüberküloz lenfadeniti yer alır. İnce iğne aspirasyon sitolojisi çoğunlukla non-spesifik reaktif lenfadenit özellikleri gösterir. Tanısı yalnızca histopatoloji ile konulduğu için daha dikkatli değerlendirilmesi gerekir; erken lenf nodu biyopsisi gereksiz tetkiklere ve tedavi denemelerine olan ihtiyacı ortadan kaldıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz ateşi, Kikuchi fujimoto, lenfadenopati

[PS-018]

HBsAg negatif / anti-HBc pozitif hastalarda anti-TNF tedavisinin HBV reaktivasyonu ve karaciğer fonksiyonları üzerine etkileri: Retrospektif, tek merkezli bir çalışma

Şeref Sülükçü[1], Filiz Cemre Taşgöz[5], Emre Ali Acar[3], Mevlüt Kaçar[2], Merve Çelik[2], İrem Şahinoğlu[4], Sadettin Uslu[2], Özgül Soysal Gündüz[2], Timur Pırıldar[2], Nurullah Akkoç[2]

[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Şehir Hastanesi, Antalya*

[2]*Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Manisa*

[3]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir*

[4]*Mersin Toros Devlet Hastanesi, Mersin*

[5]*Tatvan Devlet Hastanesi, Bitlis*

Amaç: Hepatit B virüsü (HBV) enfeksiyonu, dünya çapında milyonlarca kişiyi etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Aşılama ile yeni enfeksiyonların önlenmesi mümkün olsa da, HBsAg negatif ancak anti-HBc pozitif bireylerin yönetimi hala tartışmalıdır. Bu çalışmada, kliniğimizde biyolojik tedavi alan HBsAg negatif/anti-HBc IgG pozitif hastaların HBV reaktivasyonu açısından yönetimi retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca, biyolojik DMARD kullanımı sırasında gelişebilecek reaktivasyon olgularının tartışılması ve profilaksi gereksiniminin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 2014-2024 yılları arasında Romatoloji, Göz Hastalıkları, Dermatoloji ve Gastroenteroloji Poliklinikleri'ne başvurarak anti-TNF tedavisi alan 1408 hastanın HBsAg, anti-HBcIgG ve anti-HBs test sonuçları retrospektif olarak incelendi. Anti-HBcIgG pozitif saptanan hastalarda biyolojik tedavi öncesi ve sonrası HBV DNA düzeyleri ile ALT ve AST düzeyleri değerlendirildi. Reaktivasyon sıklığı ve antiviral profilaksi kullanımı analiz edildi. Veriler SPSS ile analiz edildi; iki grup arasındaki farklar Mann-Whitney U testi ile, kategorik değişkenler ise ki-kare veya Fisher'ın kesin testi ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Bu kohortta HbcIgG pozitifliği prevalansı %6,1 olarak bulundu. Bu grubun %73,6'sında anti-HBs pozitifliği, %26,4'ünde izole anti-HBc pozitifliği (anti-HBs ve HBsAg negatif, sadece anti-HBc pozitif) mevcuttu. Toplam 87 anti-HBc IgG pozitif hastadan yalnızca 1'inde (%1,1) HBV reaktivasyonu saptandı. HBV profilaksisi uygulanan hastaların oranı %19,5 idi. Profilaksi alan hastaların bir tanesi; entekavir sadece 1 yıl devam etmiş olup, 3 yıldır profilaksi almadan anti-TNF tedavisine devam etmektedir. Ayrıca profilaksi tedavisi almakta olan bir hasta da; sadece ilk 2 yıl lamivudin kullanmış; 9 yıldır profilaksi almadan anti-TNF tedavisine devam etmektedir. Her iki hastanın anti-TNF tedavisi devam ederken; HBV DNA değeri negatif olup, karaciğer fonksiyon testleri de normal aralıkta devam etmektedir.

Sonuç: HBsAg negatif/anti-HBc pozitif bireylerde anti-TNF tedavisi sırasında HBV reaktivasyonu nadir görülmektedir. ALT düzeylerinin normal seyretmesi reaktivasyonu dışlamak için tek başına yeterli olmayabileceğinden, HBV DNA takibi kritik önemdedir. Profilaksi uygulanmayan olgularda dahi düzenli HBV DNA takibi ve karaciğer fonksiyon testlerinin izlenmesi, güvenli tedavi için yeterli olabilir. Bu bulgular, anti-HBc pozitif bireylerde antiviral profilaksinin yalnızca seçilmiş durumlarda gerekli olabileceğini göstermekte ve klinik uygulamada maliyet-etkinlik açısından önemli katkılar sunabilir. Çalışmanın retrospektif tasarımı, hasta sayısının sınırlı olması ve tek merkezli yapılması genel geçerlik açısından kısıtlılık oluşturabilir. Reaktivasyon olgusu sayısının çok düşük olması, istatistiksel analiz gücünü sınırlamaktadır ve geniş ölçekli prospektif çalışmalarla desteklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Antiviral profilaksi, biyolojik DMARD, hepatit B virüsü (HBV), HBV reaktivasyonu

[PS-019]

Femur avasküler nekroz sıklığı ve ilişkili faktörlerin gözden geçirilmesi

Ayten Özkan[1], Aslı Irmak Akdoğan[2], Hasan Kocaayan[1], Dilek Solmaz[1], Servet Akar[1]

[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İzmir

[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İzmir

Amaç: Bu çalışmada İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Merkezimizde Haziran 2020-Haziran 2023 yılları arasında çekilen Kalça MR görüntüleri incelenerek 18 yaş üstü hastalarda Femur Avasküler Nekroz (AVN) sıklığını ve AVN saptananlarda risk faktörleri, kalça protezi veya cerrahisine gidiş oranını tespit etmeyi amaçladık.

Yöntem: Toplam 2665 hastanın 3495 kalça MRG'si femur AVN açısından tarandı. Hastaların verileri retrospektif olarak hastane otomasyon sisteminden (HBYS) elde edildi. Kalça MRG raporunda femur AVN olarak yorumlanan 151 Kalça MRG saptandı. Bu kalça MR görüntüleri radyoloji kliniğinden bir radyolog tarafından tekrar değerlendirildi. Doksan bir hastanın 101 kalça MRG'sinde femur AVN tanısı teyit edildi. Bu hastalar yaş, cinsiyet, sigara, alkol ve madde kullanımı, ilaç kullanımı (steroid, kemoteropatikler), romatizmal hastalık varlığı, ek hastalıklar, COVID enfeksiyonu veya aşılama öyküsü, malignite, radyoterapi maruziyeti, travma ve takiplerde total kalça protezine veya cerrahisine (Core Dekompresyon, Avasküler Fibula Greftleme) gidiş açısından retrospektif olarak tarandı.

Bulgular: Çalışmamızda Femur AVN total prevalansı %2,9 olarak bulundu. Erkek cinsiyet oranı %73,6 ve ortalama yaş 48 idi. En sık bilateral tutulum görülmüş olup hastalık evrelemesinde Evre 2 hasta oranı en yüksek oranda saptandı. Steroid kullanımı femur AVN olan hastaların yaklaşık yarısında mevcuttu. Sigara açısından değerlendirildiğinde %87,8'i aktif veya geçmişte sigara kullanımı olan hastalardı. On dört hasta COVİD-19 enfeksiyonu geçirmişti ve 27 hastada bir veya daha fazla COVİD aşısı öyküsü mevcuttu. AVN hastalarının %13'ünde bilinen romatolojik hastalık öyküsü vardı ve SLE (%25) ve Behçet hastalığı (%25) en sık görülenlerdi. Çalışmamızda 40 hastaya cerrahi işlem uygulanmıştı. AVN'li hastaların %25,3'ünde total kalça protezi yapılırken %16,5 hastaya Core Dekompresyon ameliyatı uygulanmıştı. Non-vaskülarize Fibula greftleme yöntemi ise sadece %2,2 hastaya yapılmıştı. Cerrahi işlem uygulanan hastalarda SVH öyküsü ve KOAH varlığı dışında uygulanmayanlara göre demografik özellikler açısından farklılık saptanmadı.

Sonuç: Çalışmamızda femur AVN prevalansının literatüre göre daha yüksek olduğu ve erkek cinsiyetin baskın olduğu saptanmıştır. Steroid kullanımı, sigara içimi ve romatizmal hastalıklar önemli risk faktörleri olarak öne çıkmıştır. AVN tanısı alan hastaların yaklaşık %44'üne cerrahi işlem uygulanmış olup, bunlar arasında en sık tercih edilen yöntem total kalça protezi olmuştur. Prevalans konusunda toplum kökenli, risk faktörlerinin ve proteze gidişin daha detaylı değerlendirildiği kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Femur avasküler nekrozu, etiyolojik risk faktörleri, kalça MRG, total kalça protezi

[PS-020]

Lupus nefriti indüksiyon tedavisinde siklofosfamid ve leflunomidin etkinliğinin ve güvenliliğinin karşılaştırılması: Sistematik literatür taraması ve meta-analiz

Ege Sinan Torun[1], Elif Ertaş[2]

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

[2]*Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Konya*

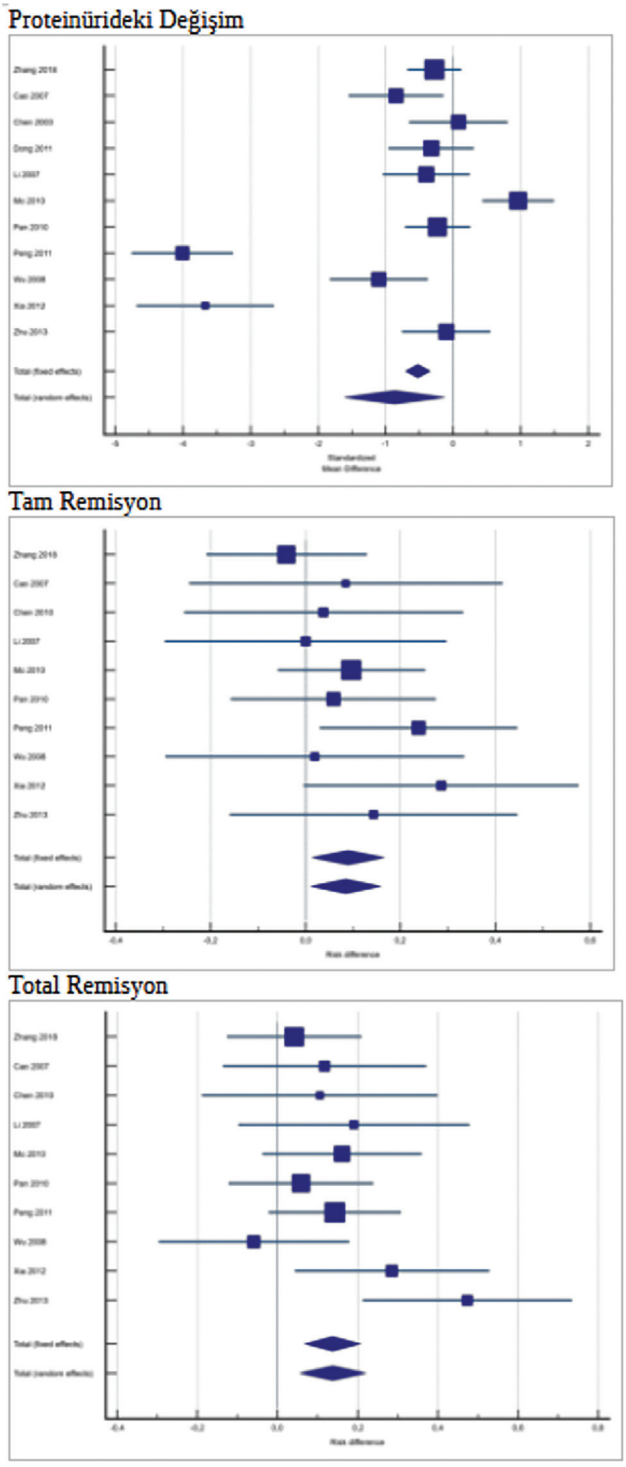
Amaç: Lupus nefriti indüksiyon tedavisinde uzun bir süredir "altın standart" olarak kullanılan siklofosfamid ile leflunomidin etkinliğinin karşılaştırılmasıdır.

Yöntem: ACR 1997 kriterlerine göre SLE tanısı konan, böbrek biyopsisinde 2003 ISN/RPS sınıflamasına göre lupus nefriti (LN) düşünülen 16 yaş ve üzerindeki hastaları dahil eden, indüksiyon tedavisinde leflunomid (LEF) ile siklofosfamidi (CYC) kıyaslayan çalışmalar dahil edilmiştir. Kriterlere uyan çalışmaların saptanması için Cochrane Database, MEDLINE, Ovid, Scopus ve Web of Science veri tabanları taranarak 1 Ocak 2025'ten önce yayınlanmış olan yayınlar, dil sınırı olmadan incelenmiştir. Seçilen çalışmalarda LEF ve CYC gruplarının tedavi öncesi ve sonrası tam remisyon, kısmi remisyon, toplam remisyon, SLEDAİ, serum kreatinin, serum albümin, C3, C4, anti-dsDNA ve proteinüri verileri kaydedilmiştir. Meta-analizi yapılacak kadar veri elde edilen parametrelerde tedavi değişikliği etki büyüklüğü olarak "ortalama fark", remisyon oranlarının etki büyüklüğü olarak "risk difference" kullanılmıştır. Bu fark değerlerinin meta-analizi, sabit etkiler ve rastgele etkiler modeli altında ağırlıklık katsayıları ve Ortalama Fark ile %95 güven aralığı (CI) değerleri verilmiştir. Meta-analize dahil edilen çalışmaların yayın yanlılığının değerlendirilmesinde Begg ve Mazumdar sıra korelasyonları istatistiği hesaplanmıştır. Çalışma ağırlığına göre belirteç boyutu görseli için %95 GA ile Forest plot gösterilmiştir. Heterojenliği değerlendirmek için Cochrane Q istatistiği kullanılmıştır. Heterojenlik I2 istatistiği ile değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde MedCalc v23.0.2 istatistik paket programı kullanılmıştır.

Bulgular: Literatür taraması sonucu LEF ile CYC'yi lupus nefritinde indüksiyon tedavisinde kıyaslayan bir meta-analizdeki çalışmalar (Cao-2015) ile bir çalışma daha (Zhang 2018) saptanmıştır. LEF ve CYC grupları arasında serum kreatinini, serum albümini, SLEDAİ'deki değişiklikler ve kısmi remisyon açısından herhangi bir fark yokken, LEF grubunda CYC grubuna göre proteinürideki değişiklik (Şekil 1), tam remisyon (Şekil 2) ve total remisyon (tam remisyon+kısmi remisyon) oranı (Şekil 3) CYC grubuna göre anlamlı olarak daha fazlaydı ($p<0,05$). Yan etkiler açısından LEF, CYC tedavisine göre daha az menstrüal bozukluk ve lökopeniye neden olurken, LEF kullanan hastalarda daha sık hipertansiyon gözlenmiştir.

Sonuç: Bu meta-analize göre LEF, LN indüksiyon tedavisinde CYC ile kıyaslanabilir bir etkinlik ve kabul edilebilir bir güvenliliğe sahiptir. Siklofosfamidin kontrendike olduğu ve alternatif olarak kullanılan mikofenolik asit analoglarının tolere edilemediği durumlarda, bir grup lupus nefriti hastasında leflunomid indüksiyon tedavisinde CYC'ye alternatif olarak kullanılabilir. Leflunomidin LN'deki etkinliğini belirlemek için farklı hasta popülasyonlarında geniş hasta popülasyonlu randomize kontrollü çalışmalar yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Leflunomid, lupus nefriti, siklofosfamid



Şekil 1. Meta-analiz yapılan parametrelere ait forest plotlar

[PS-021]

Lökotrien reseptör antagonistleri ile ilişkili eozinofilik granülomatöz polianjit olgularında ilaç türünün, ilaç-hastalık ilişkisinin ve steroid kullanma/azaltma durumunun klinik fenotip üzerindeki etkisi-sistematik literatür derlemesi

Ege Sinan Torun[1], Selin Çelen[2], Elif Ertaş[3]

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

[2]*Dörtyol Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Hatay*

[3]*Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Konya*

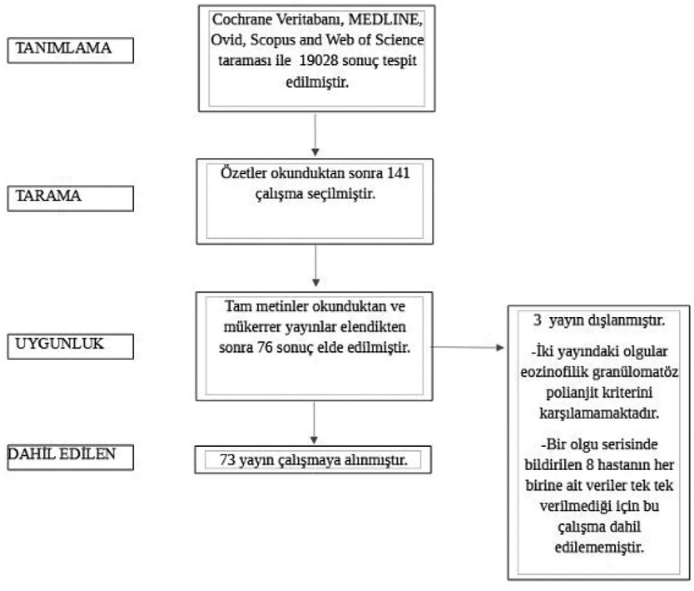
Amaç: Lökotrien reseptör antagonistleri (LTRA) kullanımı sonrası eozinofilik granülomatöz polianjit (EGPA) gelişebildiğini ortaya koyan çok sayıda olgu sunumu ve olgu serisi mevcuttur. Bu olgularla ilgili bir sistematik literatür derlemesi yapılarak LTRA türü, farklı ilaç-hastalık ilişkisi patternleri ve EGPA ortaya çıkması sırasındaki steroid kullanımı/azaltımı durumu gibi değişkenlerin klinik olarak ortaya çıkan EGPA fenotipi üzerindeki etkisinin araştırılması planlanmıştır.

Yöntem: Cochrane Database, Medline, Ovid, Scopus, Web of Science veri tabanlarında ilgili anahtar sözcükler kullanılarak sistematik literatür taraması yapılmış ve lökotrien antagonisti kullanımı sonrası eozinofilik granülomatöz polianjit gelişen tüm olgulara ulaşılmaya çalışılmıştır. Bu olgulardaki hastaların demografik verileri, kullandıkları LTRA çeşidi ve LTRA kullanım süreleri, EGPA ortaya çıktığı dönemde sistemik ve/veya steroid tedavisi alıp almadıkları, steroid alıyorlarsa EGPA tablosu belirginleşmeden önce doz azaltımı yapılıp yapılmadığı, olgunun Masi-Hamilos'un makalesindeki (PMID: 11836654) LTRA-EGPA nedensellik ilişkisine göre kategorisi (A,B,C veya D kategorisi), EGPA'nın klinik, laboratuvar, histopatolojik özellikleri uygulanan tedaviler ve tedavi yanıtları, mortalite gelişip gelişmediği ve sekel gelişip gelişmediği ile ilgili bilgiler bir veri tabanına kaydedilmiştir. Hastaların LTRA tipine ve steroid kullanımı/azaltılmasına göre fark durumunun değerlendirilmesinde Kruskal-Wallis H, Masi-Hamilos sınıflamasına göre fark durumunun değerlendirilmesinde Mann-Whitney U istatistiği kullanılmıştır. LTRA tipine, Masi-Hamilos ve steroid kullanımı/azaltılması durumu ile kategorik değişkenler arasındaki ilişki durumunun değerlendirilmesinde ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Sistematik literatür taraması sonucu (Şekil 1) 73 yayın çalışmaya alınmış, bu yayınlarda bildirilen LTRA kullanımı sonrası EGPA gelişen 95 hastanın (montelukast: 65 hasta, zafirlukast: 19 hasta, pranlukast: 11 hasta) verilerinin istatistiksel analizi yapılmıştır. Hastaların tanımlayıcı verileri Tablo 1'de gösterilmektedir. LTRA çeşidine göre yapılan istatistiksel analizlerde üç grup arasında sinüzit (p=0,02), pulmoner infiltrasyon (p=0,03), kardiyomiyopati (p=0,001), nöropati (p=0,01), sekel (p=0,02) görülme sıklıkları açısından anlamlı farklar mevcuttu. Masi-Hamilos nedensellik sınıflamasında göre A+B grubundaki (n=79) hastalarda C+D grubundaki (n=16) hastalara göre LTRA kullanım süresi daha uzundu (p=0,03) ve bu hastalarda daha seyrek oranda sinüzit (p=0,005) görülmekteydi. Hastalar steroid kullanım durumuna göre sınıflandığında gruplar arasında halsizlik (p=0,002), pulmoner infiltrasyon (p=0,04), bronkoalveoler sıvıda eozinofili (p=0,001), kardiyomiyopati (p=0,004) ve mortalite (p=0,03) görülme oranlarında anlamlı farklar mevcuttu.

Sonuç: Literatürde LTRA kullanımı sonrası EGPA gelişen olguları bir bütün olarak ele alan, bu alandaki en geniş kapsamlı bu derlemede farklı LTRA türlerinin, farklı ilaç-hastalık ilişkisi patternlerinin (Masi-Hamilos) ve steroid kullanım/azaltma durumuna göre farklı kategorilerdeki hastalarda klinik özelliklerde, mortalite ve sekel gelişme sıklıklarına bazı anlamlı farklılıklar saptanmıştır. LTRA sonrası gelişen EGPA olgularının kendi içinde de yukarıda bahsedilen değişkenlere sekonder olarak farklı fenotipler görülebildiği ortaya konmuştur.

Anahtar Kelimeler: Eozinofilik granülomatöz polianjit, lökotrien reseptör antagonistleri, sistematik literatür derlemesi



Şekil 1. Sistematik literatür derlemesi algoritması

[PS-022]

Seropozitif romatoid artritli hastalarda antinükleer antikor pozitifliğinin klinik, laboratuvar parametreleri ve tedavi seçimi üzerine etkisi

Ezgi Fındık[1], Ege Sinan Torun[2], Mine Adaş[3]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

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

[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Endokrinoloji Bölümü, İstanbul

Amaç: Literatürde antinükleer antikor (ANA) pozitifliğinin romatoid artrit hastalarında çeşitli klinik, laboratuvar parametrelerinde, tedavi tercihlerinde ve tedavi yanıtları üzerinde farklılıklar yaratabildiğini ortaya koyan çeşitli yayınlar mevcuttur. Amacımız merkezimizdeki seropozitif RA hastalarında ANA pozitifliğini olan hasta popülasyonunun ANA pozitifliği olmayan hastalara göre demografik özelliklerinde, klinik seyrinde, laboratuvar parametrelerde ve tedavilerinde anlamlı farklılıklar olup olmadığını ortaya koymaktır.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmada Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği'nde Eylül 2023-Eylül 2024 tarihleri arasında takip edilen 185 seropozitif RA hastasının demografik, klinik, laboratuvar parametreleri ve tedavileri değerlendirilmiştir. Overlap (örtüşme) sendromlu hastalar çalışma dışında tutulmuştur. ANA testi olarak indirekt immüofloresan (İİF) yöntemi ile Hep-2, maymun karaciğeri hücrelerinde çalışılmıştır. Sürekli dağılım gösteren verilerin istatistiği yapılırken, ortalama ± standart sapma, minimum-maksimum değerleri veya medyan (%25-75) çeyreklik değerleri; kategorik değişkenleri tanımlanırken ise frekans ve yüzde değerleri verilmiştir. ANA durumu ile kategorik değişkenlerin ilişkisinin değerlendirilmede ki-kare test veya ki-kare kesin test istatistiği kullanılmıştır. ANA pozitifliğine göre sürekli değişkenler arasındai farkların değerlendirmesinde ise Student's t-test veya Mann-Whitney U test istatistiği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS 25 version istatistik programı kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 150'si kadın, 35'i erkek toplam 185 hasta alınmıştır. Hastaların yaş ortalaması 55.7±12.5, tanı yaşı 49,5±12,1 olarak saptanmıştır. Hastaların %54,6'sında (n=101) ANA negatif, %45,4'ünde (n=84) ise ANA pozitif olarak saptanmıştır. ANA titresi 22 hastada (%26,8) 1/100, 38 hastada (%46,3) 1/100-1/320, 15 hastada (%18,3), 7 hastada (%8,6) 1/1000-1/3200 olarak tespit edilmiştir. ANA paternleri 36 hastada homojen, 29 hastada ince benekli, 5 hastada yoğun ince benekli, 5 hastada nükleolar, 4 hastada sitoplazmik, 3 hastada granüler, 1 hastada az nükleer noktalı, 1 hastada benekli şeklindeydi. ANA pozitifliği seropozitif RA hastalarında demografik (tanı yaşı, cinsiyet dağılımı, sigara kullanımı, komorbiditeler) ve klinik özellikler (hem artiküler hem de ekstraartiküler semptomlar) açısından anlamlı farklılıklara neden olmamıştır. Laboratuvar parametrelerinde ANA pozitifliği ile anti siklik sitrüline peptit antikoru (anti-CCP) pozitifliği (p=0,04), eş zamanlı olarak hem romatoid faktör (RF) hem de anti-CCP pozitifliği arasında (p=0,03), tanı anındaki eritrosit sedimentasyon hızı düzeyi (p=0,03) ve anti-CCP titresi yüksekliği arasında (p=0,001) anlamlı ilişki saptanmıştır. Her iki grubun tanı anındaki CRP düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05). Tedavi açısından değerlendirme yapıldığında ANA pozitifliği ile glukokortikoid kullanım oranı (p=0,006), kullanılan ortalama glukokortikoid dozu (p=0,04) ve eş zamanlı olarak hidroksiklorokin+leflunomid kombinasyonu kullanılması (p=0,04) arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur. Diğer tedaviler açısından gruplar arasında anlamlı bir fark mevcut değildi.

Sonuç: Kliniğimizdeki seropozitif RA hastalarında ANA pozitifliği, hastaların demografik verileri ile RA'nın klinik (hem eklem hem de eklem dışı) semptom ve bulguları açısından anlamlı bir farka neden olmamıştır. Ancak ANA pozitifliği anti-CCP pozitifliği, anti CCP titresi, eş zamanlı RF ve anti-CCP pozitifliği gibi laboratuvar parametrelerinde ve glukokortikoid kullanımı, ortalama glukokortikoid dozu ve leflunomid-hidroksiklorokin kombinasyonu kullanımı oranı gibi çeşitli tedavi parametrelerinde anlamlı farklılıklara neden olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Antinükleer antikor, klinik özellikler, laboratuvar özellikleri, seropozitif romatoid artrit, tedavi

[PS-023]

Romatoid artrit hastalarında interstisyel akciğer hastalığı gelişiminde IL-9 ve IL-22 ilişkisi

Haydar Mert Koç[1], Zeliha Ademoğlu[2], Muhammed Ali Aydın[3], Ufuk İlgen[4], Hakan Emmungil[5]

[1]*Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne*

[2]*Gaziantep Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Gaziantep*

[3]*Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizyoloji Anabilim Dalı, Edirne*

[4]*Siirt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Siirt*

[5]*Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne*

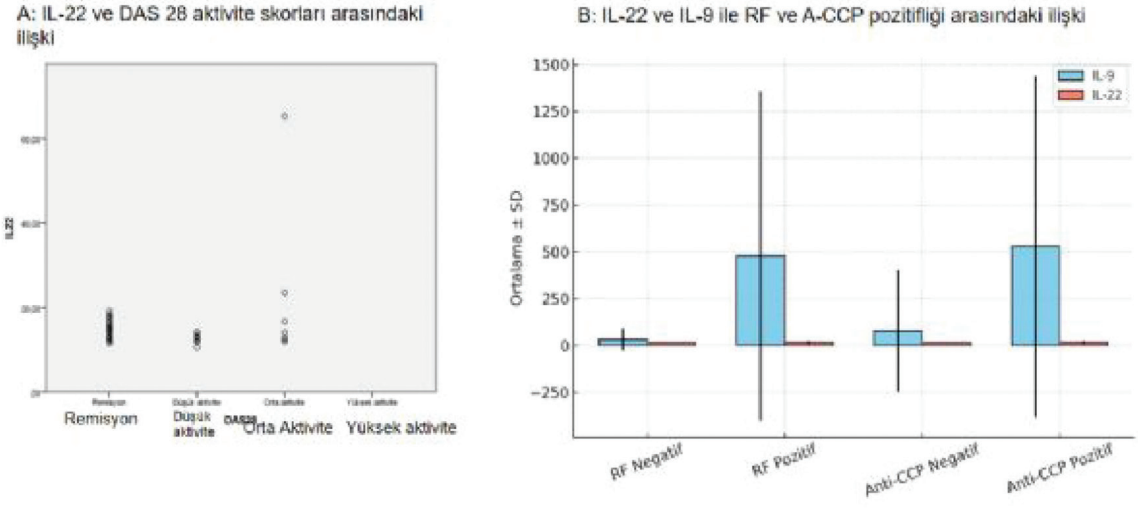
Amaç: Romatoid artritin (RA) majör klinik prezentasyonu eklem enflamasyonu olmasına rağmen önemli morbidite ve mortalite nedeni akciğer tutulumudur. RA patogeneziyle çeşitli sitokinlerin ilişkisi gösterilmiştir. IL-22 düzeyleri RA'da enflamasyon ve radyografik ilerlemeyle ilişkilendirilmiştir. RA hastalarının sinovyal dokusunda IL-9'un artmış ekspresyonu ve doku enflamasyon derecesiyle ilişkili olduğu bildirilmiştir. Aynı zamanda IL-9'un sistemik sklerozlu hastaların deri dokularında güçlü bir ekpresyon gösterdiği saptanmıştır. IL-9'un çeşitli enflamatuvar ve fibrotik hastalıklarla ilişkisi gösterilmişken romatoid artritteki akciğerin enflamasyonu ve fibrozisi ile ilişkisi bilinmemektedir. Bu çalışmada, IL-9 ve IL-22 seviyelerinin RA'lı hastalarda hastalık özellikleri ve interstisyel akciğer hastalığı (İAH) ile ilişkisi araştırılmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 2023-2024 yıllarında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği'ne başvurmuş, 2010 EULAR/ACR RA sınıflandırma kriterlerine göre RA tanısı alan hastalar ve sağlıklı gönüllüler dahil edildi. RA hastaları İAH olan ve olmayanlar olarak iki gruba ayrıldı. Hastaların ve sağlıklı gönüllülerin serumlarında enzim bağlantılı immünosorbent testi (ELISA) ile IL-9 ve IL-22 düzeyleri ölçüldü ve klinik özellikler ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya 24 RA, 26 İAH olan RA (RA-İAH) ve 26 sağlıklı gönüllü olmak üzere toplam 76 kişi dahil edildi. RA grupları arasında yaş ortalaması benzerken, RA hastaları sağlıklı gönüllülerden daha yaşlıydı. RA-İAH hastalarının akciğer tutulum paternleri olarak 21 hastada usual interstisyel pnömoni (UİP), 5 hastada ise non-spesifik interstisyel pnömoni (NSİP) mevcuttu. RA'lı hastalarda hastalık aktivitesi [klinik hastalık aktivite indeksi (CDAI), basitleştirilmiş hastalık aktivite indeksi (SDAI), disease activity score (DAS 28)] ve akut faz reaktanları [C-reaktif protein (CRP) ve eritrosit sedimentasyon hızı (ESH)] arasında fark yoktu. Çalışma gruplarında IL-9 düzeyi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Gruplar arasında post-hoc analiz yapıldığında RA-İAH grubunun kontrol grubundan yüksek IL-9 ortalaması olduğu izlendi (Tablo 1). RA ve RA-İAH grupları istatistiksel anlamlılık olmasa da IL-9 düzeyi RA-İAH grubunda daha yüksekti (Tablo 1). Gruplar arasında IL-22 düzeyi açısından fark saptanmadı. DAS 28 hastalık aktivitesine göre IL-22 düzeyleri incelendiğinde, remisyon ve düşük aktivite gruplarında benzer düzeyler saptanırken, orta aktivite grubunda yüksek IL-22 seviyesi izlendi (p=0,018) (Şekil 1A). Romatoid faktör (RF) ve anti-cyclic citrullinated peptid (A-CCP) pozitif olan hastalarda negatif olanlara göre IL-9 düzeyi daha yüksekti (p<0,001). IL-22 ile RF ve A-CCP antikor pozitifliği arasında ilişki saptanmadı (sırasıyla p=0,628 p=0,179) (Şekil 1B). RA'lı hastalarda tedavi seçenekleri açısından bakıldığında, klasik immünosupresif tedavi, anti tümör nekroz faktörü (TNF) inhibitörü ve anti TNF dışı biyolojik tedavi alanlar olarak gruplandırıldığında IL-9 ve IL-22 düzeylerinde fark saptanmadı (sırasıyla p=0,591, p=0,318).

Sonuç: Çalışmamızda İAH'ı olan RA'lı hastalarda IL-9 düzeyinin yüksek saptanması İAH gelişiminde IL-9'un aktif rolü olabileceğini düşündürebilir. IL-9'un RF ve A-CCP antikorları pozitif hastalarda yüksek olması RA aktivitesinin değerlendirilmesinde ek bir araç olarak potansiyelini gösterebilir. IL-22 hem çalışmadaki hasta sayısının az olması hem de düzeyinin hastalık aktivitesinden etkilenmiş olabilmesi nedeni ile istatistiksel anlamlılığa ulaşmamış olabilir.

Anahtar Kelimeler: IL-9, IL-22, interstisyel akciğer hastalığı, romatoid artrit



Şekil 1. IL-9, IL-22 ile RF, A-CCP ve DAS 28 arasındaki ilişki

Tablo 1. Hasta grupları arasındaki IL-9, IL-22 düzeyleri ve hastalık özellikleri

	Sağlıklı kontroller	RA	RA-İAH	
	Ortalama±SD	**Ortalama±SD**	**Ortalama±SD**	**p**
Yaş	51,54±10**	61,67±8,9*	67,77±6*	<0,001
IL-9	28,02±46**	329,05±903,7	415,2±678,8*	0,039**
IL-22	14,18±1,3	16,57±10,7	14,63±2	0,704**
DAS 28	-	2,52±0,9	2,42±0,6	0,899*
SDAI	-	8,19±7,6	5,37±4,3	0,248*
CDAI	-	6,67±6,3	3,88±3,9	0,980*
ESH	14,85±7,1	15,13±7,1	20,12±10,5	0,106**
CRP	-	11,39±22,4	9,39±11,5	0,130*
RF	-	Negatif: (n=9 %37,5) Pozitif: (n=15 %62,5)	Negatif: (n=3 %11,5) Pozitif: (n=23 %88,5)	<0,001***
A-CCP	-	Negatif: (n=12 %50) Pozitif: (n=12 %50)	Negatif: (n=8 %30,8) Pozitif: (n=18 %69,2)	<0,001***

**Mann-Whitney U (iki kategori) **Kruskall-Wallis (3 kategorili) ***ki-kare testi IL-9 post-hoc analizi: Kontrol-(RA-İAH): p=0.033 RA-(RA-İAH): p=0.531, Kontrol-RA: p=0,756, SD: standart sapma*

[PS-024]

Metabolomik yaklaşımla lupus nefritinde SGLT2 inhibitörlerinin etkileri

Derya Yıldırım[1], Rahime Duran[2], Engin Koçak[3], Mehmet Akif Öztürk[2], Emirhan Nemutlu[4], Rıza Can Kardaş[5], İbrahim Karaduman[2], İbrahim Yahya Çakır[2], Esma Eseroğlu[2], Hazan Karadeniz[6], Abdurrahman Tufan[2], Abdulsamet Erden[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

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

[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eczacılık Fakültesi, Analitik Kimya Anabilim Dalı, Ankara

[4]Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Analitik Kimya Anabilim Dalı, Ankara

[5]Yozgat Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Yozgat

[6]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

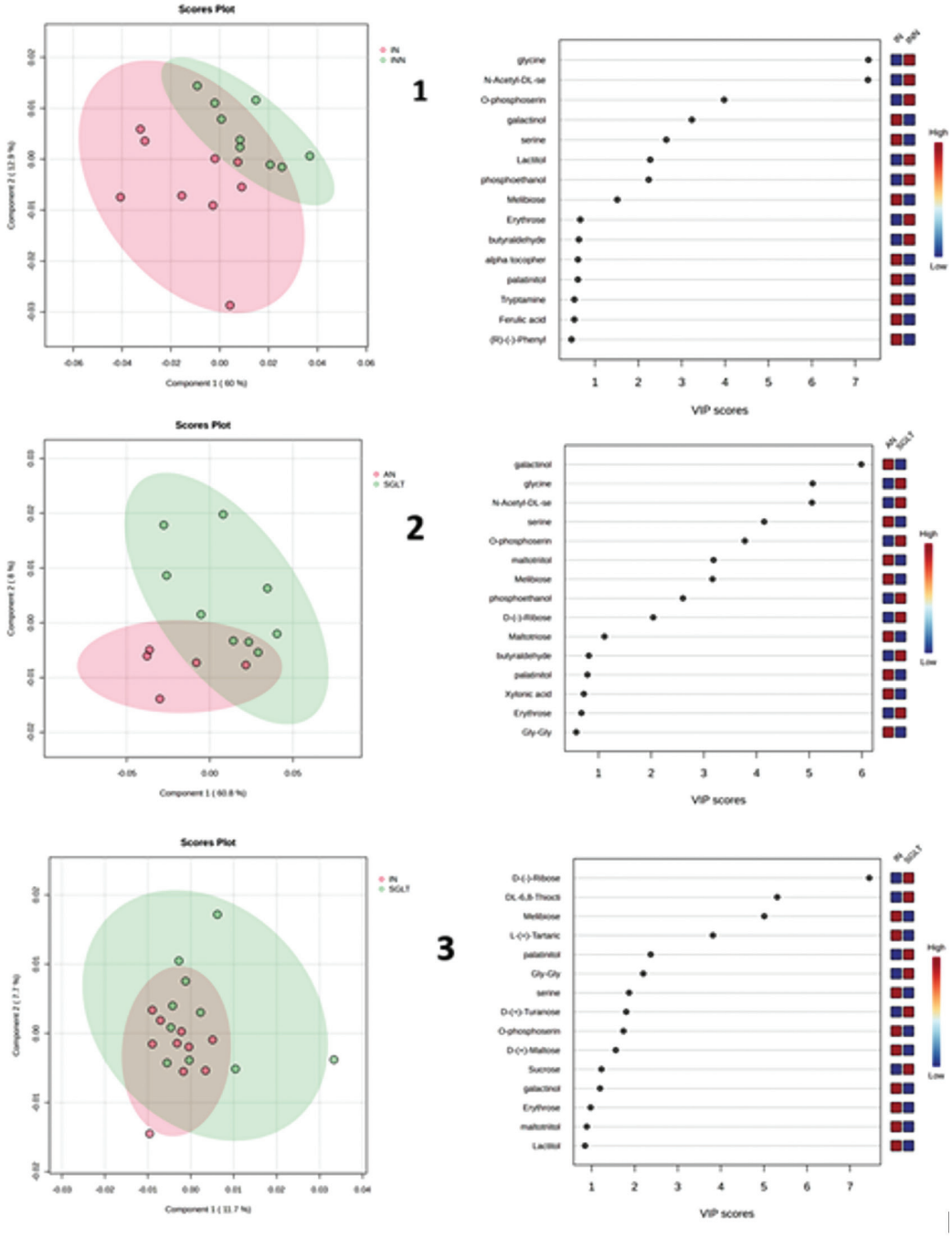
Amaç: Lupus nefriti (LN), sistemik lupus eritematozus (SLE) hastalığında morbiditenin önemli bir nedenidir. Metabolomik profilleme, LN'de karakteristik metabolik değişiklikleri ortaya koymuş olsa da, renoprotektif ve metabolik özelliklere sahip sodyum-glukoz kotransporter-2 (SGLT2) inhibitörlerinin SLE'deki sistemik etkileri hala net değildir. SLE'de farklı renal fenotipler arasındaki serum metabolomik paternlerini tanımlamak ve LN'de SGLT2 inhibitörü tedavisinin metabolik etkilerini değerlendirmek.

Yöntem: Aktif LN (n=8), inaktif LN (n=9), inaktif non-LN (n=9) ve SGLT2 inhibitörü kullanan inaktif LN (n=8) olmak üzere dört SLE grubunun serum örneklerinde hedeflenmemiş GC-MS metabolomik analizi yapıldı. Katılımcılar gece boyunca aç bırakıldı ve örnekleme öncesinde 24 saat süreyle ilaç kullanmadı.

Bulgular: Kohort (ortalama yaş 36,4±11 yıl; ortalama tanı yaşı 30±11 yıl) tamamen kadınlardan oluşuyordu. Tüm LN olguları sınıf III/IV idi; saf sınıf V, trombotik mikroanjiyopati veya son dönem böbrek yetmezliği bulunmuyordu. Aktif ve inaktif LN grupları benzer metabolomik profiller gösterdi. İnaktif LN ile inaktif non-LN grupları ise aminoasit ve enerji metabolizması yollarında anlamlı farklılıklar sergiledi. Bu bulgular, LN'de bozulmuş TCA döngüsü, yağ asidi oksidasyonu ve aminoasit metabolizmasını bildiren önceki çalışmalarla uyumludur. Dikkat çekici olarak, SGLT2 inhibitörü kullanan inaktif LN hastaları, aktif nefrit hastalarına kıyasla özellikle ABC taşıyıcıları ve kofaktör biyosentezi yollarında farklı metabolik imzalar sergiledi. Remisyondaki LN hastaları arasında, SGLT2 inhibitörü kullananlar ile kullanmayanlar arasında serin metabolizmasında anlamlı farklılıklar vardı.

Sonuç: Bulgular, SGLT2 kullanımına özgü metabolomik değişiklikleri vurgulamakta olup, bu değişikliklerin mekanizmaları ve klinik etkileri üzerine daha fazla araştırma yapılmasını gerektirmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, SGLT2 inhibitörleri, GC-MS, metabolom



Şekil 1. Metabolik yolakların karşılaştırılması: (1) İnaktif lupus nefriti ve nefrit öyküsü olmayan SLE hastaları, (2) İnaktif LN gruplarının bileşen dağılımı, (3) Lupus nefriti olup SGLT2 inhibitörü kullananlar ve kullanmayanlar

[PS-025]

Nadir bir birliktelik: Ailevi Akdeniz ateşi ile ilişkili amiloidoz ve anlamı belirlenemeyen monoklonal gamopati

Zeynep Toker Dinçer[1], Berna Yurttaş[2], Ayşe Salihoğlu[3], Serdal Uğurlu[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

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

[3]İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Ailevi Akdeniz ateşi (AAA) en sık görülen otoenflamatuvar sendromdur. AAA'nın en ciddi komplikasyonu amiloidozdur. Kolşisinden önce amiloidoz hastaların %60'ında görülürken, kolşisinin AAA tedavisinde kullanılmasıyla oran gerilemiştir. Anlamı Belirlenemeyen Monoklonal Gamopati (MGUS) 50 yaş üzeri popülasyonda %3-4 oranında görülen, multipl myelom veya primer amiloidoza ilerleyebilen bir plazma hücre diskrazisidir. Multipl myelom ve AAA birlikteliği nadir bir durumdur. Burada MGUS ve AAA ile ilişkili amiloidoz tanısı alan bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: Otuz sekiz yaşında kadın, nefrotik sendrom ve son dönem böbrek yetmezliği nedeniyle tetkik edilmeye başlanmış. Düzenlidiyalize başlanan hastanın tetkiklerinde üre 95 mg/dL, kreatinin: 5 mg/dL, Hgb: 6 gr/dL, albümin: 2,90 gr/dL, totalprotein: 5,20 gr/dL saptanmış. Protein elektroforezinde monoklonal gamopati görülmesi üzerine proteinürinin de olması nedeniyle primer amiloidoz düşünülmüş. Yapılan immünfiksasyon elektroforezinde immünoglobulin A(IgA) kappa monoklonalitesi saptanmış. IgA düzeyi 696 mg/dL, idrar kappa hafif zincir düzeyi 862 mg/gün (<15 mg/L), idrar lambda hafif zincir düzeyi 313 mg/gün (<15 mg/L), serum kappa düzeyi 52 mg/dL (0.33-1.94), serum lambda düzeyi 10 mg/dL (0.57-2.63) görülerek kemik iliği biyopsisi yapılmış. Biyopside interstisyel ve perivasküler alanda IgA Kappa monoklonalitesi gösteren plazma hücre infiltrasyonu ve damar duvarında potasyum permanganat ile solan amiloid birikimi bulunarak plazma hücre oranı %6 olarak değerlendirilmiş. Ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonu %60, miyokardda restriktif tutulum tespit edilmiş. Hastanın 6 gr/gün proteinürisi saptanması üzerine böbrek biyopsisi yapılmış. Böbrek biyopsisinde immünoelektron mikroskopisi ile yapılan tiplendirme doğrultusunda hasta AA amiloidoz tanısı almış. Anamnez derinleştirildiğinde çocukluk döneminde başlayan, tipik 3 gün süren ateş, karın ağrısı ve artrit atakları bu ataklara erizipel benzeri döküntünün eşlik ettiği öğrenilmiş. Hasta AAA ile ilişkili amiloidozu ve eşlik eden MGUS tanısı olduğu düşünülerek tarafımıza yönlendirildi. Gönderilen MeFV mutasyonu M694V homozigot olarak raporlandı. Haftada 3 gün hemodiyalize giren hastaya 0,5 mg/hafta kolşisin ve100 mg/gün anakinra başlandı.

Sonuç: AAA sık görüldüğü ülkelerde sekonder amiloidozun en sık sebebidir. Sunduğumuz olguda eş zamanlı MGUS tabloya eşlik etmekteyken nefrotik sendromun asıl sebebi biyopsi ile gösterilen sekonder amiloidozdur. Hasta MGUS görülmesi için beklenenden daha genç bir hastadır. Böbrek biyopsi örneğinin immünoelektron mikroskopisi ile değerlendirilerek biriken amiloidin AA tipi olduğunun gösterilmesi hastanın tedavisine yön vermiştir. MGUS ve AAA birlikteliği çok nadir de olsa amiloidoz düşünülen hastalarda ayırıcı tanı dikkatli yapılmalı, amiloid depoziti mutlaka tiplendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz ateşi, amiloidoz, monoklonal gamopati

[SS-026]

Pulmoner tutulumu olan sistemik lupus eritematozus hastalarının demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri: Tek merkezli retrospektif çalışma

Çetin Ergül, Müçteba Enes Yayla, Ahmet Usta, Yeter Mahmutoğlu, Zehra Karaman Ongun, Abdulbaki Gaydan, Nilgün Göveç Gıynaş, Ahmet İlbay, Emine Uslu, Serdar Sezer, Aşkın Ateş, Tahsin Murat Turgay

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

Amaç: Sistemik lupus eritematozis (SLE), kronik sistemik bir otoimmün hastalık olup, subklinik plevral efüzyondan yaşamı tehdit eden alveoler hemorajiye kadar değişen pulmoner tutulumları içerebilir. Bu çalışmada plöropulmoner tutulumu olan ve olmayan SLE hastalarının demografik, klinik, serolojik farklılıklarını tanımlamak ve plöropulmoner sistem tutulumu için olası risk faktörlerini ortaya koymayı amaçladık.

Yöntem: Ocak 2010-Eylül 2024 tarihleri arasında 423 SLE hastasından, toraks bilgisayarlı tomografi (BT), BT anjiyografi veya yüksek çözünürlüklü BT (HRCT) görüntülemesi yapılmış 186 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Plevral efüzyon, plevral kalınlaşma, interstisyel akciğer hastalığı, akut lupus pnömonisi, pulmoner emboli, alveoler hemoraji ve pulmoner hipertansiyon varlığı plöropulmoner tutulum olarak tanımlandı. Plöropulmoner tutulumu olan ve olmayan hastaların klinik, laboratuvar ve serolojik özellikleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Elli sekiz/186 (%31,2) hastada en az bir plöropulmoner tutulum mevcuttu. En sık saptanan tutulum şekli plevral efüzyon (%18,8) olup, bunu plevral kalınlaşma (%5,4), interstisyel akciğer hastalığı (İAH) (%4,8) pulmoner tromboemboli (53,8), akut lupus pnömonisi (%2,7), alveolar hemoraji (%2,7) ve pulmoner hipertansiyon (%1,1) izledi. Plöropulmoner tutulumu olan hastalarda ateş, perikardit, perikardiyal efüzyon, yüksek C-reaktif protein (CRP) ve eritrosit sedimentasyon hızı (ESR), trombositopeni ile anti-nükleozom ve anti-histon antikor pozitifliği daha sık izlendi ($p<0,05$). Radyolojik olarak en sık pulmoner nodül (%55,4), atelaktazi (%33,9) ve buzlu cam (%24,7) saptandı. Uygulanan tedaviler açısından gruplar benzerdi.

Sonuç: Bu çalışmada SLE hastalarının yaklaşık üçte birinde plöropulmoner tutulum olduğu, en sık plevral efüzyonun görüldüğü, plevral efüzyon dışı pulmoner tutulumların nadir olarak ortaya çıktığı vurgulanmıştır. Plöropulmoner tutulumu olan hastalarda ateş, perikardit ve perikardiyal efüzyon sık saptanırken, anti-histon ve anti-nükleozom ile plöropulmoner tutulum arasında bir ilişki olabileceği gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, plöropulmoner tutulum, anti-nükleozom

[SS-027]

Ailevi Akdeniz ateşi (AAA) ve kriptojenik siroz

Yasemin Özden Eldemir

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

Amaç: Ailevi Akdeniz ateşi (AAA) otozomal resesif geçişli, tekrarlayan enflamatuvar ataklarla seyreden sistemik otoenflamatuvar bir hastalıktır. M694V homozigot mutasyonu hastalığın daha ağır seyrettiği ve amiloidoz gelişme riskinin yüksek olduğu bir genetik varyant olarak bilinmektedir. M694V homozigot, R202Q homozigot mutasyona sahip AAA hastasında proteinürisi olmayan rektal biyopside amiloidoz saptanmayan ancak gastroenteroloji tarafından kriptojenik siroz ile takip edilip dekompanse evreye ilerleyen bir olgu ele alınacaktır.

Olgu: Çocukluk çağına ataklar şeklinde birkaç gün süren ateş, karın ağrısı, eklem ağrıları olan hasta 2002 yılında 40 yaşında iken AAA tanısı almış, Genetik testi M694V Homozigot, R202Q Homozigot imiş, iki kız kardeşinde AAA varmış biri Hemodiyaliz tedavisi görüyormuş vefat etmiş. Hastaya kolşisin başlanmış sonrasında ataklar tam kontrol altına alınamayınca yurt dışı colchium opocalciuma 2x1 mg geçilmiş, 2003 yılında bel ve kalça ağrısı olmuş, sağ kalça protezi takılmış, sonrasında direkt grafide sakroileit tespit edilmiş, protez nedeniyle sakroiliak eklem MR çekilememiş, bel ağrısı enflamatuvar karakterde imiş, sabah tutukluğu 2 saat sürüyormuş, 2015 yılında Ankilozan Spondilit tanısı konulmuş, RF:- CCP:- ANA:- HLA B27:- Nisan 2016'da Golimumab başlanmış, Mart 2019'da pnömoni geçirince kesilmiş, 3 ay sonra Etanersept'e geçilmiş, 2019'da Karaciğer Sirozu tespit edilmiş. Temmuz 2021'de atipik pnömoni tanısı ile yatışı yapılmış, 3 kez COVID PCR testi negatif gelmiş, Hasta Ocak 2022'de COVID PCR:+ tespit edilince Etanersept kesilmiş. Nisan 2022'de melenası olan,üst gastrointestinal (GİS) kanama geçiren hastanın yapılan tetkiklerinde grade 2-3 özofagus varisleri saptanmış, band ligasyon uygulanmış, zaman zaman asidi olan hastaya boşaltıcı parasentez uygulanıyormuş, Temmuz 2023'te hasta tekrar GİS kanama geçirmiş, portal hipertansif gastropati, eritematöz pangastrit saptanması üzerine özofagus varislerine ikinci kez band ligasyon yapılmış. Colchium lirka 1X1 mg verilmiş, 3 yıldır hasta yurt dışı kolşisin temin edemeyince Türkiye kolşisini 2X0,5 mg kullanmış. Ağustos 2024'te Romatoloji polikliniğine başvuran hastanın uzun zamandır akut faz reaktanı yüksekliği mevcuttu, proteinürisi yoktu. Böbrek fonksiyon testleri normal idi, hepatit markerleri negatif idi. Anemisi, trombositopenisi, protrombin zamanında uzama, karaciğer fibrozu olan hastanın karaciğer amiloidoz ön tanısı ile karaciğer biyopsisi için gastroenterolojiye danışıldı ancak dekompanse siroz hastası olması nedeniyle karaciğer biyopsisi yapılamadı rektal biyopsi ve tarafımızca tükürük bezi biyopsisi alındı her ikisinde de amiloid boyanma negatif idi. Daha öncesinde kriptojenik siroz olarak takip ediliyordu. El ve ayak parmaklarında kramp, belinde sürekli devam eden ağrısı vardı, Osteoporoz tedavisi için denosumab ve zentius D kullanıyordu, hastaya tekrar yurt dışı kolşisin reçete edildi, anakinra tedavisi başlandı. Hasta gastroenteroloji ve romatoloji tarafından takibe devam etmektedir.

Sonuç: AAA ilişkili kronik enflamasyonun, amiloidozisten bağımsız olarak kriptojenik siroza katkıda bulunabileceğini akılda tutmak faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz ateşi, dekompanse karaciğer sirozu, kriptojenik siroz

[PS-028]

Mikrobiyolojik olarak kanıtlanmış mikobakteriyal enfeksiyonlarda immünosupresyonun etkisi

Mine Temel Nokay[1], İrem Satır[2], Aybüke Yur[3], Özlem Koyuncu Özyurt[2], Gözde Öngüt[2], Veli Yazısız[4], Hatice Yazısız[2]

[1]Alanya Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Antalya

[2]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Antalya

[3]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya

[4]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

Amaç: *Mycobacterium tuberculosis* (MTBC), solunum yolu ile yayılan, Dünya'da yaygın görülen mortalite ve morbiditesi yüksek bir hastalıktır. İmmünosupresif bireylerde klinik seyri değişken olup klinik sonuçları daha kötü olma eğilimindedir. Bu çalışmada, hastanemizde mikrobiyolojik olarak kesin tanı konulmuş MTBC/tüberküloz dışı mikobakteri (TDM) olgularında immünosupresyonun etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Mikrobiyoloji, Tüberküloz Laboratuvarı'nda çalışılan örneklerde mikobakteri türleri saptanan hastaların klinik özellikleri retrospektif olarak incelendi. İmmünosupresif durumlar olarak, ilaçlar (>5 mg/gün prednizolon eş değeri glukokortikoid, biyolojik ve/veya konvansiyonel hastalık modifiye edici ilaçlar, anti-neoplastikler), diabetes mellitus, primer veya sekonder immün yetmezlikler, hipogammaglobulinemi, organ nakli, solid ve hematolojik malignitelerin varlığı olarak kabul edildi. İmmünosupresif olan ve olmayan hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Yüz yetmiş dört MTBC, 22 TDM olmak üzere 196 örnekte mikobakteri izolasyonu yapılmıştı. En çok balgam (n=89, %45.4), bronkoalveolar lavaj (n=41, %20,9) ve plevral sıvıda (n=10, %5,1) izolasyon yapılmıştı. En fazla örnek gönderen klinikler sırasıyla Göğüs Hastalıkları (%63,3, n=124), Enfeksiyon Hastalıkları (%10,7, n=21) ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (%7,1, n=14) olmuştur. MTBC izolasyonu yapılan hastaların 139'unda (%79,8) pulmoner tutulum, 34'ünde (%19,5) ekstrapulmoner tutulum vardı. Hastaların %59,2'si (n=116) erkekti ve %37,2'sinde (n=73) en az bir immünosupresif durum mevcuttu. 174 MTBC hastasının 66'sı immünosupresif idi (%37,9). İmmünosupresyon yapan durumlar, sıklık sırasıyla, diabetes mellitus (n=30 %45,5), ilaçlar (n=17, %25,8), solid tümörler (n=13, %19,7), lösemiler (n=4, %6,1), primer immün yetmezlik (n=4, %6,1), organ nakli (n=4, %6,1), hipogammaglobulinemi (n=2, %3,1), madde kullanımı (n=1, %1,5) ve HIV (n=1, %1,5) idi. İmmünosupresif hastaların, daha yaşlı ve daha ileri yaşta MTBC tanısı aldıkları saptandı. İmmünosupresif bireylerde komorbiditeler daha fazla ($p<0,001$) ve ölüm oranı daha yüksekti (%24,2'ye karşın %6,5, $p=0,001$). Ekstrapulmoner tutulum, tedavi yaklaşımları, tedavi süresi ve relaps hastalık sıklığı açısından diğer hastalardan farkı yoktu.

Sonuç: Mikobakteri türleri izole edilen olguların üçte birinden fazlasında en az bir immünosupresyon yapan durum vardır. Diabetes mellitus ve immünosupresyon yapan ilaçlar en yaygın sebeplerdir. İmmünosupresif olan tüberküloz olgularında mortalite daha yüksektir.

Anahtar Kelimeler: İmmünosupresyon, mortalite, mycobacterium tuberculosis, tüberküloz dışı mikobakteri enfeksiyonu

[PS-029]

Nörolojik tutulumu olmayan Behçet hastalarında nöropsikiyatrik bulgu ve belirti sıklığının incelenmesi

Ceren Tansu Yavuz[1], Rabia Deniz[2], Sezgi Karabulut Gök[1], Cemal Bes[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

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

Amaç: Behçet hastalığı (BH), multisistemik tutulum gösteren kronik enflamatuvar bir hastalıktır. Nörolojik tutulum, Nöro-Behçet hastalığı (NBH) olarak adlandırılmakta, son yıllarda BH olgularında açık nörolojik bulgu olmaksızın da nöropsikiyatrik semptomların gözlenebileceği bildirilmektedir. Bu çalışmada, NBH dışındaki BH hastalarında nöropsikiyatrik bulguların sıklığı incelenmiştir.

Yöntem: Kesitsel ve gözlemsel bu çalışmaya, ISG sınıflama kriterlerini karşılayan NBH, mukokütan, oküler ve vasküler fenotipli BH dahil edilmiştir. Karşılaştırma grubu olarak enflamasyon görülen, otoenflamatuvar karakterli ve ortak tedavi olarak kolşisin alan FMF hastaları ve SK alınmıştır. Yapılandırılmış yüz yüze anket formları ile klinik ve demografik veriler toplanmış; Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Mini Mental Test (MMT) gibi psikometrik ölçekler uygulanmıştır. Baş ağrısı özellikleri ve nörolojik muayene ayrıntılı olarak değerlendirilmiş; mevcut radyolojik görüntülemeler hasta onamı ile incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmaya toplam 135 nörolojik tutulumu olmayan BH, 17 NBH, 37 FMF ve 29 SK dahil edilmiştir. BH hastaları ayrıca mukokütanöz (n=69), oküler (n=26) ve vasküler (n=40) fenotiplere ayrılmıştır ve detaylı olarka Tablo 1'de verilmiştir. Demografik açıdan gruplar arasında farklılıklar izlenmiştir; mukokütanöz ve oküler BH hastalarında semptom başlangıç yaşı daha erken, vasküler ve NBH grubunda ise daha geç bulunmuştur (p<0,001). Sigara kullanımı en sık NBH grubunda (%58,9) gözlenmiştir. Baş ağrısı tüm gruplarda öne çıkan bulgu olup mukokütanöz BH'de %71, oküler BH'de %69, vasküler BH'de %69, NBH'de ise %52,9 oranında beyan edilmitşir (p=0,012). Migren tüm gruplarda en yaygın tip olup, FMF grubunda %64,7 ile en yüksek prevalansa sahipti. Nörolojik muayene genel olarak normaldi; ancak tandem yürüme güçlüğü oküler BH'da %15,4, vasküler BH'da %12,5 ve NBH'de %12,5 oranında gözlenmiştir. Grupların eğitim düzeyleri arasında anlamla fark olmamakla beraberi okuryazar olmayan 3 hastanın tümü ve yükseköğretim ve üzeri eğitimin en az sıklıkta olduğu grup mukokütanöz BH grubuydu. Kognitif değerlendirmede düşük MMT skorları (≤23), mukokütanöz BH'da %39,7, oküler BH'da %38,5, vasküler BH'da %15,0, NBH'de %37,5 iken sağlıklı kontrollerde %10 oranında saptandı (p<0,001). Depresyon skorları BH gruplarında daha yüksek olup, orta-şiddetli depresyon mukokütanöz BH'da %33, NBH'de %25 oranında görüldü (p=0,021). Anksiyete skorları ise BH, NBH, FMF ve SK arasında anlamlı farklılık göstermedi. Radyolojik incelemelerde NBH dışındaki BH gruplarında patolojik bulgu saptanmadı.

Sonuç: NBH dışı BH hastalarında da baş ağrısı, bilişsel bozulma ve depresyon gibi nöropsikiyatrik semptomların sık görüldüğü görülmüştür. Mukokütanöz fenotipte nörolojik görüntülemelerin normal olmasına rağmen bu semptomların daha belirgin olması, sosyoekonomik düzey, hayati olmayan semptomlar nedeniyle tedaviye uyumun daha az olması, immünosüpresif tedavi yoğunluğundaki farklılıklar ve devam eden subklinik enflamasyonun yansıması olabilir. FMF ve mukokütanöz BH en sık kolşisin kullanan gruplar olduğundan enflamasyonun ataklar halinde değil sürekli ve kolşisin ile yetersiz kontrolü ya da mukokütan bulguların FMF ataklarına göre hastalarda düzenli kolşisin kullanımı için yeterince motivasyon sağlamaması da düşünülebilir. Majör organ tutulumu olan (oküler, vasküler, NBH), daha sık ve düzenli takip edilen ve daha agresif tedavi alan gruplarda nörobilişsel işlevlerin görece korunmuş olması, immünosüpresif tedavilerin ve enflamasyon kontrolünün bu açıdan koruyucu etkisini düşündürmektedir. Bulgular, nöropsikiyatrik semptomların sadece NBH ile sınırlı kalmadığını ve tüm BH hastalarında erken tanı ile yönetilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu yaklaşım, yaşam kalitesinin artırılması, gereksiz tetkik ve yönlendirmelerin önlenmesi, etkili ve erken tanı ile tedavi sağlanması ve sağlık hizmeti maliyetlerinin azaltılması açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, Nörobehçet, baş ağrısı, depresyon, kognitif bozulma

Tablo 1. Nörolojik tutulumu olmayan Behçet hastalarında nöropsikiyatrik bulgu ve belirti sıklığının incelenmesi

Değişken	Mukokütan (n=69)	Oküler (n=26)	Vasküler (n=40)	Nörolojik (n=17)	Sağlıklı (n=29)	FMF (n=37)	p değeri
Kadın/erkek n, (%)	38/31 (55,1/44,9)	13/13 (50,0/50,0)	4/36 (10/90)	5/12 (29,4/70,6)	14/15 (48,3/51,7)	21/16 (56,8/43,2)	<0,001
Yaş, yıl (ortanca, aralık)	33 (18-63)	38,5 (19-61)	40 (25-60)	41 (22-52)	45 (18-61)	33 (19-60)	0,048
Tanı yaşı, yıl (ortanca, aralık)	30 (13-62)	27 (18-45)	31 (15-51)	29 (17-46)	N/A	N/A	<0,001
Sigara içen, n (%)	21 (30,4)	14 (53,8)	18 (45,0)	10 (58,9)	13 (44,8)	13 (35,1)	0,008
Tedavi, n (%)							
Kolşisin	62 (89,9)	20 (76,9)	30 (75,0)	9 (52,9)	0 (0)	36 (97,3)	<0,001
Azatiopürin	19 (27,5)	22 (84,6)	36 (90,0)	15 (88,2)	1 (3,4)	0 (0)	<0,001
Steroid	34 (49,3)	23 (88.5)	35 (87,5)	16 (94,1)	0 (0)	4 (10,8)	<0,001
İnfliksimab	1 (1,4)	2 (7,7)	12 (30,0)	8 (47,1)	0 (0)	0 (0)	<0,001
Adalimumab	5 (7,2)	10 (38,5)	5 (12,5)	5 (29,4)	0 (0)	0 (0)	<0,001
Siklosfosfomid	2 (2,9)	1 (3,8)	9 (22,5)	1 (5,9)	0 (0)	0 (0)	<0,001
ASA	8 (11,6)	3 (11,5)	8 (20,0)	4 (23,5)	1 (3,4)	0 (0)	<0,001
Baş ağrısı varlığı, n (%)	50 (72,5)	18 (69,2)	27 (67,5)	10 (58,8)	10 (34,5)	19 (51,4)	0,008
Baş ağrısı tipi, n (%)							
Migren	20 (40,0)	5 (27,8)	13 (48,1)	4 (40,0)	7 (70,0)	12 (63,2)	0,162
Küme tipi	2 (4,0)	0	1 (3,7)	1 (10,0)	1 (10,0)	1 (5,3)	0,797
Gerilim	7 (14,0)	2 (11,1)	3 (11,1)	1 (10,0)	1 (10,0)	2 (10,5)	0,997
Non-spesifik	21 (42,0)	11 (61,1)	10 (37,0)	4 (40,0)	1 (10,0)	4 (21,0)	0,073
Baş ağrısı ritmi, n (%)							
Gündüz	20 (40,0)	6 (33,3)	11 (40,7)	3 (30,0)	2 (20,0)	5 (26,3)	0,748
Gece	14 (28,0)	5 (27,8)	6 (22,2)	2 (20,0)	2 (20,0)	3 (15,8)	0,912
Farksız	16 (32,0)	7 (38,9)	10 (37,0)	5 (50,0)	6 (60,0)	11 (57,9)	0,311
Başlangıç tipi, n (%)							0,290
Ani	15 (30,0)	4 (22,2)	10 (37,0)	5 (55,6)	4 (40,0)	9 (52,9)	
Yavaş	35 (70,0)	14 (77,8)	17 (63,0)	4 (44,4)	6 (60,0)	8 (47,1)	
Patern değişikliği, n (%)	29 (58,0)	10 (55,6)	14 (51,9)	7 (70,0)	2 (20,0)	4 (21,1)	0,023
Beck depresyon skoru (ortanca, aralık)	14 (0-46)	11 (0-45)	13,5 (0-39)	11 (2-28)	7 (0-27)	9 (1-54)	0,005
Beck depresyon derecesi, n (%)							0,041
Yok ya da minimal	20 (29,9)	11 (42,3)	14 (36,8)	6 (35,3)	16 (57,1)	20 (54,1)	
Hafif-orta	23 (34,3)	6 (23,1)	12 (31,6)	7 (41,2)	10 (35,7)	13 (35,1)	
Orta	17 (25,4)	6 (23,1)	11 (28,9)	4 (23,5)	2 (7,1)	3 (8,1)	
Ağır	7 (10,4)	3 (11,5)	1 (2,6)	0	0	1 (2,7)	
Beck anksiyete skoru (ortanca, aralık)	14 (0-49)	12 (1-48)	13 (0-39)	12 (2-50)	6.5 (0-29)	11 (0-43)	0,093
Beck anksiyete derecesi, n (%)							0,369
Hafif	47 (70,1)	21 (80,8)	28 (75,7)	15 (88,2)	22 (78,6)	30 (81,1)	
Orta	16 (23,2)	2 (7,7)	7 (18,9)	1 (5,9)	6 (21,4)	5 (13,5)	
Ciddi	4 (6,0)	3 (11,5)	2 (5,4)	1 (59)	0	2 (5,4)	
Mini mental test (ortanca, aralık)	24 (16-30)	24 (18-29)	25 (22-30)	24 (21-30)	25 (20-30)	27 (21-30)	0,004
Mini mental test sonucu, n (%)							0,001
Düşük (≤23)	28 (41,2)	10 (38,5)	6 (15,0)	7 (41,2)	7 (24,1)	4 (10,8)	
Normal (≥24)	40 (58,8)	16 (61,5)	34 (85,0)	10 (58,8)	22 (75,9)	33 (89,2)	

[PS-030]

SLE'de hematolojik bulgular: Hematoloji konsültasyon kohortundan çıkarımlar

Tuba Yüce İnel[1], Sadettin Uslu[2], Tuba Demirci Yıldırım[1], Semih Gülle[3], Gerçek Şen[3]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İzmir

[2]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Manisa

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

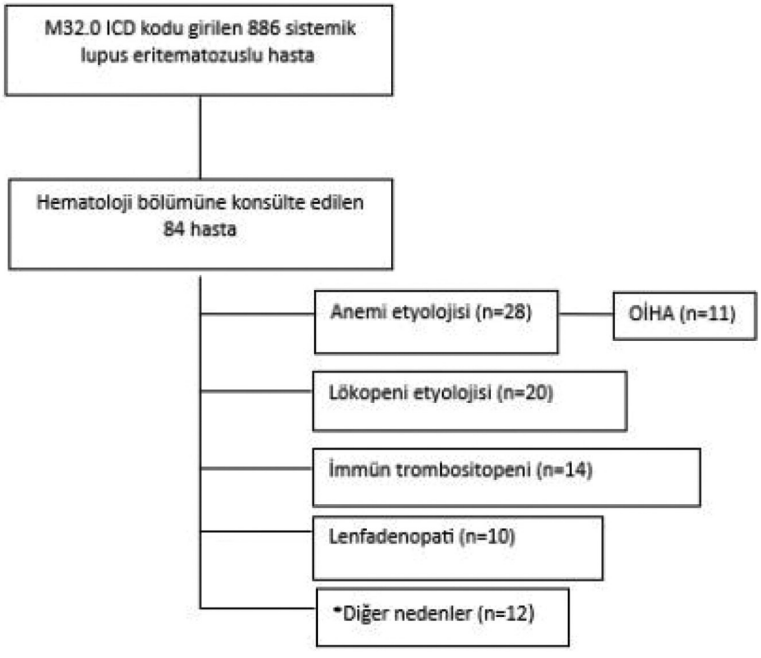
Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE), sıklıkla hematolojik anormalliklerle komplike seyreden multisistemik bir otoimmün hastalıktır. Bu çalışmada, romatoloji ve hematoloji bölümlerince birlikte izlenen SLE hastalarında klinik, laboratuvar ve immünolojik özelliklerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 2012 SLICC veya 2019 EULAR/ACR sınıflama kriterlerini karşılayan ve takip sürecinde hematolojiye yönlendirilen 84 erişkin SLE hastasının verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hematolojik bulgular ile diğer sistemik tutulumlar, otoantikorlar ve kompleman düzeyleri arasındaki ilişkiler analiz edildi.

Bulgular: Hastaların %92,6'sı (n=78) kadın olup, medyan yaş 46 (36-62) idi. Medyan takip süresi 9 (5-13) yıldı. Hematolojik tutulum sıklıkla hastalık başlangıcından sonraki ilk üç yıl içinde ortaya çıktı. Hastaların hematolojiye en sık yönlendirilme nedenleri anemi (%33,3), lökopeni (%23,8) ve immün trombositopeni (%16,7) idi. Anemi nedeniyle yönlendirilenlerin %39,2'sinde otoimmün hemolitik anemi saptandı. Ek otoimmün hastalık oranı %41,7 olup en sık hashimoto tiroiditi (%15,5) izlendi. Splenomegali; serozit, lupus antikoagülanı ve anti-β2 glikoprotein I (anti-β2GPI) IgG pozitifliği ile ilişkili bulundu; çok değişkenli analizde anti-β2GPI IgG bağımsız prediktör olarak belirlendi (OR=26,02, p=0,006). Lenfadenopati; kutanöz vaskülit ve lupus nefriti ile anlamlı ilişkiliydi. Düşük C4 düzeyleri otoimmün hemolitik anemi riskini artırırken (OR=5,88, p=0,009), düşük C3 düzeyleri lupus nefriti ile ilişkiliydi (p=0,017). Antifosfolipid antikor pozitifliği venöz tromboz ile anlamlı ilişkili bulundu; çok değişkenli analizde anti-kardiyolipin IgG pozitifliği bağımsız belirteç olarak ortaya çıktı (OR=7,43, p=0,007). İnme öyküsü, anti-histon antikor pozitifliği ve yüksek steroid dozları mortalite ile ilişkiliydi. Remisyona ulaşan hastalarda ek hastalık sayısı belirgin olarak daha düşüktü (p=0,008).

Sonuç: SLE'de hematolojik tutulum, hastalık yüküne anlamlı katkıda bulunan erken ve heterojen bir özellik olup, serolojik belirteçler ve diğer sistemik tutulumlarla ilişkili bulunmuştur; multidisipliner yaklaşım, bu hastalarda erken tanı ve hedefe yönelik tedaviyi destekleyebilir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, hematolojik tutulum, kompleman, otoantikorlar



***Diğer Nedenler**
Tromboz etyolojisi (n=3)
Miyeloproliferatif hastalık (n=3)
Kanama diyatezi (n=2)
Makrofaj aktivasyon sendromu (n=1)
Miyelodisplastik sendrom (n=1)
Hipereozinofilik sendrom (n=1)
MGUS (n=1)

Şekil 1. SLE tanılı hastaların hematolojiye konsülte edilme sebepleri

[PS-031]

Sistemik lupus eritematozus'ta yorgunluk: hangi değişkenler rol oynuyor?

Zülal Tatar[1], Elif Gür Kabul[2], Bilge Başakcı Çalık[3], Veli Çobankara[4]

[1]İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Malatya

[2]Uşak Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Uşak

[3]Pamukkale Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Denizli

[4]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Denizli

Amaç: Yorgunluk, Sistemik Lupus Eritematozus'un (SLE) en sık görülen semptomudur ve hastaların çoğunluğu tarafından birincil semptom olarak tanımlanmaktadır. SLE'de yorgunluğun yönetimi, yorgunluğun altında yatan mekanizmaların hala tam olarak anlaşılmamış olması nedeniyle karmaşıktır. Bu nedenle, SLE hastalarında yorgunlukla ilişkili belirleyicilerin belirlenmesi, yorgunluk yönetimini iyileştirmek için çok önemlidir. Bu çalışmanın amacı, SLE'li bireylerde biyokimyasal ve tam kan sayımı belirteçlerinin, fonksiyonel durumun, biyopsikososyal durumun ve yaşam kalitesinin yorgunluk üzerindeki etkilerini araştırmaktır.

Yöntem: Otuz dokuz SLE hastası Yorgunluk Değerlendirme Ölçeği (FAS) puanına göre 0-21=yorgunluk yok (42,27±10,17 yaş), ≥22= yorgunluk yok (38,57±10,59 yaş) ve Fonksiyonel Değerlendirme-Yorgunluk Ölçeği (FACIT-Yorgunluk) puanına göre ≤30=yorgunluk yok (40,28±13,49 yaş), >30=yorgunluk (39,24±8,65 yaş) olmak üzere iki gruba ayrıldı ve ardından iki grup değişkenler açısından karşılaştırıldı. Değerlendirmelerde FAS, FACIT-Yorgunluk, Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ), Bilişsel Egzersiz Terapi Yaklaşım Ölçeği (BETY-BQ), Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) kullanıldı. Katılımcıların rutin biyokimya ve tam kan örneklerinden nötrofil, monosit, eozinofil, lökosit, lenfosit, prokolsitonin, trombosit, kalsiyum, kreatinin, aspartat aminotransferaz, alanin aminotransferaz, eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein, ürik asit, kan üre azotu, eritrosit dağılım genişliği, eritrosit dağılım genişliği-standart sapma, trombosit dağılım genişliği, C3 kompleman ve C4 kompleman düzeyleri kaydedildi. Tam kan sayımlarından elde edilen nötrofil/lenfosit oranı, monosit/lenfosit oranı, trombosit/lenfosit oranı, monosit/trombosit oranı, trombosit*nötrofil/lenfosit (sistemik enflamasyon indeksi), nötrofil*monosit/lenfosit (sistemik enflamasyon yanıt indeksi), nötrofil*monosit*trombosit/lenfosit (sistemik enflamasyon agregat indeksi) hesaplandı ve kaydedildi.

Bulgular: Gruplar FAS'a göre karşılaştırıldığında, FACIT-Yorgunluk (p=0,001), lenfosit (p=0,007), trombosit/lenfosit (p=0,042), monosit/lenfosit oranı (p=0,039), BETY-BQ (p<0,001), SF-36 Fiziksel (p<0,001) ve Mental (p= 0,001) açısından anlamlı bir fark bulundu. FACIT-Yorgunluk'a göre karşılaştırıldığında, FAS (p<0,001), sistemik enflamasyon agregat indeksi (p= 0,041), BETY-BQ (p<0,001) SF-36 Fiziksel (p<0,001) ve Mental (p<0,001) açısından anlamlı bir fark bulundu. Ayrıca, trombosit/lenfosit farkı kabul edilebilir düzeyde anlamlıydı (p=0,056).

Sonuç: Bu çalışmada, lenfosit, trombosit/lenfosit oranı, monosit/lenfosit oranı, sistemik enflamasyon agregat indeksi, yaşam kalitesi ve biyopsikososyal durumun SLE'li bireylerde yorgunluğu potansiyel olarak etkileyebildiği bulunmuştur. SLE'deki yorgunluk hem fizyolojik, hem psikolojik hem de sosyal faktörlerden etkilenebilir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritamatozus, yorgunluk, sağlık ölçümü

[PS-032]

Takayasu arteriti hastalarında tanı alıncaya kadar geçen süreyi etkileyen faktörler: Başvurulan doktor sayısı ve branşları

Aydan Köken Avşar[1], Fatma Başıbüyük[1], Hasan Özdek Sayılır[2], Emel Oğuz Kökoğlu[3], Ayşegül Avcu[4], Rabia Deniz[5], Tuğba Ocak[6], Semiha Köroğlu[7], Sinem Burcu Kocaer[1], Senar Şan[8], Buğu Bulat[9], Pınar Akyüz Dağlı[10], Reşit Yıldırım[11], Aylin Dolu Karaca[12], Muhammet Emin Kutu[13], Soner Şenel[3], Fatma Alibaz Öner[4], Cemal Bes[5], Burcu Yağız[6], Kenan Aksu[7], Gökhan Keser[7], Ayten Yazıcı[8], Ömer Karadağ[9], Ahmet Omma[10], Timuçin Kaşifoğlu[11], Burak Öz[12], Haner Direskeneli[4], Fatoş Önen[1], Gökçe Kenar Artın[1]

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

[2]*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir*

[3]*Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri*

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

[5]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Başakşehir Çam ve Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul*

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

[7]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir*

[8]*Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli*

[9]*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara*

[10]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara*

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

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

[13]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul*

Amaç: Takayasu arteriti (TA), özellikle genç kadınlarda görülen; etiyolojisi net bilinmeyen, daha çok aorta ve onun büyük dallarını etkileyen nadir bir vaskülittir. TA semptomları çoğunlukla non-spesifik olup, hastalar ateş ya da nabızsızlık gibi belirtiler ortaya çıkana kadar hekime başvurmayabilir. Semptomlar etkilenen damarın yerine göre farklılık gösterebileceği için tanı konulana kadar hastalar pek çok branşı ziyaret edebilir. Bu çalışmanın amacı semptom başlangıcından tanıya kadar geçen süreyi, başvurulan doktor sayısını ve tanıda gecikmeyi etkileyen faktörleri değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışma anket (telefon ya da yüzyüze) çalışması olarak tasarlandı. Hastalara tanıyı etkileyebilecek demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hal, bulunduğu şehir, şehir merkezinde oturma, vb.), ilk semptomları ve semptomdan sonra kaç doktora ve hangi branşlara başvurdukları, tanı anında hastane yatışı gerekip gerekmediği ve tanının zor olup olmadığına dair görüşleri sorularak kaydedildi. Anketler, standardize edilmiş sorular eşliğinde hastaların takipli oldukları kliniklerdeki romatologlar tarafından uygulandı.

Bulgular: Türkiye'nin farklı bölgelerinde bulunan toplam 12 merkezden, 258 hasta çalışmaya dahil edildi. Anket katılımcısı TA hastalarının %86'sı kadın olup, ortalama yaş 45±13,3 olarak bulundu. Hastaların izlemde ortalama takip süresi 73,57±59,1 ay olarak bulundu. Hastalara yüzyüze veya telefon aracılığı ile anket uygulandı. Anketin ilk sorusunu oluşturan "Hastalığınızın adı nedir?" sorusuna hastaların %89,9'u yanıt verebildi. TA hastalarını hekime getiren en sık başvuru semptomu kardiyovasküler sistem ile ilgili olup (n=158, %81), en sık üst ekstremite kladikasyosu (n=118, %57,9) olduğu tespit edildi. Bunu %71,3 (n=139) ile konstitusyonel bulgular takip etti. Hastalarda TA ilişkili olabilecek herhangi bir semptomun başlaması ile tanı konulana dek geçen süre ortalama 22,3±28,7 ay olarak bulundu. Tanı konulana kadar başvurulan doktor sayısı 2,49±1,34 idi. Hastaların tanı konulana kadar en sık başvurduğu branşlar sırasıyla Dahiliye (n=145, %56,2), Kardiyoloji (n=113, %43,8), Nöroloji, (n=73, %28,3), Kalp Damar Cerrahisi (KVC) (n=70, %27,1) olarak bulundu. Hastalara TA tanısını koyan branşlar içinde en sık %86,4 oran ile Romatoloji yer alırken, bunu %5,1 ile Kardiyoloji ve %2,7 ile KVC izlemekteydi. Bunun dışında sırasıyla KBB, Göğüs Hastalıkları, Enfeksiyon Hastalıkları, Göz Hastalıkları gibi uzmanlık branşlarına da başvurular olduğu gözlendi (Şekil 1). Şikayetleri nedeni ile aile hekimine başvuran hasta sayısı sadece 5'ti. Tanı esnasında hastane yatış gereksinimlerine bakıldığında; hastaların %34,1'inin acil servis yatışı, %62'sinin servis yatışı ve %7'sinin yoğun bakım yatışının gerçekleştiği saptandı. Hastaların %89,9'u tanı döneminde yaşadığı şehirde Romatoloji uzmanı bulunduğunu, %32,2'si ise tanı aldığı merkeze sevkle başvurduğunu bildirdi. Katılımcıların %17,8'i hastalık nedeniyle kalıcı sakatlık geliştiğini aktardı. Ayrıca, hastaların %53,5'i TA tanısının konulmasının zor olduğunu, %35,9'u ise bu zorluğun tedavi sürecini ve nihai sağlık durumlarını olumsuz etkilediğini belirtti.

Sonuç: Çalışmamız TA'da hastaların tanı alma süresinin uzun olduğunu ve hastaların çok sayıda hekim ve branşa başvurması, bu sürecin karmaşıklığını ortaya koymaktadır. Bu durum, hastalığın sinsi seyri, nadir olması gibi hastalığa ait özelliklerden kaynaklandığı gibi, aynı zamanda sosyodemografik ve sağlık sistemi faktörlerinden etkilendiğini göstermektedir. Ülkemiz şartlarında hastaların çok az bir kısmının birinci basamak kuruma başvurduğu gözlenmiştir. Özellikle TA hastalarının en sık başvurduğu branşlarda (dahiliye, kardiyoloji, nöroloji, KVC) farkındalığın artırılması, tanı süresini kısaltmak için kritik öneme sahiptir. Hastaların yarısından fazlasının tanının zor konulduğunu ifade etmesi, klinik zorlukların hasta deneyimine doğrudan yansıdığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Takayasu, tanı süresi, başvurulan branşlar

Şekil 1. TA hastalarının tanı sürecinde başvurdukları hekimlerin dağılımı

[PS-035]

Son dönem böbrek yetmezliğine giden anti-glomerüler bazal membran hastalığı olgu sunumu

Seda Nur Göksu Karakuş, Atalay Doğru, Mehmet Şahin

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

Amaç: Anti-glomerüler bazal membran hastalığı ya da Goodpasture sendromu tipik olarak böbrek ve akciğer damarlarını etkileyen, nadir görülen, yaşamı tehdit eden bir küçük damar vaskülitidir. Hastaların çoğunda hızla ilerleyen glomerülonefrit ve %40-60 oranında eş zamanlı alveoler hemoraji gelişir. Diyaliz gerektiren ciddi böbrek yetmezliği olan veya biyopside yüksek oranda glomerüler kresent bulunan hastalarda böbrek sonuçları kötüdür. Bizde hızlı ilerleyen glomerülonefrit tablosu ile başvuran ve hemodiyalize alınan, immünosupresif tedavi ve plazmafereze rağmen son dönem böbrek yetmezliğine ilerleyen bir olgu sunuyoruz.

Olgu: Bilinen sistemik hastalık öyküsü olmayan yirmi yaşında erkek hasta, üç gündür olan ateş, karın ağrısı, mide bulantısı, kusma ve idrar yanması şikayeti ile enfeksiyon hastalıklarına başvuruyor. Vital bulgularında ateşi 39,8 derece olan hasta piyelonefrit ön tanısı ile takip ediliyor. Yapılan tetkiklerinde lökosit 5100/mm^3 (3600-8200/mm^3 referans), hemoglobin 8.8 g/dL (11,4-15,9 g/dL referans), platelet 150/mm^3 (150-400/mm^3 referans), aspartat transaminaz 15 U/L (0-35 U/L referans), alanin transaminaz 24 U/L (0-36 U/L referans), kreatinin 5,8 mg/dL (0,5-1 mg/dL referans), C-reaktif protein 170 mg/L (0-5 mg/L referans), sedimentasyon 51 mm/saat olarak görüldü. Tam idrar tahlilinde 3+ protein, eritrosit 849, lökosit 19 olarak saptandı. İdrar çıkışı azalan, elektrolit imbalansı ve yüklenmesi gelişen hasta nefrolojinin önerileri ile hemodiyalize alındı. Hastanın anti nükleolar antikor (ANA), romatoid faktör (RF), anti siklik sitrüllenmiş peptid (CCP), anti nötrofilik sitoplazmik antikor (ANCA) testleri negatif sonuçlandı. Geniş antibiyotik tedavisine rağmen akut faz değerleri gerilemeyen ve ateşleri devam eden, kültür üremesi olmayan hastaya nedeni bilinmeyen ateş etiyolojisine yönelik pozitron emisyon tomografisi (PET) çekildi; reaktif lenf nodları ve her iki böbrek parankim alanlarında yoğun diffüz artmış florodeoksi glukoz (FDG) tutulumları saptandı. Bu bulgular öncelikle renal yetmezliği düşündürmektedir. Enfeksiyöz-enflamatuvar nedenler ve nadiren vaskülitlerde bu paternde FDG tutulumu gözlenebilir olarak yorumlandı. Anemisi olan hastanın periferik yaymasında normokrom normositer eritrositler görüldü, şistosit görülmedi. Bacaklarda uyuşma tarifleyen hastanın elektromiyografisinde (EMG) polinöropati saptandı. Gözlerde kızarıklık olması üzerine yapılan muayenesinde konjonktivit saptandı. Akut böbrek yetmezliği, konjonktiviti ve nöropatiside olan hastaya vaskülit ön tanısı ile 3 gün 500 mg pulse prednol tedavisi başlandı. Anti-GBM antikoru pozitif sonuçlanan hasta, hemodiyaliz tedavisine devam ederken aralıklı plazmafereze alındı. Klinik ve laboratuvar değerleri unstabil olan hastaya böbrek biyopsisi yapılamadı. Hastaya renal fonksiyon kötü olduğu için 500 mg siklofosfamid tedavisi verildi. Tüm bu tedavilere rağmen anürisi, kreatinin yüksekliği devam eden hasta nefroloji tarafından rutin hemodiyaliz programına alındı.

Sonuç: Anti-GBM hastalığında böbrek tutulumu hızlı ilerler ve birkaç hafta veya ay içinde son dönem böbrek yetersizliği gelişebilir. Plazmaferez, glukokortikoid, siklofosfamid tedavileri ile böbrek fonksiyonları düzelebilir fakat tüm tedavilere rağmen son dönem böbrek yetmezliği de gelişebilir. Olgumuz da kısa süre içinde devamlı renal replasman tedavisine ihtiyaç duyar hale geldi. Akciğer veya böbrek belirti ve semptomları olan hastalar Goodpasture sendromu açısından değerlendirilmelidir. Erken tanı ve hızlı tedavi ile daha iyi sonuçlar sağlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Anti-GBM hastalığı, hızlı ilerleyen glomerulonefrit, son dönem böbrek yetmezliği

[PS-036]

Nedeni bilinmeyen ateş ve enflamasyonun karşılaştırmalı analizi, tanısal süreç ve etiyolojik spektrum

İbrahim Özden[1], Müçteba Enes Yayla[2]

[1]*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara*

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

Amaç: Nedeni bilinmeyen ateş (NBA) ve nedeni bilinmeyen enflamasyon (NBİ) sebebiyle araştırılan hastaların tanısal süreçlerini ve etiyolojik spektrumunu karşılaştırmalı şekilde değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: 2010 ile 2024 yılları arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Kliniği'nde yatan 8.821 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Çalışmaya 168 NBİ ve 88 NBA hastası dahil edildi. NBA ve NBİ gruplarının demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri ile tanısal spektrumları karşılaştırıldı. BT ve 18F-FDG PET/BT'nin tanısal katkısı, duyarlılık, özgüllük, pozitif ve negatif prediktif değerleri hesaplandı. 18F-FDG PET/BT yapılan hastalarda yüksek tanısal katkı ve pozitiflik için öngördürücü olabilecek faktörler araştırıldı. Tanısal süreç sonrasında tanı alamayan hastaların takipleri incelendi ve analiz edildi.

Bulgular: Ortanca yaş (59 vs. 46,7; p<0,001) ve erkek cinsiyet oranı (%57,1 vs. %40,9; p=0,014) NBİ grubunda daha yüksekti. Tüm hastalarda en sık görülen semptom eklem ağrısıydı (%78,5), bunu kilo kaybı (%44,9) izliyordu. Kilo kaybı ve boğaz ağrısı NBA grubunda daha yaygındı (sırasıyla p=0,012 ve p=0,004). İki grupta CRP ve ESH düzeyleri benzerdi. Hastaların %67,2'sine tanı konuldu. En sık saptanan hastalık grubu enfeksiyöz olmayan enflamatuvar hastalıklardı (%31). Ardından sırasıyla neoplazmlar (%18), enfeksiyonlar (%11) ve çeşitli hastalıklar (%7) takip etti. Enfeksiyonlar, NBA grubunda anlamlı olarak daha yaygındı (%19,3 vs. %6, p<0,001), neoplazmlar ise NBİ grubunda daha sık görüldü (%20,8 vs. %12,5, p=0,099). Enfeksiyöz olmayan enflamatuvar hastalıklar içinde, vaskülitler NBİ grubunda daha sık izlenirken, erişkin başlangıçlı Still hastalığı NBA grubunda daha yaygındı (p<0,001). 18F-FDG PET/BT, olguların %52,1'ine tanısal katkı sağlamıştı ve duyarlılığı %85, özgüllüğü %17 olarak bulundu. Yaş, semptom süresi, yatış anındaki CRP, en yüksek CRP değeri ve önceki BT pozitifliği, 18F-FDG PET/BT'nin tanısal katkısı üzerinde etkili bulunmadı. Lakin daha önce çekilmiş BT'sinde lokalize hastalık bulgusu olan hastalarda pozitiflik ve duyarlılık daha yüksek bulundu. Ayrıca çalışmamızın romatoloji kliniğinde yapılmış olması, romatizmal hastalıkların oranının yüksek çıkmasına neden olmuş olabilir. Kesin bir tanı olmadan uygulanan ampirik glukokortikoid veya antibiyotik tedavisi, hastaların %88'inde remisyona yol açmıştı. Ancak, bu tedaviler mortalite oranlarını etkilememiş ve hastaların %40'ında nüks gözlenmişti. Nüks gelişen hastaların %60'ı takip sürecinde tanı almış ve bu durum tanı süreçlerinin devam ettirilmesinin önemini vurgulamaktadır.

Sonuç: NBA grubunda enfeksiyonlar daha sık görülürken, NBİ hastalarının başvuruda daha ileri yaşta ve erkek oranının daha yüksek olduğu görüldü ve bu hastalar daha çok neoplazm tanısı almışlardı. Enfeksiyöz olmayan enflamatuvar hastalıklara bakıldığında ise, NBİ hastalarında vaskülitler ön planda iken, NBA hastalarında erişkin başlangıçlı Still hastalığı göze çarpmaktaydı.

Anahtar Kelimeler: NBA, NBİ, 18F-FDG PET/CT

Tablo 1. Tanısal değerlendirme sonucundaki tanı grupları

Tanı, n (%)	Toplam n=256	NBİ n=168	NBA n=88	p değeri
Enfeksiyonlar	27 (10,5)	10 (6)	17 (19,3)	<0,001*
Neoplaziler	46 (18)	35 (20,8)	11 (12,5)	0,099*
• Hematolojik maligniteler	17 (6,6)	9 (5,3)	8 (9)	0,010*
• Solid tümörler	29 (11,3)	26 (15,4)	3 (3,4)	0,010*
Enfeksiyöz olmayan enflamatuvar hastalıklar	80 (31,3)	53 (31,5)	27 (30,7)	0,887*
Diğer hastalıklar	19 (7,4)	12 (7,1)	7 (8)	0,814*
Tanı alamayan hastalar	84 (32,8)	58 (34,5)	26 (29,5)	0,420*

**Ki-kare testi yapıldı*

NBİ: Nedeni bilinmeyen inflamasyon, NBA: Nedeni bilinmeyen ateş

[PS-037]

Primer Sjögren sendromu ve haşimatı tiroiditi hastalarının tiroid ve majör tükürük bezlerinin ultrasonografi ve elastografik incelemesi

Bengisu Aslan[1], Ahmet Şükrü Alpaslan[1], Sevgi Gülşen[1], Veli Yazısız[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya

[2]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Antalya

Amaç: Primer Sjögren sendromu (pSS) ve Hashimoto tiroiditi (HT) birlikteliği kanıtlanmış otoimmün patogeneze sahip hastalıklardır. Ultrasonografi (USG) tükürük ve tiroid bezlerinin yapısı değerlendirmekte etkin bir görüntüleme yöntemidir. Son yıllarda, USG ile elastografi değerlendirmesi doku değişikliklerini ortaya koymadan önemli bir yöntem haline gelmiştir. Bu çalışmada, pSS ve HT hastalarında majör tükürük bezleri ve tiroid bezlerinin elastografik değişikliklerinin incelenmesi ve karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya, 1/09/2024-01/05/2025 arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ACR-EULAR tanı kriterlerine göre tanı alan 30 pSS ile 31 HT hastası dahil edildi. Hastaların tümünde parotis, submandibuler tükürük bezleri ve tiroid bezleri Toshiba aplio 500 marka cihaz ile USG'si yapıldı. Tükürük bezlerinin yapısal değişiklikleri OMERACT skorlamasına göre Grade'lendi, tiroid bezleri otoimmmün tiroidit bulguları (pseudonodüler görünüm, heterojenisite) açısından incelendi. Eş zamanlı olarak, her hastanın tüm bezlerinde Shear Wave Elastografi ile değerlendirildi, shear elastik modülü kullanılarak akım (kPa) ve hız m/sn ölçümleri yapıldı.

Bulgular: pSS ve HT hastalarının sağ ve sol tiroid, parotis ve submandibuler bezlerinin elastografik değerlendirmesinde istatistiksel anlamlı farklar gözlenmedi. Beklendiği üzere, tiroid bezlerinde parakimal heterojenisite ve pseudonüller HT hastalarında istatistiksel olarak daha yüksekti (p=0,006). pSS hastalarının %43'ünün tiroid bezlerinde HT benzeri parankimal heterojenisite ve pseudonodüller vardı. Majör tükürük bezlerindeki parankimal değişiklikler pSS hastalarında belirgindi (Total OMERACT skoru ≥3 için 13 hasta (%43); ≥4 için 12 hasta (%40), ancak HT hastalarında Total OMERACT skoru ≥3 hasta yoktu. pSS grubunda hastalık aktivitesi ile elastografi bulgularını kıyasladığımız zaman ESSDAİ skoru ile elastografi bulguları arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmadı. pSS hastalarının sağ ve sol submandibular ile sağ parotis bezlerinin OMERACT skorları ile elastografi bulguları arasında ilişki bulunmaz iken, sol parotis bezi elastografisinin OMERACT skoru ≥4 ve üzeri olan hastalarda daha yüksek olduğu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Bulgularımız, pSS hastalarında tiroid bezlerinde tiroidite benzer şekilde parankimal değişikliklerin geliştiğini, ancak HT olan hastalarda tükürük bezlerinde ciddi yapısal parankimal değişikliklerin olmadığını göstermektedir. Elastografik incelemelerimiz hem tiroid bezleri hem de tükürük bezlerinde her iki hastalıkta da benzer olduğunu, pSS hastalarında USG'deki yapısal parankimal değişikliklerle elastografi ölçümlerinin belirgin korelasyon göstermediğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Elastografi, primer Sjögren sendromu, Hashimoto tiroiditi

[PS-038]

Nedeni bilinmeyen enflamasyonda romatolojik hastalıkları öngörmek: Makine öğrenmesi gerçekten çözüm mü?

Reyhan Bilici[1], Selma Özlem Çelikdelen[1], Sema Servi[2], Onur İnan[2]

[1]Konya Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Konya

[2]Selçuk Üniversitesi Teknoloji Fakültesi, Bilgisayar Mühendisliği Bölümü, Konya

Amaç: Nedeni bilinmeyen enflamasyon (NBİ), CRP ve ESR gibi spesifik olmayan enflamatuvar belirteçlerin yüksek olduğu durumlarda dahi kapsamlı tanısal değerlendirme gerektiren zorlu bir klinik tablodur. Enfeksiyonlar, maligniteler ve romatolojik hastalıklar dahil olmak üzere etiyolojisinin karmaşıklığı ve heterojenliği, gereksiz girişimleri veya tedavi gecikmelerini önlemek için zamanında ve doğru tanıyı kritik hale getirir. Bu çalışma, NBİ'nin ana etiyolojik alt gruplarını ayırt etmede makine öğrenimi (ML) tabanlı modellerin potansiyelini değerlendirmeyi ve klinik karar destek aracı olarak değerlerini araştırmayı amaçlamıştır.

Yöntem: Ocak 2023 ile Aralık 2024 arasında yatırılarak izlenen toplam 300 NBİ hastası analiz edilmiştir. Klinik semptomlar ve laboratuvar parametreleri kullanılarak enfeksiyon, malignite, romatolojik hastalık ve tanısız olguları sınıflandırmak üzere dört ayrı Lineer Diskriminant Analiz (LDA) modeli geliştirilmiştir. Her model, doğruluk, duyarlılık, özgüllük, kesinlik (precision), F1 skoru ve negatif prediktif değer (NPV) parametrelerini değerlendirmek için 10 bağımsız çalıştırmada test edilmiştir.

Bulgular: Malignite modeli en yüksek doğruluk (%91,67) ve özgüllüğe (0,96) ulaşmıştır. Enfeksiyon modeli, duyarlılığı daha düşük olmasına rağmen yüksek özgüllük (0,88) ve NPV (0,86) sağlamış, enfeksiyonun ekarte edilmesinde etkili olmuştur. Romatolojik model yüksek duyarlılık (0,81) göstermiş ancak klinik heterojenite nedeniyle özgüllüğü daha düşük (0,73) bulunmuştur. Tanısız olgulara yönelik model diğer etiyolojileri dışlayabilmiş ancak kesinlik ve geri çağırma (recall) değerleri sınırlı kalmıştır (her ikisi de 0,50).

Sonuç: ML destekli tanısal modeller, NBİ yönetiminde geleneksel klinik akıl yürütmeye umut vadeden bir tamamlayıcı sunmaktadır. Gereksiz ampirik tedaviyi azaltma, tanısal süreçleri hızlandırma ve sağlık hizmeti kaynaklarının etkin kullanımını optimize etme potansiyeli, bu modellerin daha geniş entegrasyonu ve ileriye dönük doğrulama çalışmalarına duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Nedeni bilinmeyen enflamasyon, makine öğrenmesi, tanısal yapay zeka, romatolojik hastalık

[PS-039]

Ankilozan spondilit hastalarında tanı alma süreci ve tanıda gecikme nedenlerinin analizi

Melike Özcan[1], Rabia Deniz[2], Batuhan Erdir[1], Tuba Sarıkaya[3], Gizem Şirin Kalem[1], Bora Tanyol[1], Can Erzik[4], Pamir Atagündüz[5], Cemal Bes[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

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

[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

[4]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

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

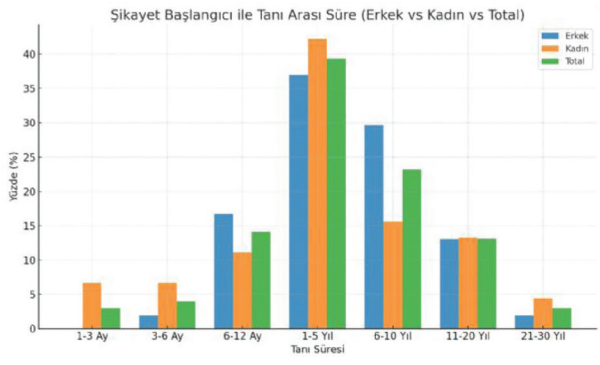
Amaç: Spondiloartropatiler (SpA), enflamatuvar bel ağrısı ile seyreden, yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyen kronik enflamatuvar hastalıklardır ve ankilozan spondilit (AS) en büyük ve prototip grubunu oluşturur. Erken tanı ve tedavi prognoz, morbidite ve mekanik komplikasyonlar açısından kritik öneme sahiptir. Ancak tanıda gecikme halen önemli bir sorun olarak varlığını sürdürmektedir. Bu çalışmada, AS tanısı almış hastalarda tanı süresini uzatan veya kısaltan faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kasım 2023 ve Ekim 2024 tarihleri arasında, tek merkezli, kesitsel ve tanımlayıcı olarak yürütülen bu çalışmada, son 10 yıl verisini görmek için 2013 sonrası AS tanısı almış toplam 99 hasta incelendi. Hastaların demografik verileri, semptom başlangıç yaşı, ilk başvuru yakınmaları, başvurdukları sağlık kurumları, tanı öncesi doktor sayısı ve aldıkları yanlış tanılar, HLA-B27 pozitifliği, aile öyküsü, göz tutulumu, tedavi öncesi ve sonrası klinik parametreler ile BASDAI skorları değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 39,38±9,9 olup %54,5'i erkek ve %45,5'i kadındı. En sık ilk şikayetler bel-kalça ağrısı ve hareket kısıtlılığıydı. Semptomların başladığı yaş ortalama 25,8 olup hastaların %24,2'si 1-3 ay içinde doktora başvurmuştur. En sık başvuru nedeni şiddetli ağrı (%66,7) olmuştur. İlk şikayet sonrası hastalarda şikayetlerde ve ağrıda artış en belirgin değişimler olmuştur. Kadınlar, doktor önerisi dışında tedaviye başvurma oranı istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0,009). Tanı alma sürecine ait veriler Tablo 1 ve Şekil 1'de özetlenmiştir. Hastaların %22,2'si tanı almadan önce >6 doktora gitmiştir ve en sık başvurulan klinikler fizik tedavi ve romatolojidir. Kadın hastaların aile hekimine başvurma oranı daha yüksek bulundu (p=0,034) ve doktor önerisi dışında tedaviye başlama eğilimleri anlamlı düzeyde fazlaydı (p=0,009). En çok başvurulan kurum eğitim ve araştırma hastaneleri (%70,7), en sık yanlış tanı bel fıtığıdır (%38,6). İlk şikayet ile tanı arası geçen süre ortalama 5,8 yıl idi. AS tanısı en sık eğitim ve araştırma hastanelerinde (%36,4), romatoloji bölümlerinde (%56,6) konulmuştur. Erkek hastalarda dış merkezden sevk edilme oranı daha yüksek bulunmuştur (p=0,040). Tedavide en sık kullanılan ilaç NSAID'lerdir (%96). HLA B27 pozitifliği %60,6, göz tutulumu %13,3 oranında bulunmuştur. Tedavi öncesinde sabah tutukluğu >30 dakika olan hasta oranı %52,6 olup tedavi sonrasında %21,2'ye düşmüştür. Tedavi sonrası kadın hastalarda halsizlik, boyun-sırt ağrısı, hassasiyet ve sabah tutukluğu parametreleri daha düşük bulunmuştur (p<0,05). AS tanısı almış hastaların %37,4'ünde aile öyküsü mevcuttur.

Sonuç: AS hastalarında tanı süresi ortalama 6 yıl gibi uzun bir dönemi kapsamaktadır. Cinsiyetler arasında bazı farklılıklar dikkat çekmektedir: kadınlar aile hekimine daha fazla başvurmakta ve doktor önerisi dışında tedaviye yönelmekte, erkekler ise daha sık dış branş sevki ile tanıya ulaşmaktadır. Yanlış tanılar, özellikle bel fıtığı, tanı sürecini uzatan önemli bir etkendir. Tedavi sonrası klinik iyileşme özellikle kadın hastalarda daha belirgin bulunmuştur. Bulgular, tanı sürecinde farkındalığın artırılmasının, birinci basamak sağlık hizmetlerinde eğitimin güçlendirilmesinin ve hasta yönetiminin bireyselleştirilmesinin tanı gecikmesini azaltmada kritik olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, spondiloartropati, tanı gecikmesi, BASDAI



Şekil 1. İlk şikayet ve tanı arasında sürenin dağılımı

Tablo 1. Hastaların cinsiyete göre demografik ve tanısal verileri

Parametre	Erkek n (%)	Kadın n (%)	Total n (%)	p-değeri
Yaş	39,2 (9,8)	39,5 (10,2)	39,3 (9,9)	0,861
Tanı yaşı	31,2 (9,3)	32,4 (10,1)	31,7 (9,6)	0,526
Semptom yaşı	25,3 (8,6)	26,5 (8,2)	25,8 (8,4)	0,456
Ne zaman başladı	25,4 (8,5)	26,9 (7,7)	26,1 (8,2)	0,376
Tanı-şikayet arası geçen süre (yıl)	5,6 (4,6)	6,1 (6,2)	5,8 (5,4)	0,645
AS tanısı almadan önce kaç hekim başvurusu var				0,344
1	1 (1,9)	3 (6,7)	4 (4)	
2	9 (16,7)	3 (6,7)	12 (12,1)	
3	9 (16,7)	6 (13,3)	15 (15,2)	
4	10 (18,5)	5 (11,1)	15 (15,2)	
5	6 (11,1)	10 (22,2)	16 (16,2)	
6	7 (13)	8 (17,8)	15 (15,2)	
>6	12 (22,2)	10 (22,2)	22 (22,2)	
Farklı tanı konan hastalar				
Hangi sağlık kuruluşunda				0,114
Üniversite hastanesi	4 (16)	2 (8,3)	6 (12,2)	
Eğitim araştırma hastanesi	9 (36)	13 (54,2)	22 (44,9)	
Şehir hastanesi	0 (0)	1 (4,2)	1 (2)	
Devlet hastanesi	7 (28)	8 (33,3)	15 (30,6)	
Özel muayenehane/hastane	5 (20)	0 (0)	5 (10,2)	
Hangi branş tarafından				0,504
Romatoloji	5 (20)	2 (8,3)	7 (14,3)	
Dahiliye	0 (0)	2 (8,3)	2 (4,1)	
Fizik tedavi ve rehabilitasyon	8 (32)	10 (41,7)	18 (36,7)	
Ortopedi	3 (12)	4 (16,7)	7 (14,3)	
Beyin cerrahisi	8 (32)	5 (20,8)	13 (26,5)	
Pediatri	1 (4)	1 (4,2)	2 (4,1)	
AS tanısı öncesi alınan farklı tanılar				
Bel fıtığı	14 (36,8)	13 (40,6)	27 (38,6)	0,746
Romatoid artrit	4 (10,5)	3 (9,4)	7 (10)	0,597
Fibromiyalji	0 (0)	3 (9,4)	3 (4,3)	0,091
Kas spazmı	1 (2,6)	0 (0)	1 (1,4)	0,543
Kemik erimesi	1 (2,6)	1 (3,1)	2 (2,9)	0,709
Boyun fıtığı	1 (2,6)	0 (0)	1 (1,4)	0,543
JİA	1 (2,6)	0 (0)	1 (1,4)	0,543
Somatizasyon	1 (2,6)	0 (0)	1 (1,4)	0,543
Akut romatizmal ateş	2 (5,3)	0 (0)	2 (2,9)	0,291
Diğer	6 (11,1)	5 (11,1)	11 (11,1)	0,254

[PS-040]

İzole polimyaljia romatika, izole dev hücreli arterit ve polimyaljia romatika ile dev hücreli arterit birlikteliği olan hastalarda tanısal süreçlerin ve klinik özelliklerin retrospektif

Hazal Ceylan Tan[1], Rabia Deniz[2], Muhammet Emin Kutu[3], Cemal Bes[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

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

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

Amaç: Polimyaljia romatika (PMR) ve dev hücreli arterit (DHA) ileri yaş grubunda görülen, enflamatuvar yanıtı belirgin hastalıklardır. DHA, başta görme kaybı ve inme gibi ciddi komplikasyonlar ile seyrederken; PMR daha benign seyirli olup kavşak-kuşak bölgesi eklem ve yumuşak dokularını tutar. Bu iki hastalık birlikte görülebildiğinde (PMR-DHA overlap), yönetimde DHA bileşeninin tanınması kritik öneme sahiptir. Çalışmanın amacı, izole PMR, izole DHA ve PMR-DHA overlap olgularında klinik, laboratuvar ve görüntüleme verilerini retrospektif olarak karşılaştırarak tanısal ayrımı kolaylaştıracak belirteçleri ortaya koymak ve tanı sürecindeki aksaklıkları belirlemektir.

Yöntem: Retrospektif, tanımlayıcı, üç kollu bu çalışmaya Mayıs 2020–Ağustos 2025 arasında tek merkezde takip edilen, tanısı netleşmiş ve klinik/laboratuvar verileri eksiksiz hastaların demografik verileri, tanı sürecine dair bilgileri, görüntüleme yöntemleri, laboratuvar değerleri, tedavi yaklaşımları, hastalık seyirleri değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 59 PMR, 33 DHA ve 12 PMR-DHA olarak 104 hasta dahil edildi. Hastaların ortanca yaşı gruplar arasında benzerdi (PMR: 71, DHA: 74, PMR-DHA: 72 yıl). Kadın oranı PMR'de %76,3, DHA'da %57,6, PMR-DHA'da %58,3 olup, PMR grubunda kadın hakimiyeti vardı (p=0,073). PMR ortanca 6, DHA ve PMR-DHA grubu 3 ayda tanı almıştı (p=0,074). DHA ve PMR-DHA grubunda tanıda CRP (62,61 ve 33 mg/L) ve ESR (75, 63 ve 53 mm/saat) değerleri PMR'den anlamlı yüksek bulundu (p=0,014 ve p=0,005). Ferritin düzeyi DHA'da belirgin olarak yüksekti (p=0,009). PMR grubunda omuz (%89,8) ve kalça ağrısı (%81,4) ile sabah tutukluğu (%67,8) anlamlı olarak daha sık iken (hepsinde p<0,001), DHA grubunda baş ağrısı (%78,8), temporal hassasiyet (%51,5), çene klaudikasyonu (%39,4) ve görme kaybı (%51,5) öne çıkmaktaydı (p<0,001). Görme kaybı gelişen hastaların %64,7'sinde kayıp kalıcıydı ve bilateral tutulum oranı %29,4 idi. Tanı öncesindeki semptomlar Tablo 1'de verildi. Görüntüleme yöntemleri incelendiğinde DHA ve DHA-PMR overlap grubunda ultrasonografi (%45,5 ve 41,7) ve PET-BT'nin (%33,3 ve 58,3) tanı ile uyumu yüksek iken, PMR'de MR'ın tanı uyumu yüksekti (%27,1; p=0,006). BT'nin tanısal katkısı üç grupta da sınırlı kaldı. Tedavide tüm hastalara kortikosteroid başlanmış, DHA grubunda yüksek doz (%75,8) ve pulse steroid (%39,4) kullanımı daha sık görülmüştür (p=0,003 ve p<0,001). DMARD kullanımı içinde metotreksat PMR-DHA'da (%41,7) daha sık iken, biyolojik tedavilerde tosilizumab DHA grubunda (%42,4) ön plandayken PMR grubunda %11,9 idi (p=0,003). Yan etki sıklığı DHA'da %30,3 olup, steroid ilişkili komplikasyonlar steroid ilişkili katarakt ve gastrointestinal kanamalar yalnızca bu grupta görüldü. Tüm gruplarda remisyon oranı yüksekti (>%97), remisyona ulaşma süresi ortanca 1 aydı.

Sonuç: PMR ve DHA klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulguları açısından belirgin şekilde ayrışmaktadır. PMR'de proksimal eklem tutulumuna bağlı ağrı ve tutukluk, DHA'da ise baş ağrısı, görme kaybı ve çene klaudikasyonu ön plandadır. Kilo kaybı DHA ve PMR-DHA; yorgunluk ise PMR ve PMR-DHA'da sık olarak kronik enflamasyonla yoğun aktif enflamasyon farkını desteklemektedir. Yüksek akut faz yanıtı ve belirgin vaskülitik semptomlar DHA lehine ayırıcı ipuçları sunar. Görüntüleme yöntemleri tanısal süreçte önemli katkı sağlamakta; USG ve PET-BT DHA'da, MR ise PMR'de daha uyumlu sonuç vermektedir. BT ise tek başına yumuşak doku göstermede ve kontrastsız malignite tarama protokolünde vasküliti atlaması nedeniyle en az yararlı tekniktir. DHA'da daha agresif tedavi rejimleri ve yüksek steroid yükü gerekmesi, yan etki riskini artırmaktadır. Bu veriler, klinisyenlerin özellikle overlap olgularda DHA komponentini erken fark etmesi ile komplikasyonların önlenmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Polimyaljia romatika, dev hücreli arterit, overlap sendromlar, görüntüleme, tanısal süreçler

Tablo 1. İzole polimyaljia romatika, izole dev hücreli arterit ve polimyaljia romatika ile dev hücreli arterit birlikteliği olan hastalarda tanısal süreçlerin ve klinik özelliklerin retrospektif analizi

Değişken	PMR (n=59)	DHA (n=33)	PMR-DHA (n=12)	p-değeri
Ateş				
Tanı ve öncesinde var n, (%)	5 (8,5)	6 (18,2)	1 (8,3)	0,352
Tanıdan ne kadar önce, ay (ortanca (aralık)	1 (0,46-12)	3 (0,23-6)	2 (2-2)	0,988
Yorgunluk				
Tanı ve öncesinde var n, (%)	39 (66,1)	23 (31,1)	12 (100)	0,012
Tanıdan ne kadar önce, ay (ortanca (aralık)	6 (0,23-120)	3 (0,065-120)	2,5 (1-60)	0,088
Kilo kaybı				
Tanı ve öncesinde var n, (%)	13 (22,0)	13 (39,4)	5 (41,7)	0,064
Tanıdan ne kadar önce, ay (ortanca (aralık)	3 (1-120)	5 (1-12)	3 (0,46-6)	0,350
Omuz ağrısı				
Tanı ve öncesinde var n, (%)	53 (89,8)	7 (21,2)	8 (66,7)	<0,001
Tanıdan ne kadar önce, ay (ortanca (aralık)	5 (0,066-120)	3 (0,75-24)	2 (1-60)	0,626
Omuz hareket kısıtlılığı				
Tanı ve öncesinde var n, (%)	37 (62,7)	3 (9,1)	3 (25,0)	<0,001
Tanıdan ne kadar önce, ay (ortanca (aralık)	5,5 (0,066-60)	3 (2-12)	2 (2-12)	0,626
Kalça ağrısı				
Tanı ve öncesinde var n, (%)	48 (81,4)	6 (18,2)	6 (50,0)	<0,001
Tanıdan ne kadar önce, ay (ortanca (aralık)	4 (0,066-120)	2,5 (0,23-36)	2 (1-12)	0,497
Kalça hareket kısıtlılığı				
Tanı ve öncesinde var n, (%)	26 (44,1)	2 (6,1)	1 (8,3)	<0,001
Tanıdan ne kadar önce, ay (ortanca (aralık)	3,5 (0,066-84)	1,12 (0,23-2)	2 (2-2)	0,200
Diğer eklemlerde ağrı				
Tanı ve öncesinde var n, (%)	18 (30,05)	2 (6,1)	2 (167)	0,012
Tanıdan ne kadar önce, ay (ortanca (aralık)	6 (0,23-60)	1,12 (0,23-2)	7 (2-12)	0,171
Diğer eklemlerde hareket kısıtlılığı				
Tanı ve öncesinde var n, (%)	10 (16,9)	1 (3,0)	1 (8,3)	0,089
Tanıdan ne kadar önce, ay (ortanca (aralık)	3,5 (0,23-24)	1 (1-1)	12 (12-12)	0,278
Sabah tutukluğu				
Tanı ve öncesinde var n, (%)	40 (67,8)	2 (6,1)	5 (41,7)	<0,001
Tanıdan ne kadar önce, ay (ortanca (aralık)	3 (0,066-84)	7 (2-12)	2 (2-12)	0,934
Çene klaudikasyosu				
Tanı ve öncesinde var n, (%)	4 (16,0)	13 (39,4)	8 (66,7)	<0,001
Tanıdan ne kadar önce, ay (ortanca (aralık)	13,5 (2-60)	1 (0,066-6)	1 (0,066-6)	0,046
Baş ağrısı				
Tanı ve öncesinde var n, (%)	3 (5,1)	26 (78,8)	10 (83,3)	<0,001
Tanıdan ne kadar önce, ay (ortanca (aralık)	2 (0,46-48)	1,5 (0,066-48)	2 (0,066-36)	0,820
Görme kaybı				
Tanı ve öncesinde var n, (%)	0	17 (51,5)	2 (167)	<0,001
Tanıdan ne kadar önce, ay (ortanca (aralık)	n/a	0,066 (0,03-12)	0,13 (0.,03-0,23)	0,945
Çift görme				
Tanı ve öncesinde var n, (%)	0	2 (6,1)	0	0,112
Tanıdan ne kadar önce, ay (ortanca (aralık)	n/a	0,08 (0,03-0,13)	n/a	n/a
Temporal hassasiyet				
Tanı ve öncesinde var n, (%)	2 (3,4)	17 (51,5)	4 (33,3)	<0,001
Tanıdan ne kadar önce, ay (ortanca (aralık)	13 (2-24)	2 (0,066-12)	2 (0,066-3)	0,455

İzole polimyaljia romatika, izole dev hücreli arterit ve polimyaljia romatika ile dev hücreli arterit birlikteliği olan hastalarda tanısal süreçlerin ve klinik özelliklerin retrospektif analizi

[PS-041]

Biyolojik ve hedefe yönelik sentetik hastalık modifiye edici ilaç kullanan hastalarda viral hepatit, tüberküloz ve malignite sıklığının değerlendirilmesi

Kübra Uğur[1], Rabia Deniz[2], Ferdanur Deniz[3], Cemal Bes[2]

[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul*

[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul*

[3]*Medipol Üniversitesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul*

Amaç: Biyolojik ve hedefe yönelik sentetik DMARD tedavileri, genel adıyla gelişmiş tedaviler (GT), en önemli endişeler viral hepatit (VH) veya latent tüberküloz (TBC) reaktivasyonu ve malignite gelişimidir. Bu çalışmada, farklı yolaklara yönelik GT altında izlenen hasta kohortunda bu risklerin değerlendirilmesi; tarama, profilaksi ve tedavi stratejilerinin etkinliğinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Tek merkezli, retrospektif olarak planlanan bu çalışmaya, Mayıs 2020 ve Ocak 2025 tarihleri arasında GT tedavisiyle izlenen 400 romatoloji hastası 2700 hastalık ana kohorttan rastgele seçilerek dahil edilmiştir. VH, TBC ve maligniteye ilişkin tüm tarama, takip ve tedavi protokolleri; demografik veriler, klinik özellikler ve tedavi verisi hasta dosyalarından edilmiştir. 2022 Temmuz ayında değişen viral hepatit tarama önerilerine bağlı daha sık tarama yapılması nedeniyle veriler bu tarih öncesi ve sonrası olarak da ayrılmıştır.

Bulgular: Tüm hastaların ortanca yaşı 52,5 (18-84) yıldı. Kadın hasta 207 (%51,7) ve erkek hasta sayısı 193 (%48,3) olup cinsiyet sayısı arasında fark bulunmamıştır (p>0,05). Tanılara göre quantiferon (QTB) sonuçları farklılık göstermemiş olsa da en sık pozitiflik ankilozan spondilit (AS), psoriatik artrit (PsA) ve romatoid artrit (RA) gruplarında saptanmıştır (sırasıyla %22,3, 21,9 ve 22,9). Tanılar arasında izoniazid (INH) profilaksisi kullanımı anlamlı farklılık göstermiş olup (p=0,005) en çok AS hastaları (%53,6) öne çıkmıştır. Tüberküloz tespiti ve şüphesi gibi durumlarda farklı tedavi modifikasyonları yapılmış olup 17 hastada herhangi bir rapor edilebilir olay saptanmıştır. Hastaların 2022 Temmuz öncesi ortanca takip süresi 36 ay (0-494) ve 2022 Temmuz sonrası ortanca takip süresi 22 (6-30 ay) olarak saptanmıştır. 2022 Temmuz ayı sonrasında viral seroloji bakılma sıklığı oldukça anlamlı bir şekilde artmış (30,5 ayda 1 ve 6 ayda 1, p<0,0001), ancak bir hastada akut HBV enfeksiyonu dışında herhangi olay görülmemiştir. İlk takipte %36,7 olan anti-HBs pozitifliği son vizitte %49,0 olmuş, 1 hasta hariç tümü aşı ile pozitifleşmiş (n=61) ancak tamamı ritüksimab alan %3 hastada da (n=12) negatifleşme saptanmıştır. Altı hastada (%1,5) biyolojik tedavi öncesinde malignite saptanmış ve tanıdan ortanca 30,5 ay (1-120) sonra bir GT başlandığı görülmüştür. GT altında 12 hastada (%3) tüm romatoloji takibinin ortanca 93(5-365) ve GT başlanmasının ortanca 49 (3-109) ayında malignite saptanmıştır (Tablo 1). Beş hastada GT kesildikten sonraki takipte GT başlanmasının ortanca 81'inci (30-108) ve kesilmesi sonrası ortanca 14'üncü (6-21) ayında bir malignite saptanmıştır. Gelişmiş tedaviler sırası ve sonrasındaki malignite gelişim sıklıkları, cinsiyetlere göre Türkiye İstatistik Kurumu verileri ile karşılaştırıldığında sadece MGUS sıklığı fazla bulunmuştur.

Sonuç: Gelişmiş tedaviler, enfeksiyon ve malignite riski açısından dikkatli izlem ve tarama yapıldığında güvenli şekilde kullanılabilir. Tüberküloz açısından başlangıçta QTB pozitifliği ile profilaksi verilmesi atlanmazken, en önemli ve gözden kaçabilecek grup başlangıçta QTB negatif olup takipte tekrar değerlendirilmeyen ve maruziyet sonrası pozitiflik ya da aktif TBC gelişebilen gruptur. Viral hepatit panelini daha sık bakılması klinik pratiğe olumlu bir katkı sağlamaz ve gereksiz mali yük oluştururken, aşılama çok daha önemli ve karşılanmamış bir ihtiyaçtır. Malignite riski de ülke geneline göre artmamış, bireysel ve ailesel risklerin gözetilmesi ve düzenli taramanın erken tanıya katkı sağladığına ve MGUS gibi asemptomatik durumların daha erken saptanabildiğine yönelik olumlu bulgular görülmüştür. Bu nedenle, hasta yönetimi kişiselleştirilmeli, profilaksi ve tedavi kararı hasta bazlı riskler doğrultusunda verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Biyolojik ajan, DMARD, hepatit B virüsü, tüberküloz, malignite

Tablo 1. Gelişmiş tedavi altında tüberküloz ve ilişkili olayların gelişimi, hasta özellikleri ve alınan tedbirler

Olay	Yaş cinsiyet	Primer romatolojik tanı	Başlangıç PPD/QTB	Olay öncesinde INH profilaksisi almış mıydı?	Önceden aldığı biyolojikler	Hangi biyolojik altında	Toplam takibin kaçıncı ayında olay oldu	Yapılan müdahale
PPD 10 mm saptandı	39 kadın	Psöriatik artrit	Yok/negatif	Hayır	İnfliksimab, etanersept, sekükinumab	Sertolizumab	112	TBC kliniği olmasa da INH aldı.
Pulmoner tbc gelişti	35 erkek	Ankilozan spondilit	Yok/pozitif	Evet	Golimumab, adalimumab	İnfliksimab	21	İnfliksimab kesilip 12 aylık tedavi bitiminde tosilizumab başlandı.
Qtb pozitifliği	29 erkek	Seropozitif RA	Yok/negatif	Hayır	Etanersept	Adalimumab	117	Tbc kliniği yok,adalimumabe ara verildi,INH başlandı.
Ekstrapulmoner (mide) ve pulmoner tbc	40 erkek	Ankilozan spondilit	Negatif/negatif	Hayır	Adalimumab, etanersept	Serolizumab	141	Sertolizumab kesilip kesilip 4'lü anti-tbc tedavisi başlandı
Ppd negatif iken takipte qtb pozitif saptandı	25 erkek	Ankilozan spondilit	Negatif/yok	Hayır	Etanersept	Adalimumab	149	Tbc kliniği yok, INH başlandı, biyolojik devam edildi
Pulmoner tbc gelişti	40 erkek	Ankilozan spondilit	Yok/negatif	Hayır	-	Golimumab	152	Golimumab kesilip kesilip 4'lü anti-tbc tedavisi başlandı
Kemik TBC gelişti	36 kadın	Ankilozan spondilit	Pozitif/yok	Evet	Etanersept	Adalimumab	16	Adalimumab kesilip kesilip 4'lü anti-tbc tedavisi başlandı
Miliyer TBC gelişti	37 erkek	Ankilozan spondilit	Negatif/yok	Hayır	-	Sertolizumab	183	Sertolizumab kesilip kesilip 4'lü anti-tbc tedavisi başlandı
Pulmoner tbc gelişti	28 kadın	Behçet	Yok/negatif	Hayır	-	Adalimumab	25	Adalimumab kesilip kesilip 4'lü anti-tbc tedavisi başlandı
QTB pozitifleşti	34 erkek	Psöriatik artrit	Yok/negatif	Hayır	-	Adalimumab	31	Tbc kliniği yok, INH başlandı, biyolojik devam edildi
Pulmoner tbc gelişti	48 erkek	Ankilozan spondilit	Yok/negatif	Hayır	Etanersept	Sertolizumab	32	Sertolizumab kesilip kesilip 4'lü anti-tbc tedavisi başlandı
QTB pozitifleşti	58 kadın	Behçet hastalığı	Negatif/yok	Hayır	-	Adalimumab	50	Tbc kliniği yok, INH başlandı, biyolojik devam edildi
TBC lenfadenit gelişti	47 erkek	Ankilozan spondilit	Yok/negatif	Hayır	-	Etanersept	7	Etanersept kesildi 4'lü anti-tbc başlandı.
QTB negatifken takipte PPD pozitifliği	25 erkek	Ankilozan spondilit	Yok/negatif	Hayır	-	Adalimumab	71	Tbc kliniği yok, INH başlandı, biyolojik devam edildi
Pulmoner tbc gelişti	38 kadın	Seropozitif RA	Yok/belirsiz	Evet	-	Sertolizumab	79	Sertolizumab kesildi 4'lü anti-tbc başlandı.
GİS TBC saptandı	22 erkek	Ankilozan spondilit	Yok/pozitif	Evet	-	Etanersept	9	Etanersept kesildi 4'lü anti-tbc başlandı.
Ppd negatif iken takipte qtb pozitif saptandı	35 kadın	Ankilozan spondilit	Negatif/yok	Hayır	İnfliksimab, etanersept	adalimumab	203	Tbc kliniği yok, INH başlandı, biyolojik devam edildi

Tablo 2. Biyolojik tedavi altında malignite gelişen hastalar, gelişen malignite, hangi ajan altında kesildi ve alınan tedbirler

Malignite tipi	Yaş-cinsiyet	Primer romatolojik tanı	Önceden aldığı biyolojikler	Hangi biyolojik altında	Toplam takibin kaçıncı ayında tanı aldı	Biyolojik tedavinin kaçıncı ayında tanı aldı	Yapılan müdahale
SCC	62 / erkek	Anca ilişkili vaskülit	Yok	Ritüksimab	75	69	Devam edildi
Göz melanom	61/ kadın	Ankilozan spondilit	Yok	Adalimumab	111	75	Adalimumab kesildi
RCC	64/ kadın	Seropozitif RA	Yok	Tofasitinib	5	3	Tofasitinib kesildi takipte Ritüksimab aldı
Papiller tiroid kanseri	47/ kadın	Seropozitif RA	Yok	Adalimumab	36	18	Adalimumab kesildi
MGUS	57/ kadın	Seropozitif RA	Ritüksimab	Tofasitinib	365	101	Tofasitinib kesildi takipte Ritüksimab aldı
MGUS	51/ erkek	Ankilozan spondilit	Adalimumab, ritüksimab, tofasitib, tosilizumab, Etanersept	İnfliksimab	145	109	Devam ediyor
Meme kanseri karaciğer metastazı	57/ kadın	Seropozitif RA	Ritüksimab	Etanersept	140	92	Etanersept kesildi
Lenfoproliferatif hastalık	40/ kadın	Seronegatif RA	Yok	Etanersept	52	16	Etanersept kesildi
Küçük hücre dışı akciğer kanseri	83/ erkek	Seropozitif RA	Yok	Etanersept	186	18	Etanersept kesildi
İnvaziv meme karsinomu	70/ kadın	Seropozitif RA	Etanersept	Tosilizumab	65	29	Tosilizumab kesildi
SCC	45/ kadın	Ankilozan spondilit	Adalimumab	Sertolizumab	154	106	Sertolizumab kesildi ancak hasta takipte onam vererek adalimumaba geçti
Atipik menenjiom	56/ kadın	Psöriatik artrit	Yok	Etanersept	20	12	Etanersept kesildi

[PS-042]

Farklı romatolojik hastalıklarda avasküler nekroz gelişimi ve kümülatif kortikosteroid dozu ile ilişkisinin retrospektif analizi

Sezgi Karabulut Gök[1], Rabia Deniz[2], Çağrı Erdim[3], Ceren Tansu Yavuz[1], Oya Altun[1], Cemal Bes[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

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

[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Avasküler nekroz (AVN), yetersiz kanlanmaya bağlı kemik doku ölümüyle, ciddi morbiditeye yol açan bir komplikasyondur. Kortikosteroidler (KS), birçok enflamatuvar hastalığın tedavisinde vazgeçilmez olmakla birlikte, AVN gelişiminde en önemli risk faktörlerinden biridir. AVN genellikle kalça ve diz eklemlerinde ciddi fonksiyon kaybına neden olmakta, cerrahi girişim gerekebilmektedir. Bu çalışmanın amacı, romatizmal hastalıklar nedeniyle KS kullanan hastalarda AVN sıklığını, risk faktörlerini, klinik özelliklerini ve KS veriliş şekli ile ilişkisini değerlendirmektir.

Yöntem: Bu tek merkezli, retrospektif çalışmada romatoloji polikliniğinde takip edilen ve KS tedavisi sonrası AVN gelişen hastalar incelendi. AVN tanısı, ağrı nedeniyle başvuran hastalara yapılan manyetik rezonans görüntüleme ile doğrulandı. Aynı tanılara sahip, yaş, cinsiyet ve kümülatif KS dozu açısından 1:2 eşleştirilmiş AVN gelişmeyen kontrol grubu oluşturuldu. Hasta dosyalarından demografik veriler, tanılar, KS dozu ve süresi, AVN gelişimine kadar geçen süre, görüntüleme bulguları ve AVN'ye yönelik tedaviler kaydedildi. KS dozları prednizolon (PRD) eş değeri üzerinden düşük doz (≤7,5 mg/gün), orta (7,5-30 mg/gün), yüksek (30–100 mg/gün) ve pulse (>100 mg/gün) olarak sınıflandı.

Bulgular: Toplam 1200 romatoid artrit (RA), 800 Behçet hastalığı (BH), 700 ankilozan spondilit (AS), 600 sistemik lupus eritamatozus (SLE), 600 Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF), 180 sistemik skleroz (SSk), 95 ANCA ilişkili vaskülit (AAV), 55 sarkoidoz, 55 erişkin Still hastalığı (ESH), 50 Takayasu arteriti (TA), 45 IgA vasküliti (IgAV), 22 IgG4 ilişkili hastalık (IgG4) ve 5 kronik rekürren osteomyelit (CRMO) hastası tarandı. AVN gelişen olgular arasında 18 RA, 18 BH, 12 SLE, 5 AAV, 4 IgG4 RD, 3 SSk, 2 IgAV, 2 AS, 1 FMF, 1 ESH, 1 TAK, 1 CRMO ve 1 sarkoidoz vardı. Verisi tam olan 59 AVN ve eşleştirilmiş 118 kontrol çalışmaya alındı (Tablo 1). Grupların demografik verileri, KS dışında AVN ilişkili ilaçların kullanımı benzerken, oluşan ağrıya bağlı NSAİİ kullanımı ve KS azaltma amaçlı başta TNF-alfa inhibitörü olmak üzere gelişmiş tedavilerin erken ve daha sık kullanımı AVN grubunda daha sıktı. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, ortanca kümülatif KS dozları (her iki grupta 9 gram; p=0,649) ve toplam KS alma süresi (62 ve 48 ay, p=0,513) benzerken, yüksek doz (%64,4 vs. %39,0; p=0,001) ve pulse KS kullanımı (%40,7 ve 22,0; p=0,08) AVN grubunda daha sık saptandı. AVN hastalarının %37,7'sinde tek, %46'sında iki, %12,3'ünde üç ve %3,7'sinde dört eklem tutulumu vardı. En sık tutulan bölgeler kalça (sağ %59,3, sol

%62,7), diz (sağ %28,8, sol %16,9) ve omuz eklemleriydi. AVN tedavisinde hastaların %20,3'üne eklem protezi, %10,2'sine kor dekompresyon, %25,4'üne hiperbarik oksijen uygulanmış, %93,2'sinde KS azaltılmış veya kesilmişti. Romatolojik hastalıklara göre tedavi boyunca uygulanan KS dozları Şekil 1'de verilmiştir.

Sonuç: Romatizmal hastalıklarda KS kullanımı AVN için önemli bir risk faktörüdür. Özellikle yüksek ve pulse doz uygulamaları, kümülatif dozdan bağımsız olarak AVN gelişimini belirgin şekilde artırmaktadır. Hastalık bazlı farklar özellikle RA, SLE, BH, IgG4 ilişkili hastalık gibi romatolojik hastalıklarda AVN gelişim riskinin altta yatan hastalığın oluşturduğu ek bağ doku hasarı ile de artabileceğini düşündürmüştür. Bulgular, KS tedavisi gören yüksek riskli hastalarda düzenli görüntüleme, kemik sağlığı izlemi ve KS kullanımında daha dikkatli doz-strateji planlamasının gerekli olduğunu göstermektedir. Erken tanı ve uygun yönetim, AVN'ye bağlı sakatlık ve sağlık yükünü azaltmada kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Avasküler nekroz, kortikosteroid, kemik hastalığı, Behçet hastalığı, lupus

Tablo 1. Romatoloji tanılara göre avasküler nekroz gelişen ve gelişmeyen gruplarda steroid dozlarının kullanım durumu

	Düşük doz steroid		Orta doz steroid		Yüksek doz steroid		Pulse steroid	
Hastalık n, (%)	AVN (n=59)	Kontrol (n=118)	AVN (n=59)	Kontrol (n=118)	AVN (n=59)	Kontrol (n=118)	AVN (n=59)	Kontrol (n=118)
Romatoid artrit	15 (25.4)	30 (25.4)	10 (66.7)	11 (36.7)	5 (33.2)	3 (10)	4 (26.7)	0
SLE	9 (15.3)	18 (15.3)	9 (100)	14 (77.8)	7 (77.8)	9 (50)	5 (55.6)	6 (33.3)
Behçet hastalığı	17 (33.3)	34 (33.3)	13 (76.5)	29 (85.3)	10 (58.8)	12 (35.3)	6 (35.3)	7 (20.6)
Ankilozan spondilit	2 (3.4)	4 (3.4)	2 (100)	4 (100)	2 (100)	0	0	0
Sarkoidoz	1 (1.7)	2 (1.7)	1 (100)	2 (100)	1 (100)	1 (50)	0	0
ANCA ilişkili vaskülit	5 (8.5)	10 (8.5)	5 (100)	10 (100)	5 (100)	10 (100)	5 (100)	9 (90)
IgG4 ilişkili hastalık	3 (5.1)	6 (5.1)	3 (100)	6 (100)	3 (100)	5 (83.3)	1 (33.3)	1 (16.7)
Sistemik skleroz	2 (3.4)	4 (3.4)	1 (50)	3 (75)	1 (50)	0	0	0
CRMO	1 (1.7)	2 (1.7)	1 (100)	2 (100)	1 (100)	0	0	0
FMF	1 (1.7)	2 (1.7)	1 (100)	2 (100)	1 (100)	2 (100)	1 (100)	1 (50)
IgA vasküliti	1 (1.7)	2 (1.7)	1 (100)	0	1 (100)	0	1 (100)	0
Takayasu arteriti	1 (1.7)	2 (1.7)	1 (100)	2 (100)	0	2 (100)	0	1 (50)
ESH	1 (1.7)	2 (1.7)	1 (100)	2 (100)	1 (100)	2 (100)	1 (100)	1 (50)
p değeri *	N/A	N/A	0.349	0.018	0.033	<0.001	0.020	<0.001
p değeri **	N/A		<0.001		<0.001		<0.001	

Tablo 2. Avasküler nekroz gelişimi ve kümülatif kortikosteroid dozu ile ilişkisinin gruplara göre detaylı verisi

Parametre	AVN grubu (n=59)	Kontrol grubu (n=118)	p değeri
Kadın/Erkek n, (%)	36/23 (61/39)	72/46 (61/39)	0,566
Yaş, yıl ortanca (aralık)	45 (23-76)	46 (23-82)	0,983
Tanı yaşı, yıl ortanca (aralık)	34 (13-70)	34,5 (15-74)	0,945
Boy, cm ortanca (aralık)	165 (147-187)	165 (148-198)	0,782
Kilo, kg ortanca (aralık)	73 (42-120)	70 (47-165)	0,706
VKİ ortanca (aralık)	26,2 (17,3-39,6)	25,9 (16,3-47,7)	0,930
Kadınlarda menopoz n, (%)	15 (41,7)	34 (47,2)	0,367
Sigara n, (%)	26 (45,6)	46 (45,5)	0,562
Alkol n, (%)	2 (4,1)	7 (7,7)	0,330
Kemik metabolizmasına etkili ilaçların kullanımı n, (%)			
Heparin	11 (18,6)	18 (15,3)	0,355
Varfarin	2 (3,4)	10 (8,5)	0,172
Tiazid	2 (3,4)	9 (7,6)	0,226
Antiepileptikler	2 (3,4)	4 (3,4)	1,0
İnsülin	1 (1,7)	3 (2,5)	0,593
Asa	16 (27,1)	28 (23,7)	0,376
Statin	3 (5,1)	3 (2,5)	0,318
Romatolojik ilaçların kullanımı n, (%)			
NSAİİ	18 (30,5)	22 (18,6)	0,058
Metotreksat	15 (25,4)	34 (28,8)	0,387
Hidroksiklorokin	19 (32,2)	43 (36,4)	0,350
Azatioprin	22 (37,3)	36 (30,5)	0,230
Mikofenolat mofetil	14 (23,7)	20 (16,9)	0,189
Kolşisin	14 (23,7)	33 (28,0)	0,340

[PS-043]

Serolojik test pozitifliklerinin bağ dokusu ilişkili interstisyel akciğer hastalıkları ile ilişkisinin değerlendirilmesi

Emine Büşra Ata, Emre Tekgöz, Seda Çolak, Ezgi Çimen Güneş, Muhammet Çınar, Sedat Yılmaz

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

Amaç: Bağ dokusu hastalıklarına bağlı interstisyel akciğer hastalıkları (İAH), romatolojik hastalıkların en önemli akciğer tutulumlarından biridir. Romatoid artrit (RA) ilişkili İAH, özellikle seropozitiflik [romatoid faktör (RF), anti sitrüline peptit antikoru (anti-CCP)] ile yakın ilişkili bulunmuş, histopatolojik ve radyolojik olarak en sık olağan interstisyel pnömoni (OIP) ile karakterize edilmiştir. Buna karşın, sistemik skleroz (SSk) ve Sjögren sendromu gibi diğer bağ dokusu hastalıklarında NSIP paterni baskın olarak görülmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalar, spesifik oto antikorların yalnızca altta yatan bağ dokusu hastalığının tanısında değil, aynı zamanda gelişecek İAH paternini öngörmede de belirleyici olabileceğini göstermektedir. Bu çalışmanın amacı bağ dokusu hastalıklarında antikor profili ile İAH alt tipleri arasındaki ilişkinin ortaya konulmasıdır.

Yöntem: Çalışmaya kliniğimizde takip edilen 247 İAH hastası dahil edildi, hastaların 157'si (%63,6) kadındı. Ortanca yaşları 66,6 (30-95) idi. Hastaların en sık tanıları, Sjögren (79, %32,0), RA (72, %29,1) ve sistemik sklerozdu (55, %22,3). Bu hastaların 163'ü (%66) NSIP, 67'si (%27,1) OIP, 11 (%4,5)'i lenfositik interstisyel pnömoni (LIP), 6'sı (%2,4) organize pnömoni tanısı ile takip edilmekteydi. Hastalar antikor pozitifliğine göre gruplandırıldığında RF ya da anti-CCP pozitif olanlarda NSIP (45, %50) ve diğer paternlerin (45, %50) eşit sıklıkta olduğu görüldü (Tablo 1). Ancak bu antikorların pozitif olduğu hastalarda OIP gelişme riski olmayanlara göre 2,5 (1,4-4,5) kat fazlaydı (Tablo 2). Lojistik regresyon analizi yapıldığında erkek cinsiyet (p=0,001) ve ileri yaş (p=0,022), OIP tanısı almak açısından bağımsız risk faktörleri olarak bulunurken, RF ya da CCP pozitifliğinin ise anlamlı bir istatistiksel fark oluşturmadığı görüldü (p>0,05). Anti SCL-70 pozitifliği olanlarda ise NSIP (34, %85) daha sık görülmekteydi. Anti SCL-70 pozitifliğinin NSIP paterni gelişme riskini diğer paternlere göre 3,6 (1,4-8,9) kat artırdığı görüldü (p=0,006) (Tablo 1). Lojistik regresyon analizi yapıldığında kadın cinsiyetin (p=0,007) NSIP tanısı almak açısından bağımsız risk faktörü olduğu gözlenirken, SCL-70 pozitifliğinin ise anlamlı bir istatistiksel fark oluşturmadığı görüldü (p>0,05). Anti Mi-2, anti sentromer, anti smith, SSA, SSB, anti-RNP ve anti Jo1 antikorlarında ise İAH paternine yönelik bir farklılık izlenmedi, ancak Anti Mi-2 pozitifliği BT de tanı anındaki tutulum yaygınlığı (>%20 tutulum) açısından anlamlı bulundu (p=0,034).

Bulgular: Bağ dokusu hastalıklarına bağlı İAH'ta, tanı tipine göre değişen paternler görülmektedir. RA hastalarında yapılan meta-analizlerde, en sık rastlanan radyolojik paternler ise sırasıyla OIP ve NSIP olarak görülmüştür. RF veya anti-CCP pozitifliğinin RA tanısındaki yeri göz önüne alındığında bu antikorların pozitif

olmasının fibrotik paternlere yatkınlığı artırabileceği düşünülebilir. Sistemik skleroz hastalarında ise anti-Scl-70 antikor varlığı, İAH gelişimi için önemli bir risk faktörüdür. Özellikle SSk-İAH olgularında yapılan çalışmalarda NSIP paterninin baskın olduğu ve anti-Scl-70 pozitifliğinin bu paternde yüksek oranda bulunduğu bildirilmiştir.

Sonuç: Bu durum bizim bulgularımızla örtüşmekte ve NSIP'in immünosüpresif tedaviye yanıt potansiyeli nedeniyle bu antikor pozitifliğinin terapötik açıdan anlamlı olduğunu göstermektedir. Anti Ro-52, Anti Ku, Anti Jo1 antikorlarının İAH prognozu açısından prediktif olabileceği ile ilgili çalışmalar vardır ancak bizim çalışmamızda hasta sayısı azlığından dolayı bunlarla ilgili yorum yapmak mümkün olmamıştır. Sonuç olarak, çalışmamızdaki bulgular bağ dokusu hastalıklarında spesifik otoantikor profillerinin İAH paternini tahmin etmeye yardımcı olabileceğini göstermektedir. Bu durum hem tanı ve prognozun belirlenmesi hem de tedavi stratejilerinin bireyselleştirilmesi açısından klinik önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: İnterstisyel akciğer hastalığı, otoantikor, romatoid artrit, skleroderma

Tablo 2. Antikor pozitifliklerinin olağan interstisyel pnömoni ile ilişkisinin değerlendirilmesi

Antikor		UIP (%)	UIP dışı (%)	p-değeri (chi-square)	Odds ratio (95% CI)
RF_CCP	Negatif (157) Pozitif (90)	32 (20,4) 35 (38,9)	125 (79,6) 55 (61,1)	0,002	**2,512 (1,412–4,468)**
RF	Negatif (180) Pozitif (67)	38 (21,1) 29 (43,3)	142 (78,9) 38 (56,7)	0,001	**2,852 (1,563-5,204)**
CCP	Negatif (186) Pozitif (61)	42 (22,6) 25 (41,0)	144 (77,4) 36 (59,0)	0,005	**2,381 (1,287-4,405)**
RO_LA	Negatif (202) Pozitif (45)	57 (28,2) 10 (22,2)	145 (71,8) 35 (77,8)	0,383	0,712 (0,331-1,533)
SSA	Negatif (222) Pozitif (25)	62 (27,4) 5 (20,0)	160 (72,6) 20 (80,0)	0,368	0,662 (0,237-1,848)
SSB	Negatif (232) Pozitif (15)	65 (28,0) 2 (13,3)	167 (72,0) 13 (86,7)	0,229	0,405 (0,089-1,849)
Ro52	Negatif (223) Pozitif (24)	59 (26,5) 8 (33,3)	164 (73,5) 16 (66,7)	0,472	1,390 (0,565-3,416)
SCL70	Negatif (207) Pozitif (40)	61 (29,5) 6 (15,0)	146 (70,5) 34 (85,0)	**0,060 (Fisher p=0,041)**	**0,414 (0,169-1,058)**
Sentromer	Negatif (233) Pozitif (14)	64 (27,5) 3 (21,4)	169 (72,5) 11 (78,6)	0,764	0,707 (0,191-2,618)
Smith	Negatif (243) Pozitif (4)	67 (27,6) 0 (0,0)	176 (72,4) 4 (100,0)	0,577	0,729 (0,674-0,789)
Jo1	Negatif (238) Pozitif (9)	64 (26,9) 3 (33,3)	174 (73,1) 6 (66,7)	0,687	1,336 (0,324-5,501)
RNP	Negatif (234) Pozitif (13)	66 (28,2) 1 (7,7)	168 (71,8) 12 (92,3)	0,195	0,208 (0,027-1,634)
Mi2	Negatif (238) Pozitif (9)	63 (26,5) 4 (44,4)	175 (73,5) 5 (55,6)	0,259	2,290 (0,595–8,818)

[PS-044]

Tosilizumab ile klinik kontrol sağlanan dirençli Ailevi Akdeniz ateşi olgusu

Gizem Pire

Hitit Üniversitesi, Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Çorum

Amaç: Ailevi akdeniz ateşi taşıyıcısı olarak 20-25 yıl öncesinden beri takip edilen 37 yaşında Sivaslı erkek hasta 2009 yılında askerdeyken karın ağrısı atağı olması ile hastaneye yatışında kesin tanı almış. Sonrasında dönem dönem kolşisin kullanmış, düzenli poliklinik kontrollerine gelmemiş.

Yöntem: Yaklaşık 6 yıl önce karın ağrısı başlayan hastanın şikayeti ayda bir kez oluyor ve 1-5 gün arası sürüyormuş. İstirahatle rahatlamayan bel ve kalça ağrısı ile çoğunlukla dizden aşağıda, ayaklarda olmak üzere eklem ağrıları oluyormuş. Halsizlik, kilo kaybı şikayetleri de eşlik etmiş. CRP: 35 mg/L sedimentasyon 78 mm/h, fibrinojen: 900 mg/dL, serum Amiloid A: 4 mg/L, kreatinin 0,6 mg/dL, spot idrarda proteinuri 900 mg/gün gelen hastadan 24 saatlik idrar proteini istenmiş ve 2059 mg/gün olarak gelmiş. Annesi ve ablası da AAA (Ailevi Akdeniz ateşi) olan hastanın AAA genetik incelemesi V726A heterozigot olarak gelmiş. Sakroiliak MR normal sınırlarda, HLAB27 negatif olarak gelmiş. Kolşisin 2x0,5 mg, indometasin 2x25 mg, ramipril 2,5 mg/gün başlanmış. Amiloidoz açısından nefrolojinin de görüşü alınarak diş eti biyopsisi yapılmış, fokal kronik iltihaplı diş eti olarak gelmiş. Ocak 2020'de renal biyopsi yapılmış. Kongo red ve kristal viyole ile arteriyol duvarlar ve glomerül mezengiumunda pozitif boyanma görülmüş. İmmunhistokimyasal analiz ile arteriyol duvarlarında ve glomerül mezengiumunda AA Amiloid açısından pozitif boyanma görülmüş.

Bulgular: Ocak 2020'de hastaya yurt dışı kolşisin ve anakinra başlandı. İki hafta sonra akut faz reaktanları yüksek seyretmeye devam etti. Tedaviye düzenli uymasına rağmen üç ay sonra üç gündür olan karın ağrısı, ishal, ayak bileklerinde ağrı ve ağrıdan yürüyememe şikayeti ile başvurdu, akut faz reaktanları yine yüksekti. Betametazon tek doz intramüsküler uygulandı. Mayıs 2020'de karın ağrısı, kusma ile acile başvuran hasta subakut ileus? ön tanısı ile takip edilmiş, sonrasında ileus düşünülmeyerek taburcu edilmiş. Bir yıl kullandığı Anakinra altında atakları olması üzerine Kanakinumaba geçildi. Kanakinumab altında atak geçirmeye devam eden, akut faz reaktanları da düşmeyen hastaya 6 ay sonra infliksimab 400 mg başlandı. Şikayetleri kısmen gerileyen ancak alt ekstremite ağrıları tekrar olan, proteinuri ve akut faz reaktanları düzelmeyen hastanın Ekokardiyografisi normal görüldü. Abdomen USG'de yalnızca her iki böbrek parankim eko paterni grade 1 olacak şekilde artmış olarak görüldü. Ramipril dozu 5 mg/gün'e çıkıldı. Gece terlemesi olan, sedimentasyon 101mm/h hasta göğüs hastalıklarına konsülte edildi ve toraks abdomen BT çekildi, belirgin bir patoloji görülmedi. Endoskopi ve kolonoskopide normal bulgular ile alınan biyopsilerde kronik aktif gastrit, duodenit, minimal ödemli rektum mukozası görüldü. İnfliksimab ile klinik kontrol sağlanamayan hastanın atakları karın ağrısı ve ateş değil, çoğunlukla ayaklarda eklem ağrısı bel ağrısı ağırlıklı oluyordu. Ara ara bacak ağrısı oluyordu. Ağustos 2021'de tocilizumab 640mg/ay başlandı. Kontrollerinde akut faz reaktanları ve proteinuride anlamlı düzelme görüldü.

Sonuç: Şikayetleri de tocilizumab ile kalmayan hastaya intravenöz bulunamadığı için 162 mg subcutan tocilizumaba geçildi. Nisan 2024 CRP: 4 mg/L, Sedimentasyon 2 mm/h, kreatinin 0,7 mg/dL, protein/kreatinin 1230 mg/gün olan hasta tocilizumab tedavisine devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz, amiloidoz, FMF, tosilizumab

[PS-045]

Behçet hastalarında tanı anındaki klinik ve laboratuvar parametrelerin takipte yeni majör organ tutulumunu öngörmedeki rolü: İnsepsiyon kohortu sonuçları

Oya Altun[1], Rabia Deniz[2], Ahmet Gül[3], Cemal Bes[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, istanbul

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

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

Amaç: Behçet hastalığı (BH), mukokütanöz belirtilerden majör organ tutulumuna (MOT) kadar geniş bir spektrumda seyreden, kronik, multisistemik enflamatuvar bir hastalıktır. Majör organ tutulumu (MOT), morbidite ve mortalite açısından kritik öneme sahiptir. Bu çalışmanın amacı, BH hastalarında tanı anındaki klinik ve laboratuvar parametrelerin takipte yeni bir MOT (YMOT) gelişimini öngörmedeki potansiyel değerini araştırmaktır.

Yöntem: Bu çalışma prospektif, insepsiyon kohortu olarak planlanmış olup, Uluslararası Çalışma Grubu (ISG) kriterlerine göre tanı alan BH hastaları incelenmiştir. Hastaların tanı anında ve takip vizitlerinde demografik özellikleri, klinik bulguları, temel laboratuvar parametreleri kaydedildi. MOT, göz, damar, nörolojik ve gastrointestinal tutulumu içerecek şekilde tanımlandı. MOT olan ve olmayan hastalar uygun analiz yöntemleri ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya toplam 94 hasta dahil edildi; bunların 15'inde takipte en az 1 YMOT gelişti. YMOT gelişen ve gelişmeyen hastaların cinsiyet dağılımı benzerken, YMOT gelişenler daha yaşlı idi (33 vs 40, p=0,06). YMOT gelişmeyen grupta majör organ tutulumlarının tanıda varlığı daha sık olmakla beraber hiçbir fenotipte anlamlı sık değildi. Bulguların detayları Tablo 1'de verildi. YMOT gelişen 15 hastanın 1 tanesi hem oküler hem vasküler tutulum geliştirmiş olup toplamda, 5 oküler, 8 vasküler, 1 nörolojil ve 2 gastrointestinal YMOT gelişti. Tanı sırasında var olan bulgular gruplar arasında benzerken yalnızca folikülit YMOT gelişmeyen grupta daha sıktı (%60,8 vs 33,3, p=0,047). Genital ülser ise anlamlı farka ulaşmasa da ayrışmış görünümdeydi (%69,6 vs 53,3, p=0,175). Tüm takipte ise YMOT gelişen grupta tromboflebit, derin ven trombozuve arteriyel tutulum daha sıktı. Tanı sırasında MOT ile prezente olma arasında fark olmasa da, CRP ve ESR düzeyleri YMOT gelişen grupta anlamlı derecede daha yüksek bulundu (CRP için 5,5 vs 23,6, p=0,034, ESR için 11 vs 25,5, p=0,005). HLA-B51 varlığı açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı (p>0,05).

Sonuç: Behçet hastalığı'nda YMOT tanı anında öngörülebilecek belirteçlerle ilişkili olabilir. Tekrarlayan oral aft temel ve MOT gelişiminden bağımsız bir bulgu ola da genital ülser ve folikülit mukokutan fenotipe daha özgü bulgular görünmekte ve bunlar hastanın takipte YMOT geliştirme ihtimalinin azalmasını ve mukokutan kalmasını destekliyor görünmektedir. Tanı anında daha yüksek akut faz reaktanları YMOT gelişimiyle ilişkili görünürken HLA-B51 varlığı YMOT öngörmede belirleyici olmadığı bulunmuştur. Bulgular, tanı anında yapılan ayrıntılı klinik ve laboratuvar değerlendirmelerin, BH hastalarında risk stratifikasyonu ve izlem stratejilerinin kişiselleştirilmesinde önemli katkılar sağlayabileceğini ve özellikle yüksek akut faz belirteçleri olan hastaların daha yakın ve ayrıntılı takip ve tetkik edilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, yeni majör organ tutulumu, prognoz, CRP, ESR, LDH

Tablo 1. İzlemde yeni majör organ tutulumu (YMOT) gelişen ve gelişmeyen Behçet hastalarının klinik ve laboratuvar özellikleri

Klinik özellik	YMOT var (n=79)	YMOT yok (n=14)	p
Cinsiyet (K/E), n (%)	31/48 (39,2/60,8)	6/9 (40,0/60,0)	0,586
Yaş, yıl (ortanca, aralık)	33 (18-54)	40 (22-52)	0,060
İlk semptom yaşı, yıl	25 (10-48)	30 (10-45)	0,772
Tanı yaşı, yıl	31 (15-51)	35 (17-49)	0,276
Tedavi başlama yaşı, yıl	31 (15-51)	37 (17-49)	0,189
HLA-B51 pozitifliği, n (%)	22 (27,8)	6 (40)	0,579
Tanıda fenotipik tutulum			
Mukokutan	78 (98,7)	15 (100)	0,840
Okuler	13 (16,5)	1 (6,7)	0,299
Vaskuler	10 (12,7)	1 (6,7)	0,444
Nörolojik	1 (1,3)	0	0,840
Gastrointestinal	1 (1,3)	1 (6,7)	0,295
Tanıda klinik bulgular			
Oral aft	76 (96,2)	15 (100)	0,590
Genital ülser	55 (69,6)	8 (53,3)	0,175
Follikülit	48 (60,8)	5 (33,3)	0,047
Eritema nodosum	34 (43,0)	6 (40,0)	0,530
Eklem tutulumu	22 (27,8)	3 (20,0)	0,391
Üveit	13 (165)	1 (6,7)	0,299

Tablo 1. Devamı

Klinik özellik	YMOT var (n=79)	YMOT yok (n=14)	p
Tromboflebit	0	0	N/A
Pulmoner arter anevrizması	3 (3,8)	0	0,590
Pulmoner arter trombozu	3 (3,8)	1 (6,7)	0,507
Diğer arter tutulumu	1 (1,3)	0	0,840
Derin ven trombozu	7 (8,9)	1 (6,7)	0,625
Parankimal nörolojik tutulum	1 (1,3)	0	0,840
Dural sinus trombozu	0	0	N/A
Gastrointestinal tutulum	1 (1,3)	1 (6,7)	0,295
Son vizitte fenotip			
Mukokutan	78 (98,7)	15 (100)	0,840
Okuler	13 (16,5)	6 (40)	0,048
Vasküler	10 (12,7)	8 (53,3)	0,001
Nörolojik	1 (1,3)	1 (67)	0,295
Gastrointestinal	1 (1,3)	3 (20)	0,012
Kümülatif izlem süresi (ay)	25 (12-60)	29 (12-112)	0,171
Relaps n (%)	48 (60,8)	9 (60)	0,648
Tedavi direnci	28 (58,3)	4 (44,4)	0,341
Kompliyans sorunu	20 (41,7)	5 (55,6)	
İlk relaps zamanı (ay)	8 (1-41)	13 (3-36)	0,386
Tanıda Laboratuvar parametreleri			
C reaktif protein mg/L	5,5 (0,1-151)	23,6 (1,1-152,5)	0,034
Sedimentasyon mm/h	11 (2-73)	25,5 (6-63)	0,005
Lökosit 10^9/L	8275 (4550-18700)	7770 (6300-14530)	0,688
Nötrofil 10^9/L	5045 (2570-16750)	4870 (3960-11030)	0,277
Lenfosit 10^9/L	2145 (700-4110)	2000 (490-3160)	0,130
Hemoglobin g/dL	13,3 (6,9-16,5)	12,8 (9,1-14.8)	0,421
Platelet 10^9/L	277,5 (156-654)	263 (213-463)	0,992
AST U/L	17 (7-45)	18 (8-32)	0,498
ALT U/L	17 (3-96)	17 (2-44)	0,735
LDH U/L	157 (91-473)	161,5 (120-278)	0,442

[PS-046]

Still hastalığına laboratuvar ve klinik özellikleri üzerinden genel bakış: Tek merkez deneyimi

Gamze Akkuzu, Ayşenur Yılmaz, Ayşe Elif Boncukçuoğlu, Erdem Bektaş, Fatma Dilara Yürük Kıtay, Rabia Deniz, Cemal Bes

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

Amaç: Still hastalığı (SH) nadir görülen bir sistemik enflamatuvar hastalıktır. SH'nin başlıca klinik özellikleri, ateş, tipik deri döküntüsü, kas/iskelet semptomları şeklinde sayılabilir. Hastalığın karakteristik özellikleri olarak sıralanabilecek bir dizi laboratuvar bulgusu olsa da bunların hiçbiri SH'ye özgü değildir ve enfeksiyöz hastalıklar, diğer romatizmal hastalıklar ve maligniteler başta olmak üzere pek çok başka durumda da görülebilir. Bu laboratuvar özellikleri arasında, yükselmiş akut faz reaktanları, nötrofilik lökositoz, trombositoz, anemi ve yükselmiş hepatik aminotransferazlar sayılabilir. Serum ferritin düzeylerindeki yükseklik çarpıcı olabilir ve genellikle diğer durumlarda görülenin üzerindedir.

Yöntem: Ağustos 2020-Eylül 2024 tarihleri arasında Yamaguchi sınıflama kriterlerini karşılayan ve SH tanısı ile kliniğimizde takip etmiş olduğumuz 31 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalarla ilgili verilere hastane otomasyon sistemi üzerinden ulaşıldı ve veriler geriye dönük olarak incelendi.

Bulgular: Demografik ve klinik özelliklere bakıldığında, hastaların 19'u (%61,3) kadın ve 12'si (%38,7) erkekti. Ortama yaş 42,4±16,6 (21-71)'tü. Sık görülen klinik özellikler sırasıyla; ateş (%100), eklem ağrısı (%90,3), boğaz ağrısı (%90,3) ve deri döküntüsü (%71) şeklindeydi. Bunları miyalji (%58,1), lenfadenomegali (%45,2), hepatomegali (%29) ve splenomegali (%12,9) izlemişti. Hastalar başlıca laboratuvar bulguları açısından da değerlendirilmiş ve sonuçlar Tablo 1'de özetlenmiştir. Buna göre; yükselmiş eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) hastaların %83,9'unda, lökositoz %87,1'inde, anemi %16,1'inde, trombositoz %29'unda ve hepatik aminotransferaz yüksekliği %71'inde saptanmıştır. Serum ferritin düzeyleri hastaların %35,6'sında >1000 ve yine aynı orandaki hastada da >10.000 olarak saptanmıştır.

Sonuç: SH tanılı hastaları klinik olarak incelediğimiz ve bu çalışmamızda SH'yi daha ön planda düşündürecek özellikleri vurgulamaya çalıştık. Bununla birlikte klinik ya da laboratuvar özelliklerinin hiçbiri SH'ye özgü değildir ve klinik tanı hala öncelikle diğer olası durumların dışlanmasını gerektirmektedir. Bu alanda daha fazla hasta sayısı ile yapılacak prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Still hastalığı, ferritin, ateş

[PS-047]

CARD14 intron9 (psöriazis 2/PRP) mutasyon ilişkili tekrarlayan ateş, artralji, eritema nodosum

Banu Çiçek Yalçın Dulundu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: CARD14 variantlarının psoriazis ve ailevi pitriazis rubra pilaris olguları ile ilişkisi bilinmektedir. Son yıllarda bu mutasyonların kliniğimize gelen olgu gibi sadece deri manifestasyonu değil sistemik enflamatuvar fenotiplerle de ilişkili olabileceği görülmüştür.

Olgu: Altmış üç yaşında kadın hasta 5 yıl önce başlayan ön bacakta hiperemik ağrılı lezyon ve ateş şikayeti ile başvurdu. Üç yıl önce dış merkezde deltacortril 10 mg ve kolşisin 1,5 gr başlandığı öğrenildi. Ataklarında ateş 2 gün süreli 40 derece eşlik eden CRP yüksekliği (156 mg/L), şiddetli olmayan karın ağrısı, artralji ve biyopsisi eritema nodosum ile uyumlu alt ekstremitede hiperemik ağrılı deri lezyonu mevcut. Tedavi altında halen enflamatuvar epizodlar oluyor. Tüm serolojik markerları negatif olan hasta ESH gibi kabul edildi ve 0,5 mg/kg steroid başlandı, kolşisin kesildi. İkinci haftada klinik ve laboratuvar yanıtı alınan hastada steroid azaltılırken 8 mg'da CRP 20 mg/L'de plato çizdi ve tedaviye leflunamid eklendi. Üç ay sonra ateş ve eklem şikayeti olmamasına rağmen tibia ön yüzdeki ağrılı hiperemik lezyon geri geldi. Mevcut tedaviye kolşisin eklendi. İstenen MEF MUT negatif izlenmesi üzerine bakılan ateş panelinde CARD14 intron 9 pitriazis rubra pilaris, psoriazis 2, od nm-001257970 gen mut + olarak izlendi. Klinik ve laboratuvar olarak tam remisyonda olan hasta 3 ay sonra kontrolde görülecek eğer aktivasyon olursa genetik sonuç da göz önünde bulundurularak IL-17 başlanması planlandı.

Sonuç: Bu olgunun psöriazis öyküsü olmadan tekrarlayan ateş, artralji ve nodüler pannikülit ile seyretmesi CARD14 intron 9 varyantlarının klasik kütanöz tablonun ötesinde sistemik enflamatuvar yanıtı da tetikleyebileceğini göstermektedir. Normal keratinositlerde CARD14 NF-KB ve MAPK sinyal yolaklarını regüle etmektedir. Dolayısıyla bu ya da bağlı bölgelerdeki mutasyonlar monogenik otoenflamatuvar tablolarla örtüşen durumlara yol açabilmektedir. Atipik tekrarlayan ateş ve dermatozlarda genetik araştırma doğru tedavi açısından büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: CARD14 intron 9, eritema nodosum, ateş, otoenflamatuvar sendrom

Şekil 1. Eritema nodosum

[PS-048]

Romatoid artrit tanılı DMARD tedavisi alan hastalarda hepatit B serolojisi ve aşılama profili

Nilay Erdik, Hatice Keyvan Sönmez, Burak Celaleddin Korkmaz, Emre Bilgin, Emel Gönüllü

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

Amaç: Romatoid artrit (RA) nedeniyle DMARD (Hastalığı modifiye eden anti-romatizmal ilaç) tedavisi alan hastalarda hepatit B seroloji profili ve aşılama durumunu değerlendirdik. Bu nedenle gelecekte tedavi öncesi aşılanma önlemlerin alınabilmesi açısından yol gösterici olmasını hedefledik.

Yöntem: Ocak 2015-Ağustos 2025 tarihleri arasında Sakarya Üniversitesi İç Hastalıkları Romatoloji kliniğine başvuran 1580 RA tanılı hasta tarandı. Hastaların 1180'ni son 1 yıl içinde takiplerine gelmemesi ve 145'ü eksik hepatit B serolojisi bulunması sebebiyle dışlandı. İki yüz elli beş hasta çalışmaya alındı. Hastaların demografik, kullandıkları konvansiyonel sentetik (CS), hedefe yönelik sentetik ve biyolojik DMARD verileri, hepatit B serolojisi ve aşılanma profili retrospektif incelendi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 57,28±13,25 iken 190'ı (%74,5) kadın 65'i (%25,5) erkekti. Çalışmaya alınan 255 hastanın tanı dönemindeki hepatit B seroloji profili; 4'ü (%1,6) kronik viral hepatit B, 73'ü (%28,6) HbsAg negatifliğiyle birlikte anti-Hbc pozitif, 35'i (%13,7) aşılı ve 143'ü (%56,1) aşısız saptandı (Tablo 1). İzlem döneminde aşısız 143 hastanın 52'sinin (%36) aşılandığı, aşılananların 50'sinin 6. ayda bakılan anti-Hbs değerlerinin pozitifleştiği fakat 2'sinin ise pozitifleşmediği görüldü. Aşılanan hastaların 41'i (%79) biyolojik/hedefe yönelik sentetik DMARD başlanması öncesinde ve 11'i (%21) sadece csDMARD kullanırken aşılandığı izlendi. Çalışmaya alınan hastalardan 11'i rituksimab tedavisi almaktaydı. İki hasta tanıda aşılıydı, 3 hasta anti-HBc pozitifliği sebebiyle antiviral profilaksi alıyordu. Altı hasta aşılanmış, 4'ünde aşı yanıtı alınırken 2'sinde aşı yanıtı alınamadı (Grafik 1).

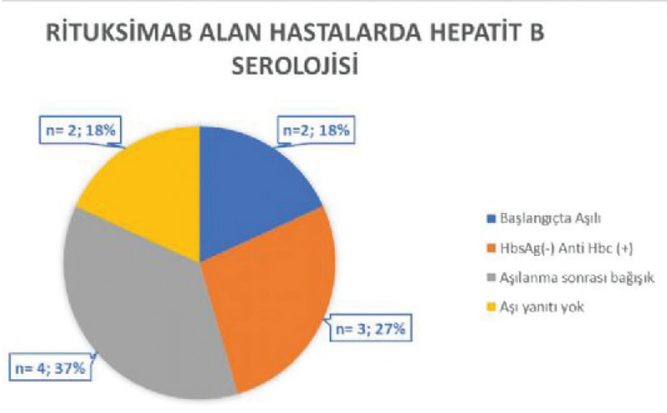
Sonuç: Tüm RA hastalarında bazal hepatit serolojisine bakılması önerilmektedir. Otoimmün enflamatuvar romatizmal hastalarda hepatit B ile ilgili risk altındaki hastalara aşılama önerilmekte fakat rutin aşılama önerilmemektedir. Aşılama yapılacaksa hastalığın inaktif döneminde ve immünosupresif tedavi öncesi yapılması önerilmektedir. Hepatit B serolojisi ve aşılama önerileri önemini sürdürmekte olup tanımlayıcı çalışmalar ile farkındalık oluşturulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aşılama, DMARD, hepatit B serolojisi, romatoid artrit

Tablo 1. Demografik veriler, Hepatit B seroloji ve aşılama profili

Değişkenler	
Yaş*	57,2±13,2
Cinsiyet#	
Kadın	190 (%74,5)
Erkek	65 (%25,5)
Hepatit B serolojisi#	
Başlangıçta aşılı	35 (%13,7)
Kronik viral hepatit B	4 (%1,6)
Hbsag (-) anti-Hbc (+)	73 (%28,6)
Aşısız	143 (%56,1)
Aşısız hastalarda hepatit B aşılaması#	
Aşılandı	52 (%36,4)
Aşılanmadı	91 (%63,6)

** ortalama ± standart sapma, # n (%) olarak verilmiştir*



Grafik 1. Rituksimab alan hastalarda hepatit B serolojisi

[PS-049]

Psöriyatik artrit tanılı hastalarda sarkopeni sıklığı: Tek merkez çalışma

Bengisu Aslan[1], Mine Temel Nokay[1], Özlem Esra Yıldırım[2], Mustafa Aydemir[2], Funda Erbasan[2], Veli Yazısız[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antayla

[2]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Antalya

Amaç: Psöriatik Artrit (PsA) kas-iskelet sistemini etkileyen kronik enflamatuvar bir hastalıktır. Bu çalışmada, kronik hastalıklarda görülen sarkopenin PsA hastalarındaki sıklığının araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Yirmi beş PsA hastası ile 26 sağlıklı gönüllünün kas kütlesi ve yağ oranı biyoelektrik impedans cihazı; el kavrama gücü el dinamometresiyle ölçüldü. Kas fonksiyonları dört metrelik yürüme testi ile değerlendirildi. Gruplar arasında karşılaştırmalar yapıldı.

Bulgular: PsA hastalarının ve sağlıklı gönüllülerin genel özellikleri ve karşılaştırmalı sonuçları Tablo 1'de sunulmuştur. Her iki grupta da sarkopeni tanımına uyan hasta bulunamamıştır. PsA hastalarında pre-sarkopeni sıklığı (%60), kontrol grubundan (%30) istatistiksel olarak anlamlı yüksek (p=0,036). PsA hastalarında sağlıklı gönüllülerle ile kıyaslandığında, vücut kitle indeksi, bel çevresi ve bel/kalça oranları ve yağ kütlesi anlamlı düzeyde daha yüksekti (her biri için p değerleri <0,05). İskelet kas kütlesi, yağsız vücut kütlesi ve iskelet kas kütle indeksleri daha yüksek, yürüme hızı daha düşük olmakla birlikte gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Pre-sarkopeni gözlenen PsA hastalarının boyları daha kısa, yürüme hızları, vücut yüzey alanları, el kavrama güçleri, kas kütlesi, apendiküler kas kütlesi, toplam yağsız kas kütlesi ve kas kütlesi indekslerinin diğer PsA hastalarından istatistiksel olarak daha düşüktür (p<0,05). Bu hastaların serum kreatinin (p=0,013) ve albümin (p=0,028) değerleri daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç: Kenji Takami ve ark. PsA hastalarında %5,1 sarkopeni sıklığı bildirmişlerdir. Bizim bulgularımız, PsA hastalarında ciddi sarkopeninin olmadığını ancak pre-sarkopeni sıklığının arttığını göstermiştir. Presarkopenili hastalarda VKI'nin değişmemektedir, hastaların serum kreatinin ve albümin düzeylerindeki azalmanın uyarıcı faktörler olabileceğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Psoriatik artrit, sarkopeni, presarkopeni

[PS-050]

Seropozitif romatoid artritli hastalarda kontrastsız toraks bilgisayarlı tomografi bulguları ile akciğer tutulumunun klinik laboratuvar parametreleri ve tedaviye etkisi

Ayşe Gizem Kapıcıoğlu[1], Ege Sinan Torun[2], Suzan Önol[3], Mine Adaş[4]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

[2]Demiroğlu Bilim Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Endokrinoloji Bölümü, İstanbul

Amaç: İnterstisyel akciğer hastalığı (İAH), romatoid artritin (RA) en önemli eklem dışı tutulumlarından biri olup ciddi morbidite ve mortaliteye neden olabilmektedir. Romatoid artrit ilişkili interstisyel akciğer hastalığı (RA-İAH) erken dönemde asemptomatik olup hastalığın ileri evrelerine kadar fark edilmemektedir. Çalışmamızın amacı seropozitif RA hastalarında interstisyel akciğer hastalığını taramak amacıyla çekilen toraks bilgisayar tomografisi (BT) bulgularını detaylı bir şekilde inceleyerek, subklinik pulmoner tutulumları belirlemektir. Ayrıca, RA-İAH bulunan hastalarla akciğer tutulumu olmayan hastaların; demografik özellikler, klinik seyir, laboratuvar parametreleri ve tedavi rejimleri açısından karşılaştırılması da hedeflenmiştir.

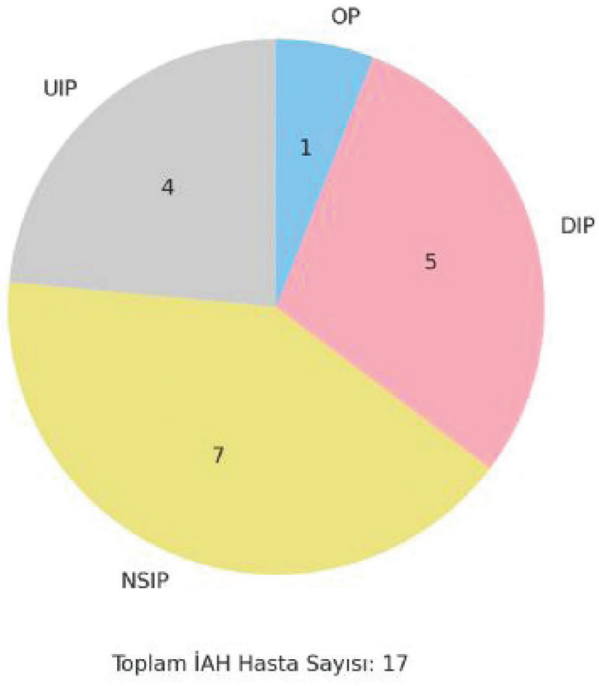
Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya Eylül 2022-Eylül 2024 tarihleri arasında Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Romatoloji Polikliniği'nde takipli olan, 18 yaş ve üstü, 2010 ACR/EULAR kriterlerini karşılayan seropozitif RA tanılı, solunum semptomları olmayan, kontrastsız toraks BT' si çekilip tek bir radyoloji uzmanı tarafından incelenmiş olan hastalar dahil edilmiştir. Hastaların demografik verileri, klinik bulguları, eşlik eden hastalıkları, ilk vizitteki hemogram, biyokimya parametreleri, akut faz reaktanları, romatoid faktör, anti siklik sitrüline peptit, antinükleer antikor pozitiflik durumları ve titreleri ve takip süresi boyunca kullandıkları tedaviler değerlendirilmiştir. Verilerin çözümlenmesinde sürekli yapıdaki verilerin istatistiği yapılırken, ortalama ± standart sapma, minimum-maksimum değerleri veya medyan (%25-75) çeyreklik değerleri, kategorik değişkenleri tanımlarken ise frekans ve yüzde değerleri verilmiştir. İnterstisyel akciğer hastalığı durumu ile kategorik değişkenler arasında ilişki değerlendirmede ki-kare test veya ki-kare kesin test istatistiği kullanılmıştır. İnterstisyel akciğer hastalığı durumuna göre sürekli değişkenler arasında fark değerlendirmede Student's t-test veya Mann-Whitney U test istatistiği kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel açıdan anlamlılık düzeyi p<0,05 olarak alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS 25 version istatistik programı kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 187'si kadın, 49'u erkek 236 hasta alınmıştır. Yaş ortalaması 55,2±13,3'tür. Medyan takip süresi 14 aydır (3-35 ay). Hastaların %40,8'i sigara kullanmaktaydı. Hastaların kontrastsız toraks BT bulguları Tablo 1'de gösterilmiştir. Hastaların 17'sinde (%7,2) RA-İAH saptanmıştır. Bu hastaların 7'sinde

non-spesifik interstisyel pnömoni (NSİP), 5'inde deskuamatif interstisyel pnömoni (DİP), 4'ünde olağan interstisyel pnömoni (UİP), bir hastada ise organize pnömoni (OP) mevcuttu (Şekil 1). RA-İAH hastalarında, RA-İAH olmayan hastalara göre daha yaşlıydı (p=0.005), romatoid faktör (RF) pozitifliği daha yüksek orandaydı (p=0.02), kortikosteroid tedavisine devam etme oranı daha yüksekti (p=0,01), metotreksat kullanım oranı daha düşüktü (p=0.02), hidroksiklorokin+leflunomid kombinasyonu kullanım oranı daha yüksekti (p=0,03), tanı anındaki eritrosit sedimentasyon hızı (p<0,001), RF titresi (p=0,001) ve laktat dehidrogenaz düzeyi (p<0,001) daha yüksek, tanı anında hemoglobin düzeyi ise daha düşüktü (p=0,03).

Sonuç: Çalışmamızda RA-İAH hastalarıda NSİP ve DİP patternlerinin, UİP'den daha sık saptanması dikkat çekicidir. RA-İAH hastalarında, İAH eşlik etmeyen RA hastalarına göre daha yaşlıydı. RF pozitifliği ve titresinin bu grupta daha yüksek olması RF'nin ekstraartiküler bulgularla ilişkilendirilen bir antikor olması verisiyle uyumludur. Bu grupta tanı anında eritrosit sedimentasyon hızının daha yüksek, hemoglobinin ise daha düşük olması RA hastalarında İAH'nin getirdiği ek kronik enflamasyon yüküyle ilişkili olabilir. Tanı anında bu grupta yüksek LDH'nin daha yüksek olması, LDH'nin bu alanda bir belirteç olabileceğini düşündürmektedir. RA-İAH grubunda daha az metotreksat daha çok leflunomid+hidroksiklorokin verilmesi, metotreksat-İAH ilişkisi endişesiyle bu ilacın daha az tercih edilmesinin sonucu olabilir. Son olarak RA-İAH grubunda daha yüksek oranda steroid kullanımı bu hastalardaki daha yüksek hastalık aktivitesini dolaylı olarak ortaya koymaktadır. Özellikle seropozitif RA hastalarında, toraks BT ile RA-İAH açısından taramanın yaygınlaşacağı, bu konuya ulusal ve uluslararası tedavi kılavuzlarının yeni önerilerinde yaygın olarak yer verileceği öngörülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bilgisayarlı tomografi, interstisyel akciğer hastalığı, klinik özellikler, laboratuvar özellikleri, seropozitif romatoid artrit, tedavi



Şekil 1. Romatoid artrit ilişkili interstisyel akciğer hastalığı olan 17 hastada alt grupların dağılımı

[PS-051]

Sistemik sklerozlu kadınlarda vajinal mukoza ve duvar kalınlığının cinsel disfonksiyonla ilişkisi

İrem Demirtaş[1], Hayal Şimşek[2], Andaç Komaç[3], Ayten Yazıcı[3], Ayşe Çefle[3], Duygu Temiz Karadağ[3]

[1]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli

[2]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kocaeli

[3]Kocaeli üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

Amaç: Sistemik sklerozlu kadınlarda cinsel işlev bozukluğu ve fertilitenin değerlendirilmesi önemli bir sağlık sorunudur ve bu durum kadınların benlik saygısını, iyilik halini ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. SSk'nin cinsel işlevi hangi mekanizmalarla bozduğu henüz tam olarak bilinmemektedir. Bu konudaki araştırmalar çoğunlukla hastalığın psiko-sosyal yönlerine odaklanmıştır. Hastalığın cinsel organlar üzerindeki etkisine ilişkin kanıtlar ise sınırlıdır. Bu çalışmada, sistemik sklerozlu kadınlarda vajen duvarı ve mukoza kalınlığı ile cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişkiyi araştırdık.

Yöntem: Çalışmaya, 2013 ACR/EULAR SSk sınıflama kriterlerini karşılayan 62 kadın hasta ve 50 sağlıklı kontrol dahil edildi. Tüm katılımcılarda vajen duvar kalınlığı (proksimal, orta ve distal), vajen mukozası kalınlığı ve vajen uzunluğu vajinal ultrasonografi ile ölçüldü. Ortalama vajen duvar kalınlığı, üç bölgeden yapılan ölçümlerin ortalaması alınarak hesaplandı. Katılımcılara Kadın Cinsel İşlev İndeksi (FSFI), Kısa Form-36 (SF-36), Beck Depresyon Ölçeği ve Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ) uygulandı. Ayrıca SSk hastalarına sHAQ anketinin 5 görsel analog ölçeği (VAS) olan Raynaud-VAS, dijital ülser-VAS, genel sağlık-VAS, solunum-VAS ve gastrointestinal-VAS uygulandı. Toplam FSFI <19 değeri cinsel disfonksiyon olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan SSk'li kadın hastalar ve sağlıklı kontroller arasında yaş (50,8±8,4 vs. 48,7±7,7 yıl, p=0,166) ve medeni durum açısından fark saptanmadı. Vajinal ultrason ölçümlerinde, SSk grubunda ortalama vajen duvar kalınlığı (3,41±1,12 vs. 3,73±0,85 mm, p=0,022), proksimal (3,46±1,12 vs. 3,75±0,99 mm, p=0,035), orta (3,31±1,26 vs. 3,63±0,97 mm, p=0,032) ve distal vajen duvar kalınlığı (3,46±1,33 vs. 3,83±0,93 mm, p=0,032) ile vajen mukoza kalınlığı (1,60±0,59 vs. 1,86±0,61 mm, p=0,018) anlamlı olarak daha inceydi. FSFI toplam skoru SSk'li kadınlarda kontrollerden belirgin olarak düşüktü (17,28±9,87 vs. 22,69±9,03, p=0,001). Bunun yanında FSFI'nin alt boyutlarından cinsel istek (2,45±1,22 vs. 3,0±1,0, p=0,016), uyarılma (2,54±1,57 vs. 3,5±1,67, p=0,002), lubrikasyon (3,09±2,13 vs. 4,2±1,92, p=0,006), orgazm (2,99±1,82 vs. 3,53±1,61, p=0,004) ve memnuniyet (3,10±2,02 vs. 4,12±1,76, p=0,006) kontrollerden daha düşüktü. Ağrı/rahatsızlık alt boyutunda anlamlı fark izlenmedi (p=0,52). SSk grubunda Beck depresyon skoru daha yüksekti (15,19±8,63 vs. 9,58±7,58, p<0,001), SF-36 fiziksel fonksiyon (62,58±23,29 vs. 81,7±16,74, p<0,001) ve emosyonel rol (45,69±46,86 vs. 75,98±36,96, p<0,001) gibi yaşam kalitesi alt boyutları belirgin olarak daha düşüktü. Korelasyon analizinde vajen duvar ve mukoza kalınlığı ile FSFI toplam ve alt boyut skorları arasında pozitif korelasyonlar saptandı. Özellikle ortalama vajen duvar kalınlığı ve distal vajen duvar kalınlığının FSFI toplam ve alt boyut skorları ile ilişkili olduğu saptandı (ör. distal vajen duvar kalınlığı ile FSFI toplam skor: r=0,475, p<0,001). Ayrıntılı korelasyon sonuçları Tablo 2'de gösterilmiştir. Cinsel disfonksiyon olan SSk hastalarında (FSFI<19) ortalama vajen duvar kalınlığı (3,05±1,01 vs. 3,75±1,12 mm, p=0,007), proksimal (3,22±1,06 vs. 3,68±1,15 mm, p=0,043), orta (2,97±1,23 vs. 3,63±1,23 mm, p=0,012) ve distal vajen duvar kalınlığı (2,94±1,17 vs. 3,95±1,30 mm, p=0,001) ile vajen mukoza kalınlığı (1,4±0,52 vs. 1,78±0,658 mm, p=0,007) anlamlı olarak daha inceydi. Kontrol grubunda anlamlı fark saptanmadı.

Sonuç: Bu çalışma, vajinal ultrason ile vajen duvar ve mukoza kalınlığı ölçümlerinin SSk'lı kadınlarda ilk kez değerlendirildiği bir araştırmadır. Bulgular, vajinal dokuda incelmenin cinsel işlev bozukluğu ile ilişkili olduğunu göstermektedir ve bu yöntemin SSk'de cinsel sağlığın objektif olarak değerlendirilmesinde yeni bir araç olabileceğine işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, cinsel disfonksiyon, hasta bildirimli ölçek

Tablo 2. SSk hastalarında vajinal ultrason ölçümleri ile anket skorları arasındaki korelasyonlar

	Ortalama Vajen duvar kalınlığı r (*p*)	**Proksimal Vajen duvar kalınlığı r (*p*)**	**Orta Vajen duvar kalınlığı r (*p*)**	**Distal Vajen duvar kalınlığı r (*p*)**	**Vajen mukoza kalınlığı r (*p*)**
Yaş	**-0,581 (<0,001)**	**-0,361 (0,004)**	**-0,566 (<0,001)**	**-0,586 (<0,001)**	**-0,596 (<0,001)**
Toplam FSFI	**0,371 (0,003)**	**0,243 (0,057)**	**0,314 (0,013)**	**0,475 (<0,001)**	**0,332 (0,008)**
Cinsel istek	**0,412 (<0,001)**	**0,310 (0,014)**	**0,341 (0,007)**	**0,492 (<0,001)**	**0,361 (0,004)**
Cinsel uyarılma	**0,337 (0,007)**	**0,184 (0,153)**	**0,227 (0,029)**	**0,464 (<0,001)**	**0,260 (0,041)**
Lubrikasyon	**0,280 (0,028)**	0,182 (0,157)	0,230 (0,073)	0,384 (0,002)	0,131 (0,311)
Orgazm	**0,359 (0,04)**	**0,262 (0,039)**	**0,324 (0,010)**	**0,454 (<0,001)**	**0,356 (0,004)**
Memnuniyet	**0,276 (0,030)**	0,197 (0,125)	0,202 (0,115)	0,364 (0,004)	0,249 (0,510)
Ağrı/rahatsızlık	**0,255 (0,046)**	0,105 (0,419)	0,218 (0,089)	0,359 (0,004)	0,218 (0,089)
Beck depresyon skoru	0,005 (0,970)	0,110 (0,397)	-0,028 (0,829)	-0,112 (0,385)	-0,153 (0,235)
HAQ	-0,037 (0,778)	-0,018 (0,887)	-0,059 (0,647)	-0,087 (0,5)	-0,202 (0,116)
RF-VAS	0,173 (0,178)	0,100 (0,442)	0,148 (0,250)	0,095 (0,462)	-0,032 (0,813)
DU-VAS	**0,418 (<0,001)**	**0,365 (0,004)**	**0,406 (0,001)**	**0,328 (0,009)**	**0,265 (0,038)**
GIS-VAS	-0,170 (0,893)	0,134 (0,298)	-0,040 (0,760)	-0,060 (0,641)	-0,109 (0,401)
Solunum-VAS	-0,135 (0,294)	-0,141 (0,274)	-0,154 (0,231)	-0,090 (0,487)	-0,137 (0,287)
Genel sağlık-VAS	0,099 (0,445)	0,039 (0,764)	0,094 (0,469)	0,041 (0,750)	-0,008 (0,949)
Fiziksel fonksiyon	0,029 (0,825)	-0,060 (0,643)	0,065 (0,616)	0,097 (0,453)	0,0209 (0,103)
Fiziksel rol	0,080 (0,535)	0,013 (0,913)	0,155 (0,230)	0,218 (0,089)	-0,209 (0,103)
Vücut ağrısı	-0,056 (0,665)	0,087 (0,504)	-0,101 (0,436)	-0,119 (0,356)	-0,212 (0,099)
Genel sağlık	-0,036 (0,767)	-0,063 (0,625)	-0,011 (0,932)	-0,059 (0,651)	-0,018 (0,890)
Canlılık	0,161 (0,212)	0,113 (0,380)	**0,260 (0,041)**	0,111 (0,390)	0,210 (0,101)
Sosyal fonksiyon	0,198 (0,122)	0,127 (0,325)	0,152 (0,238)	0,230 (0,072)	0,067 (0,605)
Duygusal rol	0,053 (0,682)	-0,046 (0,722)	0,091 (0,484)	0,136 (0,291)	0,175 (0,174)
Mental sağlık	0,113 (0,383)	0,028 (0,828)	0,195 (0,121)	0,109 (0,398)	0,202 (0,115)
Fiziksel komponent skor	0,054 (0,679)	0,107 (0,408)	0,016 (0,902)	0,061 (0,638)	0,096 (0,457)
Mental komponent skor	0,087 (0,501)	-0,036 (0,784)	0,162 (0,207)	0,150 (0,246)	0,228 (0,075)

[PS-052]

Bağ doku hastalıklarına eşlik eden aksiyel SpA: SPARCC skorları ve klinik-radyolojik spektrumun AS ile karşılaştırmalı analizi

Sibel Bakırcı[1], Lütfullah Zahit Koç[2], Nurullah Özdemir[3], Oğuz Yücel Yılmaz[3], İclal Erdem Toslak[3]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Antalya

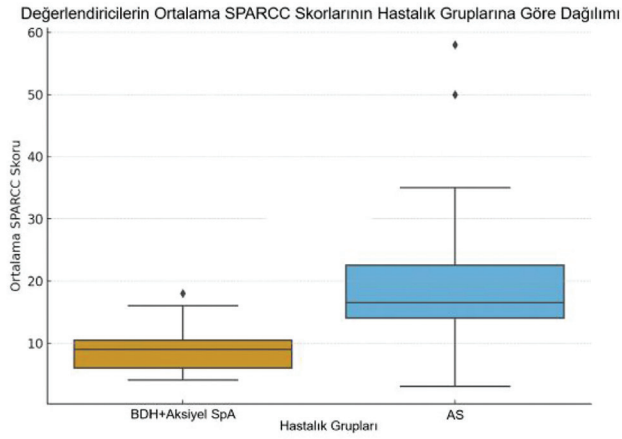
Amaç: Sakroileit, sıklıkla aksiyel spondiloartrit ile ilişkilendirilmekle birlikte, bağ doku hastalıklarının (BDH) seyrinde de gözlenebilmektedir. Ancak BDH'ye eşlik eden sakroileitin klinik ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) özellikleri yeterince tanımlanmamıştır. Bu çalışmada, BDH'ye eşlik eden aksiyel SpA (aksSpA) olgularının klasik ankilozan spondilit (AS) ve sakroileiti olmayan BDH hastaları ile klinik, immünolojik ve MRG bulguları açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Retrospektif olarak tasarlanan çalışmaya üç hasta grubu dahil edilmiştir: BDH'ye eşlik eden aksSpA (n=25), AS (n=29) ve BDH (n=30). Demografik, laboratuvar ve immünolojik veriler kaydedildi, sakroiliak eklem MRG'leri SPARCC skorlama sistemi ve tutulum paternleri açısından iki bağımsız radyolog tarafından değerlendirildi. Gözlemciler arası güvenilirliği artırmak amacıyla iki aşamalı pilot eğitim gerçekleştirilmiş, nihai analizlerde yüksek uyum sağlanmıştır (ICC=0,93; Cohen's kappa=0,82-0,91).

Bulgular: Toplam 84 hasta incelenmiştir. Gruplar arasında yaş, cinsiyet dağılımı ve hastalık süresi açısından anlamlı fark izlenmemiştir. ANA pozitifliği BDH grubunda %100 BDH'ye eşlik eden aksSpA grubunda %60, AS'de %17,2 oranında saptanmış (p<0,001); HLA-B27 pozitifliği ise en sık AS grubunda görülmüştür (%52). SPARCC skorları AS grubunda anlamlı derecede yüksektir [16,5 (14-22,5) vs 9 (6-10,5), p<0,001]. MRG paternleri açısından belirgin farklılıklar gözlenmiştir: AS'de bilateral tutulum baskınken (%72,4), BDH'ye eşlik eden aksSpA grubunda unilateral ve özellikle üst lokalizasyon tutulumları öne çıkmıştır (p=0,041). Entezit sıklığı da AS grubunda daha yüksektir (%64 vs %32, p=0,038).

Sonuç: Bu çalışma, BDH'ye eşlik eden aksSpA'nın klasik AS'den farklı bir fenotipe sahip olduğunu ortaya koymaktadır. AS'de daha yaygın ve şiddetli enflamasyon gözlenirken, BDH'ye eşlik eden aksSpA grubunda sakroiliak tutulum genellikle unilateral ve üst lokalizasyonla sınırlıdır. Bu farklı fenotipin tanısal ayırımda dikkate alınması, BDH olgularının klinik yönetiminde önemli katkılar sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Sakroileit, bağ doku hastalıkları, ankilozan



Şekil 1. Sparcc skoru kutu grafiği, BDH'ye eşlik eden aksSpA ve AS Gruplarında SPARCC Skorlarının Karşılaştırması

Tablo 1. Demografik veriler ve MR bulguları

Değişken	BDH+SpA (n=25)	AS (n=29)	BDH (n=30)
Yaş medyan (Q1-Q3)	53,0 (46,0-57,0)	52,0 (49,0-60,0)	52,0 (48,2-53,8)
Kadın (n, %)	21/25 (%84)	21/29 (%72,4)	28/30 (%93,3)
Erkek (n, %)	4/25 (%16,0)	8/29 (%27,6)	2/30 (%6,7)
Hastalık süresi medyan (Q1-Q3)	6,0 (3,0-9,0)	5,0 (3,0-7,0)	6,0 (3,2-7,0)
BMI medyan (Q1-Q3)	28,7 (26,1-31,0)	29,4 (28,0-31,0)	29,4 (27,7-33,0)
Sigara (n, %)	13/25 (%52,0)	9/29 (%31,0)	7/30 (%23,3)
MR bulguları	BDH+SpA	AS	p-değeri
Entezit	8/25 (%32)	18/28 (%64)	0,038
Kapsülit	6/25 (%24)	13/29 (%45)	0,189
Erozyon	10/25 (%40)	18/29 (%62)	0,179
Sakroileit lokalizasyonu			
Sağ unilateral tutulum	6 (%24,0)	2 (%6,9)	0,125
Sol unilateral tutulum	7 (%28,0)	2 (%6,9%)	0,065
Bilateral tutulum	12 (%48,0)	25 (%86,2)	0,003
Üst kadran tutulumu	6 (%24,0)	1 (%3,4)	0,041
Alt kadran tutulumu	11 (%44,0)	7 (%24,1)	0,154
Üst+alt kadran tutulumu	8 (%32,0)	21 (%72,4)	0,006

BDH'ye eşlik eden aksSpA, AS ve BDH gruplarının demografik ve sakroiliak MRG tutulum paternleri

[PS-053]

Behçet ve dev hücreli arterit overlap olgusu

Hacer Gözde Gül Elgül, Funda Erbasan, Veli Yazısız, Kenan Orhanlı, Ekrem Karakaya, Mustafa Ender Terzioğlu

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

Amaç: Behçet, venöz ve arteriyel sistemin küçük ve büyük damarlarını etkileyen, etiyolojisi bilinmeyen sistemik bir vaskülittir. Oral aft, üveit, deri lezyonları ve genital ülserler gibi başlıca semptomlarla karakterize olmakla beraber çeşitli vasküler tutulum şekilleri de mevcuttur. Genellikle venöz tutulumu arteriyel tutuluma göre daha sıktır. Behçet, venöz duvarda enflamasyon ve duvar kalınlık artışına neden olmaktadır. Vasküler tutulum spektrumu, alt ekstremitelerin yüzeysel tromboflebit ve derin ven trombozu gibi nispeten yaygın ve tekrarlayan lezyonların yanında, inferior-superior vena kava trombozu, Budd-Chiari sendromuna neden olan hepatik ven trombozu ve serebral sinüs trombozu gibi daha nadir venöz lezyonları da içerir. Pulmoner arter anevrizmaları ve/veya trombozu ile aort ve periferik arter anevrizmaları, ölümcül olabilen nadir bulgulardır.

Olgu: Altmış altı yaşında erkek hasta 30 yıl önce oral-genital aft, posterior üveit ve papülopüstüler lezyonlarla Behçet tanısı almıştır. Kolşisin ve azatiopürin dirençli üveit nedeniyle 2014'te infliksimab başlanmış. 2017'de remisyona girdiğinden infliksimab kesilmek istenmiş, sırtında yeni papülopüstüler lezyonlar gelişmesi ve üveit atağı geçirmesi nedeniyle 3 ay sonra infliksimab yeniden başlanmıştır. Hastamız günümüze kadar infliksimab ve kolşisinle remisyondaydı. Son 2 aydır bilateral ayaklarda uyuşma ve 9 kg kilo kaybı gelişmiş. Şikayetlerine ek, tetkiklerinde 1 yıldır sebat eden akut faz reaktan yüksekliği (sedimentasyon: 80 mm/saat CRP: 101 mg/dL) olması nedeniyle servise yatırıldı. Behçet'e ek diyabet ve hipertansiyonu vardı. Yeni mukokutanöz bulgu ve eklem yakınması yoktu. Geçirdiği üveit atakları nedeniyle sol gözünde tama yakın sağ gözünde kısmi görme kaybı vardı. Oftalmalojik muayenesinde akut patoloji saptanmadı. Toraks-batın BT görüntülemeleriyle pulmoner arter anevrizması ve malignite ekarte edildi. Transtorasik ekokardiyografisi olağandı. Quantiferon negatif sonuçlandı. Olası gastrointestinal tutulum varlığı açısından endoskopi-kolonoskopi yapıldı, patoloji saptanmadı. Olası santral sinir tutulumu açısından kraniyal MR görüntülemesi yapıldı, patoloji saptanmadı. Olası vasküler yatak tutulumu açısından temporal arter, alt-üst ekstemite arter ve venöz Doppler ultrasonografiyle karotis-vertebral arter Doppler ultrasonografileri yapıldı. Sağ common karotis arterde minimal duvar kalınlık artışı dışında patoloji saptanmadı. Akut faz yüksekliğini açıklayacak neden bulunamadığı için PET-BT çekildi; Arkus aortada, brakiosefalik turunkus ve sol subklavian arter proksimal kesimde, torasik ve abdominal aortada vaskülit ile uyumlu yamasal ve fokal hipermetabolik odaklar izlendi. Hastanın yaşı ve vasküler tutulum tipi göz önünde bulundurularak ekstrakraniyel dev hücreli arterit tanısı konuldu. Tosilizumab tedavisi planlandı, eş zamanlı 24 mg/gün metilprednizolon başlandı. Tedaviye akut faz yanıtı alındı (CRP: 9,8 mg/dL).

Sonuç: Behçet, etiyolojisi bilinmeyen, mukokutanöz, oküler, vasküler, artiküler, nörolojik ve gastrointestinal dahil olmak üzere farklı klinik tutulumlarla karakterize multisistemik kompleks bir değişken damar vaskülitidir. Hem arter hem de venöz sistemi tutabilmektedir. Venöz tutulum duvar kalınlık artışı ve tromboz şeklinde, arter tutulumu daha çok anevrizma şeklinde olmaktadır. Dev hücreli arterit, 50 yaş üstü kişileri etkileyen başlıca sistemik vaskülit biçimidir. Esas olarak aorta ve proksimal ana dallarını etkiler, sıklıkla kranial tutulum görülse de, kraniyal tutulum olmaksızın büyük damar dev hücreli arteriti olarak da görülebilir. ANCA ilişkili vaskülit ve Behçet Hastalığı gibi arteriyel ve venöz sistemi etkileyen vaskülitlerin aksine dev hücreli arterit sadece arteriyel sistemi tutmaktadır. Hastamızın yaşı, aorta ve ana proksimal dallarının tutulumu ve Behçet'e dair hiçbir aktif bulgusunun olmaması nedeniyle Behçet ve dev hücreli arterit birlikteliği olarak değerlendirilmiştir. Gördüğümüz kadarıyla hastamız literatürdeki ilk Behçet-dev hücreli arterit overlap olgusudur.

Anahtar Kelimeler: Behçet, GCA, temporal arterit

[PS-054]

Bel ağrısı ile tanı alan IgG4 ilişkili hastalık olgusu

Osman Erhan Akcan, Sema Yılmaz

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Konya

Amaç: İmmünoglobulin G4 ilişkili hastalık (IgG4-RD), her organı etkileyebilen nadir görülen immün aracılı fibroenflamatuvar bir hastalıktır. Histolojik olarak IgG4-pozitif lenfoplazmositik infiltratlar, storiform fibrozis, tümefaktif lezyonlar, obliteratif flebit ve yükselmiş serum IgG4 seviyeleri ile karakterizedir. 2003 yılında ayrı bir klinik tablo olarak ilk kez tanınan IgG4-RD, o tarihten bu yana birçok organ sisteminde tanımlanmış olup, özellikle pankreas, safra kanalları, tükürük bezleri, orbita, böbrekler, akciğerler, aorta, retroperitoneum, meninksler ve tiroid bezinde görülme eğilimindedir. Aort tutulumu bel ağrısı ile prezente olabilir.

Olgu: Elli iki yaşında erkek hasta 2 aydır hareketle ilişkisiz, sabah tutukluğunun eşlik etmediği, gün içinde zaman zaman artıp azalan bel ağrısı nedeniyle dış merkeze başvurmuş. Çekilen kontraslı lomber MRG raporunda infrarenal seviyede paraaortokaval alanda aortu 270 derece çevreleyen yumuşak doku kalınlaşması görülmekte olup bu seviyede inferior vena cava ile de arasında yağlı planlar silinmiştir (Şekil 1). Ayırıcı tanıda retropetironeal fibrozis ve IgG4 ilişkili hastalık düşünülebilir şeklinde yorumlanması üzerine Romatoloji polikliniğimize başvurdu. Romatolojik sorgulamasında ağız göz kuruluğu, parotis bezi şişmesi, artrit artralji, kladikasyo ve raynaud fenomeni olmayan hastanın laboratuvarında Hb: 13,7 gr/dL WBC: 6,560 k/ul nöt: 3,850 k/uL PLT: 364.000 k/uL kreatinin 0,78 mg/dL ALT: 15 u/L CRP 15,4 mg/L sedimentasyon hızı 34 mm/saat IgG4: 0,86 g/L (0,03-2,01) PR3 ANCA ve MPO ANCA negatif geldi. Ayrıcı tanı için için bakılan sifiliz ve brusella testleri negatif bulunan taramalarında malignite bulgusu görülmeyen hastaya IgG4 -RD kabul edilerek 1 mg/kg/gün dozunda oral metilprednizolon ve 2 gr/kg'dan azatiopurin titre edilerek başlandı.

Sonuç: IgG4-RD hastalığı bel ağrısı gibi non-spesifik bir semptomla belirti verebilir. İyi bir radyoloji uzmanı tarafından görüntülerin yorumlanması klinisyeni doğru tanıya yönlendirmesi açısından çok faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: IgG4 ilişkili hastalık, bel ağrısı, lomber MRG

Şekil 1. Aortu 270 derece saran yumuşak doku kitlesi

[PS-055]

Ailesel Akdeniz ateşi olgularında enflamatuvar bel ağrısı sıklığı ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi; çok merkezli kesitsel çalışma

Melis Dilbil[1], Ceren Demir[2], Tahir Saygın Öğüt[3]

[1]Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Edirne

[2]Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Kırşehir

[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Şehir Hastanesi, Romatoloji, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Antalya

Amaç: Ailesel Akdeniz Ateşi (FMF) poliserozit ataklarının dominant olduğu otoenflamatuvar hastalıktır. İkinci sık görülen bulgusu ise eklem tutulumudur. FMF'de aksiyal tutulum ve enflamatuvar bel ağrısı (İBA) yeterince aydınlatılamamış klinik özellikler arasındadır. Literatürde FMF olgularında sakroileit sıklığı ≤%5-7 olarak belirtilmektedir. İBA sıklığı içi literatür verileri kısıtlı olmasına karşın 2013 yılında Akar ve ark. çalışmasında İBA sıklığı %78 olarak belirtilmiştir. Bu çalışmada, FMF hastalarında enflamatuvar bel ağrısının (Calin, ASAS ve Berlin kriterlerine göre) sıklığı ve bu bulgunun klinik, genetik ve görüntüleme verileriyle ilişkisi incelenmesi amaçlandı.

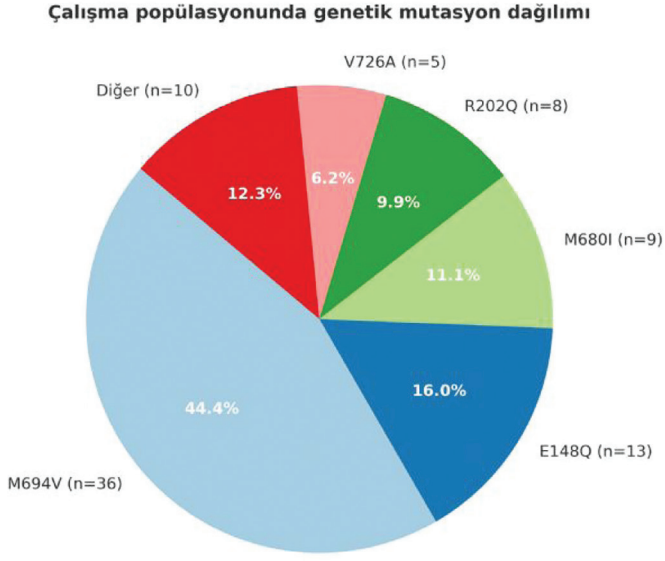
Yöntem: Çalışma çok merkezli, kesitsel bir çalışmadır. Mart 2025-Haziran 2025 tarihleri arasında Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi, Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Şehir Hastanesi Romatoloji Klinikleri'ne başvuran 95 FMF olgusunun verisi Ağustos 2025'te retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastanelerin elektronik veri tabanları üzerinden hastaların demografik verileri, bel ağrısı tarifleyen olgularda enflamatuvar bel ağrısı özellikleri, gerekli olgularda görüntüleme bulguları, atak tarzı ve atak sıklığı ve genetik analiz verileri temin edilmiştir. Veriler istatistiksel olarak tanımlayıcı istatistikler, ki-kare/Fisher's kesin test, sıralı trend analizi, lojistik regresyon analizleri uygulanmıştır.

Bulgular: Doksan beş hastanın verisi değerlendirildi. Hastaların %56,8'i (n=54) kadın, ortalama yaşı 37'dir. Çalışma popülasyonunda 3 ayda ortalama atak sıklığı 1,67 olarak saptandı. Hastalarda en sık mutasyon M694V (%44,4) olarak bulundu (Şekil 1). İBA tarif eden 38 hasta Berlin, Calin ve ASAS kriterleri için ayrı ayrı değerlendirildiğinde Calin kriterine uyan hasta oranı %19, ASAS kriterine uyan hasta oranı %22 ve Berlin kriterine uyan hasta oranı %27 saptanmıştır (Tablo 1). Cinsiyetler arasında kriter pozitifliği için anlamlı farklılık saptanmadı. Yaş grupları arasında benzer dağılım gözlenen olgularda en sık 30-39 yaş grubunda pozitiflik gözlendi. Sakroiliak MR'da pozitif bulgusu olanlarda Berlin kriteri anlamlı şekilde daha sık pozitifti ($p<0,05$). X-ray bulguları ile de Calin ve ASAS kriterleri arasında pozitif ilişki bulundu ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. En sık mutasyon: M694V (n=36), ardından E148Q (n=13) ve M680I (n=9). Son 3 ayda ≥3 atak geçirenlerde Berlin kriteri pozitifliği daha sık izlendi ($p\approx0,08$). Lojistik regresyonda sadece Berlin kriteri, atak sıklığı ile bağımsız ilişki gösterdi. Karın ağrısı (%83) ve ateş (%73) en sık atak tipleriydi. Karın ağrısı ve eklem tutulumu olanlarda İBA pozitifliği daha yüksekti; ancak istatistiksel anlamlılık sağlanmadı.

Sonuç: Çalışmamızda FMF hastalarında enflamatuvar bel ağrısının özellikle Berlin kriterleri ile daha sık yakalandığını göstermektedir. Berlin kriteri, hem atak sıklığı hem de görüntüleme bulguları ile daha uyumlu bulunmuştur. Literatürde daha önce tanımlanan veriler ile uyumludur. Buna karşın Calin ve ASAS kriterleri genetik varyantlar ve klinik özelliklerle anlamlı ilişki göstermemiştir. Bu durum, Berlin kriterinin FMF popülasyonunda enflamatuvar bel ağrısını değerlendirmede daha duyarlı olabileceğini düşündürmektedir.

FMF- sakroileit ilişkisinin değerlendirildiği çalışmalarda en sık saptanan mutasyon M694V olmasına ve bizim popülasyonumuzda da en sık varyant olmasına rağmen, enflamatuvar bel ağrısı ile bağımsız bir ilişki göstermemiştir. Atak tipleri (özellikle karın ağrısı ve eklem tutulumu) İBA ile eğilimsel ilişki taşımakla birlikte, örneklem büyüklüğü anlamlılık için yetersiz kalmıştır. Çalışmamızın kısıtlılıklar; hasta sayınının azlığı ve HLA-B27 verilerinin eksikliğidir. Sonuç olarak; FMF'te İBA değerlendirilirken Berlin kriterlerinin öncelikli tercih edilmesini önermekteyiz. Bunun daha detaylı olarak değerlendirilmesi için daha büyük popülasyonlarda çalışmalar yapılmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: FMF, enflamatuvar bel ağrısı, Berlin



Şekil 1. Çalışma popülasyonunda genetik mutasyon dağılımı

Tablo 1. Kriterlere göre enflamatuvar bel ağrısı (İBA) sıklığı

Kriter	Pozitif sayı	Pozitif %	Toplam n
Calin İBA (+)	20	21,1	95
ASAS İBA (+)	15	15,8	95
Berlin İBA (+)	21	22,1	95

[PS-056]

Behçet sendromunda koroner arter hastalığı: Kontrollü koroner BT anjiyografi çalışması

Emine Şebnem Durmaz[1], Kerime Hatun Acar[1], Özge Kara Avcı[2], Ayşe Özdede[3], Sabriye Güner[3], Tümay Ak[2], Alican Karakoç[3], Eser Durmaz[4], Bilgehan Karadağ[4], Emire Seyahi[3]

[1]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

[2]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

[3]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

[4]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

Amaç: Aterosklerozun enflamasyon ile ilişkili olduğu, kronik enflamatuvar hastalıklarda aterosklerozun hızlandığı iyi bilinmektedir. Sistemik lupus eritematozus (SLE) ve romatoid artrit (RA), bu ilişkinin en belirgin örnekleridir. Behçet sendromu (BS), açısından bu durum tartışmalı sayılabilir. Büyük damar tutulumu hastaların yaklaşık yarısında görülmesine karşın, kardiyak tutulum nadiren gözlenmektedir. Uzun dönem takip çalışmalarında kardiyovasküler hastalıkların (KVH) arttığı gösterilememiştir. Başlıca mortalite nedenleri arasında KVH'den ziyade, Behçet'e bağlı nedenler öne çıkmaktadır. Son dönemlerde yayınlanan büyük çaplı popülasyon analizlerinde BS hastalarında az da olsa iskemik kalp hastalığı (İKH) riskinin arttığı bildirilmektedir. Ancak bu veri diğer çalışmalarda doğrulanmamıştır. Bu çalışmanın birincil amacı, İKH öyküsü bulunmayan asemptomatik BS hastalarında koroner arter tutulumunu bilgisayarlı tomografi anjiyografi (BTA) ile değerlendirmek ve kontrol grubu ile karşılaştırmaktır. Ayrıca koroner arter tutulumu ile ilişkili parametreleri tanımlamak ve BS fenotipleri ile koroner arter riski arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntem: Bu tek merkezli, kesitsel çalışmaya, 178 erkek BS hastası (ortalama yaş: 40,78±7,95) ile 139 yaş uyumlu erkek kontrol dahil edildi. Koroner lezyonlar; stenoz, anevrizma, arterit veya total oklüzyon olarak sınıflandırıldı. Agatston kalsiyum skorları hesaplandı. Stenoz derecelendirmesi CAD-RADS sistemi ile yapıldı. Tüm BTA görüntüleri iki radyolog tarafından bağımsız olarak değerlendirildi ve gözlemciler arası uyum mükemmel (κ=0,894-1,000) bulundu. Demografik/klinik özellikler ve geleneksel kardiyovasküler (KV) risk faktörleri kaydedildi; koroner risk hesaplamasında BS fenotipi ve yaşa göre alt grup analizleri yapıldı.

Bulgular: Her iki grup, temel demografik özellikler ve klasik KV risk faktörleri açısından benzerdi. Ancak, serum total-LDL kolesterol seviyeleri ile erken ailevi KV hastalık öyküsü kontrol grubunda anlamlı olarak yüksek iken, akut faz düzeyleri Behçet grubunda yüksek bulundu. Herhangi bir koroner lezyon sıklığı BS hastalarında ve kontrollerde benzerdi (%23,6 vs %25,9, p=0,694). Stenoz oranları (%20,8 vs %25,9, p=0,286) ve Agatston skorları da gruplar arasında farklılık göstermedi. CAD-RADS skorları her iki grupta benzerdi ve çoğu hastada skorlar sıfırdı. Ancak anevrizmalar (%5,1), arterit (%4,0) ve total oklüzyon (%1,7) yalnızca BS hastalarında görüldü ve bu lezyonlar (topluca %8,6) vaskülit ile ilişkilendirildi. En sık etkilenen damar her iki grupta da sol ön inen arter (LAD) olarak belirlendi. Yaş göre tabakalandırılmış analizlerde; tüm koroner lezyonların yaşla birlikte arttığı görüldü. İlginç olarak, daha genç kontrol grubunda (<35 yaş), BS hastalarına nazaran koroner lezyon görülme oranı daha fazlaydı (p=0,036). Artan yaşla birlikte bu ortadan kalkmaktaydı. Çok değişkenli analizde yaş, herhangi bir koroner lezyon için bağımsız prediktör olarak saptandı (OR 1,113, %95 CI 1,047-1,184, p<0,001), venöz tutulum ise koruyucu etki gösterdi (OR 0,275, %95 CI 0,114-0,664, p=0,004). Klinik risk sınıflandırması yapıldığında; herhangi bir koroner arter lezyonu saptanma riski, izole arteriyel tutulumda 6,36, parankimal nörolojik tutulumda ise 2,87 kat artmıştı. İzole venöz tutulumda bu risk %48 oranında azalmaktayken, 40 yaş altı izole venöz tutulumda ise %77 oranında azalmaktaydı (Tablo 2).

Sonuç: BS, SLE ve RA'dan farklı olarak ateroskleroz gelişimini hızlandırmıyor olabilir. Behçet hastalığında koroner arter tutulumu klasik ateroskleroza ek olarak hastalığa özgü enflamatuvar bir vaskülit sürecini yansıtmaktadır. Geleneksel kardiyovasküler risk faktörlerinden ziyade hastalık fenotipleri koroner tutulum paternlerini belirlemektedir. İzole arteriyel tutulum en yüksek riski taşırken, venöz tutulum koruyucu etki göstermektedir. Bu bulgular, BS'nin diğer enflamatuvar hastalıklardan farklı olarak kendine özgü bir tromboenflamasyon modeli oluşturduğunu düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, klinik fenotip, koroner arter hastalığı, koroner bilgisayarlı tomografi anjiyografi, vaskülit, venöz tutulum

Tablo 1. Behçet sendrom hastalarında fenotiplere göre koroner lezyonların risk sınıflaması

Risk Kategorisi	Klinik Fenotip	Koroner Lezyon Oranı	Odds Oranı (95%Güven aralığı)	P değeri
YÜKSEK RİSK	İzole Arteryal Tutulum	70.0%	6.36 (1.52-26.6)	0.011
	Parankimal Nörolojik Tutulum	45.0%	2.87 (1.13-7.31)	0.027
ORTA RİSK	Yaş ≥45	33.0%	1.42 (0.88-2.29)	0.151
	Vasküler Tutulum Olmaması	26.9%	1.05 (0.64-1.72)	0.852
REFERANS*	Kontroller (BS Olmayan)	25.9%	1.00	-
DÜŞÜK RİSK	İzole Venöz Tutulum	16.7%	0.52 (0.27-1.00)	0.049
	Yaş <40 + Venöz Tutulum	5.9%	0.23 (0.07-0.78)	0.018

**: Referans olarak Kontrol Grubu (n=139)*

[PS-057]

Bleomisinle oluşturulan skleroderma modelinde empagliflozinin deri fibrozisi üzerindeki etkisi ve farklı uygulama yöntemlerinin karşılaştırılması

Şeyma Yılmaz[1], Seda Duman Öztürk[2], Cüneyt Özer[3], Özgür Çakır[4], Andaç Komaç[5], Ayten Yazıcı[5], Ayşe Çefle[5], Duygu Temiz Karadağ[5]

[1]*Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli*

[2]*Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Kocaeli*

[3]*KOÜ Deneysel Tıp Araştırma Birimi (KOÜ DETAB), Kocaeli*

[4]*Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Kocaeli*

[5]*Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli*

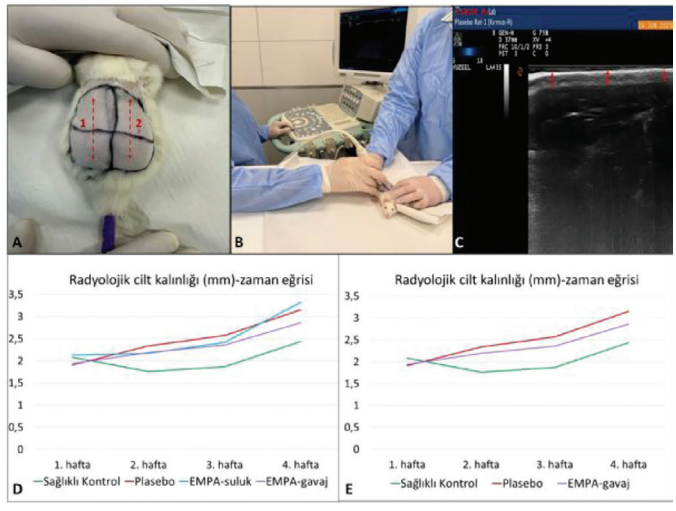
Amaç: Sistemik sklerozda (SSk) mevcut tedaviler hastalık ilerlemesini yavaşlatabilse de fibrozisi geriletmede yetersiz kalmaktadır. SGLT2 inhibitörlerinden empagliflozin (EMPA), deneysel modellerde TGF-β aracılı fibrozis ve enflamasyonu azaltıcı etkiler göstermiştir. Bu pilot çalışmada, bleomisin ile oluşturulan hayvan modelinde EMPA'nın deri fibrozisi üzerine etkilerinin araştırılması ve ilacın oral gavaj ve suluk yoluyla uygulanmasının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Toplam 8 dişi Wistar albino sıçan (6-8 haftalık, 200-250 g) rastgele iki ana gruba ayrıldı: sağlıklı kontrol (n=2) ve bleomisin ile hasta modeli (n=6). Hasta grubu üç alt kola ayrıldı: plasebo (n=2), EMPA'nın oral gavaj ile verildiği tedavi (n=2) ve EMPA'nın sulukla verildiği tedavi (n=2). Skleroderma modeli, dorsal bölgede işaretlenen 1 cm2 alana dört hafta boyunca, hafta içi gün aşırı subkütan bleomisin enjeksiyonu (1 mg/mL'den 10 mg/kg doz) ile oluşturuldu; kontrollere aynı şemada NaCl verildi. EMPA tedavisine 3. haftada başlandı (10 mg/kg/gün, hafta içi 5 gün). Deri kalınlığı haftalık yüksek frekanslı ultrasonografi (4-20 MHz) ile ölçüldü. Ölçümler vertebranın 1 cm sağ ve solundan epidermis–dermis arası üç farklı noktadan yapıldı ve ortalaması alındı. Dördüncü hafta sonunda 1 deri biyopsileri alındı. Her örnekten dört kesit, kesit başına üç alan analiz edildi. Hematoksilen-eozin ile enflamasyon, Masson trikrom ile kollajen birikimi değerlendirildi. α-SMA ile miyofibroblastlar, CD3 ve CD20 ile T/B lenfosit infiltrasyonu incelendi. Dermal kalınlık epidermisten subkütan yağ dokusuna kadar manuel çizgiyle ölçüldü. Kollajen homojenizasyonu ve enflamasyon 0–3 arası yarı kantitatif skorlandı. Gruplar arasında dermal kalınlık (radyolojik ve patolojik), kollajen homojenizasyonu ve enflamasyon skorları karşılaştırıldı.

Bulgular: Patolojik deri kalınlığı sağlıklı kontrolde 0,93±0,10 mm, hasta kontrolde 1,50±0,25 mm, EMPA tedavisinde ise 1,32±0,30 mm bulundu (p^{ϕ}<0,001, Tablo 1). T-lenfosit sayısı sağlıklı kontrollerde 3,13±0,84, hasta kontrol 5,38±1,06, tedavi grubunda 3,69±1,08 (p^{ϕ}=0,002); B-lenfosit sayısı sırasıyla 3,88±0,84, 5,63±0,92 ve 4,06±1,06 idi (p^{ϕ}=0,004). Enflamatuvar yanıt skoru sağlıklı kontrolde 0,13±0,35, hasta kontrolde 1,00, tedavi grubunda ise 0,31±0,48 olup (p^{ϕ}<0,001), kollajen homojenizasyon skorları da benzer şekilde 0,38±0,52; 2,00 ve 1,69±0,48 idi (p^{ϕ}<0,001). Hasta kontrol grubunda eozinofil infiltrasyonu en yüksek düzeydeyken (1,63±0,52), tedavi grubunda belirgin olarak azaldı (0,44±0,51) ve sağlıklı kontrol seviyelerine yaklaştı (0,88±0,64) (p^{ϕ}=0,001). Sonuçlar, EMPA'nın enflamasyon ve fibrozis yanıtını hasta kontrollere göre anlamlı şekilde azalttığını gösterdi. Buna karşılık myofibroblast sayısı sağlıklı 5,50±0,93, hasta kontrol 7,25±1,67, tedavi 12,56±2,03 idi (p^{ϕ}<0,001) ve tedavi grubunda en yüksek düzeyde bulundu. EMPA tedavi grubunda 3. haftada radyolojik deri kalınlığı belirgin olarak azaldı ve hem hasta hem sağlıklı kontrol grubuna göre daha düşük bulundu (p^{ϕ}<0,001, Şekil 1. D-E). Patolojik değerlendirme açısından oral gavaj ve içme suyu ile uygulama arasında anlamlı bir fark gözlenmedi. Ancak, gavaj yoluyla verilen EMPA'nın radyolojik ölçümlerde içme suyu yöntemine kıyasla daha anlamlı sonuçlar verdiği bulundu (Tablo 1, $p^{¥}$).

Sonuç: Bleomisinle oluşturulan skleroderma modelinde EMPA, uygulama yolundan bağımsız olarak, deri kalınlığı, enflamatuvar hücre infiltrasyonu ve fibrozis göstergelerinde azalma sağlamıştır. Bulgularımız, EMPA'nın SSk tedavisinde potansiyel bir ajan olabileceğini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, hayvan modeli, empagliflozin



Şekil 1. A-C) Sıçan dorsal bölgesinde yüksek frekanslı ultrason ile deri kalınlığı ölçümlerinden örnek görüntüler. D-E) Radyolojik deri kalınlığının zaman içindeki değişimi

Tablo 1. Patoloji sonuçlarının ve radyolojik deri ölçümü sonuçlarının gruplar arasında karşılaştırılması

	Sağlıklı kontrol (plasebo) (n=2)	Hasta kontrol (plasebo) (n=2)	Tedavi$^{\Phi}$ (EMPA-uygulama yönteminden bağımsız) (n=4)	Tedavi* (EMPA-suluk) (n=2)	Tedavi* (EMPA-gavaj) (n=2)	p$^{\Phi}$	p*	p$^{¥}$
Patolojik deri kalınlığı (mm)	0,93±0,10	1,50±0,25	1,32±0,30	1,26±0,35	1,39±0,25	<0,001	0,002	<0,001
T-lenfosit sayısı	3,13±0,84	5,38±1,06	3,69±1,08	3,75±1,28	3,63±0,92	0,002	0,004	0,002
B-lenfosit sayısı	3,88±0,84	5,63±0,92	4,06±1,06	3,75±1,04	4,38±1,06	0,004	0,004	0,009
Eozinofil sayısı	0,88±0,64	1,63±0,52	0,44±0,51	0,63±0,52	0,25±0,46	0,001	0,010	0,002
Bazofil sayısı	0,13±0,35	0,50±0,54	0,19±0,40	0,38±0,52	0	0,169	0,284	0,043
Myofibroblast sayısı	5,50±0,93	7,25±1,67	12,56±2,03	11,25±1,28	13,88±1,81	<0,001	<0,001	<0,001
Enflamatuvar yanıt skoru	0,13±0,35	1,00	0,31±0,48	0,38±0,52	0,25±0,46	<0,001	0,002	<0,001
Kollajen homojenizasyon skoru	0,38±0,52	2,00	1,69±0,48	1,75±0,46	1,63±0,52	<0,001	<0,001	<0,001
Radyolojik deri kalınlığı (mm)								
1. hafta	2,08±0,56	1,91±0,33	2,03±0,11	2,13±0,09	1,94±0,06	1,000	1,000	1,000
2. hafta	1,76±0,33	2,34±0,33	2,18±0,42	2,17±0,48	2,19±0,38	0,036	0,072	0,070
3. hafta	1,78±0,04	1,68±0,07	1,29±0,12	1,22±0,02	1,37±0,12	<0,001	<0,001	<0,001
4. hafta	2,44±0,28	3,15±0,34	3,15±0,34	3,32±0,57	2,86±0,51	0,001	<0,001	0,003

p$^{\Phi}$: Sağlıklı kontrol, hastalık kontrol ve tüm EMPA tedavi grupları (uygulama yolundan bağımsız) arasındaki karşılaştırma p*: Sağlıklı kontrol, hastalık kontrol ve EMPA–içme suyu grupları arasındaki karşılaştırma p$^{¥}$: Sağlıklı kontrol, hastalık kontrol ve EMPA–gavaj grupları arasındaki karşılaştırma

[PS-058]

DAS28-GGT RA'de hem vasküler riski hem de hastalık aktivitesini birlikte değerlendirmeye olanak sağlıyor olabilir; bir longitudinal analiz sonuçları

Hasan Kocaayan, Dilek Solmaz, Servet Akar

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

Amaç: Yakın dönemde Fransız araştırıcılar bir erken artrit kohortunda (ESPOIR) 13 yıllık bir takipte, ESH yerine, γ-glutamil transferaz (DAS28-GGT) kullanılarak 28 eklemde ölçülen hastalık aktivite skorunun majör kardiyovasküler olaylar (MACE) için bağımsız bir prediktör olduğunu (HR 2,44, %95 CI 1,05, 5,64) öne sürmüşlerdir. GGT, öncelikle böbrek, karaciğer ve pankreasta eksprese edilen, plazma membranına bağlı bir enzim olmasına rağmen aktivitesinin çeşitli sistemik hastalıklarda (enflamatuvar ve otoimmün) arttığı bilinmektedir. GGT düzeylerinin kardiyovasküler hastalık (KVH) riskinin artmasıyla bağlantılı olduğuna dair kanıtlar giderek artmaktadır. Karotis intima-media kalınlığı (CiMT), subklinik aterosklerozun bir göstergesidir ve romatoid artritli bireylerde CIMT'nin arttığını ve bunun erken vasküler tutulumunu yansıttığını bildirmiştir. Bu çalışmada GGT'yi içeren bir kompozit ölçek olarak DAS28-GGT'nin hastalık aktivitesi ve KVH riskinin değerlendirilmesinde rolünü belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: Bu prospektif longitidunal analize Mart 2024 ile Kasım 2024 tarihleri arasında Romatoloji Polikliniği'ne başvuran ve son üç ay içinde 2010 ACR/EULAR sınıflandırma setine göre RA olarak sınıflanadırılabilen 34 hasta ve yaş-cinsiyet uyumlu 33 kontrol dahil edildi. Çalışmaya alınan hastaların bazal, 3. ve 6.ay'larda takip değerlendirme ve ölçümleri yapıldı. Dupont ve ark. tarafından önerilen aynı formülü kullanarak DAS28-GGT'yi hesapladık ve DAS28 formülündeki eritrosit sedimentasyon hızını (ESR) GGT ile aşağıdaki gibi değiştirdik: DAS28-GGT=0,56 ×√(TJC28) + 0,28 ×√(SJC28) + ×2×ln (GGT) + 0,014 × GH. Daha önce DAS28-GGT için KVH riski açısından bildirilmiş olan kestirim değerleri (≤9,4 ve >9,4) kullanıldı. DAS28-GGT'ye ek olarak, hastaların hastalık aktiviteleri DAS28-CRP ile eşzamanlı olarak hesaplandı. Kardiyovasküler on yıllık risk tahmini, Framingham risk skoru ile hesaplandı. Subklinik aterosklerozun değerlendirilmesi CİMT ölçümü için deneyimli bir romatolog tarafından ultrason görüntüleri (her bir ortak karotis arterin (CCA) uzak duvarının 1 cm distalinden) B-mod ultrason kullanılarak elde edildi. Tanı ve 6. ay olmak üzere iki ölçüm yapıldı. Zamanla tekrarlayan ölçümler arasında ilişkili değişkenlerin etkilerini değerlendirmek amacıyla, bağımlı veriler için Generalized Estimating Equations (GEE) modeli kuruldu. İki aktivite endeksi arasındaki uyum derecesini değerlendirmek için Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: RA hastalarının ortalama semptom süresi 7±5 ay olarak saptandı. DAS28-GGT, hem DAS28-CRP (r=0,744, p<0,001) hem de DAS28-ESR (r=0,919, p<0,001) ile güçlü bir pozitif korelasyon göstermiştir. GEE modellerimize göre, DAS28-GGT, Framingham kardiyovasküler risk skoru (β=1,175, p=0,036) ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ve karotis intima-media kalınlığı (CIMT) ile sınırda bir ilişki eğilimi (β=0,014, p=0,081) göstermiştir. Ayrıca, hastalar DAS28-GGT kesme değeri >9,4'e göre sınıflandırıldığında, hastalık aktivitesi daha yüksek olan hastalar, hastalık aktivitesi daha düşük olanlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek Framingham risk skorlarına (β=5,081, p=0,027) ve daha yüksek CIMT düzeylerine (β=0,087, p=0,047) sahipti. Buna karşın, DAS28-CRP, analizimizde Framingham risk skoru (β=0,703, p=0,182) veya CIMT (β=0,003, P=0,759) ile anlamlı bir ilişki göstermedi. Longitudinal GEE analizinde Framingham risk skoru ile CIMT (β=49.804, p<0,001), DAS28-GGT ile DAS28-CRP (β=0,955, p<0,001) ve CIMT ile GGT (β=0,002, p<0,001) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptandı.

Sonuç: Erken RA'da DAS28-GGT'nin sadece enflamatuvar aktivitenin bir belirteci olarak değil aynı zamanda erken vasküler değişikliklerin bir göstergesi olarak da kullanılabileceğini göstermektedir. Bu sonuçlar romatoloji pratiğinde erken KVH risk değerlendirmesinde ve kişiselleştirilmiş hastalık izlemede DAS28-GGT'nin potansiyel yararına işaret ediyor olabilir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, DAS28-GGT, karotis intima media, framingham risk skoru

[PS-059]

Erken romatoid artritte vücut kompozisyonunun hastalık aktivitesi ve tedavi yanıtında etkili olabilir; bir longitudinal analiz sonuçları

Hasan Kocaayan[1], Selin Genç Kocaayan[2], Ayten Özkan[1], Öykü Tomay Aksoy[1], Uğur Bayram Korkmaz[3], Mustafa Özmen[1], Dilek Solmaz[1], Servet Akar[1]

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

[2]İzmir Kavram Meslek Yüksekokulu, İzmir

[3]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Romatoid artrit (RA) hastalarında, yüksek vücut kitle indeksine (VKİ) sahip hastaların daha yüksek hastalık aktivitesine sahip olduğu ve remisyona ulaşma olasılıklarının daha düşük olduğu bildirilmiştir. Bu prospektif çalışmada vücut kompozisyonundaki değişimin erken RA hastalarında hastalık aktivitesi ve tedavi yanıtına etkisini araştırdık.

Yöntem: Bu prospektif longitidunal çalışmaya Mart 2024 ile Kasım 2024 tarihleri arasında Romatoloji Polikliniği'ne başvuran ve son üç ay içinde 2010 ACR/EULAR sınıflandırma setine göre RA olarak sınıflanadırılabilen 34 hasta ve yaş/cinsiyet uyumlu 33 kontrol dahil edildi. Çalışmaya alınan hastaların bazal, 3 ve 6.ay'larda takip değerlendirme ve ölçümleri yapıldı. Hastalık aktivitesi DAS28-CRP ile hesaplandı. Yanıt değerlendirilmesi için EULAR ve Boolean 2.0 kriterleri kullanıldı. Vücut kompozisyonları biyoelektrik impedans analizi (BIA) ölçümü ile değerlendirildi. İskelet kas kütlesi (SM) BIA ile hesaplandı. Mutlak SM'yi SM indeksine (SMI) dönüştürmek için boyun (m) karesine (kg/m^2) oranlandı. Hastaların kas gücünü değerlendirmek için el kavrama gücü dinamometresi kullanıldı. El kavrama gücü erkekler için <30 kg; kadınlar için <20 kg düşük kas gücü olarak değerlendirildi. Hastalar ve kontrol grubunun başlangıç demografik, vücut kompozisyonu ve laboratuvar parametreleri Student t-testi ya da Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı. Zaman içinde tekrarlanan ölçümler için, 3 zamanlı (0-3-6. ay) sayısal değişkenlerde değişimin değerlendirilmesinde Friedman testi, ikili zaman karşılaştırmalarında ise Wilcoxon işaretli sıra testi kullanıldı. İkili kategorik değişkenler için 3 zaman (0-3-6. ay) noktasında değişim Cochran's Q testi ile, iki zaman noktasındaki değişim ise McNemar testi ile analiz edildi. Zamanla tekrarlayan ölçümler arasında ilişkili değişkenlerin etkilerini değerlendirmek amacıyla, bağımlı veriler için Generalized Estimating Equations (GEE) modeli kuruldu.

Bulgular: Hasta grubunda eğitim durumu 7±5 yıl, kontrol grubunda 12±4 yıl saptandı ve RA grubunda eğitim düzeyi anlamlı düzeyde daha düşük saptandı (p=0,001). RA grubunda VKİ 27,5±4,9 kg/m^2, kontrol grubunda 29,7±5,6 kg/m^2 saptandı ve her iki grup arasından istatistiksel fark saptanmadı (p=0,1). Bazal DAS28-CRP 4,3±1,2, üçüncü ayda 1,8±0,8, altıncı ayda 2,1±1,0 saptandı ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düştüğü saptandı (p=0,001). Hastaların altıncı ayda 29'u (%85) remisyon ve düşük hastalık aktivitesine sahipti. Boolean 2 yanıtı için altıncı ayda hastaların 22'sinde (%66) mevcuttu. EULAR yanıtı için altıncı ayda 29 (%85) hasta iyi yanıt sağladığı saptandı. RA hastalarının 0,3. ve 6. ay vücut sıvı kompozisyonu parametreleri incelendiğinde, yalnızca hücre dışı/toplam sıvı oranında anlamlı bir artış saptanmıştır (p=0,04). Longitudinal analizde yüksek bel çevresi, kalça çevresi, yağ kütlesi, yağ kütlesi yüzdesi ve yüksek VKİ'ye sahip olmak tek değişkenli (univariate) analizde daha yüksek DAS28-CRP ile ilişkili saptandı. Multivariate analizde VKİ, yağ kütlesi, düşük SMI yokluğu ve steroid kullanımının DAS28-CRP ile bağımsız ilişkili olduğu saptandı. VKİ, yağ kütlesi, yağ yüzdesi ve dışı/toplam sıvı oranı Boolean2.0 yanıtı için negatif ilişkili saptandı. Düşük kas gücü yokluğu, obezite yokluğu ve serum albümin düzeyi pozitif ilişkili saptandı. VKİ, longitudinal olarak Boolean yanıtına ulaşmada (B:-0,618,%95 CI:-1,19-0,46, p=0,03) multivariate analizde tek bağımsız değişken olarak saptandı.

Sonuç: Erken RA'da yüksek VKİ, hem daha yüksek hastalık aktivitesi hem de daha düşük remisyon oranları ile ilişkilidir. Bu nedenle RA'de hastalık kontrolü açısından vücut kompozisyonunun dikkatle değerlendirilmesi gerekli olabilir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, DAS28-CRP, Boolean, VKİ

[PS-060]

Behçet hastalığında ailevi kümelenme: Kardeş öyküsünün nöro-Behçet açısından risk faktörü olarak önemi

Emine Büşra Ata[1], İbrahim Yahya Çakır[2], Asena Eken[3], Çetin Ergül[3], Ebru Karaçalı[1], Yunus Emre Dalkılıç[1], Fatih Mehmet Doğan[1], Emine Uslu[3], Duygu Tecer[1], Gül Sandal Uzun[1], Derya Yıldırım[2], Nuh Ataş[2], Aşkın Ateş[3], Murat Turgay[3], Mehmet Akif Öztürk[2], Sedat Yılmaz[1], Abdurrahman Tufan[2], Hazan Karadeniz[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

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

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

Amaç: Behçet hastalığı (BH), genetik ve çevresel faktörlerin patogenezinde rol oynadığı multisistemik enflamatuvar bir hastalıktır. Literatürde yapılan çalışmalar, ailevi kümelenme varlığının, akrabalarda BH riskini genel popülasyona kıyasla belirgin şekilde artırdığını göstermiştir. Ancak, BH'nda akrabalık derecesinin klinik belirtileri ne şekilde etkilediği, henüz tam olarak aydınlatılmamıştır. Bu çalışmadaki amacımız, kardeş öyküsünün Behçet hastalığında majör organ tutulumu ve klinik özellikler üzerindeki etkisini araştırmayı amaçlamaktadır.

Yöntem: Bu retrospekstif çalışmaya Uluslararası Çalışma Grubu (ISG) kriterlerini (1990) karşılayan, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde takip edilen toplam 1681 Behçet hastası dahil edildi. Hastalar ailesel öykünün varlığına göre sınıflandırıldı: 651 Behçet hastasında ailesel öykü saptanmazken, 240 BH'de pozitif aile öyküsü vardı ve 70'inin hastalıktan etkilenen en az bir kardeşi mevcuttu. Demografik özellikler, klinik bulgular ve laboratuvar verileri bilgisayar tabanlı hasta kayıtlarından sistematik olarak elde edildi. Hastalık aktivitesini ve hasarı değerlendirmek için sırasıyla Behçet Hastalığı Güncel Aktivite Formu (BDCAF) ve Behçet Genel Hasar İndeksi (BODI) kullanıldı. Behçet hastalığı olan hastalarda klinik bulguların bağımsız öngörücülerini belirlemek için lojistik regresyon analizleri yapıldı.

Bulgular: Kardeşlerinde Behçet hastalığı öyküsü olan (n=70) ve ailesel BH öyküsü olmayan (n=651) hastalar arasında yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi (VKİ) veya sigara içme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmedi (p>0,05). Benzer şekilde, tanı anındaki yaş [ortanca (IQR): 32 (23-37) - 30 (23-37)] ve HLA-B51 pozitifliği [8/15 (%53,3) - 88/129 (%68,2), p>0,05] gruplar arasında farklılık göstermedi. Klinik bulgular arasında nörolojik tutulum sıklığı (beyin parankimal ve vasküler tutulum), kardeşlerinde Behçet hastalığı öyküsü olan hastalarda olmayanlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksekti (p<0,05). Diğer klinik bulgular arasında istatistiksel bir fark gözlenmedi. Pozitif kardeş öyküsü olan hastalarda, çok değişkenli analizde nörolojik tutulum riski 5,8 kat artmıştı (OR: 5,77, %95 GA: 2,55-13,0, p<0,05). Ayrıca papülopüstüler lezyonlar kardeş öyküsüyle bağımsız olarak ilişkiliydi (OR: 2,12, %95 GA: 1,06-4,21, p=0,05). Diğer klinik bulgular için aile öyküsünün varlığı riski artıran bir faktör olarak saptanmadı (p>0,05).

Sonuç: Bu bulgular, çevresel etkilerin Behçet hastalığının nörolojik tutulum dışındaki klinik belirtilerini şekillendirmede genetik yatkınlıktan daha ağır basabileceğini göstermektedir. Etkilenen bir kardeşe sahip olmak, nörolojik tutulum riskini 5,8 kat artırarak ailevi olgularda dikkatli olunması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu nedenle, nörolojik semptomlar ortaya çıktığında ailevi öykünün özellikle sorgulanması ve buna dayanarak erken dönemde nörogörüntüleme yapılması, zamanında tanı ve tedaviyi kolaylaştıracağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Ailevi kümelenme, Behçet hastalığı, kardeş öyküsü, nörolojik tutulum

[PS-061]

Dijital ülserin eşlik ettiği paraneoplastik raynaud fenomeni: Bir olgu sunumu

Mete Pekdiker[1], Ali Aras[2]

[1]Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Hatay

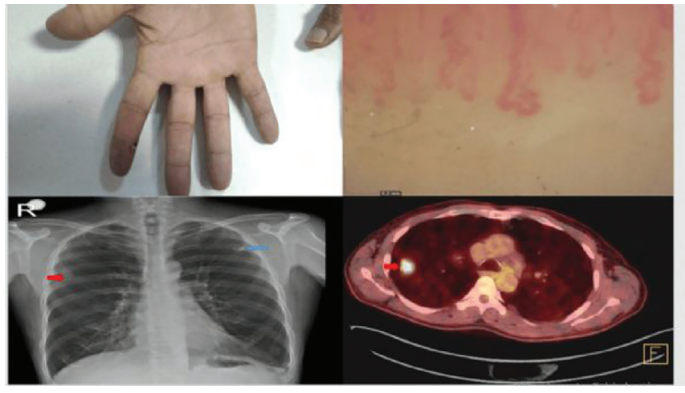
[2]Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hatay

Amaç: Raynaud fenomeni (RF), romatologların sıkça karşılaştığı bir semptom olup romatizmal hastalıklara spesifik değildir. Primer form idiopatiktir; sekonder formun ise etiyolojisi çok çeşitlidir. Bu olgumuzda raynaud fenomeni ile başvuran olgularda ayırıcı tanının önemine dikkat çekmeyi amaçladık.

Olgu: Elli dört yaşında erkek olgu son bir yıldır sağ elde daha fazla olmak üzere, soğuk havalarda belirginleşen el parmaklarında beyazlama, morarma ve kızarma atakları ile başvurduğu Kalp Damar Cerrahi (KVC) hekimi tarafından Sistemik Skleroz ön tanısıyla romatoloji polikliniğimize yönlendirilmişti. Otuz paket/yıl sigara öyküsü mevcuttu; öz veya soygeçmişinde özellik saptanmadı. Bir yıl önce başlayan, şiddetli ağrı ve nöropatik yakınmaların eşlik ettiği trifazik asimetrik karekterli RF mevcuttu ve başka bir yakınması yoktu. Başvurduğu KVC hekimi tarafından verilen nifedipin ve asetilsalisik asit tedavisine yanıt yoktu. Genel durum iyi, vital bulgular stabil olup fizik bakıda bilateral, şiddet olarak asimetrik RF ile sağ el 2. parmak ekstansör 1 cm'lik nekrotik vasıfta dijital ülser mevcuttu. Romatolojik sorgulamasında başka bulgu yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde hemogram, kan biyokimyası, akut faz yanıtları ve idrar testleri normal; antinükleer antikor, antifosfolipid antikorlar ve viral hepatit serolojisi negatifti. Kapilleroskopik incelemede spesifik olmayan bulgular mevcuttu. PA akciğer grafisinde her iki akciğer üst zonlarda birer adet periferik nodül görüldü ve bu nodüller bilgisayarlı tomografisinde (BT) de mevcuttu. Göğüs Hastalıklarına konsülte edilen olguya BT eşliğinde pozitron emisyon tomogragisi tetkik edildi ve "Sağ akciğer üst lobta kostal plevraya uzanımı olan, 1,7x2,1 cm metabolik boyutu olan hipermetabolik (SUV_{maks}: 11,1) nodüler lezyon, sol akciğer üst lob apikoposterior segmentte FDG tutulumu göstermeyen nodül izlenmektedir mediastende patolojik boyutta ya da artmış FDG tutulumu olan lenf bezi mevcut değildir, diğer vücut alanlarında patolojik FDG tutulumu gösteren lezyon saptanmamıştır" olarak raporlandı. Göğüs Cerrahisi tarafından sağ akciğer üst lobektomi uygulandı ve patoloji sonucu akciğer adenokarsinomu olarak sonuçlandı ve olguda kür sağlandı.

Sonuç: Vazodilatör tedaviye kötü yanıt, 50 yaş üzeri başlangıç, asimetrik tutulum ve dijital gangren paraneoplastik RF için alert özelliklerdir. Tümöral sitokinler, mediyatörler ve trombotik süreçler paraneoplastik RF patogenezide yer almaktadır. Bu olguların kapilleroskopisinde erken, aktif veya geç dönem skleroderma paterni görülebilir ve tanı karmaşasına yol açabilir. Paraneoplastik sendromlar, olgumuzda da olduğu gibi bazen tömörün ilk bulgusu olabilir ve erken tanı için bir şans yaratabilir.

Anahtar Kelimeler: Dijital ülser, raynaud fenomeni, paraneoplastik sendrom



Şekil 1. Olgunun dijital ülser imajı, kapilleroskopi bulgusu, akciğer grafisi ve PET-BT görüntülemesi (kırmızı oklar malign nodülü göstermekte)

[PS-062]

Sakroiliak eklem anatomik varyasyonlarının tanısında BT ile karşılaştırmalı MR'ın tanısal performansı

Öykü Tomay Aksoy[1], İdil Kurut Aysin[2], Hasan Kocaayan[1], Özge Yoğurtçu[1], Mustafa Özmen[1], Dilek Solmaz[1], Servet Akar[1]

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

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Balıkesir Atatürk Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Balıkesir

Amaç: Sakroiliak eklem (SİE) anatomik varyasyonları, aksiyal spondiloartrit (AxSpA) tanı ve sınıflandırmasında yapısal lezyonlarla, hatta enflamatuvar değişikliklerle karışarak yanlış pozitif bulgulara yol açabilmektedir. Bu durum tanısal doğruluğu azaltmakta ve hasta yönetimini güçleştirmektedir. AxSpA hastalarında varyasyonların doğru biçimde tanınması, ayırıcı tanı ve uygun tedavi planlaması açısından kritik öneme sahiptir. Kemik yapıların değerlendirilmesinde bilgisayarlı tomografi (BT) uzun süredir altın standart kabul edilmektedir. Ancak iyonizan radyasyon içermemesi ve enflamatuvar değişiklikleri eş zamanlı gösterebilmesi nedeniyle günümüzde klinik pratikte daha çok manyetik rezonans görüntüleme (MR) tercih edilmektedir. MR'ın anatomik varyasyonları saptamadaki tanısal performansının BT ile karşılaştırmalı olarak incelenmesi, klinik uygulamada önemli bir gereklilik olarak öne çıkmaktadır.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya, 2023-2024 yılları arasında bel ağrısı nedeniyle Katip Çelebi Üniversitesi Hastanesi Romatoloji Kliniği'ne başvuran ve SİE'leri hem MR hem de BT ile görüntülenmiş toplam 67 hasta dahil edildi. Hastaların 30'u kadın (%44,8) ve 37'si erkek (%55,2) olup, ortalama yaş 43,8±13 yıl idi. Olguların 56'sına AxSpA tanısı konuldu. Tüm görüntüler, SİE konusunda deneyimli iki bağımsız romatolog tarafından, Prassopoulos ve ark. sınıflaması esas alınarak sekiz anatomik varyasyon tipi açısından değerlendirildi. Gözlemci-içi uyum birinci değerlendiricide κ=0,737-1,0; ikinci değerlendiricide κ=0,714-1,0 aralığında bulundu. Gözlemciler-arası uyum ise κ=0,468-1,0 arasında değişmekteydi. MR ve BT'de saptanan anatomik varyasyonlar konsensusla belirlendi; iki yöntem arasındaki uyum Cohen'in kappa istatistiği ile hesaplandı. %95 güven aralıkları bootstrap yöntemiyle elde edildi; $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Tüm varyasyonların toplu analizi, MR ile BT arasında yüksek düzeyde uyum olduğunu gösterdi (κ=0,964; %95 GA: 0,894-1,000; $p<0,001$). Varyasyon bazında en yüksek uyum anfüze ossifikasyon merkezinde (κ=1,000), en düşük uyum ise bipartit iliak kemik plakta (κ=0,843) saptandı. Bunu semisirküler defekt (κ=0,948), aksesuar eklem (κ=0,932), kresent şekilli ilium (κ=0,883), dismorfik kartilagenöz eklem yüzeyi (κ=0,879) ve iliosakral kompleks (κ=0,876) izledi. MR'ın duyarlılık, özgüllük, pozitif ve negatif prediktif değerleri varyasyon bazında yüksek bulunmuş olup ayrıntılı tanısal performans ölçütleri tabloda sunulmuştur. Bu çalışma grubunda BT ve MRI ile izole sinostoz saptanmadı.

Sonuç: MR, sakroiliak eklem (SİE) anatomik varyasyonlarının değerlendirilmesinde BT ile karşılaştırıldığında yüksek düzeyde uyum sergilemiştir. Sık rastlanan varyasyon tiplerinde saptanan anlamlı uyum ile birlikte elde edilen duyarlılık, özgüllük ve prediktif değerler, MR'ın tanısal performansını doğrulamaktadır. İyonizan radyasyon içermemesi ve hem enflamatuvar değişiklikleri hem de yapısal lezyonları aynı incelemede gösterebilmesi, MR'ı klinik uygulamada BT'ye güçlü bir alternatif olarak konumlandırmaktadır. Çalışmamız, SİE varyasyonlarının değerlendirilmesinde MR'ın BT ile karşılaştırılabilir tanısal performans sağladığını ve ek BT incelemelerinin yalnızca seçilmiş olgular için gerekli olabileceğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Anatomik varyasyon, sakroiliak eklem, spondiloartrit

[PS-063]

Ailevi Akdeniz ateşinde nadir oküler tutulum: Retinal vaskülit

Sevilay Batıbay, Elif Dinçses Nas, Esen Kasapoğlu

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Ailevi Akdeniz ateşi (AAA), otoenflamatuvar bir hastalık olup, en önemli komplikasyonu amiloidozdur. Oküler tutulum ise oldukça nadir görülmektedir. Literatürde sınırlı sayıda bildirilen retinal vaskülit olguları AAA'nın atipik prezentasyonları arasında yer almaktadır. Bu olgu sunumunda retinal vaskülit sonrası AAA tanısı alan nadir bir prezentasyonu sunmayı amaçladık.

Olgu: Kırk üç yaşında erkek hasta, bilinen ek hastalık öyküsü olmaksızın sağ gözde ani gelişen bulanık görme nedeniyle acil servise başvurdu. Oftalmolojik muayenede sağ gözde roth spot hemorajiler, frosted branch angiitis ve retinal vaskülit ile uyumlu bulgular saptandı. Hastaya 1 mg/kg oral prednizolon ve 8x1 prednizolon asetat damla başlandı. Tedavi sonrası göz semptomları tamamen geriledi. Herhangi bir enfektif patoloji saptanmayan hastada retinal vaskülit etiyolojisi açısından yapılan romatolojik değerlendirmede, çocukluk döneminden itibaren 2-3 ayda bir tekrarlayan, 2-3 gün süren karın ağrısı ve ateş atakları olduğu, ayrıca iki kız kardeşinde AAA öyküsü bulunduğu ve bunlardan birinin amiloidoz nedeniyle hemodiyalize alındığı öğrenildi. Laboratuvar incelemesinde atak döneminde CRP: 120 mg/L, *MEFV* gen analizinde M694V heterozigot mutasyon saptandı. Serolojik testlerde antinötrofil sitoplazmik antikor (ANCA, immünofloresan), proteinaz-3 antikoru (PR3), miyeloperoksidaz antikoru (MPO), antinükleer antikor (ANA), ekstrakte edilebilir nükleer antijen paneli (ENA), antifosfolipid antikorları ve romatoid faktör (RF) negatif bulundu. Yirmi dört saatlik idrarda proteinüri 950 mg/gün saptanan hastaya AAA tanısı konularak kolşisin 2 g/gün başlandı. Takiplerinde atak izlenmedi, ancak hastada proteinürinin artarak 5 g/gün düzeyine yükselmesi üzerine amiloidoz açısından yapılan rektal biyopsi negatif bulundu. Klinik atak olmaksızın akut faz reaktanlarının yüksek seyretmesi ve proteinüri nedeniyle kolşisin dozu 3 g/güne çıkarıldı ve anakinra 100 mg/gün tedaviye eklendi. Bu tedavi altında yaklaşık iki yıllık takipte, hastanın proteinürisi 350 mg/gün düzeyine kadar gerilemiş olup akut faz reaktanları normal sınırlarda seyretmektedir. Takip süresince göz ile ilişkili herhangi bir yeni şikayet gelişmedi ve oftalmolojik kontrolleri normal bulundu.

Sonuç: AAA'da oküler tutulum oldukça nadirdir. Literatürde eksüdatif retina dekolmanı, epiretinal membran, panretinal fotokoagülasyon gerektiren neovaskülarizasyon, frosted branch angiitis ve retina arter/ven oklüzyonları gibi farklı oküler tutulum formları bildirilmiştir. Bu çeşitlilik, AAA'nın sistemik bulgularının yanı sıra nadiren ciddi oküler komplikasyonlara da yol açabileceğini göstermektedir. Görme kaybının önlenmesi açısından, sistemik veya lokal kortikosteroid tedavisinin tek başına ya da sistemik immünosupresifler ile kombine edilerek hızlı bir şekilde başlanması görme fonksiyonunu düzeltebilir. AAA olgularında retinal vasküliti önlemede en etkili profilaktik seçeneğin ise kolşisin tedavisi olduğu bildirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz ateşi, retinal vaskülit, oküler tutulum

[PS-064]

MEFV gen mutasyonlarının spondiloartrit klinik seyri ve tedavi yaklaşımları üzerindeki etkisi

Ayşe Elif Boncukçuoğlu[1], Sude Akyel[2], Rabia Deniz[1], Ayşenur Yılmaz[1], Kübra Kalkan[1], Erdem Bektaş[1], Aydeniz Aydın Gümüş[3], Cemal Bes[1]

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

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Tıbbi Genetik Kliniği, İstanbul

Amaç: MEFV gen mutasyonlarının spondiloartrit (SpA) hastalığının seyri ve tedavi yanıtı üzerindeki etkisi hala netlik kazanmamıştır. Bu çalışmada, MEFV gen mutasyonlarının SpA klinik seyri ve tedavi yanıtları üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Toplam 131 SpA hastası MEFV negatif (n=50), MEFV taşıyıcısı (n=38) ve Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF) eşlik eden SpA (n=43) olmak üzere üç gruba ayrıldı. Tüm MEFV varyan taşıyıcılarından ayrı olarak patojenik MEFV varyant taşıyıcıları ayrıca analiz edilip MEFV negatif grupla karşılaştırıldı. SpA ilişkili klinik özellikler, hastalık aktivite skorları, biyolojik DMARD kullanım, değişim oranları ve tedavi yanıtları gruplar arasında karşılaştırıldı.

Bulgular: FMF eşlik eden SpA grubunda, SpA hastalık başlangıç yaşı anlamlı düzeyde daha erken saptandı (p=0,021). Amiloidoz sıklığı FMF eşlik eden SpA ve MEFV taşıyıcısı SpA gruplarında daha yüksek saptandı ancak bu yükseklik FMF eşlik eden SpA grubunda istatistiksel olarak anlamlı iken MEFV taşıyıcısı SpA grubunda istatistiksel anlamlılık göstermedi (p=0,040 ve p=0,077 sırasıyla). Biyolojik tedavi kullanım oranları gruplar arasında benzerdi (MEFV negatif grup: %76, *MEFV* geni taşıyan grup: %60,5 ve FMF eşlik eden grup: %69,8; p=0,295). Tüm alt gruplarda en sık tercih biyolojik ajanlar anti-TNF ilaçlar olup, her bir alt grupta %90'ın üzerinde kullanılmıştır. Bu üç grubun karşılaştırmasında, anti-TNF tedavisine yanıt oranları açısından da anlamlı bir fark gözlenmedi (MEFV negatif grup: %80, MEFV geni taşıyan grup: %77,3 ve FMF eşlik eden grup: %78,6; p=0,210). Patojenik MEFV taşıyıcıları ile MEFV negatif hastalar ek olarak tekrar karşılaştırıldığında anlamlı ek bulgu izlenmedi.

Sonuç: MEFV mutasyonlarının, SpA hastalarında klasik hastalık aktivitesi ölçütleri ya da tedavi yanıtları üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Anti-TNF tedavi etkinliğinin MEFV negatif gruptakine benzer olarak MEFV taşıyıcısı ve FMF eşlik eden SpA gruplarında da yüksek olduğu izlenmiştir. Bununla birlikte eşlik eden FMF varlığında, MEFV mutasyonları daha yüksek amiloidoz riski ve daha karmaşık bir enflamatuvar fenotip ile ilişkilendirilmiştir. Daha büyük hasta gruplarıyla ve ileriye dönük tasarlanmış çalışmalarla, MEFV mutasyonlarının amiloidoz riski ve tedavi sonuçları üzerindeki etkileri daha net bir şekilde ortaya konulacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, aksiyal spondiloartrit, biyolojik tedavi, Ailevi Akdeniz ateşi, MEFV mutasyon

[PS-065]

Sjögren sendromu tanısı ile izlenen bir hastada gelişen ADEM tablosu

Yunus Durmaz[1], Pınar Durmaz[2]

[1]Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Karabük

[2]Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Karabük

Amaç: Primer Sjögren sendromu (pSS), özellikle tükürük ve gözyaşı gibi ekzokrin bezlerin lenfoplazmositik infiltrasyonu ile karakterize kronik, enflamatuvar, otoimmün bir hastalıktır. Altta yatan genetik yatkınlık, epigenetik mekanizmalar ve çevresel faktörler gibi çok sayıdaki faktörün hastalığın gelişimine katkıda bulunduğu kabul edilmektedir. Santral sinir sistemi tutulumu olan Sjogren Sendromunda psikiyatrik ve nörolojik bulguların varlığı bildirilmiştir. Akut dissemine ensefalomyelit (ADEM) santral sinir sisteminin immün aracılıklı bir bozukluğudur. Biz SS hastalığı tanısı ile izlenen kadın bir hastada gelişen ADEM'li bir olgumuzu sunmak istedik.

Olgu: Kırk sekiz yaşında kadın hasta 3 yıldır SS tanısı ile hidroksiklorokin 200 mg 2x1/gün po, pilokarpin 3x1 po tedavisi altında remisyonda idi. Hasta eşi tarafından son 1 gündür olan anormal davranışlar ve baş ağrısı nedeniyle acil servise getirilmiş. Acil serviste yapılan FM: bilinç açık, oryante ve kooperasyonu tamdı. Fizik muayenede TA: 120/80 mmHg, nabız 80 vurum/dakika, S1-S2 ritmik, ek ses üfürüm yoktu, aksiller ateş: 36,5 °C, solunum sesleri doğaldı. Lokomotor sistem muayenesinde artrit yok idi. Hasta özgeçmişinde sigara ve alkol kullanımı yoktu. Soygeçmişte özellik yoktu. Tüm ekstremitelerde kas gücü muayenesi 5/5, duyu muayenesi normal olan hastanın derin tendon refleksleri normaktif idi. GKS=15 idi. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde tam kan sayımı incelemesinde lökosit: 4300/µL, Hb:12 g/dL, Plt: 355.000/µL; ESR: 24 mm/saat, CRP 57 mg/L olarak saptandı. Biyokimya testleri, troid fonksiyon testleri, karaciğer enzimleri ve tam idrar tetkiki normal bulundu. ANA testi 1/320 titrede pozitif, dsDNA negatif, ENA profilinde SSA testi pozitif idi. Hastaya beyin bilgisayarlı tomografisi ve diffüzyon beyin MR çekilmesi planlanmıştı. Somatik yakınmalar olabileceği düşünülerek psikiyatri değerlendirmesi yapıldı. Ancak herhangi bir ruhsal bozukluk saptanmadı. Bu süreç devam ederken hastada acilde kompleks parsiyel epilepsi, şuur bulanıklığı ardından jeneralize nöbeti olması üzerine nörolojik değerlendirme istendi.

Çekilen kontrastlı beyin MR görüntüleme sonucu periventriküler yaygın kontrastlanma gösteren bilateral demyelinizan lezyonlar olarak raporlanan hasta; ADEM ön tanısı düşünüldü. Olası santral sinir sistemi enfeksiyonuları dışlamak amacı ile BOS incelemesi yapıldı. Yapılan LP; BOS basıncı normal ve hafif ksantokromik görünümdeydi. Kan, idrar, BOS kültürlerinde üreme olmadı. Hastaya medikal tedavi olarak ADEM tanısıyla pulse steroid tedavisi başlandı.

Sonuç: Sjögren sendromu seyrinde nörolojik tutulumlar sık görülse de ADEM nadiren eşlik edebilir. Bu konuya dikkat çekmek için bu olguyu sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Sjögren sendromu, nörolojik tutulum, ADEM tablosu

[PS-066]

Sistemik sklerozis hastalarında serum BRD4 (bromodomain) düzeyinin değerlendirilmesi ve hastalık aktivasyonu ile ilişkisinin belirlenmesi

Erhan Küpçük, Emine Büşra Ata, Ezgi Çimen Güneş, Ömer Faruk Kırlangıç, Taner Özgürtaş, Emre Tekgöz, Sedat Yılmaz, Seda Çolak

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Bu çalışma, BRD4'ün sistemik sklerozda potansiyel biyomarker veya tedavi hedefi olarak rolünü ve hastalığın tanı ile yönetimine olası katkılarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

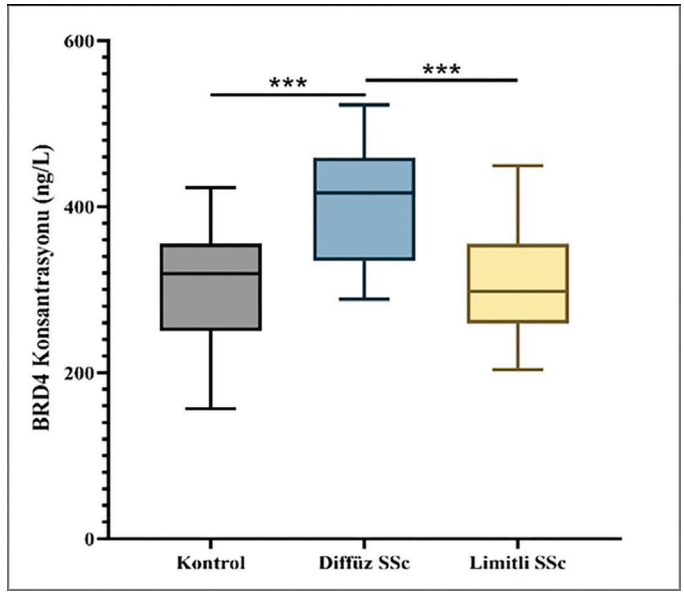
Yöntem: Bu çalışma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Biyokimya ve İç Hastalıkları Romatoloji Bilim Dalları'nda Ekim 2024-Eylül 2025 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışmaya, 2013 ACR/EULAR sınıflama kriterlerine göre sistemik skleroz (SSc) tanısı almış 45 hasta (20 diffüz, 25 limitli tip) ve kontrol grubu olarak 30 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir. Tüm katılımcıların demografik verileri, anamnezleri, fizik muayene bulguları, laboratuvar testleri ve klinik özellikleri kaydedilmiştir. Hasta grubunda ayrıca otoantikor profili, modifiye Rodnan deri skoru, dijital ülser, telenjiektazi, Raynaud fenomeni, sklerodaktili, kapilleroskopi bulguları, solunum fonksiyon testleri ve DLCO değerleri değerlendirilmiştir. Açlık sonrası alınan venöz kan örneklerinden serumlar ayrıştırılarak -80 °C'de saklanmış, BRD4 düzeyleri ticari ELISA kiti kullanılarak üretici protokolüne uygun şekilde analiz edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların cinsiyet dağılımı kontrol grubunda %16 erkek, %84 kadın; diffüz SSc grubunda %25 erkek, %75 kadın; limitli SSc grubunda ise %4 erkek, %96 kadın şeklindeydi. Ortalama hastalık süresi diffüz SSc grubunda 8,15±6,75 yıl, limitli SSc grubunda ise 4,88±4,91 yıl bulundu. Klinik parametreler incelendiğinde; diffüz SSc grubunda sklerodaktili (p=0,005), interstisyel akciğer hastalığı (İAH) (p=0,003), FVC düşüklüğü (p=0,001), FEV1 düşüklüğü (p=0,003) ve modifiye Rodnan deri skorunun yüksekliği (p=0,001) limitli SSc grubuna göre anlamlı derecede fazlaydı. Serolojik incelemede anti-Scl-70 antikorları diffüz SSc grubunda anlamlı pozitif (p<0,001), anti-sentromer antikorları ise limitli SSc grubunda anlamlı pozitif bulundu (p<0,001). BRD4 düzeyleri açısından gruplar arasında anlamlı fark vardı (p<0,001). Ortalama BRD4 düzeyi diffüz SSc grubunda 402,9±69,17 ng/L ile en yüksek düzeydeydi. Kontrol grubunda 304,8±63,39 ng/L, limitli SSc grubunda 304,6±64,5 ng/L değerleri elde edildi. Post-hoc analizlerde diffüz SSc grubu ile kontrol (p<0,001) ve limitli SSc grupları (p<0,001) arasında anlamlı fark bulundu; kontrol ve limitli gruplar arasında ise anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05) (Şekil 1). Korelasyon analizinde diffüz SSc grubunda BRD4 düzeyleri ile hastalık süresi arasında negatif yönlü anlamlı ilişki saptandı (p=0,032). Aynı grupta BRD4 düzeyleri ile modifiye Rodnan deri skoru arasında pozitif yönde eğilim olmakla birlikte istatistiksel anlamlılık sağlanamadı. Limitli SSc grubunda BRD4 düzeyleri ile hastalık süresi veya deri skoru arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

Sonuç: Bulgular, dcSSc grubunda sklerodaktili, İAH, solunum fonksiyon bozukluğu (FEV1, FVC) ve mRSS skorlarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu göstermiştir. Ayrıca dcSSc'de BRD4 düzeyleri belirgin olarak yükselmiş olup, fibrotik süreçlerle ilişkisini desteklemektedir. Çalışmamız BRD4'ün alt tiplerin ayırt edilmesinde potansiyel bir biyobelirteç olabileceğini göstermektedir. 352,76 ng/L cut-off değerinin, dcSSc hastalarını sağlıklı kontrollerden ayırt etmede %70 sensitivite ve %70 spesifisite sahip olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışma, BRD4 düzeylerini SSc alt tiplerinde inceleyen literatürdeki ilk çalışma olup, BRD4'ün alt tip ayrımında potansiyel bir biyobelirteç olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Biyobelirteç, bromodomain 4, diffüz kutanöz sistemik skleroz, limitli kutanöz sistemik skleroz sistemik skleroz



Şekil 1. Kontrol, diffüz ve limitli SSk gruplarında BRD4 konsantrasyonlarının karşılaştırılması

[PS-067]

ANCA ilişkili vaskülitte rituksimab monoterapisi ile konvansiyonel immünosüpresiflerle kombine rituksimab tedavisinin karşılaştırmalı analizi: Tek merkezli remisyon idame çalışması

Ayşe Elif Boncukçuoğlu, Rabia Deniz, Duygu Sevinç Özgür, Cemal Bes

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

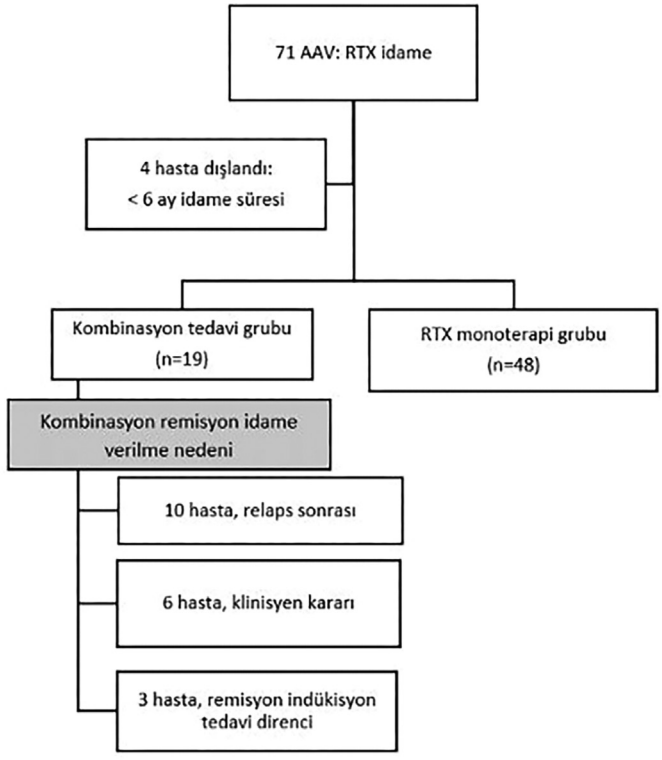
Amaç: Antinötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) ile ilişkili vaskülit (AAV) hastalarında remisyonun sürdürülmesinde rituksimabın (RTX) etkinliği ve güvenilirliği daha önce ortaya konmuştur. Ancak, RTX ile azatiyoprin, metotreksat, leflunomid veya mikofenolat mofetil gibi konvansiyonel immünosüpresif ilaçların kombinasyonuna ilişkin veriler sınırlıdır. Bu çalışmanın amacı, remisyon idame döneminde RTX monoterapisi ile RTX ve konvansiyonel immünosüpresif ilaç kombinasyonunun sonuçlarını karşılaştırmaktır.

Yöntem: 2020-2024 yılları arasında remisyon idamesi amacıyla RTX tedavisi uygulanan 67 AAV hastasının verileri retrospektif olarak analiz edildi. Hastalar iki gruba ayrıldı: RTX monoterapisi alanlar (n=48) ve RTX ile konvansiyonel immünosüpresif ilaç kombinasyonu alanlar (n=19). Hastalık klinik özellikleri, hastalık aktivite, hasar indeksleri, tedaviye yanıt, advers olaylar ve relaps oranları karşılaştırıldı.

Bulgular: Konvansiyonel immünosupresif ajan ağırlıklı olarak mikofenolat mofetil ve azatioprin tercih edildi. Remisyon idame tedavisinin ortalama süreleri iki grup arasında benzerdi (RTX monoterapi grubunda 23 ay, kombinasyon tedavi grubunda 22 ay; p=0,829). Hastalık ilişkili klinik özellikler ve kullanılan remisyon indüksiyon tedavi rejimleri gruplar arasında benzerdi. Ancak, kombinasyon tedavisi alan grupta RTX monoterapisi alan gruba göre indüksiyon tedavisine direnç oranı anlamlı derecede daha yüksekti (%41,2 ve %16,7 sırasıyla; p=0,039) ve kombinasyon remisyon idame tedavi öncesi relaps oranları daha yükseti ancak bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlılık göstermedi. (%52,6 ve %29,2 sırasıyla; p=0,071). Toplam 67 hastanın 25'inde 35 nüks kaydedildi. RTX tedavisi altında, ister tek başına ister kombinasyon halinde olsun, beş hastada relaps görüldü ve bu %7'lik bir relaps oranına karşılık geldi. RTX monoterapi altında 4 hastada toplam 6 relaps meydana geldi ve relaps gelişen hastalar, bir hasta hariç, remisyon idamesi için kombinasyon tedavisine geçirildi. Remisyon döneminde kombinasyon tedavisi altında 3 hastada 4 relaps gözlendi. Son vizitte serum kreatinin düzeyi kombinasyon grubunda anlamlı olarak daha düşüktü (p=0,015). Ciddi enfeksiyonlar, vasküler olaylar ve mortalite oranları açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı (sırasıyla p=0,898, p=1,000 ve p=0,783). Kombinasyon grubunda herhangi bir malignite gözlenmedi.

Sonuç: RTX ve konvansiyonel immünosüpresif ilaçların kombinasyonu, relaps gösteren veya tedaviye dirençli AAV hastalarında remisyonun idamesi için güvenli ve etkili bir alternatif olarak değerlendirilebilir. Relaps oranı açısından gruplar arasında geçiş olduğundan istatistiksel olarak anlamlı azalma kanıtlanamamasına rağmen advers olay ve güvenlik verilerinin iki grupta benzer olması kombinasyon tedavisini klinik pratikte güvenilir bir alternatif olarak sunmaktadır. Ek olarak, son vizit renal fonksiyonlarının kombinasyon grubunda daha iyi olması da etkinlik açısından önemli bir çıkarım sağlamaktadır. Bulgularımızı doğrulamak ve genellenebilirliği artırmak için ileriye dönük, çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: ANCA ilişkili vaskülit, granülomatöz polianjit, mikroskopik polianjit, rituximab



Şekil 1. Remisyon idame tedavisi hasta dağılımları

[PS-068]

Tedavi sırası ilaçta kalım üzerinde önemli mi? AksSpA hastalarında TNF inhibitörü ve sekükinumab karşılaştırması

Gizem Ayan, Umut Kalyoncu, Mustafa Ekici, Erdinç Ünaldı, Büşra Fırlatan Yazgan, Gözde Sevgi Kart Bayram, Buğu Bulat, Ali Aytuğ Kuştaş, Deniz Dönmez, Levent Kılıç, Ömer Karadağ, Ali Akdoğan, Sule Apraş Bilgen, Sedat Kiraz, Ali İhsan Ertenli

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

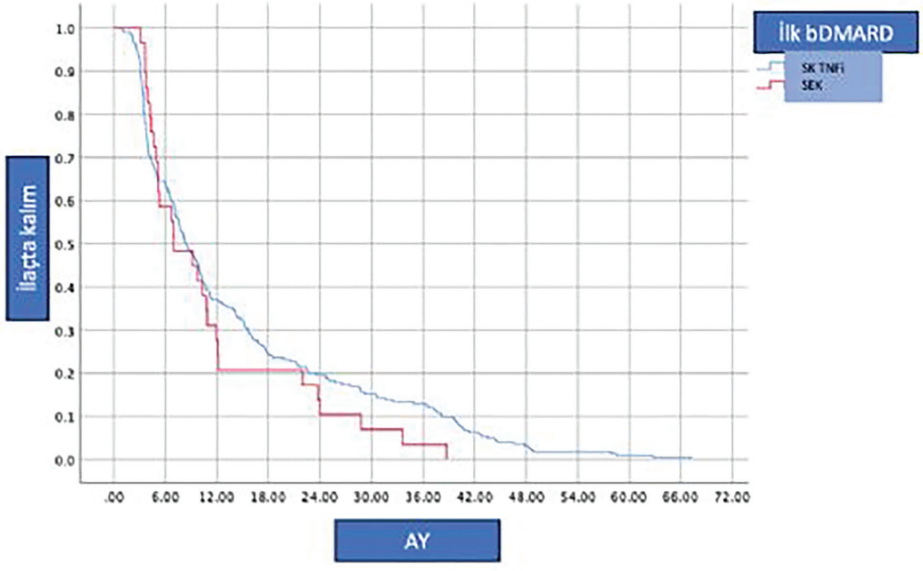
Amaç: Tümör nekroz faktörü inhibitörleri (TNFi) ve sekükinumab (SEK), aksiyal spondiloartritte (akSpA) birinci basamak olarak önerilen biyolojik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlardır (bDMARD). Ancak, ilaçta kalma oranları ve tedavi sırasının ilaçta kalma oranları üzerindeki etkisi kapsamlı bir şekilde değerlendirilmemiştir. Bu çalışmada amacımız subkütan (sk) TNFi ve SEK'yi ilk bDMARD olarak kullanan aksSpA hastalarında ilaçta kalım ve laç değiştirme oranlarını karşılaştırmak ve tedavi sırasının üçüncü bir bDMARD'a geçişi etkileyip etkilemediğini değerlendirmektir.

Yöntem: Bu analiz için Hacettepe Üniversitesi Biyolojik Veritabanı (HUR-BIO) kullanılmıştır. Türkiye'de SEK, Mayıs 2018'den itibaren aksSpA tedavisi için kullanılmaya başlanmıştır. Bu çalışma, bu tarihten sonra ilk bDMARD tedavisine subkütan TNFi veya SEK ile başlayan aksSpA hastalarını kapsamaktadır. İki grup arasında tedavi değiştirme oranları ve tedavi değiştirme için geçen ortalama süre değerlendirilmiş ve karşılaştırılmıştır. Ek olarak, iki alt grup daha tanımlanmıştır: 1. başlangıçta TNFi aldıktan sonra SEK'e geçen hastalar ve 2. başlangıçta SEK aldıktan sonra TNFi'ye geçen hastalar. Bu gruplarda da üçüncü bir bDMARD'a geçiş yapan hastaların oranı analiz edilmiş ve karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Sk TNFi (Adalimumab, n=406, Sertolizumab Pegol, n=144, Etanersept, n=81, Golimumab, n=25) ile tedaviye başlayan 656 hasta vardı ve bunların ortalama (SD) yaşı 38 (10) idi ve %48,7'si erkekti. SEK, ortalama (SD) yaşı 41,5 (10,6) olan ve %50,7'si erkek olan 75 hastada ilk bDMARD idi. İlk olarak TNFi tedavisine başlayan hastaların %34,6'sı (n=227) başka bir ajana geçti ve medyan süre 8,5 aydı (IQR: 7-10). SEK ile tedaviye başlanan 75 hastanın %38,7'si (n=29) başka bir ajana geçmiştir ve medyan süre 7 aydır (IQR: 2,7-11,2). Gruplar arasında geçiş oranı ve ilaç sağkalımı arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,48, log-rank= 0,31, sırasıyla) (Şekil 1). Sk TNFi'den geçiş yapan 227 hastadan 66'sı SEK'e (grup 1) geçiş yaparken, başlangıçta SEK tedavisi gören 29 hastadan 27'si SK TNFi'ye (grup 2) geçiş yaptı. Üçüncü bir biyolojik ilaca geçiş oranı grup 1'de %37,9, grup 2'de %37 olarak gözlendi (p=0,98).

Sonuç: AksSpA hastalarında, sk TNFi veya SEK ile birinci basamak tedavi, benzer geçiş oranları ve ilaç sağkalımı ile sonuçlanmıştır. bDMARD başlangıcının sırası, üçüncü bir bDMARD'a geçiş oranını önemli ölçüde etkilememiştir.

Anahtar Kelimeler: aksSpA, tedavi, bDMARD



Şekil 1. İlk bDMARD TNFi vs SEK tedavisi alan hastalarda ilaçta kalım

[PS-069]

Romatolojik hastalarla çalışan hekimlerin fizyoterapi ve rehabilitasyon farkındalığının değerlendirilmesi: Türkiye örneği

Sena Gizem Arslan[1], Birgül Dıngırdan Gültekinler[1], Emre Bilgin[2]

[1]Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Sakarya

[2]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

Amaç: Bu çalışmada, Türkiye'de romatoloji hastalarına bakım veren hekimlerin fizyoterapi ve rehabilitasyon farkındalığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu kesitsel çalışma, Mayıs-Ağustos 2025 tarihleri arasında kamu ve özel hastanelerde görev yapan 60 hekim ile yürütülmüştür. Dahil edilme kriteri olarak, romatolojik hastalarla en az üç yıllık deneyime sahip olma şartı aranmıştır. Veriler, literatür ve uzman görüşleri (iki romatolog, iki fizyoterapist) doğrultusunda geliştirilen demografik form ve yapılandırılmış anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Anket; fizyoterapi ve rehabilitasyon, egzersiz tedavisi ve eklem koruma stratejilerine ilişkin bilgi ve tutumları 5'li Likert ölçeği kullanılarak değerlendirmiştir. Tanımlayıcı istatistikler SPSS 26.0 programı ile hesaplanmıştır.

Bulgular: Toplam 60 hekim çalışmaya katılmıştır (yanıt oranı: %23,07). Katılımcıların %61,7'si kadın, %38,3'ü erkektir. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%91,7) İç Hastalıkları alanında, %8,3'ü ise Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon alanında uzmanlaşmıştır. Hekimlerin %93,3'ü hastalarına fizyoterapi ve rehabilitasyon önerdiğini, %86,7'si ise bunu tedavide gerekli gördüğünü bildirmiştir. Hekimler, fizyoterapi ve rehabilitasyonun eklem hareket açıklığını geliştirdiğine (%91,7), ağrıyı (%81,7) ve yorgunluğu (%70) azalttığına, kas kuvvetini (%98,3), günlük yaşam aktivitelerini (%95) ve fonksiyonel bağımsızlığı (%90) artırdığına güçlü biçimde inanmaktadır. Katılımcıların %65'i egzersiz tedavisini romatoid artritte rehabilitasyonun temel bir bileşeni olarak görürken, yalnızca %75'i hastalarına egzersiz önerdiğini belirtmiştir. Önerilen egzersiz türlerinde çeşitlilik bulunmaktadır (ör. germe, yüzme, aerobik ve güçlendirme egzersizleri). Dikkat çekici olarak, katılımcıların %11,7'si egzersiz reçeteleri konusunda bilgi sahibi olmadığını kabul etmiştir. Ayrıca, yalnızca %46,7'si fizyoterapi ve rehabilitasyonu farmakolojik tedavi kadar etkili görmüş, bu da tedavi yaklaşımlarının ağırlıklı olarak ilaç odaklı olduğunu göstermektedir. Katılımcıların sadece %26,7'si hastalarıyla enerji koruma stratejilerini ele aldığını belirtmiştir. Önemli bir bulgu olarak, hekimlerin %91,7'si fizyoterapi ve rehabilitasyon hakkında daha fazla bilgi edinmek istediklerini ifade etmiş, bu da yapılandırılmış eğitimsel müdahalelere yönelik güçlü bir talebi ortaya koymuştur.

Sonuç: Türkiye'deki romatoloji hekimleri fizyoterapi ve rehabilitasyona kayda değer bir ilgi göstermelerine rağmen, farkındalık henüz kapsamlı değildir. Yapılandırılmış fizyoterapi ve rehabilitasyon eğitimlerinin artırılması ve multidisipliner stratejilerin teşvik edilmesi, hekim-fizyoterapist iş birliğini güçlendirebilir ve hasta sonuçlarını iyileştirebilir.

Anahtar Kelimeler: Fizyoterapi ve rehabilitasyon, romatoloji, farkındalık

[PS-070]

Romatoid artrit hastalarında gastroknemius kas sertliği ve hastalık aktivitesi arasındaki ilişki

Yeşim Nergiz, Yasemin Mirza, Pınar Diydem Yılmaz, Adem Küçük

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Konya

Amaç: Romatoid artrit; etiyolojisi net bilinmeyen, simetrik, enflamatuvar, periferik bir poliartrittir. Tipik olarak kıkırdak ve kemik erozyonu yoluyla eklem tahribatına yol açar. RA hastalarında %25-70 oranında kas zayıflığı ve düşük kas yoğunluğu izlenmektedir. RA'daki miyopatik özellikleri tanımlamak ve araştırmak amacıyla invazif olmayan kantitatif yöntemlerin kullanımı son yıllarda artış göstermeye başlamış olsa da bu yöntemler henüz yaygınlaşmamış ve standart bir değerlendirme aracı haline gelmemiştir. RA'da kasların biyomekanik durumuna yeni bir bakış açısı sunabilen ultrason kayma dalgası elastografisi (SWE) kullanılarak kaslar invazif olmayan bir şekilde değerlendirilebilir. Bu çalışma RA tanılı hasta grubu ile sağlıklı kontrol grubu karşılaştırıldığında, hastalık aktivitesi ile gastroknemius kas sertliği arasında nasıl bir ilişki olduğunu anlamayı amaçlamıştır. Bu çalışmanın amacı, romatoid artrit (RA) hastaları ile asemptomatik bireylerde ultrason kayma dalgası elastografi (SWE) kullanılarak gastroknemius kas sertliğini karşılaştırmak ve gastroknemius kas sertliği ile hastalık aktivitesi ve klinik parametreler arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntem: Bu çalışmaya RA'lı kadınlar grubu (n=30, yaş: 53,3±8,88 yıl) ve asemptomatik kontrol grubu (n=30, yaş: 49,77±5,71 yıl) dahil edilmiştir. Kas sertliği ve hastalık aktivitesi sırasıyla ultrason kayma dalgası elastografi (SWE) ve DAS28 skoru ile değerlendirilmiştir. Ayrıca başlıca enflamatuvar kan belirteçleri (CRP ve ESR) kaydedilmiştir.

Bulgular: Gastroknemius kas sertliği, RA grubunda asemptomatik gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak yalnızca sol gastroknemius kas sertliği açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,005$). Korelasyon analizinde, tüm kaslar için SWE ile hastalık aktivitesi ve klinik parametreler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,005$).

Sonuç: SWE ile değerlendirilen kas sertliği, RA hastalarında etkilenmiş görünmektedir. Bu bulguların RA yönetiminde dikkate alınması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, kas sertliği, hastalık aktivitesi, kayma dalgası elastografisi

[PS-071]

Ailevi Akdeniz ateşine sekonder renal AA amiloidoz tanılı hastalarda SGLT-2 inhibitörlerinin rolü: Tek merkez olgu serisi

Burak Karakaya[1], Rahime Duran[1], İbrahim Karaduman[1], İbrahim Yahya Çakır[1], Esma Eseroğlu[1], Büşra Köksoy[1], İbrahim Vasi[2], Rıza Can Kardaş[3], Ertuğrul Çağrı Bölek[1], Hamit Küçük[1], Abdulsamet Erden[1], Mehmet Akif Öztürk[1], Berna Göker[1], Abdurrahman Tufan[1]

[1]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara*

[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara*

[3]*Yozgat Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Yozgat*

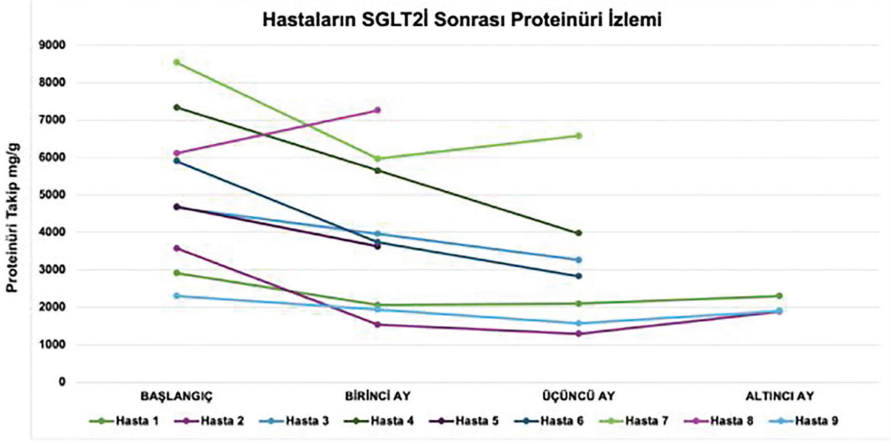
Amaç: Ailevi Akdeniz ateşi (AAA), rekürren ateş, peritonit, plörit, artrit, raş ile seyreden en sık görülen monogenik otoenflamatuvar hastalıktır. Hastalığın en önemli komplikasyonu AA amiloidoz gelişimidir. Tedavinin mihenk taşı kolşisindir ve kolşisin-naiv ya da komplike olmayan ve serum kreatinini <1,5 mg/dL olan AAA ilişkili AA amiloidozda proteinüride stabilizasyon/iyileşme sağlayabilir. IL-1 antagonistleri AA amiloidozda böbrek fonksiyonlarında düzelme ile ilişkilendirilmiştir. Bunların haricinde AA amiloidozun seyrine etkisi olan ilaç tanımlanmamıştır. AA amiloidoza sekonder kronik böbrek yetmezliği (KBH) yönetimi, diğer KBH nedenlerinde olduğu gibi böbrek koruyucu diyet, RAAS blokajı ve uygun olgularda transplantasyonu içerir. SGLT-2 inhibitörleri (SGLT2İ) proksimal tübülden glukoz geri emilimini engelleyerek kan glukozunu düşüren ilaçlar olmakla birlikte; glomerüler basınçta azalma, proteinüride azalma, enflamasyon/fibrozun inhibisyonu ve sistemik metabolik iyileşme yoluyla diyabetten bağımsız renoprotektif etki göstermektedir. DAPA-CKD ve EMPA-KIDNEY çalışmalarında son dönem böbrek yetmezliğine ilerlemeyi, böbrek hastalığı progresyonunda azalma ve kardiyovasküler ölümü kan şekeri kontrolünden bağımsız azalttığı gösterilmiştir. Ayrıca KDIGO'nun 2024 KBH kılavuzunda eGFR ≥20 mL/dk/1,73 m2 ve UACR ≥200 mg/g olan hastalarda SGLT2İ önermektedir. Ancak SGLT2İ'nin AA amiloidozda proteinüri üzerine etkisi daha önce çalışılmamıştır. Bu olgu serisi, AAA'ya sekonder AA amiloidoz ve proteinürisi olan hastalarda SGLT2İ deneyimimizi sunmayı amaçlamaktadır.

Yöntem: Bu çalışmada Gazi Üniversitesi Romatoloji Bilim Dalı'na Ocak 2024-Ağustos 2025 tarihleri arasında başvuran AAA'ya sekonder renal AA amiloidozu olan SGLT2İ alan, ≥18 yaş, en az bir takip ölçümü olan hastalar dahil edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya biyopsi ile doğrulanmış 10 AA amiloidoz hastası dahil edildi. Ortalama yaş 38,7±10,4 yıldı. FMF tanısı ile amiloidoz tanısı arasındaki süre medyan 6 (0-24) yıldı. Hastaların demografik verileri Tablo 1'de özetlenmiştir. Her hastaya diyet dahil optimum böbrek koruyucu tedavi uygulandı ancak #5 ve #6 hastalar yan etki nedeniyle RAAS blokeri almıyordu. SGLT2İ kullanım süresi medyan 6 (1-9) aydı. Başlangıç proteinürisi ortalama 5113±2055 mg/gündü. İlaç ilişkili tedavi kesilmesi gerektiren yan etki iki hastada görüldü; hasta #8 ve #10'da tekrarlayan semptomatik hipoglisemi nedeniyle SGLT2İ kesildi. Hasta #7'de SDBY gelişimi, Hasta #5'te ise hasta tercihiyle nedeniyle ilaç sonlandırıldı. Birinci ay proteinürisi ölçülen 6 hastada, başlangıç 5287±2027'den 4031±2215 mg/gün'e; üçüncü ay proteinürisi ölçülen 6 hastada 5284±2337'den 3250±1919 mg/gün'e geriledi. Altıncı ay proteinürisi ölçülen 3 hastada ise 2928±638'den 2028±235 mg/gün'e indi (Şekil 1). Bu tek merkezli olgu serisinde, AAA'ya sekonder renal AA amiloidozlu hastalarda SGLT2İ başlanmasını takiben proteinüride ilk aydan itibaren belirgin bir azalma eğilimi gözlendi. Bulgularımız, SGLT2İ'nin diyabetten bağımsız proteinüriyi azaltıcı ve böbrek koruyucu etkilerini gösteren çalışmalarla uyumludur. Hastaların aldıkları eşzamanlı tedavilerin heterojen olması, küçük örneklem boyutu olması sonuçların genellemesini kısıtlamaktadır. Daha geniş, prospektif ve ölçüm yöntemleri standardize edilmiş kohortlarda SGLT2İ etkileri değerlendirilmelidir.

Sonuç: AAA'ya sekonder AA amiloidozda SGLT2 inhibitörleri, kısa dönemde proteinüride klinik olarak anlamlı bir azalma eğilimi göstermiştir. Güvenlik profili genellikle elverişli olmakla birlikte bireysel riskler (örn. hipoglisemi) açısından hastalar yakından izlenmelidir. Standartlaştırılmış ölçümler ve kontrollü çalışmalarla bu bulguların doğrulanmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Ailesel Akdeniz ateşi, amiloidoz, kronik böbrek yetmezliği, proteinüri



Şekil 1. SGLT2İ alan hastaların proteinüri takibi

[PS-072]

Romatoid artrit ayırıcı tanısında bir multisentrik retikülohistiyositoz olgusu

Büşra Demir[1], Muazzez Çiğdem Oba[2], Serdal Uğurlu[1]

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

[2]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Multisentrik retikülohistiyositoz (MRH), multisistemik bir non-Langerhans hücreli histiyositozdur. Papülonodüler deri lezyonları ve destrüktif simetrik poliartrit ile karakterize olup mukozal lezyonlar ve diğer sistem tutulumları eşlik edebilmektedir. Biz burada kistik ve sklerotik kemik lezyonlarının eşlik ettiği MRH tanısı alan bir olguyu sunmaktayız.

Olgu: Bilinen Hashimoto hipotiroidi tanılı 45 yaş kadın hasta, kliniğimize başvurusundan önce, 2019'da başlayan bilateral el, el bileği ve ayak bileği, diz, omuz eklemlerinde simetrik poliartrit ve akut faz yüksekliği nedeniyle seronegatif romatoid artrit tanısı almış. Metotreksat ve prednizolon başlanan hasta, klinik yanıtsızlık nedeniyle leflunomid ve hidroksiklorokin eklenmiş. GİS intolerans nedeniyle tedavisine bir süre ara verdikten sonra yeniden hidroksiklorokin ve leflunomid ile devam edilmiş. 2019'dan beri eklem yakınmalarına eşlik eden oral mukoza, el parmakları, dirsekler, kulak ve saçlı deride papülonodüler, ağrılı döküntüleri mevcutmuş. 2022'de poliartrit nedeniyle adalimumab başlanmış. Primer yanıtsızlık nedeniyle etanersepte geçilmiş. Ağustos 2024'te deri lezyonlarında artış, sol diz ekleminde ağrı, şişlik, tetkiklerinde CRP: 250 saptanması üzerine çekilen MRI'da sol tibia proksimalinde metafizer alanda 47x28 mm ince septalı kistik lezyon, ayrıca bilateral femur baş kesimi ve lateral kondilde T2 hiperintens kistik lezyonlar mevcut. Poliartrit ve deri lezyonlarında progresyon nedeniyle Eylül 2024'te tosilizumab sc. başlanmış. Preoperatif dönemde tosilizumab kesilen hasta, Ocak 2025'te sol tibia proksimalindeki lezyon patolojisi basit kemik kisti olarak raporlanmış. Hastanın tarafımıza başvurusunda bilateral el distal interfalangeal (DİF), proksimal interfalangeal (PİF) ve metakarpofalangeal (MKF) eklemlerde aktif artrit, oral mukoza, bilateral el ve parmak dorsallerinde, kulak ve saçlı deride ağrılı, sarımsı renkte papülonodüler lezyonları mevcuttu (Şekil 1). RF, anti-CCP, ANA, ENA profili negatifti. El MRI'da DİF, PİF, MKF eklem çevresinde periartiküler erozif değişiklikler ve interkarpal eklemlerde milimetrik kistler saptandı. Kemik sintigrafisinde her iki omuz, dirsek, el bileği, MKF, interfalangeal, diz, ayak bileği, metatarsofalangeal eklemlerde ve tarsal kemiklerde ve sağ 8.kostovertebra eklem düzeyinde artmış aktivite tutulumları, sağ tibia platosundan proksimal metafizer düzeye doğru uzanan 6x3.5x4 cm artmış aktivite tutulumlu sklerotik lezyon izlendi. Malignite taramasında patoloji saptanmadı. El deri punch biyopsisinde tüm dermiste camsı sitoplazmalı multinükleer histiositlerden oluşan infiltrasyon görüldü. CD68 (+), S100(-), CD1a(), lizozim (+)'ti. Patolojik olarak "multisentrik retikülohistiyositoz" tanısı doğrulandı. Hastaya Şubat 2025'te yeniden tosilizumab sc. başlandı. Mevcut tedavi altında eklem yakınmaları ve deri lezyonları gerilemiş olup izlemine devam edilmektedir.

Sonuç: Literatürde 300'e yakın MRH olgusu bulunmaktadır. MRH, genellikle romatoid artriti (RA) taklit eden simetrik erozif poliartrit şeklinde ortaya çıkmakta ve ardından papülonodüler deri lezyonları görülmektedir. Lezyonlar kaşıntılı ve genellikle ağrısızdır. Ancak olgumuzda deri lezyonları ağrılıydı ve eklem bulgularına sklerotik ve kistik kemik lezyonları da eşlik etmekteydi. MRH, RA'dan farklı olarak en sık DİF eklemler etkilenmektedir. NSAIDler, glukokortikoidler, DMARDlar, siklofosfamid, TNF-alfa inhibitörleri, tosilizumab tedavi seçenekleri arasındadır. Ayrıca bisfosfanat tedavisinin faydalı olabileceği gösterilmiştir. Olguların çoğunda hızla artritis mutilans gelişebilmektedir. MRH'a diğer organ tutulumları (pulmoner, kardiyak, gastrointestinal sistem, serozit vb.), malignite veya otoimmün hastalıklar eşlik edebileceğinden ayırıcı tanıda akla gelmelidir. Tanıdan şüphelenildiğinde kapsamlı değerlendirme gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Multisentrik retikülohistiyositoz (MRH), poliartrit, tosilizumab

Şekil 1. (a) Papülonodüler deri ve labial mukoza lezyonları. (b) direkt grafide DIF, PIF, MKF eklemlerde yaygın erozif değişiklikler

[PS-073]

Still hastalığında moleküler genetik analiz: Yeni nesil dizileme (NGS) ile otoenflamatuvar hastalık gen paneli

Erdem Bektaş[1], Pelin Ercoşkun[2], Aynur Islamova[2], Ayşenur Yılmaz[1], Alper Gezdirici[2], Cemal Bes[1]

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

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Tıbbi Genetik Kliniği, İstanbul

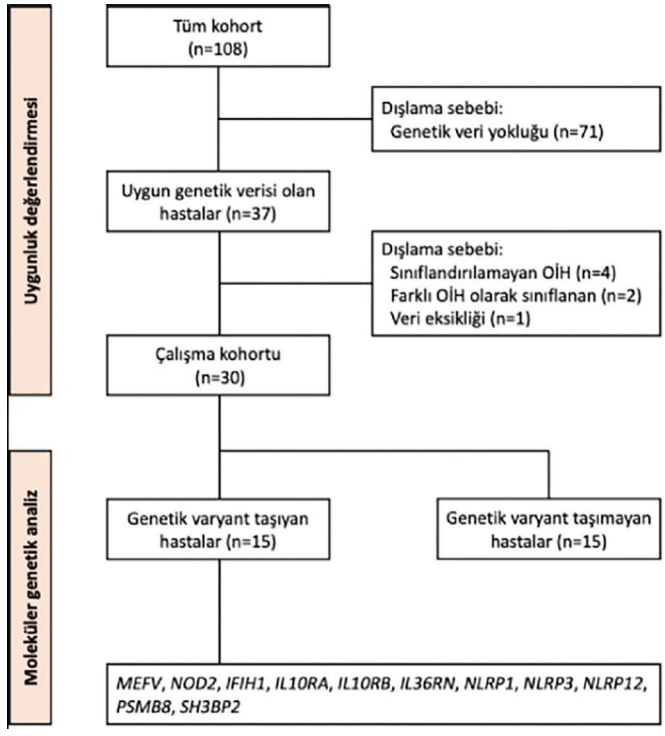
Amaç: Still hastalığı (SH) poligenik sistemik otoenflamatuvar bir hastalıktır. Hastalığın klinik bulguları ve seyri hastalar arasında oldukça farklılık göstermektedir. Bu nedenle genetik analizler, patogenetik mekanizmaların aydınlatılması ve klinik heterojenitenin anlaşılması açısından önem taşımaktadır.

Yöntem: Yamaguchi kriterlerine uyan SH tanısı konulan ve genetik verileri olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Demografik, klinik, laboratuvar özellikleri ve tedaviler standardize formlara kaydedildi. Makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) tanısı HLH-2004 kriterlerine göre değerlendirildi. Anemi hemoglobin<12 mg/dL, nötrofilik lökositoz lökosit sayısı >10000/µL (>%80 PNL), anormal karaciğer enzimleri normal değerin üzeri, hiperferritinemi ferritin >3000 mg/dL olarak kabul edildi. Periferik kandan izole edilen DNA örnekleri, AmpliSeq® Library Kit Plus Autoinflammatory Disease Panel kullanılarak incelendi. Bu panel, otoenflamatuvar hastalıklarla ilişkili 41 genin ekzon ve ekzon–intron birleşim bölgelerini hedeflemektedir. Hedef bölgeler PCR ile çoğaltıldı ve Ion GeneStudio™ S5 Plus System (Ion Torrent™) ile yeni nesil dizileme yapıldı. Veriler Ion Reporter™ v5.20 yazılımı ile analiz edildi. Varyantların yorumu için ClinVar, OMIM, dbSNP, gnomAD, ExAC gibi çok sayıda veri tabanı kullanıldı ve tüm varyantlar 2015 ACMG kriterlerine göre sınıflandırıldı.

Bulgular: Genetik verisi mevcut olan 30 SH incelendi (Şekil 1). Hastaların %63,3'ü kadındı ve tanı yaşı ortanca 29 yıl (22-40) idi. Klinik bulgular arasında tüm hastalarda ateş %100, artrit %60, artralji %83,3, döküntü %73,3 ve boğaz ağrısı %53,3 oranında görüldü. Lenfadenopati %50, hepatomegali %40, splenomegali %30, miyalji %36,7, plörit %13,3, perikardit %6,6 ve kilo kaybı %13,3 oranında saptandı. MAS 3 hastada (%10) izlendi. Laboratuvar bulguları incelendiğinde ortanca hemoglobin düzeyi 11 g/dL (9,9-11,9) olup, anemi %76,7 hastada mevcuttu. Ortanca lökosit sayısı 14.500/µL (12.270-20.390), ortanca nötrofil sayısı 11.930/µL (10.170-17.310) idi ve nötrofilik lökositoz %83,3 hastada görüldü. Ortanca trombosit sayısı 305.000/µL (229.000–375.000) idi. Karaciğer enzim yüksekliği %70 hastada mevcuttu (ALT ortanca 86 IU/L, AST ortanca 60 IU/L). Ortanca CRP 199 mg/L (120-253), ESR 75 mm/h (64-86), LDH 482 IU/L (342-608) idi. Serum ferritin düzeyleri oldukça yüksekti [ortanca 9135 ng/mL (1281-32.393)] ve hiperferritinemi %73,3 hastada saptandı. Tedavide en sık kortikosteroidler (%96,7) kullanıldı. Metotreksat %60, Anti-IL1 %56,6 ve Anti-IL6 %40 oranında tercih edildi. Daha az sıklıkla Leflunomid, Siklosporin A, Anti-TNF ve JAK inhibitörleri (%10'ar) kullanıldı. Genetik analizlerde 30 hastanın 15'inde (%50) mutasyon saptandı, bu genler arasında NOD2, IL10RA, IL10RB, IL36RN, PSMB8, SH3BP2, NLRP1, NLRP3, NLRP12, MEFV ve IFIH1 yer aldı. Mutasyon saptanan 15 hastanın 12'si kadın, 3'ü erkekti; bu grubun tanı yaşı ortanca 29 yıl (22-42) idi. En sık mutasyon MEFV geninde görüldü (4 hasta, %13). Dört hastada iki mutasyon bir arada bulundu. Toplamda 18 varyant saptandı; bunların ikisi patojenik, 16'sı klinik önemi belirsiz varyant (VUS) olarak sınıflandırıldı. Tüm mutasyonlar heterozigot durumda idi. Sistemik otoenflamatuvar hastalık (SOİH) ilişkili genetik varyant taşıyan hastaların özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Sonuç: Bu çalışmada, SH'larında önemli ölçüde otoenflamatuvar hastalıklarla ilişkili genlerde mutasyon saptanmıştır. Saptanan varyantların çoğunun VUS olması, genetik bulguların yorumlanmasında zorluklar ortaya çıkarmıştır. SH'da genetik mutasyon varlığının hastalığın seyrini ne şekilde etkilediğini anlamak için hastaların uzun dönem takibine ihtiyaç vardır. Genetik varyantların araştırılması diğer SOİH'lar için de önemli bulgular sunabilir. Sonuç olarak, saptanan genetik varyantların klinik yansımalarının tam olarak anlaşılabilmesi için daha geniş hasta serilerine ve fonksiyonel çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Still hastalığı, otoenflamatuvar hastalıklar, yeni nesil dizileme, NGS



Şekil 1. Çalışmaya dahil edilen Still hastalığı tanılı hastaları gösteren akış şeması
OİH: Otoenflamatuvar hastalık

[PS-076]

Sistemik skleroz hastalarında Rosenberg benlik saygısı ölçeği – kısa formunun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği

Özlem Doğan Ağbuga[1], Betül Dikkanoğlu Demirok[2], Ayşe Çefle[2], Esma Eseroğlu[3], Abdulsamet Erden[3], Gezmiş Kimyon[4], Esra Genç[5], Mehmet Emin Tezcan[5], Müçteba Enes Yayla[6], Murat Turgay[6], Gülşah Yamancan[7], Ahmet Karataş[7], Süleyman Serdar Koca[7], Mehmet Akif Baltacı[8], Alper Sarı[8], Arif Babayiğit[9], Ali Şahin[9], Serdar Can Güven[10], Orhan Küçükşahin[10], Şükran Erten[10], Fatih Albayrak[11], Orhan Zengin[11], Mustafa Erdoğan[12], Murat İnanç[13], Ahmet Merih Birlik[14], Ali Akdoğan[15], Duygu Temiz Karadağ[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Van

[2]Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

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

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

[5]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

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

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

[8]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[9]Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas

[10]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[11]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

[12]Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

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

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

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

Amaç: Sistemik skleroz (SSk), deri ve çeşitli iç organların vaskülopati, enflamasyon ve doku fibrozisi ile karakterize, otoimmün bir bağ doku hastalığıdır. Hastalığa bağlı tutulumların hastaların vücut algısını ve benlik saygısını olumsuz etkileyebileceği öngörülmektedir. Bu çalışmada, SSk hastalarında psikososyal iyilik halini değerlendirmede kullanılabilecek araçlardan biri olan Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği – Kısa Formu'nun Türk popülasyonunda geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Çok merkezli kesitsel çalışmaya ACR/EULAR sınıflama kriterlerini karşılayan hastalar dahil edildi. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği - Kısa Formu, Vücut Algısı Ölçeği (Body-Cathexis Scale, BCS), Skleroderma Sağlık Değerlendirme Anketi (sHAQ) ve araştırmacılar tarafından oluşturulan beş Likert tipi soru uygulandı. Yakınsak geçerlilik (convergent validite) için ölçeğin daha önce valide edilmiş Vücut Algısı Ölçeği, sHAQ ve likert tipi sorular ile arasındaki korelasyon ile değerlendirildi. Ayırıcı geçerlilik (diskriminant validite), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği – Kısa Formu'nun hastalık alt tipleri (sınırlı ya da diffüz), organ tutulumları (PHT, İAH, GIS, maske yüz, dijital ülser, mRCS), benlik saygısını etkileyebilecek demografik özelliklere (çalışma durumu ve eğitim süresi) göre karşılaştırmalarla incelendi. Ölçek 59 hastaya üç hafta sonra tekrar uygulanarak test-retest güvenilirliği intraclass correlation coefficient (ICC) ile ölçüldü. Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı ile hesaplandı.

Bulgular: Çalışmaya 100 sistemik skleroz hastası (ortalama yaş: 52,4±11,4 yıl; %88 kadın) dahil edildi. Ortalama hastalık süresi 8±6,3 yıl idi. Hastaların %56'sı sınırlı, %40'ı diffüz alt tipteydi; %54'ünde interstisyel akciğer hastalığı (İAH), %52'sinde gastrointestinal sistem tutulumu, %29'unda dijital ülser ve %13'ünde pulmoner hipertansiyon (PHT) saptandı. Yakınsak geçerlilik analizinde, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği-Kısa Formu toplam puanı ile Vücut Algısı Ölçeği arasında güçlü negatif korelasyon bulundu (r=-0,634, p<0,001). Ölçek ayrıca sHAQ ile (r=-0,427, p<0,001), GIS-VAS ile (r=-0,509, p<0,001), Genel sağlık-VAS ile (r=-0,388, p<0,001), dijital ülser-VAS ile (r=-0,352, p=0,001) ve Raynaud-VAS ile (r=-0,307, p=0,003) anlamlı düzeyde ilişkiliydi. Ayrıca Likert tipi sorularla da anlamlı korelasyon saptandı (Likert-2: r=-0,368, p<0,001; Likert-3: r=-0,463, p<0,001; Likert-4: r=-0,436, p<0,001; Likert-5: r=-0,502, p<0,001). Ayırıcı geçerlilik analizinde, benlik saygısı PHT'si olanlarda (26,0±6,6 vs 29,6±4,4; p=0,044), dijital ülserli hastalarda (27,5±5,5 vs 29,8±4,5; p=0,045) ve mRCS >10 olanlarda (26,9±5,5 vs 30,3±4,4; p=0,006) anlamlı derecede daha düşük bulundu. Ayrıca çalışan hastaların benlik saygısı çalışmayanlara göre daha yüksek idi (31,5±4,3 vs 28,0±4,8; p=0,003). Eğitim süresi >8 yıl olanlarda da benlik saygısı anlamlı olarak yüksekti (31,0±4,9 vs 28,0±4,6; p=0,003). Ölçeğin iç tutarlılığı iyi düzeyde bulundu (Cronbach's α=0,780). Test–retest güvenilirliği ise mükemmel düzeydeydi (ICC=0,952; %95 GA: 0,919-0,971).

Sonuçlar: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği - Kısa Formu, Türk SSk hasta popülasyonunda geçerli ve güvenilir bir ölçektir. Ölçek; vücut algısı, genel sağlık durumu, organ tutulumları ve fonksiyonel kısıtlılık ile anlamlı ilişkiler göstermiştir. Bu sonuçlar, ölçeğin SSk hastalarında psikososyal değerlendirmede klinik ve araştırma amaçlı kullanılabileceğini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, Rosenberg benlik saygısı, hasta bildirimli sonuç

Tablo 1. Rosenberg benlik saygısı ölçeği toplam puanı ve her bir maddenin vücut algısı ölçeği, Likert tipi sorular ve sHAQ ile korelasyonu

	Toplam puan	Soru 1	Soru 2	Soru 3	Soru 4	Soru 5	Soru 6	Soru 7	Soru 8	Soru 9	Soru 10
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
Vücut algısı ölçeği	-0,634 (<0,001)	-0,489 (<0,001)	-0,370 (<0,001)	-0,296 (0,003)	-0,385 (<0,001)	-0,328 (0,001)	-0,368 (<0,001)	-0,277 (0,005)	-0,268 (0,007)	-0,436 (<0,001)	-0,448 (<0,001)
Likert tipi soru1	-0,28 (0,005)	-0,202 (0,046)	-0,075 (0,464)	-0,147 (0,149)	-0,152 (0,136)	-0,187 (0,064)	-0,327 (0,001)	-0,126 (0,215)	-0,011 (0,918)	-0,347 (<0,001)	-0,179 (0,078)
Likert tipi soru 2	-0,368 (<0,001)	-0,306 (0,002)	-0,273 (0,007)	-0,140 (0,170)	-0,248 (0,014)	-0,227 (0,025)	-0,278 (0,006)	-0,158 (0,120)	-0,172 (0,091)	-0,388 (<0,001)	-0,155 (0,129)
Likert tipi soru 3	-0,463 (<0,001)	-0,199 (0,050)	-0,327 (0,001)	-0,210 (0,038)	-0,385 (<0,001)	-0,298 (0,003)	-0,339 (0,001)	-0,293 (0,003)	-0,048 (0,641)	-0,348 (<0,001)	-0,324 (0,001)
Likert tipi soru 4	-0,436 (<0,001)	-0,272 (0,007)	-0,344 (0,001)	-0,262 (0,009)	-0,256 (0,011)	-0,292 (0,004)	-0,411 (<0,001)	-0,216 (0,033)	-0,085 (0,407)	-0,380 (<0,001)	-0,221 (0,029)
Likert tipi soru 5	-0,502 (<0,001)	-0,160 (0,116)	-0,437 (<0,001)	-0,272 (0,007)	-0,302 (0,003)	-0,368 (<0,001)	-0,419 (<0,001)	-0,289 (0,004)	-0,175 (0,184)	-0,388 (<0,001)	-0,191 (0,057)
sHAQ	-0,427 (<0,001	-0,392 (<0,001)	-0,235 (0,019)	-0,157 (0,119)	-0,349 (<0,001)	-0,242 (0,015)	-0,321 (0,001)	-0,288 (0,004)	-0,001 (0,988)	-0,302 (0,002)	-0,206 (0,040)
Raynaud-VAS	-0,307 (0,003)	-0,171 (0,108)	-0,310 (0,003)	-0,112 (0,296)	-0,136 (0,204)	-0,268 (0,011)	-0,250 (0,018)	-0,247 (0,019)	-0,010 (0,925)	-0,276 (0,009)	-0,326 (0,002)
Dijital ülser-VAS	-0,352 (0,001)	-0,159 (0,133)	-0,319 (0,002)	-0,051 (0,635)	-0,221 (0,037)	-0,327 (0,002)	-0,314 (0,003)	-0,204 (0,054)	-0,002 (0,984)	-0,362 (<0,001)	-0,354 (0,001)
GIS-VAS	-0,509 (<0,001)	-0,345 (0,001)	-0,403 (<0,001)	-0,124 (0,249)	-0,236 (0,027)	-0,330 (0,002)	-0,270 (0,011)	-0,320 (0,002)	-0,090 (0,404)	-0,396 (<0,001)	-0,476 (<0,001)
Solunum-VAS	-0,289 (0,005)	-0,141 (0,182)	-0,239 (0,023)	-0,088 (0,405)	-0,141 (0,182)	-0,342 (0,001)	-0,336 (0,001)	-0,160 (0,129)	-0,038 (0,721)	-0,284 (0,006)	-0,238 (0,023)
Genel sağlık-VAS	-0,388 (<0,001)	-0,208 (0,051)	-0,329 (0,002)	-0,193 (0,070)	-0,300 (0,004)	-0,274 (0,009)	-0,323 (0,002)	-0,260 (0,014)	-0,081 (0,453)	-0,300 (0,004)	-0,308 (0,003)

[PS-078]

Sistemik lupus eritematozuslu hastalarda orofasiyal bulgular ve ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi

Fatma Akkoca[1], Fatma Başıbüyük[2], Emre Koyuncu[1], Günnur Ilhan[1], Mehmet Emin Arayıcı[1], Melih Özdede[1], Gerçek Şen[2]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Radyolojisi Bilim Dalı, İzmir

[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Bu çalışma, sistemik lupus eritematozus (SLE) hastalarında orofasiyal bulgular ve ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Ayrıca bu bulgular ile hastalık aktivitesi ve diğer ilişkili faktörler arasındaki ilişkiyi araştırmayı hedeflemektedir.

Yöntem: Romatoloji kliniğinden yönlendirilen ve SLE tanısı almış hastalar, ağız diş sağlığı tanı kliniğinde değerlendirilmiştir. Orofasiyal bulgular klinik muayene ile kaydedilmiş, ağız sağlığı durumu Çürük-Kayıp-Dolgulu Diş (DMFT) indeksi ile belirlenmiştir. Hastalık aktivitesi Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index 2000 (SLEDAI-2K) ile değerlendirilirken, ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi Ağız Sağlığı Etki Profili-14 (Oral Health Impact Profile-14, OHIP-14) ile ölçülmüştür. İlişkileri incelemek için Pearson korelasyon ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 70 SLE hastası (67 kadın, 3 erkek; yaş ortalaması: 46,3±13,5 yıl) dahil edilmiştir. Orofasiyal lezyonlar hastaların %25,7'sinde gözlenmiş olup, en sık tutulum yanak mukozasında saptanmıştır. Hastaların %42,9'unda bruksizm, %11,4'ünde ise yanma ağız sendromu izlenmiştir. Hastalık aktivitesi değerlendirmesinde %45,7'sinde aktivite yokken, %47,1'inde hafif aktivite bulunmuştur. OHIP-14 analizinde en fazla etkilenen alan psikolojik rahatsızlık (2,8±2,26), en az etkilenen alan ise engellilik (0,97±1,32) olmuştur. OHIP-14 alt boyutları arasında anlamlı korelasyonlar izlenmesine rağmen, SLEDAI-2K skorları ile OHIP-14 alt boyutları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (p>0,05).

Sonuç: SLE hastalarında orofasiyal lezyonlar görece sık görülmekte ve farklı klinik görünümler sergilemektedir. Hastalık aktivitesi ile ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi arasında doğrudan bir ilişki saptanmamış olsa da OHIP-14'ün farklı alanları arasında anlamlı ilişkiler mevcuttur. Bu sonuçlar, SLE hastalarının genel yaşam kalitesini artırmak için multidisipliner bir yaklaşımla ağız sağlığının da düzenli olarak değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Ağız sağlığı etki profili, orofasiyal bulgular, SLEDAI-2K, sistemik lupus eritematozus

Şekil 1. (a) Malar eritem, (b) Coğrafik dil, (c) Likenoid reaksiyon ve pigmentasyon, (d) Pigmentasyon, (e) Bruksizm ile ilişkili masseter hipertrofisi ve (f) Bruksizm ile ilişkili dil üzerinde diş izleri

[PS-079]

Radyografik aksiyal spondiloartritte segmental omurga hasarı: Tek bir köprüleşme bile mobilite ve fonksiyon kaybını belirliyor

İsmail Sarı[1], Seunghun Lee[2], Sindhu R Johnson[2], Robert D Inman[2], Nigil Haroon[2]

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

[2]University of Toronto, Department of Rheumatology, Toronto, Ontario, Canada

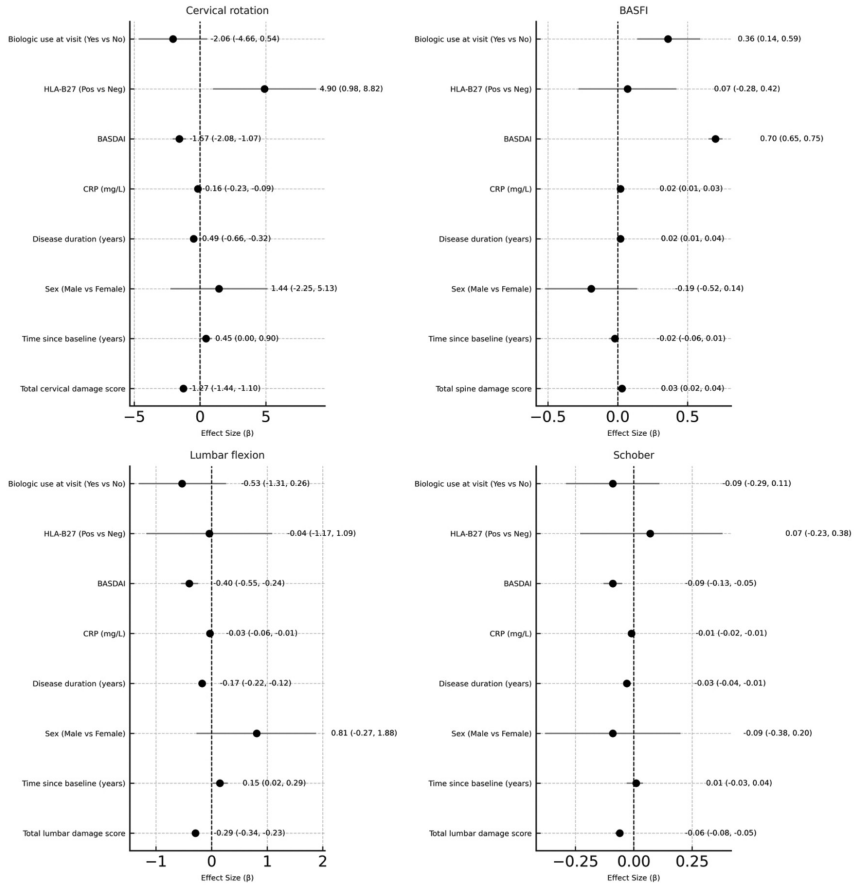
Amaç: Radyografik aksiyal spondiloartrit (r-akSpA) hastalarında her bir omurga segmentinde görülen sindesmofit ve köprüleşmenin spinal mobilite ve fonksiyon üzerindeki etkilerini uzunlamasına incelemek.

Yöntem: Toplam 477 r-akSpA hastasında 1.263 klinik–radyografik eşleşmiş vizit analiz edildi. Servikal ve lomber lateral grafiler modifiye mSASSS'e göre skorlandı; her bir diskovertebral ünite (DVU) üç kategoriye ayrıldı: hasar yok, sindesmofit, köprüleşme. Klinik ölçümler servikal rotasyon (derece), lomber fleksiyon (cm), Schober testi (cm) ve BASFI skoruydu. Veriler uzun formatta organize edilerek her vizit bağımsız satır olarak işlendi. Lineer karışık modeller hasta bazında rastgele kesişim ile kuruldu. Crude modellerde yalnızca zaman ve hasar değişkenleri kullanıldı; tam modellerde hastalık süresi, CRP, BASDAI, biyolojik tedavi kullanımı, HLA-B27 ve cinsiyet de kontrol edildi. Kategorik analizlerde "hasar yok" grubu referans kabul edilerek sindesmofit ve köprüleşme etkileri karşılaştırıldı. Etki büyüklükleri için hem standart β katsayıları hem de Cohen'in d değerleri raporlandı. Model varsayımları rezidüel analizlerle doğrulandı.

Bulgular: Takip süresince hem servikal hem de lomber hasar anlamlı olarak arttı. Özellikle köprüleşmeler, mobilite kaybı ve fonksiyonel kısıtlılıkla güçlü ilişki içindeydi (Şekil 1). C2-C3 köprüleşmesi servikal rotasyonu ortalama 35° azalttı ($p<0,0001$) ve BASFI'yı 1,2 puan yükseltti. Bu segmentte sindesmofit dahi 12°'lik rotasyon kaybıyla ilişkiliydi. L3-L4 köprüleşmesi lomber fleksiyonda 7 cm, Schober testinde 1,6 cm azalma ile bağlantılıydı ($p<0,0001$). Aynı segmentte sindesmofitler 2–3 cm fleksiyon kaybına yol açtı. Toplam hasardaki her 1 puan artış servikal rotasyonda -1,3°, lomber fleksiyonda -0,3 cm, Schober'de –0,06 cm ve BASFI'da +0,03 puan kötüleşmeye denk geldi (tümü $p<0,0001$). Köprüleşmenin etkileri dramatikti: Cohen's d servikal rotasyon için –2,8, lomber fleksiyon için -1,9, BASFI için +1,0. Sindesmofitler tek başına daha küçük etkilere yol açsa da kritik segmentlerde (örn. C3-C4, L3-L4) anlamlı mobilite kaybı oluşturdu. Birden fazla segmentte kümelenmeleri, fonksiyonel kötüleşmeyi kademeli biçimde artırdı. Segment bazlı incelemeler, C2-C3 ve L3–L4'ün en kritik "hotspot" bölgeler olduğunu gösterdi. Bu seviyelerde tek bir köprüleşme dahi minimal klinik anlamlı değişim eşiğini aşan kayıplara yol açtı.

Sonuç: r-akSpA'da yapısal omurga hasarı yalnızca toplam skor düzeyinde değil, segment düzeyinde de klinik açıdan belirleyicidir. Tek bir köprüleşme bile bağımsız olarak ciddi mobilite kaybı ve fonksiyonel kötüleşme yaratmaktadır. Özellikle C2-C3 ve L3-L4 gibi biyomekanik açıdan kritik segmentlerdeki lezyonlar günlük yaşam aktivitelerini belirgin şekilde sınırlandırmaktadır. Bu nedenle, erken dönemde segmental progresyonun önlenmesine odaklanan kişiselleştirilmiş tedavi stratejileri büyük önem taşır. Segment bazlı radyografik değerlendirmeler, hem klinik takipte hem de araştırmalarda fonksiyonel prognozu öngörmek için güçlü bir araçtır. Ayrıca, çalışmamız sindesmofitlerin başlangıç aşamalarında bile kritik segmentlerde göz ardı edilmemesi gerektiğini, erken tedavi hedeflerinin yalnızca enflamasyonu baskılamakla sınırlı kalmayıp yapısal progresyonu engellemeye yönelmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Ankylosing spondylitis, axial spondyloarthritis, syndesmophyte, spinal mobility, BASFI, radiographic progression



Şekil 1. Omurga hasarının ve kovaryatların mobilite ve fonksiyon üzerindeki düzeltilmiş etkileri, Forest plot, toplam omurga hasar skorunun servikal rotasyon (°), lomber fleksiyon (cm), Schober testi (cm) ve BASFI ile ilişkisini göstermektedir. Standartlaştırılmış beta katsayıları (β) ve %95 güven aralıkları, tüm kovaryatlarla (zaman, cinsiyet, hastalık süresi, CRP, BASDAI, HLA-B27, biyolojik tedavi) ayarlanmış lineer karışık modellerden elde edilmiştir. Daha büyük β değerleri, daha kötü klinik sonuçlarla daha güçlü ilişkiyi ifade eder

[PS-080]

Behçet sendromu tanılı Türk hastalarda tüm genom mRNA ve miRNA ifade analizlerinin entegrasyonu

Seda Taşır[1], Ali Kemal Oğuz[2], Hilal Özdağ Sevgili[1], Mehmet Nejat Akar[3]

[1]Ankara Üniversitesi Biyoteknoloji Enstitüsü, Genombilim Birimi, Ankara

[2]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

[3]TOBB ETÜ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Behçet Sendromu (BS), Türkiye dahil olmak üzere "İpek Yolu" boyunca sık görülen, kronik, multisistemik, enflamatuvar bir bozukluktur. BS'nin etiyopatogenezi hala net olarak bilinmemektedir. Bu çalışma, Türk BS olguları ile yaş ve cinsiyet uyumlu sağlıklı kontrol bireylerinin transkriptom ve miRNOM verilerini entegre ederek, BS patolojisinin altındaki moleküler mekanizmaları ve potansiyel tedavi hedeflerini belirlemeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Affymetrix mikrodizinleri kullanılarak 46 BS olgusu (B) ve 15 sağlıklı kontrol (K) bireyinde miRNA ifade analizi ve transkriptom analizi gerçekleştirilmiştir. Ardından, global miRNA ve mRNA veri entegrasyonu ile tanımlanmış miRNA'ların gen ontolojisi ve yolak analizleri tamamlanmış ve qRT-PCR kullanılarak doğrulama deneyleri gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: BS olguları klinik özelliklerine göre mukokütan (M, n=15), oküler (O, n=15) ve vasküler (V, n=16) olarak gruplandırılmış ve sınıf karşılaştırılması ile farklı ifade edilen miRNA'lar belirlenmiştir. Sınıf karşılaştırması sonucunda BxK: 44, MxK: 32, OxK: 12, VxK: 76, MxO: 24, MxV: 30, OxV: 20 farklı ifade edilen miRNA tespit edilmiştir. Venn diyagramı analizi sonucunda MxK∩OxK∩VxK kesişiminde hsa-miR-25-5p ve hsa-miR-183-3p'nin ortak değişim gösteren miRNA'lar olduğu bulunmuştur. Kümeleme analizlerinde, BS olgularının farklı hastalık fenotipleri farklı miRNA ifade profilleri sergilemiştir. Farklı klinik fenotiplere sahip BS olguları bir arada incelendiklerinde, önemli bilgi kaybı oluştuğu gözlenmiştir.

Sonuç: Gen ontolojisi terimleri zenginleşme analizleri, BS alt gruplarında, doğal ve adaptif bağışıklık yanıtlarıyla ilişkili biyolojik süreçleri göstermiştir. Türk BS olgularında, hsa-miR-25-5p, hsa-miR-183-3p, hsa-miR-20b-5p, hsa-miR-181a-5p ve hsa-miR-185-3p ile ilişkili ifade farklılıklarının, hastalık patogenezine katkı sağlayabileceği görülmüştür. BS durumunda miRNom ve transkriptom verilerinin entegrasyonu, tek başına miRNom verisinin incelenmesine oranla, daha detaylı ve özgül bilgiler sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, entegrasyon, gen ifade analizi, mikrodizin, miRNA, mRNA

[PS-081]

Primer Sjögren sendromunda tırnak dibi kapillaroskopisi ile maküler mikrovasküler yoğunluk ve kuru göz testleri arasındaki ilişki

Ziya Ayhan[1], Ömer Kartı[1], Gerçek Şen[2], Fatma Başıbüyük[2], Işıl Kefeli[1], Meryem Altın Ekin[1]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İzmir

Amaç: Primer Sjögren sendromu (PSS) hastalarında tırnak dibi kapillaroskopisi (NC) bulgularının, optik koherens tomografi anjiyografi (OCTA) parametreleri ve kuru göz testleri ile ilişkisini araştırmak.

Yöntem: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 31 PSS hastasının 31 gözü retrospektif olarak incelendi. Hastaların klinik, laboratuvar, biyopsi, NC, kuru göz testleri (BUT, Schirmer, OSDI) ve OCTA verileri değerlendirildi. Sistemik hastalık veya oküler perfüzyonu etkileyebilecek faktörleri olanlar çalışma dışı bırakıldı. Spearman korelasyon analizi ile parametreler arası ilişkiler incelendi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 54,9±12,0 yıl olup %97'si kadındı. Median BUT 5 sn, Schirmer 5 mm, ortalama OSDI 29,1±24,2 idi. NC'de en sık görülen bulgular kapiller dilatasyon (%58) ve çaprazlaşma (%61) oldu. NC parametreleri ile BUT, Schirmer ve OSDI arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p>0,05). Ancak OCTA ile kuru göz testleri arasında dikkat çekici ilişkiler bulundu: BUT ile maküler koryokapillaris damar yoğunluğu (üst, nazal, temporal kadranlar) arasında negatif; Schirmer testi ile derin kapiller pleksus ve CC'nin bazı bölgelerinde pozitif korelasyon vardı. OSDI skorları belirli maküler bölgelerde damar yoğunluğu ile negatif ilişkiliydi. Ayrıca kapiller genişlik, foveal avasküler zon genişliği ile pozitif, nazal SCP damar yoğunluğu ile negatif koreleydi.

Sonuç: PSS'de kuru göz şiddeti, retinal mikrovasküler değişikliklerle ilişkilidir. NC bulguları doğrudan kuru göz parametreleri ile ilişkili bulunmazken, OCTA ile gözyaşı testleri arasındaki korelasyonlar, retinal damar değişikliklerinin oküler yüzey disfonksiyonunu yansıtabileceğini düşündürmektedir. Bu veriler, PSS'de hem sistemik hem de oküler mikrosirkülasyonun bütüncül değerlendirilmesinin önemini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Primer Sjögren sendromu, kapillaroskopi, OCTA, kuru göz

[PS-083]

Tedavisiz takip edilen kronik lenfositik lösemi tanılı hastalarda Sjögren sendromu sıklığının araştırılması

Zeyneb Bıyık[1], Nilay Erdik[2], Tamer Acat[2], Burak Celaleddin Korkmaz[2], Hatice Keyvan Sönmez[2], Yalkın Çalık[2], Berkay Özdenoğlu[3], Cenk Sunu[3], Sedat Özmen[4], Tuba Hacıbekiroğlu[3], Emel Gönüllü[2]

[1]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sakarya

[2]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

[3]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, Sakarya

[4]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Sakarya

Amaç: Sjögren sendromu (SS), ekzokrin bezlerin lenfositik infiltrasyonu ile karakterize otoimmün bir hastalıktır. Kronik lenfositik lösemi (KLL) ise B hücrelerinin malign transformasyonu sonucu ortaya çıkan hematolojik bir malignitedir. Her iki hastalıkta da B hücre regülasyon bozukluğu merkezi rol oynamaktadır. Bu çalışmanın amacı, KLL hastalarında SS sıklığının kontrol grubu ile karşılaştırılarak değerlendirilmesidir.

Yöntem: 1 Ocak 2011-31 Aralık 2024 tarihleri arasında Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde KLL tanısı almış, tedavisiz takipte olan ve sikka semptomları tarifleyen 83 hasta dahil edildi. Kontrol grubunu, 1 Ekim 2024-31 Ocak 2025 tarihleri arasında aynı hastanenin Dahiliye Polikliniği'ne başvuran, benzer yaş grubuna sahip, diabetes mellitus ve malignite tanısı bulunmayan 160 hasta oluşturdu. Hastaların demografik verileri, komorbiditeleri, ilaç kullanımları, laboratuvar parametreleri ve SS tanı kriterleri retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: KLL grubunun yaş ortalaması 66,7±11,1 yıl, kontrol grubunun 64,0±10,2 yıl idi. KLL grubunda %45,8 kadın, %54,2 erkek; kontrol grubunda %53,8 kadın, %46,2 erkek hasta mevcuttu. SS sıklığı KLL grubunda %1,2 (1/83), kontrol grubunda %1,3 (2/160) olarak saptandı (p=0,998). Üç aydan uzun süren göz kuruluğu KLL grubunda %7,2, kontrol grubunda %5,0 (p=0,564); ağız kuruluğu KLL grubunda %4,8, kontrol grubunda %10,0 (p=0,220) oranında görüldü. Ağız kuruluğu ile hipotiroidi varlığı (p<0,001) ve tiroid ilacı kullanımı (p<0,001) arasında anlamlı ilişki saptandı.

Sonuç: KLL hastalarında SS sıklığı kontrol grubuna göre artmış bulunmadı. Sikka semptomları her iki grupta benzer oranlarda görüldü. Ağız kuruluğu hipotiroidi ve tiroid ilacı kullanımı ile güçlü ilişki gösterdi. Bu bulgular, KLL-SS birlikteliğinin beklenen kadar yaygın olmadığını ve sikka semptomlarının etiyolojisinde endokrin faktörlerin önemini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: B hücre disfonksiyonu, kronik lenfositik lösemi, Sikka semptomları, Sjögren sendromu

Tablo 1. KLL ve kontrol grubunda Sikka semptomları ve Sjögren sendromu tanısı

	Kontrol (n=160)	KLL (n=83)	Toplam (n=243)	p
Sjögren semptomları ve tanısı				
Göz kuruluğu ≥3 ay, n (%)	8 (%5,0)	6 (%7,2)	14 (%5,8)	0,564
Ağız kuruluğu ≥3 ay, n (%)	16 (%10,0)	4 (%4,8)	20 (%8,2)	0,22
Sjögren sendromu tanısı, n (%)	2 (%1,3)	1 (%1,2)	3 (%1,2)	0,998

[PS-084]

Türkiye'de romatologların yapay zekaya bakışı: Bilgi düzeyi, kullanım alışkanlıkları ve beklentiler

Tamer Acat[1], Emre Bilgin[1], Hakan Babaoğlu[2], Hasan Satış[3], Ertuğrul Çağrı Bölek[4], Tuğba İzci Duran[5], Sedat Kiraz[6]

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

[2]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

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

[5]Denizli Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Denizli

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

Amaç: Yapay zeka (YZ) ve büyük dil modelleri (LLM) hızla gelişmekte olup tıp alanında akademik ve klinik süreçlerde giderek artan yoğunlukta kullanılmaktadır. Romatolojide ise tanı, ayırıcı tanı, laboratuvar ve görüntüleme verilerinin analizi, hasta risk skorlaması ve kişiselleştirilmiş tedavi planlaması gibi pek çok potansiyel katkı alanı bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı, Türkiye'deki romatoloji uzmanlarının YZ teknolojilerine yönelik bilgi düzeylerini, mevcut kullanım alışkanlıklarını, beklentilerini ve olası endişelerini sistematik olarak değerlendirmektir.

Yöntem: Türkiye Romatoloji Derneği üyelerine yönelik web tabanlı bir anket geliştirilmiş ve 22 Nisan–22 Temmuz 2025 tarihleri arasında çevrim içi olarak uygulanmıştır. Anket; katılımcıların demografik bilgilerini, YZ kullanım sıklığını, kullanılan araçları, klinik ve akademik pratikteki kullanım amaçlarını, romatolojiye özgü uygulamalar hakkındaki farkındalıklarını, YZ'den beklentilerini ve karşılaşılan engelleri değerlendirmiştir. Ayrıca katılımcıların eğitim talepleri ve YZ'nin hasta-hekim ilişkisine etkisine dair öngörüleri de sorgulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya toplam 100 romatolog katılmıştır (54 kadın, 45 erkek, 1 belirtmemiş; yaş medyan (dağılım aralığı): 39 [28-64], ortalama (standart sapma): 39±7). Katılımcıların büyük çoğunluğu iç hastalıkları kökenli (%85) idi ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında görev yapmaktaydı (%81). Akademik unvana sahip olanların oranı %28 idi. Katılımcıların %82'si en az bir YZ uygulamasını aktif olarak kullandığını bildirmiştir. En yaygın kullanım alanları dil çevirisi ve metin düzenleme (%78,8), bilimsel yazım (%72,9) ve eğlence amaçlı aktiviteler (%51,8) olmuştur. Buna karşılık klinik uygulamalarda kullanım belirgin şekilde daha düşük saptanmıştır: tıbbi karar destek (%17,6), tedavi kararları (%17,6), görüntüleme değerlendirme (%10,6) ve rapor yazımı (%8) (Şekil 1). Katılımcıların çoğu ChatGPT (%43), Gemini (%28) ve DeepSeek (%17) gibi genel LLM tabanlı araçları bilmekte, ancak romatolojiye özgü YZ uygulamalarına dair farkındalık oldukça düşüktür. Eğitim ihtiyacı çok yüksek bulunmuş; %87'si bu konuda eğitim almak istediğini ifade etmiştir. Klinik entegrasyona yönelik tutumlar da büyük ölçüde olumludur: katılımcıların %80'i YZ'nin klinik süreçlere dahil edilmesini desteklemiş, %61'i hasta-hekim iletişimini geliştireceğini öngörmüştür. Ancak veri güvenliği (%57), bilgi eksikliği (%57) ve algoritmalara güven sorunu (%57) en sık dile getirilen engeller olmuştur. Etik kaygılar (%43) ve karar sorumluluğunun belirsizliği (%42) de önemli bariyerler arasında yer almaktadır. Katılımcıların yalnızca %7'si YZ'nin romatoloji mesleğini gelecekte gereksiz kılabileceğini düşünürken, %81 düşük düzeyde mesleki tehdit algısı bildirmiştir.

Sonuç: Türkiye'deki romatologlar, YZ teknolojilerine genel olarak olumlu yaklaşmakta ve daha çok akademik süreçlerde aktif olarak kullanmaktadır. Klinik kullanım halen sınırlı olsa da tanı, tedavi karar desteği, görüntüleme analizi ve hasta takibi gibi alanlarda gelecekte yaygınlaşacağı öngörülmektedir. Çalışmamız, uluslararası literatürle uyumlu şekilde, romatolojiye özgü YZ uygulamalarının farkındalığının düşük olduğunu ve klinik entegrasyon önünde özellikle veri güvenliği, bilgi eksikliği ve güven sorunlarının engel oluşturduğunu ortaya koymuştur. Bu bulgular, YZ okuryazarlığını geliştirecek eğitim programlarının ve uluslararası karşılaştırmalı araştırmaların romatoloji pratiğinin geleceği için kritik önemde olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Yapay zeka, romatoloji, hekim tutumları

Şekil 1. Romatologların yapay zeka kullanım alanlarına ilişkin dağılımı

[PS-085]

Refrakter perikardiyal efüzyon ile romatoloji kliniğine yönlendirilen hastaların etiyolojik açıdan değerlendirilmesi

Ceren Demir

Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kırşehir

Amaç: Perikardiyal efüzyon nispeten sık görülen bir tablodur. Etiyolojide, travma, myokard enfaktüsü, cerrahi girişimler, maligniteler, renal yetmezlik, hipotirodi, göğüs radyoterapisi, enflamatuvar romatizmal hastalıklar ve enfeksiyonlar gibi birçok neden yer almaktadır. Üç aydan uzun süren perikardiyal efüzyon olguları ise kronik/rekürren olarak tanımlanır ve bu hastaların bir kısmında etiyolojide romatizmal patolojiler yer alır. Özellikle granülomatöz hastalıklar, vaskülitler, otoenflamatuvar hastalıklar ve bağ dokusu hastalıkları tedaviye dirençli perikardiyal efüzyona neden olabilir ve perikardit tanısı ile presente olabilirler. Çalışmanın amacı 2024 yılında tedaviye dirençli (kolşisin+NSAİ) perikardiyal efüzyonu olan hastalarda saptanan romatizmal hastalıkları belirlemek ve literatür verisi ile karşılaştırmaktır.

Yöntem: 2024 yılı içerisinde; Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği'nde, rekürren perikardiyal efüzyon nedeni ile takip edilen ve etiyoloji açısından romatoloji kliniğine yönlendirilen hastaların değerlendirilmiştir. Hastaların anamnez bilgileri, fizik muayene bulguları, tetkik sonuçları retrospektif olarak taranmıştır. 2024-2025 yılları içinde, toplamda 102 hasta rekürren perikardit nedeni ile romatoloji kliniğine yönlendirilmiştir. Hastaların tümünde, göğüs ağrısı nedeni ile kardiyoloji kliniğinde perikardiyal efüzyon saptanmıştır. Üç ay kolşisin+nonsteroidal antienflamatuvar tedavi ile takip edildikten sonra, efüzyonun gerilememesi nedeni ile altta yatan enflamatuvar patolojiler açısından romatoloji polikliniğine yönlendirilmiştir. Hastaların 80'i (%78,4) kadın, 22'si (%21,6) erkekti. Hastalar enfeksiyöz patolojiler açısından değerlendirildi; pozitif fizik muayene/laboratuvar bulgusu yoktu. Tüm hastalar tüberküloz açısından sorgulanmış ve şüphesi olanlar PPD testi ile taranmıştı. Hepatit serolojileri çalışılmış; negatif olarak sonuçlanmıştı. Tüm hastaların akciğer grafileri normaldi. Retrospektif taramada; hastaların 32'sinde (%31) romatizmal hastalık tanısı mevcuttu. Sekiz hasta romatoid artrit (RA, %7,8), 3 hasta Sjögren sendromu (Sjs, %2,9), 3 hasta Behçet hastalığı (%2,9), 3 hasta sistemik lupus eritematosus (SLE, %2,9), 4 hasta undiferansiye bağ doku hastalığı (UDBDH, %3,9), 2 hasta sistemik sklerosis (Ssc, %1,9), 6 hastada spondiloartropati (SPA, %0,02) ve 3 hastada ailesel akdeniz ateşi (FMF, %2,9) tanısı olduğu görüldü.

Bulgular: Gruplar incelendiğinde; Sjs ve Behçet hastalığı tanısı olan tüm hastalar serozit tablosu öncesinde tanı almışlardı; rekürren perikardit tablosu hastalık seyrinde gelişmişti. Ssc ve FMF tanılı hastalar, perikardiyal efüzyon ile presente olup tanı almışlardı. RA tanılı hastalardan 3'ü uzun süreli hastalık öyküsü olan hastalardı; 5'i ise yeni tanı almıştı. Spondiloartropati grubu hastalarda perikardiyal efüzyon beklenen bir bulgu değildir; çok nadirdir. Altı hasta, spondiloartropati grubu hastalık tanısı ile takip edilmekteyken perikardiyal efüzyon kliniği ile başvurdu. Bu hastaların tetkiklerinde tabloyu açıklayabilecek bulgu saptanmadı. Perikardiyal efüzyon, mevcut hastalıklarıyla ilişkilendirildi. Üç hasta PSA tanısıyla takipli idi; bu hastalarda rekürren perikardit etiyolojisinde yapılan tüm tetkikler negatif saptandığı için perikardiyal efüzyon romatizmal hastalık ile ilişkilendirildi. Çalışmada rekürren perikardiyal efüzyonu olan hastaların yaklaşık 1/3'ünde etiyolojide romatizmal hastalık saptanmıştır. Bu oran, literatürde yaklaşık olarak %20-35 arasında belirtilmiş olup, çalışmamızla benzerdir. RA en sık neden olarak saptanmıştır; bu da literatür verisi ile uyumludur.

Sonuç: Rekürren perikardiyal efüzyon, üç aydan uzun süren ve tedaviye dirençli tablolar için kullanılan bir tanımdır. Bu hastalarda enflamatuvar romatizmal hastalıklar etiyolojide rol alabilmektedir. Bu yüzden, rekürren perikardiyal efüzyon nedeni ile yönlendirilen hastalar romatizmal hastalıklar açısından detaylı olarak sorgulanmalı ve gerekli tetkikler istenmelidir. Romatizmal hastalık tanısı alan hastalarda, perikardiyal efüzyon tedavisi altta yatan romatizmal hastalığın tedavisi olduğundan; bu hastaların tanınması ve tanısının koyulması önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Perikardiyal efüzyon, kronik perikardit, rekürren perikardiyal efüzyon

Tablo 1. Rekürren perikardiyal efüzyon nedeniyle başvuran hastaların romatizmal hastalık tanılarına göre dağılımı

	RA	SJS	SLE	SSC	UDBDH	FMF	Behçet	SPA	Toplam
HASTA SAYISI	8 (%7,8)	3 (%2,9)	3 (%2,9)	2 (%1,9)	4 (%3,9)	3 (%2,9)	3 (%2,9)	6 (%5,8)	32

[PS-086]

bDMARD başlanan PsA hastalarında pelvik entezeal lezyonlar ve lezyonların zaman içindeki değişimi

Gizem Ayan[1], Abdurrahman Sadıç[2], Levent Kılıç[1], Umut Kalyoncu[1]

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

[2]*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara*

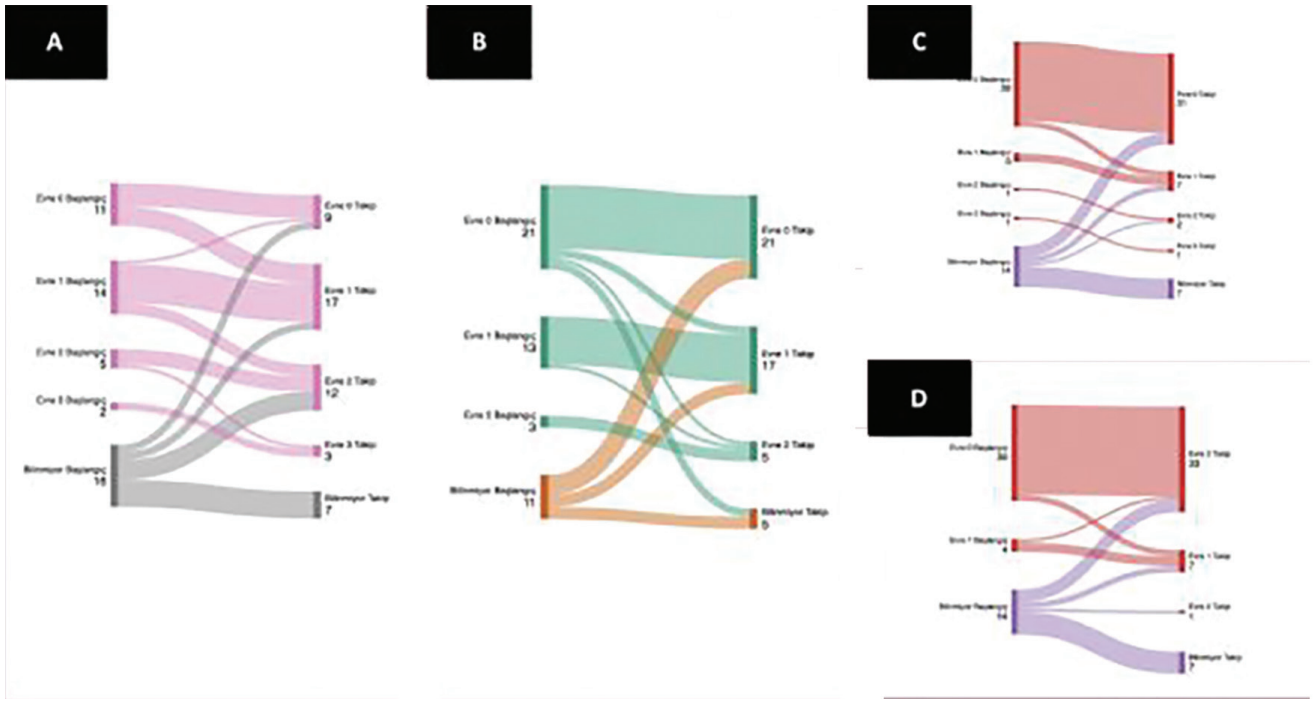
Amaç: Psoriatik artrit (PsA), popülasyonunda sakroileit oranını değerlendiren birçok literatür mevcuttur, ancak majör entezis gibi semptomlara neden olabilecek diğer pelvik yapıların radyografi tutulumu hakkında veri azdır. Bu çalışmanın amacı, biyolojik tedavi başlanan PsA hastalarında tedavi başlangıcında pelvik entezeal lezyonların radyografik sıklığı ve takip sırasında progresyon oranlarını araştırmaktır.

Yöntem: Bu çalışmada, Hacettepe Üniversitesi Romatoloji Biyolojik Tedavi Veritabanı (HUR-BIO) kayıtları retrospektif olarak incelenmiştir. Biyolojik tedavi başlanan PsA hastaları arasından tedavi başlangıcından +/- 1 yıl içinde çekilmiş pelvis radyografisi bulunan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Pelvis radyografileri, modifiye New York (mNY) kriterlerine göre değerlendirilmiş ve iskium kemiklerinde ve simfizis pubiste ve iliak kanatlarda, entezeal tutulumlar evrelenmiştir: Evre 0: yok, Evre 1: Minimal, Evre 2: Orta düzeyde, Evre 3: İleri düzeyde, Evre 4: Florid kemik oluşumu (1). Evre 2 ve üzeri anlamlı değişiklik olarak kabul edilmiştir. Görüntüleme alanı dışında kalan ya da görüntüyü engelleyen başka yapıların bulunduğu durumlar "bilinmiyor" olarak kaydedilmiştir. Görüntüleme takibi bulunan hastalar, progresyonu belirlemek amacıyla başlangıç ve son radyografileri ile değerlendirilmiştir. Tüm radyolojik değerlendirmeler deneyimli bir romatolog (UK) tarafından yapılmış, şüpheli durumlarda ikinci bir deneyimli romatolog (LK) tarafından tekrar değerlendirme yapılarak fikir birliğine varılmıştır.

Bulgular: Toplam 108 hasta (%68,5'i kadın) çalışmaya dahil edildi. İlk radyografi sırasında hastaların ortalama yaşı 41,5 (11,6) yıl, PsA süresi ise ortalama 2,2 yıl idi. Herhangi bir zamanda entezit %43,4 hastada mevcuttu. Başlangıç pelvis radyografilerinde, hastaların %45,4'ünde mNY pozitifti. Pelvik entezopatiler açısından değerlendirildiğinde, %21,9 oranında iskium, %15,3 oranında simfizis pubis ve %7,7 oranında iliak kanat entezopatisi bilateral olarak mevcuttu. Trokanter majör entezopatisi sağda %5,4, solda %3,2 oranında gözlendi; trokanter minör entezopatisi ise hiçbir hastada izlenmedi. Ortalama 38,6 (32) aylık takip süresi sonunda 48 hastanın verisi incelendi. İskium bölgesinde hastaların %28'inde 1 evrelik progresyon artışı izlendi, ancak 1 evreden daha fazla ilerleme görülmedi. Simfizis pubiste hastaların %8,5'inde 1 evre, %3'ünde ise 2 evrelik progresyon artışı mevcuttu. Sağ iliak kanatta %6 hastada 1 evrelik artış izlenirken, 1 evreden fazla ilerleme olmadı. Sol iliak kanatta ise %3 hastada 1 evre progresyon görüldü, ancak 1 evreden fazla değişiklik izlenmedi (Şekil 1). Trokanter majör ve minör bölgelerde progresyon gözlenmedi.

Sonuç: İleri tedavi ihtiyacı olan hastalarda radyografik majör pelvik entezeal tutulum %20'ye varan oranlarda görülmekte olup, genellikle bilateral seyretmektedir. Bu lezyonlar en sık ischium ve simfizis pubis bölgelerinde izlenmekte, trokanterik bölgelerde ise oldukça nadir görülmektedir. Ortalama üç yıllık takip süresince pelvik entezeal yapılarda gözlenen radyografik progresyon oranı düşüktür ve çoğunlukla 1 evrelik artış ile sınırlı kalmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Psöriatik artrit, xray, entezit



Şekil 1. Başlangıç ve takipte majör entezeal bölgelerde lezyonların evre değişimi A. İskium (sağ-sol), B. Simfizis pubis (sağ-sol) C. Sağ iliak kanat D. Sol iliak kanat

[PS-087]

Radyografik aksiyal SpA hastalarında b/ts DMARD tedavisi öncesinde enflamatuvar bel ağrısı sorgulanması; kriterler gri zonu karşılamıyor

Umut Kalyoncu, Gizem Ayan, Levent Kılıç

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

Amaç: Enflamatuvar bel ağrısı (İBA) Spondiloartritin (SpA) önemli semptomlarından birisidir. Sıklıkla kullanılan üç kriterle (Calin, Berlin ve ASAS uzman) sorgulanmaktadır. Bu çalışmanın amacı radyografik SpA grubunda, b/ts DMARD başlamadan önce yapılan sorgulamada, İBA kriterlerini karşılamayan hastaların özelliklerinin belirlenmesidir.

Yöntem: HÜR-BİO veri tabanı 2005 yılında kurulmuştur ve prospektif olarak b/ts DMARD alan hastalar takip edilmektedir. 2025 yılı itibariyle güncelleme yapılmaktadır (versiyon 3=v3). Bu güncellemede klinik bulgular (SpA bulguları, İBA sorgulaması) ve radyolojik değerlendirme tekrar yapılmaktadır. İlk 500 SpA hastasının değerlendirmesinde radyografik SpA olup İBA sorgulaması tam olarak yapılmış 280 hastanın verisi incelenmiştir. İBA sorgulamasında (var/yok) şeklinde şu on soru sorulmuştur. 1. Başlangıç yaşı 40 yaşından küçük, 2. 3 aydan uzun süreli bel ağrısı, 3. sinsi başlangıç, 4. sabah tutukluğu, 5. sabah tutukluğu 30 dakikadan fazla, 6. bel ağrısı egzersizle düzelmesi, 7. bel ağrısı istirahatle artması, 8. gecenin ikinci yarısında bel ağrısı, 9. değişen gluteal ağrı, 10. gece ağrısı. Bu sorulara göre Calin (1, 2, 3, 4, 6, Calin pozitif için 4/5), Berlin (1 ve 2 mutlak olmalı, 5, 6 ve 7 birlikte, 8, 9, Berlin pozitif için 2/4) ve ASAS uzman görüşü (2 mutlaka olmalı, 1, 3, 6, 7, 10, ASAS pozitif için 4/5) kriterleri hesaplanmıştır. Calin kriterleri diğerlerini büyük ölçüde kapsadığı için Calin kriteri üzerinden kriteri karşılayan ve karşılamayan hastaların demografik özellikleri belirlenmiş, İBA sorgulamasındaki her bir sorunun yeri saptanmıştır.

Bulgular: İki yüz seksen (%58,9 erkek) radyografik olarak mNY kriterlerini karşılayan SpA hastası analiz edilmiştir. Calin, Berlin ve ASAS-uzman kriterlerini sırasıyla 194 (%69,2), 151 (%53,9) ve 120 (%42,8) hasta karşılamaktadır. ASAS-uzman kriterlerini karşılayıp Calin kriterlerini karşılamayan hasta yokken, Berlin kriterlerinin karşılanması 5/280 (%1,7) hastada Calin'e ek katkıda bulunmuştur. Calin kriterleri 3 ve ≤2 karşılayan hastalarda da İBA sorgulaması ile pozitiflik sıklıkla sağlanmaktadır. Calin kriteri 3/5 olan hastalarda öne çıkan bulgular şunlardır, 10 toplam İBA sorgulamasında ortalama 5,7 (1,4) soruda pozitiflik saptanmıştır. Sabah tutukluğunun 30 dakikadan fazla olması %58,9, İstirahatle düzelme %69,6, gecenin ikinci yarısı uyanma %66,1, değişen kalça ağrısı %53,6 hastada vardır. Kriterin içerisinde yer alan 3 aydan daha uzun süreli bel ağrısı ise sadece %16,1, gece ağrısı %28,6 hastada saptanmıştır.

Sonuç: b/ts DMARD tedavisi öncesinde yapılan geçerli üç İBA sorgulamasında Calin kriterini tam olarak karşılama hastaların yaklaşık %70'inde saptanmıştır. Berlin ve ASAS uzman görüşü toplamda ek katkıda bulunmamıştır. Öte yandan Calin kriterini karşılamamasına karşın önemli bir hasta grubunda İBA sorgulamasının farklı sorularına karşı yüksek oranda pozitiflik olduğu görülmektedir. Örneğin %62 hastada bel ağrısı egzersizle düzelmekte ve istirahatle düzelmemektedir. Bu hastalar günlük pratikte İBA grubunda değerlendirilmektedir. Bizim sonuçlarımıza göre günlük pratikte İBA kriterlerini karşılamayan yaklaşık %30'luk gri alanda kalan hasta grubunun kriterlerden bağımsız şekilde tekrar gözden geçirmek faydalı olabilir. Enflamatuvar barsak hastalığı olan hastalarda bu durum daha da belirgindir. İBA ile ilgili 10 sorunun hepsinin hesaba katıldığı yeni yaklaşımlara gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: Bel ağrısı, aksSpA, kriter

[PS-088]

Romatoid artritli hastalarda diz ve kalça protezi cerrahisi öncesi hedefe yönelik tedavi kullanım oranı ve sürelerinin değerlendirilmesi

Melike Köle, Sedat Kiraz, Buğu Bulat

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

Amaç: Bu çalışmanın amacı, romatoid artrit (RA) tanılı ve diz ve/veya kalça protezi cerrahisi geçirmiş hastalarda cerrahi öncesi hedefe yönelik tedavi [biyolojik veya hedefe yönelik sentetik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar (bDMARD/tsDMARD)] kullanım oranını ve süresini tanımlamak; klinik aktivite skorları, fonksiyonel durum ve eşlik eden hastalıklarla ilişkisini incelemektir. Ayrıca, demografik ve klinik özelliklerin cerrahiden önce bDMARD başlanma durumu ile ilişkisinin değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

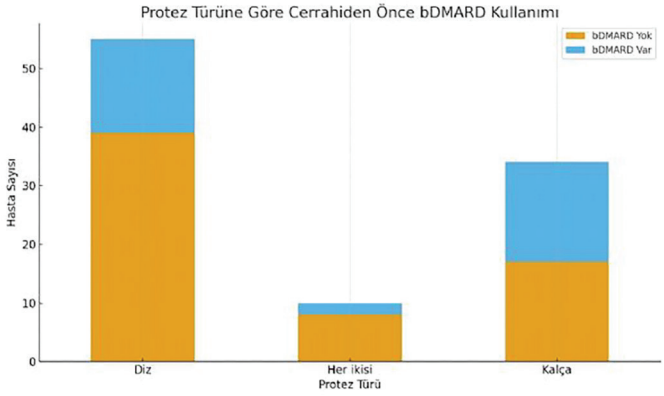
Yöntem: Bu kesitsel çalışma, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Polikliniği'nde 2014–2024 yılları arasında izlenen ve diz ve/veya kalça protezi cerrahisi geçirmiş RA (ICD-10: M05*/M06*) hastalarının dosya verileri kullanılarak yürütüldü. Cerrahi tarihi ve seropozitiflik bilgisi mevcut olan 99 hasta analize dahil edildi. Yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi (VKİ), eşlik eden hastalıklar [hipertansiyon (HT), diyabet (DM), koroner arter hastalığı (KAH)], seroloji [romatoid faktör (RF), anti-CCP], sigara durumu, bDMARD/tsDMARD ve kortikosteroid kullanımı değerlendirildi. Cerrahiden önce bDMARD başlanma durumu ve süreleri hesaplandı. Sayısal değişkenler Mann–Whitney U testi ile, kategorik değişkenler ki-kare testi ile karşılaştırıldı. Ayrıca, cerrahiden önce bDMARD başlanmasını etkileyen değişkenler için lojistik regresyon analizi yapıldı.

Bulgular: Doksan dokuz hastanın %85,9'u kadındı (n=85) ve medyan yaşı 65 idi. Hastaların %55,5'i yalnızca diz, %31,3'ü yalnızca kalça ve %13,1'i her iki eklemden protez cerrahisi geçirmişti. VKİ ortalaması 31,1 kg/m2 idi. HT (%48,4), DM (%15,1) ve KAH (%10,5) en sık komorbiditelerdendi. Hastaların %38,4'ü CCP pozitif, %35,3'ü RF pozitiftir. Sigara içmeyenler %86,7, halen içenler %6,1 idi. Cerrahiden önce bDMARD/tsDMARD başlanmış 35 hasta (%35,3) tespit edildi. Bu hastalarda bDMARD başlama ile cerrahi arasındaki medyan süre 23 aydı. Kortikosteroid kullananlarda ortanca kullanım süresi 120 ay idi. Cerrahiden tanıya kadar geçen sürenin medyanı 8 yıl olarak bulundu. Cerrahi öncesi DAS28-CRP ve HAQ-DI verisi mevcut olan 20 hastalık alt grupta, medyan DAS28-CRP 2,88; HAQ-DI 0,73 olarak saptandı. Gruplar arası karşılaştırmalarda; VKİ, yaş,

steroid süresi ve komorbiditeler açısından anlamlı fark saptanmadı (tümü p>0,05). Protez türü ile bDMARD kullanımı arasında sınırda istatistiksel anlamlılık eğilimi gözlendi (p=0,075). Lojistik regresyon analizinde yaş değişkeni ile cerrahiden önce bDMARD başlanma durumu arasında zayıf bir negatif ilişki izlendi (β=-0,042; p=0,096). Çalışmaya dahil edilen hastaların temel özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Ayrıca, protez türüne göre cerrahiden önce bDMARD başlanma oranları Şekil 1'de görsel olarak sunulmuştur.

Sonuç: RA hastalarında diz ve/veya kalça protezi cerrahisi öncesi bDMARD/tsDMARD tedavisi her üç hastadan birinde uygulanmıştır. Tedavi süresi medyan 2 yıl olup, hastaların büyük kısmı kadın ve ileri yaştaydı. Komorbidite sıklığı yüksek, fonksiyonel yetersizlik düzeyleri belirgindi. Cerrahiden önce bDMARD başlanmasının erken tanı ve etkili tedaviyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu bulgular, RA hastalarında cerrahi gereksinimin azaltılması açısından uygun tedavi zamanlamasının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, protez cerrahisi, bDMARD, hedefe yönelik tedavi



Şekil 1. Protez türüne göre cerrahiden önce bDMARD kullanımı

[PS-089]

Sistemik lupus eritematozus hastalarında cinsiyetin klinik ve laboratuvar bulgularına etkisi

Ali Tuna Çakıcı[1], Gökçe Avşar[1], Nazife Şule Yaşar Bilge[2], Timuçin Kaşifoğlu[2], Muzaffer Bilgin[3]

[1]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Eskişehir

[2]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

[3]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Eskişehir

Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE) kadınlarda erkeklere göre 9 kat daha fazla görülen, kronik otoimmün bir hastalıktır. Hastalığa ait klinik bulgular, şiddeti ve tedavi yanıtı cinsiyete göre farklılık gösterebilmektedir. Bu çalışmanın amacı SLE tanısı ve seyri sırasında ortaya çıkan klinik ve laboratuvar bulguları üzerinde cinsiyetin etkisini değerlendirmektir.

Yöntem: Kliniğimizde SLE tanısıyla takipli 404 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Her iki cinsiyetin demografik özellikleri, klinik ve laboratuvar bulguları karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların %88'i (n=355) kadın, %12'si (n=49) erkekti. Kadınlarda ortalama tanı yaşı 32,8 (9-70), erkeklerde 36 (12-85) olarak saptandı (p=0,605). Kadınlarda sigara kullanımı %46,87, erkeklerde ise %75 (p=0,04) idi. Tanı anı SLEDAİ skorları değerlendirildiğinde kadınlarda ortalama 9.57 (0-33), erkeklerde ortalama 10,90 (4-21) olarak bulunmuştur (p=0,112). Tanı anında deri tutulumu (K/E; %80,73/%61,22; p<0,05), artralji/miyalji (K/E; %68,83/%46,93; p<0,05), artrit (K/E; %52,97/%36,73; p=0,03), lupus nefriti (K/E; %17,46/%40,81; p<0,05), serozit (perikardit ve/veya plörit) (K/E; %15,49/%34,69; p<0,05), venöz tromboz (K/E; %6,47/%18,36; p<0,05) olarak saptanmıştır. Kadın cinsiyette deri tutulumu, artralji/miyalji, artrit daha sık görülürken erkek cinsiyette lupus nefriti, serozit (perikardit ve/veya plörit), venöz tromboz daha sık görülmektedir ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 1). Hastaların takipleri sırasında saptanan klinik bulgular arasında artralji/miyalji (K/E; %42,51/ %25; p=0,03), artrit (K/E; %28,14/ %13,63; p=0,04), lupus nefriti (K/E; %17,46/ %6,12; p=0,04) olarak bulunmuştur. Hastalığın izleminde, kadınlarda artralji/miyalji, artrit ve lupus nefriti, erkeklere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha sık gelişmektedir (Tablo 2). Tanı anında anti-dsDNA pozitifliği, lupus antikoagülanı pozitifliği, CRP yüksekliği, total protein düşüklüğü ve hipoalbüminemi erkeklerde kadınlara göre daha sık görülmektedir (sırasıyla p değerleri: p=0,02, p=0,03, p<0,05, p=0,04, p<0,05). Hidroksiklorokin her iki cinsiyette de en sık kullanılan ilaç olarak bulunurken erkeklerde immünosupresif kullanımının (siklofosfamid, azatioprin, mikofenolat mofetil, rituksimab) oransal olarak daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu ilaçlar arasından siklofosfamid kullanımı (p=0,04) ile azatioprin kullanımı (p=0,03) erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

Sonuç: Çalışmamızda erkek hastaların kadın hastalara göre daha ileri yaşlarda tanı aldığını, özellikle tanı anında kadınlara göre daha sık lupus nefriti, serozit (perikardit ve/veya plörit) ve venöz tromboz ile karşımıza geldiğini gördük. Bunun bir nedeni erkeklerde sigara kullanımının kadınlardan daha sık olması olabilir. Özellikle siklofosfamid ve azatioprin erkeklerde daha sık kullanılmıştır. Bunun iki tane temel nedeni olabilir; ilk neden erkeklerde renal tutulumun daha fazla olması, ikinci neden ise siklofosfamid'in over yetmezlik ve infertilite etkisi sebebiyle kadınlarda kullanımından kaçınılması olabilir. SLE kadınlarda sık görülen bir hastalık olarak değerlendirilse de sonuçlarımız göstermektedir ki erkeklerde de saptanabilir ve yoğun immünosupresif tedavi gerektirecek ölçüde şiddetli seyredebilir.

Anahtar Kelimeler: Cinsiyet, prognoz, sistemik lupus eritematozus

Tablo 1.

Tanı Anı Özellik	Kadın	Erkek	P değeri
Cilt tutulumu (n*:315/402)	285 (%80,73)	30 (%61,22)	<0.05
Artralji/Miyalji (n*:266/402)	243 (%68,83)	23 (%46,93)	<0.05
Artrit (n*:205/402)	187 (%52,97)	18 (%36,73)	0.03
Lupus nefriti (n*:82/404)	62 (%17,46)	20 (%40,81)	<0.05
Serozit (n*:72/404)	55 (%15,49)	17 (%34,69)	<0.05
Venöz tromboz (n*:32/404)	23 (%6,47)	9 (%18,36)	<0,05
Nörolojik (n*:12/404)	11 (%3,09)	1 (%2,04)	0.68
Anemi (n*:236/404)	211 (%59,43)	25 (%51,02)	0.26
Lökopeni (n*:114/400)	104 (%29,62)	10 (%20,40)	0.18
Lenfopeni (n*:207/323)	183 (%65,12)	24 (%57,14)	0.31
Trombositopeni (n*:75/404)	64 (%18,02)	11 (%22,44)	0.46
Direkt Coombs (n*:79/164)	71 (%48,96)	8 (%42,10)	0.36
Hematolojik tutulum (n*:87/394)	79 (%22,7)	8 (%17,39)	0.41
Total protein düşüklüğü (n*:35/241)	25 (%12,43)	10 (%25)	0.04
Hipoalbuminemi (n*:64/267)	47 (%20,79)	17 (%41,46)	<0,05
Anti-dsDNA yüksekliği (n*:321/398)	280 (%80,22)	41 (%83,67)	0.02
C3 düşüklüğü (n*:217/383)	189 (%56,25)	28 (%59,57)	0.67
C4 düşüklüğü (n*:230/384)	204 (%60,71)	26 (%54,16)	0.39

*: İlgili parametrenin pozitif olduğu hasta sayısı/kaydının olduğu hasta sayısı.
Yüzdelik değerler her cinsiyete görülme sıklığına göre hesaplanmıştır.

Tablo 2.

Takipte özellik	Kadın	Erkek	P
Deri (n*:209/378)	188 (%56,28)	21 (%47,72)	0,28
Artralji/miyalji (n*:153/378)	142 (%42,51)	11 (%25)	0,03
Lupus nefriti (n*:65/404)	62 (%17,46)	3 (%6,12)	0,04
Artrit (n*:100/378)	94 (%28,14)	6 (%13,63)	0,04
Oküler tutulum (n*:36/376)	35 (%10,51)	1 (%2,32)	0,09
Splenomegali (n*:34/377)	32 (%9,58)	2 (%4,65)	0,29
Serozit (n*:25/378)	21 (%6,28)	4 (%9,09)	0,48
Venöz tromboz (n*:17/379)	14 (%4,17)	3 (%6,81)	0,43
Nörolojik (n*:13/378)	10 (%2,99)	3 (%6,81)	0,19
Miyopati (n*:5/378)	5 (%1,49)	0 (%0)	0,41
Arteriyel tromboz (n*:4/379)	3 (%0,89)	1 (%2,27)	0,40

**: İlgili parametrenin pozitif olduğu hasta sayısı/kaydının olduğu hasta sayısı. Yüzdelik değerler her cinsiyete görülme sıklığına göre hesaplanmıştır*

[PS-090]

Antinükleer antikor testinden tanımlanmamış bağ doku hastalığı tanısına: 119 hastanın üç yıllık medyan takibi

Handan Yarkan Tuğsal[1], Serdar Sezer[1], Oğulcan Türker[2], Gizem Ayan[1], Hacer Aytekin Börü[3], Rukiye Berkem[3]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara

[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Bu çalışmada, farklılaşmamış bağ dokusu hastalığının (UBDH) tanımlı bağ dokusu hastalıklarına (BDH) ve romatoid artrite (RA) ilerleme oranı, iki farklı UBDH kriter seti ile güncel BDH sınıflama kriterleri kullanılarak değerlendirildi.

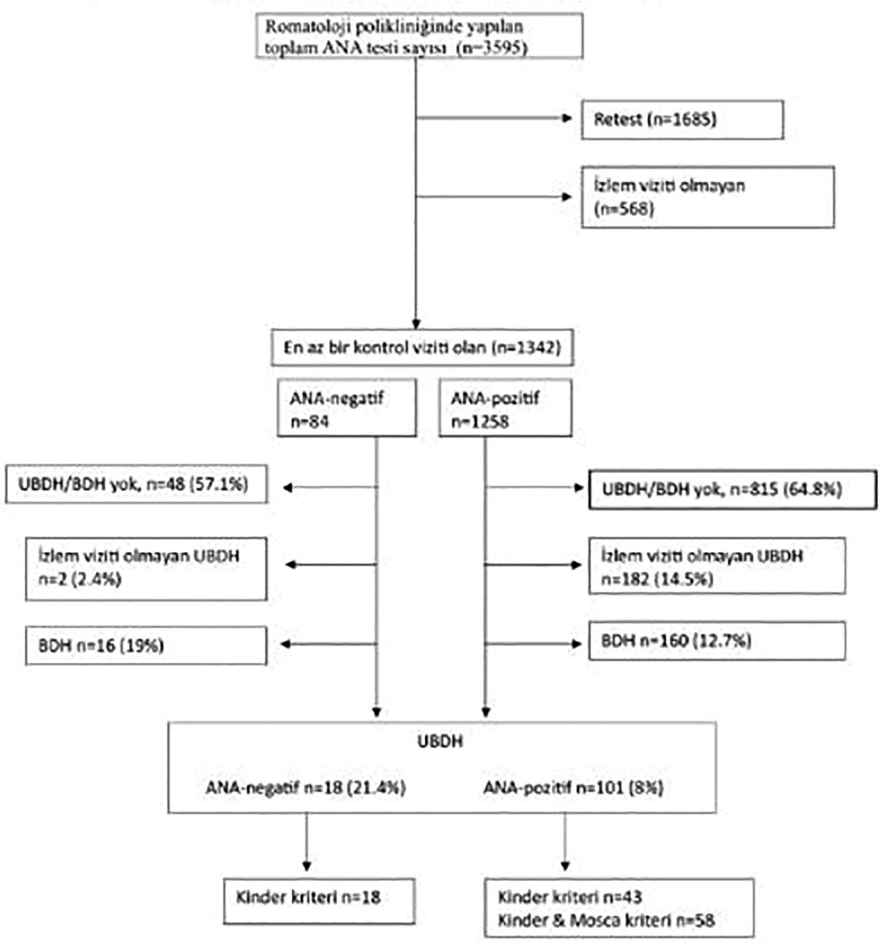
Yöntem: Şubat 2021-Şubat 2023 tarihleri arasında romatoloji polikliniğinde antinükleer antikor (ANA) testi yapılan 1342 hasta geriye dönük olarak incelendi. Hasta seçimi akış şeması Şekil 1'de izlenmektedir. Spesifik bir BDH kriterini karşılamayan, otoimmün özellikler gösteren hastalar UBDH olarak tanımlandı. İki grup oluşturuldu: (1) Hastalık süresi ≥3 yıl olan ANA pozitif hastalar (Mosca) ve (2) hastalık süresinden bağımsız olarak, enfeksiyon dışı en az bir serolojik belirteç pozitifliği bulunanlar [ANA, romatoid faktör, anti-scl 70, SS-A veya SS-B, Jo-1 antikoru, sedimentasyon (normalin ≥2 katı), C-reaktif protein] (Kinder). Takip viziti olmayanlar, tanısal değerlendirmesi tamamlanmayanlar (sikkası olup tükrük bezi biyopsisi yapılmamış, raynaud olup kapilleroskopisi olmayan gibi) ve bir yıldan kısa izlemi olanlar çalışmaya alınmadı. BDH klasifikasyonunda her bir BDH için en son oluşturulan klasifikasyon kriterleri kullanıldı.

Bulgular: UBDH tanılı 119 hasta (%95'i kadın) değerlendirildi. Hastaların %85'i ANA pozitifti; geri kalan hastaların yarısı ENA pozitif, diğer yarısı ise BDH klinik bulguları olan rf veya akut faz reaktan pozitif hastalardı. En sık gözlenen başvuru semptomları artralji, kserostomi, kseroftalmi ve raynaud fenomeiydi (RF). En sık gözlenen ANA paternleri AC (anti-hücre)-1 (nükleer homojen), AC-4 (nükleer ince benekli) ve AC-3 (sentromer) iken, en yaygın ENA anti-sentromer antikoru ve anti-scl-70 antikoru idi. Medyan takip süresi 34,1 ay (IQR: 21,4-52,7) idi. Hastaların yaklaşık üçte biri sınıflandırma sırasında tedaviye başlamamıştı ve en sık reçete edilen ilaç hidroksiklorokin idi (%58,8). On altı hasta (%13) tanımlı BDH veya RA ilerledi: primer Sjögren sendromu (n=7), RA (n=5), sistemik skleroz (SSc) (n=3) ve sistemik lupus eritematozus (n=1). İlerlemenin medyan süresi 34,8 ay (IQR: 17,9-54,8) olarak bulundu. RF ile başvuran 22 UBDH hastasından 13'ü, VEDOSS "çok erken SSc" sınıflamasına uyuyordu. SSc'ye ilerleyen üç UBDH hastasından biri "çok erken SSc" kriterlerini karşıladı ve 6,9 ay içinde SSc'ye ilerledi. Raynaud semptomları göstermeyen diğer iki UBDH hastası için ilerleme süresi ortalama 85 aydı. Sikka semptomları gösteren 46 UBDH hastasından 8'i tanımlanmış

bir hastalığa ilerlemiştir: 6'sı pSS, 1'i SSc ve 1'i RA olarak sınıflandırılmıştır. BDH veya RA sınıflandırmasına kadar geçen ortalama süre 35,8 (IQR: 20,3-67,8) aydı; pSS için ise 37,7 aydı (IQR: 31,7-47,9). Hastaların yaklaşık yarısı Kinder kriterlerini, diğer yarısı Kinder ve Mosca kriterlerini birlikte karşılıyordu. Takip süresi ikinci grupta önemli ölçüde daha uzundu (ortanca: 46,7 ay karşı 28 ay). Kinder ile Kinder & Mosca kriterlerine göre ilerleme oranlarında (%12,1 vs. %14,8, p=0,81) veya BDH/RA sınıflamasına kadar geçen sürede [28,2 (11,7-39,9) vs. 39,2 (24,6-67,4) ay, p=0,14] anlamlı fark izlenmedi. Tanımlı bağ dokusu hastalığına ilerlemeyen (UBDH kalan) ve ilerleyen hastaların klinik özellikleri arasında istatistiksel fark izlenmedi.

Sonuç: Güncel BDH sınıflama kriterleri ile yapılan değerlendirmede, üç yıllık medyan takipte UBDH'dan tanımlı BDH veya RA'ya ilerleme oranı %13 olarak saptandı. Şüpheli BDH olan olgularda ANA dışındaki serolojik belirteçlerin incelenmesi, UBDH tanısına katkı sağlayabilir. Gelecek çalışmaların yöntemsel tutarlılığını artırmak ve daha doğru prognostik değerlendirmeler yapabilmek için UBDH'nın standart tanımlarının oluşturulması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Farklılaşmamış bağ doku hastalığı, antinükleer antikor, bağ doku hastalığı, sınıflama kriterleri



Şekil 1. Kinder ve Mosca kriterlerine göre hasta seçimi ve dağılımı için akış şeması

[PS-091]

Türkiye'de romatolojik fizyoterapi ve rehabilitasyonda araştırma verimliliği

Özlem Nur Tok Yaman[1], Zülal Tatar[2], Elif Gür Kabul[3], Bilge Başakcı Çalık[4]

[1]Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Alanya

[2]İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Malatya

[3]Uşak Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Uşak

[4]Pamukkale Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Denizli

Amaç: Romatolojik fizyoterapi ve rehabilitasyon, ağrı yönetimi, eklem mobilitesi, kas kuvvetinin artırılması ve fonksiyonel bağımsızlığın geliştirilmesi gibi birçok açıdan önemlidir. Bu alandaki araştırma üretkenliği ise kanıta dayalı uygulamaların, klinik yeniliklerin ve politika geliştirme süreçlerinin yönetilmesi açısından oldukça önemlidir. Bu çalışmanın amacı Türkiye'de romatolojik fizyoterapi ve rehabilitasyonda araştırma verimliliğinin araştırılmasıdır.

Yöntem: Bu çalışmanın verileri Web of Science veri tabanında 1997-2024 arasında yayımlanan makaleler oluşturdu. Bibliyometrik analiz, Türkiye'de romatolojik fizyoterapi ve rehabilitasyon araştırmalarında üretkenliği, yayın performansını, etkili dergileri ve makaleleri, ülke üretkenliklerini, yaygın yazar anahtar kelimelerini, yazar üretkenliğini ve trend topics değerlendirmek için kullanılmıştır.

Bulgular: Analizlere toplam 1092 çalışma dahil edildi. Bu çalışmaların Web of Science indeks kayıtlarına bakıldığında; 70 Social Sciences Citation Index, 920 Science Citation Index Expanded, 160 Emerging Sources Citation Index ve 255 Conference Proceedings Citation Index-Science olduğu görüldü. Yayın üretkenliğinin dalgalanmalar gösterse de artış yönünde olduğu ve bu artışın özellikle 2021 yılını takiben arttığı görüldü. Türkiye'nin romatolojik fizyoterapi alanında en üretken beşinci ülke olduğu görüldü. En yüksek yayın üretkenliğine sahip ülke ise 2622 yayın ile Amerika Birleşik Devletleri idi. "Annals of the Rheumatic Diseases" 245 yayın ile en yüksek yayın üretkenliğine sahip dergi idi. Kullanım frekansı en yüksek olan author keyword is "osteoarthritis" olduğu görüldü. Trend konular "muscle strength", "telerehabilitation" ve "vitamin D" idi. Yazar üretkenliği için alanda bir yayını bulunan yazarlar tüm yazarların %62'sini, iki yayını bulunan yazarlar %15'ini ve üç yayını bulunan yazarlar ise %6'sını oluşturmaktaydı. En çok global atıf alan çalışma Tüzün, E. et al. (2005) çalışması idi.

Sonuç: Türkiye'de romatolojik rehabilitasyon alanındaki bilimsel üretkenlik son yıllarda belirgin şekilde artmış, özellikle osteoartrit, romatoid artrit ve fibromiyalji üzerine yoğunlaşmıştır. Bununla birlikte, "muscle strength", "telerehabilitation" ve "vitamin D" gibi trend konuların öne çıkması, bu alanın gelişiminde hem fonksiyonel hem de dijital yaklaşımların önem kazandığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Romatolojik fizyoterapi, bibliyometrik analiz, Türkiye

[PS-092]

Konstitüsyonel bulgular ve akciğerde nodül ile prezente olan ANCA ilişkili vaskülit olgusu

Serpil Ergülü Eşmen[1], Süleyman Karaköse[2], Beyza Doğan[2]

[1]Konya Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Konya

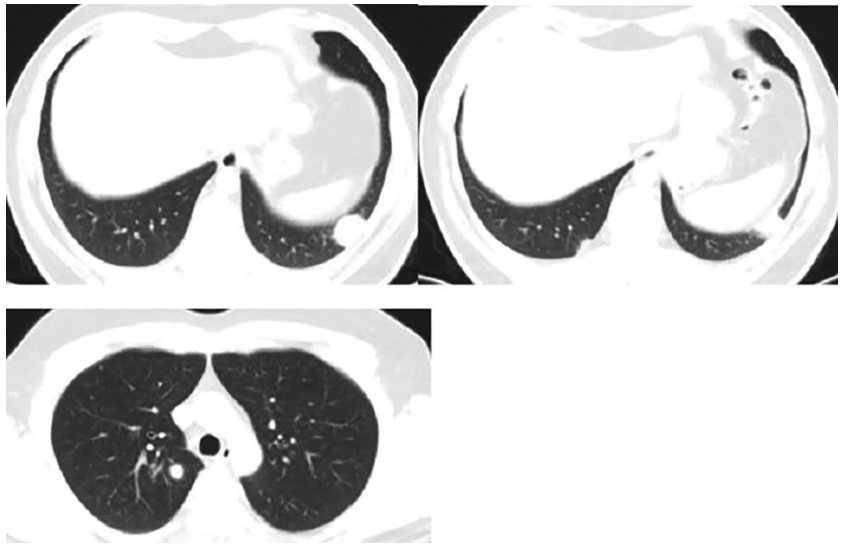
[2]Konya Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Konya

Amaç: Granülomatöz poliangiit (GPA), organ bulguları ve hastalık şiddeti açısından değişkenlik gösteren, çoğunlukla küçük çaplı arterleri etkileyen nekrotizan vaskülittir. En sık ve en şiddetli etkilenen organlar arasında üst ve alt solunum yolları ve böbrekler bulunur. Antinötrofil sitoplasmik antikor (ANCA) ile güçlü ilişki nedeniyle ANCA ilişkili vaskülit olarak bilinir. Konstitüsyonel bulgular ve akciğerde nodül ile prezente olan ANCA ilişkili vaskülit olgumuzu sunduk.

Olgu: Yaklaşık on gündür devam eden ateş, halsizlik, yorgunluk, myalji, artralji, iştahsızlık, kilo kaybı bulguları olan otuz dört yaşında erkek başvurdu. Muayenesine subfebril ateş, her iki el küçük eklemlerinde şişlik ve hassasiyet, konjuktivada kızarıklık mevcuttu. Tetkiklerinde CRP 257 mg/dL, ferritin 1222 µg/L, sedimentasyon 66 mm/saat, RF: 52.8 IU/mL, ALT: 130 U/L, kreatinin 1,19 mg/dL idi. İdrarda 418 eritrosit ve 1860 mg/gün proteinüri mevcuttu. Hastanın otoantikorlarında ANA negatif, ENA profilinde PmScl+, anti-GBM antikor negatif, cANCA +++ idi. ANCA ilişkili vaskülit organ tutulumu açısından çekilen toraks BT'de sol akciğer alt lob laterobazalde 26x23 mm ebatlı düzensiz sınırlı lezyon (Şekil 1), sağ akciğer alt lob mediobazalde 11 mm nodüler lezyon (Şekil 2), sağ akciğer üst lob posteriorda, paratrekeal 13 mm düzensiz sınırlı nodüler lezyon (Şekil 3) izlendi. PET BT'de sağ akciğer üst lob apikalde posteromedialdeki lezyonun SUV_{maks}: 1,09, sol akciğer alt lob posterobazalde plevral tabanlı 25x17 mm lezyonun SUV_{maks}: 2,54 izlendi. Takipte hastanın kreatinin değeri 2,54 mg/dL'ye kadar yükselmesi üzerine yapılan renal biyopside yer yer izlenen enflamatuvar hücre natürü akut intersitisyel nefriti destekler nitelikte idi. Hasta pulmoner ve renal tutulumlu GPA kabul edilerek pulse steroid ardından yaşı nedeniyle rituksimab tedavisi verildi. Renal fonksiyonlarda düzelme olmayınca siklofosfamid başlanan hastanın kreatinin değeri 1,77 mg/dL'ye geriledi. Hasta halen siklofosfamid ve steroid tedavisi ile izlenmektedir.

Sonuç: GPA olgularında ses kısıklığı, öksürük, stridor, hırıltı, hemoptizi veya plöretik ağrıya neden olan hava yolları veya pulmoner parankim tutulumu görülebilir. Akciğer radyografi bulguları değişkendir. Yaygın bulgular arasında nodüller, yamalı veya yaygın opasiteler, geçici pulmoner infiltratlar ve hiler adenopati görülebilir. Bazı olgular yanlışlıkla sarkoidoz veya tüberküloz tanısı alabilir. Parankimal akciğer nodülleri bilinen bir bulgu olsa da bazen akciğer dışında meme, böbrek gibi organlarda da nodül görülebilir. Tedavide renal tutulum olmayan, organ veya yaşamı tehdit etmeyen GPA'lı hastalarda siklofosfamid, rituksimab veya azatioprin ile kombine glukokortikoid yerine, haftada bir oral metotreksat ile glukokortikoid kombinasyonu önerilmektedir. Olgumuzda renal tutulum olması ve kreatinin değerinde progresyon nedeniyle steroid tedavisiyle beraber rituksimab ve siklofosfamid tedavisi verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Akciğerde nodül, ANCA ilişkili vaskülit, granülomatöz poliangiit



Şekil 1-2-3.

[PS-093]

Trombozun suçlusu kim? Takayasu areteriti ve esansiyel trombositoz birlikteliği olan nadir bir olgu

Şerife Şeyda Zengin Acemoğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gaziantep Şehir Hastanesi, Gaziantep

Amaç: Takayasu ateriti (TAK), klinisyenlerin tanı koymakta zorlandığı bir hastalıktır. Bu durumun erken teşhisi zordur ve klinikten şüphelenmeyi ve dikkatli olmayı gerektirir. Çoğu zaman ayırıcı tanıyı mükemmel yapmak gerekir. Klinik şüphe halinde, radyolojik yöntemler ve laboratuvar testleri çok dikkatli irdelenmelidir. Esansiyel trombositemi (ET), trombositoz ile karakterize, Janus kinaz 2 (JAK2) mutasyonu yaygın bir miyeloproliferatif neoplazmdır; klinik seyir genellikle yavaştır ancak trombotik komplikasyonlar (örn. baş ağrıları, baş dönmesi vs) ile komplike olabilir. Ayırcı tanı açıdan farkındalık oluşturması için bu olguyu sunmayı planlandık.

Olgu: Kırk iki yaşında kadın hasta. Eklem ağrıları nedeni ile yapılan tetkiklerinde akut faz reaktanlarının yüksek çıkması üzerine maligniteden şüpheleniliyor ve PET çekiliyor. Çıkan aort, aort topuzu, torasik ve abdominal aorta, bilateral karotis arterde artmış damar duvarı aktivitesi (SUV_{maks}: 8,8) tespit ediliyor. Bu sürede enfektif etiyolojilere yönelik yapılan tetkikler normal saptanıyor. Bunun üzerine hasta tarafımıza yönlendiriliyor. Eş zamanlı bakılan hemogramda ise trombositoz tespit ediliyor ve hematolojiye yönlendiriliyor. Hastanın sorgusunda son zamanlarda şiddetlenen baş ağrısı ve çene ağrısı dışında semptom yoktu. Muayenesinde ise bilateral radial nabızlar zayıftı. Her iki kolda kan basıcı farkı yoktu. Hastaya bakılan JAK2 mutasyonu pozitifti. Tarafımızca çekilen BT anjiyoda ise her iki subkalvien arterde ve superior mezenterik arterde darlık saptandı. Hastaya TAK ve ET tanısı konuldu. Hidroksiüre tedavisi ile beraber pulse steroid ve siklofosfamid tedavisi başlandı. İki kür siklofosfamid sonrası hastanın akut faz reaktanları normal aralığa geriledi.

Sonuç: TAK, esas olarak aort ve dalları ile pulmoner arterler gibi büyük damarlarda oluşan ve 20 ila 40 yaşlarında görülen ancak geç yaşlarda da tespit edilebilen bir damar iltihabıdır. (1) Hastalık, granülomatöz enflamasyon yoluyla büyük arterleri etkiler. İleri evrelerde stenoz, anevrizmal dilatasyon ve oklüzyon görülür. (2) Tedavi steroid ve immünosupresifler ile yapılır. ET hastalarının çoğu asemptomatik olsa da, tromboz geliştirme riski %20'den fazladır. (3) Trombotik takviyelerin %80-90'ı arteriyeldir, nadiren venözdür. (4) Klinik benzerlikler nedeni ile her TAK ayırıcı tanısı yapılması zor ve bir o kadar da önem arz etmektedir. Bizim olgumuzda her iki ayırıcı tanı için de erken yapılması gereken tetkikler yapıldı ve erken tedavi ile hastalık remisyonu sağlanmış oldu.

Anahtar Kelimeler: Takayasu, myeloproliferatif hastalık, esansiyel trombositoz

Tablo 1. Laboratuvar bulguları

Glukoz (mg/dL)	150
Kreatinin (mg/dL)	0,6
AST (U/L)	45
ALT (U/L)	64
SEDİM	140
CRP	273
Prokalsitonin	0,4
WBC (10^9/L)	16,8
HB (g/dL)	9
PLT (10^9/L)	1295
ANA	Negatif
JAK2	Pozitif

[PS-094]

Romatoid artrit ilişkili interstisyel akciğer hastalığı gelişiminde heat shock protein 90 alfa düzeyinin değerlendirilmesi

Emel Daloğlu[1], Ezgi Çimen Güneş[2], Emine Büşra Ata[2], Seda Yürümez Çolak[2], Sedat Yılmaz[2], Emre Tekgöz[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Romatoid artrit sinovyal eklemleri etkileyen kronik sistemik otoimmün bir hastalıktır. İnterstisyel akciğer hastalığı (İAH) akciğer interstisyumunda enflamasyon ve fibrozis ile karakterizedir. RA hastalarında İAH sıklığı normal popülasyondan yaklaşık 9 kat daha fazla saptanmıştır. Heat shock protein 90 alfa (HSP90) fibrozise neden olan TGF-beta reseptörlerinin stabilize edilip katlanmasından sorumludur. Ayrıca HSP90 IL-6 aracılığı ile akciğer fibrozisi üzerine etki edebilmektedir. Çalışmamızda RA tanılı hastalarda İAH'ı mevcut olan ve olmayan gruplar karşılaştırılmış, İAH'ı olan hastalarda HSP90 alfa düzeyleri ve ilişkili olabilecek faktörler incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamıza Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi romatoloji polikliniğinde RA tanısı ile takip edilen İAH'ı olan ve İAH'ı olmayan 30'ar hasta dahil edildi. Tamamen sağlıklılardan oluşan 30 hasta ise kontrol grubuna alındı. Hastaların demografik verileri, romatoid artrit tanı tarihi, romatoid artrit için kullandığı ilaçlar, RA-İAH'a özgü parametreleri, laboratuvar verileri kaydedildi. Hastaların DAS28-CRP, DAS28-ESR, SDAI, CDAI aktivite skorları muayene, hasta ve doktor VAS ve laboratuvar sonuçlarına göre hesaplandı. HSP90 alfa düzeyleri ELISA yöntemi ile belirlendi.

Bulgular: Çalışmamıza 33 (%36,67) kadın, 57 (%63,33) erkek dahil edildi. HSP90 alfa düzeyi RA-İAH hastalarında 11,63 (0,30-47,39), RA tanılı İAH'ı olmayan hastalarda 11,15 (7,97-30,44), kontrol grubununda ise 11,58 (0,30-52,20) idi. HSP90 alfa düzeyi ortancaları arasında gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. HSP90 alfa düzeyi ile RA hastalarında İAH varlığına göre parametre analizi yapıldığında sadece HSP90 alfa düzeyi ile İAH'ı olmayan grupta yaş açısından negatif yönde anlamlı korelasyon saptandı (p=0,010, korelasyon katsayısı r=-0,462). RA tanısı olan ve eşlik eden akciğer tutulumu olmayan hastalarda yaş arttıkça HSP90 alfa düzeyi azalmaktaydı. RA-İAH'a özgü parametreler ile HSP90 alfa düzeyi karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlılık saptanmadı. Çalışmamızda İAH'ı olan RA hastalarının hastalık süresi İAH'ı olmayan RA'ların hastalık süresine kıyasla daha yüksekti. Ayrıca İAH'lı RA hastalarında istatistiksel bir fark olmasada sigara kullanımının İAH'ı olmayan hastalara göre daha fazla olduğu saptandı. Her ne kadar istatistiksel açıdan fark olmasa da SFT değerlerinde (FVC ve DLCO) orta düzeyde düşüklüğü olanlardaki HSP90 alfa düzeyi daha yüksekti. Hastalık aktivite indeksleri (DAS28-CRP, DAS28-ESR, SDAI, CDAI) ve BORG skorunun İAH'lı RA hastalarında İAH'ı olmayan RA hastalarına oranla daha yüksek olduğu gözlendi (p sırasıyla 0,009, 0,007, <0,001, <0,001, <0,001).

Sonuç: Konvansiyonel tedaviler altında hastalık bulguları remisyona girmeyen, uzun hastalık süresi olan, erkek ve sigara içen seropozitif RA hastalarında RA'nın ekstraartiküler tutulumlarından birisi olan pulmoner parankimal hastalıkların da dikkat ile değerlendirilmesinin İAH'a bağlı gelişebilecek morbidite ve mortalitenin önüne geçilebilmesinde önemli olduğunun kanaatine vardık. Tüm bunlarla birlikte HSP90 alfa düzeyinin etkisinin incelenmesi amacıyla daha kapsamlı prospektif gözlemsel çalışmaların yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: HSP90 alfa, ısı şok proteini, interstisyel akciğer hastalığı, romatoid artrit

[PS-095]

Romatoid artritte subklinik nöropatiye yeni bir bakış: F-dalga persistansının ilk uygulanması

Filiz Cemre Taşgöz[1], Sadettin Uslu[2], Yağmur İnalkaç Gemici[3], Büşra Çisil Çelenk[3], Emre Ali Acar[2], İrem Şahinoğlu[2], Mevlüt Kaçar[2], Şeref Sülükçü[2], Merve Çelik[2], Timur Pırıldar[2], Özgül Soysal Gündüz[2]

[1]Bitlis Tatvan Devlet Hastanesi, Bitlis

[2]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Manisa

[3]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Manisa

Amaç: Bu çalışma, romatoid artrit (RA) hastalarında periferik nöropati prevalansını ve özelliklerini değerlendirmek amacıyla tasarlanmış olup, literatürde ilk kez F-dalga analizlerini içeren kapsamlı elektrofizyolojik bir yaklaşım kullanılmıştır. Çalışmaya 110 RA hastası ve 52 yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş sağlıklı birey dahil edilmiştir.

Yöntem: RA hastalarının %50'sinde periferik nöropati varlığını ortaya koyarken, kontrol grubunda hiçbir nöropatik tutulum saptanmamıştır. F-dalga persistansı RA hastalarında anlamlı derecede düşük, F-dalga latans anormallikleri ise belirgin şekilde daha yaygın bulunmuştur. Bu bulgular, RA'da erken ve subklinik proksimal sinir iletim bozukluklarının varlığını güçlü biçimde desteklemektedir.

Bulgular: Çalışmanın dikkat çekici bir yönü, nöropatinin hastalık süresi, serolojik durum, enflamatuvar belirteçler veya ilaç kullanımı gibi geleneksel risk faktörleriyle ilişkisiz bulunmasıdır. Buna karşın, nöropatik ağrı skorlarının hastalık aktivitesi ve fonksiyonel bozukluk ile anlamlı korelasyon göstermesi, RA'da nöropati ile klinik tablo arasındaki ilişkinin beklenenden çok daha karmaşık olabileceğine işaret etmektedir. Bu çalışma, F-dalga persistansının nöropatinin erken ve gizli evrelerini ortaya koymada yenilikçi ve hassas bir biyobelirteç olarak kullanılabileceğini göstermektedir. Elde edilen bulgular, RA hastalarında klasik risk faktörleri olmasa bile rutin nörofizyolojik taramanın kritik önemini vurgulamakta ve RA patofizyolojisinin anlaşılmasına yeni bir bakış açısı kazandırmaktadır.

Sonuç: Sonuç olarak, bu araştırma yalnızca RA'da nöropatinin gerçek yükünü ortaya koymakla kalmamakta, aynı zamanda klinik uygulamaları dönüştürme potansiyeline sahip yeni bir elektrofizyolojik değerlendirme paradigması sunmaktadır. Bu yönüyle, RA ve nöropati ilişkisine dair gelecekteki çalışmalar için güçlü bir bilimsel temel oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, elektrofizyolojik çalışmalar, EMG, nöropati, subklinik nöropati

[PS-096]

E148Q varyantına sahip Ailevi Akdeniz ateşi hastalarının klinik özellikleri

Abdülvahap Aktaş[1], Yousef Aljaber[2], Huda Avad[2], Döndü Üsküdar Cansu[2], Cengiz Bal[3], Cengiz Korkmaz[2]

[1]Kütahya Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Kütahya

[2]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

[3]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Eskişehir

Amaç: Ailevi Akdeniz ateşi (AAA), MEFV geni ile ilişkili monogenik otoenflamatuvar bir hastalıktır. 10. ekzon mutasyonlarının hastalık patogeneziyle ilişkili olduğu bilinmektedir. Bir 2. Ekzon varyantı olan E148Q değişikliğinin önemli olmayan bir varyant mı yoksa hastalığa yol açan bir mutasyon mu olup olmadığı net değildir. Tartışmalı olsa da E148Q varyantının yapısal olarak spontan bir şekilde inflamazom aktivasyonuna yol açabileceği ve hafif orta düzey şiddetinde AAA kliniğine yol açabileceği ileri sürülmektedir. E148Q varyantının, ekzon 10 mutasyonları ile birleşik heterozigot durumu bu mutasyonları modifiye edebilmektedir. Biz bu çalışmada E148Q varyantı taşıyan hastalarımız ile E148Q varyantı ile birleşik heterozigot olan M694V mutasyonlu hastalar ve M694V homozigot ve M694V heterozigot olan hastalarımızı klinik özellikleri bakımından karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: AAA hasta dosyaları geriye dönük olarak incelendi. AAA tanısı için Tel-Hashomer sınıflandırma ölçütleri kullanıldı. Ekzon 2, 3, 5 ve 10. MEFV mutasyonları multipleks-PCR reverse hibridizasyon yöntemiyle değerlendirildi. AAA şiddet skoru için Tel-Hashomer AAA şiddet skoru dikkate alındı. Şiddet skoru kolşisin kullanmadan önceki dönem dikkate alınarak belirlendi. E148Q varyantı pozitif olan AAA hastalarının klinik özellikleri, M694V ile birleşik heterozigot olanlar ile ve M694V heterozigot ve homozigot olan hastalarla karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmada, E148Q heterozigotluğu 14 hastada (%9), M694V/E148Q pozitifliği 13 hastada (%8,7), M694V heterozigotluğu 49 hastada (%33) ve M694V homozigot pozitifliği 72 (%48,6) hastada saptandı. Hastalık başlangıç yaşı M694V homozigot olanlarda, M694V heterozigot olanlara ve E148Q heterozigot olanlara göre daha erken başlamıştı. M694V/E148Q olanlardan ise farklı değildi. Beklendiği gibi hastalık şiddet skoru, erizipel benzeri eritem, amiloidoz sıklığı ve akraba evlilik oranları M694V homozigot olanlarda daha yüksekti. Ateş, karın ağrısı, artrit/artralji, vaskülit, ailesel öykü, ankilozan spondilit sıklığı, kolşisin öncesi atak sıklığı bakımından gruplar arasında fark yoktu. Amiloidoz, M694V homozigot olan 11 (%15) hastada, M694V heterozigot ve E148Q heterozigot olan gruplarda birer hastada saptandı (sırasıyla %2 ve %7).

Sonuç: E148Q varyantı, düşük penetrans, hafif hastalık seyri ve modifiye edici bir allel olarak değerlendirilse de hastalığın klinik özellikleri bakımından M694V homozigot pozitif hastalar dışındaki hastalardan farklı bir klinik seyir çizmedi. %7 oranında sekonder amiloidoz görülmesi de dikkat çekmekteydi. Hastalığın, M694V homozigot pozitif hastalarda, M694V heterozigot pozitif olanlara göre daha erken yaşta başlaması, ancak M694V/E148Q pozitif hastalardan farklılık göstermemesi E148Q varyantının hastalık başlama yaşı bağlamında 10. Ekzon mutasyonu üzerinde modifiye edici rolü ile ilgili olabilir. Hasta sayısının az olması yanında diğer mutasyonların bu çalışmada dikkate alınmaması çalışma sınırlılığı olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmaya benzer çalışma verileri literatürde bulunsa da E148Q varyantının etnik temel yanında çevresel faktörlerin de katkısıyla fenotipik özelliğini göstermesi, bu türlü çalışma yapma gerekliliğini artırmaktadır. Bu nedenle, çok daha fazla hasta sayılarıyla bu çalışmaları yapmak E148Q varyantı konusunda ek bilgiler sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz ateşi, E148Q, MEFV, mutasyon

[PS-097]

Doğal dil işleme ve makine öğrenmesi ile romatolojik hastalıkların öngörülmesi: Klinik notlardan mobil uygulamaya

Ahmed Cihad Genç[1], Fevziye Türkoğlu Genç[2], Emre Bilgin[3], Emel Gönüllü[3]

[1]Dr. Ahmed Cihad Genç Muayenehanesi, İç Hastalıkları Bölümü, İstanbul

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

[3]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

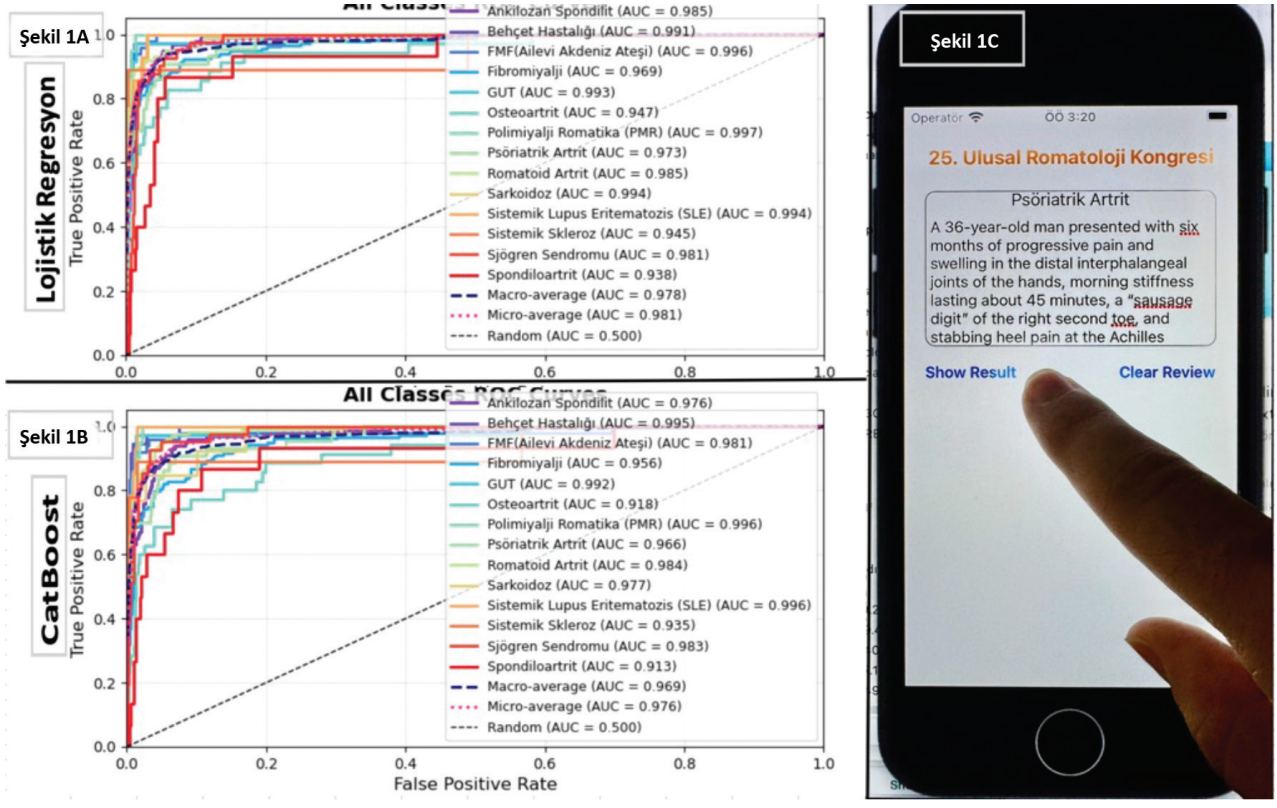
Amaç: Romatolojik hastalıkların tanısında hasta öyküsü ve fizik muayene bulguları kritik öneme sahiptir. Yapay zeka, özellikle makine öğrenmesi (ML) ve doğal dil işleme (Natural Language Process, NLP), bu verilerin serbest metinlerden anlamlı bilgiye dönüştürülmesine imkan tanımaktadır. Son on beş yılda internet erişimi masaüstü bilgisayarlardan mobil cihazlara kaymış, bu da sağlık hizmetlerinde taşınabilir ve erişilebilir çözümleri öne çıkarmıştır. Bu çalışmada, hekim notları ve hasta kayıtlarının NLP ve ML yöntemleriyle analiz edilerek özgül romatolojik hastalıkların öngörülmesi ve bu yaklaşımın mobil uygulama aracılığıyla klinik pratiğe entegre edilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Romatoloji polikliniği hekim notlarından elde edilen anonimleştirilmiş metinler retrospektif olarak incelenmiş, eğitim ve test olacak şekilde ayrılmıştır. Klinik hasta notları tıbbi teknik terimler içerdiğinden ve programlama dillerinde henüz teknik tıbbi Türkçe terimlerin model entegrasyonları tam sağlanamadığından klinik hasta notları ingilizceye çevrilmiştir. Python programlama dili kullanılarak Terim Frekansı–Ters Belge Frekansı (Term Frequency–Inverse Document Frequency, TF-IDF) tabanlı öznitelik çıkarımı ile dört farklı makine öğrenmesi modeli (Lojistik Regresyon, CatBoost, Rastgele Orman ve Yapay Sinir Ağı) eğitilmiştir. Öznitelik önem analizinde en belirleyici 15 parametre seçilmiş, en iyi performansı gösteren Lojistik Regresyon ve CatBoost modelinin sonuçları rapor edilmiştir. CreateML formatına dönüştürülerek mobil uygulamaya entegre edilmiştir. Model CreateML formatında iOS tabanlı bir demo mobil uygulamaya dönüştürülmüş ve iPod touch (7. nesil, iOS 15.2®) ile uygulama demosu oluşturulmuştur. Verilerin işlenmesinde ise Python 3 yazılım dili kullanılmıştır. Verilerin işlenmesinde kapalı devre bilgisayar ortamı kullanılıp, online, açık erişimli işlemler kullanılmamıştır.

Bulgular: Çalışmaya toplam 3732 hastaya ait klinik not dahil edilmiştir; veriler retrospektif olarak incelenmiş, 2985'i eğitim ve 747'i test kümesine ayrılmıştır. Öznitelik önem analizinde en belirleyici 15 öznitelik seçilmiştir. Sınıflandırılan 14 romatolojik hastalık ankilozan spondilit, Behçet hastalığı, ailevi akdeniz ateşi (FMF), fibromiyalji, gut, osteoartrit, polimiyalji romatika, psöriatrik artrit, romatoid artrit, sarkoidoz, sistemik lupus eritematozis, sistemik skleroz, sjögren sendromu ve spondiloartrittir. Dört makine öğrenmesi modeli değerlendirilmiş; Lojistik Regresyon en yüksek ve hemen sonrasında CatBoost en yüksek performansı göstermiştir. Lojistik regresyon modelinde eğri altında kalan alan (Area Under the Curve, AUC) değerleri; ankilozan spondilit için 0,985, Behçet hastalığı için 0,991, FMF için 0,996, fibromiyalji için 0,969, gut için 0,993, osteoartrit için 0,947, polimiyalji romatika için 0,997, psöriatrik artrit için 0,973, romatoid artrit için 0,985, sarkoidoz için 0,994, sistemik lupus eritematozis için 0,994, sistemik skleroz için 0,945, sjögren sendromu için 0,981 ve spondiloartrit için 0,938 olarak hesaplandı. Lojistik Regresyon ve CatBoost modelinde AUC, sensitivite, spesifite, pozitif prediktif değer, negatif prediktif değerleri ile birlikte Tablo1'de verilmiştir. Klinik verilerle eğitilmiş yapay zeka mobili ile mobil uygulaması geliştirilmiştir. Alıcı İşletim Karakteristiği (Receiver Operating Characteristic, ROC) analizi sonuçları şekillerde sunulmuştur; Şekil 1A Lojistik Regresyon, Şekil 1B CatBoost modeline ait ROC eğrilerini, Şekil 1C ise geliştirilen iOS demo mobil uygulamasının ekran görüntüsünü göstermektedir.

Sonuç: Bu çalışma, 3.732 hastaya ait hekim notlarından elde edilen klinik verilerin NLP ve makine öğrenmesi yöntemleriyle işlenerek romatolojik hastalıkların öngörülmesinde kullanılabileceğini düşündürmüştür. Elde edilen modellerin yüksek doğruluk ve AUC değerleri umut verici olup, mobil uygulamaya entegrasyonu sayesinde klinik pratikte taşınabilir ve erişilebilir bir çözüm potansiyeli sunmaktadır. Bununla birlikte, klinik uygulamaya geçişte güvenilirlik ve genellenebilirliğin teyidi için prospektif ve randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Doğal dil işleme, makine öğrenimi, mobil uygulama, romatolojik tanı, yapay zeka



Şekil 1. Lojistik regresyon ve CatBoost makine öğrenimi teknikleri için ROC eğrileri ve iOS uygulama demosu

[PS-098]

Takayasu arteriti hastalarında bazal kardiyovasküler bulgular ile prognoz ilişkisinin değerlendirilmesi

Aslı Şahin Kahleoğulları[1], Safiye Bakkal[2], Ayşe Çolak[3], İsmail Sarı[2], Gökçe Kenar Artın[2]

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

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

[3]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Takayasu arteriti (TA), büyük damarları tutan kronik, enflamatuvar bir vaskülittir. Uzun dönemde kardiyovasküler (KV) komplikasyonlara yol açabilmekte ve bu komplikasyonlar hastalığın en önemli mortalite ve morbidite nedenlerini oluşturmaktadır. TA hastalarında majör advers kardiyovasküler olayların (MAKO) öngörülmesi, erken dönemde uygun takip ve tedavi stratejilerinin belirlenmesi açısından kritik öneme sahiptir. Bu çalışmada, TA hastalarında tanı anındaki bazal KV bulguların, izlemde MAKO gelişimesi riski ve prognoz ile ilişkisi incelenmiştir.

Yöntem: Retrospektif tasarlanan çalışmaya TA tanısı konmuş 90 hasta dahil edildi. Hastaların tanı anındaki klinik (semptomlar, komorbiditeler, vücut kitle indeksi, TA tipleri, tedaviler), laboratuvar (serum glukoz, lipid profili, ESH, CRP), elektrokardiyografi (EKG), transtorasik ekokardiyografi (TTE) bulguları kaydedildi. Sonlanım olarak hastaların uzun dönem izleminde tüm nedenlere bağlı mortalite ve MAKO (KV mortalite, nonfatal miyokard infarktüsü, nonfatal iskemik inme, koroner revaskülarizasyon gerektiren koroner arter hastalığı, evre C–D kalp yetmezliği) gelişimi dahil edildi. Sonuçlar MAKO'ya yol açan bazal hastalığa ait faktörler ve KV risk faktörleri olarak lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi. Kardiyak yapısal hasar, kalp yetmezliği evrelemesi, EKG bulguları ilgili kılavuzlara göre sınıflandırıldı. GK kümülatif dozu değerlendirilirken her 10 gr'lık artışın etkisi incelendi.

Bulgular: Hastaların %88,9'u kadın olup ortalama tanı yaşı 39,8±13,4 yıldır. Medyan izlem süresi 97 aydır (IQR 3-360). Son vizitte HT %75,6, iskemik inme %14,4, miyokard infarktüsü/koroner arter hastalığı %22,2, evre C-D kalp yetmezliği %18,9 oranında saptanmıştır. Tüm nedenlere bağlı mortalite %14,4, kardiyovasküler mortalite %6,7'dir. Tüm grupta, asemptomatik Evre B kalp yetmezliği %35,6 oranında izlendi. Tanı anında 10 (%11,1) hastada MAKO mevcuttu; izlem süresinde ise 26 (%28,8) hastada yeni MAKO gelişti. İlk başvuruda MAKO ile gelenler dışlanarak yapılan analizde, ileri yaş, hipertansiyon, sigara kullanımı, yüksek trigliserid, yüksek Framingham skoru, EKG'de majör değişiklikler ve TTE'de yapısal kardiyak hasar varlığı, izlemde MAKO gelişimini öngördü. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde Framingham risk skoru, bağımsız prognostik belirteç olarak bulundu. EKG ve TTE bulguları anlamlı eğilim göstermesine karşın çok değişkenli analizlerde bağımsız risk faktörü olarak görülmedi (Şekil 1). Bazal EKG majör bulguları varlığı, tek ve çok değişkenli analizlerde artmış risk göstermesine karşın (OR: 2.2-2.6), örneklem/olay sayısı nedeniyle istatistiksel anlam bulunamadı. Çalışmamız, TA hastalarında tanı anındaki KV risk faktörlerinin uzun dönem prognoz ile ilişkisini değerlendiren öncü çalışmalardan biridir. Bulgular, klasik KV risk faktörlerini içeren Framingham risk skorunun TA kohortunda da prognostik değer taşıdığını göstermektedir. Ayrıca EKG'de majör değişiklikler ve TTE'de yapısal kardiyak hasarın MAKO ile ilişkili olabileceği görülmüştür, daha geniş hasta serisinde değerlendirilmeye ihtiyacı vardır. Bu basit ve erişilebilir yöntemler, rutin takipte prognostik fayda sağlayabilir.

Sonuç: TA hastalarında erken dönemde kapsamlı KV risk değerlendirmesi yapılmalı, klasik risk faktörleri agresif şekilde kontrol edilmelidir. Framingham risk skorunun TA hasta grubunda da kullanımı önerilebilir. Çalışmanın sonuçları, EKG gibi basit ve temel KV değerlendirme tetkiklerinin prognozun izlenmesinde yol gösterici olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Framingham risk skoru, hipertansiyon, kalp yetmezliği, majör advers kardiyovasküler olay, mortalite, takayasu arteriti

Tek değişkenli Lojistik Regresyon Analizi

Değişken	N	Olay	OR	%95 GA	P değeri
Framingham (%)	88	25	1.06	1.00–1.13	**0.046***
Hastalık süresi (ay)	90	26	1.00	0.99–1.01	0.933
EKG major (bazal)	84	23	2.16	0.77–6.04	0.143
TTE yapısal hasar (bazal)	73	20	2.24	0.77–6.52	0.137
Prednizolon (10 g)	89	26	1.38	0.88–2.18	0.165

Çok değişkenli Lojistik Regresyon Analizi

Değişken	N	Olay	OR	%95 GA	P değeri
Framingham (%)	71	18	1.09	1.00–1.19	**0.041***
Hastalık süresi (ay)	71	18	1.00	0.99–1.01	0.993
EKG major (bazal)	71	18	2.23	0.63–7.97	0.215
TTE yapısal hasar (bazal)	71	18	1.36	0.41–4.51	0.619
Prednizolon (10 g)	71	18	1.83	0.93–3.57	0.079

Şekil 1. TA hastalarında izlemde MAKO gelişimini belirleyen bazal KV faktörler

[PS-099]

SLE, FMF ve ankilozan spondilit birlikteliği/Kuzey Kıbrıs'tan genç bir olgu

Mehtap Tınazlı[1], Hülya Vahedi[2]

[1]Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Lefkoşa

[2]Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Lefkoşa

Amaç: Yirmi iki yaşında kadın hasta, 4 yaşlarında iken ateş ve artrit atakları ile FMF tanısı almış ve kolşisin başlanmış. On iki yaşında uzamış baş ağrıları, optik nörit ve ANA pozitifliği ile SLE tanısı almış ve tedavisine hidroksiklorokin eklenmiş. Beş yıl kullandıktan sonra kesmiş. Aile öyküsünde anne, dayı ve anneannne FMF'li, Aile Afyon'lu. Aralık 2024 parotis lojlarında şişlikle başvurdu (USG ile parotis distalinde 1,7*2,5 cm kitle) reaktif lenfadenopati olduğu saptandı. SLE aktivasyonu düşünüldü. Şubat 2025 kontrolünde ANA 1/3200 titrede 4+ ve ince benekli paternde, dsDNA negatif, C3, C4 normal, kreatinin 0.64 mg/dL, lökosit:3300, ENA panelde anti KU +3, idrar tetkikikinde protein negatif, idrar sedimenti negatif bulundu. HLA-B27 negatifti. Hidroksiklorokin 200 mg/gün tekrar başlandı. Bu dönemde kalça ve bel ağrısı yakınmaları olduğundan sakroiliak grafi ile değerlendirildi. Sağ SİE alt 1/3 kesim iliak yüzde erozyon ve subkondral skleroz, sol SİE'de yalancı genişleme ve iliak yüzde erozyon, alt 1/3 kesimde subkondral skleroz bilateral sakroiliit ile uyumlu idi. SİE MR bulgusu da inaktif bilateral sakroiliit şeklinde raporlandı.

Olgu: Daha önce yapılan erişkin serilerinde FMF hastalarında sakroiliit prevalansı yaklaşık %7-32,7 arasında değişmektedir, bu oranlar HLA-B27 pozitifliği ve M694V mutasyonuna sahip bireylerde daha yüksek görülmektedir. SLE ve FMF birlikteliğine gözatacak olursak literatürde olgu sunumları şeklinde yeralmaktadır. Ancak bu çalışmalarda sakroiliit detaylı olarak tartışılmamıştır. SLE ile birlikte FMF'in ve sakroiliitin aynı hastada görüldüğüne dair doğrudan raporlanmış olgu bulunmamakla birlikte her iki hastalığın ayrı ayrı sakroiliit özellikleri olabilir ve eş zamanlı olması biyolojik olarak mümkün gözükmektedir. Olgumuzda olduğu gibi bu üçlüyü düşündüren bir hasta varolduğunda bakılmamışsa *MEFV* gen testi ve M694V mutasyonu aranmalı, HLA-B27 testi yapılmalı, Sakroiliak eklem görüntülemesi (MR/BT) önerilmeli ve hem FMF hem SLE yönetiminde tedavi protokolleri (kolşisin+NSAID/DMARD/biyolojik) birlikte planlanmalıdır.

Burada bildirilen olgu kolşisin+hidroksiklorokin+NSAID kombine tedavi verilerek izlenmekte olup, romatoloji poliklinik kontrolleri devam etmektedir.

Sonuç: Otoimmün ve otoenflamatuvar hastalıklar eş zamanlı ya da birbirini izleyen zamanlarda aynı hastada gözlenebilir. Dolayısıyla herhangi bir romatolojik tanısı olan hastayı her vizitte klinik sorgulama ve fiziksel sistemik muayene ile detaylı incelemeli takibinde gerekli laboratuvar ve görüntüleme desteği ile tedavisi güncellenmelidir.

Anahtar Kelimeler: FMF, SLE, bilateral sakroiliit

[PS-100]

Behçet sendromunun farklı seyreden alt grupları olabilir mi?

Nazlı Tatlıbaş[1], Hasan Kocaayan[2], Dilek Solmaz[2], Servet Akar[2]

[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

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

Amaç: Behçet sendromu (BS), etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamış, sistemik ve kronik seyirli, enflamatuvar bir hastalık olup, farklı hastalarda değişen klinik prezantasyonlar ve farklı klinik seyir görülebilmektedir. Bu klinik çeşitlilik, hastalığın yönetiminde güçlükler doğurmakta; tanı, takip ve tedavi süreçlerinde daha kişiselleştirilmiş yaklaşımlara duyulan ihtiyacı artırmaktadır. Bu nedenle son dönemde BS'nun bazal klinik özelliklerine göre veya seyirde alt grupları olabileceği yönünde bildirimler bulunmaktadır. Bu çalışma ile BS alt gruplarının, yeni ve bağımsız bir hasta kohortu üzerinde küme analizi yöntemi ile ortaya konması hedeflenmiştir.

Yöntem: Çalışmaya ISG kriterlerine göre BS olarak sınıflandırılmış polikliniğimizde takip veya tedavileri yapılmış 442 hastanın medikal kayıtları incelenerek demografik verileri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu vb.), hastalığın tanı anındaki ve takip süresince gelişen organ tutulumları, daha önce ve mevcut olarak almakta oldukları tedavileri gibi veriler bir form aracılığı ile toplandı. Behçet hastalarında alt grupları belirlemek amacıyla karma tip veriler için uygun olan Gower mesafesi kullanılarak, Partitioning Around Medoids (PAM) algoritması ile kümeleme analizi yapıldı. Sürekli değişken olarak tanı yaşı, kategorik değişkenler olarak cinsiyet, genital ülser, papülopüstüler lezyon, eritema nodozum, üveit, artrit ve DVT/tromboflebit varlığı dahil edildi. Optimal küme sayısı silhouette katsayısı hesaplanarak belirlendi ve en yüksek ortalama değerin (0,32) olduğu görüldü. Analizler R yazılımı (v4.2.3) kullanılarak gerçekleştirildi.

Bulgular: Çalışmamıza dahil edilen hastaların %48,2'si kadın idi. Kadın hastalarda tanı yaşı ortalaması 32,92±10,6 yıl iken, erkeklerde bu değer 30,47±9,5 yıl olarak saptandı (p=0,011). Kadınlarda genital ülser ve eritema nodozum erkeklere kıyasla anlamlı olarak daha sık görüldüğü bulundu. Erkeklerde ise üveit, vasküler tutulum ve santral sinir sistemi tutulumu kadınlara kıyasla anlamlı olarak daha sık görüldüğü saptandı. Yapılan küme analizi ile hastaların 6 kümeye ayrıştığı görüldü. Tanı yaşı kümeler arasında değişiklik göstermekte olup vasküler tutulumlu erkek hastaların daha erken yaşta tanı aldığı, göz tutulumu olan erkek hastaların tanı yaşının daha geç olduğu görülmüştür. Kadın hastaların baskın olduğu Küme 1'de genital ülser ve artrit, Küme 4'te yalnızca genital ülser olduğu görülmüştür. Bu bulgular, mukokutanöz bulguların özellikle kadınlarda daha ön planda seyrettiğini göstermektedir. Küme 3 ve 5'te karma tutulum olduğu görülmektedir. Erkek hastaların baskın olduğu Küme 2 (%73,3) ve Küme 6 (%80,4), ağır organ tutulumlarıyla dikkat çekmektedir. Küme 2'de üveit oranı (%88,9) yüksek seviyede olup bu durum erkeklerde göz tutulumu eğiliminin daha belirgin olabileceğini düşündürmektedir. Küme 6 ise vasküler fenotipi temsil etmekte ve hastaların tamamında (%100) derin ven trombozu ya da tromboflebit saptanmıştır; bu

da vasküler komplikasyonların erkeklerde daha sık görüldüğünü desteklemektedir. Bu analizde elde edilen 6 küme; hastalık fenotiplerinin cinsiyet, tanıda yaş ve sistemik tutulumlara göre ayrışabildiğini göstermektedir. Özellikle erkek bireylerde tromboz ve göz tutulumu ön planda iken, kadın bireylerde eritema nodozum ve mukokutanöz bulgular öne çıkmaktadır.

Sonuç: Küme analizi, özellikle BS gibi heterojen seyir gösteren multisistemik hastalıklarda fenotipik grupların tanımlanması açısından oldukça faydalı bir araç olabilir. Elde edilen bulgular, Behçet sendromunun heterojen klinik seyri ile uyumlu olarak alt gruplar halinde sınıflandırılabileceğini ve cinsiyetin fenotip belirleyiciliğinde önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Derin ven trombozu/tromboflebit ve/veya üveit ile seyreden erkek hastaların bazal özelliklerinin ortaya konması söz konusu hastalarda daha erken ve agresif tedavi gibi kişiselleştirilmiş yaklaşımlara ve prognozun iyileşmesine neden olabilir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, küme analizi, üveit

Tutulum	Kadın n, (%)	Erkek n, (%)	p değeri
Genital ülser	168 (%78,9)	161 (%70,3)	**0,04**
Papülopüstüler lezyon	44 (%20,7)	53 (%23,1)	0,52
Eritema nodosum	86 (%40,4)	59 (%25,8)	**0,001**
Üveit	62 (%29,1)	98 (%42,8)	**0,003**
Artrit	57 (%26,8)	59 (%25,8)	0,81
Derin ven trombozu ve tromboflebit	13 (%6,1)	62 (%27,1)	**<0,001**
SSS tutulumu	4 (%1,9)	13 (%5,7)	**0,038**
GIS tutulumu	5 (%2,3)	5 (%2,2)	0,90

Şekil 1. Cinsiyete göre organ tutulumları

[PS-101]

Granülomatoz polianjitli bir hastada rinolit ile ilişkili nazal aktinomikozis olgusu

Aleyna Ayaz[1], Mehmet Düzlü[2], İbrahim Karaduman[3], Abdulsamet Erden[3], Hamit Küçük[3]

[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Öğrencisi, Ankara

[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Ankara

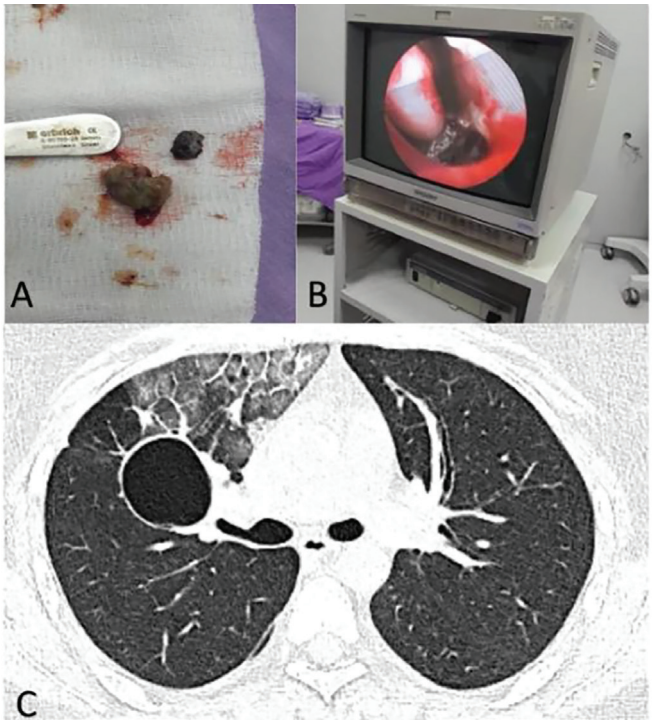
[3]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Granülomatozis polianjitis (GPA), küçük ve orta çaplı damarları tutan, nadir görülen sistemik bir vaskülittir. Yıllık insidansı yaklaşık 3-14/milyon olup, en sık solunum yolları ile böbreklerde tutulum gösterir. Hastalığın tedavisinde kullanılan siklofosfamid ve rituksimab gibi immünosüpresif ajanlar hastalık kontrolünü sağlamakla birlikte, pneumocystis jirovecii pnömonisi, invaziv fungal enfeksiyonlar ve nadir bakteriyel enfeksiyonlar gibi fırsatçı enfeksiyonlara zemin hazırlayabilmektedir. Enfeksiyon ve vaskülit aktivasyonu benzer klinik tablolar gösterebilmektedir. Rinolitler, nazal kavitede mineralize kitleler olup nadir görülür; obstrüksiyon, pürülan akıntı ve yüz ağrısına yol açabilir. Aktinomikoz ise, başlıca Actinomyces israelii olmak üzere gram-pozitif, filamentöz ve anaerob bakterilerin neden olduğu bir enfeksiyondur. Normalde oral kavite, gastrointestinal ve ürogenital sistemin kommensal florasında bulunurken, nazal kavitede aktinomikoz nadir olup rinolit ile birlikteliği oldukça sıra dışıdır. GPA tanılı bir hastada rinolit ile ilişkili nazal aktinomikozis olgusunu; immünsüprese bireylerde fırsatçı enfeksiyonlar ile hastalık aktivasyonu ayrımının tanısal güçlüğünü vurgulamak için sunuyoruz.

Olgu: Yirmi iki yaşında GPA tanısı alan ve 5 yıldır takipli kadın hasta öksürük, balgam, nefes darlığı, hemoptizi semptomları ile kliniğimize başvurduğunda yapılan ileri incelemede ANCA IFA sonucu formalin dirençli 2 pozitif C-ANCA, renal biyopsi GPA ile uyumlu, toraks bilgisayarlı tomografide (BT) kaviter lezyon saptandı. Akciğer ve renal tutulumu mevcut olup tanıdan sonra, 3gr siklofosfamid sonrasında 2 yıl rituksimab (rtx) indüksiyon tedavisi, 1 yıl rtx idame ve beraberinde steroid tedavisi alan hastanın steroidi tedrici olarak azaltıldı. Takipteyken yaklaşık iki haftadır devam eden öksürük, kulak tıkanıklığı, sağ gözde kızarıklık, burun akıntısı yakınmalarıyla kliniğimize başvurdu. Son rituksimab dozundan sonra üst solunum yolu bulgularında artış tarifleyen hasta hospitalize edildi. Sekonder enfeksiyon açısından antibiyoterapi uygulandı. Yapılan muayenesinde bilateral pürülan akıntı ve sağ nazal kavitede rinolit saptandı. Hastanın yapılan laboratuvar tetkiklerinde Hb: 10,7 g/dL, MCV: 82,2 fL, prokalsitonin 0.09, C- reaktif protein 61,6 mg/L, total Ig G 5,57 g/L (7-16), total IgA 0,501 g/L (0,4-2,3), total IgM 0,649 g/L (0,7-4) olarak ölçüldü. Balgam kültüründe patojen üreme olmadı. Böbrek fonksiyon testleri ve biyokimya parametreleri normal sınırlarda olup, idrar analizinde proteinüri dışında bir patoloji yoktu. Sağ nazal pasajda bulunan rinolit uyumlu lezyon eksize edildi. Yapılan doku örneklemesinde aktinomikoz ile uyumlu mikroroganizma toplulukları tespit edildi. Aktinomikozun akciğer tutulumunu değerlendirmek amacıyla çekilen BT'de sağ akciğer üst lobda en büyüğü 5,5x5 cm boyutlarında, kalın duvarlı ve pnömatosel ile uyumlu kistik lezyonlar; sağ alt lobda yeni gelişmiş yaygın konsolidasyon izlendi. Ek patoloji ve tutulum açısından çekilen paranazal BT'de minimal mukozal ödem dışında patoloji saptanmadı. Etken üretme amacıyla yapılan fiberoptik bronkoskopide biyopsi ve bronkoalveolar lavaj alındı. Yapılan incelemede spesifik patoloji saptanmadı. Ampirik başlanan piperasilin-tazobaktam tedavisi amoksisilin-klavulanik asite değiştirilerek hasta taburcu edildi.

Sonuç: Actinomyces türleri, genellikle mukozal bariyerin bozulduğu ve anaerob koşulların oluştuğu ortamlarda patojen hale gelir. Bu olguda rinolitin, enfeksiyon için uygun bir odak oluşturduğunu düşünmekteyiz. Bildiğimiz kadarıyla, GPA hastasında rinolit eksizyonu ve sinonazal tutulumun aktinomikoz ile komplike olması literatürde ilk kez sunulmaktadır. GPA hastalarında bu tür lokalize sinonazal enfeksiyonlar, klinik semptomların örtüşmesi nedeniyle hastalık aktivitesine bağlanarak gözden kaçabilmektedir. Ancak immünosüpresif tedavi altındaki hastalarda nadir yapısal lezyonlar ve ikincil enfeksiyonlar da göz önünde bulundurulmalı, gereksiz agresif immünosüpresif tedavinin önüne geçilmelidir. Bu tür sıra dışı birlikteliklere dair farkındalık, uygun tedavi yaklaşımının belirlenmesi ve hasta prognozunun iyileştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Granülomatozis polianjitis, rinolit, aktinomikozis



Şekil 1. Granülomatozis polianjitis hastasında a: Rinolit b: Bronkoskopide rinolit görüntüsü, c: Akciğerde kistik lezyon, Granülomatozis polianjitis hastasında rinolit ve aktinomiçes birlikteliği

[PS-102]

Zor yönetilen aksiyel spondiloartrit hastalarının sınıflandırılmasında devamlılık ve geçişler: Gerçek yaşam verisinde ASAS 2024 kriterlerinin zaman içindeki değişimi

Gözde Sevgi Kart Bayram[1], Muhammed Çağrı Akdemir[2], Mustafa Ekici[1], Gizem Ayan[1], Büşra Fırlatan Yazgan[1], Erdinç Ünaldı[1], Buğu Bulat[1], Ali Aytuğ Kuştaş[1], Ali Akdoğan[1], Ömer Karadağ[1], Şule Apraş Bilgen[1], Ali İhsan Ertenli[1], Sedat Kiraz[1], Umut Kalyoncu[1], Levent Kılıç[1]

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

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

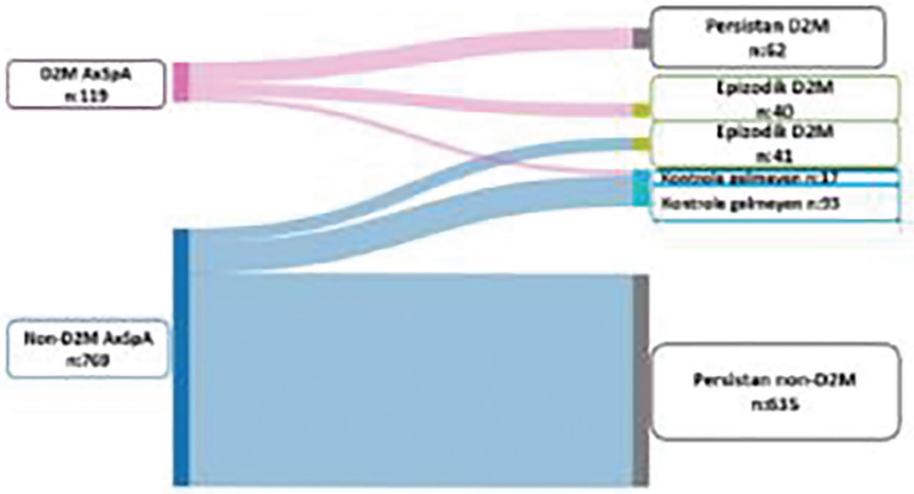
Amaç: Enflamatuvar artritlerde "zor yönetilen hasta" kavramı son yıllarda tanımlanmaya ve bu gruptaki hastaların özellikleri tartışılmaya başlanmıştır. Ancak bu tanım, aynı zamanda hastaları belirli bir kategoriye yerleştirme ve etiketleme riski de taşımaktadır. Bir hastanın zor yönetilen aksiyel spondiloartrit (D2M-axSpA) olarak sınıflandırılması, bu durumun hastalık süreci boyunca sabit kalacağı ya da zaman içinde aynı şekilde devam edeceği anlamına gelmemektedir. Bu bağlamda, D2M ve yönetimi zor olmayan (non-D2M) durumlar arasındaki geçişlerin nasıl seyrettiğine dair bilgiler sınırlıdır. Bu çalışma, D2M-axSpA sınıflandırmasının zaman içerisindeki tutarlılığını değerlendirmeyi ve b/tsDMARD tedavisinin başlangıcında non-D2M, persistan D2M ve epizodik D2M olgular arasındaki farklılıkları ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Yöntem: Bu çalışma Nisan-Aralık 2023 tarihleri arasında romatoloji kliniğimize başvuran, en az bir yıldır b/tsDMARD tedavisi almakta olan aksiyel spondiloartropati (axSpA) hastalarının kesitsel değerlendirmesidir. Hastalar D2M-axSpA kriterlerini karşılayıp karşılamamaları açısından iki zaman noktasında değerlendirildi: (1) çalışmaya dahil edilme dönemindeki başvuruları; (2) ilk vizitten 6-12 ay sonraki takip ziyaretleri. Bu iki zaman noktasına ait verilere göre hastalar üç gruba ayrıldı: her iki değerlendirmede de D2M-axSpA olanlar "persistan D2M", her iki değerlendirmede de non-D2M-axSpA olanlar "persistan non-D2M" ve sadece bir değerlendirmede D2M-axSpA olanlar "epizodik D2M-axSpA" olarak tanımlandı. Hastaların b/tsDMARD tedavisine başlama anındaki demografik, klinik ve hastalık aktivite indeksleri ile komorbiditeleri değerlendirildi ve gruplar arasında karşılaştırıldı. Persistan D2M-axSpA hastalarını predikte eden faktörlerin değerlendirmek amacıyla lojistik regresyon analizi yapıldı. Tek değişkenli analizde persistan D2M-axSpA ile ilişkili olan ve anlamlılık düzeyi 0,20'nin altında bulunan faktörler çok değişkenli modele alındı ve backward eliminasyon yöntemi ile 0,05 anlamlılık düzeyi ile değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 888 hasta (ortalama yaş: 45,4; erkek cinsiyet %53,4) bu değerlendirmeye dahil edildi. Başlangıçta D2M-axSpA olarak sınıflandırılan hastaların (n=119) %52,1'i (62/119) persistan D2M-axSpA, %33,6'sı (40/119) epizodik D2M-axSpA grubundaydı. Hastaların %14,2'si (17/119) takip vizitlerine katılmadı. Başlangıçta non-D2M-axSpA olan hastaların (n=769) ise %82,5'i (635/769) persistan non-D2M-axSpA, %5,33'ü (41/769) epizodik D2M-axSpA grubunda yer aldı ve %12,09'u (93/769) takip vizitlerine katılmadı (Şekil 1). Persistan D2M-axSpA hastaları daha sık kadın cinsiyetindeydi ve hipertansiyon, KOAH/astım ve diabetes mellitus oranları daha yüksekti. b/tsDMARD başlanma anında BASDAI ve VAS global skorları persistan D2M grubunda anlamlı derecede daha yüksekti. Univaryant analizde, kadın cinsiyet, daha uzun hastalık süresi, tanı ile ilk b/tsDMARD tedavi başlangıcı arasındaki sürenin uzunluğu, sigara öyküsü, komorbidite sayısındaki artış, psöriazis ve KOAH/astım varlığı ile b/tsDMARD tedavisi başlangıcında yüksek BASDAI, BASFI, HAQ ve VAS-global skorları persistan D2M gelişimi ile ilişkili bulundu (p<0,20). Bu değişkenler çok değişkenli modele dahil edildi. Multivaryant lojistik regresyon analizinde ise b/tsDMARD tedavisi başlangıcındaki yüksek BASDAI skoru persistan D2M için bağımsız bir prediktör olarak saptandı (OR: 1,48; %95 GA: 1,15-1,91; p=0,002).

Sonuç: Çalışmamız, başlangıçta D2M-axSpA tanısı alan hastaların %33,6'sının zaman içinde non-D2M durumuna geçtiğini ve genel popülasyonun %10'unun bir kategoriden diğerine geçiş yaptığını ortaya koydu. Persistan D2M-axSpA hastalarının daha sık kadın olduğu ve komorbidite prevalansının daha yüksek olduğu görüldü. Hekimlerin, D2M-axSpA kriterlerinin zaman içinde değişebileceğinin ve BASDAI, HAQ ve VAS global skorları gibi subjektif ölçütleri etkileyebilecek faktörlerin bu değişimde rol oynayabileceğinin farkında olması gerekir.

Anahtar Kelimeler: Aksiyel spondiloartrit, biyolojik hastalık modifiye edici antirromatizmal ilaçlar, zor tedavi edilen hastalık



Şekil 1. D2M ve non-D2M hastalarının zaman içindeki değişimi

[PS-103]

ANCA-ilişkili vaskülitler hasta kaynaklı ölçütler (AAV-PRO) Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği

Emre Bilgin[1], Ebru Öztürk[2], Esra Erpek[3], Hasan Kocaayan[3], Rıza Can Kardaş[4], Hamit Küçük[4], Servet Akar[3], Ömer Karadağ[1], Banu Çakır[5]

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

[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

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

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

[5]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Epidemiyoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: ANCA ile ilişkili vaskülit (AAV) hastalarında yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla 2016'da Oxford Üniversitesi tarafından geliştirilen AAV-PRO anketi, 29 sorudan oluşan hasta merkezli bir ölçektir. Bu çalışmada AAV-PRO'nun Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği araştırılmıştır.

Yöntem: Ocak 2023 – Mayıs 2024 arasında Hacettepe, Gazi ve İzmir Katip Çelebi Üniversitesi romatoloji kliniklerinden AAV tanılı 154 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Sosyodemografik ve hastalığa özgü veriler, AAV-PRO ve EQ-5D-5L anketleri kaydedilmiştir.

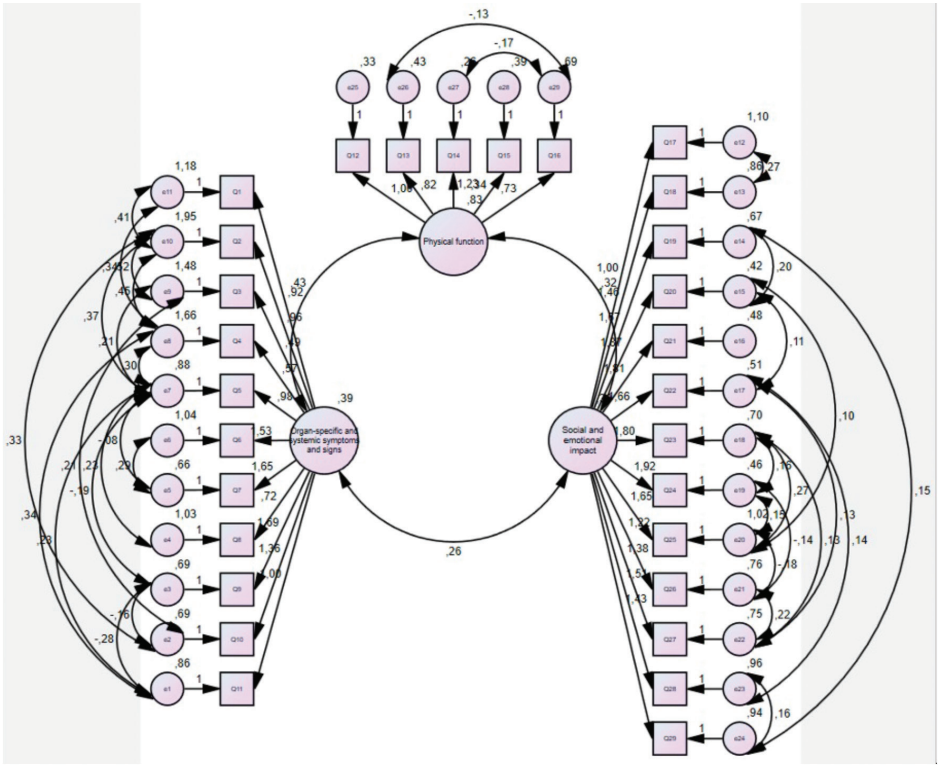
• Geçerlik: Yapı geçerliği, hipotez testleri (alt gruplar arasında AAV-PRO skor karşılaştırmaları) ve yakınsak geçerlik (EQ-5D-5L ile korelasyonlar) incelenmiştir. Orijinal İngilizce (6 alt boyut) ve İtalyanca (3 alt boyut) yapılar doğrulayıcı faktör analizinde (DFA) referans alınmıştır. CMIN/DF, GFI, AGFI, NFI, IFI, TLI, CFI ve RMSA değerleri hesaplanmıştır.

• Güvenilirlik: İç tutarlılık Cronbach alfa ile, test-tekrar test güvenilirliği ise 46 hastada 3-5 gün arayla yapılan ikinci uygulama sonrası sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: 154 hastanın ortalama yaşı 52,6±14,8 yıl olup %45,5'i kadındı. Ortalama tanı yaşı 46,8±15,3 yıl, medyan hastalık süresi 4,8 yıldı (0,1-32,5). Tanısal dağılımda 111 hasta (%72,1) GPA, 24 hasta (%15,6) EGPA, kalan 19 hasta (%12,3) MPA olarak sınıflandırıldı. PR3-ANCA pozitifliği %55,8, MPO-ANCA %23,4, ANCA-negatiflik %20,8 oranındaydı. En sık tutulum alanları konstitüsyonel belirtiler (%90,3), solunum sistemi (%72,1), kulak-burun-boğaz (%64,3), genitoüriner (%49,4) ve deri (%27,9) idi. Nörolojik tutulum %12, kardiyak tutulum %8 oranında saptandı. Komorbiditeler arasında hipertansiyon (%47,4), diyabet (%20,1), astım (%13,6) ve kronik böbrek hastalığı (%10,4) yer aldı. Çalışma sırasında 121 hasta (%78,6) remisyondaydı. DFA'da orijinal 6 alt boyutlu yapı anlamlı uyum göstermedi (CMIN/DF=1,74; GFI=0,79; AGFI=0,74; NFI=0,78; IFI=0,89; TLI=0,87; CFI=0,89; RMSA=0,07). Buna karşılık, İtalyanca 3 alt boyutlu yapı daha iyi uyum gösterdi (CMIN/DF=1,36; GFI=0,83; AGFI=0,79; NFI=0,84; IFI=0,95; TLI=0,95; CFI=0,95; RMSA=0,048). Hipotez testlerinde kadınlarda sosyal-duygusal etki skorları erkeklere göre anlamlı derecede yüksekti [medyan (IQR): 31,7 (11,5-50,0) vs 23,1 (9,6-38,5), p=0,023]. Komorbiditesi olanlarda fiziksel fonksiyon skorları belirgin yüksekti ([20,0 (5,0-40,0) vs 10,0 (2,5-20,0), p=0,002]. Aktif hastalığı olanlarda tüm AAV-PRO alt boyutları remisyona göre anlamlı şekilde daha yüksek bulundu. Yakınsak geçerlik analizinde AAV-PRO alt boyutları ile EQ-5D-5L arasında güçlü korelasyonlar gözlendi (r=0,62-0,78). Cronbach alfa katsayısı 0,94 olup ölçeğin iç tutarlılığı mükemmeldi. Test-tekrar test güvenilirliği 46 hastada değerlendirildi; ICC değerleri organ-spesifik ve sistemik semptomlar için 0,95 (GA %95: 0,90-0,97), fiziksel fonksiyon için 0,94 (0,90-0,97), sosyal-duygusal etki için 0,96 (0,92-0,98) idi.

Sonuç: Türkçe AAV-PRO, ANCA ile ilişkili vaskülitli hastalarda geçerli ve güvenilir bir hasta bildirimli sonuç ölçüm aracıdır. İtalyanca üç alt boyutlu yapı en uygun model olarak belirlenmiştir. Yüksek iç tutarlılığı, güçlü test-tekrar test güvenirliği ve klinik parametrelerle uyumu, bu ölçeğin hem klinik uygulamalarda hem de araştırmalarda kullanılabilecek değerli bir araç olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: AAV-PRO, ANCA ilişkili vaskülitler, geçerlik ve güvenilirlik



Şekil 1. İtalyanca çeviri yapısına (3 alt boyut) dayalı yapısal eşitlik modeli diyagramı

[PS-105]

Türkiye'de ilk kez tanımlanan *HPRT1* ilişkili gut ailesi: Genomdan DEBT'e, tanı ve yönetimde yol gösterici veriler

Reyhan Bilici[1], Fahrettin Duymuş[2], Abdullah Enes Ataş[3], Selma Özlem Çelikdelen[4]

[1]*Konya Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Konya*

[2]*Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genetik Anabilim Dalı, Uşak*

[3]*Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Konya*

[4]*Konya Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Konya*

Amaç: Hipoksantin-guanin fosforiboziltransferaz 1 (HPRT1) geni, hipoksantin fosforibosiltransferaz 1 adı verilen bir enzimin üretimini kontrol eder. Bu enzim, hücrelerin DNA'nın bir yapı taşı türü olan purinlerin ve RNA'nın geri dönüştürülmesini sağlar. HPRT1 genindeki patojenik varyantlar, pürin metabolizmasının bozulmasına ve hiperürisemiye yol açarak, sıklıkla erken yaşta başlangıç gösteren, yüksek ürik asit düzeyleri ve ağır klinik seyir ile karakterize herediter gut tablolarına neden olmaktadır (MIM:300323).

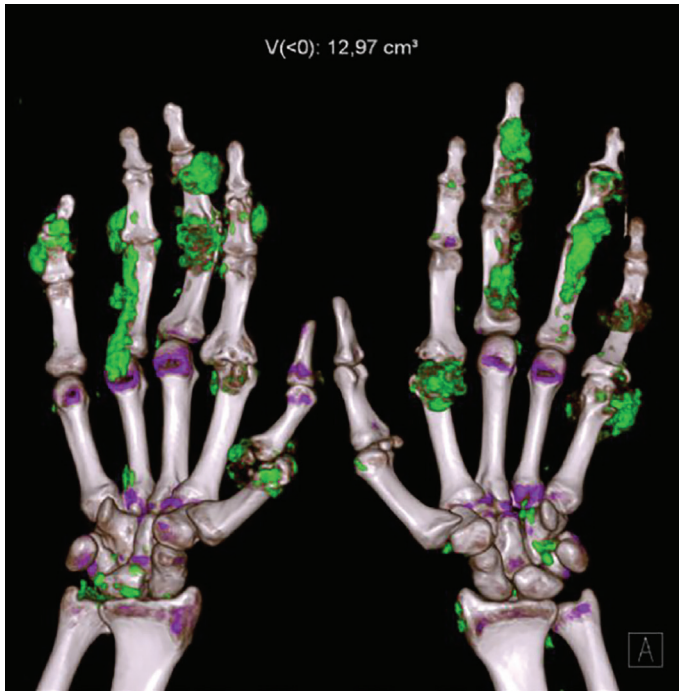
Yöntem: İndeks olguda periferik kandan elde edilen DNA, klinik ekzom dizilemesi (CES) ile analiz edilmiştir. Aynı ailedeki diğer bireylerde ise, indeks olguda tanımlanan varyantın doğrulanmasına yönelik olarak hedef bölge analizi Sanger dizileme yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Hastaların etkilenen eklemine yönelik, 256-kesitli SOMATOM Drive (Siemens, Erlangen, Almanya) BT cihazı ile kontrastsız Dual Enerji BT (DEBT) taraması yapıldı. Çekim, 80/140 kVp tüp voltajı ve otomatik tüp akımı modülasyonu kullanılarak gerçekleştirildi. Elde edilen veriler, spesifik bir "Gout" yazılımı Syngo.via (Siemens, Erlangen, Almanya) ile işlendi. Materyal ayrışım tekniği kullanılarak monosodyum ürat (MSU) kristalleri yeşil renkle, kalsiyum birikimleri ise mavi-mor renkle kodlanarak standart BT kesitleri üzerine bindirilmiş renkli haritalar oluşturuldu. Bu haritalar aracılığıyla tofüslerin anatomik yerleşimi ve yaygınlığı değerlendirildi.

Bulgular: Bu çalışma, aynı aileye mensup 7 hastanın klinik ve laboratuvar özelliklerinin değerlendirilmesini kapsamaktadır. Beş hastada yapılan genetik analizlerde HPRT1 (NM_000194.3) geninde c.481G>T (p.Ala161Ser) patojenik varyantı saptanmıştır. Kalan iki hastadan biri 2017 yılında eksitus olmuş, diğeri ise genetik test yaptırmayı kabul etmemiştir. Ancak pedigri analizi ve klinik bulgular bu iki hastanın da aynı mutasyonu taşıdığını düşündürmektedir. Olguların 4'ü erkek ve 3'ü kadın olup, yaş ortalaması 52,1 yıl (26-80 yıl) idi. Erkek bireylerde hastalık başlangıç yaşı daha erken olup, kadınlarda ise ileri yaşta başvuru gözlendi. En sık başlangıç semptomu podogra olup (%57,1), diğer başlangıç bulguları arasında yaygın eklem ağrısı, bel ağrısı ve kulakta kızarıklık yer aldı. Hastaların %71,4'ünde tofus mevcuttu ve yıllık ortalama atak sayısı 11,5 (0-25) olarak belirlendi. Ortalama hastalık süresi 20,3 yıl olup, olguların bir kısmında ankilozan spondilit, juvenil idiyopatik artrit, romatoid artrit ve ailevi Akdeniz ateşi gibi eşlik eden romatolojik hastalıklar ile hipertansiyon, diyabet, obezite, kronik böbrek hastalığı ve nefrolitiyazis gibi komorbiditeler mevcuttu. Laboratuvar analizlerinde ortalama ESR 15 mm/h, CRP 5,5 mg/L ve ürik asit düzeyi 10,2 mg/dL bulundu. Serolojik testler RF ve anti-CCP açısından negatifti; bir olguda ANA pozitifliği, bir olguda ise MEFV M680I heterozigot mutasyonu vardı. Görüntüleme yöntemleri ile iki hastada sakroileit

doğrulanmış, grafilerde erozyon ve dejeneratif değişiklikler saptanmıştır. Dual enerji BT ile etkilenen eklemlerde monosodyum ürat kristalleri tespit edilmiştir. Tedavide en sık febuksostat, kolşisin, NSAİİ ve bazı olgularda DMARD'lar kullanılmış, üç hastada allopurinol/ürikoliz alerjisi öyküsü bulunmuştur.

Sonuç: Bu tabloya sahip olgularda, yüksek ürik asit düzeyleri, erken tofus oluşumu, sık ataklar ve aile içinde benzer öykü varlığı dikkat çekicidir. Bu nedenle, özellikle erken yaşta başlayan, tedaviye rağmen kontrolsüz seyreden ve güçlü aile öyküsü olan gut olgularında HPRT1 gen mutasyonlarının araştırılması klinik yönetim açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: HPRT1 mutasyonu, herediter gut, hiperürisemi, dual enerjili CT, ekzom dizilemesi



Şekil 1. DUAL BT el görüntüsü

[PS-106]

IgG4 ilişkili hastalık ve malignite: Klinik, radyolojik ve histopatolojik ayırıcı tanı yaklaşımı

Melike Ersoy, Gülin Keskin, Emine Figen Tarhan

Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Muğla

Amaç: IgG4 ilişkili hastalık; IgG4 pozitif plazma hücrelerinin artış gösterdiği lenfoplazmositer infiltrasyon, storiform fibrozis, obliteratif flebit patolojik bulgularıyla seyreden, kronik, immün aracılı, fibroenflamatuvar bir hastalık grubudur. Genellikle çeşitli organlarda tümör benzeri kitleler ve fibrozis ile prezente olmaktadır.

Retroperitoneum, pankreas, tükürük bezleri, lakrimal bezler, böbrek, tiroid sık tutulan organlar arasındadır.

Olgu: Elli bir yaşında kadın hasta bel ağrısı, 2 ay içerisinde 8 kilo kaybı şikayeti nedeniyle yapılan tetkiklerde lomber MR'da sol psoas kasında yaygın heterojenite ve volüm artışı saptanması üzerine psoas apsesi ön tanısıyla enfeksiyon hastalıkları servisinde takip edilmiş. Malignite tarama amaçlı çekilen PET BT: "Sağ akciğer üst lob apikalde paravertebral alanda artmış FDG tutulumu gösteren plevral tabanlı nodüler lezyon, sağ akciğer üst lobda artmış FDG tutulumu gösteren nodüler dansite artış alanları, batında L2-L3 vertebra düzeyinde malignite düzeyinde artmış FDG tutulumu gösteren kitlesel lezyon, batında kitle komşuluğunda artmış FDG tutulumu gösteren dansite artış alanları, iskelet sisteminde artmış FDG tutulumları, sol kommon ve internal iliak alanda hipermetabolik lenf nodları ile uyumlu F-18 FDG tüm vücut PET-BT çalışması. Lumbal bölgedeki kitleden ve sağ akciğer apikaldeki nodüler lezyondan histopatolojik korelasyon önerilir." olarak raporlanmış. Sol paravertebral bölge yumuşak dokudan alınan biyopsi patoloji raporu: "Mevcut bulgular "leiomiyom" lehine olup "leiomyosarkom" tümüyle ekarte edilebilmesi için lezyonun eksizyonu önerilir." olarak raporlanan hasta onkoloji servisi tarafından devir alınıp hasta metastatik leiomiyosarkom olarak kabul edilmiş. Hastaya 1 kür gemsitabin+ dosetaksel kemoterapi rejimi tedavisi uygulanmış. Biyopsi materyali ikinci görüş açısından dış merkez patoloji kliniğine gönderilmiş. Dış merkez patoloji raporu: Çizgili kas dokusunu infiltre eden histiosit ve plazma hücrelerinin belirgin infiltrasyonu, miyofibroblast popülasyonu ve fibrozis görüldü. Plazma hücrelerinin yaklaşık %15-20'sinin IgG4 pozitif plazma hücrelerini içerdiği saptandı. Malignite lehine atipik hücre görülmedi olarak raporlandı. IgG4 ilişkili hastalık ön tanısıyla hasta romatoloji servisine devir alındı. Kan IgG4 düzeyi yüksek (390 mg/dL) saptandı. Hastanın ANA, ENA paneli, anti dsdna, mpo ANCA, PR3 ANCA otoantikorları negatif saptandı. CRP değeri 236 saptanan hastanın böbrek fonksiyon testleri normal aralıkta izlendi. Yapılan ekokardiyografide sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu %35 saptandı. Daha önce bilinen kalp yetersizliği tanısı olmayan hastanın kardiyak MR'da ventriküler septum bazalinde ve sol ventrikül bazal anterior kesiminde mid-miyokardiyal ve subepikardiyal kontrastlanma ve T1 değerlerinde artış saptandı. Bulgular fibrozis lehine değerlendirildi. Kardiyoloji tarafından ön planda IgG4 ilişkili hastalık kardiyak tutulum olarak değerlendirildi. Hastaya 3 gün iv 500 mg pulse metilprednizolon ardından 1 mg/kg/gün dozunda metilprednizolon azaltma şeması uygulanarak devam edildi. Steroid tedavisi sonrası takiplerde hastanın CRP değeri 12'ye kadar geriledi. Ardından hastaya rituksimab 500 mg iv tedavi uygulandı.

Sonuç: IgG4 ilişkili hastalık klinik ve radyolojik olarak maligniteyi taklit edebilen bulgularla prezente olabilmektedir. Erken ayrım için klinik olarak çoklu organ tutulumu, laboratuvarda IgG4 yüksekliği, görüntülemede homojen, yaygın tutulum, histopatolojide storiform fibrozis ve IgG4 pozitif plazma hücre birikimi aranmalıdır. Maligniteyi dışlamak için yeterli biyopsi şarttır ve tedaviye başlamadan maligniteyi dışlamak gerekmektedir.
Anahtar Kelimeler: Fibroenflamatuvar hastalık, IgG4 ilişkili hastalık, malignite

[PS-108]

ANCA ilişkili vaskülit alfa-1 antitripsin eksikliği birlikteliği

Andaç Komaç, Duygu Temiz Karadağ, Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle, Serap Argun Barış

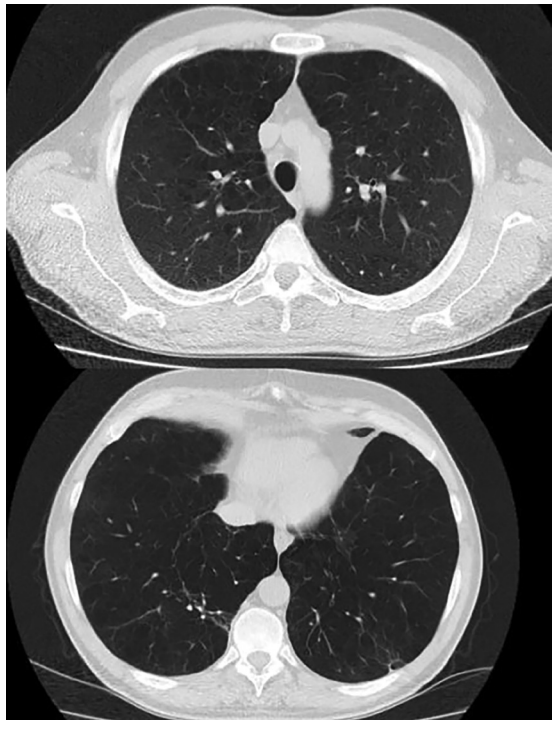
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

Amaç: Alfa-1 antitripsin eksikliği (AAT), akciğerleri, karaciğeri etkileyen nadiren de pannikülit şeklinde deri tutulumu yapan kalıtsal bir hastalıktır. AAT eksikliği, akciğerde amfizem ve bronşiektazi ile giden kronik obstrüktif tip akciğer hastalığına neden olurken, karaciğer tutulumunda kronik karaciğer hastalığı görülmektedir. Renal tutulum nadir olarak bildirilmektedir. Membranoproliferatif glomerülonefrit, IgA nefriti şeklinde görülebilir. ANCA ilişkili vaskülitler ile AAT eksikliği arasında olası ilişki birçok ülkeden gelen ve AAT varyantlarının homozigot ZZ ve SS, heterozigot Z ve SZ'nin multisistem vasküliti olan bireylerde beklenenden daha yüksek sıklıkta görüldüğü yönündeki raporlara dayanmaktadır. Eş zamanlı ANCA ilişkili vaskülit ve AAT tanısı alan hasta sunulmuştur.

Olgu: Elli yaşında erkek hasta, 15 yıldır KOAH tanısı olan hasta son 1 yıldır diz, el bileği, ayak bileği eklemlerinde ağrı şişlik yakınmaları ile romatoloji polikliniğine başvurdu. Fizik muayenesinde bilateral el bileklerinde hassasiyet ve şişlik mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. On yıllık sigara öyküsü olan hasta 15 yıldır sigara kullanmıyordu. Yapılan tetkiklerinde RF 296 IU/mL, CCP, ANA, ENA panel negatif saptandı. ESH 40 mm/s, CRP 15 mg/dL idi. Kontrol tetkiklerinde idrarda +2 protein saptanan hastanın 24 saatlik idrarında 1100 mg/gün proteinüri görüldü. Ayak bileği artriti gelişen hastanın CRP: 156 mg/dL, ESH 50 mm/s saptandı. İleri tetkik amaçlı romatoloji servisine yatırıldı. ANCA İFA 1/320 p-ANCA pozitif, PR3 ANCA, MPO ANCA, anti ds-DNA negatif, C3 C4 değerleri normal saptandı. Kreatinin değeri 2 mg/dL olan hastaya böbrek biyopsisi yapıldı. Böbrek biyopsisinde 30 glomerül izlendi, 8'inde selüler kresent, intersitisyumda dağınık, fokal alanlarda belirginleşen nötrofillerin de eşlik ettiği yoğun lenfoplazmositer hücre infiltrasyonu gözlendi, Tip III (Pauci immün-ANCA ilişkili) kresentik glomerülonefrit düşünüldü. Hastaya azatioprin 2x50 mg/gün, metilprednisolon 48 mg/gün tedavisi başlandı. İstenen protein elektroferezi sonucu; alfa-1 bandı görülemedi alfa-1 antitripsin eksikliği olarak geldi. Toraks BT'de bilateral akciğerde yaygın amfizematöz ve bronş değişiklikleri, sağ akciğer alt lob medialde parankimal fibrotik bantlar ve tübüler bronşektaziler izlendi (Şekil 1). Solunum fonksiyon testlerinde FEV1 %62, FVC %110, FEV1/FVC 45 saptandı. Göğüs hastalıklarına danışılan hastadan alfa-1 antitripsin gen mutasyonu istendi. Homozigot PIZZ mutasyonu saptanan hastanın alfa-1 antitripsin kan düzeyi 0,33 gr/L (0,8-2) düşük saptandı. Batın USG'de karaciğer parankim ekosu heterojen granüler paternde, sol lob hipertrofik kronik karaciğer parankimal hastalığı ile uyumlu bulgular izlendi. Karaciğer fonksiyon testleri normal aralıktaydı. Hastaya alfa-1 proteinaz inhibitörü tedavisi başlandı. Takiplerde steroid dozu azaltılarak 4 mg/gün'e inildi. Altı aydır azatioprin ve steroid tedavisi alan, 2 aydır alfa-1 proteinaz inhibitörü alan hastanın son bakılan kreatinin değeri 1,5 mg/dL, 24 saatlik idrarında 400 mg/gün proteinürisi mevcuttu. Hasta mevcut tedavi ile takip edilmektedir.

Sonuç: Dört yüz otuz üç hastalık bir seride granülamatöz polianjitis olgularında AAT gen mutasyonları görülme riski 14,5 kat fazla saptanmıştır. AAT eksikliği ile c-ANCA pozitif vaskülit arasındaki ilişki olası patogenetik mekanizmalarla güçlenmektedir. Ekstraselüler sıvıda AAT, nötrofilin primer granüllerinde bulunan nötrofil elastaz benzeri serin proteaz olan proteinaz-3'ün inhibitörü olarak önemli bir rol oynar. Kontrol altına alınamadığında, proteinaz-3 güçlü bir doku yıkıcı kapasite sergiler, bu nedenle AAT eksiliği, PR3'e hücre dışı maruziyetin artmasına sebep olarak otoimmün bir yanıtı tetikleyebilir. p-ANCA pozitif hastalarda da AAT eksikliği bildirilmektedir. Nadir olarak ANCA negatif vaskülit, HSP ile birliktelik bildirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Alfa-1 antiripsin eksikliği, ANCA ilişkili vaskülit, renal tutulum



Şekil 1. Akciğer tomografisinde akciğerlerde yaygın amfizem bulguları görülmektedir

[PS-110]

Behçet hastalığında komorbid enflamatuvar hastalıkların sıklığı ve klinik özellikleri: Çok merkezli Behçet kohortu

Emine Büşra Ata[1], İbrahim Yahya Çakır[2], Semiha Köroğlu[3], Gülay Alp[4], Mete Kara[5], Ebru Karaçalı[1], Fatih Mehmet Doğan[1], Yunus Emre Dalkılıç[1], Nuh Ataş[2], Derya Yıldırım[2], Duygu Tecer[1], Gül Sandal Uzun[1], Kenan Aksu[3], Mehmet Akif Öztürk[2], Sedat Yılmaz[1], Abdurrahman Tufan[2], Hazan Karadeniz[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

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

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

[4]Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Uşak

[5]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İzmir

Amaç: Behçet hastalığı (BH), rekürren oral aftöz ülserler ve majör organ tutulumu ile karakterize kronik vaskülitik bir hastalıktır. Behçet hastalığı ile takip edilen birçok hastaya klinik seyri ve tedaviyi etkilyebilecek komorbid hastalıklar eşlik edebilmektedir; ancak bu konuyla ilgili yayınlanmış literatür verileri oldukça sınırlıdır. Bu çok merkezli çalışmada, BH'da enflamatuvar ve enflamatuvar olmayan komorbid hastalıkların sıklığını ve klinik özelliklerini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmada, Türkiye'deki beş farklı üçüncü basamak sağlık merkezinde BH için Uluslararası Çalışma Grubu (ISG) kriterlerini (1990) karşılayan 1396 hasta çalışmaya dahil edildi. Demografik özellikler, klinik bulgular ve laboratuvar verileri bilgisayar tabanlı hasta kayıtlarından sistematik olarak elde edildi. Hastalık aktivitesini ve hasarı değerlendirmek için sırasıyla Behçet Hastalığı Güncel Aktivite Formu (BDCAF) ve Behçet Genel Hasar İndeksi (BODI) kullanıldı. Behçet hastalığı olan hastalarda enflamatuvar komorbiditenin bağımsız öngörücülerini belirlemek için lojistik regresyon analizleri yapıldı.

Bulgular: Hastaların 215'inde (%15,4) eşlik eden enflamatuvar hastalıklar belirlendi. En sık görülen eşlik eden hastalıklar spondiloartrit (SpA) (n=95, %6,8), Ailevi Akdeniz ateşi (AAA) (n=30, %2,1) ve Hidradenitis süpürativa (n=20, %1,4) idi. Diğer dikkat çekici eşlik eden enflamatuvar hastalıklar psöriazis, ürtiker ve multipl skleroz (MS) idi. Koroner arter hastalığı (KAH), hipertansiyon ve hipotiroidizm gibi geleneksel komorbid hastalıklar sistemik enflamatuvar hastalığı olan Behçet hastalarında daha yaygın saptandı (p<0,001). Kortikosteroid ve anti-TNF tedavisi enflamatuvar komorbiditesi olan Behçet hastalarında olmayanlara göre daha yaygındı (p<0.05). Paterji pozitifliği ve daha yüksek BODI skorları enflamatuvar komorbiditelerin varlığı ile güçlü bir şekilde ilişkiliydi (p<0,05). Tek değişkenli analizde, ileri yaş, kadın cinsiyeti ve daha uzun hastalık süresi, BH'de enflamatuvar komorbidite ile anlamlı şekilde ilişkiliydi (p<0,05). Çok değişkenli analizde ileri yaş, enflamatuvar komorbiditeye sahip olmak için bağımsız bir öngörücü olmaya devam etti [OR=0,97, (95% Cl: 0,94-0,99, p=0,04)].

Sonuç: Bulgularımız, Behçet hastalarında enflamatuvar ve enflamatuvar olmayan komorbid hastalıkların yaygın olarak görüldüğünü göstermektedir. Bu nedenle klinisyenler, özellikle enflamatuvar hastalıkla birlikte görülen komorbid enflamatuvar hastalıklara karşı dikkatli olmalıdır. Eşlik eden enflamatuvar hastalıkların varlığı, daha fazla hasar birikimi ve tedavinin yoğunlaştırılması ihtiyacının artmasıyla ilişkilendirilmiştir. Bu ilişkilerin altında yatan ortak patojenik mekanizmaları aydınlatmak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, komorbidite, otoenflamatuvar hastalık, spondiloartropati

[PS-111]

Aksiyal spondiloartritli hastalarda sakroiliak eklem yapısal lezyonlarının değerlendirilmesinde T1-TSE ve T2 STAR mapping MRG sekanslarının BT referans alınarak karşılaştırılması

İdil Kurut Aysin[1], Murat Yoğurtçu[3], Atilla Hikmet Çilengir[2], Ayten Özkan[1], Hasan Kocaayan[1], Özge Yoğurtçu[1], Dilek Solmaz[1], Özgür Tosun[3], Servet Akar[1]

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

[2]İzmir Demokrasi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir

[3]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Aksiyal spondiloartrit (axSpA) için ileri sürülen ASAS sınıflama kriterlerine göre, subkondral kemik iliği ödemine (KİÖ) dayalı pozitif manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bulgularının ağır işlerde çalışan bireylerde, elit sporcularda ve doğum sonrası kadınlarda sıklıkla görülebildiği bildirilmiştir. Bu nedenle çeşitli çalışmalar MRG'de gözlenen kemik iliği ödemine ek olarak, yapısal değişikliklerin değerlendirilmesinin de axSpA tanı/sınıflandırmasında "doğruluğu" artırdığını ve bu şekilde axSpA hastalarının non-spesifik kemik iliği ödemi olanlardan ayırmada önemli olabileceğini göstermiştir. Bu nedenle çalışmamızda; axSpA şüphesiyle yönlendirilen bel ağrılı hastalarda bilgisayarlı tomografi (BT) referans alınarak; T1 ağırlıklı turbo spin eco (T1) ve T2 Star Mapping (STAR) MRG sekanslarının sakroiliak eklemdeki (SİE) yapısal değişiklikleri saptamadaki performanslarını ortaya koymayı amaçladık.

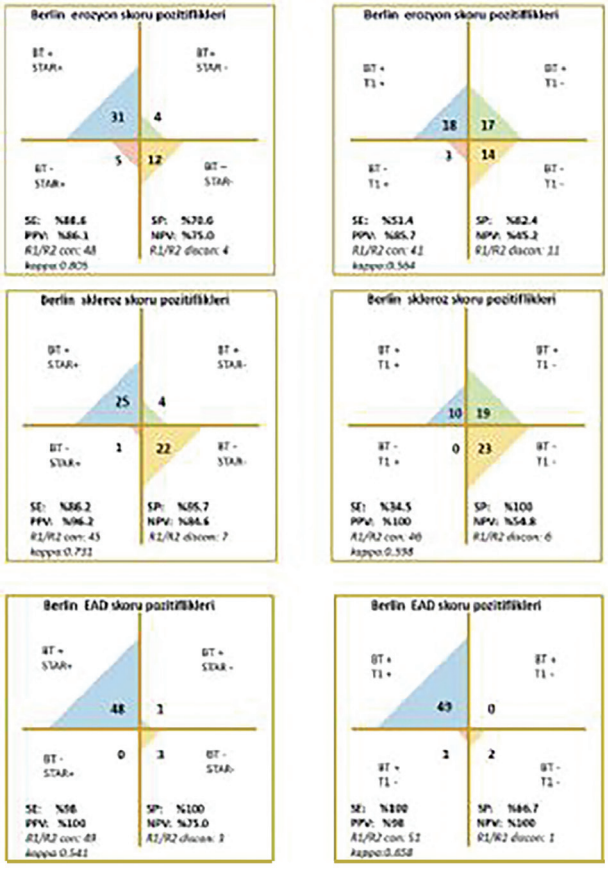
Yöntem: Kliniğimize axSpA ön tanısıyla yönlendirilen 54 hastanın (25 [%46,3] kadın; 29 [%53,7] erkek; yaş ortalamaları 43,7 [SD: 1,51]; BASDAİ ortalamaları 5,08 [SD: 0,36]); aynı ay içinde SİE MRG ve BT görüntüleri elde edildi. 2 kadın hastanın BT görüntü kalitesi yeterli olmadığı için 52 hastanın görüntüleri, hasta bilgilerine kör 2 okuyucu tarafından Berlin (24 bölge için erozyon, skleroz, eklem aralığı değişikliği [EAD]) ve SPARCC (40 bölgede erozyon ve ankiloz) yöntemleri kullanılarak skorlandı.

Bulgular: Çalışmamıza dahil edilen 52 hastadan 43'ü ASAS 2009'a göre SpA olarak sınıflandırıldı (37 [%71,2] r-axSpA; 5 [%9,6] non-r-axSpA; 1 [%1,9] per-SpA). Dokuz (%17,3) hastada ise osteoitis condensans ilii gibi non-enflamatuvar etiyolojilere bağlı bel ağrısı bulunmaktaydı. MRG ve BT yapısal değişiklik toplam skorları ile hesaplanan gözlemci içi "interclass korelasyon katsayısı" (ICC) 0,8 ile 1 arasında değişmekteydi. Berlin ve SPARCC yapısal lezyon toplam skorları, STAR ve T1'in BT ile uyumunu gösteren Pearson

korelasyon katsayıları ve gözlemciler arası hesaplanan ICC katsayıları Tablo 1'de verilmiştir. Berlin skorlama yöntemi kullanılarak farklı görüntüleme modaliteleri ile erozyon, skleroz, EAD açısından pozitif değerlendirilen hasta sayıları sırasıyla Erozyon: BT'de 35 (%67,3) T1'de 21 (%40,4) STAR'da 36 (%69,2); Skleroz: BT'de 29 (%55,8), T1'de 10 (%19,2), STAR'da 26 (%50); EAD: BT'de 49 (%94,2), T1'de 50 (%96,2) STAR'da 48 (%92,3) saptandı. T1 ve STAR'ın erozyon saptamadaki tanısal doğrulukları (diagnostik accuracy: DA) sırasıyla %61,5 ile %82,6; skleroz için doğruluk oranları %62,4 ile %90,3; EAD için doğruluk oranlarıysa her iki sekans için %98,2 hesaplandı. STAR ve T1 sekanslarının BT referans alınarak hesaplanan tanısal performans detayları Şekil 1'de gösterilmiştir.

Sonuç: STAR sekansının T1'e göre erozyon ve sklerozu saptamadaki doğruluk oranlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. EAD açısından benzer sonuçlar bulunmuş olsa da çoğu hastada (%94) eklem aralığı değişikliğinin pozitif olması nedeniyle yapılan analiz güvenilirliğinin düşük olduğu ve STAR'ın üstünlüğünün gösterilemediği düşünülmüştür. Bu sonuçlar STAR sekanslarının yapısal lezyonları göstermede tekrarlanabilirliğine işaret etmektedir. Sonuç olarak SİE'de KİÖ tespit edilen hastalarda tanısal doğruluğu artırmak için T1 sekansına ek olarak önerilen T1 gradiyent eco sekansları gibi; T2 ağırlıklı olmasına rağmen STAR mapping sekansının da kullanılabileceği gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Spondiloartirit, MRG, sakroiliak eklem, yapısal lezyonları



Şekil 1. STAR ve T1 sekanslarının Berlin skorları pozitiflik oranlarına göre tanısal performansları ve okuyucular arası uyum skorları (cohens kappa), SE: sensitivite, SP: spesifite, PPV: pozitif prediktif değer, NPV: negatif prediktif değer R1/R2 Con: 1. ve 2. okuyucunun uyumlu oldukları hasta sayısı; R1/R2 discon: 1. ve 2. okuyucunun uyumsuz oldukları hasta sayısı

[PS-112]

Nörolojik semptomlarla yatırılan hastalarda MTB pozitifliğinin prediktörleri: On yıllık kohort analizi

Mustafa Ekici[1], Tuğba Özüm[2], Ayşenur Bolukçu[3], Naciye Güdük Şirvan[4], Fırat Şirvan[4], Meryem Ay[4], Pınar Özen[2], Rahşan Göçmen[3], Aslı Tuncer[2], Umut Kalyoncu[1]

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

[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara

[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

[4]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Nörolojik semptomlarla nöroloji servisine yatırılarak izlenen hastalarda minör tükürük bezi biyopsisi (MTB), tanısal süreçte sık kullanılan yöntemlerden biridir. Ancak bu hasta grubunda biyopsi sonucunda fokus skoru (FS) ≥1 oranına dair kesin veriler mevcut değildir. Literatürde farklı endikasyonlarla biyopsi yapılan hasta gruplarında %29-54 arasında değişen pozitiflik oranları bildirilse de, yalnızca nörolojik yakınmalar nedeniyle yatan hastalarda özgün veriler sınırlıdır. Bu çalışmada, nöroloji servisine yatırılarak takip edilen ve MTB yapılan hastalarda biyopsi pozitiflik oranını, pozitifliği öngören faktörleri ve eşlik eden klinik özellikleri değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Bu tek merkezli retrospektif çalışmaya, 01.01.2014-22.09.2024 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde nöroloji servisine yatırılarak izlenen ve romatoloji konsültasyonu sonucu minör tükürük bezi biyopsisi (MTB) yapılan ≥18 yaş hastalar dahil edildi. Demografik, klinik, laboratuvar ve görüntüleme verileri hastane kayıtlarından elde edildi. Romatolojik tanılar romatolog, nörolojik tanılar nörolog, radyolojik bulgular ise radyolog tarafından yeniden değerlendirildi. MTB pozitifliği, FS ≥1 ve/veya Chisholm-Mason grade 3-4 kriterlerine göre tanımlandı. Verilerin analizinde uygunluğa göre Student t-testi, ki-kare testi, prediktör faktörlerin belirlenmesinde lojistik regresyon ve tanılar arası uyumun değerlendirilmesinde Spearman korelasyonu kullanıldı.

Bulgular: 2014-2024 arasında değerlendirilen 1.501 hastadan MTB sonucu bulunan 342'si (%22,8) çalışmaya alındı. Biyopsi dağılımı grade 0 için %33,6, grade 1 için %36,3, grade 2 için %12,6, grade 3 için %8,8 ve grade 4 için %3,2 olup, ayrıca %1,8'i gradelenmemiş, %3,8'i ise "diğer" olarak saptandı. Nihai değerlendirmeler grade belirtilmeyen 19 hasta dışlanarak 323 hasta üzerinden yapıldı; ortalama yaş 50,6±15,2 yıl olup, hastaların %69,7'si kadındı. MTB 3-4 grubunda ateş öyküsü, ağız-göz kuruluğu, LAP, anti-Ro/La pozitifliği, göz hareket kısıtlılığı, derin duyu kaybı ile uzun segment spinal tutulum daha sık saptandı. Tedavide ise siklofosfamid, azatiyopürin, mikofenolat mofetil, hidroksiklorokin ve ritüksimab kullanım oranları bu grupta anlamlı olarak yüksekti. Multivariate analizde ateş öyküsü (OR: 4,52, %95 CI: 1,396-14,688; p=0,01), ağız kuruluğu (OR: 3,27, %95 CI: 1,245-8,589; p=0,01), derin duyu kaybı (OR: 4,29, %95 CI: 1,611-11,423; p=0,004), anti-La pozitifliği (OR: 9,72, %95 CI: 1,00-94,66; p=0,05), uzun segment spinal tutulum (OR: 2,40, %95 CI: 1,004-5,772; p=0,04) ve leptomeningeal tutulum (OR: 3,06, %95 CI: 1,015-9,275; p=0,04) MTB pozitifliği için bağımsız prediktörler olarak belirlendi. Tablo 2'de de MTB

gradelemesine göre romatolojik ve nörolojik tanı dağılımları gösterilmiştir. Nörolojik ve romatolojik tanılar arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı (Spearman rho=0,552, p<0,001).

Sonuç: Nörolojik semptomlarla yatarak izlenen hastalarda yapılan MTB sonuçları ve pozitifliğe etki edebilecek prediktör faktörlere dair literatürde veri bulunmamaktadır. Genel çalışmalarda pozitifliği öngören başlıca faktörler anti-Ro/La antikorları, yüksek ANA ve RF titresi, eklem tutulumu ve hipokomplementemi olarak bildirilmiştir. Bizim kohortumuzda ise literatürden farklı olarak özellikle derin duyu kaybı ve spinal tutulum MTB pozitifliğinin güçlü prediktörleri olarak öne çıkmıştır. Bu durum, nörolojik hasta grubunda MTB'nin özgün belirleyicilerinin olabileceğini göstermekte ve literatüre katkı sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Minör tükürük bezi biyopsisi, nörolojik belirtiler, Sjögren sendromu

Tablo 2. MTB gruplarına göre nihai romatolojik ve nörolojik tanıların dağılımı

	Tüm hastalar n: 323	**MTB (0+1+2) n: 282**	**MTB (3+4) n: 41**	**p**
Nihai romatolojik tanı n (%)				
- Romatolojik hastalık düşünülmemiş	162 (50,2)	161 (57,1)	1 (2,4)	
- Sjögren	54 (16,7)	20 (7,1)	**34 (82,9)**	
- SLE	6 (1,9)	5 (1,8)	**1 (2,4)**	
- RA	7 (2,2)	6 (2,1)	**1 (2,4)**	**<0,001**
- Vaskülit	13 (4,0)	11 (3,9)	**2 (4,9)**	
- Farklaşmamış bağ doku hastalığı	20 (6,2)	20 (7,1)	**0**	
- Diğer romatolojik hastalık	17 (5,3)	17 (6,0)	**0**	
- Araştırma tamamlanmamış	44 (13,6)	42 (14,9)	**2 (4,9)**	
Nihai nörolojik tanı n (%)				
- MS	71 (22,0)	68 (24,1)	3 (7,3)	
- Miyelit	9 (2,8)	9 (3,2)	0	
- Vaskülit	18 (5,6)	16 (5,7)	2 (4,9)	
- Otoimmün demiyelizan hastalık	17 (5,3)	17 (6,0)	0	
- Sjögren SSS tutulumu	35 (10,8)	11 (3,9)	24 (58,5)	**<0,001**
- Optik nörit & NMO	25 (7,7)	22 (7,8)	3 (7,3)	
- Periferik nöropati	32 (9,9)	30 (10,6)	**2 (4,9)**	
- SVO	15 (4,6)	15 (5,3)	**0**	
- Sjögren dışı romatolojik SSS tutulumu	18 (5,6)	16 (5,7)	**2 (4,9)**	
- Nörolojik tanı düşünülmemiş	7 (2,2)	6 (2,1)	**1 (2,4)**	
- Araştırma tamamlanmamış	3 (0,9)	2 (0,7)	**1 (2,4)**	

[PS-113]

Dirençli kalsinozis olgusunda ritüksimab deneyimi

Zübeyde Uğurlu, Atalay Doğru, Mehmet Şahin

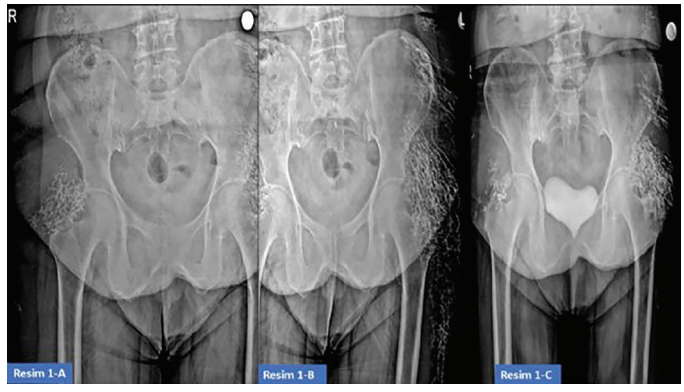
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Isparta

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 dirençli seyretmektedir. Literatürde bu konuyla ilgili az sayıda randomize kontrollü çalışma mevcuttur ve tedavi kılavuzu oluşturulamamıştır. Literatürde de morfea ile birlikte görülen kalsinozis kutis olguları mevcuttur.

Olgu: Bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan altmış yaşında kadın hasta tarafımıza dört yıl önce sağ kalça gluteal bölgede sertlik şikayeti ile başvurdu. Dermatoloji tarafından yapılan biyopside morfea ile uyumlu bulgular saptandı. Hasta morfea etiyolojisi 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-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, eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) 19 mm/saat, C-reaktif protein (CRP) normal 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. Ellerde oluşan eritem gottron papülleri, yüzde oluşan eritem heliotrop rash olarak değerlendirildi. Hastaya klinik ve laboratuvar sonuçlarıyla birlikte dermatomiyozit ön tanısı ile metilprednizolon, metotreksat, hidroksiklorokin başlandı. Hastalık seyrinin dirençli seyretmesi nedeniyle intravenöz immünoglobulin tedavisi verildi. Tedavi sonrası klinik ve laboratuvar bulguları düzeldi. Hastanın bu sırada malignite açısından tetkikleri yapıldı. Malignite lehine bir bulgu saptanmadı. Hasta altı ay boyunca mevcut tedavi ile remisyonda seyretti. Hastamız altı ay sonra gluteal bölgede ve her iki üst ekstremite deltoid bölgede önceki lezyonlara benzer şekilde sertlik ile başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde lezyonlar morfea olarak değerlendirildi. Her iki gluteal bölge ve deltoid bölgeye yapılan yüzeyel ultrasonografide morfea oluşan yerlerde deri altı yaygın kalsifikasyonlar saptandı. Hastaya dermatoloji tarafından lokal steroid ve takrolimus tedavisi başlandı ve dar band ultraviyole ışın tedavisi haftada iki olarak verildi. Deri altı kalsifikasyon nedeniyle kalsiyum kanal blokörü ve bifosfanat tedavisi mevcut tedaviye eklendi. Altı ay boyunca tedaviye devam edildi ancak lezyonlarda gerileme olmadı. Metotreksat tedavisinden mikofenolat mofetil tedavisine geçildi. Yaklaşık üç boyunca kullanıldı. Ancak deri lezyonları ve deri altı kalsinozisde gerileme olmadı. Dermatoloji tarafından lezyon içine depo steroid tedavisi uygulandı ancak fayda görmedi. Tüm seçenekler tüketildiği için hastaya ritüksimab tedavisi verildi. Takibe alındı. İki yıllık takip sonrasında yeni kalsinozis gelişmedi. Eski lezyonlarda ise fark edilir derecede gerileme oldu (Şekil 1).

Sonuç: Olgumuzda 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. Olguda mevcut tedaviler denemiş ancak bulgular dirençli seyretmiştir. Son olarak ritüksimab tedavisi verilmiş olup, tedavi altında yeni lezyon gelişmemiş, eski lezyonlarda ise gerileme olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Dermatomiyozit, kalsinozis ktis, ritüksimab



Şekil 1. Ritüksimab tedavisi öncesi (Şekil 1A ve Şekil 1B) ve sonrası (Şekil 1C) pelvis grafisi, kalsinozis kutis bulguları

[PS-114]

Paraneoplastik polinöropati kliniğiyle başvuran eozinofilik granülomatöz polianjitis olgusu

Duygu Kerim[1], Semiha Köroğlu[2], Ezgi Yıldız Güvercin[2], Kenan Aksu[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İzmir

[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Paraneoplastik sendromlar, altta yatan maligniteyle ilişkili poliartrit, sinovit, fasiit gibi kas iskelet semptomları ya da küçük damar vaskülitini taklit eden klinikle ortaya çıkabilen sendromlardır. Solid malignitelerden ziyade hematolojik malignitelerle daha sık görülür. Hematolojik maligniteler tipik olarak lenfoproliferatif, daha az sıklıkla miyelodisplastiktir. Bu olguda, renal hücreli karsinom (RCC) şüphesiyle değerlendirilen, paraneoplastik polinöropati ön tanısıyla başvuran bir hastada, malignite dışlanarak Eozinofilik granülomatöz polianjitis (EGPA) tanısı konulmuştur.

Olgu: Altmış üç yaşında erkek hasta, bilinen hastalığı yok, 2 ay önce bel ağrısı nedeniyle dış merkezde araştırılırken böbrekte RCC olduğu tespit edilmiş. İki aydır ellerde ve ayaklarda güçsüzlük, bilateral alt ektremitede ödemi olan hasta, 15 gün önce alt ekstremitede başlayan basmakla solmayan purpuralar, ülsere yaralar sebebiyle paraneoplastik polinöropati ve vaskülit açısından tarafımıza danışıldı. Nöropatik yakınmalar için nöroloji gabapentin başlamıştı. Hastanın hemoptizi, hematüri, dispne, sinüzit, astım ya da göğüs ağrısı şikayeti yoktu. Daha önce tromboz öyküsü yoktu. Son 3 ayda 6-7 kg kayıp, gece ağrısı, nöropatik paternde yaygın eklem ağrıları mevcuttu. Fizik muayenesinde bilateral alt ekstremitelerde basmakla solmayan purpura, her 2 ayak medial-dorsal yüzde ülserler ve ++/++ gode bırakan ödemi mevcuttu. Kas gücü ekstremite distallerinde bilateral 2/5 idi, proksimaller korunmuştu. Eldiven çorap tarzında hipoestezisi mevcuttu. Rutin biyokimyasında CRP: 223 mg/L, kreatinin: 1,03 mg/dL, albümin: 31 g/L, total IgE: 2045 kU/L dışında anormallik yoktu. Tam kan sayımında nötrofil ve eozinofil ağırlıklı lökositoz mevcuttu. Eozinofil %21 saptandı. Hemoglobin: 10,7 g/dL, trombosit: 443.000 µL idi. ANA ve antifosfolipid antikorları negatifi. ANCA: 1/32 formalin dirençli pozitif, Anca Profil MPO: +3, anti-MPO (Elisa): 27, anti-PR3 (Elisa): negatifti. RF: 313 IU/mL yüksekti. Hipokomplemantemisi yoktu. Kriyoglobulin negatifti. Spot idrar protein/kreatinin: 0,47 g/g Krea idi, eritrositüri saptanmadı. Kappa hafif zincir, serbest: 50 mg/L yüksek, Lambda hafif zincir, serbest: 76 mg/L yüksek, Kappa/Lambda, serbest: 0,6 normaldi. Hepatit serolojisi negatifti. Kültürlerinde üreme olmadı. Ekokardiyogramı normaldi. Elektromiyografide ağır akut-subakut dönem aksonal dejenerasyonla seyreden proksimal ve distal tutulumlu sensörimotor polinöropati saptandı. Akciğer tomografisinde parankim tutulumu saptanmadı. Deri biyopsisinde küçük/orta çaplı damar duvarlarında belirgin fibrin eksudasyonu ve perivasküler polimorf nüveli lökosit infiltrasyonu görüldü. Mevcut bulgularla hastada EGPA düşünüldü. Tedavi öncesi RCC açısından üroloji ve onkoloji görüşü istendi. Nöral bulgular için ilk planda 0,5 mg/kg metilprednizolon başlandı. Üroloji konsültasyonu sonrası kitlenin RCC olmadığı, yapılan kontrastlı abdomen MRG incelemesinde sol böbrek üst polde anjiyomyolipom olduğu anlaşıldı. Malignite dışlanan EGPA tanılı hastaya 3 gün boyunca 250 mg metilprednizolon, ardından intravenöz 750 mg siklofosfamid 3 haftada bir verildi. Bir ay boyunca 60 mg metilprednizolon verildikten sonra kademeli steroid azaltım şemasına geçildi.

Sonuç: EGPA, palpable purpura, astım, rinit, nazal polip, polinöropati, kan ve doku eozinofilisi ile karakterize küçük-orta damarları tutan ANCA ilişkili vaskülittir (AİV). Palpable purpura ve polinöropati bazen paraneoplastik veya malignite ilişkili vaskülit formlarının bir belirtisi olabilir. Bu hastalarda genellikle tedaviye dirençli kronik purpura görülür. Bu nedenle altta yatan malignitenin ekartasyonu önemlidir. Vaskülitler arasında polinöropatiye en sık küçük veya orta boy arterleri etkileyen Poliarteritis nodosa, AİV, bağ doku romatizmasına sekonder vaskülitler ve mikst kriyoglobulinemi neden olur. AİV arasında EGPA'da daha yüksek oranda görülür. EGPA'nın üst solunum yolu, pulmoner ya da renal tutulum olmadan, eozinofilinin eşlik ettiği izole polinöropati kliniği ile de ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Eozinofilik granülomatöz polianjitis, ANCA ilişkili vaskülit, paraneoplastik polinöropati

[PS-116]

İntrakraniyal vaskülitlerde klinik spektrum ve görüntüleme özellikleri: Tek merkezli çalışma

Esra Fırat Şentürk[1], Uğur Uygunoğlu[2], Alican Karakoç[1], Bora Yavuzer[3], Serdar Aslan[3], Yeşim Özgüler[1], Sinem Nihal Esatoğlu[1], Serdal Uğurlu[1], Gülen Hatemi[1], Melike Melikoğlu[1], İzzet Fresko[1], Osman Kızılkılıç[1], Emire Seyahi[1]

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

[2]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

[3]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Nöroradyoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Primer santral sinir sistemi (SSS) vaskülitleri, sekonder SSS vaskülitleri ve Takayasu arteriti (TA) ilişkili intrakraniyal arterit olguları oldukça nadirdir. Bu klinik tablolarla ilgili literatürdeki bilgi sınırlı olup, dünya çapında deneyim azdır. Bu tek merkezli retrospektif çalışmada, SSS vasküliti ve TA ilişkili intrakraniyal tutulumlu hastaların klinik, radyolojik ve prognostik özellikleri karşılaştırılmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 2000-2025 yılları arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Romatoloji Kliniği'nde izlenen toplam 52 hasta dahil edildi. Dokuz hasta primer SSS vasküliti, 31 hasta sekonder SSS vasküliti tanısı aldı. Radyolojik olarak intrakraniyal arterit bulguları olan 12 TA olgusu ayrıca değerlendirildi. Hastaların demografik verileri, tanı-tedavi gecikmesi, intrakraniyal damar tutulum tipleri, damar çapına göre dağılımları, mortalite, nörolojik sekel ve uygulanan tedavi yaklaşımları incelendi. Uzun dönem takiplerde çoğunlukla dijital substraksiyon anjiyografi (DSA), DSA yapılmayan olgularda ise kontrastlı manyetik rezonans anjiyografi (MRA) kullanıldı.

Bulgular: Sekonder SSS vaskülitleri ve TA ilişkili intrakraniyal

arterit olgularında kadın cinsiyet baskınken, primer SSS vaskülitlerinde erkek cinsiyet hakimiyeti izlendi (p=0,015). Tanı ile tedavi başlangıcı arasındaki süreler gruplar arasında farklı değildi (p=0,36). Başvuru nedenleri açısından, serebrovasküler olaylar veya fokal nörolojik defisitler primer grupta 6 (%66,7), sekonder grupta 19 (%61,3) ve TA grubunda 7 (%58,3) hastada saptandı; bu oranlar arasında anlamlı fark bulunmadı (p=0,85). Vasküler tutulum incelendiğinde internal karotis arter tutulumu TA grubunda belirgin olarak yüksekti (p<0,001). Orta serebral arter tutulumu ise SSS vaskülitlerinde daha sık görüldü (p=0,004). Büyük veya orta damar oklüzyonu TA olgularının 6'sında (%50) mevcutken, primer+sekonder grupta 5 (%12,5) olguda izlendi (p=0,011). Kontür düzensizlikleri ise SSS grubunda daha fazlaydı (%70 vs %25; p=0,008). Anterior veya posterior sirkülasyon tutulumları arasında fark saptanmadı (p=0,86). Damar çapı değerlendirmesinde TA grubunda izole küçük damar tutulumu yoktu; üç hastada (%25) küçük, orta ve büyük damarların eş zamanlı tutulumu mevcuttu. SSS vaskülitlerinde ise 19 hastada (%47,5) izole küçük damar, 10 hastada (%25) izole büyük damar tutulumu görüldü. Mortalitede iki hasta kaybedildi; biri primer SSS vasküliti (nedeni bilinmeyen), diğeri TA ilişkili (septik şok). Tüm gruplarda nörolojik sekel oranları farklı değildi (p=0,06), ancak TA hariç tutulduğunda primer SSS vaskülitlerinde sekonder olgulara kıyasla sekel belirgin olarak yüksekti (%77,8 vs %29,0; p=0,003). Tedavi açısından, primer ve sekonder SSS vaskülitlerinde en sık rituksimab, siklofosfamid, azatiyopürin ve mikofenolat mofetil kullanıldı; tercih edilen tedaviler arasında istatistiksel fark yoktu (p>0,05).

Sonuç: TA ilişkili intrakraniyal arteritlerde internal karotis tutulumu ve damar oklüzyonları ön planda iken; SSS vaskülitlerinde küçük damar tutulumu ve kontür düzensizlikleri daha sık görüldü. Nörolojik prognoz açısından ise primer SSS vaskülitlerinde sekonder olgulara göre anlamlı şekilde daha yüksek oranda kalıcı sekel gelişti. Bulgularımız, bu nadir antitelerin erken tanınması ve etkin tedavi yaklaşımlarının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Santral sinir sistemi vasküliti, Takayasu arterit, serebrovasküler olay

Tablo 2.

	Santral Sinir Sistemi vaskülitleri(n=40)	Takayasu Arteriti intrakraniyel damar tutulumu, (n=12)	p
İnternal Karotis Arter (İKA) (n, %)	7 (%17.5)	9 (%75)	**<0.001**
Orta Serebral Arter (OSA) (n, %)	32 (%80)	4 (%33.3)	**0.004**
Kontur düzensizliği (n, %)	28 (%70)	3 (%25)	**0.008**
Oklüzyon (n, %)	5 (%12.5)	6 (%50)	**0.011**
Vasküler diameter			
Küçük	**19 (% 47.5)**	**0 (% 0.0)**	
Orta	2 (% 5.0)	1 (% 8.3)	
Büyük	**10 (% 25)**	**7 (% 58.3)**	**0.007**
Küçük+ Orta	1 (% 2.5)	0 (% 0.0)	
Küçük+ Orta +Büyük	3 (% 7.5)	3 (% 25.0)	
Küçük+ Büyük	3 (% 7.5)	0 (% 0.0)	
Orta+Büyük	2 (% 5.0)	1 (% 8.3)	

[PS-117]

Maligniteyi taklit eden pankreas ve akciğer kitleleri: Granülomatöz polianjit olgusu

Gülin Keskin, Melike Ersoy, Emine Figen Tarhan

Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Muğla

Amaç: Granülomatöz polianjit (GPA), küçük damarları tutan, nekrotizan granülomatöz enflamasyonla karakterize, alt ve üst solunum yolları ve böbrek tutulumu yanı sıra kitle benzeri lezyonlar ile çoklu organ tutulumu yapabilen ve malignite ile ayırıcı tanıda yer alan bir vaskülittir. Bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan 34 yaşında kadın hasta karın ağrısı şikayetiyle acil servis başvurusunda yapılan tetkiklerde amilaz: 125, lipaz: 197, CRP: 180, WBC: 11490 saptanmış. Batın USG: "Pankreasın izlenebilen kesimlerinde çapı baş kesimde 28 mm ölçülmüştür. Parankim ekosu baş kesimde belirgin olmak üzere heterojendir (pankreatit?)" olarak raporlanan hasta akut pankreatit ön tanısıyla dahiliye servisine yatırılmış.

Yöntem: Toraks BT'de sol üst lob süperior ve sağ alt lob posterior de 4x5 cm boyutunda kitlesel lezyonlar ve sol hiler subkarinal lenfadenopati saptanan hastada malignite şüphesi nedeniyle PET BT çekilmiş. PET BT: "Her iki akciğerde artmış FDG tutulumu gösteren kitlesel lezyonlar ve nodüler lezyonlar (SUV_{maks} değeri: 16,4), pankreas başı düzeyinde malignite düzeyinde artmış FDG tutulumu gösteren lezyon (SUV_{maks} değeri: 11,4), dalak periferinde artmış FDG tutulumu gösteren alanlar, pelvik bölgede artmış FDG tutulumu gösteren asit mayii, sol hemitoraksta artmış FDG tutulumu gösteren minimal plevral effüzyon, midede artmış FDG tutulumu gösteren minimal duvar kalınlaşmaları, mediastende ve batında hiper metabolik lenf nodları ile uyumlu.' olarak raporlanmış. Diagnostik amaçlı yapılan akciğer trucut biyopsi patoloji raporu: 'Biyopsilere ait kesitlerde TTF-1, KRT7, Napsin A ile olağan boyanan alveoler dokular yanı sıra tamamen nekrotik doku fragmanı da izlenmektedir. Nekrotik olmayan dokulardan birinde, birkaç adet, duvarında lenfositik infiltrasyon bulunan vasküler yapılar dikkati çekmiştir (vaskülit?).' olarak raporlanmış. Pankreas biyopsisi amacıyla yapılan girişim sonucunda olağan karaciğer dokusu örneği elde edilmiş. Hastanın otoantikorlarında mpo ANCA: negatif, PR3 ANCA: 78 ve 99 olarak iki kez pozitif saptanmış. Spot idrarda 2588 mg/gün proteinüri, 24 saatlik biriktirilmiş idrarda ise 1900 mg/gün proteinüri saptanmış. Serum kreatinin değeri 1,56 mg/dL, GFR (glomerüler filtrasyon hızı) 39 saptanan hastanın tam idrar tahlilinde eritrosit: +3 protein: +2 lökosit: +1 saptanmış.

Bulgular: Hasta granülomatöz polianjit ön tanısıyla romatoloji servisine devir alındı. Hastanın çekilen paranazal BT'de sağ maksiller sinüste ve sağ mastoid selülerde enflamatuvar yumuşak doku dansitesi saptandı. Hastaya burun mukozasından ve renal biyopsi uygulandı. Burun mukozası biyopsi patolojisi nekrotik materyal olarak raporlandı. Hastaya 4 gün intravenöz 250 mg metilprednizolon, ardından 1 mg/kg/gün dozunda metilprednizolon tedavisi uygulandı. 3 hafta arayla 2 kür 750 mg intravenöz siklofosfamid tedavisi verildi. Uygulanan tedaviler sonrası hastanın bulantı, kusma, oral alımda azalma, kilo kaybı şikayetlerinde gerileme görüldü. Hastanın kreatinin değeri 0,8 mg/dL'ye geriledi. Kontrol spot idrarda ise 1700 mg/gün proteinüri

görüldü. Genel durumu düzelen hasta renal biyopsi patoloji takibi, siklofosfamid tedavisinin devamı planı ve metil prednizolon düşüş şeması ile romatoloji poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Sonuç: Yapılan çalışmalarda GPA'nın bazı nadir olgularda pankreasta kitle görünümü verdiği görülmüş, pankreatik adenokarsinom ön tanısıyla yapılan cerrahi girişim sonrası hastalara histolojik tanı konulmuştur. GPA'da olgumuz ile benzer şekilde PET-BT'de malignite düzeyinde yüksek SUV_{maks} tutulumları görülebilmektedir. Çalışmalarda SUV_{maks} değeri yüksekliği ile hastalık aktivitesi arasında pozitif korelasyon tespit edilmiştir. Bu bulgular, GPA'nın akciğer, pankreas ve diğer organlarda kitle benzeri lezyonlar ve yüksek PET tutulumu ile maligniteyi düşündürebileceğini göstermekte olup tanıda akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Granülomatöz polianjit, malignite, pankreasta kitle benzeri tutulum

[PS-118]

Psöriyatik artritte obezite ve hastalık yükü: periferik ultrasonografi (enflamasyon/hasar) ve aksiyel mSASSS (yapısal) ile bütüncül değerlendirme

Gülperi Ateş Çetinkaya[1], Gökhan Sargın[2], Ülkü Uçar[3], Bengisu Aslan[4], İsmet Duman[5], İclal Erdem Toslak[5], Sibel Bakırcı[4]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Antalya

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

[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Antalya

[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Antalya

[5]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Antalya

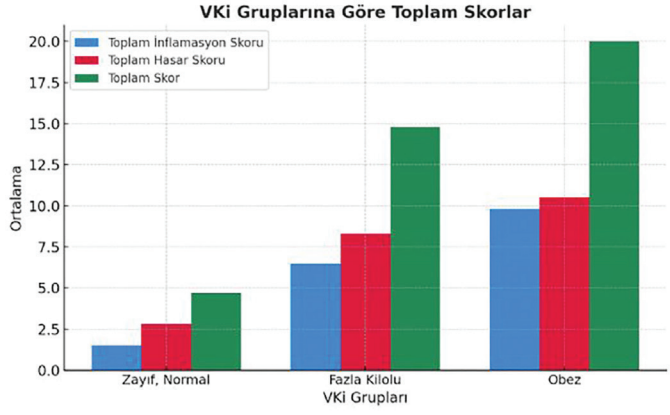
Amaç: Psöriyatik artritte (PsA) obezitenin hastalık aktivitesi ile periferik/aksiyel yapısal hasar üzerine etkisini çok boyutlu değerlendirmek; vücut kitle indeksi (VKİ) ile klinik (BASDAI, BASFI, HAQ), deri (PASI), laboratuvar, radyografik (servikal, lomber ve total mSASSS) ve ultrasonografik entezis skorları (modifiye GUESS temelli total enflamasyon, total hasar ve total USG) arasındaki ilişkileri ortaya koymak.

Yöntem: CASPAR kriterlerini karşılayan 93 PsA hastası VKİ'ye göre zayıf/normal, fazla kilolu ve obez olarak sınıflandırıldı. Klinik skorlar (BASDAI, BASFI, HAQ), PASI ve laboratuvar parametreleri (CRP, ürik asit, trigliserid, HDL, LDL, total kolesterol, ESR, kreatinin), komorbiditeler (hipertansiyon, diabetes mellitus), radyografik hasar (mSASSS: servikal, lomber ve total) ve ultrasonografik entezis skorları (total enflamasyon, total hasar, total USG) kaydedildi. Gruplar arası karşılaştırmalarda dağılıma uygun istatistiksel testler (normal dağılımlılar için Student t-testi, normal dağılmayanlar için Mann-Whitney U) kullanıldı; değişkenler arası ilişkiler Spearman korelasyon ile analiz edildi. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Demografik değişkenler gruplar arasında benzerdi (yaş: 44,7±14,4; 52,2±9,0; 51,7±11,6 yıl; p=0,09; cinsiyet p=0,06; sigara p=0,20; hastalık süresi p=0,17). Obez grupta hastalık aktivitesi ve fonksiyonel kısıtlılık anlamlı derecede yüksekti: BASDAI 2,69±1,19; 3,66±1,27; 6,11±1,41 (p<0,001), BASFI 1,97±1,50; 2,24±1,36; 5,44±1,33 (p<0,001), HAQ 0,60±0,45; 0,79±0,52; 1,55±0,75 (p<0,001); PASI farklı değildi (10,11±7,87; 7,09±7,76; 9,73±8,60; p=0,19). Radyografi: mSASSS VKİ ile birlikte arttı—servikal 12,22±4,77; 16,12±4,73; 17,07±4,01 (p=0,01), lomber 6,72±2,74; 9,09±3,19; 9,85±5,14 (p=0,04), total 18,94±5,47; 25,21±5,72; 26,93±7,82 (p<0,001). Ultrasonografi: obez grupta total enflamasyon skoru 8,0 [0,0-51,0] (zayıf/normal 1,0 [0,0-6,0]; fazla kilolu 6,0 [0,0-25,0]; p<0,001), total hasar skoru 9,0 [0,0-32,0] (3,0 [0,0-7,0]; 7,5 [0,0-17,0]; p<0,001) ve total USG skoru 17,0 [0,0-83,0] (4,5 [0,0-10,0]; 12,0 [0,0-38,0]; p<0,001) anlamlı yüksekti (Şekil 1); MASES medyanları gruplar arasında farklıydı (2,0 [0-7]; 0,0 [0-8]; 2,0 [0-8]; p=0,03) (Tablo 1). Laboratuvar/komorbiditeler: obez grupta CRP, ürik asit ve trigliserid düzeyleri daha yüksekti (tümü p<0,05); hipertansiyon (p=0,03) ve diabetes mellitus (p=0,05) daha sık izlendi.

Sonuç: Korelasyonlar (tüm kohort): USG total enflamasyon ile mSASSS (r=0,26; p=0,01), BASDAI (r=0,32; p=0,01) ve BASFI (r=0,30; p=0,01); USG total hasar ile mSASSS (r=0,33; p=0,01), BASDAI (r=0,36; p<0,001) ve BASFI (r=0,24; p=0,02); USG total ile mSASSS (r=0,29; p=0,01), BASDAI (r=0,36; p<0,001) ve BASFI (r=0,27; p=0,01) arasında pozitif ilişkiler saptandı.

Anahtar Kelimeler: Entezit, hastalık aktivitesi, mSASSS, obezite, psöriyatik artrit, ultrasonografi



Şekil 1. Zayıf/normal, fazla kilolu ve obez gruplarda ultrasonografi ile değerlendirilen skorların karşılaştırılması

Tablo 1. Psöriyatik artritli hastaların demografik özelliklerinin VKİ gruplarına göre karşılaştırılması

Değişken Adı	Zayıf/Normal	Fazla kilolu	Obez	p değeri
Yaş, yıl	44,7±14,4	52,2±9,0	51,7±11,6	0,09
Kadın cinsiyet	16/75 (%21,3)	23/75 (%30,7)	36/75 (%48)	0,06
Erkek cinsiyet	2/18 (%11,1)	11/18 (%61,1)	5/18 (%27,8)	0,06
Sigara öyküsü	9/30 (%30)	9/30 (%30)	12/30 (%40)	0,20
Hastalık süresi, yıl	5,5±5,0	9,7±9,4	7,7±6,3	0,17
BASDAI skoru	2,69±1,19	3,66±1,27	6,11±1,41	<0,001
BASFI skoru	1,97±1,50	2,24±1,36	5,44±1,33	<0,001
PASI skoru	10,11±7,87	7,09±7,76	9,73±8,60	0,19
Toplam entezit skoru (MASES)*	2,00 [0-7]	0,00 [0-8]	2,00 [0-8]	0,03
HAQ Skoru	0,60±0,45	0,79±0,52	1,55±0,75	<0,001
Servikal mSASSS	12,22±4,77	16,12±4,73	17,07±4,01	0,01
Lomber mSASSS	6,72±2,74	9,09±3,19	9,85±5,14	0,04
Total mSASSS	18,94±5,47	25,21±5,72	26,93±7,82	<0,001
Total enflamasyon skoru*	1,0 [0,0-6,0]	6,0 [0,0-25,0]	8,0 [0,0-51,0]	<0,001
Total hasar skoru*	3,0 [0,0-7,0]	7,5 [0,0-17,0]	9,0 [0,0-32,0]	<0,001
Total USG skoru*	4,5 [0,0-10,0]	12,0 [0,0-38,0]	17,0 [0,0-83,0]	<0,001

*Veriler ortalama ± standart sapma veya *ortanca [min-maks] olarak verilmiştir. Normal dağılıma uyan değişkenler için Student's t-testi, uymayanlar için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. P<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir*

[PS-119]

Türk ve Portekiz Behçet sendromu hastalarının karşılaştırmalı gen ifade profilleri: Aynı Behçet'e mi bakıyoruz?

Tülin Işık[1], Seda Taşır[2], Abdulfettah Zolkhfan[1], Çağdaş Şahap Oygür[3], Ali Kemal Oğuz[4]

[1]*Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara*

[2]*Ankara Üniversitesi Biyoteknoloji Enstitüsü, Ankara*

[3]*Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara*

[4]*Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Genel Dahiliye Bilim Dalı, Ankara*

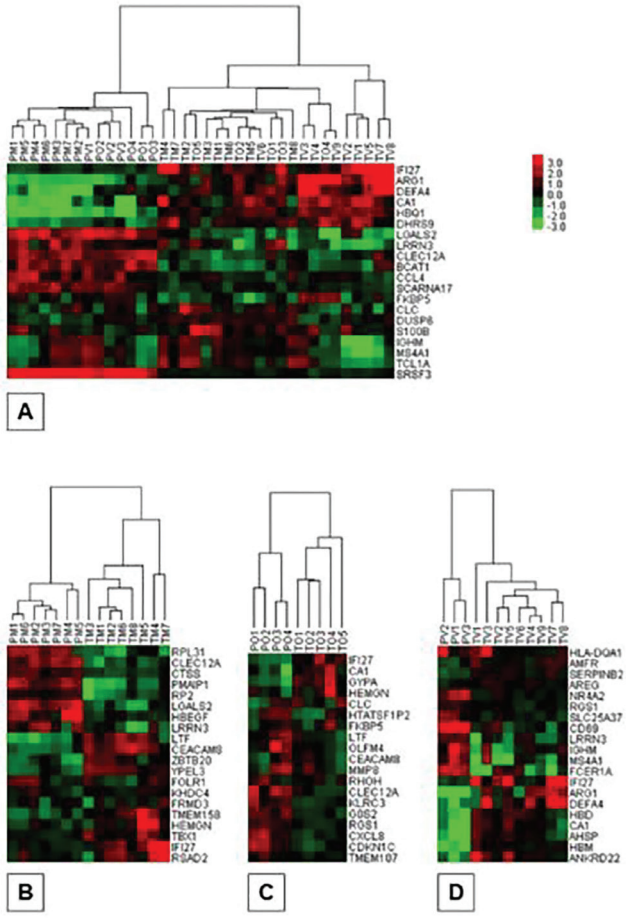
Amaç: Behçet sendromu (BS), patogenezi henüz kesin olarak aydınlatılamamış, multisistemik bir enflamatuvar hastalıktır. Behçet sendromu çalışmalarında gözlenen tutarsız, zaman zaman çelişen immünolojik bulguların ve BS hastalık ekspresyonundaki önemli coğrafi çeşitliliğin açıklanması gerekmektedir. Bu çalışmada, Türk ve Portekiz BS hastalarının gen ifade profilleri karşılaştırılmıştır.

Yöntem: "Gene Expression Omnibus" veri tabanından, Türk (GSE209567) ve Portekiz (GSE17114) BS ve sağlıklı kontrol kohortlarına ait transkriptom verileri alınarak analiz edilmiştir. Behçet sendromu hastaları klinik fenotiplerine göre mukokutanöz, oküler ve vasküler olarak gruplandırılmıştır. Farklı ifade edilen genler (DEG'ler), p≤0,05 ve kat değişimleri (FC) sırasıyla ≥1,5 ve ≥2 kullanılarak tanımlanmıştır. Sınıf karşılaştırmaları için "BRB-ArrayTools", Venn diyagramı analizleri için "Venny 2.1.0", kümeleme analizleri için "Cluster 3.0" ve "Java Treeview" ve işlevsel zenginleştirme analizleri için ise "WebGestalt" kullanılmıştır.

Bulgular: TB ve PB (TB: Türk ve PB: Portekiz BS hastaları) sınıf karşılaştırması sırasında, FC ≥2 ile 8024 adet DEG belgelendi. Venn diyagramı analizi, TB x TC ∩ PB x PC (TC: Türk ve PC: Portekiz kontrolleri) kesişiminde ortak gen bulunmadığını gösterdi. Her iki BS popülasyonunda da farklı genler olmasına rağmen, azalmış anti-enflamatuvar gen ifadeleri görüldü. *IFI2*'yi de içeren 20 genlik bir set, TB ve PB hastalarını başarıyla kümeledi. İşlevsel zenginleştirme analizleri sırasında, TB ve PB hastalarının zenginleşme gösteren gen ontolojisi terimlerini hiçbir şekilde paylaşmadıkları ortaya çıktı.

Sonuç: Türk ve Portekiz BS hastaları gen ifade profillerine göre incelendiklerinde, aralarında önemli moleküler farklılıklar mevcuttur. Anti-enflamatuvar görevli genlerin (örneğin *CD69*, *CLEC12A*, *CLC*) azalmış ifade düzeyleri, BS'de ortak bir bulgudur. Bu genler farklı popülasyonlarda farklılık göstermektedir. Pro-enflamatuvar genlere ait ifade değişiklikleri (örneğin *IFI27*), BS'de hastalık şiddetini artıracak yönde bir etki gösterebilir. Planlanacak BS çalışmaları, etnik gruplar arasındaki ve BS klinik fenotipleri arasındaki moleküler farklılıkları dikkate almalıdır. Behçet sendromu için moleküler profillere dayalı kişiselleştirilmiş tedavilerin planlanacağı bir dönem yaklaşıyor olabilir. Özellikle Türk BS hastaları için *CLEC12A*, *CLC* ve *IFI27* genleri ve Portekiz BS hastaları için de *CD69* geni umut verici ilaç hedefleri olabilir.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, gen ifadesi profili, kümeleme analizi, Portekiz, transkriptom, Türkiye



Şekil 1. Kümeleme analizlerinin sonuçlarının dendrogram ve ısı haritası gösterimi, (A) TB ve PB, (B) TMB ve PMB, (C) TOB ve POB ve (D) TVB ve PVB. Hem hastalar (sütunlar) hem de genler (satırlar) kümelenmiştir ve karışıklığı önlemek üzere, yalnızca hastaların kümelenmesine ilişkin dendrogramlar gösterilmiştir. Seçilen algoritma ve kullanılan gen setleri, Türk ve Portekiz BS hastalarını başarıyla kümelemiştir

[PS-120]

Ailesel Akdeniz ateşi –aksiyel spondiloartrit birlikteliğinde klinik–genetik–radyografik özellikler ve cinsiyete bağlı farklılıklar

Tahir Saygın Öğüt[1], Veli Yazısız[2]

[11]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Antalya

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

Amaç: Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA), diğer romatizmal hastalıkların artan sıklığıyla ilişkilidir. Aksiyel spondiloartrit (AxSpA) ile birliktelik, klinik özellikleri ve hastalığın yönetimini güçleştirebilir.

Yöntem: AAA-AxSpA birlikteliği olan hastaların klinik, genetik ve radyografik özelliklerini tanımlamak ve cinsiyete bağlı farklılıkları incelemek. FMF–AxSpA birlikteliği olan 38 erişkin olgunun geriye dönük analizi yapıldı. Demografik veriler, hastalık süreleri, AxSpA fenotipleri, eşlik eden tutulumlar, HLA-B27, MEFV genotipleri ve tedaviler değerlendirildi.

Bulgular: Ortalama yaş 42,9±11,2 yıl; kadın oranı %52,6 idi. AAA ve AxSpA ortalama hastalık süreleri sırasıyla 14,6±7,3 ve 11,8±8,3 yıl; VKİ 27,9±7,5 kg/m2 bulundu. AxSpA fenotipleri: radyografik %60,5 (n=23), non-radyografik %21,1 (n=8), periferik %18,4 (n=7). Periferik artrit %60,5, entezit %18,4, kalça tutulumu %13,2, üveit %5,3 oranındaydı. HLA-B27, test edilen 26 hastanın %30,8'inde pozitiftir. Amiloidoz %7,9 (n=3) saptandı. Başlangıç sırasına göre AAA önce %60,5, AxSpA önce %26,3, eş zamanlı başlangıç %13,2 idi. AxSpA için biyolojik tedavi kullanımı %47,4, AAA için %13,2 idi. MEFV (n=31): M694V homozigot %45,2, heterozigot %29,0, mutasyon yok %25,8; ≥1 ekzon-10 mutasyonu %83,9. Erkeklerde radyografik AxSpA (%77,8 vs. %45,0; p=0,04) ve ankilozan spondilit (%72,2 vs. %35,0; p=0,02) daha sıktı. M694V homozigotluğu erkeklerde daha fazlaydı (%62,5 vs. %26,7; p=0,04) (Tablo 1). Periferik artrit, kalça tutulumu ve HLA-B27 pozitifliği açısından cinsiyetler arasında fark yoktu (Tablo 1).

Sonuç: AAA-AxSpA birlikteliği heterojen ancak ayırt edilebilir bir fenotip sergiler. Erkek cinsiyet ve M694V homozigotluğu daha aksiyel/radyografik bir paternle ilişkilidir; bu durum olası bir gen–cinsiyet etkileşimine işaret eder. Bu özelliklerin tanınması, erken tanı ve daha hedefe yönelik tedavi stratejilerini kolaylaştırabilir. Prospektif ve geniş örneklemli çalışmalar gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Ailesel Akdeniz ateşi, aksiyel spondiloartrit, genetik, cinsiyet

Tablo 1. AAA ve aksiyel spondiloartrit birlikteliği olan erkek ve kadın hastalarda klinik ve genetik özelliklerin karşılaştırılması

Özellikler	Erkek (n =18)	Kadın (n=20)	p değeri
Aksiyal spondiloartrit, n (%) - Radyografik AxSpA - Non-radyografik AxSpA - Periferal AxSpA	14 (%77,8) 1 (%5,6) 3 (%16,6)	9 (%45,0) 7 (%35,0) 4 (%20,0)	0,04
Ankilozan spondilit, n (%)	13 (%72,2)	7 (%35,0)	0,02
Periferal artrit, n (%)	11 (%61,1)	12 (%60,0)	0,94
Kalça tutulumu, n (%)	2 (%11,1)	3 (%15,0)	1,00
HLA-B27 pozitifliği¶, n (%)	2/13	6/13	0,20
M694V mutasyonu homozigot, n (%)	10/16 (%62,5)	4/15 (%26,7)	0,04
Homozigot ekzon 10 mutasyonu, n (%)	11/16 (%68,8)	8/15 (%53,3)	0,37
En azından bir allelde ekzon 10 mutasyonu saptanması, n (%)	13/16 (%81,3)	13/15 (%86,7)	1,00

AxSpA: Aksiyel spondiloartrit; AAA: Ailesel Akdeniz ateşi; SD: Standart sapma; HLA: İnsan lökosit antijeni. ¶ HLA-B27, 26 hastada test edildi

[PS-121]

Takayasu arteritli hastalarda sarkopeni değerlendirilmesi

Zeynep Dilara Selçuk[1], Fatma Alibaz Öner[2], Haner Direskeneli[2], Aslı Tufan[3], Büşra Can[3], Nurdan Şentürk Durmuş[3]

[1]Esenyurt Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

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

[3]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Çalışmamızda Takayasu arteriti (TAK) hastalarında iskemi ve enflamasyonun kas kitlesi ve kas fonksiyonları üzerine etki ve hasarının, kas kitle ve fonksiyonunun hastalık aktivasyonu ve tedavi seçimi ile ilişkisinin ultrasonografi ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bununla birlikte TAK hastalarında sekonder sarkopeni prevalansı iki farklı yöntemle değerlendirilmiştir.

Yöntem: ACR 1990 kriterlerine göre TAK tanısı almış Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı Vaskülit Kliniğinde takipli 103 TAK hastası ile yaş ve cinsiyet açısından benzer özelliklere sahip 75 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir. Katılımcıların kas kuvveti el-kavrama ve sandalyeden kalkma testi ile, kas kitlesi biyoelektrik impedans analizi (BIA) ve ultrasonografi (US) olmak üzere iki farklı ölçüm yöntemi ile değerlendirilmiştir. Ultrasonografik ölçümler için, sarkopeniden en erken etkilenen kas olan quadriseps ile, TAK'ta arteriyel tutulumun bölgesel kas kütlesi üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla seçilen biseps kası tercih edilmiştir. Ölçümler kas kalınlığı (MT) ve ISarcoPRM algoritmasına uygun olarak STAR indeksine göre değerlendirilmiştir. Sarkopeni prevalansı belirlenirken, Avrupa Yaşlılarda Sarkopeni Çalışma Grubu (EWGSOP)'nun güncellenmiş kriterleri ile Uluslararası Fiziksel ve Rehabilitasyon Tıbbı Derneği (ISarcoPRM) algoritması kullanılmıştır. Çalışmamızda olası, doğrulanmış ve ciddi sarkopeni tek başlıkta toplanarak sarkopeni olarak değerlendirilmiştir. Aynı zamanda TAK hastalarında hasar süresi, hastalık aktivasyonu ve tedavi seçimi ile kas kuvveti ve kas fonksiyonları arasındaki ilişki araştırılmıştır.

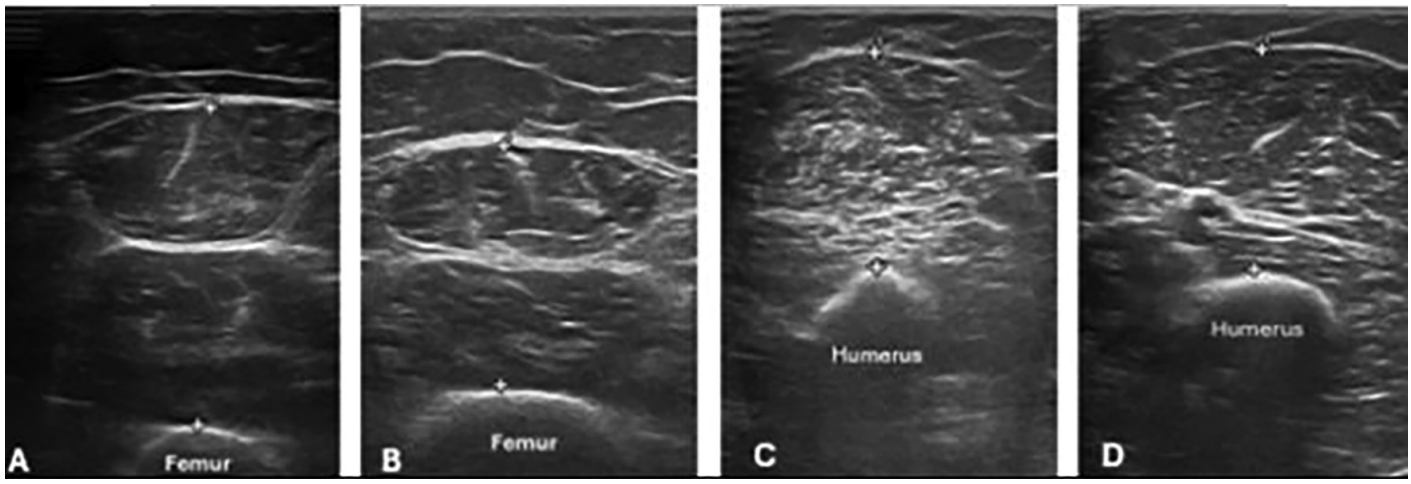
Bulgular: Çalışmaya katılan TAK hastalarından %88,3'ü kadın, %11,7'si erkek olup ortanca yaş 43 olarak gözlenmiştir. ISarcoPRM algoritması ile hasta grubunda 30 katılımcıda (%29,13) ve sağlıklı kontrol (SK) grubundaki 9 katılımcıda (%12) sarkopeni saptanmış olup istatistiksel açıdan anlamlıdır (p<0,001). EWSGOP2 algoritması ile Türk eşik değerlerine göre analiz yapıldığında TAK grubunda 61 katılımcı (%59,2) ve SK grubundaki 20 katılımcı (%26,67) sarkopenik olarak belirlenmiştir (p<0,001).

EWGSOP2 ve ISarcoPRM algoritmaları arasındaki uyum zayıf düzeyde saptanmıştır. (kappa analizi: p=0,062; κ=0,153). Kas kuvveti ve kas kitlesi ayrı olarak analiz edildiğinde, kas kuvvetini değerlendirmek için kullanılan el kavrama gücü ve sandalyeden kalkma testi TAK grubunda SK grubuna kıyasla anlamlı derecede daha düşüktü (p<0,001). BIA yöntemiyle elde edilen kas kütlesi ölçümlerine göre iki grup arasında anlamlı farklılık görülmezken quadriseps kas kalınlığı ve STAR indeksi hasta grubunda anlamlı düzeyde daha düşük bulundu (p<0,001).

Sonuç: Çalışmamızda TAK hastalarında kas kuvveti ve kas kitlesi sağlıklı popülasyona göre azalmış olarak saptanmıştır. Sarkopeni prevalansı EWSGOP2 algoritması ile %59,2, ISarcoPRM'ye göre %29,13 olup sağlıklı popülasyona göre artmıştır. Aradaki farklılık güncellenmiş EWSGOP2 kriterlerinde kas fonksiyonlarının ön plana çıkması ve eşik değerlerin geriatrik popülasyona uygun olarak belirlenmesine bağlı olabilir.

Kas kitlesi ayrı bir başlıkta değerlendirildiğinde ultrasonografik MT ve STAR ölçümleri SMMI temelli BIA ile ölçümlere kıyasla TAK grubunda anlamlı derecede düşük saptanmıştır. Bu bulgular, sistemik enflamasyon yanında doğrudan kasları besleyen arterlerde vaskülitik tutulumun olduğu kronik bir hastalıkta, US ile kas kitlesi değerlendirilmesinin daha erken tanı sağlayan, daha hassas bir yöntem olduğunu göstermektedir. Bölgesel ölçüm yapılabilmesi, kullanım kolaylığı, kas kitlesi ve kas kalitesini eş zamanlı değerlendirebilmesi, ultrasonografinin TAK hastalarında pratik bir takip yöntemi olarak da kullanılabileceğini düşündürmektedir. Bulgularımız, TAK hastalarının izleminde aktivite kontrolü kadar sarkopeninin de günlük yaşam kalitesini etkileyen önemli bir parametre olarak dikkate alınması gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Kas kitlesi, kas kuvveti, sarkopeni, Takayasu arteriti, ultrasonografi



Şekil 1. Ultrasonografik ölçümlerin TAK ve SK grubu arasında karşılaştırılması

[PS-122]

Behçet sendromu hastalarında intestinal geçirgenlik

Mustafa Erdoğan[1], Fatma Özbakır[2], Berna Yurttaş[3], İbrahim Hatemi[4], Enes Ali Kurt[4], Dilşen Çevirgen[3], Hasan Yazıcı[5], Gülen Hatemi[3]

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

[2]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Merkez Araştırma Laboratuvarı, İstanbul

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

[4]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

[5]Academic Hospital, İstanbul

Amaç: Artmış bağırsak geçirgenliğinin, Behçet sendromu (BS) dahil olmak üzere otoimmün ve enflamatuvar hastalıkların patogenezinde rol oynadığı öne sürülmektedir. Zonulin, bağırsak epitelindeki sıkı bağlantıların (tight junction) endojen düzenleyicisi olup bağırsak bariyer bütünlüğünü değerlendirmede biyobelirteç olarak kullanılmaktadır. Çalışmanın amacı, bağırsak bariyer fonksiyon bozukluğunun güncel ve doğrulanmış bir biyobelirteci olan serum zonulin düzeyleri ölçümü ile BS hastalarında bağırsak geçirgenliğini değerlendirmek.

Yöntem: Ocak 2019-Nisan 2021 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Behçet Hastalığı Araştırma Merkezi'ne başvuran ardışık Behçet sendromu (BS) hastaları çalışmaya alındı. Dahil edilme kriterleri 18-65 yaş arasında olmak ve Uluslararası Çalışma Grubu kriterlerini karşılamaktı. Gastrointestinal tutuluma işaret eden semptomları olan, bağırsak geçirgenliğini etkileyebilecek durumları bulunan, son 4 hafta içinde NSAİİ, kolşisin, antibiyotik, immünosupresif dışı bazı ilaç veya alkol kullanmış olanlar dışlandı. Uveit, vasküler ya da nörolojik tutulumlu ve immünosupresif kullanan hastalar dahil edilebildi. Kontrol grupları sağlıklı bireyler ve gastroenteroloji kliniğinde izlenen Crohn hastalarından oluşturuldu. Tüm katılımcıların demografik, klinik ve laboratuvar veriler standart formla kaydedildi. BS hastalarında hastalık aktivitesi BDCAF ile, Crohn hastalarında ise CDAI ile değerlendirildi. Zonulin ölçümleri için venöz kan örnekleri alınıp -80 °C'de saklandı ve daha sonra sandwich ELISA yöntemiyle çalışıldı. Zonulin dağılımı normal olmadığından üç grup arası karşılaştırmalarda Kruskal-Wallis testi, ikili karşılaştırmalarda Dunn-Bonferroni testi uygulandı. Kategorik değişkenler ki-kare veya Fisher testiyle incelendi. Yüksek zonulin düzeyi ile ilişkili faktörler lojistik regresyonla analiz edildi.

Bulgular: Toplam 173 katılımcı çalışmaya alındı: 87 BS hastası, 20 Crohn hastalığı (CH) hastası ve 66 sağlıklı kontrol. Bağırsak geçirgenliğini etkileyebilecek aktif gastrointestinal semptomları, risk faktörleri veya ilaç kullanımları olanlar çalışmaya dahil edilmedi. Serum zonulin düzeyleri ELISA yöntemiyle ölçüldü. Yüksek değerler artmış bağırsak geçirgenliği olarak yorumlandı. BS hastalık aktivitesi Behçet Hastalığı Güncel Aktivite Formu, CH aktivitesi ise Crohn Hastalığı Aktivite İndeksi ile değerlendirildi. BS hastalarında medyan serum zonulin düzeyi (24 ng/mL, IQR: 18-43), CH hastaları (112 ng/mL, IQR: 22-204) ve sağlıklı kontrollerden (109 ng/mL, IQR: 36-226) anlamlı derecede daha düşüktü ($p<0,01$). Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde, kadın cinsiyet yüksek zonulin düzeylerinin tek bağımsız belirleyicisi olarak bulundu (OR=13.5, %95 GA: 2,5-72). Immünosüpresif tedavi, hastalık süresi, yaş ve majör organ tutulumu serum zonulin düzeyleriyle anlamlı ilişkili değildi.

Sonuç: Bu kesitsel çalışmada, BS hastalarında artmış bağırsak geçirgenliği gözlenmedi. Tedavi-naif hastaların dahil edileceği uzunlamasına çalışmalar, bağırsak geçirgenliği ve bağırsak mikrobiyotasındaki değişikliklerin BS patogenezi ve hastalık aktivitesiyle ilişkisini daha iyi anlamaya yardımcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, intestinal geçirgenlik, zonulin

[PS-124]

Juvenil idiyopatik artritli çocuklarda metotreksat intoleransı: Klinik özellikler ve MISS anketinin Türkçe uyarlama-geçerlilik çalışması

Nergis Akay[1], Hazal Cansu Çulpan[2], Zeynep Torunoğlu Bek[1], Ece Aslan[1], Ümit Gül[1], Elif Kılıç Könte[1], Kaan Can Demirbaş[1], Mehmet Yıldız[1], Sezgin Şahin[1], Kenan Barut[1], Özgür Kasapçopur[1]

[1]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

[2]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Folik asit analoğu olan metotreksat (MTX), antienflamatuvar ve immünomodülatör özellikleri nedeniyle pediatrik romatoloji alanında, özellikle juvenil idiyopatik artrit (JIA) olgularında sıklıkla kullanılan bir ajandır. Tedavinin çoğu hastada yüksek etkinlik göstermesine rağmen, olguların %10-20'sinde MTX intoleransı görülmektedir. Bu çalışma ile MTX İntolerans Şiddet Skoru (MISS) anketini Türkçeye uyarlamak ve güvenilirliğini değerlendirmek ve aynı zamanda MTX intoleransı olan JIA hastalarının özelliklerini araştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Pediatrik Romatoloji polikliniğinde, 2-18 yaşları arasında ve takip süresince en az 3 ay boyunca düzenli olarak MTX kullanan 133 hasta üzerinde gerçekleştirilen metodolojik bir çalışmadır. Hastaların demografik ve klinik verileri retrospektif olarak incelenmiş ve kaydedilmiştir. MISS anketinin Türkçe versiyonu, çeviri, geri çeviri ve uzman görüşü süreciyle geliştirilmiş ve ardından güvenilirlik ve geçerlilik açısından değerlendirilmiştir. Hastalar, MISS puanına göre MTX intoleransı olan veya olmayan olarak sınıflandırılmış ve ardından klinik ve demografik özellikler açısından karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 133 hastanın 65'i (%49) MISS skoruna göre MTX intoleransı olan, 74'ü (%55,6) ise uzman görüşüne göre intoleransı olan olarak sınıflandırıldı. MISS'in Türkçe versiyonu, Cronbach α değeri 0,857 (95% güven aralığı 0,818-0,890) ile iyi bir iç tutarlılık göstermiştir. MISS anketinin tıbbi değerlendirme ile uyumu, κ değeri 0,865 (p<0,001) ile çok iyiydi. MTX tedavisine başlandıktan yaklaşık 1 ila 12 ay sonra en sık görülen intolerans belirtileri, MTX aldıktan sonra mide bulantısı (n=63, %97) ve MTX'i düşündüğünde mide bulantısı (n=59, %90,7) olarak bildirilmiştir. MTX intoleransı olan hasta grubunda anket sırasında yaş, JIA tanısı sonrası takip süresi, MTX başlangıcında JADAS27'ye göre yüksek hastalık aktivitesi, MTX başlangıç dozu, MTX'in kısa süreli veya aralıklı kullanımı, uzman görüşüne göre takip sırasında MTX intoleransı, MTX dozunda artış ve doz artışından sonra intolerans gelişimi, intoleransı olmayan gruba kıyasla anlamlı olarak daha yüksekti (p<0,05). MTX intoleransı olan hastaların verileri incelendiğinde, MISS toplam puanları ile MTX süresi (r= 0,200, p=0,021), MTX başlangıcında Juvenil Artrit Hastalık Aktivite Skoru 27 (JADAS27) skoru (r= 0,195, p=0,025), JIA tanısı ile takip süresi (r=0,203, p=0,019) ve anketin doldurulduğu tarihteki mevcut yaş (r=0,303, p<0,001) arasında zayıf bir korelasyon olduğu ortaya çıktı. MTX, intolerans gelişen hastaların 35'inde (%46,6) kesilmiştir.

Sonuç: Bu çalışma ile MISS anketi Türkçe olarak geçerliliği onaylanmış ve klinik bulgularla korelasyonunda güvenilirliği kanıtlanmıştır. Bu özellikler göz önüne alındığında, MTX intoleransı için risk faktörlerini belirlenmesi ve bunun ortaya çıkmasını önlemek için tedavi stratejilerinin geliştirmesinin faydalı olacağı sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Juvenil idiyopatik artrit, kültürlerarası geçerlilik çalışmalar, metotreksat, metotreksat intoleransı şiddet skoru

[PS-125]

Romatologların antinükleer antikor paternleri uluslararası konsensüsü (ICAP) ve anapatterns.org web sitesi hakkındaki görüşleri

Handan Yarkan Tuğsal[1], Gökçe Kenar Artın[2]

[11]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

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

Amaç: Antinükleer antikor (ANA) testi romatolojik hastalıkların tanı ve ayırıcı tanısında önemli bir yer tutmaktadır. Uluslararası ANA Paternleri Konsensusu (International Consensus on ANA Patterns, ICAP) HEp-2 hücrelerinde indirekt immünofloresan (IIF) yöntemiyle saptanan ANA paternlerinin tanımlanması ve yorumlanmasında terminolojiyi standartlaştırmak amacıyla geliştirilmiştir. ICAP sistemi, nükleer, sitoplazmik ve mitotik kategoriler altında 28 farklı patern tanımlamış, 2024 yılında yapılan 7. ICAP çalıştayında ise yeni paternler eklenmiştir. Ülkemizde ANA raporlanmasında ICAP sistemini kullanan merkezler olduğu gibi, klasik terminolojiyi kullanan merkezler de bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı, Türkiye'de romatologlar arasında ICAP ve eğitim amaçlı web sitesi olan anapatterns.org hakkında farkındalık, aşinalık ve kullanım düzeyini değerlendirmektir.

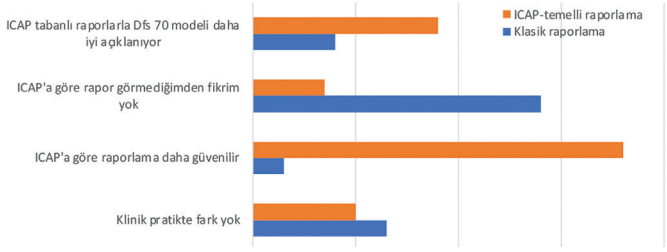
Yöntem: Çalışma, Türkiye'de aktif olarak çalışan romatologlara e-posta ve WhatsApp grupları aracılığıyla ulaştırılan 20 soruluk kesitsel çevrim içi anket üzerinden yürütülmüştür. Katılımcılardan demografik özellikler, mesleki deneyim, ANA testi kullanım alışkanlıkları, ICAP sınıflamasına aşinalık, raporlama tercihleri ve anapatterns.org farkındalığı sorgulanmıştır.

Bulgular: Ankete 678 kişiden 103 romatolog yanıt vermiştir (yanıt oranı %15). Katılımcıların yaş ortalaması 41,1±7,1 yıl olup, %64,4'ü kadındır. Çoğunluğu 5-10 yıl romatoloji deneyimine sahiptir. Katılımcıların %86,3'ü merkezlerinde ANA testi yapıldığını, %90'ı bu testin IIF ile gerçekleştirildiğini belirtmiştir. Katılımcıların %42'si ICAP kodları ile, %52'si klasik terminoloji ile ANA raporları ile karşılaştıklarını bildirmiştir. ICAP AC sınıflamasına aşinalık yalnızca %32,4 iken, %67,6 bu sisteme yabancı olduğunu bildirmiştir. Ayrıca romatologların %63,1'i raporu hazırlayan uzmanla hiç tanışmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların yaklaşık üçte biri ICAP raporlarını daha güvenilir bulduğunu, 27 kişi DFS70 paterninin ICAP ile daha net tanımlandığını belirtmiştir. ICAP-temelli ve klasik raporlama tercihlerine göre ANA IIF raporlama yöntemlerine ilişkin görüşler Şekil 1'de verilmiştir.

Anapatterns.org sitesini katılımcıların %52,9'u duymuş, %35,3'ü kullanmış, yalnızca %7,8'i kayıtlı üye olduğunu bildirmiştir. Siteyi en sık sitoplazmik ve mitotik paternler için başvuru amacıyla kullandıkları belirtilmiştir. Raporlama tercihlerinde katılımcıların %47,6'sı klasik yöntemi, %52,4'ü ICAP temelli raporlamayı tercih etmiştir. Klasik raporlamayı tercih eden katılımcılar ile ICAP kılavuzlu raporlamayı tercih eden katılımcılar arasında karşılaştırma Tablo 1'de verilmiştir. ICAP'i tercih edenlerde ICAP aşinalığı (%50'ye karşı %12,2; p<0,001), ICAP raporlarını güvenilir bulma (p<0,001) ve anapatterns.org kullanım oranı (p<0,001) anlamlı derecede yüksektir. Çok değişkenli analizde yaş veya akademik kurumda çalışmak tercihi etkilemezken, ICAP formatlı raporlarla karşılaşmış olmak ICAP tercihini yaklaşık beş kat artıran tek bağımsız öngördürücü olarak saptanmıştır (OR: 4,9; %95 GA: 2-11,9).

Sonuç: Bu çalışma, Türkiye'de romatologlar arasında ICAP farkındalığının mevcut olduğunu ancak pratikte benimsenmesinin sınırlı kaldığını göstermektedir. ICAP'in tercih edilmesi, bireysel deneyim ve doğrudan maruziyet ile yakından ilişkilidir. Eğitim toplantılarında ve günlük raporlama pratiğinde ICAP formatına daha fazla yer verilmesi, standardizasyon sürecini hızlandırabilir ve ANA yorumlamasında uluslararası uyumu güçlendirebilir.

Anahtar Kelimeler: ANA paternleri üzerine uluslararası konsensüs (ICAP), antinükleer antikor paternleri, immünofloresan, romatoloji, anapattern.org



Şekil 1. ICAP-temelli ve klasik raporlama tercihlerine göre ANA IIF raporlama yöntemlerine ilişkin görüşler (birden fazla yanıt verilmiştir), ICAP-temelli ve klasik raporlama tercihlerine göre ANA IIF raporlama yöntemlerine ilişkin görüşler Şekil 1'de verilmiştir

[PS-126]

Kognitif fayda mümkün mü: Ailevi Akdeniz ateşi ve gut hastalarında uzun süreli kolşisin kullanımının nörokognitif testlere etkileri

Rumeysa Mirza Altıntaş[1], Rabia Deniz[2], Aysel Kanat[3], Cemal Bes[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

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

[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Nöropsikiyatri Kliniği, İstanbul

Amaç: Ailevi Akdeniz ateşi (FMF) ve gut, enflamatuvar mekanizmalarla seyreden, yaşam boyu tedavi gerektiren iki romatolojik hastalıktır. Uzun süreli kolşisin tedavisi, FMF hastalarında AA amiloidozu engelleyebileceği gösterilen tek tedavidir. Alzheimer tipi demans ise tau proteini adlı maddenin birikimi ile giden bir diğer amiloid ilişkili hastalıktır. Uzun süre kolşisin alan FMF hastalarında nörobilişsel fonksiyonlara etkisi açısından tartışmalıdır. Gut hastalarında ise hiperürisemi, bilişsel fonksiyonlarda bozulma ile ilişkilendirilmiştir ve kolşisin yine önemli bir tedavi ajanıdır. Bu çalışmanın amacı, FMF ve gut hastalarında nörokognitif fonksiyonları karşılaştırmak ve sağlıklı kontrollerle birlikte değerlendirmektir.

Yöntem: Kesitsel, tek merkezli bu çalışmaya 60-70 yaş arasında, FMF, gut ve sağlıklı kontrol (SK) grupları dahil edimiştir. Dahil edilme kriterleri FMF ve gut gruplarında en az 6 aydır düzenli kolşisin kullanılması olup, ciddi psikiyatrik veya nörolojik komorbiditeler dışlama kriteri olarak belirlenmiştir. Katılımcılara yapılandırılmış klinik değerlendirme ve demografik anketler (NKT) uygulanmıştır. Nörokognitif değerlendirmede Wechsler Bellek Ölçeği (WMS), Stroop Testi, Sözel Akıcılık Testleri, Görsel Bellek Testleri ve dikkat/odaklanma ölçekleri kullanılmıştır. Hasta gruplarında kolşisin tedavi süresi ayrıca kaydedilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 23 FMF, 19 gut ve 24 SK dahil edilmiştir. Gruplar arasında yaş ve cinsiyet dağılımı benzerdi (p değeri 0,928 ve 0,160). Eğitim düzeyi FMF grubunda en düşük ve SK grubunda daha yüksek bulunmuştur (p=0,022). Gut grubu FMF grubuna kıyasla daha fazla düzenli haber bülteni izlemekte, gazete takip etmekte ve daha az sigara kullanmaktaydı (p değeri tümünde <0,05). Antidepresan kullanımı FMF grubunda daha sık iken anksiyolitik kullanımı benzerdi (p değeri 0,076 ve 0,548). Komorbiditeler açısından yalnızca hipertansiyon gut grubunda daha sık bulunmuştur (%52,6 ve 84,2, p değeri 0,030). FMF grubunda tanı ve tedaviye başlama yaşı daha düşük, hastalık süresi, düzenli kolşisin alma süresi ve günlük kolşisin dozu daha fazlaydı (p değeri tümünde <0,001). FMF hastalarının semptomlar ve dolayısıyla enflamasyon maruziyeti başladıktan ortanca 25 yıl sonra kolşisin tedavisine başladığı ancak gut hastalarında hemen tüm hastaların aynı yıl kolşisine erişebildiği görülmüştür (p<0,0001). NKT uygulanan gün bakılan hemogram, temel biyokimya ve akut faz belirteçleri, ürik asit dışında hasta grupları arasında benzerken ürik asit gut grubunda daha yüksek bulundu. Nörokognitif testlerin detaylı sonuçları Tablo 1'de verilmiş olup FMF grubunda bellek, öğrenme, geri çağırma ve çizim gibi yetenekler hem gut hem sağlıklı kontrollerden daha kötü bulunmuştur. Korelasyon analizinde hastalık süresi uzadıkça ile NKT parametrelerinde kötüleşme şeklinde korelasyon saptanırken, kolşisin kullanım süresi, kolşisin dozu ve ürik asit düzeyi NKT parametreleri üzerinde anlamlı etkili bulunmamıştır.

Sonuç: FMF hastalarında uzun süreli ve kontrolsüz sistemik enflamasyon farklı komponenetlerde kötü nörokognitif test sonuçları için belirleyici risk olarak bulunurken, özellikle FMF grubunda düşük eğitim düzeyi de benzer şekilde olumsuz etkili bir faktördür. Kolşisin kullanım süresi ve dozu ile ürik asit düzeyi ise hastaların test başarılarında etkin bulunmamıştır. Bu sonucun bir nedeni de FMF hastalarının çok uzun süre tedavisiz olarak enflamasyona maruz kalması olarak yorumlanmıştır. FMF hastalarında uzun süreli kolşisin tedavisi nörokognitif fonksiyonlar üzerine koruyucu ve olumlu etki gösterebilme potansiyeline sahip olsa da tek başına uzun süreli sistemik enflamasyonun nörokognitif test üzerine olumsuz etkilerini geri döndürmede yetersiz olabilir.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz ateşi, gut, kolşisin, nörokognitif fonksiyon, bellek, enflamasyon

Tablo 1. Klinik ve laboratuvar parametreleri

Parametre	FMF (n=23)	Gut (n=19)	Sağlıklı kontrol (n=24)	p değeri
Kadın/Erkek n, (%)	14/9 (60,9/39,1)	6/13 (31,6/68,4)	11/13 (45,8/54,2)	0,160
Yaş, yıl (ortanca, aralık)	63 (60-69)	63 (60-69)	63,5 (60-69)	0,928
Hastalık süresi, yıl (ortanca, aralık)	43 (10-61)	5 (1-21)	N/A	<0,0001
Düzenli kolşisin kullanım süresi, yıl (ortanca, aralık)	10 (1-46)	4 (1-21)	N/A	0,001
Semptom-tedavi arası süre, yıl	25 (5-54)	0.1 (0-12)	N/A	<0,0001
Nörokognitif test sonuçları				
WMS 5 İleri sayım	5 (4-6)	5 (4-6)	5 (4-6)	0,876
WMS 5 Geri sayım	4 (3-5)	4 (3-5)	4 (3-5)	0,084
WMS 3 1'er geri sayım süresi	16 (8-46)	12 (9-17)	13 (10-20)	0,038
WMS 3 1'er geri sayım hata sayısı	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	1,000
WMS 3 3'er geri sayım süresi	21 (10-83)	14 (8-21)	19,5 (11-31)	<0,0001
WMS 3 3'er geri sayım hata sayısı	0 (0-3)	0 (0-0)	0 (0-2)	0,029
WMS 3 7'şer geri sayım süresi	82,5 (32-129)	45 (36-98)	52 (30-97)	<0,0001
WMS 3 7'şer geri sayım hata sayısı	3 (0-6)	2 (0-4)	2 (0-5)	0,144
WMS 3 haftanın günleri geri sayım süresi	7 (4-18)	5 (4-9)	6 (5-8)	0,012
WMS 3 ayları geri sayım süresi	26 (13-47)	23 (12-32)	23.5 (12-40)	0,035
WMS 3 ayları geri sayım hata sayısı	1 (0-4)	0 (0-2)	1 (0-2)	0,072
K- harf eşya sayma	9 (5-22)	13 (6-23)	11,5 (6-26)	0,004
K-harf perseverasyon	0 (0-1)	0 (0-1)	0,5 (0-4)	0,002
A- harf eşya sayma	7 (4-23)	11 (5-20)	8 (3-16)	0,009
S- harf eşya sayma	7 (3-20)	11 (8-20)	10 (4-19)	0,003
S- harf perseverasyon	0 (0-1)	0 (0-1)	0,5 (0-1)	0,005
Meyve-insan-eşya	6 (4-12)	8 (5-10)	5 (4-10)	0,030
Saat çizme testi	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	0,012
Şekil kopyalama	4 (3-5)	4 (4-5)	5 (3-5)	0,006
Anlık öğrenme	5 (3-10)	5 (5-8)	5 (4-7)	0,006
Kritere ulaşma	5 (4-10)	7 (4-10)	9 (7-10)	0,081
Öğrenme puanı	101 (82-140)	107 (95-136)	98 (89-125)	0,020
Tanıma/Anımsama	15 (2-15)	15 (15-15)	15 (15-15)	<0,0001
Depresyon skoru	5 (1-15)	5 (1-14)	5 (1-14)	0,886
Anksiyete skoru	10 (5-26)	10 (3-17)	9 (3-17)	0,672
Klinik ve laboratuvar parametreleri				

[PS-127]

Romatolojik hastalıklarda sinovyal biyopsi deneyimi: Patoloji bulgularının klinik tanı ve tedavi durumuna göre farklılıkları

Rabia Deniz[1], Emre Bilgin[2], Hakan Apaydın[3], Ertuğrul Çağrı Bölek[4], Mustafa Erdoğan[5], Gülnur Çelik Yılmaz[3], Nilsen Erdoğan[6], Gözde Elif Kapaklı[7], Halit Üner[7], Emine Çeşmecioğlu Karavin[8], Kemal Türköz[8], Cemal Bes[1], Ahmet Gül[9], Nevsun İnanç[5]

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

[2]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Sakarya

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

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

[6]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

[7]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

[8]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

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

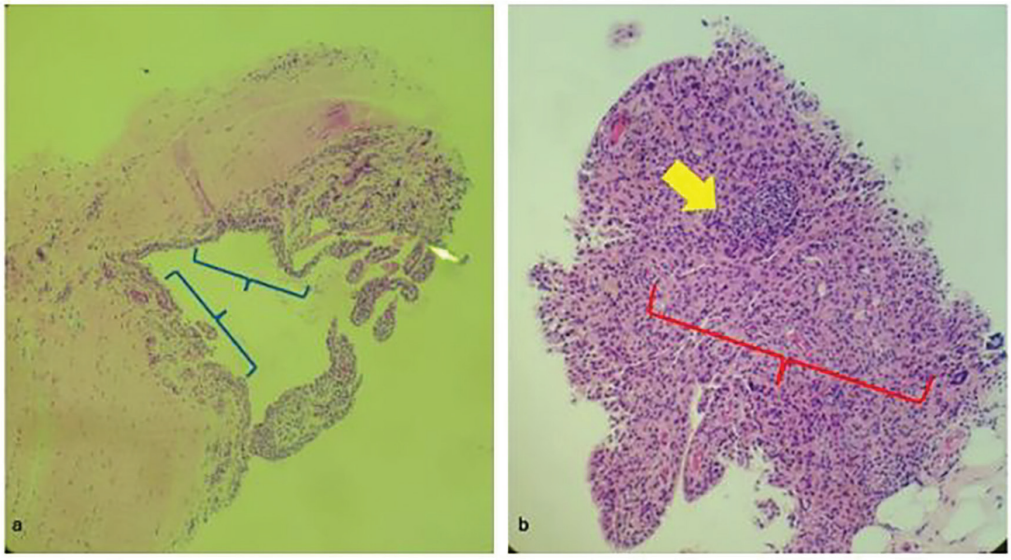
Amaç: Sinovyal biyopsi, enflamatuvar eklem hastalıklarının tanı ve ayırıcı tanısında olduğu kadar translasyonel araştırmalarda da giderek önem kazanmaktadır. Ancak ülkemizde henüz yaygın olarak uygulanmamaktadır. Bu çalışmada sinovyal biyopsi (SB) yöntemini kullanmaya başlayan merkezlerin ortak deneyimi sunulmuştur.

Yöntem: Çok merkezli, kesitsel çalışmaya, tanı, ayırıcı tanı veya araştırma amacıyla SB yapılan hastalar dahil edildi. Uygun eklemden, genellikle 16G olmakla birlikte hasta özelliklerine göre 14G/18G tru-cut biyopsi iğnesi kullanılarak örnekler elde edildi. İşlem, uygun asepsi koşullarında ve lokal anestezi altında, ultrasonografi kılavuzluğunda gerçekleştirildi. Alınan doku örnekleri %10 formaldehit içinde fikse edilerek patoloji laboratuvarına gönderildi. Histopatolojik incelemede standart olarak hematoksilen-eozin(H&E) boyası kullanıldı. SB örnekleri Krenn skorlaması ile değerlendirildi. Bu sistemde üç parametre (1: sinovyal astar tabakasında hiperplazi/kalınlaşma, 2: stromal hücre aktivasyonu ve pannus formasyonu, 3: enflamatuvar hücre infiltrasyonu) ayrı ayrı 0-3 arasında puanlandı (0=yok, 1=hafif, 2=orta, 3=şiddetli). Toplam skor 0-9 arasında değişmekte olup, 0-1 puan "sinovit yok", 2-4 puan "düşük dereceli sinovit" ve 5-9 puan "yüksek dereceli sinovit" olarak sınıflandırıldı (Şekil 1). Klinik ön tanıya göre gerektiğinde ek boyama ve özel incelemeler uygulandı. Bulgular, hastaların demografik, klinik ve tedavi verileriyle değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 63 hastadan alınan toplam 66 biyopsi verisi dahil edildi. Hastaların 36'sı (%54,5) kadın ve medyan yaş 46 olarak bulundu. 23 hastada (%34,8) en az bir romatolojik olmayan komorbidite vardı. Biyopsi yapılan eklemler sırasıyla 41 diz (%77,3), 6 el bileği (%9,1), 3 ayak bileği (%4,5), 4 dirsek (%6,1), 1 omuz (%1,5) ve 1 el küçük eklemdi (%1,5). Krenn skorlaması yapılacak nitelikte 53 örnek analiz edilip, Krenn skoruna göre sinovit derecelendirmesi tanılar ve biyopsi öncesi tedavi naif ya da deneyimli olma durumuna göre detaylı olarak Tablo 1'de verildi. Tedavi-naif hastalar kısa süreli steroid dışında hiçbir konvansiyonel DMARD ya da gelişmiş tedavi almamış hastaları temsil eden hasta grubu olarak tanımlandı ve tedavi deneyimli hastalara göre daha yüksek dereceli sinovite sahip oldukları görüldü (p=0,044) Tanı gruplarına göre ise sinovit dereceleri benzer bulundu. İnfiltre eden baskın hücre grubuna göre yapılan değerlendirme ise tedavi durumu ve tanılara göre benzerdi. Tanısal amaçlı biyopsi 46 (%69,7), araştırma amaçlı 20 (%30,3) hastada yapılmış olup, tanısal grupta enflamatuvar dışı tanılar 2 osteoartrit, 2 benign tümöral lezyon, 2 septik artritti. Endikasyona göre elde edilen Krenn skoru ve hücre infiltrasyon prototipi farklı olma eğilimindeydi (p değeri 0,080 ve 0,019).

Sonuç: Ülkemizde SB analizinin geniş ölçekte yapıldığı bu ilk çalışmanın öncül sonuçlarına göre tanı grubundan bağımsız olarak özellikle tedavi-naif hastalarda daha yüksek sinovit skorlarının gözlenmesi, anti-enflamatuvar tedavilerin histopatolojik düzeyde belirgin bir etki oluşturduğunu göstermektedir. Bu durum, heterojen yapıdaki romatizmal hastalıklarda tanıdan daha çok biyopsi bulgularının tedavi kararı alımında ve hastalık aktivitesini objektif bir şekilde değerlendirmede kullanılabileceğini düşündürmektedir. Biyopsi sırasında tanısız hastalar genellikle tedavisiz de olduklarından ve ayırıcı tanılarında farklı non-enflamatuvar hastalıklar da yer aldığından, bu grupta yüksek dereceli sinovit yanında immün-fakir fenotip de görülebilmektedir. Bu grupta non-enflamatuvar olmayan hastalıkların da (Krenn skor 0-1) ayırt edilebilmesi, SB'nin yanlış veya gereksiz immünosupresif tedavi başlanmasını engellemede önemli bir araç olabileceğini göstermektedir. Ayrıca hücresel infiltrasyon paternlerinin tanıdan daha çok biyopsi amacı ve tedavi durumuna göre farklılık göstermesi, SB'nin kişiselleştirilmiş tıp yaklaşımında biyobelirteç geliştirilmesi için potansiyel taşıdığını ortaya koymaktadır. Daha geniş hasta gruplarında ve translasyonel yöntemlerin dahil edileceği ileri çalışmalar ile daha güçlü veriler elde edilmesi beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sinovyal biyopsi, ultrasonografi, histopatoloji, Krenn skorlaması



Şekil 1. Hemotoksilen Eozin boyası sonrası Krenn skorlama örnekleri. a. Biyopsi örneğinde mavi geniş ok ile işaretli sinovyal astar hücreleri görünmektedir. Krenn skorlama sistemine göre 0-3 arasında değerlendirildiğinde 2 puanlık hücre yoğunluğu mevcuttur. b. Biyopsi örneğinde sarı ok ile enflamatuvar hücre infiltratı ve kırmızı ok ile gösterilen geniş alanda stromal hücre yoğunluğu görülmektedir. Krenn skorlamasına göre her iki kategoride de hücre yoğunluğu 0-3 arasında değerlendirildiğinde 3'er puan almaktadır

Tablo 1. Sinovit derecesi ve immün hücre infiltrasyonunun tedavi durumu, tanı ve endikasyona göre dağılımı

	Sinovit yok (Krenn 0-1) (n=3)	**Düşük dereceli sinovit (Krenn 2-4) (n=30)**	**Yüksek dereceli sinovit (Krenn 5-9) (n=30)**	**p değeri**
Biyopsi öncesi tedavi durumu				0,044
Tedavi naif	2 (66,7)	7 (23,3)	11 (55,0)	
Tedavi deneyimli	1 (33,3)	23 (69,7)	9 (45,0)	
Tanı grupları				0,293
Romatoid artrit (n=24)	1 (33,3)	15 (50,0)	8 (40,0)	
Tanı yok (n=18)	2 (66,7)	7 (23,3)	9 (45,0)	
Diğer tanılar* (n=11)	0	8 (26,7)	3 (15,0)	
Biyopsi yapılma amacı				0,080
Tanısal (n=36)	2 (66,7)	17 (56,7)	17 (85,0)	
Araştırma için (n=17)	1 (33,3)	13 (43,3)	3 (15,0)	
	Diffüz myeloid (n=21)	**Lenfo-myeloid (n=19)**	**İmmün-fakir (n=12)**	**p değeri**
Biyopsi öncesi tedavi durumu				0,372
Tedavi naif	10 (47,6)	5 (26,3)	5 (41,7)	
Tedavi deneyimli	11 (52,4)	14 (73,7)	7 (58,3)	
Tanı grupları				0,861
Romatoid artrit (n=24)	9 (42,9)	10 (52,6)	4 (33,3)	
Tanı yok (n=18)	7 (33,3)	6 (31,6)	5 (41,7)	
Diğer tanılar* (n=11)	5 (23,8)	3 (15,8)	3 (25,0)	
Biyopsi yapılma amacı				0,019
Tanısal (n=36)	16 (76,2)	9 (47,4)	11 (91,7)	
Araştırma için (n=16)	5 (23,8)	10 (52,6)	1 (8,3)	

**"Diğer" grubunun tanı kırılımları (n,%): Spondiloartrit= 9,%14,2; Ailesel Akdeniz Ateşi= 2, %3,2; Juvenil idiopatik artrit =1, %1,6; kristal artriti = 1, %1,6; Behçet hastalığı = 1, %1,6*

[PS-128]

Enflamatuvar miyopati olgusu

Dilşad Kuru[1], Ayşegül Avcı[2], Güzide Nevsun İnanç[2]

[1]Sultanbeyli Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

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

Amaç: İdiyopatik enflamatuvar miyopatiler, genellikle iskelet kaslarını etkileyen heterojen bir otoimmün hastalık grubudur ve kas enflamasyonuna ve güçsüzlüğüne yol açarlar. Kas-iskelet sistemi bulgularına ek olarak, deri, kardiyak, gastrointestinal ve pulmoner sistemler gibi diğer organ sistemlerinin de tutulumu görülebilir. En yaygın üç enflamatuvar miyopati polimiyozit (PM), dermatomiyozit (DM) ve inklüzyon cisimcikli miyozittir (IBM). Biz burada dirençli bir enflamatuvar miyopati olgusu sunmayı amaçladık.

Olgu: Bilinen hipertansiyon, opere kolon kanseri, subdural hematom öyküsü olan 77 yaşında kadın, Nisan 2024'te romatoloji polikliniğine Ekim 2023'te başlayıp giderek artan bilateral alt ve üst ekstremite güçsüzlüğü nedeniyle başvurdu. Sorgulamasında ağız kuruluğu ve yutmada güçlük dışında özellik yoktu. Fizik muayenesinde bilateral alt (1/5) ve üst (1/5) ekstremite kas güçsüzlüğü mevcut olup herhangi bir deri bulgusuna rastlanmamıştır. Yapılan tetkiklerde kreatin kinaz 1824 U/L görülmesi üzerine ek tetkikler yapılmıştır. EMG enflamatuvar miyopati ile uyumludur şeklinde sonuçlanmıştır. Laboratuvar tetkiklerinde ANA pozitif, anti Mi2 alfa ve beta antikor pozitif ve antiKu antikor pozitif gelmiştir. Hasta yapılan bu tetkikler üzerine ve deri bulgusu bulunmaması üzerine polimiyozit tanısı almıştır. Hasta interne edilerek toplam 2 kez pulse metilprednisolon, 2 kez IVIG ve 2 kez rituksimab tedavisi almıştır. 2. IVIG sonrasında sinüs trombozu gelişmesi nedeniyle IVIG tedavisi sonlandırılmıştır, malignite öyküsü nedeniyle devam tedavisinde rituksimab tercih edilmiştir. Yatış esnasında yutma güçlüğünün ilerlemesi ve tedaviye yanıtsız kalması nedeniyle hastaya PEG açılmıştır. Takiplerinde üst ekstremite kas gücü 3/5 olmuştur, alt ekstremite kas gücü 1/5 olarak seyretmiştir. Hasta kreatin kinaz değerinin 48 U/L görülmesi üzerine metilprednisolon şeması ve PEG ile taburcu edilmiştir.

Sonuç: Polimiyozit sinsi başlangıçlı kronik bir otoimmün hastalıktır. AntiMi2 ve AntiKu antikor pozitifliği tanıyı desteklemektedir. Tedavisinde kortikosteroidler ve rituksimab kullanılmaktadır, dirençli olgularda ve özellikle yutma güçlüğü ile seyredenlerde IVIG denenmektedir. Tedaviye dirençli olgularda prognoz kötü seyretmektedir.

Anahtar Kelimeler: Enflamatuvar miyopati, dermatomiyozit, polimiyozit

[PS-129]

Sistemik lupus eritematozus hastalarında Jaccoud artropatisinin sıklığı, klinik özellikleri ve tedavi cevabının değerlendirilmesi: Kesitsel, gözlemsel çalışma

İpek Çınar Ermiş[1], Mustafa Ekici[2], Adalet Elçin Yıldız[3], Umut Kalyoncu[4]

[1]Ankara 29 Mayıs Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara

[2]Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

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

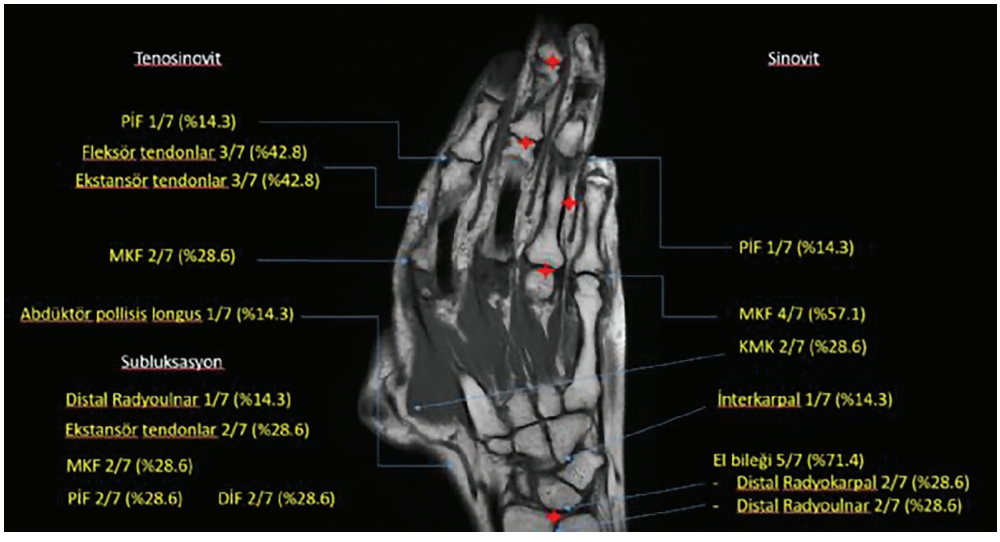
Amaç: Jaccoud artropatisi (JA) ilk kez, François-Sigismond Jaccoud tarafından tanımlanmış Sistemik Lupus Eritematozus (SLE), Sistemik sklerozis (SSk), Sjögren sendromu (SjS) gibi farklı bağ doku hastalıklarında görülebilen "non eroziv" ve pasif hareketle redükte edilebilen bir artropatidir. 2020 yılında Santiago ve ark. tarafından standardize hale getirilerek; SLE hastasında JA varlığı dört kritere göre değerlendirilmektedir: hastaların SLE sınıflama kriterlerini karşılaması, klasik eklem deformitelerinin bulunması (ulnar deviasyon, düğme iliği deformitesi, kuğu boynu deformitesi, Z parmak deformitesi), konvansiyonel radyografide eklem erozyonunun saptanmaması, RA ve diğer bağ doku hastalıklarının ekarte edilmiş olmasıdır. Jaccoud Artropatisi (JA) saptanan Sistemik Lupus Eritematozus (SLE) hastalarının sıklığı, klinik ve radyolojik özellikleri ile JA gelişiminde etkili olabilecek demografik, klinik, laboratuvar risk faktörlerinin ve tedavi tercihlerinin analizidir.

Yöntem: Çalışmaya, Nisan 2024-Aralık 2024 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Romatoloji polikliniğine başvuran dahil etme kriterlerini sağlayan 98 SLE hastası alındı. Veriler retrospektif olarak incelenerek hastaların demografik özellikleri, tanı anından bu yana olan organ/sistem tutulumları, biyokimyasal ve hastalık aktivasyonuna yönelik otoantikor testleri, eklem bulguları (ağrı, şişlik, tutukluk varlığı), radyolojik görüntülemeleri XR ve/veya MRG ile erozyon varlığı açısından analiz edildi. 7/10 hastada mevcut olan MR görüntülemeleri subluksasyon, tenosinovit, sinovit varlığı açısından ayrıca incelendi. Fonksiyonalite ve hastalık aktivasyon testleri (HAQ, SDI, SLEDAI) kayıt edildi.

Bulgular: Doksan sekiz hastanın 10'unda (%10) JA mevcuttu. Bir hastada (%10) SLE tanısından önce, 2 hastada (%20) SLE tanısıyla eş zamanlı JA saptandı. Hastaların tanı anından bu yana JA fark etme süresi ortalama 7,5 yıl (±6,1, ortanca: 9,5, min: -1, maks: 16) olarak hesaplandı. En sık PİF (%80), ikinci sıklıkta el bileği ve ayak bileği (%40), üçüncü sıklıkta MKF ve diz (%30) tutulumu görüldü. Hastaların konvansiyonel grafilerinin tamamında (%100) erozyon saptanmazken; MR görüntüleri olan 7 hastanın 7'sinde (%100) sinovit, 6'sında (%85,7) tenosinovit, 3'ünde (%42,8) subluksasyon, 1 tanesinde (%14,3) milimetrik erozyon saptandı. Hastaların ortalama SDI skoru 5,6 (±3,37), SLEDAI skoru 4,5 (±5,72, ort. 2 min: 0, maks: 18), HAQ skoru 0.3 (±0,46) olarak hesaplandı. JA hastalarında, JA dışı artriti ve artraljisi olan hastalara kıyasla 11,9 kat daha sık serözit varlığı saptandı. Altı (%60) vs. 16 (%20,8), p=0,005) Nörolojik tutulum; JA grubunda JA dışı eklem tutulumu olan hastalara karşılaştırıldığında 8,5 kat daha yüksek saptandı. (p=0,02) JA hastalarında, JA dışı artrit saptanan gruba kıyasla SS-B pozitifliği (p=0,05), tanı anında C4 düşüklüğü (p=0,004), tanı anından bu yana lenfopeni (p=0,02) daha sık görüldü.

Sonuç: Bu bulgular; JA'nın SLE tanı anı ve öncesinde saptanabileceğini gösterirken; el deformitesine karşın fonksiyonalitede belirgin bozulma olmadığını ortaya koymuştur. Literatürle uyumlu olarak konvansiyonel grafiler ve MR görüntülerinde kemik erozyonu görülmemekle birlikte hastaların tamamında bağ doku etkilenimi saptanmış; bu yönüyle daha geniş popülasyonlu çalışmalara ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Jaccoud artropatisi, serözit, sistemik lupus eritematozus



Şekil 1. JA hastalarının el eklemlerinde saptanan tenosinovit, sinovit, subluksasyon lokalizasyonları ve yüzdeleri (MRG bulgularına göre)

[PS-130]

Enflamatuvar miyopati ilişkili interstisyel akciğer hastalığında FVC ve DLCO değerlerinde azalmanın klinik özelliklerle ilişkisi ve prognoza etkisi

Ezgi Şahin[1], Ömer Uludağ[1], Aslıhan Balvi[2], Burak İnce[1], Yasemin Yalçınkaya[1], Esen Kıyan[2], Bahar Artım Esen[1], Ahmet Gül[1], Murat İnanç[1]

[1]*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

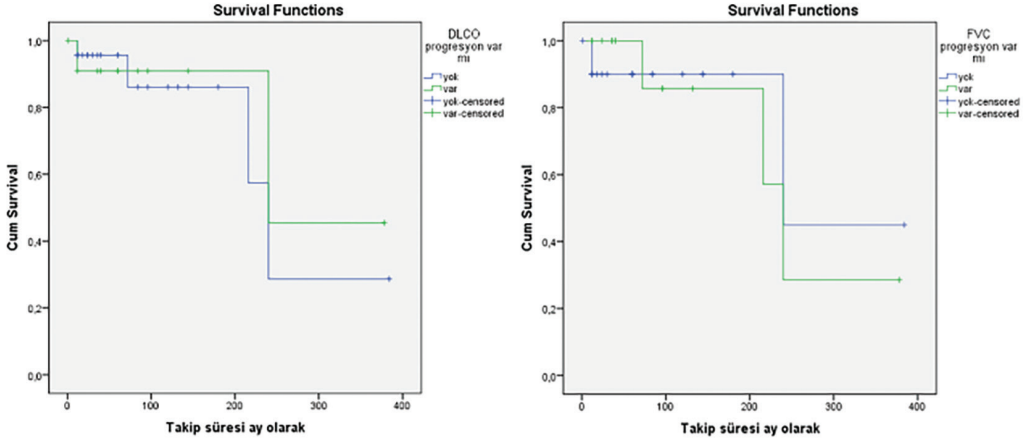
[2]*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

Amaç: Enflamatuvar miyopati ile ilişkili interstisyel akciğer hastalığı (İM-İAH), morbidite ve mortalitenin başlıca belirleyicilerinden olup, klinik seyir heterojendir. Zorlu vital kapasite (FVC) ve difüzyon kapasitesindeki (DLCO) değişimler hastalık progresyonunun göstergesi olarak kabul edilse de, bu parametrelerdeki azalmanın klinik önemi ve prognoz üzerindeki etkisi yeterince bilinmemektedir. Bu çalışmada İM-İAH olan hastalarda FVC ve DLCO değerlerindeki azalmanın klinik özelliklerle ve prognozla ilişkisi değerlendirildi.

Yöntem: Kliniğimizde 1991-2024 yılları arasında takip edilen Bohan ve Peter kriterlerini ve 2017 İM sınıflandırma kriterlerini karşılayan, miyozit spesifik antikor (MSA)sonuçları olan ve tanıdan itibaren Mİ-İAH ile takip edilen 35 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Bu hastaların sadece kliniğimizde yapılan solunum fonksiyon testi (SFT) verileri dikkate alındı. İAH tanısı SFT ve toraks bilgisayarlı tomografi (BT) verilerine dayanılarak konuldu. FVC'de ≥%10, DLCO'da ≥%15 azalma hastalık progresyonu olarak tanımlandı. Hastalar 12. ayda ve son vizitte yapılan SFT'lere göre FVC ve/veya DLCO'da azalma olan ve olmayanlar şeklinde iki gruba ayrıldı. Bu gruplarda klinik bulgular, otoantikor profili, tedaviler, laboratuvar parametreleri ve sağkalım süreleri karşılaştırıldı. Sağkalım analizi Kaplan-Meier yöntemiyle, gruplar arası farklar ise log-rank testiyle değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların %20'si anti Jo-1, %14,3'ü anti MDA-5, %5,7'si anti PL-7, %2,9'u anti Mi-2, %2,9'u anti TIF-1 gamma, %2,9'u anti NXP2, %2,9'u anti Pmscl pozitif bulundu, %8,6'sı MSA negatifti. Ortalama takip süresi 90,9±78,4 ay olup, bu süre içinde hastaların %40'ında FVC'de %34,3'ünde DLCO'da azalma saptandı. FVC'de azalma olan grupta, ANA (%78,6 vs. %38,1; p=0,040) ve Anti-Jo-1 pozitifliği (%66,7 vs. %20,7; p=0,027) yüksekti. Altıncı ayda Miyozit Hasar İndeksi (MHİ) açısından gruplar arasında fark bulunmazken, takip sonunda MHİ, FVC'de azalma olan grupta daha yüksekti (medyan 5 vs. 3; p=0,040). Akciğer skorundan bağımsız MHİ analizi yapıldığında ise gruplar arasında fark saptanmadı. Hastaların %62,9'una mikofenolat mofetil, %37,1'ine rituksimab, %31,4'üne azatioprin, %20'sine IVIG, %6'sına nintedanib verilmişti. DLCO'da azalma olan grupta azatioprin (AZA) kullanımı anlamlı olarak daha düşüktü (%40,3 vs. %8,5 p=0,040). Takip süresi sonunda hastaların %17'sinde DLCO'da, %31'inde FVC'de düzelme gözlendi. Antisentetaz sendromu tanısı SFT'deki azalma oranlarını etkilemedi. DLCO azalma olan/olmayan grupta malignite: %8,3/%13 ölüm: %16.7/17.4, FVC'de azalma olan/olmayan grupta malignite: %21.4/4,8 ölüm: %16,7/17,4 olup, sağkalım analizinde gruplar arasında fark bulunmadı (log-rank p=0,923 ve p=0,731) (Şekil 1). 12. ayda toplam 19 hastanın SFT verisine ulaşılmış olup bunların %31,6'sında FVC ve/veya DLCO'da azalma saptandı. DLCO'da azalma olan grupta başlangıç steroid dozu anlamlı olarak yüksekti (20-500 medyan 32; 25-500 medyan 500 p=0.04). FVC'de azalma olan grupta ise anti Ro-52 pozitifliği anlamlı olarak yüksekti (%38,5 vs %100 p=0.018).
Sonuç: İM-İAH olanların yaklaşık üçte birinde FVC ve/veya DLCO'da azalma izlendi. FVC'de azalma, özellikle Anti-Jo-1 ve ANA pozitifliği ile ilişkili bulundu. Akciğer hasarı dışlandığında MHİ açısından gruplar arasında fark olmaması, akciğer hasarının uzun dönem izlem açısından kritik önemini ortaya koymaktadır. DLCO'da azalma olan grupta AZA kullanımının daha düşük bulunması dikkat çekiciydi. Sınırlı örneklem nedeniyle kesin bir yargıya varılamasa da, elde edilen bulgular bu hasta grubunda tedavi eğilimlerinin daha güçlü ajanlara yöneldiğini göstermektedir. MSA etkisi konusunda kesin sonuç çıkarmak mümkün olmadı ancak, 12. ayda FVC'de azalma olanların tamamında anti Ro-52 pozitifliği bulunması, bu otoantikorun prognoz ve tedavi seçimi açısından önemli olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: İntertisyel akciğer hastalığı, enflamatuvar miyopati, otoantikor, prognoz, solunum fonksiyon testi



Şekil 1. DLCO ve FVC azalma ile Sağkalım arasındaki ilişki-Kaplan Meier analizi, DLCO (p=0,731) ve FVC (p=0,923) değerlerinde azalma ile sağkalım arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmedi

[PS-131]

MYD88 mutasyonu ilişkili makrofaj aktivasyon sendromu olgusu: Tanımlanamayan lenfoproliferatif süreçte moleküler hedefli tedavi deneyimi

Ezgi Şahin[1], Ömer Uludağ[1], Yıldız Akbal Engin[1], Emine Gültürk[2], Burak İnce[1], Yasemin Yalçınkaya[1], Bahar Artım Esen[1], Murat İnanç[1], Ahmet Gül[1]

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

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Makrofaj aktivasyon sendromu (MAS), bozulmuş sitotoksik hücre disfonksiyonu sonucunda uyarılan makrofaj ve T hücrelerinin kontrolsüz sitokin salınımı ile karakterize, hayatı tehdit eden bir klinik tablodur. MYD88, Toll-benzeri reseptör (TLR) ve IL-1 reseptör 1 (IL-1R1) hücre içi sinyal ileti yollarında yer alan, doğal bağışıklıkta önemli bir rol oynayan adaptör proteindir ve bu proteinde gelişen L265P mutasyonu, sürekli aktivasyon ve kontrolsüz immün yanıt gelişmesiyle ilişkilidir. Burada, MYD88 L265P mutasyonu ile ilişkili olarak MAS bulguları gelişen bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: Otuz dokuz yaşında erkek hasta ateş, halsizlik, kilo kaybı ve karın ağrısı şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenesinde hepatosplenomegali ve yaygın lenfadenopati saptandı. Başvuru sırasında yapılan tetkiklerinde transaminazlarda yükseklik, hiperferritinemi (>1500 ng/mL), hipertrigliseridemi (456), pansitopeni, akut faz reaktanlarında yükseklik (CRP 92 mg/L, ESH 66 mm/s), hipokomplementemi mevcuttu. Serum immünofiksasyonda IgG kappa monoklonal bant, protein elektroforezinde monoklonal gammopati (0,56 gr/dL), kappa/lambda oranı kappa lehine yüksek (4.64), ANA/ ENA/RF/kriyoglobulin negatif bulundu (Tablo 1). Ultrasonografide karaciğer 173 mm, dalak 130 mm, mezenterik ve paraaortik lenfadenomegali saptandı. PET-BT'de bilateral aksillada, boyunda, inguinalde, hiler, aortakaval, paraortik bölgede yaygın en büyüğü 2 cm boyutunda artmış FDG tutulumu olan (SUV_{maks} 3.6) lenf bezleri izlendi. İnguinal lenf bezinden yapılan biyopside CD20 ve CD5 pozitifliği gösteren küçük B hücreli atipik lenfoid infiltrasyon, plazmasitoid görünümde hücreler, kappa monotipli plazma hücrelerinde artış görüldü, ancak marginal zon lenfoma ya da lenfoplazmositer lenfoma ayrımı yapılamadı. Kemik iliği biyopsisi normosellülerdi ve malignite bulgusu yoktu. Ancak hastada klonal lenfoproliferatif süreci düşündüren biyopsi ve serum bulguları olması nedeniyle istenen ve allel spesifik PCR yöntemi ile bakılan MYD88 gen incelemesinde p.L265P mutasyonu saptandı. Karaciğer biyopsisinde, portal alanda hafif duktopeni ve lobüler alanda belirgin T lenfosit infiltrasyonu izlendi, akut hepatit ile uyumlu olarak değerlendirildi. Viral etiyoloji dışlandı. Klinik, laboratuvar ve histopatolojik bulgular bir bütün olarak değerlendirildiğinde, bulgular lenfoproliferatif hematolojik maligniteyi tanımlamaya yeterli olmasa da, MYD88 p.L265P mutasyonunun varlığı ve eşlik eden immün regülasyon bozukluğu bulgularıyla makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) tanısı konuldu. H- skoru 188'di. Tedavi sürecinde yüksek doz sistemik kortikosteroid (Deksametazon 40 mg/gün) başlandı; ancak ateş, ferritin yüksekliği ve sitopeni açısından belirgin yanıt alınamadı. Ardından IL-6 reseptör antagonisti olan tosilizumab 162 mg/hafta uygulandı ancak klinik tablo gerilemedi. Bunun üzerine tedavilere dirençli MAS tablosunda, MYD88 mutasyonuna yönelik olarak bruton tirozin kinaz inhibitörü olan ibrutinib (420 mg/gün) tedavisine başlandı. İbrutinib tedavisinin ikinci haftasında ateşin tamamen gerilediği, transaminazların normale dönedüğü, ferritin düzeyinin anlamlı şekilde azaldığı (53 ng/mL) ve periferik lenfadenopatilerin gerilediği görüldü. Mayıs 2025 itibariyle bir yıllık ibrutinib tedavi süreci sonunda hasta tam klinik remisyondaydı ve herhangi bir yan etki ve nüks gelişmedi.

Sonuç: MYD88 mutasyonu, sadece klasik hematolojik malignitelerde değil, immün regülasyonun bozulduğu durumlarda da patojenik rol oynayabilir. Kesin tanı konulamayan, ancak ağır sistemik enflamasyon bulguları ve MAS tablosu ile seyreden olgularda, moleküler düzeyde saptanan hedeflere yönelik tedaviler, hassas tıp kapsamında önemli seçenekler olarak düşünülmelidir. Bu olgu sunumuyla, glukokortikoid ve tosilizumab gibi klasik tedavilere yanıtsız olan MAS tablosunda, ibrutinib tedavisi ile sağlanan remisyon, moleküler patogeneze göre hedeflenmiş tedavi yaklaşımının önemini vurgulanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: MYD88, ibrutinib, makrofaj aktivasyon sendromu

Tablo 1. Laboratuvar verileri

Parametre	Başvuru	En yüksek ya da en düşük değer	Son durum
AST (U/L)	180	528	40
ALT(U/L)	230	759	40
ALP(U/L)	310	650	110
GGT(U/L)	70	114	45
LDH (U/L)	173	320	150
Ferritin (ng/mL)	850	>1500	53
Trigliserid (mg/dL)	290	456	120
Hemoglobin (g/dL)	9,1	9,1	13,2
Lökosit (x10^9/L)	4,5	31	6,2
Nötrofil (x10^9/L)	3,2	26	4,2
Trombosit (/mm3)	88000	80000	220000
CRP (mg/L)	55	92	6
ESH (mm/s)	66	66	14
C3	17	17	98
C4	<2	<2	18
Fibrinojen (mg/dL)	200	150	300
Serum serbest kappa (mg/L)	80	80	24
Serum serbest lambda (mg/L)	17,3	17,3	20
Serum serbest kappa/lambda	4,64	4,64	1,2

[PS-132]

Nedeni bilinmeyen enflamasyon: Tek merkez prospektif kohortun ilk sonuçları

Akın Işık[1], Fatma Temiz[2], Abidin Gündoğdu[3], Fergün Yılmaz[2], Elif Tigen[4], Haner Direskeneli[1], Fatma Alibaz Öner[1]

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

[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı İstanbul

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

[4]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

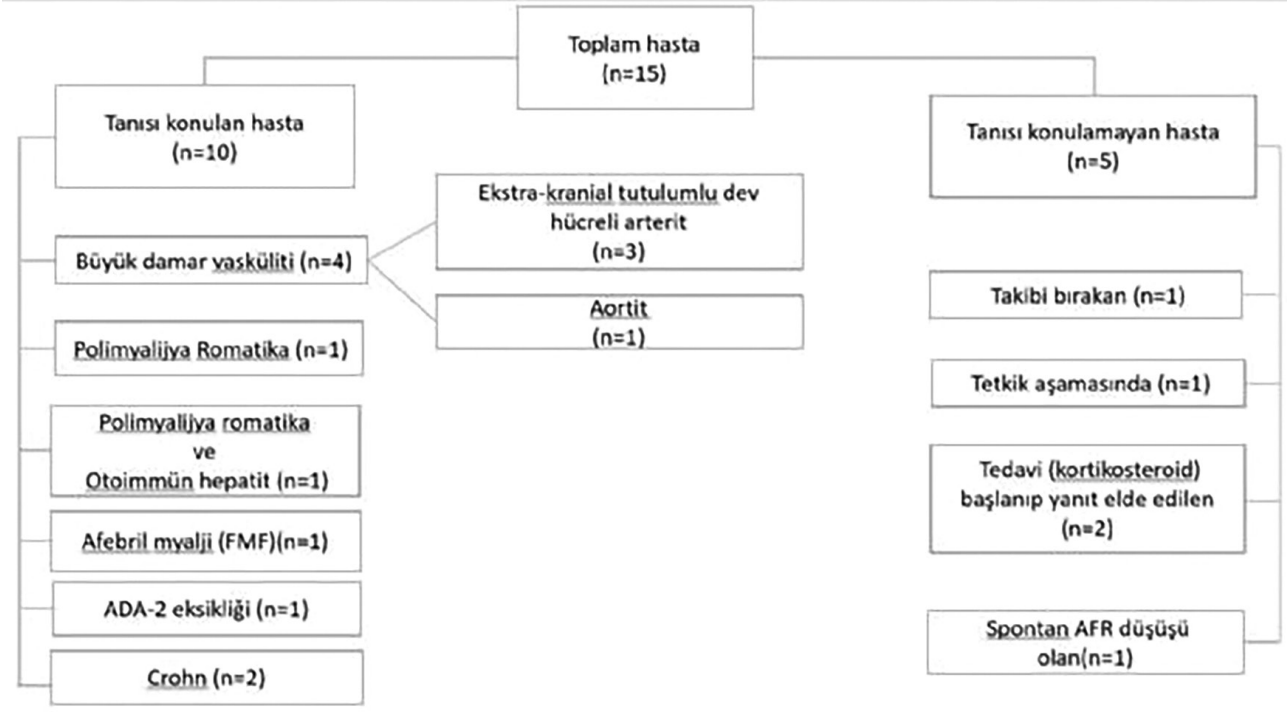
Amaç: Nedeni bilinmeyen enflamasyon (NBI); 3 haftadan uzun süren akut faz reaktanı (AFR) yüksekliğinin eşlik ettiği (CRP >30 mg/L veya artmış ESH), en az 3 poliklinik ziyaretinden sonra ya da hastanın hastaneye yatışından sonraki 3 gün boyunca yapılan incelemelere rağmen, AFR yüksekliğinin nedeninin saptanamadığı enflamatuvar süreci tanımlamaktadır. Nedeni bilinmeyen ateşten (FUO) farklı olarak NBI kliniğinde ateş bulunmamaktadır. Çalışmamıza Marmara ÜTF polikliniklerine NBI etiyolojisi açısından değerlendirilmek üzere başvuran hastalar dahil edilmiştir. Tetkikler sonucu koyulan tanıların değerlendirilmesi; tanı konulamayan hastalarda ise seyrin romatoloji, hematoloji ve enfeksiyon hastalıkları ile ortak prospektif takiple incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Hasta alımı Ocak 2019'da başlayan çalışma COVID-19 pandemisi nedenli 2020-2022 arasında sürdürülemedi. 2022 itibariyle tekrar hasta alımına başlandı. Hastalarda AFR yüksekliğini açıklayabilecek diğer etiyolojiler (enfeksiyoz patolojiler/solid/hematolojik maligniteler) dışlandı. Enfeksiyöz etkenlere yönelik kan/idrar/dışkı kültürleri, viral/tüberküloz/brucella/sfiliz serolojileri ile enfektif endokardit açısından ekokardiyografi yapıldı. Yaş-cinsiyete uygun malinite taramaları yapıldı. Radyolojik görüntülemeler yapılmasına rağmen NBI etiyolojisi aydınlatılamayan 13 hastaya PET görüntüleme yapıldı. Tanı sürecine katkı sağlayabilecek şüpheli alanlardan doku biyopsisi alındı. Yaş ve kliniği nedeniyle şüphelenilen hastalarda otoenflamatuvar hastalıklara yönelik genetik testler yapıldı.

Bulgular: On beş hasta NBI nedeniyle tarafımızca değerlendirildi. Hastaların %53,3'ü (n=8) kadın idi. Ortalama yaşları 46,1±15,8 (min-maks: 24-70) idi. Ortalama takip süresi 10,6±12,1 (min-maks: 2-52) aydı. Hastaların kliniğimizde NBI araştırılmadan önceki sebat eden AFR yüksekliği ortalama 20,6 ay (min-maks: 3-72) idi. On dört hastada AFR yüksekliğine eşlik eden semptomlar mevcuttu. Başvuru sırasında en sık semptom %60 hastada kilo kaybı ve myalji iken, %26,6 hastada artralji idi. AFR dışı en sık laboratuvar bulguları kronik hastalık anemisi (%66,6), nötrofilik lökositoz (%33), trombositoz (%20) ve lenfopeni (%13,3) idi. Hastaların başvurusu öncesi ortalama CRP değeri 97,9±44,3 mg/L, ESH değeri 80,9±24,5 mm/saat idi. Hastalarla ilgili demografik ve klinik bilgiler Tablo 1'de ve Şekil 1'de bulunmaktadır.Tetkik süreci sonunda 15 hastadan 10'unda NBI tablosunun altında yatan hastalığın tanısı konuldu. Dört hastada büyük damar vasküliti (3 hasta ekstra-kranial tutulumlu dev hücreli arterit/1 hasta aortit), 1 hastada Polimyaljiya Romatika (PMR), 1 hastada PMR ve eşlik eden otoimmün hepatit, 1 hastada ADA-2 eksikliği tanısı konuldu. Şiddetli afebril myalji kliniğiyle başvuran ve tipik atak öyküsü bulunmayan bir hastaya FMF tanısı konuldu. Tipik gastrointestinal şikayetleri olmayan 2 hastada ise NBI etiyolojisinin altında Crohn hastalığı tespit edildi. Beş hastada ise yapılan tetkiklere rağmen kliniklerini ve AFR yüksekliklerini açıklayacak spesifik tanı konulamadı. Bu hastalardan biri süreç içinde tetkik aşamasında takipten ayrıldı. Bir hasta halen tetkik aşamasında olup, iki hastada ise yaygın miyalji nedeniyle yakın poliklinik izlemi ile 0,5 mg/kg metilprednizolon tedavisi başlandı. Bir hastanın ise tetkikleri sürerken kontrollerinde AFR yüksekliğinin spontan gerilediği gözlendi. Tanısı konulamayan başka bir hastanın tetkiklerinde lenf nodu histopatolojisinde nekrotizan granülamasyon gösterilmesi nedeniyle öncelikle tüberküloz tedavisi başlandı. Ancak NBI durumunun efektif tüberküloz tedavisine rağmen sürmesi ve mevcut kliniğinin tüberküloz ile açıklanamaması nedeniyle anti-tüberküloz tedavisinin ardından 0,5 mg/kg metilprednizolon tedavisi başlandı. Tedavi başlanan hastaların hepsinde klinik ve laboratuvar yanıt alınması nedeniyle steroid kesilmesinde yardımcı ajan (cDMARD/bDMARD) tedavilerine eklendi. Takip sürecinde PMR nedeniyle tedavisine başlanan bir hastada akut koroner sendrom nedenli mortalite gelişti. Geri kalan 13 hastanın izlemi sürmektedir.

Sonuç: Romatolojik hastalıklar önemli nedeni bilinmeyen enflamasyon nedenidir. Çalışmamızda NBI nedeniyle tetkik edilen hastaların %53,3'ünde romatolojik hastalık tanısı konulmuştur. Bir grup hastada tanı konulamasa da, enfeksiyonlar ve maligniteler dışlandıktan sonra, tedavide glukokortikoidler etkili olabilir. Bulgularımız daha nadir olarak enflamasyonun kendiliğinden de gerileyebileceğini göstermektedir. Ancak çalışmamızın daha fazla hasta ile uzun takip verisi daha net bilgiler sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Nedeni bilinmeyen enflamasyon, akut faz reaktanı yüksekliği, ayırıcı tanı



Şekil 1. Çalışmadaki hastaların süreç içinde aldığı tanılar

Tablo 1.

Hasta	Yaş/Cinsiyet	Başlangıç semptomu	AFR yüksekliği (ay)	Ortalama CRP değeri (mg/L)	Tanı	KS Tedavi	cDMARD/bDMARD
1	32 Y/K	Yaygın myalji,kilo kaybı	4	120	-	+	Metotreksat
2	28 Y/K	Alt ekstremite proksimalinde miyalji	4	122	Crohn	+	Adalimumab Sülfasalazin
3	37 Y/K	Miyalji,kilo kaybı	26	83	Aortit	+	Azatioprin
4	70 Y/E	Kilo kaybı	3	192	Dev hücreli arterit	+	Mikofenolat mofetil
5	68 Y/K	Omuz kuşağında ağrı	5	60	PMR	+	Leflunomid
6	49 Y/K	-	60	42	-	-	-
7	24 Y/E	İşitme kaybı	48	43	ADA-2 eksikliği	+	Adalimumab
8	58 Y/K	Omuz kuşağında ağrı	72	152	PMR+ Otoimmün hepatit	+	Azatioprin+ düşük doz kortikosteroid
9	46 Y/K	Alt ekstremite prokismalinde myalji ve rekurren oral aft	4	41	-	+	Kolşisin Azatioprin
10	30 Y/E	Alt ekstremite proksimalinde myalji	3	135	Afebril myalji/ FMF	+	Kolşisin Anakinra
11	55 Y/E	-	3	74	Dev hücreli arterit	+	Leflunomid
12	24 Y/E	-	40	93	Crohn	+	Adalimumab
13	56 Y/K	Kilo kaybı, myalji	6	73	Dev hücreli arterit	+	Tocilizumab
14	60 Y/E	Halsizlik	3	115	Spontan AFR düşüşü gözlendi	-	-
15	55 Y/E	Myalji	35	124	- (takipten çıktı)	-	-

ADA-2: Adenozin Deaminaz -2 enzimi, AFR: Akut faz reaktanı, cDMARD:Konvansiyonel hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç, bDMARD: Biyolojik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç, PMR: Polimyaljiya Romatika, KS: Kortikosteroid

[PS-133]

Tekrarlayıcı trombozu olan sekonder antifosfolipid sendromu tanılı hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri: Tek merkez deneyimi

Berkay Soysal, Gül Sandal Uzun, Yunus Emre Dalkılıç, Seda Çolak, Emre Tekgöz, Muhammet Çınar, Sedat Yılmaz

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

Amaç: Antifosfolipid sendromu (AFS), tekrarlayan arteriyel/venöz trombozlar ve obstetrik komplikasyonlarla seyreden, otoimmün kökenli edinsel bir trombofili sendromudur. Sistemik Lupus Eritematozus (SLE) zemininde gelişen sekonder AFS'de en önemli klinik sorunlardan biri tekrarlayıcı trombozdur. Rekürrens, mortalite ve morbiditeyi artırmakta, uzun süreli antikoagülasyon gereksinimine yol açmaktadır. Bu nedenle risk faktörlerinin belirlenmesi klinik açıdan kritik öneme sahiptir. Tekrarlayıcı trombozu olan SLE ve Sekonder AFS tanılı hastalarda tromboz özelliklerini, serolojik, klinik bulguları ve uygulanan tedavileri değerlendirmek.

Yöntem: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Bilim Dalında takip edilen Sistemik Lupus Eritematozus ve overlap AFS tanılı, tekrarlayıcı tromboz öyküsü bulunan 13 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verileri, klinik özellikleri, antifosfolipid antikor profilleri, tromboz tipleri, rekürrens ve tedavi öyküleri dosya kayıtlarından elde edildi. Tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya 13 hasta dahil edildi. Ortanca yaş 49,3 (IQR: 38-51) yıl, medyan takip süresi 7 (IQR: 6,5-18) yıl olup, 9'u erkek (%69,2) ve 4'ü kadın (%30,8) idi. On hasta (%76,9) SLE ve AFS tanısını eş zamanlı olarak aldı, 2 hasta (%15,4) önce AFS, 1 hasta (%7,7) önce SLE tanısı aldı. Komorbiditelerden 3 hastada (%23,1) tip 2 diabetes mellitus, 5 hastada (%38,5) hipertansiyon, 3 hastada (%23,1) kronik böbrek hastalığı mevcuttu. Dört hastada (%30,8) yalnızca arteriyel, 5 hastada (%38,5) yalnızca venöz ve 4 hastada (%30,8) hem arteriyel hem venöz tromboz öyküsü vardı. Altı hastada (%46,2) kranial arteriyel tromboz saptandı. Sekiz hastada (%61,5) rekürrens aynı lokalizasyonda gelişti. SLE ilişkili tutulumlardan 5 hastada (%38,5) mukokutanöz tutulum, 5 hastada (%38,5) trombositopeni, 2 hastada (%15,4) renal tutulum izlendi. Medyan rekürrens süresi 36 ay idi. Rekürrens yaşayan hastaların tedavi öyküleri; 1 hasta (%7,7) tedavisiz, 3 hasta (%23,1) ASA, 4 hasta (%30,8) warfarin, 2 hasta (%15,4) YOAK, 1 hasta (%7,7) ASA+warfarin ve 1 hasta (%7,7) ASA+YOAK şeklindeydi. Dokuz hasta (%69,2) hidroksiklorokin kullanmaktaydı. Üç hastada (%23,1) yetersiz tedavi öyküsü vardı. Bu hastalardan 2'sinde tromboz meydana geldiğinde INR değeri 2'nin altındaydı. Diğer hasta ise antikoagülan veya antiagregan tedavi almamaktaydı. Serolojik bulgulardan 6 hastada (%46,2) yüksek titre anti-β2 glikoprotein-I IgG (≥4 kat), 4 hastada (%30,8) yüksek titre anti-kardiyolipin IgG (≥4 kat) pozitifliği saptandı. IgM pozitifliği izlenmedi. 6 hastada (%46,2) lupus antikoagülan (LAC) pozitifliği, 4 hastada (%30,8) triple pozitiflik ve 5 hastada (%38,5) anti-dsDNA pozitifliği vardı. 3 hastada (%23,1) majör kanama ve 1 hastada (%7,7) katastrofik APS (CAPS) gelişti. CAPS gelişen hastada üçlü antikor pozitifliği ve yüksek titre antikor düzeyi (≥4 kat) mevcuttu. Hasta katastrofik APS ve SLE tanılarını eş zamanlı olarak aldı. Tanı anında hemodinamik instabilite, bilinç bozukluğu, renal tutulum, akciğer parankim tutulumu, derin ven trombozu (DVT) ve pulmoner tromboemboli mevcuttu.

Sonuç: AFS'de tromboz rekürrensini öngörmek güçtür. Çalışmamızda olguların yarısından fazlasında aynı lokalizasyonda nüks saptanmış olup venöz tromboz arteriyel trombozdan daha sık izlendi. Yüksek titre antifosfolipid antikor pozitifliği, lupus antikoagülan varlığı, üçlü pozitiflik, trombositopeni, hipertansiyon, anti-dsDNA pozitifliği ve yetersiz tedavi, bu seride rekürrens ile ilişkili olabilecek öne çıkan bulgular olarak izlendi. Bulgularımız, sekonder AFS'de rekürrens riskini öngörmede klinik ve serolojik özelliklerin birlikte değerlendirilmesinin yararlı olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Antifosfolipid sendromu, tromboz, sistemik lupus eritematozus

Tablo 1. Hastaların karakteristik özellikleri

Hasta no	Demografik özellikler	Komorbiditeler	SLE Klinik özellikleri	Laboratuvar bulguları	Tromboz öyküsü	Aldığı tedavi
1	85y, e	ASKH, hipotiroidi, KBH	Hematolojik tutulum	LAC (+), anti-dsdna (+), hipokomplementemi (+)	MI (+), DVT (+)	ASA, HCQ, metilprednizolon
2	50y, e	ASKH	Mukokutanöz tutulum	Anti-b2gp IgG (+, yüksek titre), anti-kardiyolipin IgG (+, yüksek titre), anti-dsdna (+)	Tekrarlayan MI (+)	ASA, HCQ, metilprednizolon
3	60y, k	DM, HT, hipotiroidi, KOAH	Mukokutanöz tutulum	ANA ve AFA takipte negatifleşmiş	Tekrarlayan DVT (+), PTE (+)	YOAK
4	40y, e	DM, HT	Mukokutanöz tutulum, ocular tutulum	LAC (+), düşük titre anti-b2gp IgG, düşük titre anti-kardiyolipin IgG	Tekrarlayan Retinal arter trombozu (+)	Warfarin, ASA, HCQ, metilprednizolon
5	51y, k	Hipotiroidi	Hematolojik tutulum, nöropsikiyatrik tutulum	Anti-b2gp IgG (+, yüksek titre), anti-kardiyolipin IgG (+, yüksek titre), LAC (+), anti-dsdna (+), hipokomplementemi (+)	Tekrarlayan SVO (+)	YOAK, Azatioprin, metilprednizolon
6	52y, e	KBH	Hematolojik tutulum, artiküler tutulum	Anti-b2gp IgG (+, yüksek titre), hipokomplementemi(+)	Tekrarlayan DVT (+)	Warfarin, MTX, HCQ, metilprednizolon
7	37y, k	-	Mukokutanöz tutulum, nörolojik tutulum	LAC (+)	Serebral venöz tromboz, pulmoner tromboemboli	Warfarin, HCQ, metilprednizolon
8	38y, e	-	Mukokutanöz tutulum	Anti-b2gp IgG (+, yüksek titre), anti-kardiyolipin IgG (+, yüksek titre), anti-dsdna (+), hipokomplementemi (+)	Tekrarlayan DVT (+)	DMAH, HCQ, metilprednizolon
9	49y, e	HT, HL, ASKH, Kalp yetmezliği	Hematolojik tutulum, nörolojik tutulum,	Anti-dsdna (yüksek titre +), AFA düşük titre (+)	MI (+), SVO (+)	ASA, metotreksat, leflunomid, HCQ, metilprenizolon
10	36y, e	-	Hematolojik tutulum, renal tutulum, akciğer tutulumu	Anti-b2gp IgG (+, yüksek titre), anti-kardiyolipin IgG (+, yüksek titre), LAC (+)	Tekrarlayan DVT (+), PTE (+), CAPS (renal, akciğer parankim, vasküler)	Warfarin (INR<2), MMF, metilprednizolon, HCQ
11	39y, e	HT, KBH	Nörolojik tutulum, renal tutulum	Anti-b2gp IgG (+, yüksek titre), anti-kardiyolipin IgG (+, düşük titre), LAC (+)	SVO (+), PTE (+)	Siklofosfamid, MMF, metilprednizolon, HCQ, tedaviye uyumsuz
12	36y, e	DM, HT	Nörolojik tutulum	LAC (+)	SVO (+), DVT (+)	Warfarin (INR<2)
13	42y, k	-	Nörolojik tutulum	AFA (takipte negatifleşmiş), dsdna (+,yüksek titre)	Retinal arter trombozu (+), SVO (+), PTE (+), DVT (+)	ASA, YOAK, HCQ, metilprednizolon

Tekrarlayıcı trombozu olan SLE sekonder AFS tanılı hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri Kısaltmalar: ASA: Asetilsalisilik asit, YOAK: Yeni oral antikoagülan, HCQ: Hidroksiklorokin, DM: Diabetes mellitus, HT: Hipertansiyon, KBH: Kronik böbrek hastalığı, HL: Hiperlipidemi, SVO: Serebrovasküler olay, PTE: Pulmoner tromboemboli, DVT: Derin ven trombozu, LAC: Lupus antikoagülan, AFA: Antifosfolipid antikor, MMF: Mikofenolat mofetil, MTX: Metotreksat

[PS-134]

Ailevi Akdeniz ateşi ve Hashimoto tiroiditi birlikteliği: Klinik özellikler, genetik bulgular ve otoantikor izlemi: tek merkez deneyimi

Firdevs Ulutaş[1], Şenay Topsakal[2], Kürşat Kaya[3], Murat Yiğit[1], Uğur Karasu[1], Veli Çobankara[1]

[1]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Denizli

[2]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji Bilim Dalı, Denizli

[3]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Denizli

Amaç: Hashimoto tiroiditi (HT) sıklıkla otoimmün ve otoenflamatuvar hastalıklarla birliktelik gösterebilir. Ailevi Akdeniz ateşi (AAA) ise tekrarlayan ateş ve serozit atakları ile karakterize otoenflamatuvar bir hastalıktır. AAA hastalarında artmış tiroid otoimmünitesi bildirilmiştir. Bu çalışmada AAA ile birlikte HT tanısı olan hastaların klinik, genetik ve serolojik özelliklerini tanımlamak ve kolşisin tedavisinin tiroid otoantikor düzeylerine olası etkisini araştırmayı planladık.

Yöntem: Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bölümü'nde takipli, AAA ve HT tanılı (otoantikor yüksekliği ile tanı almış hastalar) 20 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Demografik veriler, AAA klinik bulguları, MEFV gen mutasyonları, günlük kolşisin ve levotiroksin (LT4) dozları, eşlik eden komorbiditeler kaydedildi. Başlangıçta Tiroid Peroksidaz antikorları (anti-TPO), Tiroglobulin antikorları (anti-TG), tiroid ultrasonografi (USG) bulguları, eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) ve C-reaktif protein (CRP) düzeyleri değerlendirildi. On beş hastanın takipte de otoantikor sonuçları mevcuttu. Antikor değişimleri ≥%10 düşüş, stabil (±%10), ≥%10 artış olarak sınıflandı. Tanımlayıcı istatistikler, Spearman korelasyon ve ki-kare testleri kullanıldı.

Bulgular: 20 hastanın demografik verileri ve klinik özellikleri Tablo 1'de ayrıntılı sunulmuştur. AAA ve HT birlikteliği olan hastalarda kadın cinsiyet hakimiyeti mevcuttu. En sık rastlanan genetik mutasyon M694V ilişkiliydi. Tanıda HT hastalarının %70'inde (n=14) heterojen tiroid dokusu, %30'unda (n=6) tiroid nodülü mevcuttu. Hastaların takibinde özellikle anti-TPO düzeylerinde anlamlı düşüş izlendi ($p<0,05$). Anti-TG değişimleri daha dengeli olup istatistiksel olarak anlamlı değildi. Antikor değişimlerinin yaş, hastalık süresi, kolşisin veya LT4 dozları, ESR/CRP düzeyleri ile korele olmadığı görüldü.

Tartışma: Tiroid fonksiyon testlerinin sağlıklı kontrollerle kıyaslandığı bir AAA kohortunda; tiroid otoantikorı ve tiroid fonksiyon testlerinin normal olmasına rağmen AAA hastalarının %10'unda tiroid bezlerinde vaskülarite artışı bildirilmiştir. Çalışmamızda USG bulgularında yüksek oranda saptanan heterojen tiroid dokusu ve tiroid nodülü varlığı çalışmaya antikor pozitifliği ile HT hastalarının alınmasıyla ilişkili olabilir. Yine, genetik olarak doğrulanmış 2000 AAA hastasının dahil edildiği bir çalışmada, M694V taşıyıcılığının, Poliarteritis Nodosa, Behçet Hastalığı gibi diğer enflamatuvar hastalıklarla en ilişkili gen olduğu, enflamasyon kaskadının aktivasyonunda rol oynayabileceği vurgulanmıştır. Bizim çalışmamızda da HT olan hastaların çoğunda M694V gen pozitifliği saptanmıştır. AAA hastalığı, Sistemik Lupus Eritematozis (SLE) gibi diğer otoimmün hastalıklarla genel popülasyona oranla daha sık birliktelik gösterebilir. Kolşisin, SLE (tekrarlayan perikardit) ve seronegatif Romatoid Artrit'li (RA) bazı hastalarda günlük pratikte kullanılsa da, serum otoantikor düzeylerine etkisi net bilinmemektedir. Ancak otoenflamatuvar sendromlu bazı olgularda doğal ve kazanılmış immün sistem arasında net sınırların olmadığı vurgulanmaktadır. Kolşisin tedavisinin akut ve kronik koroner sendromlu hastalarda CRP düzeylerini düşürdüğü bilinmektedir. Nötrofilik dermatozlarda da nötrofil migrasyonunu engellediği, serum enflamasyon belirteçlerini azalttığı bildirilmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda anti-TPO düşüşü kolşisin kullanımı ve enflamasyon belirteçleri ile ilişkili bulunmasa da daha yüksek hasta sayıları ile, veya SLE/RA gibi farklı hasta gruplarında otoantikor titreleri üzerine kolşisinin etkisi araştırılabilir, bu anlamda çalışmanın özgün olabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Ailesel Akdeniz ateşi, Hashimoto tiroiditi, otoantikor, MEFV mutasyonu, kolşisin

[PS-135]

Romatolojiye yapılan sevklerin tanısal değeri ve sağlık sistemi üzerindeki yükü

Pınar Akyüz Dağlı[1], Berkan Armağan[1], Hatice Ecem Konak[1], Sevgi Bilen Ayhan[1], Zeynep Özge Özdemir[1], Esra Maide Özel[1], Ebru Atalar[1], Rezan Koçak Ulucaköy[1], Esra Kayacan Erdoğan[1], Serdar Can Güven[1], İsmail Doğan[2], Kevser Orhan[1], Yüksel Maraş[3], Orhan Küçükşahin[2], Ahmet Omma[3], Şükran Erten[2], Hakan Babaoğlu[1]

[1]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

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

[3]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

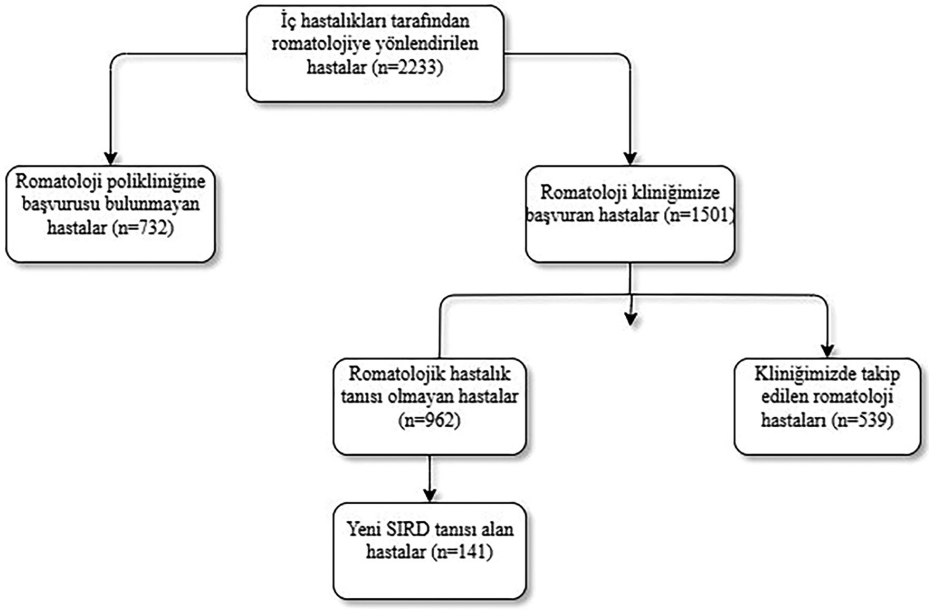
Amaç: Türkiye'de, birçok sağlık sisteminin aksine, yan dal polikliniklerine başvuru için hastaların ilgili branş hekimleri tarafından yönlendirilmesi gerekmektedir. Bu yönlendirme sürecine ilişkin standart bir algoritma ve denetim mekanizmasının bulunmaması, yan dal polikliniklerinde giderek artan hasta yükünün önemli nedenlerinden biridir. Romatoloji, kapsamı gereği bu artıştan en fazla etkilenen branşların başında gelmektedir. Bu çalışmada, iç hastalıkları kliniklerinden romatoloji polikliniğine yönlendirilen hastaların demografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi ve yeni romatolojik tanı alan hastaların yönlendirilme nedenlerine göre oranlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Retrospektif kohort tasarımında gerçekleştirilen bu çalışmada, 1 Eylül-30 Kasım 2022 tarihleri arasında Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Romatoloji polikliniklerine iç hastalıkları kliniklerinden yönlendirilen 2233 hasta taranmıştır. Önceden sistemik enflamatuvar romatolojik hastalık (SİRH) tanısı bulunan veya randevusuna başvurmayan hastalar çalışma dışı bırakılmış, kalan 962 hasta analize dahil edilmiştir. Yeni SİRH tanısı alan ve almayan hastalar demografik, klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulguları açısından karşılaştırılmıştır. İstatistiksel analizlerde ki-kare testi, Fisher'ın kesin testi ve Student's t-testi kullanılmış; bağımsız prediktörler ise lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Sevk edilen hastaların %70,9'u kadındı. Analize dahil edilen 962 hastanın 141'ine (%14,6) yeni SİRH tanısı konuldu. En sık saptanan tanılar undiferansiye bağ doku hastalığı (n=26), aksiyel spondiloartrit (n=23), Sjögren sendromu (n=20), gut (n=15) ve romatoid artrit (n=11) idi. Hastaların büyük çoğunluğu (%85,4) ise yeni SİRH tanısı almadı. Sistemik enflamasyonu düşündüren klinik ve laboratuvar bulgular, yeni tanı için en güçlü belirleyiciler olarak öne çıktı.

Sonuç: İç hastalıklarından üçüncü basamak romatoloji polikliniğine yönlendirilen hastalarda SİRH için tanısal verimlilik dikkat çekici derecede düşüktür ve bu durum potansiyel olarak uygunsuz sevklerin yüksek oranına işaret etmektedir. Sevk süreçlerinin yapılandırılmış klinik algoritmalar, güçlendirilmiş tıp eğitimi ve etkili triyaj stratejileri ile optimize edilmesi, SİRH şüphesi olan hastaların zamanında romatolojiye erişimini sağlamak ve gereksiz sağlık hizmeti kullanımını azaltmak açısından kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Romatoloji, sistemik enflamatuvar romatolojik hastalıklar, triyaj, uygunsuz sevk, sağlık sistemi



Şekil 1. Çalışmaya dahil edilen hastaların akış şeması

[PS-136]

Turner sendromu ve psöriatik artrit birlikteliği, olgu sunumu

Fatih Taştekin

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İzmir

Amaç: Turner sendromu (TS), kadınlarda ikinci X kromozomunun kaybı ile karakterize kısa boy, primer gonadal yetmezlik, lenfödem ve dismorfik görünümün olabildiği bir anomalidir. TS'li hastalar metabolik sendrom, hipertansiyon, tip II diabetes mellitus, hiperlipidemi, obezite ve kardiyovasküler hastalık geliştirme açısından artmış risk altındadır. Bununla birlikte TS'li hastalarda otoimmün hastalık riski, genel kadın popülasyonuna göre yaklaşık iki kat daha yüksektir. Özellikle otoimmün tiroidit, çölyak hastalığı, tip 1 diabetes mellitus, enflamatuvar bağırsak hastalığı, juvenil idiopatik artrit, alopesi areata, vitiligo, psöriazis gibi otoimmün hastalık riskinde artış vardır ve birden fazla otoimmün hastalık bir arada bulunabilir. TS'nin psöriatik artrit ve ankilozan spondilit gibi romatizmal hastalıklarla birlikte görüldüğü olgular da mevcuttur. Biz de bu yazımızda TS ve psöriatik artritin birlikte görüldüğü bir olguyu sunacağız.

Olgu: Kırk sekiz yaşında kadın hastaya 6 yıl önce gövde arka yüzde guttat eritemli skuamlı papüller, saçlı deride yoğun skuamlı minimal eritemli plaklar ile psöriazis tanısı konulmuş ve lokal tedavi verilmiştir. Üç yıl önce de periferik eklem tutuluşları ile psöriatik artrit tanısı konulmuştur. Psöriatik artrit için metotreksat, leflunomid, sulfasalazin ile yanıt alınamayan hastaya önce sertolizumab, daha sonra upadasitinib, onunla da yanıt olmaması üzerine sekukunimab başlanmış ve tedaviden yanıt alınmıştır. Hasta halen sekukunimab altında döküntü ve eklemler açısından stabil olarak izlenmektedir. Hastanın primer infertilite nedenli araştırılmasında genetik inceleme sonucu TS tanısı konulmuştur. Hastada Hashimato tiroidi de mevcuttur.

Sonuç: TS hastalarında psöriazis gelişme riski genel popülasyona göre yaklaşık 2,25 kat artmıştır. Bununla birlikte bugüne kadar psoriatik artrit ve TS'nin birlikte görüldüğü az sayıda rapor mevcuttur. TS'de otoimmünitenin artışını açıklayan olası faktörler arasında X kromozomu genleri haployetmezliği, X kromozomu kökenli proenflamatuvar sitokinlerin aşırı üretimi, hipogonadizm ve östrojen tedavisi yer alır. Uzun kolda bulunan majör histokompatibilite kompleksi lokusu da dahil olmak üzere X kromozomunda bulunan genlerin bağışıklık tepkisinin düzenlenmesinde ve bağışıklık toleransının değişmesine katkıda bulunduğu gösterilmiştir. TS'de otoimmün duyarlılığın X'e bağlı düzenleyici T hücrelerinin gelişiminde önemli olan *FOXP3* geninin ifadesindeki bir değişiklikten kaynaklandığı düşünülmüştür. TS aterojenik bir durum olup kardiyometabolik hastalık ile ilişkilidir. Psöriazis ve psöriatik artritte de metabolik sendrom sıklığı ve kardiyovasküler riskler artmıştır. Bu durum bu hastalıkların ortak bir altyapısı olabileceğini düşündürmektedir. Klinisyenlerin TS ve psöriatik artrit hastalıklarında yüksek kardiyovasküler risklerin farkında olmaları gerekmektedir. Olgu raporlarının toplanması TS ile psöriatik artrit gibi romatizmal hastalıklar arasındaki ilişkinin aydınlatılmasını sağlayacaktır. TS'li kişilerde otoimmün bozuklukların daha fazla incelenmesi, genel olarak otoimmün hastalıkların patogenezindeki mekanizmaların daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunabilir. Bu birliktelikler TS hastalarının multidisipliner bir ekip tarafından incelenmesi gerekliliğini de desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Turner sendromu, psöriazis, psöriatik artrit

[PS-137]

Yaygın pigmentasyon ve iskelet tutulumu ile seyreden primer okronozis olgusu

Fatma Gür Hatip, Atalay Doğru, Mehmet Şahin, Zübeyde Uğurlu

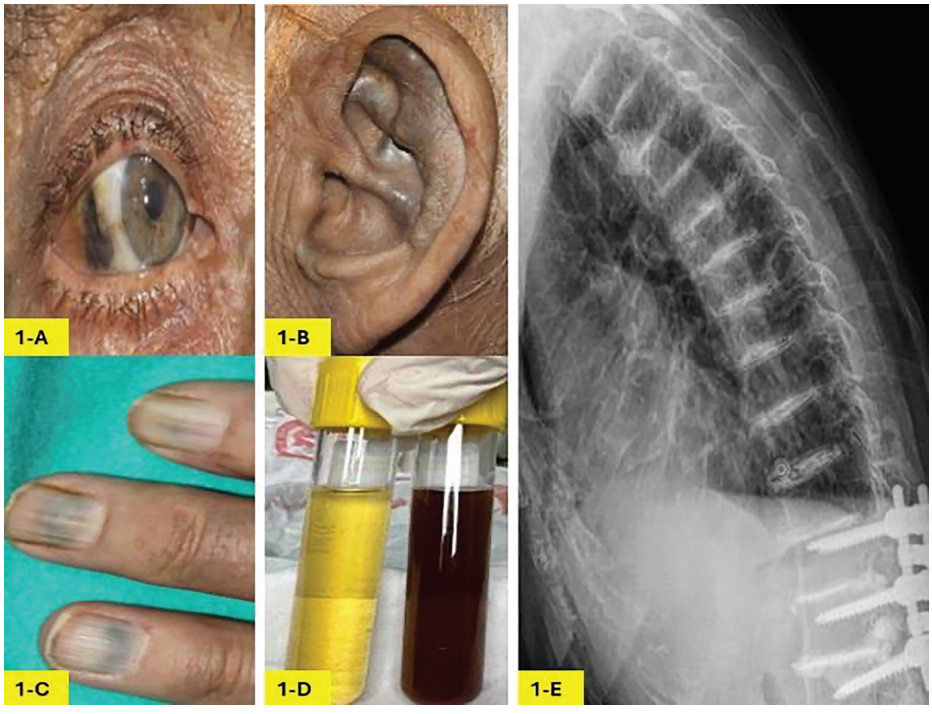
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Isparta

Amaç: Okronozis, ilk kez 1866 yılında bağ dokuda pigment birikimi olarak tanımlanmış olup primer (alkaptonüri) veya sekonder (ilaçlara bağlı) olarak ortaya çıkabilmektedir. Primer okronozis homogentisik asit (HGA) birikimi sonucu bağ dokuda mavi-siyah renkli pigmentlerin depolanması ile karakterize, nadir görülen metabolik bir hastalıktır. Bu yazıda yaygın tutulumları olan primer okronozis olgumuzu sunuyoruz.

Olgu: Yetmiş beş yaşında kadın hasta, yaklaşık 1-2 yıldır giderek artan halsizlik, tırnaklarda, deride, idrar renginde koyulaşma ve yaygın eklem ağrıları şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede yüz bölgesinde daha belirgin olmak üzere tüm deride yaygın pigment birikimi, her iki gözde saat 3-9 hizasında yoğunlaşan siyah renkli sklera pigmentasyonu (Resim 1A), bilateral aurikulalarda (Resim 1B), tırnaklarda mavimsi-siyah renk değişikliği (Resim 1C), bilateral dizlerde belirgin krepitasyon, omurga hareketlerinde kısıtlılık saptandı. Hastanın idrar renginde normal idrar ile karşılaştırıldığında belirgin koyulaşma (Resim 1D) izlendi. KBB muayenesinde larinks ve septum posteriorda pigment birikimi izlendi. Vertebra direkt grafilerinde intervertebral disklerde belirgin kalsifikasyon (Resim 1E), diz eklem aralığında kalsifikasyon artışı ve skleroz mevcuttu. Üriner sistem ultrasonografisinde nefrolitiazis saptandı. Kalitatif idrar tetkikinde homogentisik asit pozitif bulundu. Pigmentli deri alanlarından yapılan punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde dermiste kollajende homojenizasyon ve elastik liflerde dejenerasyon mevcuttu. Verhoeff-Van Gieson boyasında bu alanlarda elastik liflerin belirgin boyandığı ve pigmentlerin lifler boyunca yerleştiği gözlendi. Kristal viyole ve kongo kırmızısı boyalarında amiloid lehine boyanma izlenmedi. Bulgular histopatolojik olarak okronozis ile uyumlu olarak raporlandı. Tüm bu verilerle hastaya okronozis tanısı konularak C vitamin desteği başlandı.

Sonuç: Okronozis, çoğunlukla ileri yaşta tanı konulan, nadir bir metabolik hastalıktır. Tipik klinik bulgular arasında koyu idrar, aurikula ve sklerada mavimsi-siyah renk değişikliği, eklem ve omurga tutulumuna bağlı ağrı ve hareket kısıtlılığı yer alır. Spinal grafilerde disk kalsifikasyonu ve skleroz hastalığın tipik radyolojik bulgularıdır ve sıklıkla ankilozan spondilit gibi diğer dejeneratif hastalıklarla karışabilir. Hastamızda da omurga ve diz eklemlerinde kalsifikasyonun yanı sıra nefrolitiazis saptanması, hastalığın sistemik tutulumunu göstermektedir. Tedavi çoğunlukla semptomatiktir. Protein kısıtlaması ve C vitamini takviyesi önerilebilmekte, ilerleyen eklem hasarı durumunda cerrahi girişimler (ör. artroplasti) gerekebilmektedir. Son yıllarda nitisinon HGA üretimini %90'a varan oranda azaltan, hastalığın seyrini yavaşlatabilen tek spesifik tedavi olarak öne çıkmıştır. Özellikle erken dönemde başlandığında eklem ve omurga tutulumu progresyonunu yavaşlatabilir. Ancak ileri evre artropatide yapısal hasarı geri döndürmez, bu nedenle erken tanı ve tedavi kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Eklem tutulumu, okronozis, pigmentasyon



Resim 1. Primer okronozis olgusunun klinik ve direkt grafi bulguları

[PS-138]

Kolşisine dirençli pediatrik ve erişkin AAA hastaları arasındaki klinik, genetik ve tedavi farklılıkları

Pınar Akyüz Dağlı[1], Hatice Ecem Konak[1], Gülşah Soytürk[1], Mehveş Işıklar Ekici[2], Ahmet Kor[3], Bünyamin Polat[4], Mehmet Akif Eksin[5], Hakan Babaoğlu[1], Banu Çelikel Acar[2], Şükran Erten[6]

[1]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[2]2Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Çocuk Romatolojisi Bölümü, Ankara

[3]Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Aksaray

[4]Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Şanlıurfa

[5]Ankara Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[6]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Ankara

Amaç: Ailevi Akdeniz ateşi (AAA), tekrarlayan ateşli ataklar ve serozit ile karakterize kalıtsal bir otoenflamatuvar hastalıktır. Kolşisin dirençli AAA, daha şiddetli klinik bulgular, sınırlı tedavi seçenekleri ve uzun dönem komplikasyon riskinin artışı ile seyreden zorlayıcı bir hasta grubunu temsil etmektedir. Bu çalışmada, kolşisin dirençli AAA tanısı alan pediatrik ve erişkin hastalar arasında klinik bulgular, genetik mutasyonlar, komorbiditeler ve tedavi yaklaşımlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu retrospektif kesitsel çalışmaya, 2018-2023 yılları arasında Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde biyolojik tedavi almış 107 kolşisin dirençli AAA hastası dahil edilmiştir. Demografik, klinik ve genetik veriler toplanmış ve gruplar arasında karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Kolşisin dirençli AAA tanısı alan toplam 107 hasta çalışmaya dahil edildi; bunların 38'i pediatrik, 69'u erişkin hastaydı. Her iki grupta da kadın baskınlığı izlendi, pediatrik hastalarda bu oran daha belirgindi (%68,4 vs. %53,6). Klasik AAA semptomları olan karın ağrısı (%100 vs. %89,9, p=0,042), ateş (%97,4 vs. %82,6, p=0,025), göğüs ağrısı (%57,9 vs. %24,6, p=0,001) ve artrit (%50,0 vs. %26,1, p=0,013) pediatrik hastalarda anlamlı olarak daha sık görüldü. Buna karşılık, erişkin hastalarda enflamatuvar bel ağrısı (%40,6 vs. %10,5, p=0,001), persistan enflamasyon (%24,6 vs. %7,9, p=0,039) ve amiloidoz (%36,2 vs. %2,6, p=0,001) daha sık izlendi. MEFV gen mutasyon dağılımı gruplar arasında benzerdi (p=0,574); pediatrik hastalarda homozigot mutasyonlar, erişkinlerde ise bileşik heterozigot mutasyonlar daha sık olmakla birlikte, bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Sonuç: Bu çalışma, kolşisin dirençli AAA hastalarında yaşa bağlı önemli klinik farklılıkları ve tedavi kalıplarını ortaya koymaktadır. Pediatrik olgular daha tipik ve ağır fenotip ile seyrederken, erişkin hastalarda komplikasyon oranları daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgular, kolşisin dirençli AAA'da yaşa göre uyarlanmış tanısal ve tedavi yaklaşımlarına duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz ateşi, kolşisin direnci, pediatrik hastalar, erişkin hastalar, biyolojik tedavi

[PS-139]

Romatoid artrit hastalarında eşlik eden Sjögren hastalığının kardiyovasküler ve serebrovasküler olay sıklığına etkisi

Akın Işık[1], Nurnisa Bayram Akıncı[2], Mustafa Erdoğan[1], Duygu Şahin[3], Burcu Aksoy[4], Gonca Mumcu[5], Meral Yay[6], Mehmet Engin Tezcan[3], Nevsun İnanç[1]

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

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

[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İstanbul

[4]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul

[5]İstanbul Okan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, İstanbul

[6]Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, İstatistik Bölümü, İstanbul

Amaç: Romatoid artrit (RA) ve Sjögren hastalığında (SjH) kardiyovasküler risk (KVR) artmıştır ve bu durum hastalıkların morbiditesine/mortalitesine katkıda bulunur. Ancak, RA hastalarında eşlik eden SjH'nın KVR üzerindeki ek etkisi net değildir. Bu çalışmanın amacı, RA hastağına eşlik eden SjH'nin kardiyovasküler ve ilave olarak serebrovasküler olaylar üzerindeki etkisini araştırmaktır.

Yöntem: Bu çalışmada, izole RA (iRA) ve RA'ya eşlik eden SjH (RA+SjH) gruplarında majör kardiyovasküler ve/veya serebrovasküler olay prevalansı olmak üzere iki bağımsız oranın karşılaştırılması için G*Power v3.1.9.4 ile güç analizi yapılmıştır. Orta etki büyüklüğü (Cohen's h=0,50), α=0,05 ve güç=0,90 varsayımları altında, izole RA (iRA) grubu için yaklaşık 129, RA/SjD grubu için yaklaşık 63 katılımcı gerektiği hesaplanmıştır. İki ayrı romatoloji kliniğinde izlenen RA+SjH hastaları tıbbi kayıtları taranarak saptanmıştır ve kardiyovasküler ve/veya serebrovasküler olay eksik verileri olan hastalar vizite çağırılarak ve/veya telefon ile sorgulanmıştır. Poliklinik kontrolüne gelen ardışık RA hastaları da çalışmaya kontrol grubu olarak dahil edilmiştir. Majör kardiyovasküler/serebrovasküler olaylar (MACCE: major cardiovascular and cerebrovascular events) akut miyokard enfarktüsü, iskemik kalp hastalığı, ani kardiyak ölüm ve serebrovasküler olaylar; majör olmayan kardiyovasküler olaylar ise tromboembolik olaylar (pulmoner tromboemboli, derin ven trombozu), kalp yetmezliği ve periferik vasküler hastalıklar olarak tanımlandı. Hastalar, eşlik eden Sjögren hastalığı (SjH) varlığına göre iki gruba ayrıldı ve her iki grupta majör ve majör olmayan kardiyovasküler olayların sıklığı ile ilişkili klinik ve laboratuvar değişkenler karşılaştırıldı. Çalışmaya 18 yaş altı veya 75 yaş üstü olanlar; iRA ve RA/SjH dışı otoimmün romatizmal hastalık tanısı olanlar dahil edilmedi.

Bulgular: Çalışmaya 187 iRA ve 91 RA+SjH hastası dahil edildi. MACCE, iRA grubunda %20.9 oranında, RA/SjH grubunda ise %11 oranında görüldü (p=0,045, OR=2,13, %95 GA: 1,01-4,5). Buna karşılık, majör olmayan kardiyovasküler olayların sıklığı iRA grubunda %9,6, RA+SjH grubunda ise %11 olup anlamlı fark saptanmadı (p=0,832). RA+SjH grubunda MACCE oranı anti-SSA pozitif hastalarda 7/26 (%26,9), anti-SSA negatif hastalarda ise 3/15 (%20,0) idi; Ro52-pozitif hastalarda 5/18 (%27,8), negatiflerde 5/23 (%21,7) bulundu. Her iki karşılaştırmada da fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p>0,7). iRA grubunda metotreksat (%65 vs %29) ve leflunomid (%61 vs %24) daha sık kullanılırken, RA+SjH grubunda hidroksiklorokin (%28 vs %55) daha sık kullanılmıştır.

Sonuç: Bu çalışmada MACCE'nin izole RA hastalarında RA+SjH hastalarına kıyasla daha sık görüldüğü saptandı. Bu farklılığın en önemli açıklaması, klasik kardiyovasküler risk faktörlerinin (hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi) RA grubunda anlamlı derecede daha yüksek bulunmasıdır. Ayrıca RA hastalarında daha sık görülen seropozitiflik ve hastalık aktivitesi de majör olay riskine katkıda bulunabilir. RA+SjH grubunda majör olay oranı daha düşük olmakla birlikte, anti-SSA ve Ro52 pozitif hastalarda majör olayların nispeten daha yüksek olduğu gözlendi; ancak bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Bu durum, SjH'ye özgü immünolojik mekanizmaların kardiyovasküler risk üzerindeki etkisinin sınırlı veya heterojen olabileceğini düşündürmektedir. İlaç kullanım paternleri de iki grup arasındaki farkı açıklamada rol oynayabilir. RA grubunda metotreksat ve leflunomid daha sık kullanılırken, RA+SjH grubunda hidroksiklorokin kullanımının belirgin şekilde yüksek olduğu görüldü. Literatürde hidroksiklorokinin lipid profili üzerine olumlu etkileri ve trombotik riskte azalma sağlayabileceği bildirilmiştir. Bu nedenle, RA+SjH grubundaki daha düşük majör olay sıklığında hidroksiklorokin kullanımının katkısı olabilir. Sonuç olarak, RA'da majör kardiyovasküler olay riski daha yüksektir ve bu risk büyük ölçüde klasik risk faktörlerinin yükü ile açıklanabilir. RA+SjH'de ise farklı immünolojik profillere rağmen, hidroksiklorokin kullanımının ve daha düşük risk faktörü sıklığının koruyucu rol oynayabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, sjögren hastalığı, kardiyovasküler, prognoz

[PS-140]

Ailesel Behçet sendromu hastalarında HLA B51 ve ERAP-1 polimorfizm ilişkisi

Melis Damla Özcan[1], Kıymet Aslı Kireçtepe Aydın[2], Erkan Yılmaz[3], Sinem Nihal Esatoğlu[4], Gülen Hatemi[4]

[1]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

[2]İstanbul Nişantaşı Üniversitesi Tıp Fakültesi, Temel Tıp Bilimleri Bölümü, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

[3]Kırklareli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Kırklareli

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

Amaç: HLA-B51 pozitifliği, Behçet sendromu (BS) etiyopatogenezinde bu güne kadar hastalıkla ilişkisi en iyi bilinen genetik faktördür ve BS riskini 6 kadar artırmaktadır. Ailevi BS'nin incelenmesi hastalığın genetik arka planının daha anlaşılması açısından önem arz etmektedir. Bu çalışmada, HLA-B51 ile ailevi BS olgularının klinik bulgularının nasıl ilişkilendiğinin gösterilmesi ve böylece genetik faktörlerin hastalığın klinik seyrine etkilerinin anlaşılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Majör organ tutulumu olmadan MK tutulumu olmasına konkordant olarak tanımlandı.

Bulgular: Toplamda ailesel BS olarak belirlenen 920 hastadan 713'üne ulaşılabildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların ortalama yaşı 45,9±13,4 idi. Erkekler daha yüksek sıklıkta idi (E: %54, K: %46). Akrabalık ilişkisi olarak da aileler arasında en sık kardeş ilişkisi görüldü (%60). En sık saptanan majör organ tutulumu üveit idi (n=122, %36) En sık konkordant MK tutulumunda saptandı (n=120, %30). Burada ise kadın-kadın diğerlerine göre daha sıktı (n=38, %32). Diskordant kombinasyonlarda ise en sık MK/üveit tutulumu görüldü, burada ise erkek-erkek görülme oranı diğerlerine göre daha fazlaydı (n=38, %39). HLA-B51 verisi bilinen 339 hasta üzerinden yapılan analize göre HLA-B51 pozitifliği MK tutulum [OR: 2,37, %95 CI (1,55-3,61)], ve majör organ tutulumları olan üveit [OR: 7,27 %95 CI 4,13-12,80)] ve vasküler tutulumlar [OR: 6,26 (%95 CI 2,91-13,48)] arasında anlamlı derecede pozitif yönde ilişki mevcuttu (p<0,001). Üveit tutulumu olan diskordant bireylerde HLA-B51 pozitiflik oranı %82, tutulumu olmayanlarda ise %72 olarak bulundu. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (OR: 1,19; %95 GA: 0,52-2,74; p=0,672). Damar tutulumu olan diskordant bireylerde HLA-B51 pozitifliği %76 iken, olmayanlarda bu oran %74 idi. Ayrıca 2 monozigotik aileden ikisinin de klinik tutulumları birbirinden farklı seyretmekteydi, birinde üveit ve vasküler tutulum mevcutken öbüründe sadece üveit tutulumu görülmüştür.

Sonuç: Çalışmamızda HLA-B51 ve ERAP polimorfizm çalışma sonuçlarının analizleri devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, HLA B51, ERAP-1, ailevi behçet sendromu

[PS-141]

Refrakter Takayasu arteritli hastalarda JAK inhibitörlerinin kullanımı: Çok uluslu retrospektif bir çalışma

Fatma Alibaz Öner[1], İbrahim Yahya Çakır[2], Alessandro Tomelleri[3], Ayşegül Avcu[1], Kaitlin A. Quinn[4], Durga Prasanna Misra[5], Matthew Coster[6], Peter C. Grayson[4], Alojzija Hocevar[7], Kenan Aksu[8], Duygu Kerim[8], Ertuğrul Çağrı Bölek[2], Elena Baldissera[3], Corrado Campochiaro[3], Lorenzo Dagna[3], Sema Kaymaz Tahra[9], Haner Direskeneli[1]

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

[2]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara*

[3]*IRCCS San Raffaele Hospital, Unit of Immunology, Rheumatology, Allergy and Rare Diseases, Milan, Italy*

[4]*National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases, NIH, Bethesda, Maryland*

[5]*Sanjay Gandhi Postgraduate Institute of Medical Sciences (SGPGIMS), Clinical Immunology and Rheumatology, Lucknow, India*

[6]*Mayo Clinic, Division of Rheumatology, Rochester, Minnesota, USA*

[7]*University of Ljubljana, Medical Faculty, Ljubljana, Slovenia and UMC Ljubljana, Departmnet of Rheumatology, Ljubljana, Slovenia*

[8]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir*

[9]*Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

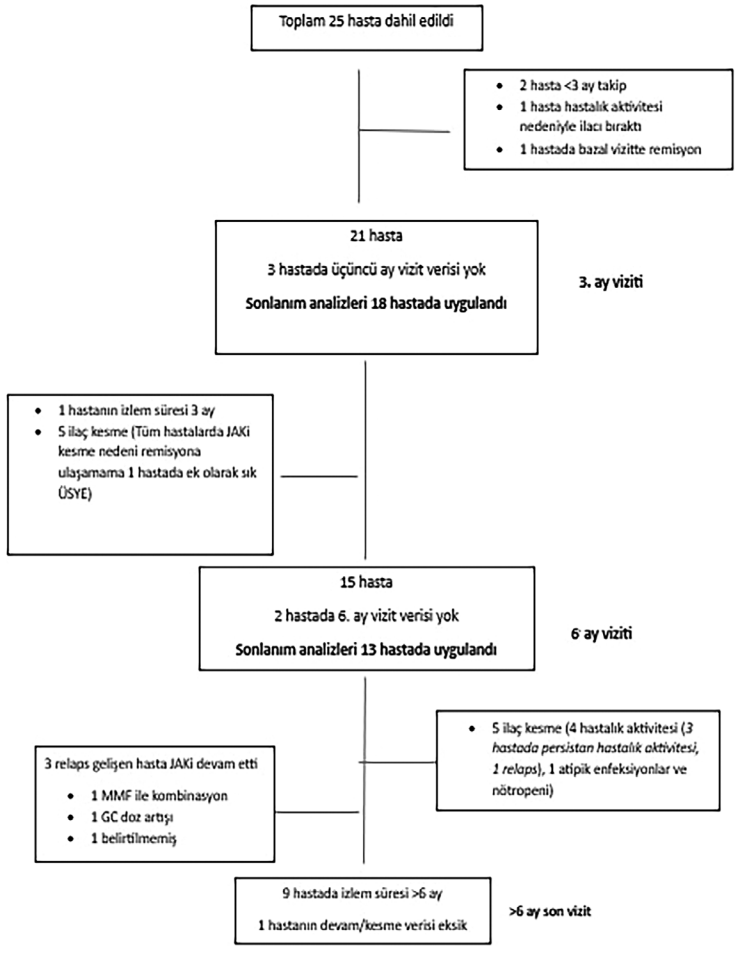
Amaç: Janus kinaz inhibitörlerinin (JAKi) dev hücreli arteritte etkili olduğu son zamanlarda gösterilmiştir. Ancak Takayasu arteritindeki (TAK) etkililiklerine dair kanıtlar küçük, tek merkezli çalışmalarla sınırlıdır. Bu uluslararası, çok merkezli çalışmada, konvansiyonel ve biyolojik tedavilere dirençli TAK hastalarında JAKi' nin etkinliğini ve güvenliğini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya TAK tanısı almış hastalar dahil edildi. Hastalık aktivitesinin altın standart tanımı olarak doktor global değerlendirmesi (PGA) kullanıldı. Komplet yanıt, doktor tarafından değerlendirilen yeni vasküler hastalık belirti ve semptomlarının olmaması, akut faz reaktanlarının (AFR) normale dönmesi ve tedavinin üçüncü ayında GC dozunun 10 mg/gün prednizolon veya eş değerinin altına düşürülmesi olarak tanımlandı. Parsiyel yanıt, üçüncü ayda PGA skorunda ve AFR de en az %50 azalma ve başlangıç GC dozunda en az %50 azalma olarak tanımlandı.

Bulgular: TAK tanılı 25 hasta (ortalama yaş: 34,5±11 yıl; kadın/erkek: 24/1; ortalama hastalık süresi: 8,1±6 yıl) 8 merkezden dahil edildi. Tüm hastalar hem konvansiyonel immünosupresiflere (IS'ler), 2 hasta dışındaki tüm hastalar ise biyolojik ajanlara dirençliydi, sadece konvansiyonel IS'lere dirençliydi (19 tofasitinib, 6 upadacitinib). On altı (%64) hasta JAKi başlanmadan önce >1 biyolojik ajan aldı. Tedavinin 3. ayında hastaların 6'sı (%35) tam remisyonda ve 2 (%12) hasta kısmi remisyondaydı. 16 hastanın takip süresi ≥3 ay idi, PGA' ya göre remisyon 11 hastada (%68) sağlandı. JAKi ile tedavinin ortanca süresi 16 (6-71) aydı. Takip sırasında hastaların %30'unda (4/13) relaps görüldü ve 4 hastada JAKi tedavisi kesildi.

Sonuç: Bu çalışma, JAKi'nin konvansiyonel IS ve biyolojik ilaçlara dirençli TAK hastalarının yaklaşık 2/3'ünde (%68) klinik remisyon sağladığını göstermiştir. GC dozu, hastaların %75'inde günlük ≤4 mg'a düşürülebilmiştir. Sonuçlarımız, JAKi' nin çoklu biyolojik tedavilere dirençli TAK hastalarının tedavisinde etkili bir seçenek olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hedefe yönelik tedaviler, JAK inhibitörleri, Takayasu arteriti



Şekil 1. Takayasu arteriti hastalarının çalışma boyunca akış şeması

[PS-142]

Anti-Mi-2 antikor pozitifliği olan tedavi dirençli dermatomyozit olgusu

Zekiye Pınar İpek Eyvaz, Okan Güleryüz, Celil Barlas Cengiz, Tuğba Kahraman Denizhan, Abdurrahman Soner Şenel

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

Amaç: İdiyopatik enflamatuvar miyopatiler, iskelet kaslarında enflamasyon ve güçsüzlükle sonuçlanan nadir görülen heterojen bir grup otoimmün hastalıktır. Kas tutulumu dışında deri, eklem, kalp, gastrointestinal sistem ve akciğerler gibi çoklu organ sistemlerini etkileyebilir. Hastalığın patogenezi otoimmün mekanizmalarla ilişkilidir, çeşitli miyozit-spesifik ve myozit ilişkili antikorlar ile karakterize edilebilir. Dermatomiyozit (DM), kas güçsüzlüğü ve karakteristik deri lezyonları ile seyreden idiyopatik enflamatuvar miyopatilerin bir alt tipidir. Dermatomiyozit hastalarının yaklaşık %10-20'sinde anti-Mi-2 antikorları saptanır ve genellikle klasik deri bulguları ve daha iyi bir prognoz ile ilişkilendirilir. Mi-2 pozitifliği bulunmasına karşın tedaviye dirençli bir klinik seyir gösteren hastamızı olgu olarak paylaşıyoruz.

Olgu: Altmış dokuz yaşında kadın hasta, bilinen hipertansiyon ve astım öyküsü olan hasta. İki aydır olan yaygın eritematöz, skuamöz, el eklem sırtında papüler deri lezyonları ile başvuru sonrası; rozasea tanısı konulmuş ancak uygulanan tedaviye yanıt alınamamış. Hastanın takiplerinde gerilemeyen lezyonlarına ek olarak artan yorgunluk ve hareket kısıtlılığı şikayeti ile başvurması üzerine tekrarlanan sistemik sorgulamasında bir aydır devam eden kas güçsüzlüğünün (kollarını kaldırmada, kıyafetlerini çıkarmada, merdiven çıkmada ve çömelmede zorluk) eşlik ettiği öğrenilmiş. Kas güçsüzlüğü tespit edilen hasta romatoloji kliniğine başvurdu. Fizik muayene de deri bulguları; heliotropik döküntü, göğüs ön yüzde "V" işareti, gottron papülleri, dorsal yüzde lineer eritem, ekstremitelerde yaygın eritem ve skuamöz lezyonlar mevcuttu. Kas gücü muayenesinde güç; üst ekstremitelerde 2/5, alt ekstremitelerde 3/5'ti. Hastanın elektromyografi (EMG) bilateral üst ekstremitede yapılan sinir ileti çalışmasında: sağ median sinir latansı uzamış, motor bileşik kas aksiyon potansiyeli (BKAP) amplütüdü normalden düşük, ileti hızı normal sınırlarda izlendi. Sol median sinir motor BKAP amplütüdü ve ileti hızı normalden düşük izlendi. Bilateral median sinir duyu yanıtı normalden düşük izlendi. İğne EMG de bakılan bilateral deltoid kasında spontan aktivite izlendi. Bulgular özellikle üst ekstremitelerde denervasyonla giden myopati (myozit) uyumlu geldi. Hastanın laboratuvarında kreatin kinaz (CK) yüksekliği, anti Mi-2 antikor pozitifliği ve kliniğinde klasik deri tutulumu mevcuttu. Hasta dermatomyozit tanısı aldı. Subkütan metotreksat 15 mg/hafta ve pulse metilprednizolon (5 gün 100 mg/gün) intravenöz (IV) başlandı, idamede haftalık %10 doz azaltımı planlandı. Takiplerinde klinikte düzelme sağlanamadı ve CK seviyeleri >1500 U/L seyretti. Yatışının ikinci haftasında intravenöz immünoglobulin (IVIg) (5 gün, toplam 130 g) verildikten sonra kas gücünde düzelme oldu ve CK normale döndü. Hasta MTX 15 mg/hafta + metilprednizolon 48 mg/gün ile remisyonda takip edilmektedir.

Sonuç: Hastanın başlangıçta rozasea olarak yanlış tanı alması, dermatomiyozitin deri bulgularının atipik olabileceğini veya diğer dermatolojik durumlarla karışabileceğini göstermektedir. Dermatomiyozit tanısında deri bulgularının doğru değerlendirilmesi ve kas güçsüzlüğünün erken fark edilmesi kritik öneme sahiptir. Ayrıca anti-Mi-2 antikorları genellikle dermatomiyozitin daha hafif bir formu ve iyi prognoz ile ilişkilendirilse de, bu olguda başlangıç tedavisine yanıt alınamaması dikkat çekicidir. Olgumuzda IVIg tedavisi sonrası kas gücünde belirgin iyileşme oldu ve CK seviyesi normale geldi. Başlangıç tedavisine yanıt alınamayan olgularda, erken dönemde alternatif tedavi seçeneklerinin (IVIg, rituksimab vb.) değerlendirilmesini öneriyoruz.

Anahtar Kelimeler: Dermatomyozit, anti-Mi2-antikor, IVIg

Resim 1. Hastanın myozit ilişkili deri döküntüleri

Tablo 1. Laboratuvar sonuç

Parametre	Sonuç	Referans aralığı
AST	232 U/L	5-40 U/L
ALT	126 U/L	5-40 U/
CK	3602 U/L	26-192 U/L
LDH	809 U/L	140-280 U/L
CRP	9 mg/L	0-5 mg/L
Sedimentasyon	18 mm/s	0-20 mm/s
ANA (IFAT)	1/10000	Granüler patern pozitif
Anti-Mi-2	Pozitif	
Anti-Ro-52	Pozitif	
Diğer antikorlar negatif	Negatif	

[PS-143]

Takayasu arteritinde cinsiyete dayalı klinik özellikler ve biyolojik tedavi prediktörleri: Türkiye'den tek merkezli bir kohort

Dilara Bulut Gökten, Ömer Atakan Soğur, Rıdvan Mercan

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ

Amaç: Takayasu arteriti (TAK), aort ve dallarını etkileyen, nadir görülen büyük damar vaskülitidir ve belirgin kadın predominansı ile karakterizedir. Hastalık genellikle genç yaşlarda ortaya çıkmakta, klinik olarak yorgunluk, kladikasyon, nabız kaybı ve hipertansiyon gibi bulgularla seyretmektedir. Tanı ve izlemde manyetik rezonans anjiyografi, BT anjiyografi ve PET-CT gibi ileri görüntüleme yöntemleri kullanılmaktadır. Glukokortikoidler ilk basamak tedaviyi oluştururken, konvansiyonel immünosüpresifler ve dirençli olgularda biyolojik ajanlar (anti-TNF, tocilizumab) önemli seçeneklerdir. Ancak, biyolojik tedavi gereksinimini öngören faktörler ve cinsiyet temelli farklılıklar halen sınırlı olarak tanımlanmıştır. Bu çalışma, Türkiye'de izlenen TAK hastalarının bir merkezdeki klinik özelliklerini, cinsiyet farklılıklarını ve biyolojik tedavi kullanımına etki eden faktörleri incelemeyi amaçlamıştır.

Yöntem: 2017-2025 yılları arasında bir üçüncü basamak romatoloji merkezinde takip edilen 40 TAK hastası retrospektif olarak değerlendirildi. Tanıda 2022 ACR/EULAR kriterleri kullanıldı. Demografik, klinik, laboratuvar ve anjiyografik bulgular kaydedildi; hastalık aktivitesi için ITAS-2010 ve Japon Araştırma Komitesi skorları hesaplandı. PET-CT'de vasküler aktivite skoru değerlendirildi. Tedavi yaklaşımları ve girişimsel işlemler kaydedildi. Cinsiyetlere göre karşılaştırmalar yapıldı; biyolojik tedavi başlanmasını öngören faktörler lojistik regresyon ile analiz edildi.

Bulgular: Kohortun %85'i kadın (n=34), %15'i erkekti (n=6) ve kadın/erkek oranı 5:1 bulundu. Ortalama yaş 43,5 yıl olup erkeklerde hastalık başlangıç yaşı anlamlı olarak daha yüksekti (42,8 vs. 32,1 yıl, p=0.048). En sık görülen anjiyografik tip Tip 1 (%42,5) idi. En sık semptomlar yorgunluk (%45) ve kladikasyon (%37,5) olup, fizik muayenede radial nabız kaybı %52,5 hastada izlendi ve kadınlarda daha sık görüldü (p=0,007). Tüm hastalar kortikosteroid almış, en sık kullanılan immünosüpresif metotreksat olmuştur (%67,5). Biyolojik tedavi %45 hastada uygulanmış olup infliksimab (%30) ve tocilizumab (%15) en sık kullanılan ajanlardı. Biyolojik tedavi verilenlerde başlangıç CRP (48,1 vs. 21,7 mg/L, p<0,001) ve ESR (58,2 vs. 34,4 mm/saat, p<0,001) düzeyleri ile hastalık şiddeti skorları ve PET-CT vasküler aktivite skorları anlamlı derecede yüksekti. Ancak çok değişkenli analizde bağımsız prediktör bulunmadı; yalnızca CRP düzeyi sınırda anlamlılık gösterdi (p=0,087). Görüntülemede en sık etkilenen damar sol subklavian arter (%32) olup, hastaların %22'sinde anevrizma saptandı. Girişimsel işlem oranı %35 civarında idi ve tümü kadın hastalarda gerçekleştirildi. Komplikasyonlar arasında en sık hipertansiyon (%32,5) görüldü.

Sonuç: Türkiye'den tek merkezli bu kohort, TAK'ta belirgin kadın predominansını ortaya koymuştur. Kadınlar daha genç yaşta başvuru göstermiş, radial nabız kaybı kadınlarda daha sık izlenmiştir. Bunun dışında cinsiyetler arasında klinik, laboratuvar ve anjiyografik açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır. Biyolojik tedavi ihtiyacı daha yüksek enflamatuvar belirteçler ve görüntüleme aktivitesi ile ilişkili bulunmuş, ancak bağımsız öngördürücü faktörler tanımlanamamıştır. Bu bulgular, biyolojik tedaviye gidişi öngörmede halen güçlü belirteçlerin bulunmadığını göstermekte olup, daha geniş örneklemli prospektif çalışmalara ihtiyaç olduğunu vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Takayasu arteriti, biyolojik, takayasu, arterit

Tablo 1. Takayasu arteritli hastalarda biyolojik tedavi kullanımını öngören faktörler

Değişkenler	Ortalama ± SS Biyolojik tedavi alan hastalar	Ortalama ± SS Biyolojik tedavi almayan hastalar	p değeri	CI
Yaş	41,7±12,3	44,7±13,6	0,600	0,98 ve 0,93 – 1,03
Başlangıç ITAS skoru	10,0±5,34	7,3±4,22	0,113	1,07 ve 0,85 – 1,35
Onset yaşı	31,5±10,8	35,4±10,0	0,150	0,96 ve 0,90 – 1,03
Başlangıç CRP	48,1±26,8	21,7±14,3	<0,001	1,07 ve 1,02 – 1,12
Başlangıç sedim	58,2±22,3	34,4±17,6	<0,001	1,08 ve 1,03 – 1,14
Hastalık şiddet skoru	3,41±0,70	2,87±0,73	0,019	2,85 ve 1,03 – 7.89
PET-CT VAS	3,86±1,40	1,76±1,04	<0,001	4,04 ve 1,66 – 9,83

OR: Odds oranı CI: Güven aralığı ITAS: Hint Takayasu arteriti aktivite skoru CRP: C-reaktif protein ESR: Eritrosit sedimentasyon hızı PET-CT VAS: Pozitron emisyon tomografisi-bilgisayarlı tomografi vasküler aktivite skoru

[PS-144]

Lupus nefriti zemininde gelişen izole renal TMA olgusunda eculizumab deneyimi: Tek merkez olgu bildirisi

Handenur Koç Kanık, Serdar Sezer, Müçteba Enes Yayla, Emine Uslu, Aşkın Ateş, Tahsin Murat Turgay

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

Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE), multiorgan tutulumuyla seyreden kronik otoimmün bir bağ dokusu hastalığıdır. Renal tutulum, hastalık prognozunu belirleyen en kritik faktörlerden biridir. Trombositopeni, hemolitik anemi ve akut böbrek hasarı ile seyreden trombotik mikroanjiyopati (TMA), SLE'nin nadir fakat hayatı tehdit eden komplikasyonları arasında yer alır. Özellikle izole renal tutulumlu TMA olguları tanı ve tedavi açısından güçlük oluşturur. Bu bildiride, dirençli lupus nefriti zemininde gelişen izole renal TMA olgusunda eculizumab tedavisinin etkinliği vurgulanmaktadır.

Olgu: Yirmi bir yaşında kadın hasta, 2021'de malar raş, poliartralji, bisitopeni, hipokomplementemi, 8 gr/gün proteinüri ve direkt Coombs pozitifliği ile SLE tanısı almış. Tanı anındaki böbrek biyopsisi Class II lupus nefriti ile uyumluydu. Pulse metilprednizolon ve 4 kür siklofosfamid alan hasta bir süre mikofenolat mofetil ve hidroksiklorokin kullanmış ancak takip dışı kalmıştı. 2024 yılında ellerde, bacak ve yüzde şişlik, bulantı-kusma ve 14 g/gün proteinüri ile başvuran hastada yapılan renal biyopsi sonucu membranöz lupus nefriti Class V ile uyumlu olarak değerlendirilerek 2 kür daha siklofosfamid ve pulse steroid tedavisi verilmiş ve akabinde mikofenolat mofetil başlanmış. 2025 şubat ayında hastanın tarafımıza başvurusunda dirençli evre 3 hipertansiyonu, akut böbrek hasarı-kreatinin 2,7 mg/dL (bazal 0,9), eşlik eden 14 gr/gün proteinürisi, bisitopeni (anemi ve lökopeni), hipokomplementemisi saptandı. Afas antikorları negatif görüldü. Periferik yaymada şistosit saptanmadı ve otoimmün hemolitik anemi dışlandı. Anürik seyreden hastanın hipertansiyon ve hipervolemi nedeniyle aralıklı hemodiyaliz ve ultrafiltrasyon gereksinimi oldu. Pulse steroid ve 750 mg/2 hafta siklofosfamid ve destek tedavilerine yanıtsız seyreden hasta, nefroloji-romatoloji konseyinde değerlendirdi; sitopeniler eşlik etmekle birlikte ekstrarenal tutulum olmaması, tablonun "izole renal tutulumlu TMA" olarak yorumlanmasına yol açtı ancak bu süreçte hastamıza dirençli hipertansiyonu nedenli renal biyopsi tekrarı yapılamadı ve eculizumab tedavisi başlandı. Eculizumab tedavi şeması; ilk 4 hafta 900 mg/hafta, 5. hafta 1200 mg ve sonrasında 2 haftada bir 1200 mg olacak şekilde düzenlendi. Eş zamanlı olarak 750 mg/2 hafta siklofosfamid tedavisine devam edildi. Eculizumab 2. doz uygulamasının ardından kan basıncı kontrolü sağlandı, diyaliz ihtiyacı ortadan kalktı ve kreatinin 1,2 mg/dL'ye; proteinürisi ise 3 gr/gün'e kadar gerileme eğiliminde izlendi. SLE'ye bağlı TMA mortalitesi yüksek, nadir görülen bir komplikasyondur. İlk basamakta kortikosteroidler, siklofosfamid ve mikofenolat mofetil gibi immünosüpresifler kullanılmaktadır. Ancak dirençli olgularda kompleman sisteminin rolü ön plana çıkmaktadır. Eculizumab, C5 kompleman inhibitörü olarak atipik HÜS ve transplant ilişkili TMA'da onaylıdır. Literatürde, SLE'ye bağlı TMA ve özellikle izole renal tutulumlu olgularda eculizumab tedavisinin etkili olduğunu bildiren olgu serileri giderek artmaktadır.

Sonuç: Bu olguda, Class II'den Class V'e evrilen lupus nefriti zemininde gelişen izole renal TMA tablosunda, standart tedavilere yanıtsız hastada eculizumab eklenmesiyle klinik stabilizasyon ve böbrek fonksiyonlarında belirgin düzelme sağlanmıştır. Bulgular, SLE'ye bağlı TMA'nın tedavisinde eculizumabın potansiyel bir seçenek olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus (SLE), lupus nefriti, trombotik mikroanjiyopati (TMA), eculizumab, izole renal tutulum

[PS-145]

Primer Sjögren sendromlu hastalarda hava koşullarının eklem ağrısı algısı üzerindeki etkisi

Handan Yarkan Tuğsal, Özlem Kılıç

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

Amaç: Hava koşullarının kas-iskelet sistemi ağrısı üzerindeki etkisi uzun süredir tartışmalı olup, özellikle primer Sjögren sendromu (pSS) bağlamında yeterince araştırılmamıştır. Bu çalışmada, pSS'li hastalarda eklem ağrısının hava koşullarına duyarlılığı değerlendirilmiş ve bu duyarlılık ile ilişkili klinik faktörler incelenmiştir.

Yöntem: Kesitsel tasarıma sahip bu çalışmaya, 2016 ACR/EULAR sınıflama kriterlerine göre tanı almış ve eklem tutulumu bulunan 102 pSS hastası dahil edildi. Dahil edilme kriterleri arasında el, el bileği, ayak veya ayak bileği eklemlerinde artralji ile birlikte ≥30 dakika sabah tutukluğu veya sinovit bulunması yer aldı. Yapılandırılmış anket aracılığıyla demografik veriler, eşlik eden hastalıklar ve hava koşullarına bağlı eklem ağrısı değişimleri sorgulandı. Semptom yükü ESSPRI ile, hastalık aktivitesi ise ESSDAI ile belirlendi. Eşlik eden el osteoartriti (OA) 2023 EULAR kriterlerine göre değerlendirildi. İstatistiksel analizlerde karşılaştırmalı testler, korelasyon analizleri ve lojistik regresyon yöntemleri kullanıldı.

Bulgular: Katılımcıların %38,2'si eklem ağrılarının hava koşullarından etkilendiğini bildirdi. En sık ağrıyı azaltan faktör sıcak hava (%31,4), en sık ağrıyı artıran faktör ise soğuk hava (%24,5) oldu. Hava duyarlılığı olan grupta yaş, vücut kitle indeksi (VKİ), ESSPRI toplam, ağrı ve kuruluk skorları anlamlı olarak daha yüksekti (p<0,05). Bu grupta OA, diyabet ve hipertansiyon daha sık görüldü. Korelasyon analizinde, ağrı şiddetinde hava koşullarına bağlı artış ile ESSPRI-pain (r=0,941, p<0,001) ve ESSPRI-total (r=0,775, p<0,001) arasında güçlü pozitif ilişkiler saptandı. Lojistik regresyon analizinde OA (OR: 29,5; %95 GA: 10,01-155,24) ve yüksek ESSPRI-ağrı skoru (OR: 1,43; %95 GA: 1,10-1,86) hava duyarlılığının bağımsız belirleyicileri olarak bulundu. İlginç olarak, genç yaş daha çok olumlu hava koşullarında ağrı azalması ile ilişkiliydi. Bu çalışma, pSS hastalarının yaklaşık %40'ında eklem ağrısının hava koşullarına duyarlı olduğunu göstermiştir. Özellikle soğuk havanın ağrıyı artırıcı, sıcak havanın ise azaltıcı etkisi ön plandadır. Bulgular, hem yapısal eklem hasarını yansıtan osteoartrit varlığının hem de öznel ağrı algısının, hava koşullarına bağlı semptom değişkenliğinde kritik rol oynadığını ortaya koymaktadır. Ayrıca, daha genç yaştaki hastalarda çevresel faktörlere karşı daha belirgin yanıt gözlenmesi, yaşa bağlı nosiseptif işleyiş farklılıkları ile açıklanabilir.

Sonuç: Primer Sjögren sendromlu hastaların önemli bir kısmı, özellikle soğuk havalarda eklem ağrısında artış yaşamaktadır. Osteoartrit varlığı ve yüksek ağrı skorları, hava duyarlılığının güçlü belirleyicileridir. Bu sonuçlar, pSS'de semptom yönetiminde hastaların öznel deneyimlerini dikkate alarak bireyselleştirilmiş yaklaşımların önemini vurgulamaktadır. Hava koşullarına bağlı semptom değişkenliğinin fark edilmesi, hasta-hekim iletişiminde ve tedavi stratejilerinin planlanmasında değerli katkılar sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Ağrı algısı, hasta bildirimli sonuç ölçütleri, hava durumu, osteoartrit, primer Sjögren sendromu

Tablo 2. Primer Sjögren sendromlu hastalarda hava koşullarına bağlı ağrı şiddetindeki azalma ve artış ile ilişkili değişkenlerin VAS skorlarıyla korelasyonu

Parametreler	VAS ağrı azalması r	p	VAS ağrı artışı r	p
Yaş	-0.268	**0.007**	-0.064	0.524
VKİ	0.046	0.644	0.171	0.086
ESSPRI toplam skoru	0.586	**<0.001**	0.775	**<0.001**
ESSPRI-kuruluk	0.183	0.066	0.334	**0.001**
ESSPRI-ağrı	0.803	**<0.001**	0.941	**<0.001**
VAS ağrı azalmasındaki değişim	-0.257	**0.009**	0.530	**<0.001**
VAS ağrı artışındaki değişim	-0.278	**0.005**	0.449	**<0.001**

VKİ, Vücut kitle indeksi; ESSPRI, Avrupa Romatizma ile Mücadele Birliği Sjögren Sendromu Hasta Bildirim İndeksi; ESSDAI, Avrupa Romatizma ile Mücadele Birliği Sjögren Sendromu Hastalık Aktivite İndeksi; VAS, Vizüel Analog Skala. Kalın değerler istatistiksel anlamlılığı göstermektedir.

[PS-146]

Behçet hastalığında yutma fonksiyonlarının değerlendirilmesi

Ezgi Yıldız Güvercin[1], Sibel Eyigör[2], Ece Çınar[2], Duygu Kerim[1], Semiha Köroğlu[1], Ömer Faruk Karakoç[3], Kerem Öztürk[3], Gökhan Keser[1], Kenan Aksu[1]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İzmir

[3]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Behçet hastalığı (BH), kronik ve sistemik enflamatuvar bir vaskülit olup, klasik bulguları arasında oral ve genital ülserler, göz, deri ve nörolojik tutulumlar yer alır. BH'de disfaji nadiren raporlanmıştır ve yaşam kalitesini ciddi şekilde bozabilmektedir. Bu çalışmanın amacı, BH tanılı olgularda yutma fonksiyonlarını hem subjektif hem de objektif yöntemlerle değerlendirmek ve BH'ye özgü ölçeklerin yutma parametreleri ile ilişkisini ortaya koymaktır.

Yöntem: Kesitsel tasarımlı çalışmaya Uluslararası Behçet Hastalığı Kriterleri doğrultusunda tanı almış 50 erişkin hasta dahil edilmiştir. Katılımcıların klinik özellikleri kaydedilmiş, disfaji semptomları Eating Assessment Tool (EAT-10) ve MD Anderson Disfaji Envanteri ile değerlendirilmiştir. Ek olarak, FOIS, FSS, YALE-2016 rezidü skalaları, Penetrasyon-Aspirasyon Skalası (PAS), Beck Depresyon Ölçeği ve Behçet hastalığına özgü aktivite ölçekleri (BDCAF, BSAS, BODI) uygulanmıştır. Tüm hastalara fiberoptik endoskopik yutma değerlendirmesi (FEES) yapılmış; geniohyoid, rektus femoris ve triseps brachii kas kalınlıkları ultrasonografi ile ölçülmüştür.

Bulgular: Hastaların yaş ortancası 46 yıl olup, cinsiyet dağılımı %72 erkek hastadan oluşmaktadır. Katı gıdaya disfaji %56, yarı katıya %54 ve sıvıya %48 oranında saptanmıştır. FEES bulgularında valleküler rezidü %44, piriform sinüs rezidü %26 oranında görülmüştür. Disfaji genel olarak %90'ın üzerinde bulunmuştur. Behçet'e özgü aktivite ölçekleri (BDCAF, BSAS, BODI), rezidüsü olan hastalarda anlamlı derecede yüksek skorlarla ilişkili bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca bu ölçekler, EAT-10, FOIS ve FSS gibi yutma ölçekleri ile güçlü korelasyon göstermiştir ($p<0,05$). Bu bulgu, hastalık aktivitesi ile yutma fonksiyonlarının paralel seyrettiğini desteklemektedir.

Sonuç: Bu çalışma, Behçet hastalarında disfajinin beklenenden daha yaygın olduğunu ve BH'ye özgü aktivite ölçeklerinin rezidü varlığı ile anlamlı ilişki gösterdiğini ortaya koymuştur. Ayrıca bu ölçeklerin yutma testleriyle korele bulunması, klinik takipte BH'ye özgü ölçeklerin disfaji değerlendirmelerinde tamamlayıcı rol üstlenebileceğini göstermektedir. FEES'in bu hasta grubunda kullanımı objektif doğrulama sağlarken, hem subjektif hem de BH'ye özgü ölçeklerin birlikte kullanılması tanısal gücü artırmaktadır. Çalışmanın kısıtlılıkları arasında kontrol grubunun olmaması yer almaktadır. İleri çalışmalar, daha geniş örneklemlerle bu ilişkilerin patofizyolojik mekanizmalarını netleştirmelidir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, disfaji, sarkopeni

[PS-147]

Non-kazeifiye granülomatöz nefrit: Sarkoidoza bağlı nadir bir tutulum

Selin Aydemir, Burak İnce, Ahmet Gül

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

Amaç: Elli dokuz yaşında kadın hasta 4 aydır süren konstitüsyonel semptomlar ile başvurdu. Tetkiklerinde kolestatik paternde karaciğer enzim yüksekliği saptanan hastada görüntülemelerde karaciğerde diffüz heterojen görünüm ve yaygın lenf nodları izlendi. Sekiz yıl önce de aynı sebeple yapılan görüntülemelerde hepatomegali, batın içinde yaygın lenf nodları saptanmış ve karaciğer biyopsisinde granülomatöz enflamasyon saptanması nedeniyle tüberküloz düşünülerek 2 yıl boyunca tüberküloz tedavisi verilmiş. 2020'de koledokolitiyazis nedeniyle kolesistektomi yapılmış. Sekiz yıl boyunca kolestatik enzimlerinde 4 kat kadar yükseklik devam etmiş. 9 ay önce hiperkalsemi (12,5 mg/dL), kreatinin yüksekliği, proteinüri (0,77 g/gün) gelişen ve protein elektroforezinde 0,77 gr/dL M piki saptanan hastanın kemik iliği biyopsisi normoselüler olarak yorumlandı. PET-BT'de karaciğer, kemik iliği ve böbrek parankiminde diffüz hipermetabolizma izlendi. Her iki böbrek boyutunda artış ve sudmax:16 olan FDG tutulumu saptandı, endoskopik biyopsi ile amiloidoz dışlandı. Renal biyopside nonnekrotizan granülomlar içeren tubulointerstisyel nefrit (TIN) saptanan hastaya önceki biyopsi raporlarında gözlenen nekrotizan granülomlarla birlikte sarkoidoz tanısı konuldu. Otuz iki mg/gün metilprednisolona ek olarak azatioprin 150 mg/gün başlanan hasta 2 ay boyunca aldığı bu tedaviye yanıtsız kabul edilerek tedavisine 2 haftada bir 40 mg dozunda adalimumab da eklendi.

Olgu: Sarkoidoz hastalarının yaklaşık %20'sinde ve genellikle hastalığın başlangıcında TIN görülür. Sarkoidoza bağlı en sık renal tutulumdur. Retrospektif bir analize göre, hastaların çoğunda (~%66) renal fonksiyon kısmî veya tam olarak iyileşirken; bazıları (%40) orta düzey böbrek hasarı ile devam edebilmektedir. Bir kohort çalışmasında TIN hastalarının %83,3'ünde böbrek yetmezliği saptanmış, ortalama proteinüri 0,68 g/24 saat bulunmuş; biyopside 14 hastanın 6'sında granulomatöz, 8'inde ise non-granülomatöz interstisyel nefrit gözlenmiştir. Hiperkalsiüri ve hiperkalsemi sık rastlanan eşlikçi bulgulardandır. Granülomlar aktif formdaki D-vitamini üretimini artırdığından bu metabolik bozukluklara yol açabilir. Prednizolon genellikle ilk basamak tedavidir. Yanıt vermeyen veya steroide bağlı ciddi yan etkiler gelişen olgularda, adalimumab denenmiş ve granülomların tamamen gerilediği, kreatinin ve proteinürinin düzelmesiyle sonuçlanan olgular bildirilmiştir.

Sonuç: Sarkoidoza bağlı granülomatöz hepatit ve kronik tubuluinterstisyel nefrit tanılarıyla takip edilen olgumuzda tedavinin 3. ayında akut faz reaktanları normalleşmiş, serum kreatinin değeri 2,4 mg/dL GFR: 21, spot idrarda protein/kreatinin 0,82 gr/gün saptanmış, kronik böbrek hastalığı gelişmiş, kolestatik enzimleri 1,5 kat yüksekliğe kadar gerilemiştir.

Anahtar Kelimeler: Sarkoidoz, TIN, tubulointerstisyel nefrit

[PS-148]

Antifosfolipid sendromunda rituksimab: aFL titrelerinde düşüş ve klinik sonuçları

Ömer Uludağ[1], Gamze Kemeç Türkmen[2], Soner Altın[2], Yasemin Yalçınkaya[1], Ahmet Gül[1], Murat İnanç[1], Bahar Artım Esen[1]

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

[2]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

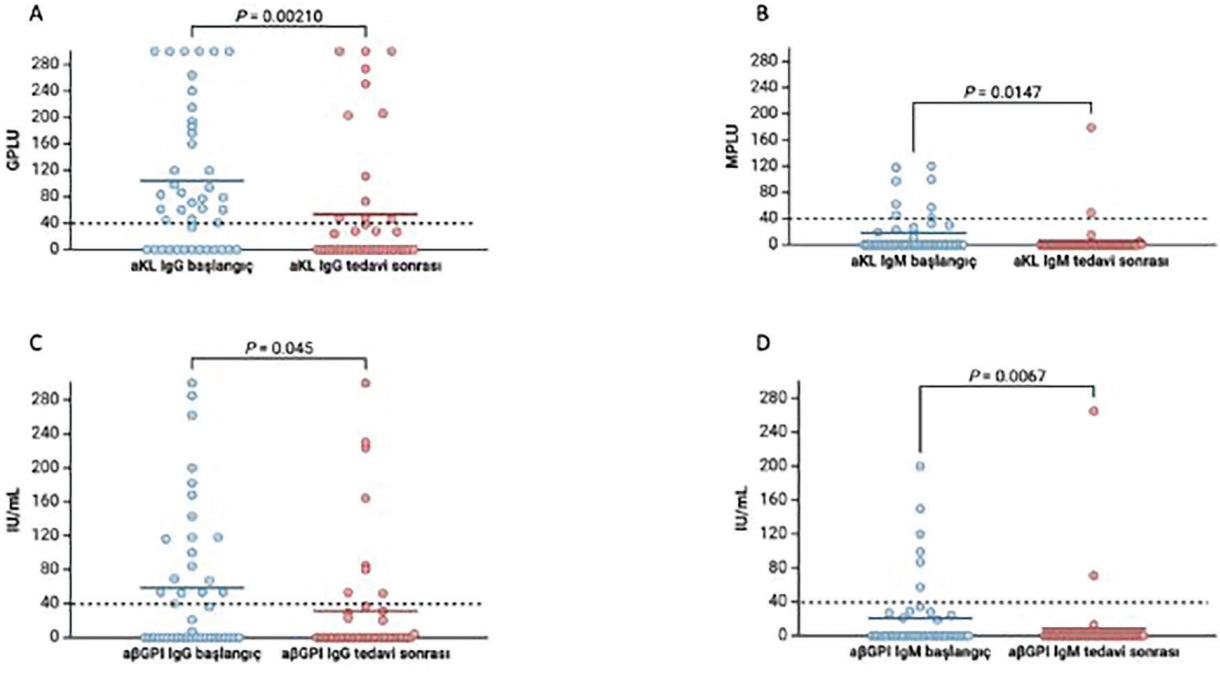
Amaç: Rituksimab, antifosfolipid sendromunun (AFS) non-trombotik bulgularının ve refrakter katastrofik AFS'nin tedavisinde etkindir. Ancak antifosfolipid antikor (aFL) titrelerindeki değişime ve tromboz rekürrensine etkisine ilişkin kısıtlı ve çelişkili literatür verisi mevcuttur. Çalışmamızın amacı AFS tanılı hastalarda rituksimab tedavisi sonrası aFL titrelerindeki değişimi, trombotik rekürrensi ve mortalite hızını saptanmak ve tedavi ilişkili advers olayları incelemektir.

Yöntem: Bu retrospektif tek merkezli çalışmaya en az 1 kür (0 ve 15. günlerde 1000 mg) rituksimab almış trombotik AFS tanılı 43 hasta (11'i primer AFS, 32'si SLE+AFS) dahil edilmiştir. Hastaların demografik, klinik ve serolojik özellikleri kaydedilmiştir. Rituksimab sonrası 6 ila 12. aydaki antikardiolipin (aKL) IgG/IgM ve anti-β2-glikoprotein-I (aβ2GPI) IgG/IgM titreleri, rekürren tromboz ve mortalite verileri incelenmiştir. aKL ve aβ2GPI IgG/IgM için pozitiflik sınırı >40 GPL/MPL ünitesi veya >99. persentil olarak kabul edilmiştir. Rituksimab öncesi ve 6-12 ay sonrasındaki aFL titreleri non-parametrik Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Hastaların demografik, klinik ve serolojik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Rituksimab sonrası medyan takip süresi 3,5 yıldı (aralık: 0,5-15,3, IQR: 5,8). Hastaların çoğunluğu rituksimab tedavisini trombotik AFS için almışken, lupus nefriti veya non-renal SLE nedeni ile alanlar da vardı. Tedavinin 6-12. ayında aKL IgG pozitifliği 29'dan (67,4%) 13'e (30,2%), aKL IgM pozitifliği 9'dan (20,9%) 2'ye (4,7%), aβ2GPI IgG pozitifliği 22'den (51,2%) 9'a (20,9%), aβ2GPI IgM pozitifliği 9'dan (20,9%) 2'ye (4,7%) düşmüştü. Ayrıca aFL titrelerinde de anlamlı azalma izlendi (Şekil 1). Tedaviden ortalama 34 ay (aralık: 10-81) sonra 5 hastada yeni olay gelişti (sırasıyla pulmoner hemoraji, miyokard enfarktüsü, iskemik inme, dijital iskemi ve deri nekrozu). Bu sırasında varfarin altındaki 3 hastadan 2'sinin INR'si <1,5'ti. Kalan 2 hasta ise sadece aspirin ile izlenmekteydi. Dijital iskemi ve deri nekrozu gelişen 2 hastanın tedavi sonrası aFL serokonversiyonu sağlanmışken, diğer 3 hastada seropozitiflik sürmekteydi. Tedaviden ortalama 41 ay (aralık: 6-81) sonra 5 hastada mortalite gelişti. Ölüm nedeni 1 hastada sepsis, 1'inde travmatik intrakranial kanama ve 1'inde lupus nefritiydi. Bir hasta tedaviden 38 ay sonra pulmoner hemoraji nüksü nedeniyle ve bir hasta tedavinin 6. ayında refrakter katastrofik AFS nedeni ile kaybedildi. On beş hastada bakteriyel enfeksiyon (4'ünde hospitalizasyon ihtiyacı ve 1'inde yoğum bakım yatışı sonrası ölüm), 7 hastada COVID-19 (2'sinde hospitalizasyon ihtiyacı) ve 3 hastada herpes zoster gelişti. Son olarak, 2 hastada infüzyon sırasında anafilaksi olarak değerlendirilmeyen alerjik reaksiyon izlendi.

Sonuç: Rituksimab, trombotik AFS tanılı hastalarda aFL titrelerini anlamlı ölçüde azaltmış ve etkin antikoagülasyon sağlanan hastalarda trombotik rekürrens düşük bulunmuştur. Enfeksiyon komplikasyonlar görece sık görülse de tedavi genellikle iyi tolere edilmiştir. Bu sonuçlar, rituksimabın tekrarlayan tromboz riski yüksek olan seçilmiş AFS hastalarında potansiyel bir tedavi seçeneği olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Antifosfolipid sendromu, B-hücre tedavisi, rekürren tromboz, rituksimab



Şekil 1. Rituksimab tedavisinden 6-12 ay sonra aFL titrelerindeki değişim

[PS-149]

Skleroderma renal krizi: Klinik özellikler ve uzun dönem prognoz

Shirkhan Amikishiyev[1], Numune Aliyeva[1], Yıldız Akbal Engin[1], Yonca Çelik[1], Halil Yazıcı[2], Aydın Türkmen[2], Alaattin Yıldız[2], Yasemin Yalçınkaya[1], Bahar Artım Esen[1], Ahmet Gül[1], Murat İnanç[1]

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

[2]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

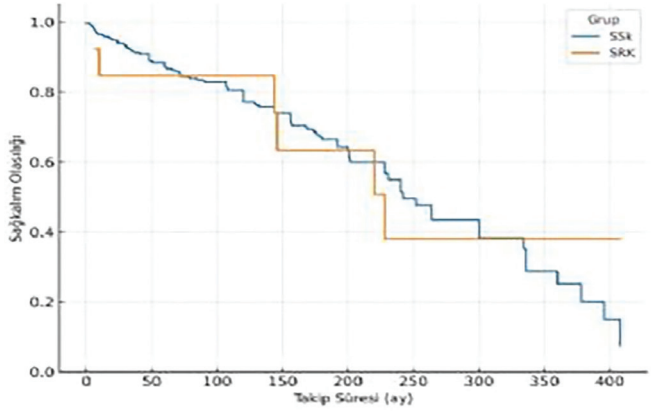
Amaç: Skleroderma renal krizi (SRK), sistemik skleroz (SSk) hastalarında yüksek mortalite riski taşıyan nadir bir komplikasyondur. Bu çalışmada, Türkiye'de tek merkezde takip edilen SSk hastalarında SRK sıklığının, klinik özelliklerinin ve prognozunun değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: 2005-2025 yılları arasında ACR/EULAR (2013) sınıflandırma kriterlerini karşılayan SSk hastalarının verileri retrospektif olarak incelendi. SRK tanısı, uluslararası kriterler ve gerektiğinde böbrek biyopsisi bulguları ile doğrulandı. Ayrıca hastalar, Hiroyuki Yamashita ve ark. tarafından önerilen sınıflamaya göre "dar tanımlı" SRK ve sistemik skleroz ilişkili trombotik mikroanjiyopati (SSk-TMA) alt gruplarına uygun olarak değerlendirildi. Demografik, klinik ve laboratuvar özellikler, uygulanan tedaviler ve sağkalım verileri genel kohort hastaları ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya toplam 375 SSk hastası (348 kadın, ortalama yaş 53,4±13,1 yıl) alındı. Ortalama takip süresi 109±4,8 ay olup, bu süreçte 98 hasta (%26,0) kaybedildi. Toplam 14 hastada (%3,7) SRK gelişti; bunlardan 13'ü kadındı ve ortalama yaşları 56,4±13,5 yıl idi. Takipte SRK tanılı hastaların yedisi (%50,0) kaybedildi. SRK hastalarında, Raynaud fenomeni süresi daha uzun ve yaygın deri tutulumu daha fazlaydı ve mortalite yüksek bulundu. Gastrointestinal tutulum kontrollere göre daha az sıklıkta saptandı. SRK tanısı çoğunlukla klinik ve laboratuvar bulgularına dayanırken, 4 olguda böbrek biyopsisi ile doğrulandı. On üç hasta hipertansiyon ile başvurmuştu, başvuruda sadece bir hasta normotansifti. Hastaların %71,4'ünde proteinüri (ortalama 2,2±1,1 gram/gün), %57,1'inde trombositopeni ve %71,4'ünde mikroanjiyopatik hemoliz saptandı. Tanı anında ortalama kreatinin 4,1±0,7 mg/dL idi. Yamashita sınıflamasına göre bir hasta SSk-TMA grubuna dahil edilirken, diğerleri dar tanımlı-SRK ile uyumluydu. SRK grubunda bir yıllık sağkalım hızı %71,5 olarak bulundu. Sağkalım hızı, SSk kohortu ile SRK tanılı hastalar arasında benzerdi (p=0,78, Şekil 1). Tedavide yedi hastada enalapril, beş hastada ramipril, iki hastada kaptopril; ayrıca yedi hastada diğer antihipertansifler kullanıldı. Ayrıca ilomedin infüzyonu (13 hasta), bosentan (4 hasta) ve sildenafil (3 hasta) tedavileri uygulandı. İmmünosupresif tedavi olarak en sık mikofenolat mofetil (%50) tercih edildi. Sağ ve kaybedilen SRK hastaları arasında klinik ve laboratuvar özellikler ile immünosüpresif ve vazodilatatör tedavi tercihleri açısından farklılık saptanmadı. Altı hastada (%42,9) hemodiyaliz gereksinimi ortaya çıktı ve bunların beşi takip sürecinde kaybedildi (p=0,03). Bir hastaya ise tanıdan 14 ay sonra başarılı renal transplantasyon yapıldı. İki hastada plazmaferez tedavisi gerçekleştirildi, biri kaybedildi. Sağlıklı takip edilen hastaların güncel son kreatinin değeri 1,7±0,2 mg/dL idi. Çalışmamızda yaygın deri tutulumu (OR 2,2, 95% CI 0,8-5,9, p=0,05) ile renal kriz arasında sınırda anlamlı bir ilişki gösterildi. Diyaliz gereksinimi mortalite riskini yaklaşık 6 kat (OR=6,0, %95 CI: 0,58-61,8, p=0,28) artırmakla beraber bu sonuç istatistiksel anlamlılık kazanmadı.

Sonuç: Çalışmamızda SSk hastalarında uzun dönemde SRK sıklığı %3,7 ile daha önce bildirilen sıklıklardan düşük bulundu. SRK grubunda mortalite %50 olup yaklaşık iki kat artmıştı; Kaplan-Meier analizinde erken kayıplar belirgin, uzun dönemde sağkalım benzerdi. SRK varlığı, üç spesifik otoantikor alt grubunun tamamında gözlendi ve anti-Scl-70 pozitifliği ön planda bulundu. Anti-RNA polimeraz III dahil olmak üzere, SRK ya da mortalite için belirgin bir öngördürücü faktör tanımlanamadı. Bu bulgular, erken tanının, yakın takibin ve çok merkezli çalışmaların önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, skleroderma renal krizi, prognoz



Grup	Medyan Sağkalım (ay)
SSk	242.0
SRK	228.0
Log-rank p	0.785

Şekil 1. SSk ve SRK hastalırnda sağkalım analizlerinin karşılaştırılması

[PS-150]

Behçet hastasında tocilizumab ilişkili gelişen PRES olgusu

Hacer Gözde Gül Elgül[1], Ekrem Karakaya[1], Kenan Orhanlı[1], Funda Erbasan[1], Kamil Karaali[2], Veli Yazısız[1], Mustafa Ender Terzioğlu[1]

[1]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

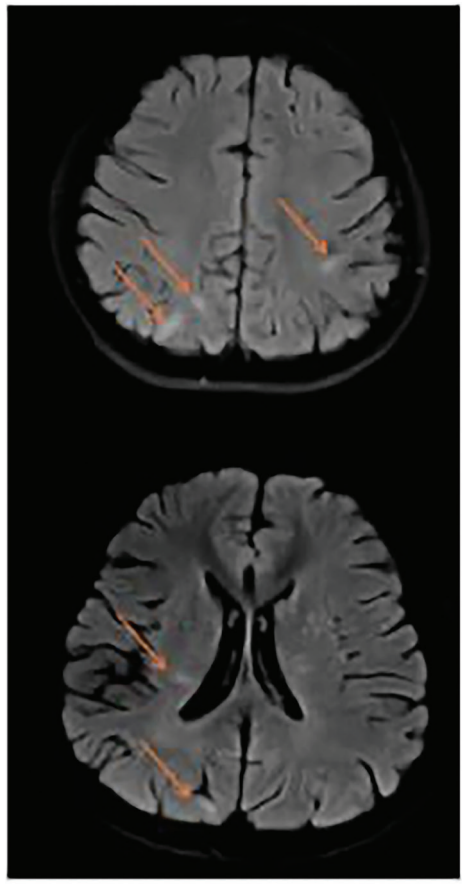
[2]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Antalya

Amaç: Behçet hastalığı, tekrarlayan oral aftlar ve genital aft, göz tutulumu, deri lezyonları, gastrointestinal tutulum, nörolojik hastalık, vasküler hastalık ve artrit dahil olmak üzere çeşitli sistemik belirtilerle karakterizedir. Behçet'in klinik bulgularının çoğunun vaskülit kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Posterior Reversibl Ensefalopati Sendromu (PRES), genellikle saatler veya günler içinde ortaya çıkar. En sık görülen belirtiler arasında baş ağrısı (%50), ensefalopati (%28), binoküler diplopi, görme kaybı, ışık algısı eksikliği, hemianopi veya kuadrantanopi (%39), nöbetler (%80) ve fokal nörolojik defisitler (%10-15) yer almaktadır. PRES çoğunlukla hipertansif kriz, preeklampsi veya immünosüpresif tedavi ilişkili olarak ortaya çıkabilir; ancak birçok başka klinik durumda da görülebilir. Tanı genellikle beyin MR görüntülemesiyle konur. PRES için en karakteristik bulgular, parietal ve oksipital loblarda T2 ağırlıklı görüntülemede simetrik hiperintensitelerdir. Bunun yanında, üst frontal sulkus (SFS) watershed paterni, holohemisferik watershed paterni ve derin beyaz cevherde, bazal ganglionlarda, talamuslarda, beyin sapında ve ponsta vazojenik ödem içeren santral bir patern de görülebilir.

Olgu: On sekiz yaşında kadın hasta 2018 yılında oral-genital aft, tekrarlayan üveitler, paterji pozitfliği ve HLA-51 pozitifliği ile Behçet Hastalığı tanısı almıştır. Hastalık seyrinde rekürren ve dirençli üveit atakları nedeniyle infliksimab ile tedavi başlanmış, anafilaksi olması nedeniyle adalimumab ile değiştirilmiş. Ancak tedavi yanıtsızlığı nedeniyle tocilizumaba geçilmiş. Hastamız erişkin romatoloji polikliniğine devir olduğunda üveit atağı olmaksızın son 2 yıldır tocilizumab ile tedavi edilmekteydi. Sol gözünde görme bulanıklığı nedeniyle çekilen orbita MR supratentorial düzeyde her iki oksipital ve parietalde kortiko-subkortikal ve sağ lateral ventrikül posterior horn komşuluğunda derin beyaz cevherde T2 FLAIR hiperintens görünümler (tocilizumab kullanan hastada ilaç ilişkili PRES?) olarak raporlanmış. 2 gün önce de zonklayıcı tarzda baş ağrısı olan hastada nörolojinin önerisiyle kontrol MR görüntüleme yapıldı. Bu süreçte tocilizumab kesildi yakın tansiyon takibi yapıldı. Kontrol MR'da ödem alanının gerilediği görüldü. Klinik ve radyolojik olarak PRES tanısı konuldu.

Sonuç: PRES, baş ağrısı, görme bozukluğu, nöbet ve bilinç değişiklikleri ile seyreden, karakteristik MR bulguları olan genellikle reversible bir klinik tablodur. Etiyolojisinde hipertansiyon, sitotoksik immünosupresif ilaçlar, biyolojik ajanlar ve otoimmün hastalıklar rol oynamaktadır. Tocilizumab tedavisi sırasında gelişen PRES gördüğümüz kadarıyla şu ana kadar Behçet'de tanımlanmamıştır. Literatürde birkaç adet COVID-19 ilişkili geliştiği düşünülen PRES olgusu mevcuttur. Tocilizumab ile tedavi edilip PRES gelişen COVID-19 olgusu tanımlanmıştır. Literatürde tocilizumab ile tedavi edilip PRES gelişen 1 Juvenil idiopatik artirit 11 bir de dev hücreli arterit olgusu tanımlanmıştır. Olgumuz, Behçet hastalığında refrakter olgular için giderek artan şekilde kullanılan tocilizumabın nadir fakat ciddi bir komplikasyonu olarak PRES gelişebileceğini göstermektedir. Daha geniş olgu serileri ve prospektif çalışmalar tocilizumab ve diğer biyolojik ajanlarla ilişkili nörolojik komplikasyonların patofizyolojisini ve risk faktörlerini aydınlatacaktır.

Anahtar Kelimeler: Behçet, PRES, tocilizumab



Şekil 1. FLAIR sekansta sağ parietal, sol frontal subkortikal ve sağ periventriküler beyaz cevherde hiperintens lezyonlar

[PS-151]

Ailevi Akdeniz ateşi'ne bağlı kardiyak amiloidoz gelişen bir olgu

Arif Babayiğit, Ali Şahin

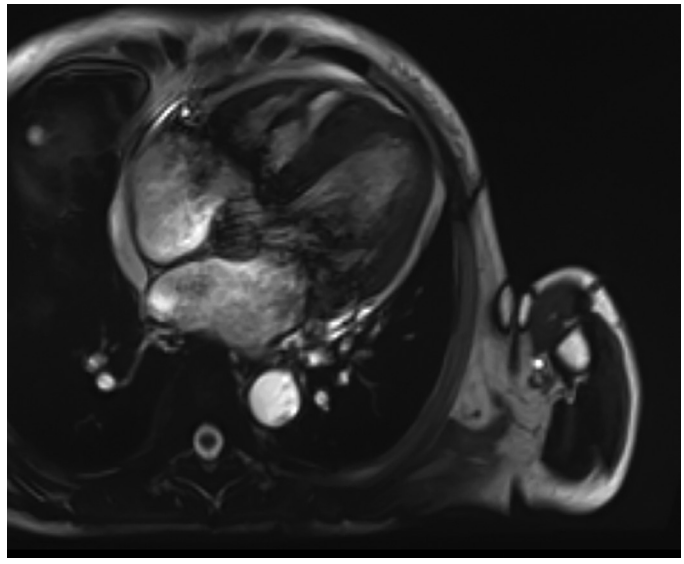
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas

Amaç: Ailesel Akdeniz ateşi (FMF), tekrarlayan ateş ve serozal enflamasyon nöbetleri ile karakterize kalıtsal bir otoenflamatuvar bozukluktur. Progresif sekonder (AA) amiloidoz, FMF' i olan hastalarda önemli bir mortalite nedenidir. Amiloid birikimi en sık böbrek olmak üzere dalak, karaciğer ve gastrointestinal sistemde ve daha sonra kalp, tiroid ve testislerde de ortaya çıkabilir. Kardiyak amiloidoz, AAA'nın nadir görülen fakat mortalitesi yüksek komplikasyonlarından biridir. Kalpte amiloid birikimi; restriktif kardiyomiyopati, diyastolik disfonksiyon, ileti bozuklukları ve konjestif kalp yetmezliği gibi bulgularla seyreder. Klinik belirtilerin çoğu non-spesifik olduğundan, tanı genellikle gecikir. Son yıllarda, ekokardiyografi, kardiyak manyetik rezonans görüntüleme (MR) ve gerektiğinde doku biyopsisi ile tanı daha erken dönemde konulabilmektedir. MEFV geninin en sık görülen iki mutasyonu olan M694V ve V726A pozitif hastalarda amiloidozun daha sık gözlenmektedir.

Olgu: Altmış beş yaşında erkek hasta, yaklaşık 30 yıl FMF ile dış merkezde takip edilmiş, kolşisini düzensiz kullanmış. Son 1 yıldır merkezimizde takip ediliyor. MEFV genetiği M694V homozigot olarak raporlanmış olan hastanın yaklaşık 2 gr proteinürisi olması üzerine böbrek biyopsisi yapılmış AA amiloidoz ile uyumlu olarak raporlanmış. Hastaya önce anakinra 1*100 mg/gün başlandı. Takiplerinde son 2 ayda eforla dispne, çabuk yorulma ve göğüs üzerinde baskı hissi olması üzerine yapılan transtorasik ekokardiyografide sol ventrikül boyutları ve sistolik fonksiyonları normal, sol atriyum boyutu artmıştır, 1 AY+, 1-2 MY+, 1 TY+ izlenmiştir, SPAP. 3,4/47 mmHG, EF: %55 olarak ölçülmüştür. Sağ kalp boşlukları geniştir şeklinde raporlandı. Hastaya kardiyak amiloidoz ön tanısı ile kardiyak MR planlandı. MR sonucu: "1- LV'de artmış indeks EDV ve ESV, Azalmış EF 2- RV'de azalmış EF 3- LV'de duvar kalınlaşmaları LV'de T1 harita değerlerinde belirgin artış ve geç kontrastlanmalar, bulgular beraber değerlendirildiğinde kardiyak amiloidoz düşündürmektedir" (Şekil 1) olarak raporlandı. Hastada proteinüriye yanıt alınamaması ve mevcut klinik tablo nedeniyle Kanakinumab 1*150 mg/4 hft başlandı.

Sonuç: Bu olguda AAA'ya bağlı kardiyak amiloidoz gelişimi, hastalığın nadir fakat ciddi komplikasyonlarını göstermesi açısından dikkat çekicidir. Literatürde AAA'ya bağlı kardiyak amiloidoz olguları nadir olmakla birlikte bildirilmektedir. Kolşisin tedavisinin amiloidoz gelişimini önlemede etkinliği kanıtlanmış olsa da, geç tanı, tedaviye uyumsuzluk veya dirençli olgular nedeniyle organ tutulumu kaçınılmaz olabilmektedir. Bu olgu, düzenli tedavi ve yakın takibin önemini bir kez daha vurgulamaktadır. Ayrıca kolşisine yanıtsız hastalarda biyolojik ajanların (IL-1 inhibitörleri) erken dönemde değerlendirilmesi, kardiyak komplikasyonların önlenmesi açısından kritik görünmektedir. Sonuç olarak, AAA'ya bağlı kardiyak amiloidoz nadir ancak mortalitesi yüksek bir tablodur. Bu olgu, hekimlere AAA hastalarında kardiyak semptomların dikkatle değerlendirilmesi gerektiğini ve amiloidozun sadece renal değil, kardiyak sistemde de ciddi komplikasyonlara yol açabileceğini hatırlatmaktadır.

Anahtar Kelimeler: FMF, AA-amiloidoz, kardiyak amiloidoz



Şekil 1.

[PS-152]

İntravezikal BCG tedavisi sonrası gelişen reaktif artrit: Farklı artiküler paternlerle prezente olan iki olgu

Seda Günay Akyol

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

Amaç: İntravezikal Bacillus Calmette-Guérin (BCG), yüzeyel mesane kanserinde etkili bir immünoterapötiktir. BCG sonrası reaktif artrit, genellikle 6-8 kür tedaviyi takiben ve uygulamadan 1-4 hafta içinde ortaya çıkan, %0,5-5,7 sıklık bildirilen bir tablodur. Klinik prezentasyon çoğunlukla asimetrik (%66) ve poliartriküler (%55) eklem tutulumuyla seyreder; olguların yarısından fazlasında insan lökosit antijeni (HLA-B27) pozitifliği eşlik edebilir. Bu yazıda, intravezikal BCG tedavisi ile ilişkili ve farklı artiküler paternlerle prezente olan iki reaktif artrit olgusu sunulmaktadır.

Olgu 1: Seksen beş yaşında erkek hasta, ateş, oküler kızarıklık ve ağrılı eklem şişlikleri ile başvurdu. Muayenede bilateral omuz, bilateral el bileği, 2-4. metakarpofalangeal ve sağ 2-3. metatarsofalangeal eklem artriti (Resim 1) saptandı. Bir hafta önce 6. kür intravezikal BCG'yi tamamladığı öğrenildi. Göz muayenesi konjonktivit ile uyumluydu. Laboratuvarda romatoid faktör (RF), anti sitrik sitrüline peptid (anti-CCP), anti nükleer antikor (ANA) ve HLA-B27 negatif saptanırken C-reaktif protein (CRP): 357 mg/L idi. Direkt grafilerde yumuşak doku ödemi ve yaşa bağlı artroz dışında patoloji saptanmadı. Reaktif artrit ön tanısıyla prednizolon 10 mg/gün başlandı; yetersiz yanıt üzerine metilprednizolon 40 mg/gün ile belirgin düzelme sağlandı ve dozlar tedricen azaltıldı. Üçüncü ayda remisyon sağlanan hastada metilprednizolon kesildi; hasta ilaçsız remisyonla izlenmektedir.

Olgu 2: Yetmiş altı yaşında erkek hasta, 4. kür intravezikal BCG'den 12 gün sonra sol dizde şişlik, ağrı ve ateş ile başvurdu. Muayenede ısı artışı ve belirgin hareket kısıtlılığı, Ballotman testi pozitifliği mevcuttu. İmmünsuprese olması ve monoartrit ile prezente olması nedeniyle septik artrit ekartasyonu amacıyla sinovyal aspirasyon yapıldı: lökosit sayımı 28.000/μL enflamatuvar nitelikte değerlendirilirken, kültürde üreme olmadı. Hasta takibinin dördüncü gününde bilateral ayak bileklerinde artrit gelişti. Laboratuvarda RF: 24 IU/mL, anti-CCP, ANA, HLA-B27 negatif, ESH: 97 mm/saat, CRP: 247 mg/L idi. Metilprednizolon 16 mg/gün ile oligoartrit geriledi; ancak 4 haftada tedrici doz azaltılarak yapılan steroid kesimini takiben 2. haftada nüks eden sol ayak bileği ve sol diz efüzyonu üzerine metotreksat 15 mg/hafta (oral) ve prednizolon 10 mg/gün başlandı. Dördüncü haftada klinik ve muayene bulguları belirgin gerileyen hastada prednizolon 7,5 mg/gün'e azaltıldı; izlem sürmektedir.

Sonuç: İntravezikal BCG'ye bağlı reaktif artrit; erken (1–4 hafta) başlangıçlı, çoğunlukla asimetrik ve zamanla oligo-/poliartriküler paterne genişleyebilen bir tablo olarak karşımıza çıkabilir. Özellikle başlangıçta monoartrit formunda gelen immünsuprese hastalarda septik artrit mutlaka ekarte edilmelidir. Olgularımızda sistemik kortikosteroidler ile hızlı klinik yanıt alınmış; nüks eğilimi olan ikinci olguda metotreksat eklenmesiyle stabilizasyon sağlanmıştır. Bu deneyim, BCG ilişkili reaktif artritte erken tanı, enfeksiyon dışlanması, uygun steroid tedavisi ve nükslerde hastalık modifiye edici ajanların (DMARD) eklenmesinin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: İntravezikal BCG, reaktif artrit, poliartrit

Resim 1. Sol el metakarpofalangeal eklemler ve sağ ayak metatarsofalangeal eklemlerde artrit

[PS-153]

Behçet hastalığında tekrarlayan derin ven trombozu ve posttrombotik sendrom: Olgu sunumu

Övgü Bıçkıcı, İpek Türk

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

Amaç: Behçet hastalığı, tüm damar çaplarını tutabilen sistemik vaskülit olup, venöz tromboz sık görülen tutulum şeklidir. Tekrarlayan trombozlar sonucunda posttrombotik sendrom (PTS) ve kronik ülserler gelişebilir. Bu olgu sunumunda, uzun süre düzenli takip edilmeyen bir Behçet hastasında PTS'nin morbiditeye etkisini ve immünosüpresif tedavinin önemini vurgulamayı amaçladık.

Olgu: Elli bir yaşında Behçet hastalığıyla takipli erkek hasta polikliniğimize sağ kruris medialinde tekrarlayan yara şikayetiyle başvurdu. 2003 yılında bilateral alt ekstremitede derin venöz trombüs öyküsü ve sonrasında venöz yetmezlik gelişen ve düzenli takibe gelmeyen hasta kolşisin 2x1 ile devam etmiş. 2024 yılında bilateral krurislerde şişlik ve yara şikayetiyle polikliniğimize başvurduğunda enfekte ülser, trombüs sekelleri ve venöz yetmezlik tespit edilen hastaya antibiyoterapi uygulanmış ve kalp-damar cerrahisi önerisiyle kumadinize edilmiş. Plastik cerrahi önerisiyle pansuman uygulamasıyla ülser iyileşmesi sağlanmış. Düzenli kumadin kullanımı olmayan hastanın takiplerinde alt ekstremitede şişlik nedeniyle yapılan Doppler USG'de sağ popliteal ve femoral vende ve sol gastrokinemius venlerinde akut trombüs izlenmiş. Steroid, kumadin ve azatiyoprin tedavisi başlanmış. Ancak yaklaşık 5 ay önce tekrar alt ekstremitede şişlik ve yara şikayetleri olan hastada yapılan Doppler USG de DVT sekeli ve sol femoralde kanalize trombüs, bilateral büyük safen vende geçirilmiş tromboflebit sekelleri izlenmesi nedeniyle immünosupresyon amacıyla siklofosfamid tedavisi başlanmış ve hastanın uyum problemi, takip zorluğu da göz önüne alınarak warfarin kesilerek rivaroksabana geçilmiş. Kalp damar cerrahisi önerisiyle kompresyon çorabı kullanımı planlanan hastada tekrar ülser gelişmesi başlamış ve siklofosfamid sonrası infliksimaba geçiş planlanmıştır.

Sonuç: Behçet hastalığında trombozun temelinde enflamatuvar süreç rol oynamaktadır. Bu nedenle antikoagülan tedavi tartışmalı olmakla birlikte, immünosüpresif tedavi esastır. Tekrarlayan DVT ve yetersiz immünosupresyon, PTS ve kronik ülser gelişimini hızlandırmaktadır. Özellikle genç erkeklerde Behçet'e bağlı PTS, yaşam kalitesini ve iş gücünü ciddi şekilde kısıtlamaktadır. Erken tanı, düzenli takip ve immünosüpresif tedaviye uyum, bu komplikasyonların önlenmesinde kritik rol oynamaktadır. Bu olgu, Behçet hastalığında posttrombotik sendromun morbiditeyi artıran önemli bir komplikasyon olduğunu ve immünosüpresif tedaviye düzenli uyumun klinik seyri belirgin şekilde etkilediğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, posttrombotik sendrom, immünsupresyon

Şekil 1. Posttrombotik sendrom, Posttrombotik sendroma bağlı ülserler, hiperpigmentasyon ve ödem

[PS-154]

İdiopatik lökoklastik vaskülit kliniği gelişen psöriazis olgusu

Sevil Yiğit

Bilecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Bilecik

Amaç: Lökositoklastik vaskülitte etkilenen damarlar çevresinde nötrofilik infiltrasyon, fibrinoid nekroz ve endotel hücre hasarı görülür. Olguların %50'sinde idiyopatik olabilir veya enfeksiyonlar, ilaçlar, neoplastik hastalıklardan kaynaklanabilir. Psöriazis, öncelikle cildi etkileyen, ancak özellikle artrit ve böbrek hasarı ile sistemik tutulumu da olabilen, kronik,bir hastalıktır.

Olgu: Olgumuzda sedef tutulumuna eşlik eden lökoklastik vaskülit sunacağız. Psöriatik artrit tanılı 40 yaşında bir kadın hasta, her iki alt ekstremitede 3 günlük kaşıntılı eritematöz-purpurik lezyon öyküsü ile başvurdu. Lezyonlar palpabldı. Klinik öyküsü alındığında, herhangi bir mantar veya ilaç alımı yoktu. Önceki günlerde gastrointestinal, solunum yolu,eklem ağrısı veya başka semptom bildirmedi. Periferik kan, idrar sediment analizi ve göğüs röntgeni değişiklik göstermedi ve otoimmün çalışmalar (ANA, ANCA,C3, C4 ve CH50) ve serolojiler (HBV, HCV ve HIV) negatifti. Deri biyopsisinde lökositoklastik vaskülit raporlandı ve direkt immünofloresan çalışması negatifti. Hastaya kolşisin 2x1 prednol 32 mg baslandı. Takiplerinde lezyonlarında gerileme olan hastanın steroid dozu azaltılarak kesildi.

Sonuç: Derinin lökositoklastik vaskülitine tip III aşırı duyarlılık reaksiyonu aracılık eder ve dolaşımdaki bağışıklık komplekslerinin gelişmesinden ve bunların yüzeysel pleksus damarlarında birikmesinden kaynaklanır. Damarların geçirgenliği, bağışıklık kompleksinin boyutu ve doğası, hidrodinamik kuvvetler gibi vasküler duvarda bağışıklık komplekslerinin birikmesini etkileyebilecek birçok faktör vardır. Hastamızın durumunda, kaşınmanın, hasarlı derinin yüzeyel pleksus damarlarında bağışıklık komplekslerinin birikmesini aktive eden tetikleyici olduğuna inanıyoruz. Literatürde bu şekilde yayınlanmış olgu az olmasıyla birlikte, Köebner Fenomeniyle birliktelik gösteren lökoklastik vaskülit olgusu bildirilmiştir. Bu da bizleri psöriazis hastalığının da etiyopatogenez olarak akılda tutulması gereken antitelerden olduğunu düşündürmüştür.

Anahtar Kelimeler: İdiopatik, vaskülit, psöriazis

[PS-155]

Behçet hastalığında non-pulmoner arteriyel tutulum: Çok merkezli retrospektif olgu serisi

Özge Karakök[1], Duygu Kerim[2], Şerife Çoşkun Sağırkaya[3], Gamze Akkuzu[4], Burcu Ceren Uludoğan[5], Gezmiş Kimyon[6], Hasan Kocaayan[7], Senar Şan[8], Özkan Urak[9], Gökçe Kenar Artın[9], Ayşe Çefle[8], Servet Akar[7], Şule Yaşar Bilge[5], Cemal Bes[4], Şükran Erten[3], Ahmet Omma[3], Gökhan Keser[2], Kenan Aksu[2], Tulin Ergun[10], Haner Direskeneli[1], Fatma Alibaz Öner[1]

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

[2]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir*

[3]*Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara*

[4]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul*

[5]*Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir*

[6]*Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Hatay*

[7]*Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkaları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir*

[8]*Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkaları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli*

[9]*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkaları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir*

[10]*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

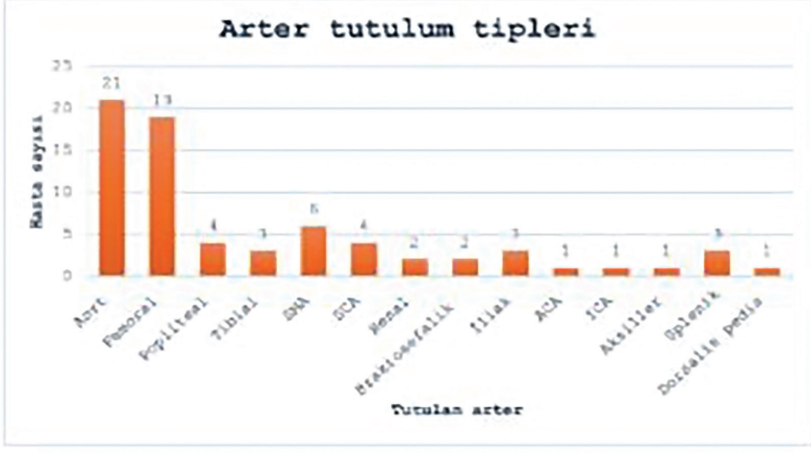
Amaç: Behçet hastalığında (BH) arteriyel tutulum ciddi komplikasyonlarla birlikte önemli klinik zorluklar oluşturmaktadır. Bu çalışmanın amacı, arteriyel tutulumu olan BH hastalarının karakteristik özelliklerini, etkilenen damarları, lezyon tiplerini, tedavilerini ve sonuçlarını değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmamıza, 9 tersiyer merkezden 65 hasta dahil edilmiştir. Tüm veri hasta dosyalarından retrospektif olarak edinilmiştir.

Bulgular: Elli dokuz hasta (%90,8) erkekti. Ortanca (Q1-Q3) takip süresi 4 (2-12,8) yıl idi. İlk arteriyel olay yaşandığında ortanca yaş 38 (32-46) yıldı. BH tanısı ile arteriyel olay arasındaki ortanca süre 3 (1-10) yıl idi. En sık etkilenen damarlar aort (n=21, %32,3) ve femoral arter (n=19, %29,2) idi. Anevrizma (n=50, %63,2) ve tromboz (n=18, %22,7) en yaygın lezyonlardı. On dört hasta (%21,5) immünosüpresif (İS) tedavi (azatiyoprin, n=13; infliksimab, n=1) altında arteriyel tutulum geliştirdi. On bir hastada (%16,9) kardiyak tutulum mevcuttu. Siklofosfamid ve azatiyoprin en sık kullanılan İS ajanlardı (%66,3 ve %67,7). Otuz dokuz hastaya (%60) cerrahi ve/veya girişimsel işlem uygulandı, bunların 32'si (%82) başarılıydı. Takip süresince 10 hastada (%15,3) ikinci, 2 hastada (%3) üçüncü arteriyel olay meydana geldi. Tedaviye rağmen 9 hastada (%13,8) son vizitte aktif hastalık mevcuttu (Yüksek akut faz reaktanları ve görüntüleme ile tespit edilen vasküler olaylara dayanarak). Altı hastada (%9,2) mortalite gözlendi; bu hastalar çoğunlukla hem arteriyel hem kardiyak tutulumu olanlardı.

Sonuç: BH'de arteriyel tutulum özellikle erkek hastalarda çoğunlukla anevrizma ile ortaya çıkmaktadır. Hastaların yaklaşık yarısında İS tedaviye ek olarak cerrahi/girişimsel işlem gerekmektedir. Takip süresince %15,3 oranında nüks görüldü. BH'da arteriyel tutulum genellikle daha ağır sonuçlarla ilişkili olmakla birlikte, nüks riski venöz tutulumla karşılaştırıldığında daha düşük görünmektedir. Mortalite %9,2 oranında bulunmuş olup, çoğunlukla hem arteriyel hem kardiyak tutulumu olan hastalarda görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, arteriyel tutulum, arteriyel anevrizma, arteriyel tromboz



Şekil 1. Non-pulmoner arteriyel tutulum tipleri
ACA: Ana karotis arter, ICA: İnternal karotis arter, SCA: Subklavian arter, SMA: Süperior mezenterik arter

[PS-156]

Erasmus sendromunda IL-1 blokajı etkisi: Nadir bir olgu sunumu

Fatma Dilara Yürük Kıtay, Cemal Bes

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

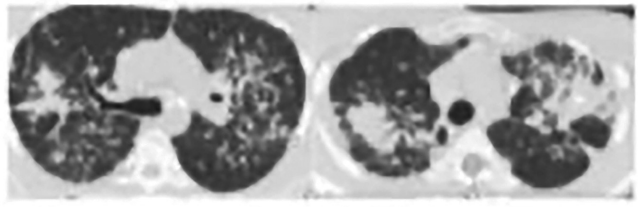
Amaç: Silika maruziyeti sonrası ya da silikozis tanılı bir hastada sistemik skleroz gelişmesi olarak tanımlanan erasmus sendromu, literatürde nadir görülen bir durum olarak karşımıza çıkar. Hastalık genellikle akciğer tutulumuyla ağır seyirlidir, immünosüpresif tedaviler enfeksiyon riski nedeniyle zordur. Son yıllarda IL-1 blokajı otoenflamatuvar özelliklerin baskılanmasında gündeme gelmiştir. Bu yazımızda geçirilmiş akciğer tüberkülozunun da eşlik ettiği, yönetimi oldukça zor olan bir erasmus sendromlu olguyu özetlemeyi amaçladık.

Olgu: Kırk yaşında erkek hasta uzun yıllar kot taşlama işçisi olarak çalışmış olup 2011 yılında kusma, kilo kaybı şikayetleri ile tetkik edilerek silikozis tanısı almış. Takiplerinde 2015 ve 2021 yıllarında 2 kere akciğer tüberkülozu nedeniyle antitüberküloz tedavi verilmiş. Ağustos 2022 yılında kliniğimize 6 aydır el eklemlerinde şişme, ağrı ve renk değişikliği olması üzerine takipli olduğu göğüs hastalıkları kliniği tarafından refere ediliyor. Romatolojik sorgusunda sikka semptomları, öksürük ve nefes darlığı olduğu yutma güçlüğünün olmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde bilateral metakarpofalangeal eklem distalinde sklerodaktili ve bilateral akciğer seslerinde kabalaşmamevcut idi. Laboratuvar parametreleri: ana 1/10000 homojen pozitif anti-SCL-70 3+ CRP 25 mg/L sedimentasyon 51 mm/h. Akciğer görüntülemesi Şekil 1 (Mart 2022). Transtorasik ekokardiyografide ef %65 kapak patolojisi yok pab (pulmoner arter basıncı) normal. Solunum fonksiyon testinde (sft) fvc %70 fev1/fvc %104 dlco yapılamadı. Altı dakika yürüme testinde 375 metre yürüdü başlangıç ve bitiş vitalleri arasında anlamlı fark saptanmadı. Hastaya sistemik skleroz tanısıyla prednisolon 5 mg, azatiopürin 100 mg, hidroksiklorokin 200 mg, nifedipin 30 mg ve asetilsalisilik asit 100 mg tedavileri başlandı. Ancak tedavi altında şikayetlerinde gerileme olmayan ve radyolojik olarak progresyon gösteren hastanın takiplerinde immün supresif tedavisi, azatiopürin kesilerek rituksimab (rtx) olarak değiştirildi. Rituksimab 2. dozda nefes darlığı, uvula ödemi ve deride döküntü şeklinde alerjik reaksiyongelişmesi üzerine bu tedavi de sonlandırılarak mikofenolat mofetil (mmf) başlandı. Mikofenolat mofetil tedavisi gastrointestinal intolerans yapması nedeniyle kesildi ve tekrarlayan enfeksiyonlar ve disfaji gelişmesi üzerine intravenöz immünoglobulin (IVIG), tedavi dozunda olacak şekilde ayda bir kez 3 kür verildi. Ancak sebat eden crp yüksekliği, pulmoner fonksiyonlarının progrese olması (sft'de fvc %43 fev1/fvc %112), tekrarlayan sistemik enfeksiyon tabloları üzerine ek immünosupresif tedavi verilemedi ve IL-1 blokajı için anakinra 1x100 mg sc olacak şekilde başlandı. Başlangıçta değişken yanıt alınmış olsa da düzenli kullanımda enflamatuvar belirteçlerde (CRP 115 mg/L---16 mg/L) kısmi düzelme; disfaji ve nefes darlığında stabilizasyon sağlandı. Güncel sft'de fvc %40 fev1/fvc %110 dlco yapılamadı. Güncel toraks bt görüntüleri Şekil 2 (Temmuz 2025).

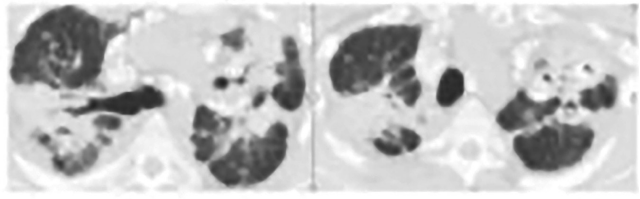
Sonuç: Erasmus sendromunda standart immünsüpresif tedaviler (mmf, siklofosfamid, rtx) tbc öyküsü ve akciğer fibrozisi nedenıyle riskli olabilmektedir. IL-1 blokajı, enfeksiyon riski daha az olan fakat tam yanıtın sınırlı olduğu bir seçenektir. Literatürde erasmus sendromunda IL-1 inhibitörleriyle ilgili çok az sayıda olgu bildirilmiştir. Bu olgu, tedaviye dirençli ve immünosüpresıf kısıtlı hastalarda IL-1 blokajının alternatif olabileceğini göstermektedir erasmus sendromu nadir ve tedavisi zor bir tablodur. IL-1 blokajı, enfeksiyon öyküsü nedeniyle diğer immünosüpresiflerin kontrendike olduğu seçilmiş olgularda umut verici bir seçenek olabilir. Ancak uzun dönem yanıt ve güvenlik için daha fazla veri gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Erasmus, IL-1 blokajı, silikozis, sistemik skleroz

RESİM 1 (MART 2022)



RESİM 2 (TEMMUZ 2025)



Şekil 1-2. Görüntüleme; toraks bilgisayarlı tomografi

[PS-157]

Dirençli ülserlerle seyreden anti-TİF1γ pozitif dermatomiyozit olgusunda rituksimab tedavisi

Elif Dinçses Nas

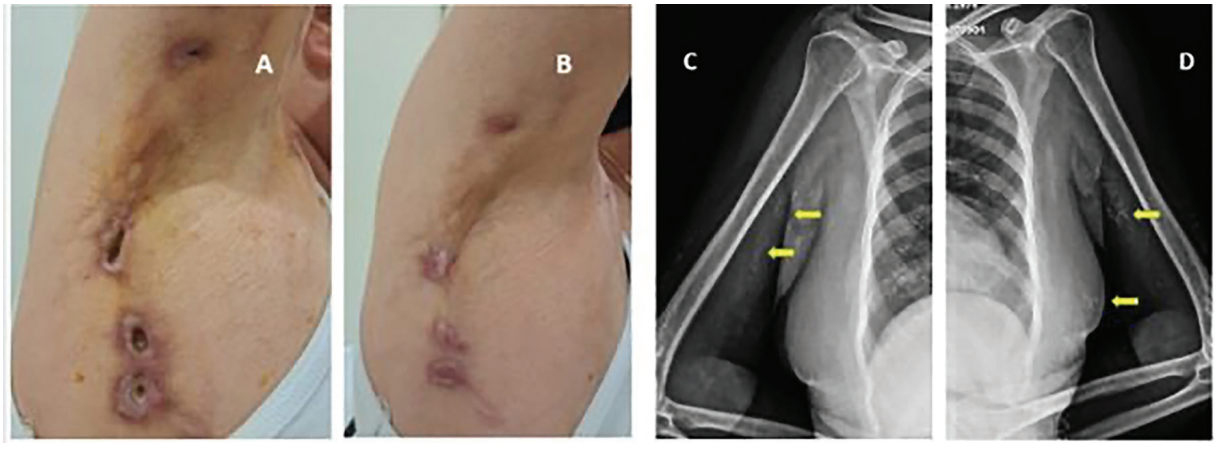
İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

Amaç: Dermatomiyozit (DM), tipik deri bulguları ve artmış malignite riski ile karakterize idiyopatik enflamatuvar bir miyopatidir. Anti-transkripsiyon intermedier faktör 1-gamma (anti-TIF1γ) antikoru, DM'de daha şiddetli deri tutulumu ve yüksek malignite riski ile ilişkilidir. Burada kanser eşlik etmeyen, dirençli deri ülserleri ve kalsinozis bulunan anti-TIF1γ pozitif bir DM olgusu sunulmaktadır.

Olgu: Kırk bir yaşında kadın hasta, 2020'de yüzde ve ekstremitelerde eritematöz döküntü, proksimal kas güçsüzlüğü ve disfaji ile başvurdu. Fizik muayenede yaygın psöriaziform döküntüler, Gottron papülleri, tırnak dibi hemorajileri saptandı. Laboratuvarda Kreatin kinaz (532 IU/L) yüksekliği, ANA 1:320 retiküler sitoplazmik patern pozitif, ENA profili negatif, EMG'de proksimal miyopati ve uyluk kas MR'da miyozit bulguları görülerek DM tanısı aldı. Tanı anında maddi nedenlerle miyozit antikor paneli yaptırılamadı. Malignite saptanmayan hastaya pulse kortikosteroid ve azatioprin tedavisi başlanarak 2 yıl remisyon sağlandı. Ancak 2022 sonunda deri lezyonları; göğüs ön yüz, aksiller ve inguinal bölgede kalsinozise bağlı ağrılı ülserlerle nüks gelişti (Resim 1). Yüksek doz kortikosteroid ve metotreksata geçilmesine rağmen tedavi 4. ayında disfaji ve miyopati eklenmesi nedeniyle intravenöz immünoglobulin (İVİG) verilerek mikofenolat mofetile geçildi. Kortikosteroid dozu azaltılırken deri tutulumunun nüksetmesi üzerine tofasitinibe geçildi. Yıllık malignite taramasında özellik saptanmadı. Tofasitinib ile remisyona giren hastanın tedavisinin 9. ayında kas ve deri tutulumunda alevlenme olması üzerine yüksek doz kortikosteroid ve siklosporine geçildi ancak hiperkalemi ve hipertansiyon yan etkileri nedeniyle siklosporin kesildi. Rituksimab verilen hastada 2 ay sonra pnömoniye bağlı sepsis ve solunum yetmezliği gelişti; yoğun bakım ünitesinde entübe takip edildi ve İVİG verildi. 2 hafta sonra kliniği düzelen hastanın 6 hafta sonraki kontrol akciğer tomografisi normal görüldü, miyozite bağlı akciğer tutulumu ekarte edildi. Rituksimabın 6. ayında ülserler ve döküntüler tamamen geriledi (Resim 1), miyozit bulgusu kalmadı. Miyozit antikor panelinde güçlü (3+) anti-TİF1γ pozitifliği saptandı. Bu DM olgusu malignite açısından yüksek risk faktörlerine sahiptir. Anti-TİF1γ antikorlarının varlığı malignite riskinde belirgin artış ile ilişkilidir; tanısal odds oranının 9,37 olduğu ve pozitif hastalarda malignite prevalansının %42'ye ulaştığı bildirilmiştir. Hastamızda en kritik dönem olan ilk 5 yıllık takip boyunca kapsamlı taramalarda malignite saptanmamıştır. Hastamızda görülen refrakter kalsinozis anti-TİF1γ pozitif DM hastalarında nadir bildirilen ancak yönetimi zor bir bulgudur. Ayrıca B hücrelerini hedefleyen tedaviler de dahil olmak üzere çoklu immünosüpresif sonrası bile anti-TİF1γ titresinin yüksek seyretmesi, tedaviye dirençli hastalığın göstergesi olabilir.

Sonuç: Anti-TİF1γ pozitif DM malignite eşlik etmese bile, dirençli ülserler ve kalsinozis ile seyreden agresif bir kutanöz fenotipe yol açabilir. Bu tür olgularda rituksimab ikinci basamak tedavi seçeneği olarak daha erken düşünülebilir ancak genç ve komorbiditesi olmayan hastada bile ciddi enfeksiyon riski akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Dermatomiyozit, anti-TİF1γ, kalsinozis, deri tutulumu, rituksimab



Resim 1. A. Rituksimab 1. ayında ülserler, B. rituksimab 6. ayında ülserler, C ve D grafide aksillar bölgede kalsinozis alanları

[PS-158]

MEFV mutasyon varlığına göre Ailevi Akdeniz ateşi hastalarında klinik ve tanısal farklılıkların incelenmesi

Hatice Kübra Yerişenoğlu Demir[1], Rabia Deniz[2], Miraç Günaydın[1], Ahmet Gül[3], Cemal Bes[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

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

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

Amaç: Ailevi Akdeniz ateşi (FMF), ataklarla seyreden ve MEFV gen mutasyonlarıyla ilişkili monogenik otoenflamatuvar bir hastalıktır. Bununla birlikte, genetik olarak MEFV negatif olan olgular da klinik olarak FMF tanısı almakta, ancak bu grubun tipik dışı fenotipik özellikleri ve tanısal güçlükleri olduğu gözlenmektedir. Bu çalışmanın amacı, MEFV mutasyon durumuna göre FMF hastalarında klinik, laboratuvar ve tanısal özellikleri karşılaştırmak ve ayırıcı tanı açısından özgün bulguları ortaya koymaktır.

Yöntem: Kesitsel, tek merkezli bu çalışmaya 2020-2025 yılları arasında FMF tanısı ile izlenen 500 hasta dahil edilmiştir. Hastalar genetik test sonuçlarına göre iki gruba ayrıldı: MEFV pozitif (n=412) ve MEFV negatif (n=88). Demografik özellikler, hastalık ve tanı bilgileri, tipik ve atipik semptomların dağılımı, laboratuvar parametreleri kaydedildi. Klinik değerlendirmede ateş, peritonit, plörit, artrit, erizipel benzeri eritem gibi klasik bulguların yanı sıra kısa ve uzun süreli ataklar (<24 saat), ürtiker, boğaz ağrısı, tonsillofarenjit ve servikal lenfadenopati gibi daha nadir veya ayırıcı tanıda güçlük yaratan bulgular da incelendi.

Bulgular: Çalışmaya katılan MEFV pozitif hastaların 231 (%56,1) ve negatif hastaların 64 (%72,7) olup farklı bulundu (p=0,002). MEFV negatif grupta tanı yaşı (ortanca 26 vs 14 yıl, p=0,021) ve tanıya kadar geçen süre (10,5 vs 5 yıl, p=0,043) anlamlı olarak daha uzundu. Hastalık başlangıç yaşı açısından fark bulunmadı. Tipik semptomlar (ateş, peritonit, plörit, erizipel benzeri lezyon) her iki grupta da benzer oranlarda görüldü. Artrit MEFV pozitif grupta daha sık iken, MEFV negatif grupta perikardit daha sık saptandı (%46,1 vs 59,3; p=0,018). Ayrıca MEFV pozitif gruba kıyasla negatif grupta atipik semptomlar daha sık saptandı; uzun atak (%16,5 vs 27,3, p=0,016), ürtiker (%7 vs 17, p=0,004), soğuk ütiker (%0,5 vs 2,4, p=0,040), boğaz ağrısı (%10,7 vs 28,4, p<0,001), tonsillofarenjit (%6,6 vs 17, p=0,003), gezici rash (%0,5 vs 3,4, p=0,040), tekrarlayan oral aft (%20,4 vs 34,1, p=0,005) ve folikülit (%6,3 vs 19,3, p<0,001). Atak döneminde laboratuvar parametrelerinden proteinüri, CRP, nötrofili gruplar arasında benzerken sedimentasyon (17 vs 33, p=0,009), ALT (18 vs 12, p=0,043) ve ALP (83 vs 61, p=0,004) farklıydı. Atak dışı dönemde ise CRP MEFV pozitif grupta daha yüksekti (2 vs 1, p=0,001). Amiloidoz sıklığı ve ailede FMF öyküsü MEFV pozitif grupta daha fazla bulundu (p=0,026 ve p<0,001). Detaylı veriler Tablo 1'de verildi.

Sonuç: MEFV negatif FMF hastaları, tanıda daha fazla gecikme ve daha yüksek oranda atipik klinik özelliklerle karakterizedir. Bu durum, FMF tanısında sadece klasik semptomlara değil, atipik bulgulara da dikkat edilmesi gerektiğini göstermektedir. MEFV negatif olguların tanısında ileri genetik analizlerin (örneğin NGS) kullanımı ve atipik fenotiplerin daha iyi tanımlanması, yanlış tanı ve tedavi gecikmelerini önleyebilir ve FMF olarak isimlendirilen bazı hastalarda diğer otoenflamatuvar hastalıkların saptanmasına yardımcı olabilir. Yine MEFV pozitif hastalarda da eşlik eden atipik bulgular başka bir otoenflamatuvar hastalığın eşlik ettiği mikst otoenflamatuvar hastalık (MAID) açısından NGS ile ileri tetkik açısından yönlendirebilir. Bulgular, FMF ve otoenflamatuvar hastalıkların genetikten bağımsız fenotipik çeşitliliğini ortaya koymakta ve bireyselleştirilmiş tanı stratejilerinin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz ateşi, MEFV, tanı gecikmesi, atipik semptomlar, otoenflamatuvar hastalık, yeni nesil dizileme

Tablo 1. MEFV mutasyonuna göre klinik ve laboratuvar bulgular

Parametre	MEFV pozitif (n=412)	MEFV negatif (n=88)	p-değeri
Kadın/erkek n, %	231/181 (56,1/43,9)	64/24 (72,7/27,3)	0,002
Akrabalık	290 (70,4)	43 (48,9)	<0,001
Yaş medyan, yıl (aralık)	35 (18-80)	34,5 (18-69)	0,718
Tanı yaşı, yıl medyan (aralık)	14 (1-74)	26 (6-67)	0,109
Tedavi başlama yaşı, yıl medyan (aralık)	24 (1-74)	27 (6-67)	0,108
Toplam hastalık süresi, yıl medyan (aralık)	20 (1-60)	17 (2-64)	0,052
Semptom tanı arası süre, yıl medyan (aralık)	7 (0,25-54)	10 (0,25-58)	0,524
Semptom ve tedavi başlanması arasındaki süre, yıl medyan (aralık)	7 (0,25-54)	8,5 (0,25-58)	0,865
Tedavi öncesi atak süresi medyan, gün (aralık)	3 (1-20)	3 (1-14)	0,845
Tedavi öncesi atak sıklığı n, %			0,049
Ayda 2 ve fazla	178 (43,2)	24 (27,3)	
Ayda bir	130 (31,6)	41 (46,6)	
2 ayda 1	28 (6,8)	7 (8,0)	
3 ayda 1	42 (10,2)	6 (6,8)	
4 ayda 1	11 (2,7)	1 (1,1)	
6 ayda 1	14 (3,4)	6 (6,8)	
Yılda 1	8 (1,9)	3 (3,4)	
Yılda 1'den az	1 (0,2)	0	
Amiloidoz n, %	35 (8,5)	2 (2,3)	0,026
Tipik FMF Semptomları			
Ateş n, %	309 (75,0)	71 (80,7)	0,160
Peritonit n, %	363 (88,1)	80 (90,9)	0,293
Plörit n, %	250 (60,7)	58 (65,9)	0,214
Artrit n, %	171 (41,5)	24 (27,3)	0,008
Artralji n, %	331 (80,3)	69 (78,4)	0,389
EBL n, %	63 (15,3)	14 (15,9)	0,500
Perikardit n, %	190 (46,1)	52 (59,3)	0,018
Orşiepididimit (n=205)	14 (7,7)	0	0,057
Pelvis atağı n, % (n=295)	150 (64,9)	44 (68,8)	0,348
Uzamış febril miyalji n, %	176 (42,7)	36 (40,9)	0,411
Abortus (n=295)	231 (78,3)	64 (21,7)	0,043
Diğer Otoenflamatuvar Hastalıkları Düşündüren Atipik Bulgular			
Uzun atak n, %	68 (16,5)	24 (27,3)	0,016
Kısa atak n, %	33 (8,0)	9 (10,2)	0,309
Ürtiker n, %	29 (7,0)	15 (17,0)	0,004
Soğuk ürtiker n, %	2 (0,5)	3 (3,4)	0,040
Boğaz ağrısı n, %	44 (10,7)	25 (28,4)	<0,001
Tonsillofarenjit n, %	27 (6,6)	15 (17,0)	0,003
Servikal lap n, %	19 (4,6)	6 (6,8)	0,266
Bulantı n, %	226 (55,0)	50 (56,8)	0,424
Gezici rash n, %	2 (0,5)	3 (3,4)	0,040
Miyalji n, %	298 (72,3)	70 (79,5)	0,102
Perorbital ödem n, %	12 (2,9)	6 (6,8)	0,078
Konjonktivit n, %	10 (2,4)	4 (4,5)	0,220
Üveit n, %	3 (0,7)	3 (3,4)	0,070
Oral aft n, %	84 (20,4)	30 (34,1)	0,005
Genital ülser n, %	12 (2,9)	6 (6,8)	0,078
Folikülit n, %	26 (6,3)	17 (19,3)	<0,001
EN n, %	24 (5,8)	6 (6,8)	0,438

[PS-160]

Ailesel Akdeniz ateşi ve hidradenitis suppurativa: tesadüf mü birliktelik mi?

Burak Karakaya, Rahime Duran, İbrahim Karaduman, İbrahim Yahya Çakır, Esma Eseroğlu, Büşra Köksoy, Ertuğrul Çağrı Bölek, Hamit Küçük, Abdurrahman Tufan, Mehmet Akif Öztürk, Berna Göker, Abdulsamet Erden

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

Amaç: Ailevi Akdeniz ateşi (FMF), artmış IL-1ß üretimiyle seyreden, dünyada en sık görülen herediter otoenflamatuvar hastalıktır. Hastalık kısa süreli peritonit, plörit, artrit, raş ve ateş yüksekliği ile karakterizedir. Hastalık 16. kromozomda yer alan pyrin proteinini kodlayan *MEFV* geninde meydana gelen gain-of-function mutasyonlarının yol açtığı bilinmektedir. Hidradenitis Suppuritiva (HS); aksiller, inguinal, genito-anal veya inframammaryal bölgelerdeki deride ağrılı, derin nodüller, apseler ve drenaj seyreden kronik enflamatuvar dermatozdur. Tipik başlangıç 2.-3. dekatta olur. Global prevalans %1 civarında olup coğrafyaya göre değişkenlik göstermektedir. Çok sayıda olgu-kontrol ve geniş ölçekli toplum çalışmalarında HS'nin kutanöz bulgularına ek olarak çeşitli komorbidlerle ilişkili olduğu; bunun yanı sıra, son dönemde otoenflamatuvar sendromlar spektrumunda tanımlandığı bildirilmiştir. Epidemiyolojik veriler HS'li bireylerde FMF sıklığının arttığını bildirmektedir, özellikle "kompleks HS" olgularında MEFV patojenik varyantlarının ve FMF tanısının daha sık görüldüğünü düşündürmektedir. Bununla birlikte FMF-HS birlikteliğinin demografik/klinik özellikleri, tedavi yanıtları ve bunları öngören faktörler, romatoloji perspektifinden yeterince araştırılmamıştır. Bu çalışmada merkezimizde FMF'ye eşlik eden HS olgularının klinik-genetik özelliklerini ve tedavi deneyimlerini sunmayı; ayrıca literatürde bildirilen olguların betimleyici bir derlemesini yapmayı amaçladık.

Yöntem: PubMed ve Google Scholar veri tabanlarında, 1995-Eylül 2025 arasında yayımlanmış, HS'li FMF hastalarını bildiren yayınlar MeSH/anahtar sözcükler ("familial Mediterranean fever", "hidradenitis suppurativa") kullanılarak tarandı. İngilizce yayınlar dahil edildi. Bireysel hasta verisi içeren orijinal makaleler, olgu serileri ve olgu raporları uygun bulundu; bireysel özellik içermeyen makaleler dışlandı. Başlık-özet taramasını takiben tam metin değerlendirme yapıldı. Sonuçta 4 yayın dahil edilerek 14 hasta derlemeye alındı.

Kliniğimizde takip edilen benzer özellikte 9 ek olgu tespit edilerek toplam 23 FMF-HS hastası oluşturuldu. Yaşı ve cinsiyeti erişilebilir olan 18 hasta, yaş ve cinsiyete göre 1:3 oranında 54 FMF hastasıyla eşleştirildi. Demografik, klinik ve laboratuvar veriler retrospektif olarak dosyalardan derlendi.

Bulgular: Hastaların demografik verileri Tabloda paylaşılmıştır. Eşleştirilmiş örneklemde, FMF-HS hastalarında vücut kitle indeksi (VKİ) ve sigara içimi daha yüksek, spondilit eşlik sıklığı artmış ve ataklar arası CRP (mg/L) düzeyi daha yüksekti; ESH (mm/st) için de artmış bir eğilim izlenmekle birlikte istatistiksel anlamlılık sağlanmadı. Amiloidoz sıklığı gruplar arasında benzerdi. Merkezimizde takip edilen olgular dahil verisine ulaşılan 15 olguda FMF tanısı ile HS tanısı arasındaki süre medyan 13 yıldı [(-17) ile (+53) yıl]; 15 olgudan sadece 1'inde (%6,6) FMF tanısı HS tanısından 17 yıl sonra koyulmuştu. FMF-HS tanılı tedavi geçmişine erişilen 18 hastanın 8'inde biyolojik tedavi gereksinimi bildirildi. Anakinra kullanımı FMF-HS grubunda daha fazlaydı. Anti-TNF kullanımı FMF-HS grubunda anlamlı derecede daha fazlaydı.

Sonuç: FMF-HS olgularında VKİ ve sigara kullanımının daha yüksek, spondilit sıklığının artmış ve ataklar arası CRP düzeylerinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu bulgular, FMF-HS birlikteliğinin metabolik/yaşam tarzı faktörleri ve eşlik eden spondiloartrit fenotipine dikkat çekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz ateş, hidradenitis suppurativa, otoenflamatuvar hastalık, prognoz

[PS-161]

Gerçekten "önemsiz" mi? HLH'de PRF1 A91V varyantının sistematik derlemesi ve karşılaştırmalı analizi

İbrahim Yahya Çakır[1], Abdulsamet Erden[1], Ertuğrul Çağrı Bölek[1], M. Fatih Mülayim[2], Ali Babazade[2], Gülsüm Kayhan[2], M. Ali Ergün[2], Abdurrahman Tufan[1], Mehmet Akif Öztürk[1]

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

[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Hemofagositik lenfohistiyositoz (HLH), sitotoksik immün yanıtın düzenlenememesi sonucu ortaya çıkan, yaşamı tehdit eden hiperenflamatuvar bir sendromdur. Ailesel HLH'nin en sık nedenlerinden biri perforin *(PRF1)* genindeki varyantlardır. Bunlardan biri olan PRF1 A91V varyantının klinik önemi uzun süredir tartışmalıdır; bazı merkezler bunu benign bir polimorfizm, bazıları klinik önemi belirsiz varyant, bazıları ise HLH için risk aleli olarak değerlendirmektedir. Çalışmada öncelikle 20 yaşında erkek bir olgu sunulmuştur. Hasta başlangıçta Still hastalığı tanısı almış, ancak takiplerinde tekrarlayan makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) atakları, aşırı yüksek ferritin düzeyleri ve tedaviye dirençli seyir göstermiştir. Bütün ekzon dizilemesi sonucunda homozigot PRF1 (NM_001083116), c.272C>T, p.(Ala91Val) varyantı saptanmış ve ailesel HLH tanısı doğrulanmıştır.

Olgu: Bu olgunun yanı sıra literatürde bildirilen PRF1 A91V taşıyan HLH olgularının sistematik derlemesi yapılmıştır. PubMed ve Google Scholar taraması sonucunda 18 çalışmadan toplam 33 olgu incelenmiştir. Hastaların medyan tanı yaşı 19,5 yıl olup, klasik ailesel HLH'ye göre daha geç başlangıç göstermiştir. Olguların %97'sinde sistemik tutulum, %22'sinde santral sinir sistemi tutulumu rapor edilmiştir. En sık laboratuvar bulguları trombositopeni (%93,3), anemi (%60) ve belirgin hipoferritinemi (medyan 13.670 ng/mL) olmuştur. Tedavi verisi mevcut olanlarda HLH-2004 protokolü ve yüksek doz metilprednizolon en sık uygulanan tedavilerdir. İzlemde olguların yaklaşık üçte biri kaybedilmiştir. Bu bulguları daha iyi anlamlandırmak için PRF1 varyantı taşıyan HLH hastaları ile 1:2 oranında eşleştirilmiş Still hastalığı kohortu karşılaştırılmıştır (22 HLH vs. 44 Still). HLH grubunda hastalar daha genç yaşta tanı almış (20,5 vs. 32,5 yıl), döküntü (%37,5 vs. %85,4) ve lenfadenopati (%37,5 vs. %77,1) gibi klasik Still bulguları daha az görülmüştür. Buna karşılık, sitopeniler son derece belirgindir: anemi %87,5, lökopeni %50, trombositopeni %100 oranında saptanmıştır. Ferritin düzeyleri de HLH grubunda anlamlı şekilde daha yüksektir (9445 vs. 917 ng/mL). ROC analizi ile ferritin için yaklaşık 7000 ng/mL eşiği, HLH ile Still hastalığını ayırmada en iyi duyarlılık ve özgüllüğü sağlamıştır.

Sonuç: Çalışma, PRF1 A91V varyantının klinik önemini aydınlatmaya katkıda bulunmaktadır. Bulgular, özellikle erişkin yaşta başlayan hiperenflamatuvar sendromlarda ferritin ≥7000 ng/mL ve eşlik eden sitopenilerin varlığının ailesel HLH lehine güçlü uyarıcı özellikler olduğunu göstermektedir. Bu veriler, erken dönemde genetik testlerin yapılmasını ve hedeflenmiş immünmodülatör tedavi stratejilerinin planlanmasını kolaylaştırabilir.

Anahtar Kelimeler: Hemofagositik lenfohistiyositoz (HLH), hiperferritinemi, makrofaj aktivasyon sendromu (MAS), perforin mutasyonu, PRF1 A91V, Still hastalığı

Clinical and Laboratory Comparison Between PRF1-Mutated HLH and Still's Disease Cases

Variables	Cases with Perforin Mutation (n:22)	Matched Still Cases (n:44)	P values
Age	20.5	32.5	0.02
Female	12 (54.5)	26 (59.1)	0.45
Clinical Findings			
Fever	7 (70)	42 (100)	0.004
Hepatomegaly	1 (12.5)	1 (2.8)	0.33
Splenomegaly	3 (37.5)	9 (25)	0.37
Lympadenopathy	3 (%37.5)	27 (77.1)	0.04
Rash	3 (%37.5)	35 (85.4)	0.009
Arthritis	0	18 (43.9)	
Serositis	2 (25)	8 (19.5)	0.52
CNS findings	4 (18.2)	0	
LAB Findings			
Anemia	7 (87.5)	6 (15.4)	<0.001
Leucopenia	4 (50)	2 (5.1)	0.005
Leucocytosis	1 (12.5)	27 (69.2)	0.005
Thrombocytopenia	8 (100)	2 (5.1)	<0.001
Thrombocytosis	0	2 (5.1)	0.68
Ferritin (median , 25p-75p)	9445 (1032 - 17846)	917 (234 - 3244)	<0.001

Predictors of Perforin Mutation in HLH: Regression Analysis of Diagnostic Indicators

Parameters	Univariate OR	p	Multivariate OR	p
Age	0.94 (0.89 - 0.98)	0.01		
Hepatomegaly	15.55 (1.54 - 156.7)	0.02	0.46 (0.01 - 20.9)	0.69
Splenomegaly	3.5 (0.92 - 13.18)	0.06		
Lympadenopathy	0.13 (0.03 - 0.54)	0.05	0.59 (0.003-1.01)	0.05
Rash	0.05 (0.011 - 0.24)	<0.001	0.026 (0.001 - 0.52)	0.01
Serositis	0.75 (0.13 - 4.07)	0.72		
Anemia (Hb<10g/dL)	8.8 (2.13 - 36.26)	0.003	31.99 (1.4 - 729.3)	0.03
Leucopenia	8.22 (1.29 - 52.14)	0.02		
Leucocytosis	0.03 (0.004-0.318)	0.03		
Thrombocytopenia	222 (18.4 - 2670.1)	<0.001		
Ferritin >7.000	14.67 (3 - 71.68)6)	<0.001	16.15 (1.02 - 279.33)	0.04

Şekil 1.

[PS-162]

Kikuchi Fujimato sendromu ve sistemik lupus eritematoz birlikteliği olan olgu

Anıl Göçer, Gözde Yıldırım Çetin, Fatih Yıldız

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

Amaç: Kikuchi-Fujimoto Sendromu (KFS), genellikle genç kadınlarda görülen, kendini sınırlayan, benign seyirli nekrotizan lenfadenit ile karakterize nadir bir hastalıktır. Sistemik Lupus Eritematozus (SLE) ile olan birlikteliği oldukça nadirdir ancak her iki hastalık da immün sistem disfonksiyonu ile ilişkilidir. Bu sunumda, KFS ve SLE birlikteliği olan nadir bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: Balgam, öksürük, halsizlik şikayeti ile gittiği dış merkezde üst solunum yolu enfeksiyonu düşünülerek antibiyotik tedavisi başlanmış. Şikayetleri geçmeyince göğüs hastalıklarına başvurmuş. Tetkiklerinde pansitopeni saptanması üzerine Hematoloji servisine yatırılmış. Kemik iliği biyopsisi yapılmış, atipik hücre görülmemiş. B12 tedavisi ile taburcu edilmiş. Hastada donukluk, yakınlarını tanımama, yer-zaman oryantasyonunda bozulma başlamış. Aynı merkezde Nöroloji servisinde yatırılarak lomber ponksiyon yapılmış. Kültürde bakteri üremesi olmamış, tüberküloz (ARB ve kültür negatif) ve atipik hücre saptanmamış. Tetkiklerinde: ANA ++ (granüler), Anti-Smith D1 +3, Anti Sm/RNP +++, Anti-SSA +++ ve Anti-ribozomal P Protein, Anti-Histon, Anti-dsDNA negatif gelmiş. Hasta merkezimize başvurdu ve Romatoloji kliniğine yatışı yapıldı. Tetkiklerinde; CRP: 147 mg/dL, ESH: 127 mm/saat, Ferritin: 1701 ng/mL, lökosit: 2,43 mcL, lenfosit 0,30 mcL, hemoglobin 7,8 g/dL, trombosit 80 mcL idi. FM'de; aksiller, servikal, submandibular, supraklavikular bölgelerinde LAP saptandı. Yaygın eklem ağrısı olan hastanın artriti yoktu. Batın USG'de karaciğer ve dalak boyutları normaldi. Klinik ve laboratuvar bulgularla birlikte SLE tanısı konuldu. Hastaya 250 mg metilprednizolon üç gün verilip doz düşülerek devam edildi. Sonrasında hidroksiklorokin tedavisi eklendi. Hastaya hematoloji kemik iliği biyopsisi önerdi, hasta kabul etmedi. Hastanın bilinci konfüze idi ve yer-zaman oryantasyonu bozuktu. Nöroloji LP tekrarı önerdi hasta kabul etmedi. Beyin omurilik sıvısında (BOS) orta yoğun PMNL görüldü, kültüründe üreme olmadı. Menenjit Multipleks PCR testinde herhangi bir ajanın genetik materyaline rastlanmadı. BOS proteini 51 mg/dL (15-45 mg/dL), BOS glukozu ve klorürü normaldi. Kan kültürü üreme olmadı. Beyin MR'ı Bilateral frontoparietal lob derin beyaz cevherde frontal ve oksipital horn komşuluklarında daha belirgin olmak üzere milimetrik boyutta T2 FLAIR serilerde non spesifik hiperintens lezyonlar izlendi ancak kontrastlanma izlenmedi. Difüzyon MR'ı Solda bazal gangliyonlar düzeyde, talamus santralateral düzeyde milimetrik boyutta aşikar difüzyon katsayısında (ADC) silik sınırlı karşılığı izlenen fokal diffüzyon kısıtlılığı izlendi. Genel Cerrahi tarafından supraklavikular LAP biyopsi alındı. Hastanın patoloji raporu "Nekrotizan Histiyositik Lenfadenopati (Kikuchi Fujimato)" olarak raporlandı. Hasta hidroksiklorokin ve metilprednizolon tedavisinin devamı ile taburcu edildi. Romatoloji ve Hematoloji kontrolü önerildi.

Sonuç: KFS, SLE'nin ilk belirtisi olabilir ya da SLE ile eş zamanlı olarak ortaya çıkabilir. Erken tanı, komplikasyonların önlenmesi ve uygun immünosüpresif tedavinin başlanması açısından kritiktir. Klinik olarak benzerlik gösteren bu iki hastalığın ayırıcı tanısı, multidisipliner yaklaşım ve dikkatli takip gerektirir.

Anahtar Kelimeler: Kikuchi Fujimato, lenfadenopati, sistemik lupus eritematozis

[PS-163]

Granülomatozis ile polianjitte kavite seyri: çevresel ve klinik belirleyiciler

İbrahim Yahya Çakır[1], Ertuğrul Çağrı Bölek[1], Hakan Efe Karaca[2], Rıza Can Kardaş[3], İbrahim Karaduman[1], Esma Eseroğlu[1], Burak Karakaya[1], Rahime Duran[1], Hamit Küçük[1], Abdulsamet Erden[1], Mehmet Akif Öztürk[1], Abdurrahman Tufan[1]

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

[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

[3]Yozgat Şehir Hastanesi, Yozgat

Amaç: Granülomatoz polianjit (GPA), sıklıkla akciğerleri etkileyen nadir fakat potansiyel olarak yaşamı tehdit eden nekrotizan bir primer sistemik vaskülittir. Akciğer tutulumunun heterojen spektrumu içinde kaviteleşen lezyonların klinik seyir ve prognoz üzerindeki etkisi tam olarak açıklığa kavuşmamıştır. Kaviteleşme, hem hastalık aktivitesini hem de enfeksiyon ve komplikasyon riskini artırabilmektedir. Bu çalışmada GPA olan hastalarda kavite varlığı ve özelliklerinin ile seyrinin sistematik olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Gazi Üniversitesi, İç Hastalıkları ABD Romatoloji BD kliniğinde 01.01.2014 - 01.09.2025 yılları arasında takip edilmiş n=186 sayıdaki ANCA ilişkili vaskülit tanısı olan hastadan n=138 tane GPA tanılı hasta akciğer tutulumları ve ilgili radyolojik bulguları açısından değerlendirildi. n=80 sayıda akciğer tutulumu olan hastadan en az bir kez kavite saptanmış n=35 tane hasta çalışmaya dahil edildi. Enfeksiyona ve diğer sebeplere bağlı kaviter akciğer hastalığı olan olgular çalışma dışı bırakıldı. Çalışma grubu takip sürecinde kavitesi kaybolanlar (Grup 1), takipte kavite oluşanlar (Grup 2) ve kavitesi devam edenler (Grup 3) olarak sınıflandırıldı. Klinik, laboratuvar ve radyolojik özellikler; yaş, cinsiyet, sigara öyküsü, eşlik eden akciğer bulguları (nodül, infiltrasyon, kitle), ANCA pozitifliği, ESR, CRP, immünoglobulin düzeyleri, diğer organ tutulumları ve BVAS skorları açısından karşılaştırılmıştır. Tedavi sırasında kullanılan immünosupresif ilaçlar (siklofosfamid, rituksimab, azatioprin, mikofenolat mofetil, metotreksat) kaydedilmiştir.

Bulgular: Kaviter akciğer tutulumu olan ve olmayan hastalar arasında yaş, cinsiyet ve sigara kullanımı açısından anlamlı fark saptanmadı. Tanı anında, kavite varlığında nodül (%57,1) ve infiltrasyon (%51,4) sıklıkta izlenmesine karşın kavitesiz hasta grubunda infiltrasyon sıklığı kaviteli grubu kıyasla hafifçe yüksek (%73,3; p=0,06) izlendi. Laboratuvar bulgularında ANCA pozitifliği ve anti-PR3 titresinde gruplar arasında anlamlı fark yoktu. Takipte kavitesi kaybolan hastalar (Grup 1) ile kavitesi devam eden hastalar (Grup 3) karşılaştırıldığında; Grup 3'de ESR (ortanca 77,0'e karşın 104,0; p=0,48) ve CRP (ortanca 47,1'e karşın 90,2; p=0,49) düzeyleri daha düşük, BVAS skorları ise daha belirgin şekilde artmış (ortanca 13,5'e karşın 9,0; p=0,06) bulundu. Benzer şekilde Grup3'de Grup1'e kıyasla sigara kullanımının (%83,3'e karşın %36,4; p=…) daha fazla olduğu görüldü. Kohorttaki tüm kavitelerin %58,9'u üst loblarda yerleşmiş olup, en sık sağ üst (%32,4) ve sol üst (%26,5) loblarda izlendi. Bununla birlikte, takipte kavite gelişen Grup 2'de kavite lokalizasyonu diğer gruplardan farklı olarak daha sık sağ orta lobda izlendi (%60; Grup 1: %8,3, Grup 3: %0; p=0,01). Kullanılan tedavi ajanlarının dağılımı gruplar arasında benzerdi. Sigara kullanımı (OR=0,05, p=0,007), akciğer tutulumunda nodül varlığı (OR=11,3, p=0,004) ve böbrek tutulumu (OR=0,25, p=0,066) univaryant analizlerde Grup 1 ile ilişkili bulundu; ancak multivaryant analizde sırasıyla OR=0,12 (p=0,09), OR=11,1 (p=0,05) ve OR=0,12 (p=0,07) değerleri elde edilmesine rağmen değişkenler istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

Sonuç: Kavite varlığında nodül ve infiltrasyon sıklığı yüksek olmasına karşın gruplar arasında farklılık izlenmemiştir. Takipte kavitesi devam eden hastaların görece daha düşük enflamatuvar belirteçlere (ESR, CRP) sahip olsalar da daha yüksek BVAS skorları, bu alt grubun daha aktif ve dirençli bir hastalık fenotipine işaret edebilir. Ayrıca, kavitesi devam eden grupta sigara kullanım sıklığının belirgin yüksekliği, sigaranın hem kavite oluşumu hem de devamı üzerinde olası bir risk faktörü olabileceğini düşündürmektedir.
Anahtar Kelimeler: Granülomatoz polianjit, enflamasyon belirteçleri, kaviter akciğer tutulumu, prognoz, sigara kullanımı, vaskülit

[PS-164]

M694V homozigot Ailesel Akdeniz ateş tanılı hastada gelişen fokal segmental glomerüloskleroz

Ebru Atalar, Şerife Çoşkun Sağırkaya

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Ailesel Akdeniz ateşi (AAA) MEFV geninde mutasyon sonucu ortaya çıkan poliserozit atakları ile karakterize, Türkler, Araplar, Ermeniler ve Yahudilerde sık olarak görülen otoenflamatuvar bir hastalıktır. Hastalığın tipik böbrek tutulumu amiloidozdur. Nadiren amiloidoz dışı böbrek tutulumları da görülebilir. Burada M694V homozigot mutasyonu olan, düzenli kolşisin kullanmayan, proteinüri nedeni ile yapılan böbrek biyopsisi ile fokal segmental glomerüloskleroz tanısı alan nadir bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: Otuz dokuz yaşında erkek hasta romatoloji polikliniğe halsizlik yorgunluk, son 6 aydır sıklaşan karın ağrısı, ateş atakları şikayeti ile başvurdu. Hastanın 15 yaşında FMF tanısı aldığı, aile öyküsünün mevcut olduğu, son 10 yıldır kolşisini düzenli kullanmadığı, poliklinik kontrollerine gitmediği, uzun süredir kan, idrar tetkiki yaptırmadığı öğrenildi. Son atağın 2 hafta önce olduğunu belirtti. Yapılan tetkiklerde akut faz yüksekliği (CRP: 25 mg/dL, ESH: 71 mm/saat) saptandı. Kreatinin 1 mg/dL, eGFR 95 mL/dak/1.73 m^2, ALT 28 U/L, MEFV mutasyonu M694V homozigot olarak saptandı. İdrar tetkikinde 8 eritrosit, 3 lökosit, proteinüri (strip ile 3+), 24 saatlik idrar tetkikinde 3290 mg/gün protein olduğu görüldü. Hastaya kolsisin tedavisi başlandı. Kolşisin 2 mg/gün ile ataklar kontrol altına alındı, akut faz geriledi. Proteinüri nedeni ile böbrek biyopsisi yapıldı. Amiloidoz saptanmadı, Kongo boyası negatif olarak sonuçlandı, mezengial hücre artışı ve segmental skleroz saptandı. Fokal segmental glomerüloskleroz nedeni ile hasta nefroloji ile ortak değerlendirilerek ramipril 10 mg/gün, prednol 48 mg/gün, dapagliflozin 10 mg/gün başlandı. Takiplerinde steroid dozu tedricen azaltıldı ve kesildi. Hastanın izleminde proteinüri geriledi. Hastaya ilaçlarını düzenli kullanması ve takiplerin önemi anlatıldı. Hastanın izlemine romatoloji ve nefroloji kliniklerinde devam edilmektedir.

Sonuç: AA amiloidoz kronik veya tekrarlayan enflamasyon sonucu amiloid A proteininde artışın bir komplikasyonu olarak gelişir. Ülkemizde ailesel Akdeniz ateşi (AAA) AA amiloidozun en sık nedenini oluşturmaktadır. Erkek cinsiyet, aile öyküsü ve homozigot M694V mutasyonunun şiddetli hastalık ve amiloidoz gelişimi ile ilişkili olduğuna dair veriler mevcuttur. AAA hastalarının takibi sırasında idrar tetkiki dikkatli olarak değerlendirilmelidir. Proteinüri saptanması durumunda amiloidoz ön planda düşünülmeli fakat amiloid dışı böbrek kaynaklı diğer nedenler de göz ardı edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: Ailesel Akdeniz ateşi, böbrek tutulumu, amiloidoz

[PS-165]

İntersitisyel akciğer hastalığı olan diffüz sistemik skleroz hastasında antienflamatuvar ve antifibrotik kombinasyon tedavisi olgusu

Kenan Orhanlı, Hacer Gözde Gül Elgül, Muhammed Ekrem Karakaya, Veli Yazısız, Mustafa Ender Terzioğlu

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya

Amaç: Sistemik skleroz tipik olarak cildi etkileyen, farklı derecelerde iç organ tutulumu olan, ilerleyici fibrozis ile karakterize bir otoimmün bağ dokusu hastalığıdır. Çoğunlukla genç ve orta yaşlı kadınları etkileyip orantısız morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. Günümüzde sistemik sklerozlu hastalar arasında en yaygın ölüm nedeni interstisyel akciğer hastalığı olup, %30'a varan bir prevalans ve %40'a varan 10 yıllık mortalite oranına sahiptir.

Olgu: Elli yedi yaş kadın 2016 yılında dış merkeze 3 yıldır mevcut kuru öksürük, yürürken nefes almakta zorlanma ve ellerde morarma nedeniyle başvurmuş. Tetkiklerinde ANA:1/100 homojen nükleolar, ENA panelinde scl-70 pozitifliği olması nedeniyle diffüz sistemik skleroz kabul edilip mikofenalat mofetil (MMF) 2x1 gr (günde) ve siklofosfamid 1x1000 mg (ayda) başlanmış. Siklofosfamid tedavisini 6 kür alan hasta 2018'de nefes darlığında artış, sag el 2. ve 3. parmak uç kısımlarda açık yaraları nedeniyle tarafımıza başvurdu. Modifiye rodnan deri skoru 11 olan hasta fizik muayenesinde akciğerde dinlemekle bilateral bazalde ralleri, sağ el ikinci ve üçüncü parmak distalinde dijital ülserleri vardı. Solunum fonksiyon testlerinde FVC: %60, DLCO: %58 idi. Transtorasik EKO'da hesaplanan PAB: 39 mmhg ve sağ boşluklarda genişleme yoktu. Yüksek çözünürlüklü bilgisayar tomografisinde her iki akciğer üst - orta ve alt loblarda, ağırlıklı olarak alt lobları tutan periferik yerleşimli interlobüler septal kalınlaşmalar, retiküler görünümler ve bazallerde daha belirgin yer yer eşlik eden buzlu cam atenüasyon artışları ile birlikte NSİP patterni mevcuttu. Beş günlük ilioprost infüzyonu ardından tedavisine bosentan 1x62.5 mg, nifedipin 2x30 mg, asa 1x100 mg, pentoksifilin 2x600 mg eklendi. Takipleri sırasında akciğer görüntülemesinde buzlu cam alanları ve fibrotik patternin artması nedeniyle 2019 da rtx 2x1 gr ve nintedanib 1x150 mg başlandı. Toplamda 4 siklus rtx alan hasta farklı yerlere gittiğinden 1 yıl kadar rtx devam edilmemişti. Bu sırada doz artısını tolerede edemediğinden kesintisiz nintedanib 1x150 mg kullanmaya devam etmiş. 2023 yılında tarafımıza nefes darlığında ve öksürükte artış nedeniyle başvurmuş. Fizyolojik solunum parametrelerinde (FVC: %48) düşüş olan hastanın tedavisine tosilimuzab eklenmiş ve nintedanib ile kombine kullanmaya devam etmiştir. Hastanın takiplerinde klinik ve solunum fizyolojik parametrelerinde stabilite devam etmiştir.

Sonuç: Erken antienflamatuvar ve gerekli hastalarda antifibrotik kombinasyonun sistemik skleroz hasta grubu için önemli bir klinik yaklaşımdır.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, intersitisyel akciğer hastalığı, tosilimuzab, nintedanib

[PS-166]

Pediatrik SLE'de tanıya yardımcı derin öğrenme tabanlı kapalı döngü yapay zeka modeli Morgaf'ın erişkin SLE tanısındaki performansı: Tek merkezli doğrulama çalışması

Emil Aliyev[1], Elif Akyazı Şener[2], Hakan Babaoğlu[2]

[1]Özel Koru Ankara Hastanesi, Çocuk Romatoloji Ünitesi, Ankara; SEMBA Bilişim Ltd. Şti., Ankara

[2]T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

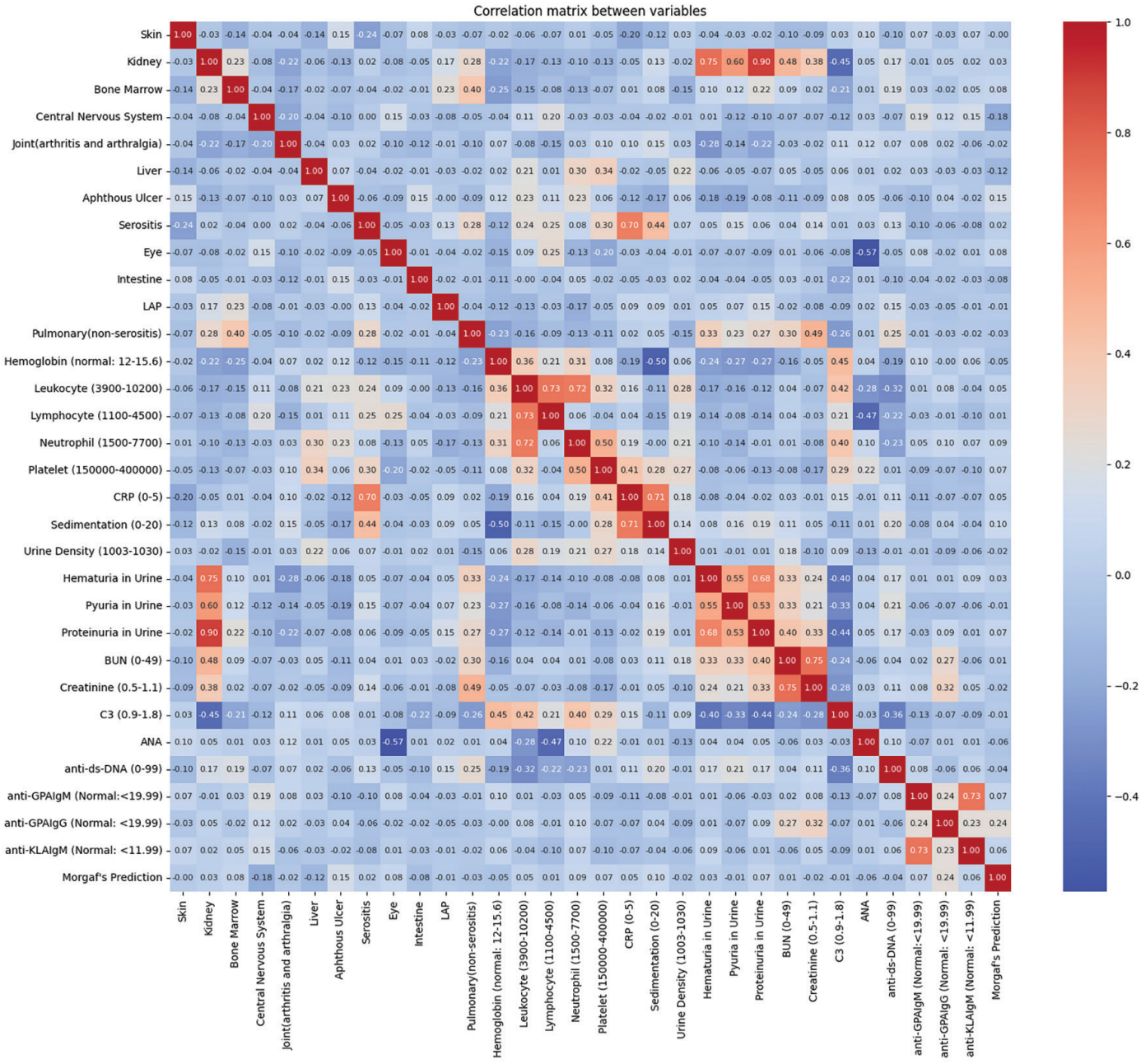
Amaç: Sistemik Lupus Eritematozus (SLE), çoklu organ tutulumu ve otoantikorlarla karakterize kronik otoimmün bir hastalıktır ve klinik uygulamada tanı koymada ciddi gecikmelere bağlı komorbiditede artış, maddi ve manevi kayıplara neden olmaktadır. Çalışmamız, pediatrik SLE hastalarına tanı koymaya endeksli, patentli (TURKPATENT: 2025-GE-577294), kapalı devre bilgisayar tabanlı yapay zeka (YZ) modeli olan Morgaf'ın erişkin SLE hastalarındaki tanı performansını ve yaş bağımsız faydasını değerlendirmeyi amaçlamıştır.

Yöntem: Morgaf geliştirmek için Python® yazılım dili ve Tensorflow® YZ kütüphanesi tercih edilmiştir. Modelin erişkin SLE hastalarındaki tanı performansını değerlendirmek için Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Erişkin Romatoloji Bilim Dalı Polikliniklerinde takipli, 2012 SLICC ve 2019 ACR kriterlerine göre kesin tanı SLE hasta verileri, tam anonimleştirilmiş bir şekilde Morgaf'a sunuldu. Morgaf her veriyi işlerken önceki girdileri hatırlayan ve böylece hata oranlarını düşüren "Tekrarlayan Sinir Ağı" (RNN) modelini kullanır. Karıştırıcı faktörleri fazla olan SLE gibi hastalıkların tanısında daha net çıkarımlarda bulunmasına yardımcı olabileceğini bildiğimizden 1024 nöronlu 12 katmanlı patentlenmiş Morgaf-RNN tercih ettik. Erişkin SLE hastalarının verileri Morgaf'ın anlayabileceği şekilde dijitalleştirildi. Model'e 126 hastanın toplam 5040 noktasal verileri girdi olarak sunuldu. Model, 0,002 saniyeye çıktı üretti. Hata oranı pediatrik SLE değerlendirmesine benzer, yani 0,091 idi. SLE'nin etalon tanılara göre değerlendirilmesi tek sıralı Wilcoxon testi ile değerlendirildi. Erişkin SLE hastalarının hangi verilerinin Morgaf'ın tahmin etmesine olan etkisi Pyhton-3-Colab ile korelasyon matriksli ısı haritası oluşturularak görselleştirildi (Şekil 1).

Bulgular: Morgaf, ≥%70 değerleri pSLE'nin kesin tanısı olarak kabul etmişti ve tahmin cut-off'u sabitlenmişti. Sunulan 126 erişkin SLE hastalarından sadece birini hatalı tanıyarak tahmin başarısı ortanca %83,54 (IQR: 13,77%) olarak sonuçlandı. Morgaf, hastaların SLE tanısını, etalon tanı klozuna göre %99,19 oranda doğru tahmin etti. Santral sinir sistemi ve karaciğer tutulumu güçlü etkili ve istatistiksel anlamlı, lökosit, lenfosit, nötrofil ve anti-GPAIgG değerleri ise zayıf etkili, istatistiksel anlamlı şekilde Morgaf'ın tanı tahmininde rol alan değişkenler oldu (Tablo 1).

Sonuç: Çalışmamız, pSLE için bir tanı aracı olarak geliştirilen ve faydalı model tescili bulunan YZ modeli Morgaf'ın erişkin SLE hastalarında tanı koyma performansını değerlendiren alanyazında ilk çalışmadır. Ayrıca pediatrik popülasyona uyarlanan bir YZ modelinin erişkin popülasyonda da başarılı sonuç vermesi açısından literatüre değerli katkıda bulunmaktadır. Bu çalışma ile Morgaf'ın tüm yaş gruplarında SLE tanısı koymaya klinisyenlere yardımcı olabileceğini gösterdik. Modelin daha geniş kohortlarda, gerçek zamanlı hasta verileri ile SLE tanısındaki performansının değerlendirilmesini öneriyoruz.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, yapay zeka, derin öğrenme, tanı



Şekil 1. Morgaf'ın SLE hastalarının klinik bulguları ile korelasyon matriksli ısı haritası ilişkisi, Morgaf TURKPATENT tarafından Faydalı Model kategorisinde Dr. Öğretim Üyesi Emil Aliyev adına 2025/012743 numaralı "Closed Circuit Artificial Intelligence Model named Morgaf for Childhood Onset Systemic Lupus Erythematosus Diagnosis" buluş başlığı ile 04/09/2035 yılına kadar tescillenmiştir

Tablo 1. Morgaf'ın çok katmanlı lojistik regresyon analizi ile kararına en çok etki eden SLE parametrelerinin istatisksel sonuçları

Klinik ve laboratuvar bulgular	Çok katmanlı lojistik regresyon parametre katsayısı	p değeri
Santral sinir sistemi tutulumu	-0,126	0,002
Karaciğer tutulumu	-0,181	0,032
Lökosit mutlak sayısı	-0,012	0,039
Lenfosit mutlak sayısı	0,002	0,036
Nötrofil mutlak sayısı	0,006	0,033
Anti-Glikoprotein IgG düzeyi	0,011	0,005

[PS-167]

VEXAS sendromu için klinik, genetik ve patolojik değerlendirme: tek merkezli çalışma

Dilan Çöçelli Sürer[1], Orhan Zengin[2], Fatih Albayrak[2], Gülper Nacarkahya[3], Fusün Tuşgül[3]

[1]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep

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

[3]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, Gaziantep

Amaç: VEXAS sendromu (vakuoller, E1 enzimi, X'e bağlı otoenflamatuvar, somatik), UBA1 genindeki somatik mutasyonlara bağlı olarak ortaya çıkan, erişkin yaşta başlayan, sistemik enflamasyon ve hematolojik anormalliklerle seyreden nadir bir otoenflamatuvar hastalıktır. Bu çalışmada VEXAS sendromunun klinik, genetik ve patolojik özelliklerini değerlendirmek, tanısına yönelik farkındalık oluşturmak ve multidisipliner tanı-tedavi süreçlerine katkı sağlamak amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde retrospektif ve kesitsel olarak yürütülmüştür. Elli yaş üzeri erkek hastalar arasından, romatoloji ve hematoloji kliniklerine başvuran toplam 7.916 erkek hasta taranmıştır. Klinik semptomlar, laboratuvar bulguları ve genetik analizler doğrultusunda değerlendirilmiştir. Toplamda 112 adet Vexas sendromu açısından şüpheli hasta saptanmıştır. Maeda ve ark. tarafından önerilen skorlama sistemi kullanılarak yüksek (n=71) ve düşük (n=41) riskli hasta grupları belirlenmiştir. Yaşayan takipli 40 hastadan UBA1 gen mutasyonu analizi Sanger dizileme yöntemiyle yapılmıştır. Kemik iliği biyopsi yapılmış 63 hastanın preperatları vakuol varlığı açısından tekrar değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde Student t-testi, Mann-Whitney U testi, ki-kare testi ve Log-rank testi kullanılmış; $p<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışma sonucunda toplamda 3 hastada kemik iliğinde vakuol saptanmış ve bu hastalardan 2 tanesinde eksitus olduğundan 1 hastada UBA 1 gen analizi yapılmış ve pozitiflik saptanmıştır. Bu 3 hasta da yüksek riskli grupta tespit edilmiştir. Yüksek riskli hasta grubunda miyelodisplastik sendrom (%79,7 vs %50,0; p=0,001), pulmoner infiltrasyon (%83,8 vs %55,3; p=0,001), artrit (%36,5 vs %13,2; p=0,010), ateş (%89,2 vs %39,5; p=0,001) ve kilo kaybı (%70,3 vs %26,3; p=0,001) düşük riskli gruba kıyasla anlamlı derecede daha sık görülmüştür (p=0,001). Risk skoru ortalaması yüksek riskli grupta 3,23±1,07, düşük riskli grupta 2,42±1,18 olarak bulunmuştur (p=0,001).

Sonuç: Çalışmamızda VEXAS sendromu şüphesiyle dahil edilen tüm hastaların yaş ortalaması 72,11±8,52 bulunmuştur. Ayrıca hastaların çoğunlukla akut faz reaktanlarının yüksek ve anemik, yaklaşık 1/3'nün makrositer anemisi olduğu saptanmıştır. Alt grup analizlerinde yüksek riskli hasta grubunda miyelodisplastik sendrom, pulmoner infiltrasyon, artrit, ateş ve kilo kaybı düşük riskli gruba kıyasla anlamlı derecede daha sık görülmüştür. Yüksek riskli grupta kemik iliği değerlendirmesinde 3 hastada vakuol saptanmıştır ve bunlardan 1 tanesinde genetik analiz sonucunda UBA 1 mutasyonu saptanarak tanı doğrulanmıştır. Diğer iki hasta muhtemel hastalık adayı olarak kalmıştır. Sonuç olarak 50 yaş üzeri, makrositik anemi, sistemik enflamasyon, tekrarlayan ateş ve diğer bulgular varlığında Vexas sendromu akla gelmeli ve risk skoru 3-5 arasında (yüksek) olan hastalarda UBA1 gen mutasyonu analizi ile tanısal süreç ilerletilmelidir. Multidisipliner farkındalığın artırılması ve erken dönemde genetik testlerin rutin değerlendirmelere dahil edilmesi, tanı ve tedavi süreçlerinin etkinliği açısından büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: VEXAS sendromu, UBA1 gen mutasyonu, otoenflamatuvar hastalık, miyelodisplastik sendrom

[PS-168]

Topuk ağrısının ardındaki sıradışı tanı: Werner sendromu

Ayşe Tuğçenur Temiz Gençoğlu[1], Emine Sarıyıldız[1], Elifcan Taşdelen[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Tıbbi Genetik Kliniği, Ankara

Amaç: Topuk ve ayak ağrısı, romatoloji pratiğinde en sık karşılaşılan yakınmalardan biridir. Genellikle mekanik nedenler, plantar fasiit, enflamatuvar artritler veya entezopati ile ilişkilendirilir. Ancak bazı durumlarda bu sıradan şikayetler, altta yatan nadir genetik sendromların ilk ipucu olabilir. Werner sendromu, DNA helikaz enzimindeki mutasyon sonucu ortaya çıkan, "Erişkin Tipi Progeria" olarak da bilinen nadir bir otozomal resesif hastalıktır. Klinik bulguları arasında erken yaşta katarakt, endokrin bozukluklar, deri ve iskelet sistemi anomalileri, ayrıca malignite ve kardiyovasküler hastalıklara yatkınlık yer alır. Burada, topuk ağrısı şikayeti ile romatolojiye başvuran ve Werner sendromu tanısı alan genç bir erkek olguyu sunuyoruz.

Olgu: Yirmi bir yaş erkek hasta dahiliye hekimi tarafından yaklaşık 6 aydır olan her iki ayak, topuk ağrısı şikayeti ile tarafımıza yönlendirildi. Hastaya dahiliye başvurusunda yeni tanı hipotroidi olarak değerlendirilerek levotiroksin başlanmıştı. Sistem sorgulamasında sabah tutukluğu, bel kalça ağrısı veya ek spondiloartropati düşündüren semptom ve ailede romatizmal hastalık öyküsü yoktu. Tarafımızca yapılan muayenede eklem deformitesi yoktu, eklem hareket açıklıkları doğaldı. Hastanın muayene sırasında bilateral pes planus valgusu saptandı, mikrosefalisi mevcuttu. Kemik yapıları normal yaşıtlarına göre ince olduğu görüldü. Anamnezi derinleştirildiğinde hastanın yaklaşık bir ay önce katarakt nedeni ile operasyon öyküsü olduğu görüldü. Ön planda romatolojik patoloji düşünülmeyen hasta genetik ve çocuk metabolizma görüşü alınması üzerine yönlendirildi. Okuma-yazmayı birinci sınıfta öğrendiği ancak öğrenme güçlüğü nedeni ile 1,5 sene özel eğitim aldığı öğrenildi. Hastanın genetik bölümü tarafından istenen gen analizinde *WRN* geninde varyant saptanması üzerine WERNER Sendromu ve yine tetkiklerinde ek olarak hipogonadizm saptanması üzerine bakılan ek genetik incelemesinde Mozaik Kleinfelter Sendromu tanısı alarak ilgili bölümlerce takibe alındı.

Sonuç: Werner sendromu genellikle endokrinoloji, göz hastalıkları veya onkoloji pratiğinde tanı alan, son derece nadir görülen bir genetik hastalıktır. Ancak bizim olgumuzda ilk başvuru nedeni romatoloji polikliniğinde sık karşılaşılan topuk ağrısı olmuştur. Bu durum, sık rastlanan kas-iskelet sistemi yakınmalarının ardında beklenmedik ve nadir hastalıkların bulunabileceğini göstermektedir. Literatürde romatoloji pratiğinde Werner sendromu tanısı alan olguların son derece sınırlı olması, bu olguyu değerli kılmaktadır. Ayrıca, olgumuz genç yaşta katarakt operasyonu, hipotiroidi ve öğrenme güçlüğü öyküsü ile sendromun tipik özelliklerini taşımaktadır. Bu yönüyle, romatoloji pratiğinde sıradan şikayetlerin ardında genetik hastalıkların da yer alabileceğini hatırlatması açısından dikkat çekici bir katkı sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Topuk ağrısı, Werner sendromu, hipotroidi

[PS-169]

Granülomatozis polianjitis hastalarında ANCA varlığının ve alt tipinin klinik bulgular ve hastalığın akibeti üzerine etkisi

Emine Uslu[1], Fatih Mehmet Doğan[2], Zehra Karaman Ongun[1], Didem Şahin[3], Serdar Sezer[1], Müçteba Enes Yayla[1], Duygu Tecer[2], Muhammet Çınar[2], Tahsin Murat Turgay[1], Sedat Yılmaz[2], Aşkın Ateş[1]

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

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[3]Charité – Berlin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji, Enfeksiyon Hastalıkları ve Romatoloji Bölümü, Benjamin Franklin Kampüsü, Berlin, Almanya

Amaç: Granülomatozis polianjitis (GPA), ANCA ilişkili vaskülitlerin en sık görülen alt tipidir. Son zamanlarda yapılan çalışmalar, ANCA varlığı ve alt tipinin hastalığın başlangıcı, hastalık seyri ve tedaviye yanıt açısından farklılıklar ile ilişkili olabileceğini göstermektedir. Çalışmada amacımız GPA tanısı alan hastalarda ANCA varlığının ve alt tipinin GPA'nın klinik özellikleri ve hastalığın akibeti üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

Yöntem: 2010-2025 yılları arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi romatoloji bölümlerine başvuran, 18 yaş üzeri, 2022 ACR/EULAR sınıflandırma kriterlerine göre GPA tanısı konmuş hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalar, ilk başvuru sırasında immünofloresan (IFA) ve/veya ELISA sonuçlarına göre ANCA-pozitif veya ANCA-negatif olarak gruplandırıldı. ANCA-pozitif grup daha sonra tanı sırasında ELISA sonuçlarına göre PR3-GPA ve MPO-GPA olarak alt gruplara ayrıldı.

Bulgular: Yüz altmış GPA hastasından, tanı sırasında ANCA negatifken takipte pozitif hale gelen 6 hasta ve tanı sırasında hem PR3-ANCA hem de MPO-ANCA pozitif olan 2 hasta çalışma dışı bırakıldı, 152 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 46,1 (±15,6) idi ve 80'i (%52,6) erkekti. Tanı anında, 127 (%83,5) hasta ANCA pozitif iken, 25 (%16,5) hastada ANCA negatif idi. Serimizde 94 hastaya biyopsi uygulandı; ANCA negatif ve pozitif gruplar arasında alınan biyopsi sayısında fark yoktu (p=0,253). ANCA negatif ve ANCA pozitif gruplar karşılaştırıldığında, iki grup tanı yaşı ve hastaların cinsiyeti açısından benzerdi (p=0,972 ve p=0,612). Mukokütanöz bulgular, oküler tutulum, pulmoner tutulum ve nörolojik tutulum iki grup arasında farklılık göstermedi (Tablo 1). Subglottik stenoz (SGS) ve üst solunum yolu (ENT) tutulumları ANCA negatif grupta anlamlı olarak daha yüksekti (5 [%20] vs 3 [%2,4] p=0,003 ve 21 [%84] vs 67 [%52,8], p=0,004). ANCA pozitif grupta renal tutulumu, daha sıktı, ancak bu istatistiksel olarak anlamlı değildi (%48,8 vs %28, p=0,056). ANCA negatif grupta sadece bir hasta (%4,2) renal replasman tedavisine (RRT) ihtiyaç duyarken, ANCA pozitif grupta 15 hasta (%12,4) RRT'ye ihtiyaç duydu (p=0,473). Hastalar ANCA alt tipine göre sınıflandırıldığında, ANCA IFA pozitif ancak ELISA sonuçları olmayan 25 hasta ANCA alt grup analizinden çıkarıldı. Sonuç olarak, 9 hasta MPO-GPA, 93 hasta PR3-GPA ve 25 hasta ANCA negatif-GPA olarak sınıflandırıldı. Başlangıç yaşı ve cinsiyet dağılımı açısından 3 grup arasında fark yoktu (sırasıyla p=0,497 ve p=0,328). Renal ve pulmoner tutulum üç grupta benzerdi. ENT

tutulumu, ANCA negatif grupta diğer iki gruba kıyasla anlamlı olarak daha yüksekti; PR3-GPA ve MPO-GPA arasında fark gözlenmedi (ANCA negatif vs PR3-GPA, p=0,003, ANCA negatif vs MPO-GPA, p=0,009 ve PR3-GPA vs MPO-GPA, p=0,488). BVAS, realps oranları, relaps süresi ve mortalite oranları açısından 3 grup arasında fark yoktu (sırasıyla p=0,124, p=0,628, p=0,598 ve p=0,094). Mortalite ANCA negatif GPA'da, ANCA pozitif GPA'ya göre daha sıktı (sırasıyla %32,0 ve %14,2, p=0,042). 5 yıllık sağkalım oranı %85,5 idi. Hayatta kalan grup daha genç yaşta tanı almıştı ve çoğunlukla kadınlardan oluşuyordu (sırasıyla p=0,006 ve p=0,006). Çok değişkenli regresyon analizlerinde, negatif ANCA durumu tüm modellerde mortalite olasılığını artırdı (OR 3,43 [1,18-10,01], p=0,024) (Tablo 2).

Sonuç: Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı retrospektif tasarımdır. Retrospektif tasarım nedeniyle, kayıp veriler mevcuttu ve remisyon sırasında steroid dozları kesin olarak bilinmemektedir. Ek olarak, ANCA-negatif ve MPO-GPA hastalarının sayısı PR3-GPA hastalarına göre oldukça düşüktür.

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

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik özellikleri

	Tüm hastalar n=152	ANCA-negatif n=25	ANCA-pozitif n=127	p
Erkek, n (%)	80 (52,6)	12 (48,0)	68 (53,5)	0,612
Tanı yaşı, mean (SS)	46,1 (15,6)	46,2 (14,6)	46,0 (15,8)	0,972
Sigara, n (%)	41/205 (39,0)	7/21 (33,3)	34/84 (40,5)	0,548
Bazal BVAS, median (IQR)	17,0 (12,5)	13,5 (7,0)	18,0 (13,0)	0,092
Bazal CRP, median (IQR)	80,0 (154,2)	15,4 (81,6)	91,2 (141,9)	0,003
Organ tutulumları				
Eklem tutulumu, n (%)	33 (21,7)	2 (8,0)	31 (24,4)	0,069
Mukokütanöz tutulum, n (%)	36 (23,7)	4 (16,0)	32 (25,2)	0,323
Oküler tutulum, n (%)	27 (17,9)	3 (12,0)	24 (19,0)	0,570
ENT, n (%)	88 (57,9)	21 (84,0)	67 (52,8)	0,004
Renal, n (%)	69 (45,4)	7 (28,0)	62 (48,8)	0,056
Pulmoner, n (%)	80 (52,6)	16 (64,0)	64 (50,4)	0,213
Subglottik stenoz, n (%)	8 (5,3)	5 (20,0)	3 (2,4)	0,003
Sinir sistemi tutulumu, n (%)	17 (11,2)	3 (12,0)	14 (11,0)	>0,99
Santral sinir sistemi, n (%)	3 (2,0)	1 (4,0)	2 (1,6)	0,419
Periferik sinir sistemi, n (%)	14 (9,2)	2 (8,0)	12 (9,4)	>0,99
DVT+PTE birlikteliği, n(%)	5 (3,3)	0 (0)	5 (3,9)	0,592
DVT, n (%)	12 (7,9)	0 (0)	12 (9,4)	0,218
PTE, n (%)	6 (3,9)	0 (0)	6 (4,7)	0,590
CCI, median (IQR)	1 (2)	1 (2)	1 (3)	0,537
Yoğun bakım ihtiyacı, n(%)	14/144 (9,7)	3/25 (12,0)	11/119 (9,2)	0,711
Renal replasman tedavisi, n (%)	16/145 (11,0)	1/24 (4,2)	15/121 (12,4)	0,473
Takip süresi, yıl, median (IQR)	49,0 (85,8)	78,0 (104,5)	47,0 (84,0)	0,889
Relapsa kadar geçen süre, ay, median (IQR)	20,0 (41,8)	23,0 (27,8)	20,0 (50,5)	0,934
Relaps	74/133 (55,6)	12/21 (57,1)	62/112 (55,4)	>0,99
Ölüm	26 (17,1)	8 (32,0)	18 (14,2)	0,042

BVAS: Birmingham vaskülit aktivite skoru, ENT: Üst solunum yolu

Tablo 2. Mortalite ilişkili faktörler

	Model 1*		Model 2*		Model 3*	
	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Erkek cinsiyet	3,67 (1,33-10,13)	**0,012**	7,47 (1,88-29,73)	**0,004**	5,82 (1,40-24,15)	**0,015**
Tanı yaşı	1,03 (0,99-1,07)	0,063	1,04 (0,99-1,09)	0,055	1,05 (1,01-1,10)	**0,038**
Negatif ANCA	3,43 (1,18-10,01)	**0,024**	4,09 (1,07-15,60)	**0,039**	4,65 (1,10-19,63)	**0,036**
Relaps	-	-	5,97 (1,60-22,29)	**0,008**	6,70 (1,59-30,80)	**0,010**
Yoğun Bakım Başvurusu	-	-	-	-	6,43 (1,16-35,84)	**0,034**

*Takip süresine göre düzeltildi.
Kısaltmalar: ANCA: Anti-Neutrophil sitoplazmik antikor

[PS-170]

Behçet sendromunda psödotümör serebri

Emine Eylül Kızkapan, Berçemhan Sulu, Sinem Nihal Esatoğlu, Gülen Hatemi

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

Amaç: Sekonder intrakraniyal hipertansiyona yol açan en sık durumlar arasında obstrüktif uyku apnesi, sistemik lupus eritematozus, kronik böbrek hastalığı ve Behçet hastalığı yer almaktadır. Psödotümör serebri, baş ağrısı ve görme azlığı gibi bulgularla kendini gösterir. Bu olgu sunumunda, Behçet hastalığı ve internal karotid arter (İCA) oklüzyonu bulunan bir hastada gelişen intrakraniyal basınç artışını romatolojik açıdan nasıl ele aldığımızı sunmayı amaçlıyoruz.

Olgu: On beş yıldır oral aft, genital ülser, papülopüstüler lezyonları olan hasta 2022 yılında yeni gelişen alt ekstremite derin ven trombozu ve artrit yakınması ile Behçet Sendromu (BS) tanısı alarak kliniğimizde takibe alındı. Bu dönemde sol yüzde uyuşma, sık düşme, dengesizlik, diplopi, idrar ve gayta inkontinansı yakınması nedeniyle yapılan görüntülemelerinde sol internal karotid arter (İCA) total oklüzyonu tespit edildi. Göz dibi muayenesinde papilödem saptanmadı. Hemogram ve biyokimyasında özellik saptanmadı. Kranital MR ve MR Venografide özellik görülmedi. Nörolojik semptomları ve ICA oklüzyonu hastanın klinik semptomları ile uyumlu olmaması nedeniyle lomber ponksiyon yapıldı. BOS basıncı 38 mmHg olarak ölçüldü ve intrakraniyal basınç artışını azaltmak amacıyla asetozolamid tedavisi başlandı. Psödotümör serebri tetkik açısından yapılan otoimmün panel, kriyoglobulin ve MEFV mutasyonu ile PET/CT dahil görüntüleme ve endokrin tetkiklerinde ek patoloji bulunmadı. Memede düşük malignite riski olan lezyonlar ve KBB muayesinde parotiste lezyon saptandı. Meme lezyon biyopsisi in situ lobüler karsinom ve sağ parotis lezyon biyopsisi pleomorfik adenom ile uyumlu geldi. BOS'dan giden IgG indeks, paraneoplastik panel, nöroimmünoloji ve immünogenetik panel normal olarak sonuçlandı. Bu tetkikler süresince hastanın yakınmaları devam etti ve beraberinde baş ağrısı da eklendi. Tekrarlanan lomber ponksiyonda BOS basıncı yüksek geldi. Hastaya yüksek doz glukokortikoid tedavisi ile beraberinde mikofenolat mofetil başlandı. Yakınmaları gerileyen hastanın glukokortikoid dozu düşülünce semptomları tekrar etti. Memede multifokal lobuler karsinom nedeniyle biyolojik tedavi başlanamayan hastaya onkoloji bilateral mastektomi önerdi, ancak hasta kabul etmedi. Hasta halen asetolozamid, düşük doz glukokortioid ve intrakraniyal basınç artışını azaltmaya yönelik aralıklı lomber ponksiyon ile takip edilmektedir.

Sonuç: Behçet hastalığı, nadir olarak psödotümör serebri kliniği ile başvurabilir. Bu hastalarda her zaman kontrastlı kraniyal MR, MR venografide ve göz muayenesinde intrakraniyal basınç artışına dair bulgu saptanamayabilir. Bu nedenle semptomu ve/veya bulgusu olan hastalarda tanı amacıyla lomber ponksiyon yapılarak intrakranial basınç artışı açısından hastalar değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Behçet, psödotümor, serebri

[PS-171]

Diffuse alveolar hemorrhage in antineutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitis revisited

Samuel Falde[1], Elif Ediboğlu[2], Misbah Baqir[1], Rodrigo Cartin Ceba[3], Fernando Fervanze[4], Ladan Zand[4], Matthew Coster[5], Kenneth Warrington[5], Ulrich Specks[1]

[1]Division of Pulmonary and Critical Care, Department of Medicine, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, USA

[2]Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hatay

[3]Division of Pulmonary and Critical Care, Department of Medicine, Mayo Clinic, Scottsdale, Arizona, USA

[4]Division of Nephrology and Hypertension, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA

[5]Division of Rheumatology, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA

Objective: We sought to characterize the most recent cohort of patients presenting with DAH and AAV and to identify risk factors for respiratory failure and mortality. Second, we compared the outcomes of this recent cohort with those of an earlier cohort. Third, we aimed to investigate the effect of concurrent active renal involvement on outcomes of patients with DAH.

Methods: We performed a retrospective analysis of all consecutive patients with DAH due to AAV presenting at Mayo Clinic sites from January 1, 2013, to August 31, 2022 (recent cohort). Patients who were at least18 years old at the time of DAH presentation, met ACR criteria for GPA and Chapel Hill Consensus definitions for GPA or MPA and had DAH confirmed by bronchoalveolar lavage, were included. We then compared their clinical characteristics and outcomes with those of an earlier AAV cohort of patients diagnosed with DAH between January 1, 2002 and December 31, 2012.

Results: Sixty-eight patients (46% male, mean age [SD] at DAH presentation 61 [17]) met inclusion criteria. Their baseline demographic and clinical features are shown in Table 1. Twenty-one (31%) of these patients experienced respiratory failure (Table 1). SpO2:FiO2 ratio upon initial presentation was independently associated with the development of respiratory failure by multivariate analysis (B: 0.09 CI 95%: 0.01-0.89, p=0.04). The overall survival of these patients was 93% at 3 months and at1 year after the DAH. Age at DAH onset (p=0.048), MPO-ANCA (p=0.029), and SpO2:FiO2 at DAH presentation (p=0.012), were related to mortality by univariate analysis. We could not identify any independent factor related to mortality in patients with DAH by multivariate analysis. Forty-nine patients were included in the earlier cohort, and baseline demographic and clinical features were similar to those of the recent cohort. Thirty-eight patients (56%) in the recent cohort and 27 (55%) in earlier cohort had concurrent active renal involvement. Compared to patients who did not have active renal involvement, a higher disease burden and need for higher level of care was identified, but no statistically significant differences in hospital mortality, 3-months mortality, overall mortality, remission at 6 months, or relapse rate were identified between patients with and without active renal disease.

Conclusion: Hypoxemia at presentation is the most significant predictor of respiratory failure. Over the 11 year period comprising the recent cohort, rituximab has emerged as the most frequently used remission induction agent for patients with DAH and AAV. This was not accompanied by any difference in outcomes. The presence of active renal involvement in patients with DAH had no impact on remission or relapse rates

Keywords: Diffuse alveolary hemorrhage, ANCA associated vasculitis, pulmonary

[PS-172]

Behçet sendromunda JAK inhibitörlerinin etkinliği ve güvenliliği: Sistematik literatür taraması

Berçemhan Sulu[1], Sinem Nihal Esatoğlu[1], İbrahim Hatemi[2], Aykut Ferhat Çelik[2], Gülen Hatemi[1]

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

[2]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı İstanbul, Türkiye

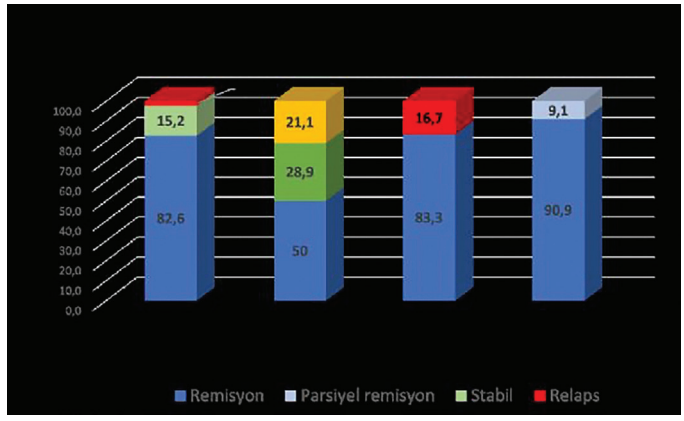
Amaç: Anti-TNF monoklonal antikorlar, Behçet sendromunda (BS) en önemli morbidite ve mortalite nedeni olan majör organ tutulumunun yanı sıra, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen dirençli mukokutanöz ve eklem tutulumunun tedavisinde en sık kullanılan biyolojik ajanlardır. Bununla birlikte, bu ajanlar dışında tüm organ tutulumlarında etkinliği gösterilmiş alternatif bir biyolojik ajan bulunmamaktadır. BS'de JAK sinyal yolaklarının işlevselliğinin gösterilmesi ile birlikte, son dönemde JAK inhibitörleri de tedavide denenmeye başlandı. Biz burada JAK inhibitörlerinin BS'de etkinliğini ve güvenliliğini araştırmak üzere yapmış olduğumuz sistematik literatür taramasının sonuçlarını sunmaktayız.

Yöntem: PubMED, EMBASE ve Cochrane Library'de "Behçet and (JAK OR tofacitinib OR baricitinib OR upadacitinib OR filgotinib OR janus)" anahtar kelimeleri ile herhangi bir kısıtlama yapmadan iki araştırmacı tarafından bağımsız olarak tarama yapıldı. BS nedeni ile JAK inhibitörü başlanmış ve tedavi yanıtına dair sonlanım noktası vermiş olan tüm olgu ve olgu serileri dahil edildi (PROSPERO: CRD420251000172).

Bulgular: Toplamda 306 makaleden 18 makaledeki 92 hasta analize dahil edildi [%52,2 erkek, ortalama yaş: 38,5 (13,5)]. En sık kullanılan JAK inhibitörü tofasitinib (n=49, %53,3) olup, bunu barisitinib (n=31, %33,7) ve upadasitinib (n=16, %17,4) izlemekteydi. Hastaların 4'ünde (%4,3) birden fazla JAK inhibitörü kullanım öyküsü mevcuttu. JAK inhibitörü başlama endikasyonu öncelikli olarak 46 hastada (%50) gastrointestinal, 22 hastada (%23,9) vasküler tutulum ve 19 hastada (%20,7) üveit idi. Geriye kalan 5 (%5,4) hasta ise dirençli mukokutanöz ve/veya eklem tutulumu nedeni ile JAK inhibitörü kullanmıştı. Vasküler tutulumda upadasitinib, oküler veya mukokutanöz/artiküler tutulumda barisitinib kullanımına dair olgu bildirimi yoktu. Hastaların %57,6'sı anti-TNF monoklonal ilaçlara dirençli idi. JAK inhibitörleri 85 olgunun 68'sinde (%80) glukokortikoid, 65'inde ise (%76,5) konvansiyonel immünosüpresifler ile birlikte kullanılmıştı. Ortanca takip süresi 10 ay olup, görece kısaydı. Toplamda remisyon oranı %85,7 iken, gastrointestinal tutulumu olanlarda %82,6, vasküler tutulumu olanlarda %90,9 ve oküler tutulumu olanlarda %83,3 idi (Şekil 1). Mukokutanöz ve/veya artiküler tutulum gibi eşlik eden diğer bulgular da JAK inhibitörü tedavisi ile çoğu hastada iyileşme göstermişti. JAK inhibitörleri arasındaki remisyon oranları benzerdi. Ciddi yan etkiler 6 hastada (%6,5) bildirildi; bunların biri pnömoni, 2'si anemi ve 3'ü herpes zosterdi. Hiçbir hastada tromboz ya da ölüm gözlenmedi.

Sonuç: JAK inhibitörleri anti-TNF monoklonal antikorlara dirençli veya intoleran majör organ tutulumu Behçet hastalarında ümit vaat eden bir tedavi seçeneği gibi görünmektedir. Ancak etkinlik ve güvenliliklerini tam olarak değerlendirebilmek için kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, sistematik literatür taraması, Jak inhibitörü, upadasitinib, tofasitinib, barisitinib



Şekil 1. Behçet sendromunda JAK inhibitörü kullanımının organa spesifik etkinliği

[PS-173]

Behçet sendromunda mukokutanöz ve eklem tutulumunun yönetimi: 2025 EULAR önerilerinin güncellenmesine yön veren sistematik literatür taraması

Sinem Nihal Esatoğlu[1], Yeşim Özgüler[1], Gunnar Tomasson[2], Louise Falzon[3], Gülen Hatemi[1], Sofia Ramiro[4]

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

[2]İzlanda Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzlanda

[3]Sheffield Üniversitesi Sağlık ve İlişkili Araştırmalar Okulu, Birleşik Krallık

[4]Leiden Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Hollanda

Amaç: Behçet sendromunda (BS) mukokutanöz ve eklem tutulumunun yönetimine ilişkin güncel çalışmaları özetleyerek, 2025 EULAR önerilerinin güncellenmesine katkı sağlamayı amaçladık.

Yöntem: BS'li hastalarda tedaviye yönelik girişimlerin yararlarını ve zararlarını değerlendirmek üzere Ekim 2015 ile Kasım 2024 arasını kapsayacak şekilde MEDLINE (Ovid), Embase, Cochrane Sistematik Derlemeler Veritabanı, CENTRAL, Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Veritabanı, Epistemonikos ve ClinicalTrials.gov üzerinden sistematik literatür taraması gerçekleştirdik (SNE ve YÖ). Tüm kontrollü çalışmalar dahil edildi; belirli bir girişim için kontrollü çalışma bulunmaması durumunda kontrolsüz çalışmalar da dikkate alındı (PROSPERO (CRD42025637593)). Burada sistematik literatür taramasının mukokutanöz ve eklem tutulumu ile ilgili sonuçlarının özetini sunmaktayız.

Bulgular: 7.128 makale arasından, 16 çalışmada (7 RKT) mukokutanöz tutulum, eklem tutulumu, genel hastalık aktivitesi ve/veya HRQoL ile ilgili veri vardı. Apremilast RKT'de oral ülserler açısından plaseboya üstün bulundu. Üç aylık çalışma süresince az sayıda hastada genital ülser, deri lezyonu veya artrit gelişti. BS'de ilk kez kafa-kafaya TNF inhibitörlerini karşılaştıran RKT'de adalimumab ve infliksimab ile benzer oranda remisyon sağlandı. Ancak remisyona kadar geçen süre adalimumab kolunda daha kısa idi. Diğer kafa-kafaya RKT'lerde majör organ tutulumu nedeniyle eşzamanlı yüksek dozda glukokortikoid kullanımı ve çalışmalarda yer alan aktif mukokutanöz tutulumlu hasta sayısının azlığı, immünosupresif ajanların etkinliğinin değerlendirilmesini güçleştirdi. Düşük metodolojik kaliteye sahip RKT'lerde oral ülserler için topikal takrolimus plaseboya üstün bulunurken, diyot lazer tedavisi topikal triamsinolona üstün bulundu. Eklem tutulumunun ikincil sonlanım olduğu apremilast faz 3 RKT'si dışında, eklem tutulumu ile ilgili yeni bir RKT belirlenmedi.

Sonuç: Bu sistematik literatür taraması, dirençli mukokutanöz tutulumlu hastalarda apremilast ve tümör nekroz faktör alfa inhibitörlerinin kullanımını desteklemekte ve BS'de mukokutanöz ve eklem tutulumunun yönetimine yönelik 2025 EULAR önerilerinin güncellenmesi için kanıt sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, EULAR, öneriler, tedavi

[PS-174]

Serum kalprotektininin büyük damar vasküliti hastalarında klinik aktivite ile ilişkisi

Sidar Çöpür[1], Ayşegül Avcu[2], Nagehan Dik Kutlu[3], Dilara Yuruk[4], Pınar Akyüz Dağlı[5], Muhammet Emin Kutlu[6], Burcu Ceren Uludoğan[7], Yavuz Pehlivan[3], Cemal Bes[4], Ahmet Omma[5], Şükran Erten[5], Nazife Şule Yaşar Bilge[7],Fatma Alibaz Öner[2], Haner Direskeneli[2], Nilüfer Alpay Kanıtez[1]

[1]*Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul*

[2]*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul*

[3]*Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa*

[4]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İstanbul*

[5]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Ankara*

[6]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul*

[7]*Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir*

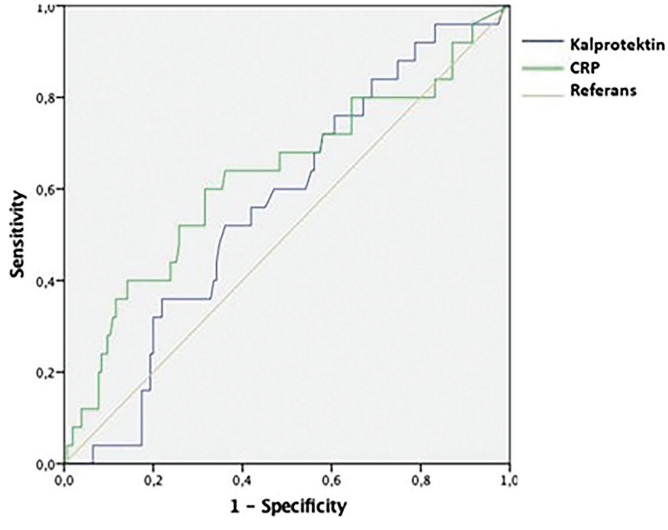
Amaç: Büyük damar vaskülitleri (BDV) karakteristik olarak aort, pulmoner arter ve bu vasküler yapıların ana dallarında enflamasyon ile seyreder. Takayasu arteriti (TAK) ve dev hücreli arterit (DHA) tanılarını kapsar. Tanı ve takibinde klinik ve görüntüleme bulgularının yanı sıra enflamasyon göstergesi olarak en sık kullanılan laboratuvar parametresi CRP' dir. S100A8 ve S100A9 proteinlerinin heterodimer yapısından olan kalprotektin, başta polimorfonükleer lökositler olmak üzere doğal bağışıklık sistemi hücrelerinin pro-enflamatuvar, pro-trombotik ve anti-mikrobiyal etkili sitoplazmik proteinidir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda serum, idrar, sinovyal sıvı veya fekal örneklerden elde edilen kalprotektin düzeylerinin enflamatuvar bağırsak hastalığı, sistemik lupus eritematozus, seronegatif spondilartropatiler ve çeşitli vaskülitler olmak üzere birçok otoimmün hastalıkta aktivite göstergesi olabileceği tespit edilmiştir. Bu çalışmanın amacı BDV 'de serum kalprotektin düzeylerinin hastalık aktivitesi ile ilişkisini ortaya koymak ve etkinliğini CRP ile kıyaslamaktır.

Yöntem: Çok merkezli ve kesitsel olarak tasarlanan çalışmamıza yedi farklı tersiyer romatoloji kliniğinden takipli ACR 1990'a göre TAK ve DHA tanısı koyulmuş hastalar dahil edildi. Ocak 2024-Ağustos 2025 tarihleri arasındaki poliklinik vizitlerinde serum örnekleri elde edildi. Uygun koşullarda toplanan ve transfer edilen serum örneklerinde kalprotektin ve "high sensitive" CRP çalışması için gerekli laboratuvar malzemesi temini "Siemens healthineers" firması tarafından sağlanarak örnekler Amerikan Hastanesi laboratuvarlarında eş zamanlı çalışıldı. Önceden hazırlanan formlara hastaların demografik, klinik ve laboratuvar bilgileri kaydedildi. Hastalık aktivitesi örnek alınan her vizit için NIH, EULAR kriterlerine ve 0-10 arasında hekim skorlaması ile değerlendirildi. Sonuçlar SPSS programına yüklenerek analiz edildi.

Bulgular: Yaş ortalaması 51.2 (±18) olan, %81'i kadın 150 hastanın [43 DHA ve 107 TAK] toplam 182 serum örneği çalışmaya dahil edildi. Çalışma viziti sırasında hastaların %14,05'inin çalışma örnekleri alındığı sırada aktif olduğu belirlendi. ROC analizi ile aktivite tahmininde CRP' nin kalprotektine göre üstün olduğu görüldü (sırasıyla EAA 0,62; %95 CI: 0,49-0,75, p=0,04 vs EAA 0,56; %95 CI: 0,45-0,67, p=0,29) (Şekil 1). NIH/EULAR' a göre aktif olan hem TAK hem DHA hastalarında ortalama CRP düzeyi daha yüksek iken, sonuçlar CRP ve kalprotektin için istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı. Öte yandan tüm hastalar için 0-10 hekim aktivite skorlaması ile tosilizumab tedavisi almayanlarda serum CRP düzeyi hastalık aktivitesi ile korelasyon gösterirken (p=0,001), alanlarda benzer bir ilişki gösterilemedi. Serum kalprotektin düzeyi ise tosilizumab tedavisi alan veya almayan hasta gruplarında hastalık aktivitesi ile korele değildi.

Sonuç: Şimdiye kadar en fazla sayıda BDV hastasında serum kalprotektin ölçümünün yapıldığı çalışmamızda, serum kalprotektin düzeyinin TAK ve DHA'da hastalık aktivitesi ile korele olmadığı anlaşılmıştır. Literatürde BDV hastalarının sağlıklı kontrollere kıyasla daha yüksek serum kalprotektin seviyesine sahip oldukları bildirilmiştir. Aktivite ile ilişkisine dair ise şimdiye kadar herhangi bir veri bulunmamaktadır. Tosilizumab tedavisi altında CRP düzeylerinin klinik aktivitenin baskılanmasından bağımsız azalabileceği bilinmektedir. Nitekim tosilizumab tedavisi alan romatoid artrit hastalarında serum kalprotektinin CRP'e göre daha iyi bir aktivite belirleyicisi olduğu bildirilmiştir. Ancak çalışmamızda BDV hastalarında serum kalprotektin için benzer bir ilişki elde edilememiştir. Sonuç olarak BDV' de aktivite tayininde serum kalprotektinin gücü CRP'nin gerisindedir. Özellikle tosilizumab tedavisi alanlarda, halen CRP'den daha etkin bir enflamatuvar biyobelirteçe ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Büyük damar vasküliti, Takayasu arteriti, dev hücreli arterit, kalprotektin



Şekil 1. BDV hastalarında serum kalprotektin ve CRP düzeyinin hastalık aktivitesi ile ilişkisinin ROC eğrisi ile değerlendirilmesi

[PS-175]

Sistemik sklerozlu hastalarda Raynaud fenomeni için yeni bir görüntüleme yöntemi: Ultra-mikro anjiyografi

Atiye Cenay Karabörk Kılıç[1], İbrahim Vasi[2], İbrahim Karaduman[2], Rıza Can Kardaş[2], Ertuğrul Çağrı Bölek[2], Hamit Küçük[2], Berna Göker[2], Abdurrahman Tufan[2], Mehmet Akif Öztürk[2], Abdulsamet Erden[2]

[1]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara*

[2]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara*

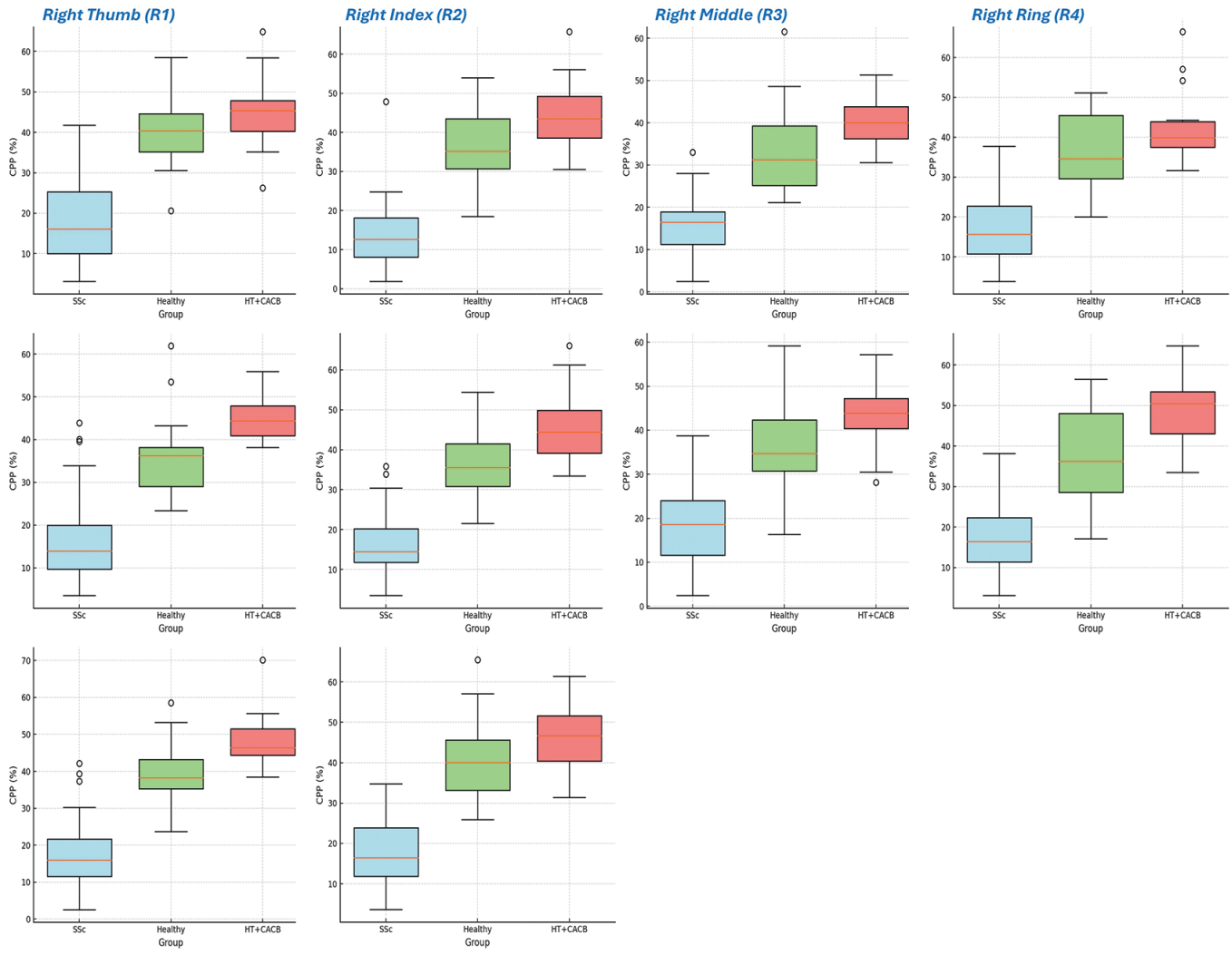
Amaç: Raynaud fenomeni, sistemik sklerozun (SSk) temel klinik bulgularından olup, fonksiyonel vazo spazm ve ilerleyici mikrovasküler hasar sonucunda ortaya çıkar. Bu süreç, hastaları dijital iskemik ve ülserasyon açısından yüksek risk altına sokmaktadır. Geleneksel yöntemlerden tırnak yatağı kapillaroskopisi vasküler morfolojiye ilişkin bilgi sağlamakta, ancak perfüzyonun niceliksel değerlendirilmesine olanak tanımamaktadır. Ultra-mikro anjiyografi (UMA), düşük hızlı kan akımına yüksek duyarlılığı olan yeni nesil ultrasonografik bir yöntem olup, renk piksel yüzdesi (CPP) parametresi ile mikrovasküler perfüzyonun non-invaziv ve kantitatif biçimde değerlendirilmesini sağlar. Bu çalışmada, SSk'ye bağlı Raynaud fenomeni olan hastalarda UMA'nın dijital mikrovasküler disfonksiyonun saptanmasındaki tanısal değeri ve tekrarlanabilirliği araştırılmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 37 SSk hastası, 19 sağlıklı kontrol ve kalsiyum kanal blokörü (KaKB) kullanan 16 hipertansif birey olmak üzere toplam 72 katılımcı dahil edildi. Son üç ayda dijital ülser öyküsü olan veya hedeflenmiş vazodilatör tedavi (endotelin reseptör antagonisti, Fosfodiesteraz inhibitörü, prostaglandin analoğu) alan hastalar dışlandı. Tüm katılımcılarda her iki eldeki beş parmağın CPP ölçümleri (R1-R5, L1-L5) UMA ile gerçekleştirildi. Ölçümler iki deneyimli radyolog tarafından bağımsız olarak yapıldı; gözlemciler arası uyum intraclass korelasyon katsayısı (ICC) ile değerlendirildi. Gruplar arası karşılaştırmalarda tek yönlü ANOVA ve Tukey post-hoc testi, grup içi analizlerde ise tekrarlı ölçümler ANOVA ve Bonferroni düzeltmeli karşılaştırmalar kullanıldı.

Bulgular: SSk grubunun yaş ortalaması 55,4 yıl olup %91,9'u kadındı. Hastaların %43,2'sinde diffüz kutanöz tip ve %59,5'inde interstisyel akciğer hastalığı mevcuttu. CPP ölçümleri son derece yüksek tekrarlanabilirlik gösterdi (ICC: 0,986-0,996). Grup içi analizlerde hem SSk hem de sağlıklı kontrollerde parmaklar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$); bu durum SSk'ye bağlı Raynaud fenomeninde beklenen bilateral ve simetrik tutulum paternini doğruladı. Gruplar arası karşılaştırmalarda SSk hastalarında CPP değerleri tüm parmaklarda belirgin biçimde düşüktü. Örneğin sağ başparmak CPP ortalaması SSk grubunda %18,2±10,5 iken, sağlıklı kontrollerde %39,5±8,2 ve KaKB grubunda %45,0±9,0 bulundu (ANOVA $p<0,001$). Benzer şekilde, işaret, orta, yüzük ve küçük parmaklarda da SSk grubunun CPP değerleri her iki kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşüktü (tüm $p<0,001$). Post-hoc analizlerde SSk ile hem sağlıklı hem de KaKB grupları arasındaki farklar istatistiksel olarak güçlü biçimde anlamlıydı. Dikkat çekici olarak, KaKB kullanan hipertansif bireylerde CPP değerleri çoğu parmakta sağlıklı kontrollere göre daha yüksek bulundu. Özellikle orta, yüzük ve küçük parmaklarda bu artış istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,004–0,013$). Bu bulgu, KaKB tedavisinin farmakolojik vazodilatör etkisini yansıtmaktadır. Böylelikle, UMA hem SSk'ye özgü mikrovasküler disfonksiyonu ortaya koymuş, hem de KaKB'nün perfüzyon artırıcı etkisini dolaylı olarak göstermiştir.

Sonuç: Bu çalışma, SSk'ye bağlı Raynaud fenomeninde UMA'nın dijital mikrovasküler perfüzyonu değerlendirmede güvenilir, tekrarlanabilir ve duyarlı bir yöntem olduğunu ilk kez ortaya koymaktadır. UMA ile elde edilen CPP değerleri, SSk hastalarını hem sağlıklı hem de farmakolojik olarak vazodilate edilmiş kontrollerden ayırt etmiş ve hastalığa özgü endotel disfonksiyonunu niceliksel olarak yansıtmıştır. Yüksek ölçüm güvenilirliği, bilateral simetri ve gruplar arası belirgin farklılık, CPP'nin klinik olarak anlamlı bir vasküler biyobelirteç olabileceğini göstermektedir. UMA, SSk ilişkili vaskülopatinin erken tanısı, hasta izlemi ve tedavi yanıtının değerlendirilmesinde mevcut yöntemlere önemli bir katkı sağlayabilir. Bulguların doğrulanması ve CPP için klinik eşik değerlerin belirlenmesi amacıyla çok merkezli, prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Raynaud fenomeni, sistemik sklerozis, ultramikroanjiyografi



Şekil 1. Renkli ultra-mikroanjiyografi ile elde edilen renk piksel yüzdelerinin (CPP, %) üç çalışma grubundaki dağılımı: sistemik skleroz (SSk) hastaları, sağlıklı kontroller ve kalsiyum kanal blokeri (KaKB) ile tedavi edilen hipertansif hastalar. Sağ ve sol eldeki beşer parmağı temsil eden on parametre (R1–R5 ve L1–L5) tek yönlü ANOVA ile karşılaştırılmış ve tüm parametrelerde gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır (tüm $p<0.001$). Ortalama CPP değerleri SSk grubunda en düşük, sağlıklı kontrollerde orta düzeyde, KaKB ile tedavi edilen hipertansif grupta ise en yüksek bulunmuştur.

[PS-176]

Revize edilmiş görüntüleme kriterlerine göre yaygın idyopatik iskelet hiperostozu: pelvik entezofit yükü ve komorbiditelerin klasik ve erken hastalıkla ilişkisi

Vedat Yaman[1], Adalet Elçin Yıldız[2], Büşra Fırlatan Yazgan[3], Hanife Avcı[4], Ömer Karadağ[3], Umut Kalyoncu[3], Üstün Aydıngöz[2]

[1]İdil Devlet Hastanesi, Radyoloji, Şırnak

[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

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

[4]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Diffüz idyopatik iskelet hiperostozu (DISH), seronegatif spondiloartritlerin ayırıcı tanısında yer alan bir klinik antitedir. Bu çalışmanın amacı, revize edilmiş görüntüleme kriterlerini temel alarak erken evre ve klasik DISH sıklığını belirlemek ve bu gruplarda pelvik entezofit yükünü değerlendirmekti.

Yöntem: Tek merkezli bu retrospektif çalışmada, 20 günlük bir süre içerisinde, 18 yaş ve üzeri hastalarda gerçekleştirilen 636 toraks BT tetkiki değerlendirildi. Hastalar; DISH olmayan, erken evre DISH ve klasik DISH olarak sınıflandırıldı. Aynı kohorttan eş zamanlı pelvik BT'si olan 326 hastanın tetkikleri ayrıca incelenerek pelvik entezofit yükü ile sakroiliyak eklemlerde ankiloz ve erozyon varlığı analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya 636 hasta (ortalama yaş: 58,9±14,1 yıl; %50,5'i kadın) dahil edildi. Kohortun 432'sinde (%68) DISH saptanmadı, 106'sında (%17) erken evre DISH, 98'inde (%15) ise klasik DISH saptandı. Erken evre ve klasik DISH grupları, DISH olmayan gruba göre daha yaşlıydı (p<0,001). Klasik DISH erkeklerde daha sık görüldü (OR: 2,3; %95 GA: 1,044-5,162). Artan yaş ile ilişkili DISH görülme riski anlamlı bulundu (örn. 80-96 yaş, OR: 6,25; %95 GA: 1,485-26,259). DISH gruplarında pelvik entezofit skorları anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı (p<0,001). Kardiyometabolik komorbiditeler DISH gruplarında daha sık gözlenirken (p<0,001), malignite oranları benzer bulundu (p=0,333).

Sonuç: Revize edilmiş kriterlerin uygulanması, DISH prevalansını iki katına çıkarmaktadır. Pelvik entezofit skoru, DISH için ek bir ekstra-spinal tanısal belirteç olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: bilgisayarlı tomografi, DISH, pelvik entezofit, yaygın idyopatik iskelet hiperostozu

[PS-178]

Diffüz ve limitli arasında: sistemik skleroz–çakışma sendromlarının kendine özgü kimliği

Hamit Küçük, İbrahim Vasi, İbrahim Karaduman, Abdulsamet Erden

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

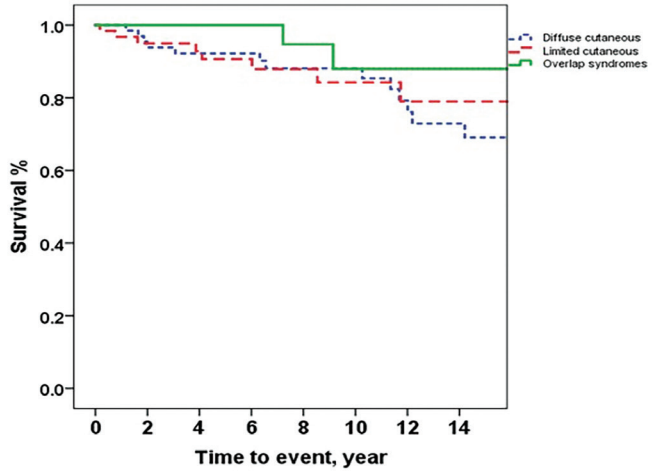
Amaç: Sistemik skleroz–Çakışma Sendromu (SSk-ÇS), sistemik skleroz spektrumu içinde, klasik alt tiplerden ayıran özgün immünolojik ve klinik özelliklerle karakterize ayrı bir klinik fenotip oluşturmaktadır. Bu çalışmanın amacı, SSk-ÇS hastalarının demografik, serolojik ve organ tutulum paternlerini tanımlamak ve bunların klinik yansımalarını ve prognostik seyirlerini diffüz kutanöz ve limitli kutanöz SSk ile karşılaştırmaktır.

Yöntem: Bu çalışmaya Ocak 2010–Temmuz 2025 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Anabilim Dalı'nda takip edilen hastalar dahil edildi. SSK-ÇS, sistemik skleroz sınıflama kriterleri ile birlikte romatoid artrit, polimiyozit veya Sjögren sendromu gibi diğer otoimmün hastalıkların kriterlerini de karşılayan hastalar olarak tanımlandı. Başlangıç ve 1. yıl özellikleri SSk ve SSk-ÇS grupları arasında karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya toplam 160 hasta dahil edildi: 68 diffüz kutanöz (dkSSk), 67 limitli kutanöz (lkSSk) ve 25 SSk-ÇS. Hastalık başlangıç yaşı dkSSk'de (42,5±13,7 yıl), lkSSk (50,6±13,7) ve SSk-ÇS'e (47,2±13,9) kıyasla daha düşüktü (p=0,003). Anti-topoizomeraz I pozitifliği dkSSk'de (%83,8), lkSSk (%43,3) ve SSk-ÇS'e (%16) kıyasla daha yüksekti (p=0,001); anti-sentromer en sık lkSSk'de (%41,8; p=0,001) ve anti-SSa antikoru en sık SSk-ÇS'da (%44; p=0,002) görüldü. İnterstisyel akciğer hastalığı (İAH), dkSSk'de %89,7, SSk-ÇS'da %76 ve lkSSk'de %56,7 oranında görüldü (p=0,001); yaygın tutulum dkSSk'de (%61,7) daha sıktı (p=0,001). Miyopati, SSk-ÇS (%44) ve dkSSk'de (%35,3) lkSSk'ye (%12,1) göre daha yüksekti (p=0,001). Immünosüpresif tedavi dkSSk'de (%88,2) lkSSk (%35,8) ve SSk-ÇS'a (%60) göre daha sık kullanıldı (p=0,001). Birinci yılda, SSk-ÇS hastaları FVC ve DLco'da daha büyük iyileşme gösterdi ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Mortalitenin dağılımı dkSSk'de %25, lkSSk'de %14,9 ve SSk-ÇS'da %8 idi (p=0,113); Kaplan-Meier analizi SSk-ÇS'de (ortalama 25,3 yıl) lkSSk (19,8 yıl) ve dkSSk'ye (19,5 yıl) kıyasla daha iyi sağkalımı göstermesine rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (log-rank p=0,249).

Sonuç: Bu çalışmada hastaların %15,6'sında SSk-ÇS saptandı, en sık SSk–Sjögren's alt tipi görüldü. Özgün otoantikor profilleri ve belirgin kas-iskelet tutulumları SSk-ÇS'u klasik alt tiplerden ayırdı. dkSSk en yüksek İAH yükü ile ilişkiliyken, lkSSk pulmoner arteriyel hipertansiyon ile ilişkili bulundu. SSk-ÇS ise orta düzeyde pulmoner tutulum ve sayısal olarak daha iyi sağkalım gösterdi; bu da SSk spektrumu içinde klinik olarak ayrı bir fenotip olarak tanınmasını desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Çakışma sendromları, prognoz, sistemik sklerozis



Şekil 1. Diffüz kutanöz, limitli kutanöz ve overlap sendromlu SSk hastalarında Kaplan–Meier sağkalım eğrileri

[PS-179]

Yönetimi zor aksiyel spondiloartrit hastalarının biyolojik tedavi başlangıcındaki özellikleri

Muhammed Çağrı Akdemir[1], Gizem Ayan[2], Gözde Sevgi Kart Bayram[2], Mustafa Ekici[2], Erdinç Ünaldı[2], Büşra Fırlatan Yazgan[2], Buğu Bulat[2], Ali Aytuğ Kuştaş[2], Ali Akdoğan[2], Ömer Karadağ[2], Şule Apraş Bilgen[2], Ali İhsan Ertenli[2], Sedat Kiraz[2], Umut Kalyoncu[2], Levent Kılıç[2]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastaıkları Anabilim Dalı, Ankara

[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastaıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

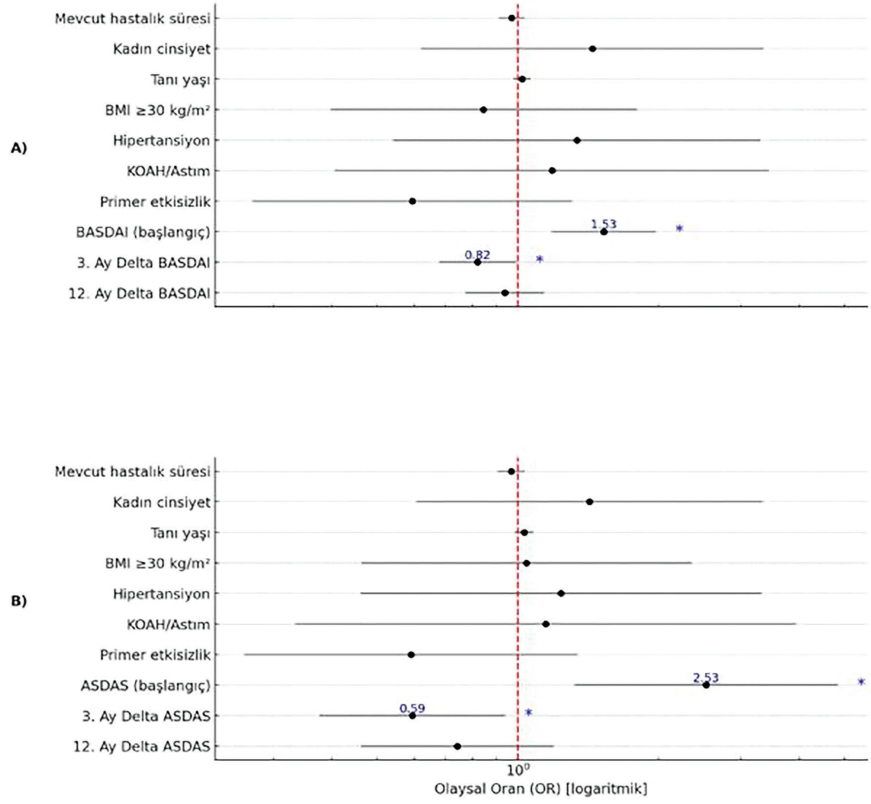
Amaç: Biyolojik ve hedefe yönelik sentetik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçların (b/tsDMARD) yaygın kullanımına rağmen, aksiyel spondiloartrit (axSpA) hastalarının önemli bir kısmında (%40-65) hedeflenen hastalık kontrolü sağlanamamaktadır. Geleneksel hastalık aktivitesi ölçütleri bu hasta gruplarını tanımlamakta yetersiz kaldığı için 2024 yılında *Assessment of Spondyloarthritis International Society (ASAS)* tarafından "Yönetimi Zor Aksiyel Spondiloartrip" (D2M-axSpA) kavramı geliştirilmiştir. D2M-axSpA hastalarının özelliklerini ve bunu biyolojik tedavi öncesinde predikte edebilecek faktörleri tanımlamaktır.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmada, Nisan-Kasım 2023 tarihleri arasında romatoloji polikliniğine başvuran axSpA tanısı olup b/tsDMARD kullanan hastalar dahil edildi. Bir yıldan kısa süreli b/ts DMARD kullanım öyküsü olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastalar çalışma süresi aralığındaki ilk romatoloji vizitlerinde değerlendirilerek ASAS kriterlerine göre D2M veya non-D2M olarak sınıflandırıldı. bDMARD başlangıcındaki klinik özellikler karşılaştırıldı, D2M prediktörlerini belirlemek için önce tek değişkenli, ardından BASDAI ve ASDAS-CRP skorları için ayrı ayrı çok değişkenli lojistik regresyon analizleri yapıldı; bu ayrım, iki skor arasında olası yüksek kolinearite ve kavramsal örtüşme gerekçesiyle uygulandı.

Bulgular: Toplam 888 (ortalama yaş 45,4 (±11,3); erkek cinsiyet %53,4) AxSpA hastasının %13,4'ü D2M-axSpA kriterlerini karşıladı. D2M hastalarında kadın cinsiyet daha sıktı (%63,9 vs, %44,0), tanı yaşı daha yüksekti (37,1 vs 34,2) ve hastalık süreleri daha kısaydı (10,5 vs 12,1). Biyolojik tedavi başlangıcında hastalık aktivitesi skorları daha yüksek ve hipertansiyon, KOAH/astım ve psoriazis daha sıktı. BASDAI ve ASDAS için ayrı ayrı yapılan çok değişkenli analizlerde, biyolojik tedavi başlangıcındaki yüksek BASDAI (OR: 1,53; %95 CI: 1,18-1,97; p=0,001) ve ASDAS-CRP (OR: 2,53; %95 CI: 1,32-4,83; p=0,005) skorları, D2M sınıflaması için en güçlü prediktörlerdi. Üçüncü aydaki daha fazla BASDAI ve ASDAS-CRP azalması ise daha düşük D2M riskiyle ilişkilendirildi.

Sonuç: Gerçek yaşam verilerine göre axSpA hastalarının yaklaşık %13'ü ASAS 2024 kriterlerine göre "D2M-axSpA" fenotipe sahiptir. Bu durum özellikle kadın cinsiyet, ileri tanı yaşı, komorbiditeler ve eklem dışı bulgularla ilişkili gibi gözükmektedir. Biyolojik tedavi başlangıcındaki yüksek BASDAI ve ASDAS-CRP skorları ile sınırlı erken yanıt, D2M gelişimini öngörmektedir ancak D2M-axSpA kavramının klinik pratikte doğrulanması ve geliştirilmesi için ileriye dönük çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Aksiyel spondiloartrit, biyolojik DMARD, yönetimi zor, gerçek yaşam verisi, prognostik faktörler



Şekil 1. D2M-AxSpA için çok değişkenli lojistik regresyonla belirlenen prediktörler (A: BASDAI modeli, B: ASDAS modeli)

[PS-180]

İnterstisyel akciğer tutulumu olan sistemik lupus eritematozus hastalarında uzun dönem tedavi sonuçları; Lupus çalışma grubu verisi

Tuba Demirci Yıldırım[1], Berna Yurttaş[2], Aida Shikhaliyeva[3], Hasan Yardımcı[4], Berkay Soysal[5], Rabia Özmen[6], Deniz Dönmez[7], Jehat Kılıç[8], Ömer Soğur[9], Zeynep Fural[10], Fatıma Gül Gülbahçe İncesu[11], Burcu Yağız[12], Andaç Komaç[13], Gül Sandal Uzun[5], Cansu Akleylek[14], Handan Yarkan Tuğsal[4], Burak Öz[8], Sibel Yılmaz Öner, Mehmet Engin Tezcan[10], Nazife Şule Yaşar Bilge, Timuçin Kaşifoğlu[15], Sedat Yılmaz[5], Yavuz Pehlivan[12], Figen Yargucu Zihni, Gonca Karabulut, Gökhan Keser[6], Rıdvan Mercan[9], Cemal Bes[11], Fatma Alibaz Öner, Haner Direskeneli[3], Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle[13], Ömer Karadağ[7], İsmail Sarı[4], Neslihan Yılmaz[16]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İzmir

[2]Tekirdağ Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Tekirdağ

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

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

[5]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[6]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

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

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

[9]Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ

[10]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

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

[12]Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

[13]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

[14]Bağımsız Araştırıcı, Romatoloji Bölümü, İstanbul

[15]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

[16]Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

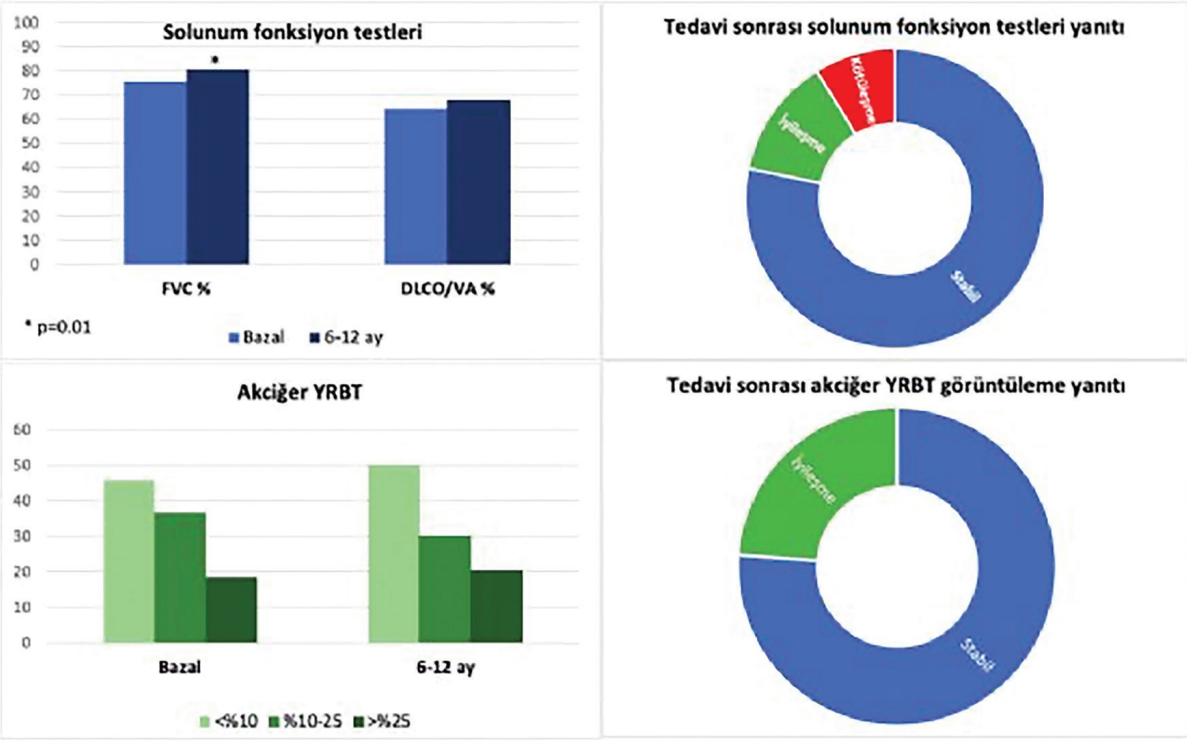
Amaç: Sistemik Lupus Eritematozus (SLE) hastalarında interstisyel akciğer hastalığı (İAH), nadir görülen bulgulardan biridir. En sık kronik seyirli interstisyel tutulum şeklinde görülmekte, daha nadir olarak ise akut lupus pnömonisine yol açmaktadır. SLE'de İAH tedavisinin yönetimine ilişkin bilgiler halen yetersizdir. Çalışmamızın amacı, SLE ilişkili İAH'nın özelliklerini ortaya koymak ve kronik İAH'nın tedaviye yanıtlarını değerlendirmektir.

Yöntem: Retrospektif, çok merkezli çalışmamıza, 2019 sınıflama kriterlerine göre SLE tanısı almış, İAH saptanan ve en az altı ay takip edilen hastalar dahil edildi. Sekonder Sjögren, diğer bağ dokusu hastalıkları (BDH) ve çakışma sendromu olan hastalar değerlendirmeye alınmadı. Hastaların demografik ve klinik verileri ile tedavi yanıt durumları [Fonksiyonel vital kapasite (FVC) için; stabil: <%10 düzelme, iyileşme: >%10 düzelme veya kötüleşme; düzeltilmiş karbonmonoksit difüzyon testi (DLCO/VA) için; stabil: <%15 düzelme, iyileşme: >%15 düzelme veya kötüleşme ve radyolojik değerlendirmelerde toraks yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografide (YRBT); stabil: buzlu cam görünümünde <%10 değişim, iyileşme: %10'dan fazla düzelme, kötüleşme: buzlu cam veya fibroziste %10 artış] incelendi.

Bulgular: Çalışmaya 31 SLE ilişkili İAH hastası (Kadın/erkek: 24/7) dahil edildi ve median 50 (IQR 22-107) ay izlendi. Kronik İAH'ın 10 (%41,6) hastada, akut lupus pnömonitinin ise dört (%57,1) hastada ilk bulgu olarak; her ikisinin de toplam 15 (%48,3) hastada tek organ tutulumu şeklinde ortaya çıktığı saptandı. Kronik İAH hastalarının (24 hasta) klinik değerlendirmesinde %62,5'inin dispne yakınması tariflediği [13'ü sınır 1-2, ikisi sınıf 3 dispne], %37,5'inin ise asemptomatik olduğu görüldü. Diğer bulgulara bakıldığında; en sık eşlik eden klinik bulgu artrit (%45,8) ve Raynaud (%41,7) iken, otoantikor panelinde anti-Sm (%41,7) ve anti-RNP (%41,7) pozitifliği gözlendi (Tablo 1). Kronik İAH'ların akciğer tomografi görüntülemesinde en sık NSIP paterni (%87,5, n=21) saptandı. Hastaların interstisyel tutulum şiddeti değerlendirildiğinde, 14 hastada ciddi (FVC <%70 ve/veya YRBT'de yaygınlık >%20), 10 hastada ise hafif–orta (FVC ≥%70 ve/veya YRBT'de yaygınlık ≤%20) tutulum mevcuttu. Semptomatik ve/veya ciddi tutulumu olan kronik İAH hastalarının indüksiyon tedavisine bakıldığında; tamamına (n=24) kortikosteroid (beş yüksek, dokuz orta, on düşük doz), 18'ine immünosüpresif tedavi [sekiz Azatioprin (AZA), yedi Mikofenolat mofetil (MMF), üç Siklofosfamid] başlandığı görüldü. Takipte idame olarak, tüm hastaların hidroksiklorokin ve düşük doz kortikosteroid, 20 hastanın ise beraberinde immünosüpresif (10-AZA, 10-MMF) kullandığı saptandı. Tedavi sonrası 6-12. ayda, başlangıç değerine göre; FVC'de %5,4'lük iyileşme (sırasıyla %74,9±17,7 ve %80,3±19,8, p=0,01), düzeltilmiş DLCO'da ise %3,9 düzelme (sırasıyla %63,7±16,1 ve %67,6±21,2, p=0,3) saptandı. 6-12. ay yanıt oranlarına bakıldığında, solunum fonksiyon testlerine göre, 18 hasta stabil iken, üç hastada iyileşme ve iki hastada kötüleşme; YRBT görüntülemelerinde ise 16 hastada stabilite, beş hastada iyileşme saptandı (Grafik 1). Sadece iki hastada yanıtsızlık nedeniyle tedavi değişikliği gereksinimi olduğu ve bir hastada akut lupus pnömonisi geliştiği gözlendi. Mortalite nedenleri arasında üç enfeksiyon ve iki kardiyovasküler olay yer alırken, doğrudan İAH ilişkili ölüm saptanmadı.

Sonuç: Çalışmamızda, SLE ilişkili İAH hastaların yaklaşık yarısında lupusun tek organ tutulumu olarak ortaya çıkmakta ve yüksek oranda Raynaud fenomeni ve anti RNP pozitifliği ile seyretmektedir. Tutulum çoğunlukla NSIP paterninde olup, uzun dönem takipte immünosüpresif tedavi altında solunum fonksiyon testlerinde anlamlı iyileşme olmaktadır. Bu gözlem BDH-ilişkili İAH'ları içerisinde, SLE olgularının tedaviye iyi yanıt veren bir grup olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: İnterstisyel akciğer hasalığı, sistemik lupus eritematozus, fonksiyonel vital kapasite



Grafik 1. Kronik İAH olan hastaların başlangıç ve izlem solunum fonksiyon testleri ve yüksek rezolüsyonlu akciğer tomografi (YRBT) ölçümleri

Tablo 1. İnterstisyel akciğer hastalığı olan lupus hastalarının demografik ve klinik bulguları

Demografik veriler (n=31)	
Yaş, mean +SD (yıl)	54,4±14,7
Cinsiyet (K/E) (n)	24/7
Sigara kullanımı n (%)	11 (35,5)
Hastalık süresi, median+min-max (yıl)	9 (1-26)
SLEDAI, mean + SD	4,4±7,1
SLICC, mean + SD	2,3±2,6
Akciğer dışı organ tutulumları n (%)	
Renal tutulum	10 (32,3)
Hematolojik tutulum	10 (32,3)
Nörolojik tutulum	5 (16,1)
Artrit	14 (45,2)
Serozit	10 (32,3)
Livedo retikülaris	5 (16,1)
Raynaud fenomeni	10 (32,3)
Dijital ülser	3 (9,7)
Otoantikorlar n (%)	
ANA	31 (100)
Anti ds DNA	14 (45,2)
Anti-Sm	14 (45,2)
Anti-RNP	14 (45,2)
Anti-Scl70	0 (0)
Anti-Sentromer	1 (3,2)
Anti-Jo1	0 (0)
ILD paterni n (%)	
NSIP	21 (68)
UIP	3 (10)
LIP	0 (0)
Akut lupus pnömonisi	7 (22)

[PS-181]

Nivolumab ilişkili küçük damar vaskülopatisi

Nergis Serin[1], Andaç Komaç[1], Yasemin Bakkal Temi[2], Duygu Temiz Karadağ[1], Ayten Yazıcı[1], Ayşe Çefle[1]

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

[2]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Anabilim Dalı, Kocaeli

Amaç: Nivolumab metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanseri tedavisinde ikinci basamak olarak kullanılan immün-check point inhibitörüdür. T hücresi üzerindeki PD-1 reseptörünü hedef alarak, PD-1 ile kanser hücresi tarafından salınan PD-L1 etkileşimini engelleyerek immün sistemin baskılanmasını bloke eder. İmmün-check point inhibitörlerinde çeşitli immün sistem ilişkili yan etkiler; endokrinopati, pnömonitis, karaciğer toksisitesi, kolit, deri ve nörolojik toksisiteler görülebilir. Vasküler toksisite ise nadir görülen bir yan etkidir.

Olgu: Altmış iki yaş kadın hasta, metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanseri teşhisi ile 4 kür nivolumab tedavisi sonrası el parmaklarında ağrı, siyanoz gelişmesi nedeniyle romatolojiye konsülte edildi (Şekil 1). Romatolojik sistem sorgusunda; ağız ve göz kuruluğu yoktu, Raynoud fenomeni öyküsü ve artralji tariflemedi. Sigara kullanımı yoktu. Fizik muayenede artrit, deri sklerozu bulunmamaktaydı. Yapılan üst ekstremite arteriyel ve venöz Doppler ultrasonografileri normal olarak saptandı, kapillaroskopisinde özellik görülmedi. Laboratuvar tetkiklerde hepatit serolojisi negatif, CRP: 10 mg/L (<5), ESH: 30 mm/s, ANA negatif, ENA panelde Ro52 +++, beta2 glikoprotein IG G: 25,9 U/Ml (<5) titrede pozitifliği haricinde özellik yoktu. Hastaya düşük molekül ağırlıklı heparin, asetilsalisilik asit tedavisi ile birlikte 10 gün boyunca intravenöz iloprost tedavisi başlandı. Tedavinin 3. gününde el parmaklarında siyanoz ve ağrısının şiddetlenmesi üzerine üç gün boyunca pulse steroid 1 gram/gün ve takibinde 5 gün süre ile IVIG tedavisi başlandı. Sonrasında 1 mg/kg/gün dozunda steroid tedavisine devam edildi. Tedavinin üçüncü haftasında parmaklarında siyanoz bulgularının gerilemeye başlaması (Şekil 2) ve ağrısının kesilmesi üzerine steroid dozu azaltıldı, anti-koagülan ve anti-agregan tedaviye devam edildi. Kalp damar cerrahisi ile de konsülte edilen hastanın tedavisine silostazol eklendi, hasta medikal onkoloji ile romatoloji ortak takibine alındı.

Sonuç: İmmün-check point inhibitörlerinin genişleyen kullanımı, immünite ilişkili çeşitli yan etkilerin görülme sıklığını artırmıştır. Vaskülitik tipte yan etkiler %1'den az görülmekle birlikte büyük damar vaskülitleri (dev hücreli arterit, aortit) ve santral sinir sistemi vasküliti bunlar içinde sık görülenlerdir. Literatürde vaskülopatik tutulum olan kutanöz vaskülopati ve antifosfolipid antikor geliştiren iki olgu sunulmuştur. Olgumuzda nivolumab sonrasında el parmaklarında devamlı siyanoz ve şiddetli ağrı vaskülopatiyi düşündürmüştür. Hasta immünosupresif tedavi ve anti-koagülan tedavi ile başarılı şekilde tedavi edilmiştir. İmmün-check point inhibitörleri ile dijital iskemi ilerleyip ampütasyonla sonuçlanabileceğinden vaskülopati yan etkisinin erken tanınıp tedavi edilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: İmmünoterapi, immünite ilişkili yan etki, vaskülopati

Şekil 1, 2.

[PS-183]

Ailesel Akdeniz ateşinde kanakinumab ile gerçek yaşam deneyimi: Tek merkezli bir çalışma

Tuğba Ocak[1], Ayşe Bulur[2], Burcu Yağız[3], Belkıs Nihan Coşkun[3], Ediz Dalkılıç[3], Yavuz Pehlivan[3]

[1]Bursa Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği

[2]Bursa Uludağ Üniveristesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

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

Amaç: Ailesel Akdeniz ateşi (AAA), Mediterranean Fever (MEFV) geninde mutasyonların neden olduğu ve aşırı interlökin-1 beta (IL-1β) üretimine yol açan otoenflamatuvar bir hastalıktır. Kolşisin AAA için ana tedavi olsa da, hastaların bir alt grubu direnç veya intolerans göstererek alternatif tedavi stratejilerine ihtiyaç duymaktadır. Selektif bir IL-1β inhibitörü olan kanakinumab, potansiyel bir tedavi seçeneği olarak ortaya çıkmıştır. Bu çalışma, kolşisine dirençli veya kolşisine intoleransı olan AAA hastalarında kanakinumabın gerçek yaşamdaki etkinliğini ve güvenliğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Çalışmaya, Ocak 2013–Ekim 2023 tarihleri arasında hastanemizde kanakinumab tedavisine başlayan, 18 yaş üzeri, Tel-Hashomer ve Eurofever/PRINTO sınıflama kriterlerine göre AAA tanısı almış hastalar dahil edildi. Toplam 46 hastadan, en az 3 ay düzenli takip edilmeyen veya eksik verileri bulunan 12 hasta dışlandı ve 34 hasta analiz edildi. Kolşisin direnci, maksimum tolere edilebilen kolşisin dozuna rağmen ayda en az 1 atak geçirilmesi; kolşisin intoleransı ise gastrointestinal yan etkiler nedeniyle yeterli dozun kullanılamaması olarak tanımlandı. Demografik veriler, MEFV mutasyon durumu, amiloidoz varlığı, aile öyküsü, daha önceki anakinra tedavisi, kolşisin dozları ve kanakinumab kullanım süresi, kanakinumab öncesi ve sonrası Pras skoru, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH), C-reaktif protein (CRP) ve serum amiloid A (SAA) düzeyleri değerlendirildi. Proteinürisi olan hastalarda tedavi öncesi ve sonrası proteinüri değerleri karşılaştırıldı. İstatistiksel analizler SPSS 26 programı ile yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan 34 hastanın ortalama tanı yaşı 19,7±11,1 yıl olup, %55,8'i erkekti. Tanı ile kanakinumab başlangıcı arasındaki medyan süre 15 (1,8-50,6) yıldı. En sık görülen başlangıç semptomu karın ağrısıydı (%80,2). MEFV mutasyonu 29 hastada incelendi; 10'u M694V homozigot, 6'sı M680I heterozigot, 3'ü M694V heterozigot, 3'ü M694V/V726A, 2'si M680I homozigot, 1'i E148Q heterozigot saptandı. Dört hastada MEFV mutasyonu negatifti. Dört hastada biyopsi ile doğrulanmış amiloidoz mevcuttu. Hastaların tümü kolşisin (median 1,5 mg/gün) kullanmış olup, %61,8'i ise daha önce anakinra almıştı. Kanakinumab ortalama tedavi süresi 49,1±35,1 aydı. Tedavi 150 mg/4 hafta dozunda başlandı. Hastaların %67,6'sında tam, %23,5'inde kısmi yanıt elde edildi. Remisyona giren 5 hastada doz aralığı 6–8 haftaya uzatıldı ve ortalama 51,4±26,5 aylık takipte hastalık aktivasyonu gözlenmedi. Tedavi sonrası Pras skoru, ESH, CRP ve SAA değerlerinde anlamlı azalma izlendi ($p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$). Proteinürisi olan 7 hastada tedavi sonrası proteinüri düzeylerinde düşüş gözlense de istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,140$). Hastaların ikisinde aktif hastalık, birinde de enjeksiyon sonrası baş dönmesi nedeniyle tedavi kesildi. Hastalarda takip süresinde ciddi enfeksiyon görülmedi.

Sonuç: Bu tek merkezli, retrospektif çalışmada kolşisin dirençli veya intoleranslı AAA hastalarında kanakinumabın klinik ve laboratuvar parametrelerde anlamlı iyileşme sağladığı, genel olarak iyi tolere edildiği ve güvenli bir seçenek olduğu gösterilmiştir. Proteinüri üzerine olumlu etkiler gözlense de hasta sayısının az olması nedeniyle istatistiksel anlamlılık elde edilememiştir. Kanakinumabın amiloidoz ve renal tutulum üzerindeki uzun dönem etkilerini değerlendirmek için daha geniş örneklemli, prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Kanakinumab, kolşisin, Ailevi Akdeniz ateşi

[PS-184]

Ailevi Akdeniz ateşi olan bireylerde fonksiyonel egzersiz kapasitesinin belirlenmesinde alternatif bir araç: Bir dakika otur-kalk testi

Selin Bayram[1], Cemile Bozdemir Özel[1], Nazife Şule Yaşar Bilge[2], Timuçin Kaşifoğlu[2]

[1]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Eskişehir

[2]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

Amaç: Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) olan yetişkin bireylerde artrit, eklem ağrısı, fiziksel inaktivite ve kardiyopulmoner sorunlar nedeniyle fonksiyonel egzersiz kapasitesi bozulabilmektedir. Egzersiz kapasitesinin değerlendirilmesinde altın standart, maksimum efor sırasında ulaşılan zirve oksijen tüketimidir; ancak bu, kronik hastalığı olan bireyler için zorlayıcı olabilmektedir. Bu nedenle altı dakika yürüme testi (6DYT) gibi kolay ve submaksimal testler sıklıkla kullanılmaktadır. Bir dakika otur-kalk testi (1 d-OKT) ise daha az alan ve zaman gerektiren, düşük maliyetli ve uygulanması kolay bir test olup, çeşitli kronik hastalıklarda fonksiyonel kapasitenin güvenilir ve geçerli bir ölçüsü olarak gösterilmiştir. AAA'lı bireylerde ise 1 d-OKT'nin güvenirliği ve geçerliliği henüz araştırılmamıştır. Bu nedenle bu çalışmanın amacı, AAA'lı bireylerde 1 d-OKT'nin test-tekrar test güvenirliği ve yakınsak geçerliliğini araştırmak ve 6DYT ile elde edilen fizyolojik yanıtları karşılaştırmaktır.

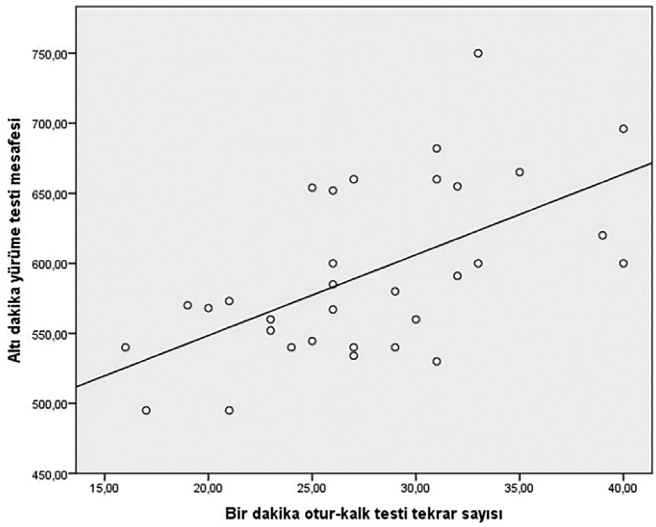
Yöntem: Çalışmaya AAA tanılı 32 birey dahil edildi. Demografik ve klinik özellikler kaydedildikten sonra ağrı, periferik kas kuvveti, fiziksel aktivite, yorgunluk ve yaşam kalitesi değerlendirildi. Bu değerlendirmeler için sırasıyla Sayısal Derecelendirme Ölçeği, taşınabilir dinamometre, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi, Yorgunluk Çok Boyutlu Değerlendirme Ölçeği (MAF) ve AAA Yaşam Kalitesi Ölçeği (FMF-QoL) kullanıldı. Yeterli bir dinlenme süresinin ardından 1 d-OKT uygulandı. Test-tekrar test güvenirliğini değerlendirmek için, 1 d-OKT'nin ardından en az 30 dakikalık dinlenme süresinden sonra ikinci test gerçekleştirildi ve sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) hesaplandı. 1 d-OKT'den en az 1 saat sonra fizyolojik yanıtlar başlangıç seviyelerine döndüğünde 6DYT uygulandı. Yakınsak geçerliliği değerlendirmek için 1 d-OKT ve 6DYT arasındaki korelasyon analiz edildi. Ayrıca 1 d-OKT ile ağrı, periferik kas kuvveti, fiziksel aktivite, yorgunluk ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiler de incelendi. Kalp hızı (KH), periferik oksijen satürasyonu (SpO_2), sistolik ve diyastolik kan basıncı (SKB, DKB), dispne, genel ve bacak yorgunluğu algısı

modifiye Borg ölçeği ile 1 d-OKT ve 6DYT öncesi ve sonrasında kaydedildi; değişiklikler (Δ) karşılaştırıldı.

Bulgular: 1 d-OKT için mükemmel test-tekrar test güvenirliği gözlendi (ICC=0,917). 1 d-OKT tekrar sayısı ile 6DYT mesafesi arasında anlamlı ilişki bulundu (r=0,581; p<0,001). Ayrıca 1 d-OKT ile ağrı (r=-0,500, p=0,004), diz ekstansiyonu kuvveti (r=0,407, p=0,021), el kavrama kuvveti (r=0,531, p=0,002), MAF puanı (r=-0,483, p=0,005) ve FMF-QoL puanı (r=-0,384, p=0,030) arasında anlamlı ilişki bulundu. ΔBacak yorgunluğu algısı 1 d-OKT'de 6DYT'ye göre daha yüksekti; ΔKH ise 6DYT'de 1 d-OKT'ye göre daha yüksekti (p<0,05). ΔSpO_2, ΔSKB, ΔDKB, Δdispne ve Δgenel yorgunluk algısı her iki testte benzerdi (p>0,05).

Sonuç: 1 d-OKT, AAA'lı bireylerde güvenilir ve geçerli bir fonksiyonel egzersiz kapasitesi değerlendirme aracıdır. Uygulanabilirliği, zaman açısından verimliliği ve alt ekstremite kas kuvveti ile bacak yorgunluğu algısını yansıtabilmesi dikkate alındığında, sağlık profesyonelleri bu hasta grubunda sınırlı alanlarda 6DYT yerine 1 d-OKT'yi kullanabilirler.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz ateşi, geçerlilik, güvenirlik, altı dakika yürüme testi, fiziksel fonksiyonel performans



Şekil 1. Katılımcıların altı dakika yürüme testi ve bir dakika otur-kalk testi sonuçları arasındaki korelasyonu

Tablo 1. Altı dakika yürüme testi ve bir dakika otur-kalk testindeki fizyolojik yanıtlar, dispne, genel yorgunluk ve bacak yorgunluğu algısının karşılaştırılması

	6DYT Ortalama ± SS/Ortanca (IQR 25/75)	1 d-OKT Ortalama ± SS/Ortanca (IQR 25/75)	p
Kalp hızı (istirahat) (atım/dk)	87,66±12,83	88,28±12,92	0,744a
▲Kalp hızı (atım/dk)	44,44±15,12	37,19±15,99	0,005a
Periferik oksijen satürasyonu (istirahat) (%)	98,0 [97,25/98,0]	98,0 [97,0/98,0]	0,176b
▲Oksijen satürasyonu (%)	0,0 [-0,75/0,0]	0,0 [-1,0/1,0]	0,238b
Sistolik kan basıncı (istirahat) (mmHg)	117,5 [108,0/131,5]	124,5 [107,25/140,00]	0,040b
▲Sistolik kan basıncı (mmHg)	21,0 [11,0/28,0]	17,0 [10,5/26,75]	0,594b
Diyastolik kan basıncı (istirahat) (mmHg)	76,41±11,27	75,88±13,81	0,730a
▲Diyastolik kan basıncı (mmHg)	12,0 [5,5/17,75]	7,5 [4,0/11,50]	0,121b
Dispne (istirahat) (MBÖ, 0-10) 0,0 [0,0/0,0]	0,0 [0,0/0,0]	0,0 [0,0/0,0]	0,317b
▲Dispne (MBÖ, 0-10)	0,0 [0,0/2,0]	0,0 [0,0/2,0]	0,844b
Yorgunluk (istirahat) (MBÖ, 0-10)	0,0 [0,0/2,0]	0,0 [0,0/4,0]	0,195b
▲Yorgunluk (MBÖ, 0- 10)	1,0 [0,0/5,0]	1,25 [0,0/3,0]	0,702b
Bacak Yorgunluğu (istirahat) (MBÖ, 0-10)	0,0 [0,0/1,75]	0,0 [0,0/2,00]	0,448b
▲Bacak Yorgunluğu (MBÖ, 0- 10)	1,0 [0,0/2,00]	1,5 [0,0/3,75]	0,037b

6DYT: Altı dakika yürüme testi, 1 d-OKT: Bir dakika otur-kalk testi, %: yüzde, IQR: Çeyrekler arası aralık, m: Metre, ▲: değişim, mmHg: Milimetre civa, MBÖ: Modifiye Borg Ölçeği, a: Bağımlı gruplarda t-testi, b: Wilcoxon işaretli sıralar testi, p<0,05

[PS-185]

AS'li hastalarda kinezyofobinin değerlendirilmesi

Yalkın Çalık, Tamer Acat, Nilay Erdik, Cansu Arslantürk Güneysu, Emre Bilgin, Emel Gönüllü, Neslihan Gökçen, Ayhan Kamanlı

Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sakarya

Amaç: Kinezyofobi hareket etme korkusu olarak bilinmekte ve nedenleri arasında kronik ağrının buna yol açtığı bilinmektedir. Ankilozan spondilit kronik bel ve sırt ağrısı nedeni olan enflamatuvar bir hastalıktır. Bu amacımız AS'li hastalardaki kinezyofobinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Çalışmaya 18-65 yaş arasında AS tanısı ile takip ve tedavi altındaki 58 hasta ile aynı yaş grubunda herhangi bir enflamatuvar romatizmal hastalığı olmayan 55 kişi kontrol grubu olarak katıldı. Son 6 içinde geçirilmiş enfeksiyon veya cerrahi operasyon öyküsü olanlar çalışmaya alınmadı. Hastalık aktivitesi için BASDAİ, kinezyofobi için Tampa kinezyofobi skoru kullanıldı.

Bulgular: AS grubunun %62,1'i kontrol grubunun %45,5'i erkekti. AS grubunda yaş ortalaması 42 (22-52). Kontrol grubunda ise 41 (22-49) ve hastalık tanı süresi 11 (2-24) aydı. AS grubunda kinezyofobi %67,2 kontrol grubunda %27,3 ve AS grubunda kontrol grubuna göre 5,4 kat (%95 CI 2,44-12,79) p=0,000). Yüksek hastalık aktivitesi olan AS'li hastalarda düşük hastalık aktivitesi olan AS grubuna göre 13 kat (%95 CI 4,38-18,55) p=0,000 daha fazla görüldü. Kinezyofobi ile BASDAİ arasında anlamlı pozitif korelasyon bulundu (r:0,713 p=0,00).

Sonuç: Hastalık aktivitesin düşürülmesinde kinezyofobi ile başa çıkmak gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, hastalık aktivitesi, kinezyofobi

Tablo 1. Kinezyofobi ile AS arasındaki demografik özellikler

n=58	Kinezyofobisi olan AS'li hasta	Kinezyofobisi olmayan AS'li hasta	p
Yaş	42	41	>0,05
Hastalık süresi	12	9	<0,001
VAS	7	3	<0,001
BASFİ	5,2	1,2	<0,001
BASDAİ	5,4	1,5	<0,001

[PS-186]

Sistemik sklerozda kardiyovasküler tutulum sıklığı ve risk faktörleri: Türkiye SOLAR ulusal kayıt kütüğü

Şirhan Amikishiyev[1], Ayşe Çefle[2], Emine Duygu Ersözlü[3], Burak Okyar[3], Gezmiş Kimyon[4], Cemal Bes[5], Ayşenur Yılmaz[5], Murat Turgay[6], Müçteba Enes Yayla[6], Mehmet Engin Tezcan[7], Esra Genç[7], Mehmet Akif Baltacı[8], Büşra Fırlatan Yazgan[9], Fatma Alibaz Öner[10], Ayşegül Avcu[10], Reyhan Bilici[11], Abdulsamet Erden[12], İbrahim Karaduman[12], Atalay Doğru[13], Zübeyde Uğurlu[13], Özlem Doğan Ağbuga[14], Soner Şenel[15], Tuğba Kahraman Denizhan[15], Ahmet Karataş[16], Gülşah Yamancan[16], Orhan Zengin[17], Fatih Albayrak[17], Berna Yurttaş[18], Şükran Erten[19], Sedar Can Güven[19], Didem Aslan[20], Övgü Bıçkıcı[20], Gülen Hatemi[21], Berçemhan Sulu[21], Ali Şahin[22], Arif Babayiğit[22], Bengisu Aslan[23], Timuçin Kaşifoğlu[24], Burcu Ceren Uludoğan[24], Tahir Saygın Öğüt[25], Veli Yazısız[26], Aslıhan Avanoğlu Güler[27], Ahmet Merih Birlik[28], Süleyman Serdar Koca[16], Alper Sarı[8], Mustafa Erdoğan[10], Duygu Temiz Karadağ[2], Ali Akdoğan[9], Yasemin Yalçınkaya[1], Murat İnanç[1]

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

[2]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

[3]Adana Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Adana

[4]Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Hatay

[5]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

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

[7]Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

[8]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

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

[10]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[11]Konya Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Konya

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

[13]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Isparta

[14]Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Van

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

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

[17]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

[18]Sağlık Bilimleri Tekirdağ İsmail Fehmi Cumalıoğlu Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Tekirdağ

[19]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[20]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Adana

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

[22]Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas

[23]Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Antalya

[24]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

[25]Antalya Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Antalya

[26]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

[27]Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

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

Amaç: Sistemik skleroz (SSk) kardiyak komplikasyonlar açısından yüksek risk taşır ve bu durum önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Bu çalışmada, erken dönem SSk hastalarında kardiyovasküler tutulumun (KVT) sıklığını ve gelişimini öngören faktörlerin araştırılması planlandı.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya, SOLAR (Systemic sclerOsis Longitudinal Assessment Registry) veri tabanına kayıt edilen, hastalık süresi, Raynaud fenomeni dışı semptomların başlangıcından itibaren 3 yılın altında olan, 2013 ACR/EULAR sınıflama kriterlerini karşılayan 325 SSk hastası ile VEDOSS kriterlerini karşılayan 62 hasta dahil edildi. SSk'de KVT; hastalığa bağlı miyokardiyal veya perikardiyal tutulum, koroner arter hastalığı veya ileti sistemi anormalliklerinin varlığı olarak tanımlandı. Demografik, klinik ve laboratuvar bulgular KVT varlığına göre karşılaştırıldı ve potansiyel risk faktörleri analiz edildi.

Bulgular: Erken hastalık dönemindeki hasta grubunda KVT, 15 hastada (%3,8) saptanmış olup, bunların çoğu kadındı (%86,7). KVT'li hastaların yalnızca ikisi (%13,3) VEDOSS kriterlerini karşılarken, diğerleri 2013 ACR/EULAR kriterlerini sağlıyordu. Dokuz hastada (%60) koroner arter hastalığı (KAH) tanısı mevcuttu. Altı hastada gerçekleştirilen kardiyak manyetik rezonans görüntülemede (MRG) miyokardiyal ödem ve geç gadolinyum tutulumu saptandı. KVT'li hastalarda, KVT olmayanlara göre yaş ortalaması daha yüksekti (59,9±14,5'e karşı 50,1±13,1 yıl; p=0,005). Deri tutulum tipi KVT ile anlamlı düzeyde ilişkiliydi (p=0,03); yaygın deri tutulumu ve sine skleroderma formları KVT olanlarda daha sık görüldü. Miyozit (%20'ye karşı %1,3; p<0,005), pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH) (%20'ye karşı %4; p=0,002), overlap sendromu (%46,7'ye karşı %9,4; p=0,005) ve hipertansiyon (%46,7'ye karşı %14,8; p=0,001) KVT'li hastalarda daha yüksek oranda izlendi. İnterstisyel akciğer hastalığı da daha sık olma eğiliminde olmakla birlikte (%53'e karşı %30) anlamlılığa ulaşmadı (p=0,11). Tırnak dibi kapillaroskopi bulgularının KVT olmayanlarla benzer olup, geç patern KVT grubunda daha yüksek oranda izlense de (%20'ye karşı %6,5) anlamlılığa ulaşmadı (p=0,48). KVT ile ilişkili faktörler ileri yaş (OR: 1,10; %95 CI: 1,01-1,20; p=0,037), miyozit varlığı (OR: 14,1; %95 CI: 2,9-69,7; p=0,001), PAH (OR: 5,5; %95 CI: 1,3-23,2; p=0,021), overlap sendromu (OR: 21,8; %95 CI: 3,09-154,3; p=0,002) ve hipertansiyon (OR: 5,6; %95 CI: 2,0-15,5; p=0,01) olarak saptandı. Buna karşılık, sınırlı deri tutulumu varlığı KVT açısından düşük risk ile ilişkili bulundu (OR: 0,31; %95 CI: 0,10-0,97; p=0,045).

Sonuç: Bu erken dönem SSk kohortunda KVT nadir olmakla birlikte, ileri yaş ve özellikle miyozit, PAH, overlap sendromu, hipertansiyon ile ilişkili bulunmuştur. Sınırlı deri tutulumu, KVT açısından düşük risk ile ilişkilidir. Kayıt sistemimizdeki hastaların erken hastalık evresinde olması ve kardiyak MRG kullanımının sınırlı kalması nedeniyle KVT prevalansı olduğundan düşük saptanmış olabilir. Bu durum, düzenli tarama ve takibin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, kardiyovasküler tutulum, risk faktörleri

[PS-187]

FMF hastalarında MEFV mutasyonlarının kolşisin, anakinra ve kanakinumab tedavilerinin etkinlik ve güvenliğine etkisi

Miraç Günaydın[1], Rabia Deniz[2], Hatice Kübra Yerişenoğlu Demir[1], Ahmet Gül[3], Cemal Bes[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Kliniği, İstanbul

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

Amaç: Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF), MEFV gen mutasyonları ile ilişkili, tekrarlayan ateş ve serözit ataklarıyla seyreden monogenik bir otoenflamatuvar hastalıktır. Tedavide temel ajan kolşisin olup, dirençli olgularda IL-1 blokajı yapan biyolojik tedaviler (anakinra, kanakinumab) kullanılmaktadır. Ancak MEFV mutasyonlarının tedavi yanıtı ve yan etki profilleri üzerindeki etkisi net değildir. Bu çalışmanın amacı, FMF hastalarında MEFV mutasyonlarının yerli/ithal kolşisin, anakinra ve kanakinumab tedavilerinin etkinlik ve güvenliğine olan etkilerini değerlendirmektir.

Yöntem: Retrospektif ve kesitsel, tek merkezli bu çalışmaya 2020-2025 yılları arasında FMF tanısıyla izlenen toplam 500 hasta dahil edilmiştir. Hastalar genetik sonuçlarına göre MEFV pozitif (n=412) ve negatif (n=88) olarak iki gruba ayrılmıştır. Demografik veriler, hastalık ve tanı verileri, tedaviye başlama zamanı, tedavi ajanları, yanıtı ve yan etkiler kaydedilmiştir. Tedaviye yetersiz yanıt, en az 6 aylık tedaviye rağmen 3 ve daha fazla atak olarak tanımlanmıştır.

Bulgular: MEFV pozitif ve negatif hastaların temel demografi verileri ve tedavi özellikleri Şekil 1'de, tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırmalar Tablo 1'de verilmiştir. MEFV-negatif hastalarda tanı yaşı ve gecikmesi daha uzun bulundu (14 vs 26, 10 yıl vs 5 yıl, p<0,05). Tüm hastalarda ilk basamakta kolşisin verilmişti ve her iki grupta da atak sıklığını ve süresini anlamlı olarak azaltmıştı. Ancak enflamasyon kontrolü (CRP/ferritin) MEFV-pozitiflerde daha belirgin düzeydeydi (p<0,05). Tüm tedaviler sonrası son vizitte ise iki grupta da akut faz belirteçleri tedavi öncesi ölçümlere göre belirgin düşüktü (tüm değişkenlerde p<0,05). Kolşisine yan etki gruplar arasında benzerdi. İthal kolşisin anlamlı fark olmamakla beraber MEFV pozitif grupta daha fazla kullanılmıştı ve özellikle gastrointestinal intoleransı olan hastalarda daha iyi tolere edilmişti. Anakinra kullanımı gruplar arasında benzerken anakinraya yetersiz yanıt görülmesi MEFV negatif grupta daha sıktı (%17,5 vs 33,3). Kanakinumab kullanımı gruplar arasında benzer olup yan etki iki grupta da gözlenmedi.

Sonuç: MEFV-pozitif hastaların daha erken tanı aldığı, MEFV-negatif hastaların daha geç tanı aldığı, biyolojik tedaviye daha erken ihtiyaç duyduğu görülmüştür. Literatürde MEFV mutasyonlarının hastalık fenotipi ve şiddetini belirlemede kritik rol oynadığı bildirilmiş, çalışmamızda da MEFV-negatif hastaların tanı gecikmesi ve biyolojik ajan gereksiniminin daha fazla oluşu, bu grubun heterojen yapısını ve farklı IL-1 blokajına yanıtlı otoenflamatuvar sendromların bu kümede yer alabileceğini düşündürmüştür. Önceki çalışmalarda "kolşisine yetersiz yanıtlı" ya da "atipik FMF" olarak tanımlanan grupta genetik olarak negatif veya exon 10 dışı varyant taşıyan hastaların daha sık görüldüğü belirtilmiştir. Kolşisin etkinliği ve tolerabilitesi açısından bulgularımız, daha önceki geniş serilerle uyumludur. Kolşisin, FMF tedavisinin altın standardı olup, mutasyon tipine bakılmaksızın atak sıklığı ve şiddetini azaltmakta, amiloidoz riskini düşürmektedir. Serimizde kolşisin her iki grupta atak kontrolünde etkili bulunmuş; ancak enflamasyon parametrelerindeki düzelmenin MEFV-pozitif grupta daha belirgin olması, mutasyon varlığının tedavi yanıtını modüle ettiğini desteklemiştir. İkinci basamak tedaviler anakinra ve kanakinumab, etkin ve güvenli seçeneklerdir. Anakinraya yetersiz yanıt oranının MEFV-negatif grupta daha yüksek olması, bu hasta grubunun biyolojik tedavilere yanıt heterojenliğini ve NLRP3 mutayonları gibi ciddi IL-1 salınımı olan durumlarda kanakinumaba geçiş gerekebileceğini göstermektedir. Kanakinumabın ise her iki grupta benzer etkinlik ve güvenlik profili sunduğu bulunmuştur ve bu tanıdan bağımsız olarak IL-1 beta blokajının otoenflamatuvar hastalıklarda değerini desteklemektedir. Klinik pratikte genotip temelli bireyselleştirilmiş yaklaşımların gerekliliği ve gerekli olgularda yeni nesil dizileme gibi ileri analizlerin yapılmasının tanı ve tedaviye katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz ateşi, kolşisin, anakinra, kanakinumab, otoenflamatuvar hastalık, tedavi yanıtı

Tablo 1. *MEFV* pozitif ve negatif hastaların temel demografik tanısal ve klinik verileri

Parametre	MEFV pozitif (n=412)	MEFV negatif (n=88)	P değeri
Kadın/erkek n, %	231/181 (56.1/43.9)	64/24 (72.7/27.3)	0.002
Akrabalık	290 (70.4)	43 (48.9)	<0.001
Yaş medyan, yıl (aralık)	35 (18-80)	34.5 (18-69)	0.718
Tanı yaşı, yıl medyan (aralık)	14 (1-74)	26 (6-67)	0.021
Tedavi başlama yaşı, yıl medyan (aralık)	24 (1-74)	27 (6-67)	0.108
Toplam hastalık süresi, yıl medyan (aralık)	20 (1-60)	17 (2-64)	0.052
Semptom tanı arası süre, yıl medyan (aralık)	7 (0.25-54)	10 (0.25-58)	0.524
Semptom ve tedavi başlanması arasındaki süre, yıl medyan (aralık)	7 (0.25-54)	8.5 (0.25-58)	0.865
Kolşisin kullanımı	412 (100)	88 (100)	1.0
Günlük kolşisin dozu, mg medyan (aralık)	1.5 (0.5-4)	1.5 (0.5-3)	0.003
Kolşisin yan etkisi n, %	123 (29.9)	22 (25.0)	0.219
Kolşisine gelişen yan etki 0.690			
İshal	94 (76.4)	16 (72.7)	0.709
Hepatotoksisite	32 (26.0)	4 (18.2)	0.433
Bulantı	29 (23.6)	7 (31.8)	0.410
Alerji/döküntü	6 (4.9)	0	0.290
Nötropeni	1 (0.8)	0	0.671
Kolşisine yetersiz yanıt n, %	122 (29.6)	21 (23.9)	0.171
İthal kolşisin kullanımı n, %	142 (34.5)	26 (29.5)	0.224
Anakinra kullanımı n, %	65 (15.8)	12 (13.6)	0.375
Anakinra yan etki n, %	9 (13.8)	1 (8.3)	0.513
Anakinra ile oluşan yan etki n, %			
Enjeksiyon reaksiyonu	8 (88.9)	1 (100)	0.900
Diğer	1 (11.1)	0	
Anakinra yetersiz yanıt n, %	11 (17.5)	4 (33.3)	0.189
Kanakinumab kullanımı n, %	22 (5.3)	5 (5.7)	0.532
Kanakinumab yan etki n, %	0	0	N/A
Tosilizumab kullanımı n, %	2 (0.5)	0	0.679
Anti-TNF kullanımı n, %	2 (0.5)	0	0.679

Tablo 2. MEFV mutasyonuna göre tedavi öncesi ve sonrası klinik ve laboratuvar parametrelerin değişimi

	MEFV pozitif (n=412)			MEFV negatif (n=88)		
Parametreler	**Tedavi öncesi**	**Tedavi sonrası**	**p değeri**	**Tedavi öncesi**	**Tedavi sonrası**	**p değeri**
Atak süresi medyan, gün (aralık)	3 (1-20)	2 (0-7)	<0,001	3 (1-14)	2 (0-14)	<0,001
Atak sıklığı n, %			<0,001			0,015
Ayda 2 ve fazla	178 (43,2)	34 (8.4)		24 (27,3)	9 (10,2)	
Ayda bir	130 (31,6)	53 (13,1)		41 (46,6)	15 (17,0)	
2 ayda 1	28 (6,8)	11 (2,7)		7 (8,0)	4 (4,5)	
3 ayda 1	42 (10,2)	49 (12,1)		6 (6,8)	9 (10,2)	
4 ayda 1	11 (2,7)	24 (5,9)		1 (1,1)	4 (4,5)	
6 ayda 1	14 (3,4)	70 (17,2)		6 (6,8)	20 (22,7)	
Yılda 1	8 (1,9)	87 (21,4)		3 (3,4)	17 (19,3)	
Yılda 1'den az/yok	1 (0,2)	78 (19,2)		0	10 (11,4)	
Proteinüri, mg (medyan, aralık)	110 (18-9987	77 (26-8008)	0,065	89 (58-195)	76,5 (33-1210)	0,593
CRP, mg/L (medyan, aralık)	46 (1-431)	2 (1-292)	<0,001	32 (1-218)	1 (1-21)	<0,001
ESR, mm/h (medyan, aralık)	17 (2-109)	7 (1-83)	<0,001	33 (6-72)	8,5 (2-74)	<0,001
Lökosit, hücre x106 (medyan, aralık)	9015 (1828-20900)	7260 (2570-21970)	<0,001	8960 (2980-21880)	6865 (2960-17380)	<0,001
Nötrofil, hücre x106 (medyan, aralık)	5740 (890-18400)	4160 (1340-18590)	<0,001	5860 (1020-17930)	3935 (310-9270)	<0,001
Kreatinin, mg/dL (medyan, aralık)	0,78 (0,39-10,91)	0,75 (0,19-5,5)	0,566	073 (0.4,5-1,19)	0,70 (0,45-5,21)	0,581
ALT, U/L (medyan, aralık)	18 (5-192)	19 (1-244)	0,478	12 (8-154)	17,5 (7-113)	0,242
AST, U/L (medyan, aralık)	19 (6-465)	19 (8-110)	0,350	16 (8-75)	19 (11-70)	0,294
GGT, U/L (medyan, aralık)	20,5 (5-120)	17 (5-148)	0,086	16 (4-80)	15 (6-339)	0,047
ALP, U/L (medyan, aralık)	83 (14-166)	75 (5-274)	0,752	61 (30-114)	62 (1-357)	0,799
CK, U/L (medyan, aralık)	78 (20-4523)	87 (27-5333)	0,007	82 (38-259)	83 (44-931)	0,211
LDH, U/I (medyan, aralık)	186 (105-487)	174 (19-378)	0,881	177,5 (137-218)	159 (84-246)	0,140
Ferritin, ng/mL (medyan, aralık)	75 (5-343)	36,5 (2-1539)	<0,001	63 (19-426)	31 (2-112)	0,068

[PS-188]

Ankilozan spondilit hastalarında ağrı algısının hastalık aktivite ölçütleri üzerine etkisi

Gülşah Soytürk[1], Hatice Ecem Konak[1], Sevgi Bilen Ayhan[1], Esra Kayacan Erdoğan[1], Ebru Atalar[1], Serdar Can Güven[1], Kevser Orhan[1], İsmail Doğan[2], Yüksel Maraş[3], Ahmet Omma[3], Orhan Küçükşahin[2], Şükran Erten[2], Hakan Babaoğlu[1], Berkan Armağan[1]

[1]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

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

[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Ankilozan spondilit (AS), yaşam kalitesi ve fonksiyonel kapasiteyi olumsuz etkileyen kronik enflamatuvar bir hastalıktır. Hastalık aktivitesinin değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler genellikle hasta bildirimlerine dayanmakta ve bireyin ağrı algısı ile psikolojik durumundan etkilenmektedir. Son dönemdeki çalışmalar, aksiyel spondiloartritli bireylerde ağrı felaketleştirme gibi psikososyal faktörlerin hastalık aktivitesi ve fonksiyonel skorlar üzerinde önemli etkileri olduğunu göstermektedir. Bu çalışma, AS hastalarında ağrı felaketleştirme düzeylerinin hastalık aktivite skorları (BASDAI, ASDAS) ve nöropatik ağrı ölçekleri (DN4, PainDetect) ile ilişkisini incelemeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Bu prospektif çalışmaya AS tanısı olan hastalar dahil edildi. Hastalar, Pain Catastrophizing Scale (PCS) skorlarına göre ağrıyı "felaketleştiren" ve "felaketleştirmeyen" olarak iki gruba ayrıldı. Klinik değerlendirmede BASDAI, ASDAS-CRP, ASDAS-ESH, VAS (hasta ve doktor), DN4 ve PainDetect skorları kaydedildi. Laboratuvar parametreleri olarak C-reaktif protein (CRP) ve eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ölçüldü. Gruplar arası karşılaştırmalar yapıldı ve PCS ile klinik parametreler arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 51 AS hastası dahil edildi. Hastaların 18'inde (%34,6) ağrı felaketleştirme saptandı. Bu grupta VAS, BASDAI, ASDAS-CRP, ASDAS-ESH, DN4 ve PainDetect skorları anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$), CRP ve ESH düzeylerinde ise gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı. Korelasyon analizinde PCS ile subjektif aktivite skorları arasında güçlü pozitif korelasyonlar saptanırken, biyolojik enflamatuvar belirteçler (CRP, ESH) ile anlamlı ilişki gözlenmedi (Şekil 1).

Sonuç: Ankilozan Spondilit hastalarında ağrı felaketleştirme, subjektif hastalık aktivite ölçütlerini belirgin şekilde yükseltmektedir. Buna karşın biyolojik enflamatuvar belirteçler ile ilişki saptanmamıştır. Bulgularımız, hastalık aktivitesinin değerlendirilmesinde yalnızca subjektif ölçeklere dayanmanın yanıltıcı olabileceğini ve ağrı algısının mutlaka dikkate alınması gerektiğini göstermektedir. Bu sonuç, literatürde aksiyel spondiloartritli hastalarda psikososyal faktörlerin BASDAI ve BASFI skorlarını anlamlı biçimde etkilediğini bildiren çalışmalarla uyumludur ve hastalık yönetiminde psikososyal yaklaşımın önemini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Ağrı felaketleştirme, ankilozan spondilit, nöropatik ağrı

[PS-189]

Ankilozan spondilitli hastalarda biyolojik tedavi değişikliklerinin iş prodüktivitesine etkisi

Hatice Ecem Konak, Berkan Armağan, Esra Kayacan Erdoğan, Gülşah Soytürk, Çisem Çağdaşer, Ebru Atalar, Kevser Orhan, Hakan Babaoğlu

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Bu çalışmada, ankilozan spondilit (AS) hastalarında biyolojik tedavi değişikliklerinin iş ve günlük yaşam üzerindeki etkilerini değerlendirmek ve hastalık aktivitesi (BASDAI) ile iş prodüktivitesi ve aktivite kısıtlılığı (WPAI) arasındaki ilişkiyi araştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışmaya, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Romatoloji Kliniği'ne 2019–2025 yılları arasında başvuran ankilozan spondilit (AS) tanılı hastalar arasından, 2023 yılı itibariyle longitudinal olarak izlenen hastalar dahil edilmiştir. Toplamda 3171 AS tanılı hasta değerlendirmeye alınmış olup, bunların 1016'sında en az bir AS hastalık aktivite ölçeği mevcut bulunmuştur. Bu hasta grubundan; biyolojik tedavi alan, en az iki adet WPAI (Work Productivity and Activity Impairment – günlük aktivite kaybı) ölçümü bulunan ve aktif olarak çalışan toplam 301 hasta analiz edilmiştir. Hastaların demografik özellikleri, WPAI skorları, BASDAI, VAS-hasta ve VAS-hekim skorları ile biyolojik tedaviye ilişkin değişkenler karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastaların toplam takip süresi 368,5 hasta-yılı olarak hesaplanmış ve 1.087 vizit analiz edilmiştir. Hastaların ortalama yaşı 45,9±10,7 yıl olup, %30,2'si kadındı. Tedavi değişikliğinin günlük faaliyet kaybına etkisi incelendiğinde biyolojik tedavi değişim sayısı arttıkça WPAI skorlarında artış eğilimi gözlenmiştir; hiç ilaç değişimi yapmayanlarda ortalama WPAI skoru 36.0 iken, üç ilaç değişimi yapanlarda bu değer 56,2'ye yükselmiştir. WPAI skorundaki anlamlı değişiklik oranına bakıldığında, %10 ve üzeri iyileşme gösteren hastalarda (n=124), %10'dan az iyileşme gösterenlere (n=177) kıyasla VAS Hasta, VAS Doktor ve BASDAI skorlarında istatistiksel olarak anlamlı düşüşler saptanmıştır (p<0,01) (Tablo 1). Toplam 90 hastada 140 ilaç değişim olayı analiz edildiğinde, BASDAI ve WPAI değişimleri arasında güçlü bir doğrusal ilişki bulunmuştur (R_2=0,64). Regresyon analizi, WPAI' da %10'luk bir iyileşme için BASDAI skorunda yaklaşık 1,01 birimlik bir azalmanın yeterli olduğunu göstermiştir.

Sonuç: Bu sonuçlar, AS hastalarında hastalık aktivitesinin kontrol altına alınmasının, iş prodüktivitesi ve günlük yaşam kalitesi üzerinde doğrudan olumlu bir etki yarattığını göstermektedir. Sık tedavi değişikliği ihtiyacı, daha yüksek hastalık yükü ve fonksiyonel kayıp ile ilişkili görünmektedir. Bu nedenle, BASDAI gibi klinik ölçütlerin yanı sıra WPAI gibi hasta bildirimli sonuçların da tedavi başarısının değerlendirilmesinde önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, biyolojik tedavi, günlük faaliyet kaybı

Tablo 1. WPAI iyileşme durumuna göre grupların karşılaştırılması

	<%10 İyileşme (n=177)	≥%10 İyileşme (n=124)	p-değeri
Yaş	45,34±10,67	46,75±10,73	0,261
Cinsiyet (E/K)	128/49	82/42	0,306
Biyolojik tedavi süresi (yıl)	1,23±0,59	1,22±0,55	0,915
VAS hasta değişim	0,32±2,74	-2,59±301	0,000
VAS doktor değişim	-1,51±3,00	-2.,47±2,83	0,006
BASDAI değişim	-0,31±2,03	-2,21±2,02	0,000

[PS-190]

Erkek lupus hastaları, sistemik lupus eritematozusun farklı bir subfenotipi olabilir mi?

Gül Sandal Uzun, Berkay Soysal, Yunus Emre Dalkılıç, Hazan Karadeniz, Seda Çolak, Emre Tekgöz, Muhammet Çınar, Sedat Yılmaz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

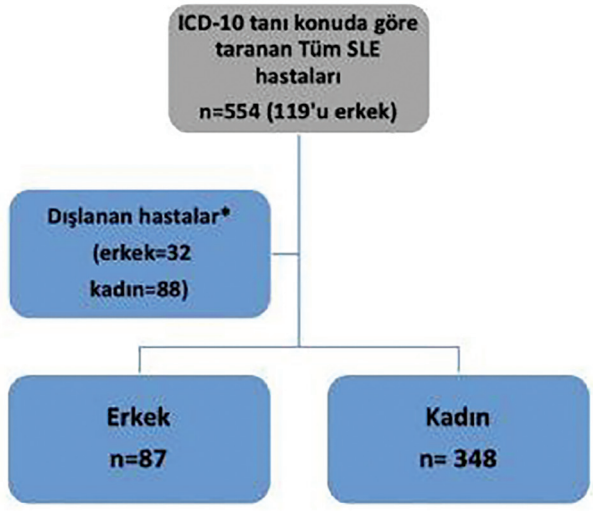
Amaç: Lupus, klinik ve serolojik olarak domainlere ayrılan oldukça heterojen seyirli otoimmün bir hastalıktır. Erkeklerde kadın cinsiyete göre yaklaşık 10 kat daha az sıklıkta görülmektedir. Bu zamana kadar yapılan çalışmalar daha çok cinsiyet farkının klinik ve hastalık aktivite farkları üzerine yoğunlaşmış olsa da komorbid hastalıklar açısından farkları inceleyen literatür bilgisi kısıtılıdır. Çalışmamızda cinsiyet farkının lupusun organ tutulumları üzerinde etkisini ve komorbidite farklılığını ortaya koymayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya Ocak 2015 ile Ocak 2025 tarihleri arasında ICD-10 tanı koduna göre 554 SLE hastası dökümente edildi. Hastaların tanıları deneyimli iki romatolog tarafından gözden geçirildi. SLE tanısı olmayan hastalar çalışmadan çıkarıldı ve kalan SLE hastalarından ise 1990 American College of Rheumatology (ACR) ve/veya Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC) SLE kriterlerini karşılayan hastalar çalışmaya dahil edildi. Bu hastalardan takip ve tedavi verisi eksik olanlar çalışmadan çıkarıldı (Şekil 1). Hastaların demografik, klinik, serolojik verileri ve tedavi öyküleri (steroid, hidroksiklorokin, immünosupresif tedavi öyküleri) dökümente edildi. Komorbid hastalık öyküleri olarak; hipertansiyon, diabetes mellitus (DM), dislipidemi, koroner arter hastalığı (KAH), serebrovasküler olay, kronik obstuktif akciğer hastalığı, malignite, otoimmün hepatit, otoimmün tiroid hastalıkları, osteopeni/osteoporoz, kronik böbrek hastalığı (KBH) kaydedildi. Hasta grupları kadın ve erkek cinsiyet olarak ikiye ayrılarak demografik, klinik ve tedavi öyküleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastaların 87'si (%20) erkek cinsiyetti, tanı yaşı ortalaması ise 37,2 idi. Erkek cinsiyet lupus hastalarının ateş, serözit ve subakut/akut kutanöz lupus sıklığı daha fazla idi. Erkek lupus hastalarının 31'inde (35,6) biyopsi konfirme lupus nefriti tanısı vardı ve kadın cinsiyete göre istatistiksel olarak daha yüksekti (p=0,002). Serolojik markerler açısından bakıldığında kadın cinsiyette SSA/SSB pozitifliği hastaların 68'inde (%19,5) mevcut olup, erkek lupus hastalarına göre daha yüksekti. Erkek lupus hastalarının 35'inde (%40,2) sekonder AFAS tanısı eşlik ediyorudu ve kadın lupus hastalarına göre daha yüksekti (p<0,001). Erkek lupus hastalarında tedavide mikofenolik asit ve siklofosfamid kadın lupus hastalarına göre daha yüksek oranda tercih edilmişti (sırasıyla, p=0,02 ve p=0,004). Erkek lupus hastalarında sırasıyla hipertansiyon, KAH ve kronik böbrek yetmezliği daha sıktı (p=0,042, p=0,027, p=0,003). Kadın lupus hastalarında osteopeni/osteoporoz sıklığının ise daha yüksekti (p=0,01) (Tablo 1).

Sonuç: Erkek lupus hastalarının klinik olarak daha sıklıkla renal tutulum, tromboz ve AFAS tanısı ile seyrettiği ve komorbid hastalık yükünün kadın cinsiyete göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Romatoloji pratiğinde klinisyenlerin cinsiyet özelinde oluşabilecek riskleri bilmesi, komorbid hastalıklar açısından uygun tarama yapmaları hastalarda oluşabilecek organ hasarını önlemede yol gösterici olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, erkek cinsiyet, komorbid hastalıklar



Şekil 1. Lupus Hastalarının Seçimi

Dışlama kriterleri; 1990 American College of Rheumatology (ACR) ve/veya Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC) SLE kriterlerini karşılamayan hastalar; takip ve tedavi vizitleri eksik olan hastalar

Tablo 1. Cinsiyete göre Lupus Hastalarının klinik ve demografik farkları

	Erkek n=87	**Kadın n=348**	**p**
Tanı yaşı, ortalama, SS	34,8 (11,6)	38,0 (12,2)	0,27
Hastalık süresi, ortalama, SS	8,7 (3,2)	9,9 (4,5)	0,08
Klinik özellikler, n (%)			
Ateş	19 (21,8)	27 (7,7)	0,001
Lenfadenopati/splenomegali	10 (11,5)	23 (6,6)	0,141
Akut ve subakut kutanöz lupus	52 (59,8)	151 (43,3)	0,04
Diskoid lupus (alopesi)	6 (6,9)	28 (8,3)	0,32
Mukozal/nazal ülserasyonlar	17 (19,5)	47(13,8)	0,39
Nöropsikiyatrik tutulum	8 (9,3)	27 (7,9)	0,55
Artrit	44 (59,6)	149 (48,7)	0,49
Serözit (plevrit/perikardit)	24 (27,5)	31 (8,9)	0,004
Renal tutulum	31 (35,6)	55 (15,8)	0,002
Sekonder antifosfolipid sendromu* (Klinisyen tanısı ile)	35 (40,2)	41 (15,4)	<0,001
Tromboz öyküsü	26 (29,8)	28 (10,6)	0,02
ANA pozitifliği	76 (87,1)	325 (93,3)	0,49
Ds-DNA pozitifliği	65 (74,7)	204 (58,7)	0,02
Anti SSA/SSB	7	68 (19,5)	0,003
Anti-SM	13 (15,1)	23 (8,9)	0,07
Nükleozom	12 (14)	57 (22)	0,06
Anti-histon	6 (7)	34 (13,1)	0,08
Anti RNP	14 (16,3)	30 (11,5)	0,16
Anti-JO-1	2 (2,3)	4 (1,5)	0,46
Ribozomal P	3 (3,5)	17 (6,5)	0,22
Hipokomplementemi (c3,c4)	66 (76,7)	157 (45,2)	0,001
SLE tedavisine yönelik tedaviler, n (%)			
Glukokortikoid	81 (93,1)	226 (85,3)	0,38
Hidroksiklorokin	79 (90,8)	244 (92,8)	0,08
Azatiopürin	18 (20,7)	52 (20)	0,5
Mikofenolat mofetil	29 (33,3)	58 (22,1)	0,02
Siklofosfamid	14 (16,1)	15 (5,7)	0,004
Rituximab	6 (6,9)	8 (3,1)	0,1
Kalsinörin inhibitörleri	10 (11,5)	15 (5,7)	0,06
Komorbid hastalıklar, n (%)*			
Hipertansiyon	31 (35,2)	76 (25,1)	0,042
Diabetes mellitus	6 (6,8)	26 (8,6)	0,39
Koroner arter hastalığı	9 (10,2)	12 (3,9)	0,027
Dislipidemi	9 (10,2)	26 (8,3)	0,37
Kronik obsturktif akciğer hastalıkları	3 (3,4)	8 (2,6)	0,46
Otoimmün tiroid hastalıkları	9.8(10, 2)	41 (13,5)	0,26
Serebrovasküler olay	8 (9,2)	19 (6,3)	0,23
Malignite (solid organ tümörü, hematolojik malignite)	6 (6,9)	13 (4,3)	0,25
Kardiyak disritmiler	5 (5,7)	11 (3,6)	0,27
Otoimmün hepatit	0	4 (1,9)	0,39
Osteopeni/osteoporoz	5/71 (7)	41/257 (15,3)	0,01
Kronik böbrek yetmezliği	18 (20,7)	25/303 (8,2)	0,003

**Eksik veri*

[PS-191]

Evans sendromu olan sistemik lupus eritematozus hastalarının klinik bulguları ve uzun dönem sağkalımının değerlendirilmesi; çok merkezli retrospektif deneyim

Gül Sandal Uzun[1], Cansu Akleylek[2], Berkay Soysal[1], Nazife Şule Yaşar Bilge[3], Aida Shikhaliyeva[4], Elif Akyazı Şener[5], Andaç Komaç[6], Burcu Yağız[7], Rabia Özmen[8], Deniz Dönmez[9], Rahime Duran, Abdulsamet Erden[10], Özge Yoğurtçu[11], Hasan Yardımcı, Handan Yarkan Tuğsal, İsmail Sarı[12], Melike Ersoy[13], Ömer Atakan Soğur, Rıdvan Mercan[14], Nilay Erdik, Emel Gönüllü[15], Berna Yurttaş[16], Tuba Demirci Yıldırım[17], Ömer Karadağ[9], Hakan Babaoğlu[5], Timuçin Kaşifoğlu[3], Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle[6], Yavuz Pehlivan[7], Figen Yargucu Zihni, Gonca Karabulut, Gökhan Keser[8], Servet Akar[11], Emine Figen Tarhan[13], Sedat Yılmaz[1], Fatma Alibaz Öner, Haner Direskeneli[4], Neslihan Yılmaz[18]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[2]Bağımsız Araştırmacı, Romatoloji, İstanbul

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

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

[5]Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

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

[7]Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

[8]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

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

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

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

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

[13]Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Muğla

[14]Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ

[15]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

[16]Tekirdağ Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Tekirdağ

[17]İzmir Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İzmir

[18]Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

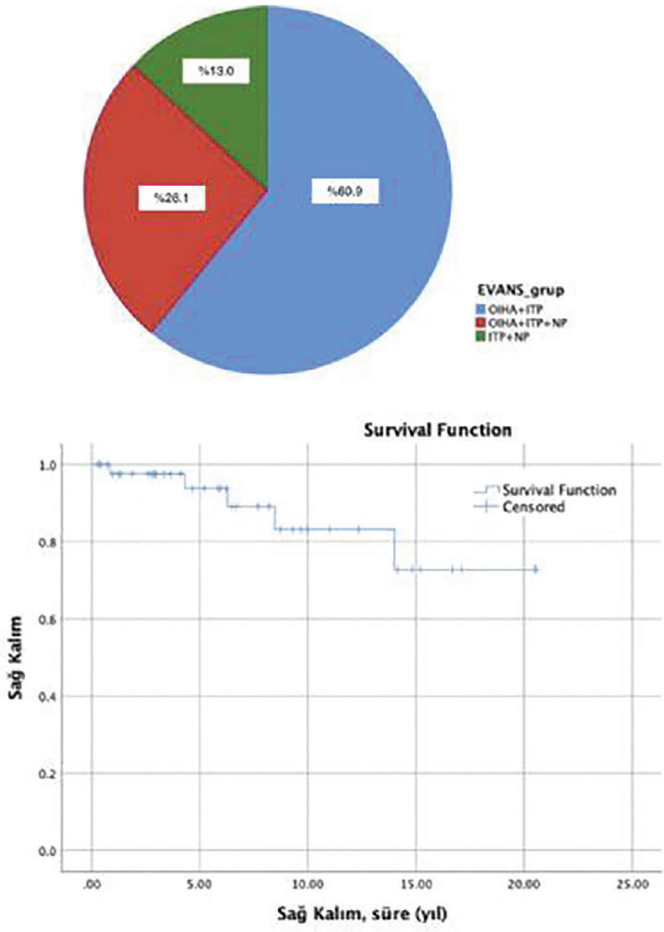
Amaç: Evans sendromu, otoimmün hemolitik anemi (OİHA), immün trombositopeni (İTP) ve immün nötropeninin (NP) en az ikisinin eş zamanlı veya ardışık olarak ortaya çıkması ile karakterize olup, sistemik lupus eritematozus (SLE) hastalarında nadir görülen bir hematolojik tutulumdur. Literatürde hem primer, hem de sekonder formunun yüksek mortaliteye (%20-40) sahip olduğu bildirilmiştir, ancak sekonder grupta yer alan SLE ilişkili Evans sendromunun prognozu ile ilgili veriler yetersizdir. Çalışmamızda SLE-Evans sendromu hastalarının klinik özelliklerini ve uzun dönem sağkalımını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Retrospektif, çok merkezli çalışmamıza, 2019 sınıflama kriterlerine göre SLE tanısı almış ve Evans sendromu tanı kriterlerini [İTP (Trombosit <100×10^9/L), OİHA (hemoliz bulguları, pozitif coombs testi ve artmış retikülosit sayısı ile beraber hemoglobin düzeyi <12 g/dL) veya otoimmün nötropeni ve kronik idiyopatik nötropeni (nötrofil <1,8 ×109/L) bulgularından en az ikisinin varlığı] dolduran hastalar dahil edildi. Mikroanjiyopatik hemolitik anemi nedeni olabilecek durumlar (hemofagositik sendrom, trombotik trombositopenik purpura, hemolitik üremik sendrom, katastrofik antifosfolipid sendromu ve yaygın intravasküler koagülasyon) veya diğer sitopeni nedenleri dışlama kriteri olarak alındı. Hastalar etkilenen hematolojik hücre serisine göre gruplara ayrıldı; Grup 1: OİHA+ İTP, Grup 2: OİHA+ İTP+NP, Grup 3: İTP +NP, Grup 4: OİHA + NP. Tüm hastaların demografik, klinik özellikleri ve mortalite sebepleri incelendi. Kaplan Meier analizi ile sağkalım değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 46 SLE-Evans (kadın/erkek: 42/4) sendromlu hasta dahil edildi. Hastaların ortalama tanı yaşı 42,9 (±16,6) yıl ve ortanca hastalık süresi 4,1 yıl idi. Hastaların grup dağılımına göre en sık OİHA ve İTP birlikteliği (%60,8) mevcuttu, OİHA ve nötropeni grubunda ise hasta saptanmadı (Şekil 1a). Evans Sendromu, hastaların 9'unda (%19,6) lupus tanısından önce, 31'inde (%67,4) eş zamanlı, 6'sında (%13) ise lupus tanısından sonra gelişmişti. OİHA ve İTP, 19 hastada eş zamanlı bulunurken, 10 hastada 13,0 ay ara ile önce OİHA, 9 hastada ise 28,6 ay ara ile önce İTP ortaya çıktığı görüldü. Demografik veriler tabloda yer almaktadır. Hastaların %10,9'unda ortanca 6,2 (0,8-14,0) yıl sonra mortalite gelişti (Şekil 1b). Mortalite sebepleri iki hastada kardiyovasküler, iki hastada enfeksiyon, bir hastada ise hastalık dışı bir neden (trafik kazası) idi.

Sonuç: Çalışmamızda lupusta nadir görülen belirtilerden olan ve literatürde az sayıda epidemiyolojik veri bulunan SLE-Evans sendromunun klinik bulguları sunulmuş ve yaklaşık %20 hastada hematolojik belirtilerin SLE tanısı ortaya çıkmadan saptandığı görülmüştür. Hem primer, hem de sekonder formunun yüksek mortalite ile seyrettiği bilinen Evans sendromunun çalışma grubumuzda takip süresince görece düşük (%10,9) bir mortalite ile seyretmiş olması, SLE ilişkili Evans sendromunun diğerlerine göre daha ılımlı bir seyirde olması ve/veya lupus seyrinde kullanılan immünosupresif ilaçların prognozu olumlu yönde etkilemesi ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştür.

Anahtar Kelimeler: EVANS sendromu, otoimmün hemolitik anemi, immün trombositopeni, otoimmün nötropeni, sistemik lupus eritematozus, sağkalım



Şekil 1. a. EVANS sendromlu SLE hastalarının hematolojik tutulum özelliklerine göre dağılımı, **b.** EVANS sendromlu SLE hastalarının sağkalım analizi

Tablo 1. EVANS sendromlu SLE hastalarının demografik ve klinik özellikleri

	Tüm EVANS hastaları (n=46)
SLE tanı yaşı, yıl, standart sapma	42,9±16,6
Kadın/Erkek, n	42/4
Hastalık süresi, ortanca (en düşük-en yüksek), yıl	4,13 (0,5-19,4)
Ateş, n (%)	17 (37)
Lenfadenopati öyküsü, n (%)	7 (15,2)
Deri tutulumu, n (%) Akut ve subakut kutanöz lupus Kronik kutanöz lupus	28 (60,9) 9 (19,6)
Oral ve/veya nazal ülserler, n (%)	9 (19,6)
Alopesi, n (%)	10 (21,7)
Sinovit/Artrit, n (%)	18 (39,1)
Serözit, n (%) Plevrit Perikardit	7 (15,2) 4 (8,7)
Renal, n (%) Proteinüri Hematüri Biyopsi konfirme Lupus nefriti	23 (50) 19 (41,3) 12 (26,1)
Tromboz öyküsü, n(%)	11 (23,9)
Sekonder AFAS varlığı, n(%)	12 (26,1)
Hipokomplementemi n(%)	31/39 (79,4)
Anti-Sm, n (%)	12 (26,1)
Anti-dsDNA, n (%)	33 (71,7)
Hemoglobin değeri (g/dL), ortalama ± SS Grup 1 Grup 2 Grup 3	7,5±1,2 7,5±1,3 11,2±0,6
Trombosit değeri (<100×10^9/L, ortalama ± SS Grup 1 Grup 2 Grup 3	45,3±25,7 40±23,6 16,5±7,6
Nötrofil değeri, ortalama ± SS Grup 1 Grup 2 Grup 3	3,2±1,4 1,27±0,5 1,22±0,2
Tedavi: n (%)	
Kortikosteroid	46 (100)
Pulse Kortikosteroid	25 (54,3)
Hidroksiklorokin	43 (93,5)
Azatiopürin	18 (39,1)
Mikofenolat mofetil	29 (63)
Rituximab	13 (28,3)
Siklofosfamid	14 (30,4)
Kalsinörin inhibitörleri	10 (21,7)
İntravenöz immünoglobulin	12 (26,1)
Mortalite, n (%)	5 (10,9)

[PS-192]

ANCA İlişkili Vaskülit Tanılı Hastalarda Koagülasyon Parametreleri, Majör Organ Tutulumu ve Hemorajik Komplikasyonların İlişkisi

Batuhan Erdir[1], Rabia Deniz[2], Cemal Bes[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

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

Amaç: ANCA ilişkili vaskülit (AAV), küçük ve orta boy damarları tutan, yüksek mortalite ve morbiditeye neden olan otoimmün bir vaskülit grubudur. En ciddi komplikasyonlar renal tutulum ve pulmoner hemorajidir. Bu çalışmanın amacı, AAV tanılı hastalarda koagülasyon parametreleri ve von Willebrand faktör (vWF) antijen ve kofaktör düzeylerinin, tanı, renal disfonksiyon ve pulmoner hemorajik komplikasyonlarla ilişkisini araştırmaktır.

Yöntem: Retrospektif, tek merkezli çalışmaya, AAV tanısıyla takip edilen ve dosya verilerine tam olarak ulaşılabilen 26 erkek 20 kadın olmak üzere, 33 granülomatöz polianjitis (GPA) ve 13 mikroskopik polianjitis (MPA) olacak şekilde 46 hasta dahil edildi. Tüm hastaları tanı ve remisyon dönemi olmadığından retrospektif olarak elde edilen değerler analize alındı.

Bulgular: Pulmoner hemoraji 18 (%39,1), renal disfonksiyon 24 (%52,2) hastada gelişmiş olup, renal disfonksiyonda erkek baskınlığı vardı (p=0,040). Pulmoner hemoraji gelişen grupta aktif dönemde CRP, ESR, nötrofil, kreatinin, LDH anlamlı olarak yüksekken lenfosit, hemoglobin düşük (p<0,05), anlamlı farka ulaşmasa da aPTT uzun, fibrinojen yüksek, D-dimer düşüktü. Remisyonda aPTT, INR, fibrinojen, D-dimer ve diğer parametreler benzerdi. Renal disfonksiyon gelişen grupta aktif dönemde CRP, ESR, kreatinin, LDH anlamlı olarak yüksekken lenfosit, hemoglobin düşük (p<0,05), anlamlı farka ulaşmasa da aPTT uzun, fibrinojen yüksek, D-dimer düşüktü. Remisyonda ise aPTT, INR, fibrinojen, D-dimer ve diğer parametreler benzerdi. Tanının GPA veya MPA olmasına göre aktif dönemde aPTT, PT, fibrinojen farksızken D-dimer GPA'da yüksek, remisyon döneminde tümü benzerdir. vWF antijen ve kofaktörünün referans değerlerine göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir. Korelasyon analizinde hem vWF antijeni hem kofakötrü LDH ile en yüksek korelasyonu göstermiştir (r=0.,48 ve 0,754, p=0,017 ve 0,084) ve remisyon döneminde de korelasyon zayıflasa da sürmüştür (r=0,315 ve 0,551, p=0,061 ve 0,002). wWF antijen ve kofaktörü de kendi arasında hem aktif hem remisyon dönemde korelasyon göstermiştir (r=0,812 ve 0,814, p=0,005 ve <0,001).

Sonuç: Bulgularımız, özellikle aktif hastalık döneminde pulmoner hemoraji gelişenlerde CRP, ESR, nötrofil, kreatinin ve LDH değerlerinin yüksek, hemoglobin ve lenfositlerin ise düşük olduğunu ve enflamasyonun bilinen katkısını desteklemiştir. Ayrıca aPTT'nin uzaması, fibrinojenin artması ve D-dimerin görece düşük olması klinik tabloyu desteklemiş; vWF antijen ve kofaktör düzeylerinin özellikle LDH ile korele olması, endotel hasarı ve vasküler enflamasyonun hemostatik parametrelerle yakından ilişkili olabileceğini düşündürmüştür. AAV'nin hem prokoagülan hem de hemorajik komplikasyonlarla seyredebileceği bilinmektedir. Endotel aktivasyonu ve hasarı, hem tromboz riskini artırmakta hem de difüz alveoler hemoraji gibi ölümcül komplikasyonlara zemin hazırlamaktadır. Çalışmamızda özellikle daha fazla örneklem sayısına sahip remisyon hasta grubunda hem antijen hem kofaktör olarak vWF düzeyleri ile majör organ tutulumu arasındaki ilişki dikkat çekicidir. vWF, endotel hasarının duyarlı bir göstergesi olarak tanımlanmakta ve vaskülitlerde prognostik bir belirteç olabileceği düşünülmüştür. Bu parametrelerin remisyon döneminde de belirli düzeyde devam eden korelasyonu, endotel disfonksiyonunun kronik bir süreç olabileceğine de işaret olabilir. Sonuç olarak, AAV hastalarında vWF ve koagülasyon parametreleri, hem hastalık aktivitesini hem de majör organ tutulumu riskini yansıtabilecek potansiyel biyomarkerler olarak öne çıkmaktadır. Hem aktif hem remisyon dönemlerinde bu parametrelerin değerlendirilmesi, pulmoner hemoraji ve renal disfonksiyon gibi yüksek mortaliteye yol açabilen komplikasyonların öngörülmesine katkı sağlayabilir. Klinik pratikte bu biyomarkerlerin daha sık kullanılmasının, risk sınıflaması ve bireyselleştirilmiş tedavi stratejilerinin geliştirilmesine imkan sağlayabilir. Gelecek prospektif ve çok merkezli çalışmalarla, bulguların doğrulanmasına ve biyomarker temelli yaklaşımların AAV yönetimine entegrasyonuna katkıda bulunacaktır.

Anahtar Kelimeler: ANCA ilişkili vaskülit, koagülasyon parametreleri, von Willebrand faktör, majör organ tutulumu, hemorajik komplikasyon

Tablo 1. Tanı, pulmoner hemoraji ve renal disfonksiyon varlığına göre vWF antijen ve kofaktörünün değerlendirilmesi

	Granülomatöz polianjitis	**Mikroskopik polianjitis**	**p değeri**
Aktif dönemde vWF antijeni n, (%)			
Normal aralıkta	2 (18,2)	0	0,705
Yüksek	9 (81,8)	2 (100)	
Remisyonda vWF antijeni n, (%)			
Düşük	0	1 (4)	0012
Normal aralıkta	4 (36,4)	19 (76)	
Yüksek	7 (63,6)	3 (20)	
Aktif dönemde vWF kofaktör n, (%)			
Normal aralıkta	2 (33,3)	N/A	N/A
Yüksek	4 (66,7)	N/A	
Remisyonda vWF kofaktör n, (%)			
Düşük	0	2 (9,5)	0,061
Normal aralıkta	5 (55,6)	16 (76,2)	
Yüksek	4 (44,4)	3 (14,3)	
	Pulmoner hemoraji var	Pulmoner hemoraji yok	p değeri
Aktif dönemde vWF antijeni n, (%)			
Normal aralıkta	1 (14,3)	1 (16,7)	0,731
Yüksek	6 (85,7)	5 (83,3)	
Remisyonda vWF antijeni n, (%)			
Düşük	0	1 (4,5)	0,076
Normal aralıkta	7 (50)	16 (72,7)	
Yüksek	7 (50)	5 (22,7)	
Aktif dönemde vWF kofaktör n, (%)			
Normal aralıkta	1 (33,3)	1 (33,3)	0,800
Yüksek	2 (66,7)	2 (66,7)	
Remisyonda vWF kofaktör n, (%)			
Düşük	0	2 (9,5)	0,707
Normal aralıkta	7 (77,8)	14 (66,7)	
Yüksek	2 (22,2)	5 (23,8)	
	Renal disfonskiyon var	Renal disfonskiyon yok	p değeri
Aktif dönemde vWF antijeni n, (%)			
Normal aralıkta	1 (10)	1 (33,3)	0,423
Yüksek	9 (90)	2 (66,7)	
Remisyonda vWF antijeni n, (%)			
Düşük	0	1 (5,6)	0,026
Normal aralıkta	9 (50)	14 (77,8)	
Yüksek	9 (50)	3 (16,7)	
Aktif dönemde vWF kofaktör n, (%)			
Normal aralıkta	2 (40)	0	0,667
Yüksek	3 (60)	1 (100)	
Remisyonda vWF kofaktör n, (%)			
Düşük	0	2 (11,1)	0,160
Normal aralıkta	8 (66,7)	13 (72,2)	
Yüksek	4 (33,3)	3 (16,7)	

[PS-193]

Erişkin başlangıçlı Still hastalığına eşlik eden makrofaj aktivasyon sendromlu hastaların klinik özellikleri ve tedavi yönetimi; 10 yıllık takip deneyimine dayalı tek merkez retrospektif çalışma

Ebru Karaçalı, Gül Sandal Uzun, Emine Büşra Ata, Hazan Karadeniz, Seda Çolak, Emre Tekgöz, Muhammet Çınar, Sedat Yılmaz

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

Amaç: Erişkin başlangıçlı still hastalığı (EBSH) çoğunlukla hafif ve orta seyirli olan bir otoenflamatuvar hastalıktır. Öte yandan hastaların yaklaşık %10-15'inde görülen fakat mortal seyredebilen bir komplikasyonu olan Makrofaj Aktivasyon Sendromu (MAS) varlığında daha agresif tedavi gerekmektedir. Çalışmamızda üçüncü basamak tek merkezde 10 yıllık süre içerisinde takip edilen EBSH tanılı ve MAS gelişen hastalarda klinik özellik farklarını ve tedavi yönetimini incelemeyi amaçladık.

Yöntem: 2015-2025 yılları arasında Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği'ne başvuran ICD-10 koduna göre Erişkin Başlangıçlı Still Hastalığı tanısı almış hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastane elektronik kayıt sisteminden retrospektif olarak hastaların demografik özellikleri ile birlikte klinik, laboratuvar, görüntüleme ve histopatolojik sonuçları dökümente edildi. Bu hastaların içerisinden 2016 European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR)/American College of Rheumatology (ACR)/Paediatric Rheumatology International Trials Organisation (PRINTO) MAS tanı kriterlerini dolduran 21 hasta mevcuttu. MAS öyküsü olan ve olmayan ESBH hastaların verileri ile MAS öyküsü olan hastaların MAS öncesi ve MAS sonrası olmak üzere klinik, laboratuvar bulguları ile tedavi değişiklikleri kaydedildi.

Bulgular: EBSH almış 79 hasta dökümante edildi. Hastaların 5 tanesinde malignite, Sistemik lupus eritematozus ve Ailevi Akdeniz Ateşi gibi altta yatan farklı etiyolojiler saptanması üzerine çalışmadan çıkarıldı. 74 hastanın 21'inde (%28,3) MAS tanısı mevcuttu. MAS tanısı alan hastaların %66,7'si kadın cinsiyetti ve EBSH tanı yaşı ortalama 41,3'tü. MAS hastalarının %52,9'una (9/17) kemik iliği aspirasyon biyopsisi yapıldı. Kemik iliği değerlendirilen hastaların %11,1'inde (1/9) MAS ile uyumlu bulgu saptandı. EBSH'lerde MAS tablosu olan hastalar daha sık miyalji, plörezi/perikardit ve organomegaliye sahipti (Tablo 1). On yedi hastanın MAS tablosuna yönelik tedavisi kliniğimizde planlandı. Bu hastalarda akut MAS tedavisi olarak pulse steroid (%100), IVIG (%23,5) ve plazmaferez (%5,9) uygulandı. MAS tanısı öncesi 2 hasta Anakinra (ANA) kullanırken, 10 (%58,8) hastaya MAS anında anakinra başlanmıştı. Bu hastaların 9'u MAS tablosu sonrası ANA kullanımına devam ettiler (Şekil 1).

Sonuç: MAS tablosu gelişen EBSH'larda daha ciddi organ tutulumu ve daha yüksek enflamasyon bulguları vardır. Şiddetli enflamasyonu kontrol altına almak için başlanan ANA tedavisi MAS tablosu sonrasında da idamede kullanıldığı görülmüştür. Günlük romatoloji pratiğinde MAS gelişimi açısından hastaya ait faktörleri tanımlamak uzun süreli idame tedavilerin düzenlenmesinde yol gösterici olabilir.

Anahtar Kelimeler: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı, makrofaj aktivasyon sendromu, Still hastalığı

VAKA	*Önceki tedavi*	*Makrofaj Aktivasyon Sendromu anındaki akut tedaviler*	*İdame tedavi*	*3.aydaki yanıt durumu*
Vaka 1	Yok	Pulse Steroid, IVIG	TOCI, MTX, ANA	Relaps
Vaka 2	MTX, LEF,HCQ, GK	Pulse Steroid, Plazmaferez, MTX	MTX, HCQ, LEF, ANA	Relaps
Vaka 3	Yok	Pulse Steroid, ANA	ANA	Remisyon
Vaka 4	GK	Pulse Steroid, IVIG, CsA	GK, MTX	Remisyon
Vaka 5	NSAİİ, HCQ, CER, GK	ANA 1x200mcg, GK	ANA, MTX,TOCI	Relaps
Vaka 6	NSAİİ	Pulse Steroid,	GK,MTX,LEF	Relaps
Vaka 7	GK	Pulse Steroid, IVIG	GK	Remisyon
Vaka 8	Yok	Pulse Steroid, ANA 1x200mcg, CsA	MTX	Relaps
Vaka 9	CsA, MTX, ANA 1x100mcg	Pulse Steroid, ANA 4x100 mcg	ANA 1x100 mcg	
Vaka 10	Yok	Pulse Steroid	GK	Remisyon
Vaka 11	Yok	Pulse Steroid, ANA	MTX	Remisyon
Vaka 12	ANA, GK	Pulse steroid, ANA 4*100	ANA	Remisyon
Vaka 13	NSAİİ, GK	ANA, Pulse Steroid	CsA	Remisyon
Vaka 14	MTX, GK	ANA, Pulse Steroid,	ANA	Remisyon
Vaka 15	Yok	Pulse Steroid, IVIG, ANA	ANA	Remisyon
Vaka 16	GK,MTX,CsA, ANA		ANA	Remisyon
Vaka 17	Yok	Pulse Steroid, ANA	ANA ,CsA	Remisyon

ANA: Anakinra, CER: Sertolizumab, CsA: Siklosporin, GK: Glukokortikoid, HCQ: Hidroksiklorokin, IVIG: İntravenöz İmmunoglobulin, LEF: Leflunomid, MTX: Metotreksat, NSAİİ: Non- steroid anti- inflamatuar ilaç, TOCI: Tosilizumab

Şekil 1. Erişkin başlangıçlı Still hastalığı olan ve makrofaj aktivasyon sendromu gelişen hastalarda tedavi değişimi.

Tablo 1. Erişkin başlangıçlı Still hastalarının demografik, klinik ve laboratuvar parametreleri

	Tüm Still hastaları n=74	**MAS (+)* n=21**	**MAS (-)* n=53**	**p**
Tanı yaşı, (SS)	40,9 (6,9)	41,3 (7,4)	39,8 (8,2)	0,78
Cinsiyet, kadın, (%)	38 (51,4)	14 (66,7)	24 (46,2)	0,09
Hastalık süresi	2,51 (0,3-18,5)	1,8 (0,3-18,36)	3,99 (0,8-18,5)	0,051
Klinik parametreler				
Ateş	71 (100) *	21 (100)	50 (100) *	1,000
Artrit/artralji	62 (88,5)	20 (95,2)	42 (84) *	0,54
Miyalji	25 (35,2)	12 (57,1)	13 (26)	0,04
Deri döküntüsü	44 (61,9)	18 (85,7)	39 (78)	0,21
Boğaz ağrısı	23 (32,9)	11 (52,3)	12 (24)	0,032
Plörezi/Pulmoner infiltrat	14 (10,7)	10 (47,6)	4 (7,8)	0,004
Perikardit	15/64 (23)	8 (38)	7/43 (16,2)	0,02
Lenfadenopati	32/56 (57,1)	17 (80)	15/35 (42,9)	0,005
Splenomegali*	16/55 (29)	14 (66,6)	4/34 (11,7)	<0,001
Hepatomegali*	24/55 (43,6)	15 (71,4)	10/34 (28,5)	0,007
Laboratuvar parametreleri				
WBC, ortalama (SS)	14,9 (7,1)	15,1 (5,8)	13,7 (7,6)	0,42
Nötrofil, ortalama (SS)	12,0 (6,7)	12,7 (5,3)	10,9 (7,5)	0,25
Hemoglobin, ortalama (SS)	11,7 (1,7)	10,7 (1,5)	12,1 (2,2)	0,32
Trombosit sayısı, ortalama (SS)	313,000 (143)	282,000 (93,2)	351,000 (106,1)	0,10
Fibrinojen, ortanca (193-412 mg/dL)	450 (131-900)	380 (131-803)	534 (201-900)	0,40
AST, ortanca (15-40 U/L)	36 (13-446)	57,1 (25-446)	32,3 (13-104)	0,80
LDH, ortanca (135-225 U/L)	336 (50-1160)	521 (212-1160)	272 (50-867)	0,03
CRP, ortanca (0-5 mg/L)	164 (32-353)	177,7 (77-353)	135,4 (32-104)	0,13
Ferritin, ortanca (30-400 ng/L)	5,518 (264-66,548)	8,864 (346-66,548)	2,967 (264-51797)	0,032
Trigliserid, ortanca (50-200 mg/dL)	207 (59-681)	240 (79-515)	196 (59-681)	0,43

WBC: Beyaz hücre sayısı, AST: Aspartat transaminaz, LDH: Laktat dehidrogenaz, CRP: C-reaktif protein karaciğer boyutu >150 mm olması hepatomegali, dalak boyutu >120 mm olması splenomegali olarak kabul edilmiştir

[PS-194]

Romatoid artrit ve brucella: Benzer klinik tablolar, farklı yaklaşımlar

Okan Güleryüz, Celil Barlas Cengiz, Zekiye Pınar İpek Eyvaz, Tuğba Kahraman Denizhan, Abdurrahman Soner Şenel

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

Amaç: Eklem tutulumu, hem romatoid artrit (RA) hem de brusellozda sık görülen bir bulgudur ve genellikle poliartralji, şişlik ve yüksek enflamatuvar belirteçler gibi benzer klinik özelliklerle ortaya çıkar. Bu benzerlik, özellikle brusellozun yaygın olduğu endemik bölgelerde önemli tanısal zorluklar yaratabilir. Bu durumları ayırt etmek, birlikteliklerini tanımlamak; uygun yönetim, ilaç etkileşimleri ve kronik komplikasyonları önlemek için çok önemlidir. Tanısal ikilem, brusellozun çeşitli romatizmal hastalıkları taklit edebilmesi, her iki durum için de yanlış tanı veya gecikmiş tedaviye yol açmasıyla daha da karmaşık hale gelmektedir. Bu olgumuzda brucella ve romatoid artrit birlikteliği olan bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Elli kız yaşında bir kadın hasta, bir aydır parmaklarında, bileklerinde, dirseklerinde, omuzlarında, dizlerinde ağrı, şişlik, eşlik eden ateş, yorgunluk, halsizlik şikayetleriyle enfeksiyon hastalıklarına başvurmuş. Başlangıç laboratuvar incelemelerinde yüksek enflamatuvar belirteçler saptanmış: C-reaktif protein (CRP) 48 mg/L ve eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) 99 mm/saat. Ayrıca 1/2560'lık anlamlı bir Wright aglütinasyon titresi kaydedilmiş. Diğer laboratuvar bulguları arasında ALT 16 U/L, AST 14 U/L, Hb 11 g/dL, WBC 9.63 10^3/µL, PLT 413,000 10^3/µL, Ca 8,9 mg/dL, albümin 4.1 g/dL, ALP 81 U/L ve GGT 41 U/L. Bu bulgulara dayanarak bruselloz tanısı konulmuş. Hastaya rifampisin ve doksisiklin tablet başlanmış. Tedavinin dokuzuncu haftasında hastanın ateşi ve sistemik semptomları düzelmiş, ancak eklem ağrısı devam etmesi üzerine yapılan laboratuvar testlerinde CRP 21,76 mg/L ve ESR 126 mm/saat olarak saptanmış devam eden inflamasyon sebebiyle ek patoloji araştırılması amacıyla romatoloji kliniğine yönlendirilmiş. Hastanın her iki el proksimal interfalangeal, el bileğinde, dirsek, omuz ve diz eklemlerinde hassasiyet mevcuttu. Romatoid faktör (RF) >130 IU/mL ve anti-siklik sitrüline peptid (Anti-CCP) antikorları >500 U/mL, Wright aglütinasyon titresi 1/40 saptandı. Kemik sintigrafisi omuzlarda, bileklerde, sakroiliak eklemlerde ve dizlerde artmış aktivite gösterdi. Bu bulgular, seropozitif romatoid artrit ve brusellozun birlikteliği tanısı koydurdu. Enfeksiyon hastalıkları tarafından bruselloz tedavisi için rifampisin ve doksisiklinin toplam 12 haftaya tamamlanmasını planladı. RA için hastanın tedavisi ilaç etkileşimleri de göz önünde bulundurularak; doksisiklinin metotreksatın eliminasyonunu azaltarak metotreksat düzeyleri artırması nedeni ile hastanın tedavisi sülfasalazin, leflunomid, hidroksiklorokin ve metilprednizolon olarak düzenlendi. Leflunomid ve rifampisin arasında minör ilaç etkileşimi bildirilmiş olsada metotreksat-doksisiklin etkileşimine kıyasla daha güvenilir olarak kabul edildi. Olası ilaç etkileşimi açısından hastanın karaciğer fonksiyon testleri ve hemogram takibi için sık izlemi planlandı. Bu kapsamlı tedavinin ardından hastanın semptomları önemli ölçüde düzeldi; CRP 2,1 mg/L'ye, ESR 48 mm/saate düştü ve fizik muayenesinde artrit bulguları düzeldi. İlaç etkileşimi açısından yakın izleme alınan hastanın takiplerinde karaciğer fonksiyon testlerinde artış ve hemogramda sitopeni gözlemlenmedi.

Sonuç: Bu olgu, sistemik bir enfeksiyon olan brusellozun romatoid artritin eklem bulgularını taklit etmesi durumunda ortaya çıkan tanısal karmaşıklıkları vurgulamaktadır. Yüksek Wright aglütinasyon titresi başlangıçta brusellozu işaret etse de, bruselloz tedavisine rağmen eklem semptomlarının devam etmesi ile yapılan ileri araştırmada RF ve Anti-CCP pozitifliği, seropozitif romatoid artritin birlikteliğini saptamamızı sağlamıştır. Bu senaryo, özellikle artritin enfeksiyöz nedenlerinin yaygın olduğu bölgelerde, atipik veya kalıcı artropati ile başvuran hastalarda geniş yelpazeli ayırıcı tanının önemini vurgulamaktadır. Enfeksiyon hastalıkları uzmanları ve romatologları içeren multidisipliner yönetim, her iki durumun doğru tanısı, etkili tedavisi ve ilaç etkileşimlerin takibi için kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, brucella, poliartralji

[PS-195]

Sistemik lupus eritematozus ve antifosfolipid sendromunda kalp kapak hastalığında uzun dönem: Klinik seyir ve prognostik faktörler

Ömer Uludağ[1], Dilan Karaca[2], Ahmet Oğuz Çelik[2], Pelin Karaca Özer[3], Derya Baykız[3], Burak İnce[1], Yasemin Yalçınkaya[1], Bahar Artım Esen[1], Ahmet Gül[1], Berrin Umman[3], Murat İnanç[1]

[1]*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

[2]*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

[3]*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

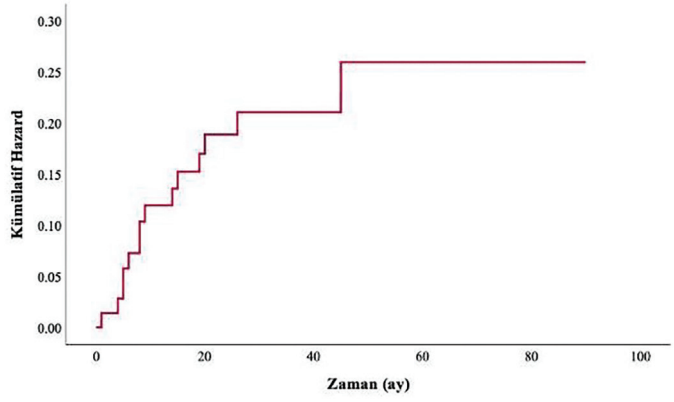
Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE) ve antifosfolipid sendromunda (AFS) kalp kapak hastalığının (KKH) uzun dönem klinik seyri hakkında literatür verisi sınırlıdır. Çalışmamızda, SLE ve/veya AFS tanılı hastalarda KKH'nin klinik özelliklerini, prognozunu ve bununla ilişkili faktörleri belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: Bu çalışmada İstanbul Tıp Fakültesi Romatoloji BD SLE/AFS kohortundaki 1791 hastanın verileri retrospektif olarak incelenmiştir. Analize Mart 2017 – Temmuz 2024 tarihleri arasında merkezimizde transtorasik ve/veya transözofageal ekokardiyografi (TTE/TEE) ile KKH tanısı konulan ve en az 6 ay sonra kontrol TTE/TEE yapılmış 72 hasta dahil edilmiştir. KKH, kalp kapağında kalınlaşma ve/veya vejetasyon görülmesi ve/veya orta-ileri yetmezlik/darlık olarak tanımlanmıştır. Hastaların klinik ve serolojik özellikleri, TTE/TEE bulguları, KKH öncesinde ve sonrasında aldıkları tedaviler, KKH saptandığı sırada ve kontrol görüntülemedeki SLEDAI-2K skorları kaydedilmiştir. Kombine ciddi prognostik sonlanım noktası olarak kalp kapak replasmanı ihtiyacı, kalp yetmezliği, enfektif endokardit veya mortalite belirlenmiştir. Ayrıca hastaların KKH sonrası kraniyal MR görüntülemeleri, eşlik eden serebral iskemi bulguları açısından incelenmiştir. Vasküler tromboz varlığı, aFL pozitifliği, başlangıçtaki SLEDAI-2K ve KKH sonrası antitrombotik ve immünosüpresif tedavilerin kombine sonlanım ile ilişkisi tek değişkenli regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya alınan 72 hastanın 10'u primer AFS, 21'i SLE+AFS, 8'i aFL (+) SLE ve 33'ü aFL (-) SLE olarak sınıflandırıldı. Hastaların demografik, klinik ve serolojik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Hastaların 35'inde (%48,6) mitral kapak, 8'inde (%11,1) aort kapağı ve 29'unda (%40,3) her ikisi etkilenmişti. Yirmi beş (%34,7) hastada kapakta kalınlaşma, 4'ünde (%5,6) vejetasyon varken tüm hastalarda kapakta disfonksiyon (67'sinde yetmezlik, 5'inde darlık ve yetersizlik) mevcuttu. Biküspit aortik kapağı olan 5 hastada da aort kapağı tutulumu (2'sinde vejetasyon) saptandı. TTE/TEE'de tahmini sistolik pulmoner arter basıncı 15 hastada (%20,8) 40 mmHg üzerindeydi. Ortalama 38 aylık takipte 15 hastada (%20,8) kapak disfonksiyonunda kötüleşme, 18'inde (%25) düzelme izlenirken %54,2 hastada değişim görülmedi. Kombine sonlanım 14 hastada (%19,4) gerçekleşti (5'inde metalik aort kapağı replasmanı, 9'unda kalp yetmezliği, 2'sinde enfektif endokardit ve 3'ünde mortalite). Kombine sonlanım için medyan süre 8,5 (aralık 1-45) aydı (Şekil 1). KKH öncesinde hastaların %88,9'u antitrombotik ve/veya immünosüpresif tedavi altındayken, KKH sonrasında bu oran %100'dü. KKH sonrası hastaların %48,6'sı aspirin, %50'si antikoagulan, %86,1'i hidroksiklorokin, %84,7'si glukokortikoid, %68,1'i siklofosfamid ve/veya mikofenolat mofetil ve/veya azatioprin, %23,6'sı rituksimab almıştı. Kontrol TTE/TEE sırasında, KKH tanı anına göre SLEDAI-2K azalmıştı (medyan 12,5 vs 4, p<0,0001). Regresyon analizinde yalnızca vasküler tromboz öyküsü, kombine sonlanımla ilişkili saptandı (OR: 4,01; %95 GA: 1,11-14,57; p=0,035). Yirmi beş hastada (%34,7) kraniyal MR'da iskemik lezyonlar saptandı ve 6'sında nörolojik bulgular vardı. Kapakta kalınlık artışı kraniyal iskemik lezyon varlığı ile ilişkili bulundu (OR: 3,16; %95 GA: 1,13-8,78; p=0,027).

Sonuç: Çalışmamızda uzun dönemde SLE ve/veya AFS tanılı ve KKH saptanan her beş hastadan birinde ciddi olumsuz sonlanım saptandı. Kapak disfonksiyonunda %20,8 kötüleşme, %25 düzelme izlendi. Vasküler tromboz öyküsünün, olumsuz sonlanım için güçlü bir belirleyici olduğu saptandı. Buna karşın, antitrombotik veya immünosüpresif tedavinin prognoza olumlu katkısı gösterilemedi. Kapakta kalınlık artışı, MR ile belirlenen kraniyal iskemik lezyonlar ile ilişkili bulundu ve sonuçlarımız bu hastaların uzun dönem nörolojik sonuçlar açından izlenmesinin gerekli olabileceğini düşündürdü. Çalışmamız SLE ve AFS hastalarında KKH'nin taranması ve uzun dönem izlenmesinin önemini ve tromboz riskinin dikkatle yönetilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Antifosfolipid sendromu, kalp kapak hastalığı, Libman-Sacks endokarditi, sistemik lupus eritematozus



Şekil 1. Kümülatif hazard eğrisi

[PS-196]

Ailevi Akdeniz Ateşi ve hiperimmünoglobulin D sendromu hastalıklarına özgü uyarılmış pluripotent kök hücre modeli oluşturulması

Başak Şen[1], Mehmet Emre Özkan[1], Tayfun Hilmi Akbaba[1], Büşra Fırlatan Yazgan[2], Müşerref Kasap Cüceoğlu[3], Seza Özen[4], Ömer Karadağ[2], Banu Peynircioğlu[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, Ankara

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

[3]Konya Şehir Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Birimi, Çocuk Romatoloji Bölümü, Konya

[4]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Hiperimmünoglobulin D Sendromu (HIDS), MVK geni tarafından kodlanan mevalonat kinaz enziminin mutasyonları sonucunda ortaya çıkan bir metabolik otoenflamatuvar hastalıktır. HIDS hastalığında görülen otoenflamasyonun, AAA'da da rol oynayan pyrin inflamazomu aktivasyonu ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada ortak mekanizmaların etkili olduğu bu iki hastalık için hastaya özgü patojenik mutasyonları içeren uyarılmış pluripotent kök hücre (uPKH) hatları oluşturulması amaçlanmıştır. Bu hücre hatlarının oluşturulması ile ilaç çalışmaları ve fonksiyonel araştırmalar için çoğaltılabilen, farklı hücre tiplerine farklılaştırılabilen, sınırsız bir kaynak elde edilmesi mümkün olacaktır.

Yöntem: MEFV geninde M694V homozigot mutasyonu olan iki AAA hastası ve MVK geninde homozigot patojenik mutasyonları olan üç HIDS hastası (ikisi V377I homozigot, biri M300V homozigot) çalışmaya dahil edildi. Hastaların deri iğne biyopsilerinden fibroblast kültürleri elde edildi. Hücreler, Yamanaka faktörlerini içeren plazmidlerle transfekte edildi ve TeSR-E7 yeniden programlama ortamında kültür edildi. Yeniden programlanmış hücreler tarafından oluşturulan uPKH kolonileri, mTeSR1 ortamında çoğaltıldı. Hastalardan elde edilen uPKH hatlarının karakterizasyonu, pluripotensi faktörlerinin ekspresyonu için qRT-PCR ve immünfloresan (IF) boyama ile gerçekleştirildi. Daha sonra kolonilerin pluripotensi kapasitesi, in vitro üç germ yaprağına farklılaştırma deneyiyle gösterildi ve IF boyama ile doğrulandı. Hücre hatlarından izole edilen DNA ve köken aldıkları fibroblastlarla aynı patojenik mutasyonları içerdiği gösterildi. uPKH kolonilerinin kalite kontrolü için; olası plazmid entegrasyonu için PCR, hasta fibroblastlarıyla uyumlulukları için STR analizi ve olası kromozomal anomaliler için karyotip analizi gerçekleştirildi. Bu çalışma, TÜBİTAK (proje no: 122S379) ve Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Koordinasyon Birimi (Proje No: THD-2024-21311) tarafından desteklenmektedir.

Bulgular: Yeniden programlanmış hücrelerden on koloni izole edildi ve kalite kontrol deneylerinin sonucunda her hastanın hücrelerinden en az üç koloni uygun bulundu. Her hasta için patojenik mutasyonları içeren üç germ tabakasına farklılaşabilen uPKH hatları oluşturuldu.

Sonuç: Otoenflamatuvar hastalıklar, nadir rastlanan ve fonksiyonel çalışmalar için ideal model sistemlerinin mevcut olmadığı hastalıklardır. Bu çalışmada daha önce uPKH modeli oluşturulmamış olan HIDS hastalığı için fonksiyonel çalışmalarda kullanılabilecek sınırsız bir kaynak sağlanmıştır. Böylece, otoenflamasyonun benzer yolaklarla geliştiği bu iki hastalıkta karşılaştırmalı analizlere olanak sağlayacak hücre hatları literatüre kazandırılmıştır. Bu nadir hastalıklar için yeni bir model sisteminin oluşturulması, araştırmacıların bu hastalığa özgü hücrelere daha kolay erişmesini sağlayarak, hastalık mekanizmaları ve tedavileri konusunda yeni araştırmaların önünü açmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hiperimmünoglobulin D sendromu, Ailevi Akdeniz ateşi, uyarılmış pluripotent kök hücre, otoenflamatuvar

[PS-198]

Biyolojik tedavi altındaki spondiloartrit hastalarında sakroiliak radyografik progresyonun mNY kriterleri ve hekim kararı ile değerlendirilmesi

Umut Kalyoncu, Gizem Ayan, Levent Kılıç

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

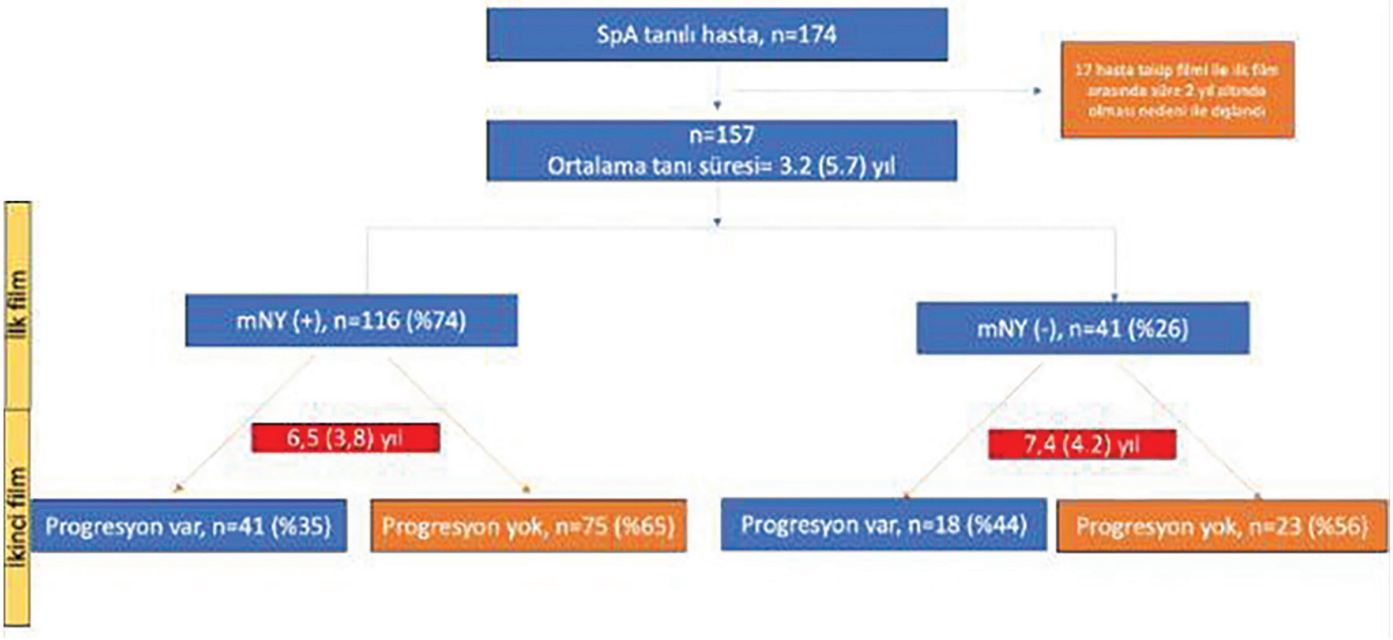
Amaç: Bu çalışmanın amacı, biyolojik hastalık modifiye edici ilaç (bDMARD) veri tabanında takip edilen spondiloartrit hastalarında sakroiliak radyografik değişimin, modifiye New York (mNY) kriterleri ve hekim değerlendirmesi ile incelenmesidir.

Yöntem: Biyolojik veri tabanı 2025 yılı itibari ile (v3) güncellenmiş olup, klinik bulgular ve radyolojik değerlendirmeler yeniden kaydedilmiştir. İlk 500 SpA hastası arasından en az iki pelvis grafisi bulunan (n=174) ve grafiler arası süresi 2 yıl ve üzerinde olan hastalar (n=157) analize dahil edilmiştir. Pelvis grafileri üç bağımsız okuyucu tarafından değerlendirilmiş, Modifiye New York (mNY) kriterlerine göre skorlanmış ve ayrıca hekim görüşüne göre "değişiklik yok", "progresyon" veya "regresyon" olarak sınıflandırılmıştır. Progresyon, mNY skorunda en az 1 grade artış ya da hekim değerlendirmesinde "progresyon" kararı olması şeklinde tanımlanmıştır. Her bir hasta için dikotom değişkenlerde son karar çoğunluk kararına göre belirlenmiştir (ör. 1. okuyucu: progresyon, 2. okuyucu: değişiklik yok, 3. okuyucu: progresyon → son karar: progresyon). İlk ve takip grafileri arasındaki progresyon durumu belirlendikten sonra, hastaların demografik ve klinik özellikleri bu gruplar arasında karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Yüz elli yedi SpA hastası (%52 erkek) analiz edilmiştir. İlk grafi tarihindeki ortalama (SD) yaş 37,5 (11) yıl, ortalama hastalık süresi ise 3,2 (SD 5,7) yıl idi. İlk pelvis grafilerinde 116/157 (%74) hasta mNY pozitifti. Takipte mNY pozitif olanların %35'inde (n=41) yukarıda tanımlanan kritere göre progresyon saptanırken başlangıçta mNY negatif olanların ise %44'ü (n=18) progresyon gösterdi. Takipte, %3 hasta mNY pozitiften negatife geçti; ancak bu hastaların yalnızca %1,5 hekim tarafından regresyon olarak değerlendirildi (Şekil). Progresyon gösteren hastalarda semptom başlangıç yaşı daha erkendi (26±9 vs. 31,5±10 yıl, p=0,003), tanı yaşı daha düşüktü (31±10 vs. 36±11 yıl, p=0,004) ve HLA-B27 pozitifliği daha yüksekti (%67,5 vs. %46,2, p=0,03). Erkek cinsiyet porgresyon gösteren hastalardda daha yüksek oranda iken, anlamlı bir farka ulaşmadı. (%61 vs %46, p=0,007). Buna karşılık, bu hastalarda iki film arasındaki süre progresyon gösteren hastalarda ortalama 1,5 yıl daha uzundu (7,6±4,0 vs. 6,2±3,8 yıl, p=0,02).

Sonuç: Bu analiz, mNY pozitif olan hastaların yaklaşık üçte birinde uzun dönem takipte progresyonun devam ettiğini göstermektedir. Başlangıçta mNY negatif olanların neredeyse yarısında progresyon gözlenmiştir. Çok sınırlı bir hasta grubunda ise bDMARD altında bulgularda regresyon görülmüştür. Progresyon gösteren hastalarda daha erken hastalık başlangıcı, HLA-B27 pozitiflik oranının daha yüksek olması öne çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sakroiliak, radyografi, spondiloartrit



Şekil 1. Hastaların mNY kriteri ve hekim değerlendirmesine göre ilk ve takip filmlerindeki progresyon oranları

[PS-199]

Aort duvarındaki ritmik pulsasyonlar vertebralardaki osteoproliferasyon gelişimine karşı koruyucu olabilir

Sevtap Arslan Sarıkaya[1], Büşra Fırlatan Yazgan[2], Ozan Şakır[3], Adalet Elçin Yıldız[1], Üstün Aydıngöz[1], Umut Kalyoncu[2]

[1]*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara*

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

[3]*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara*

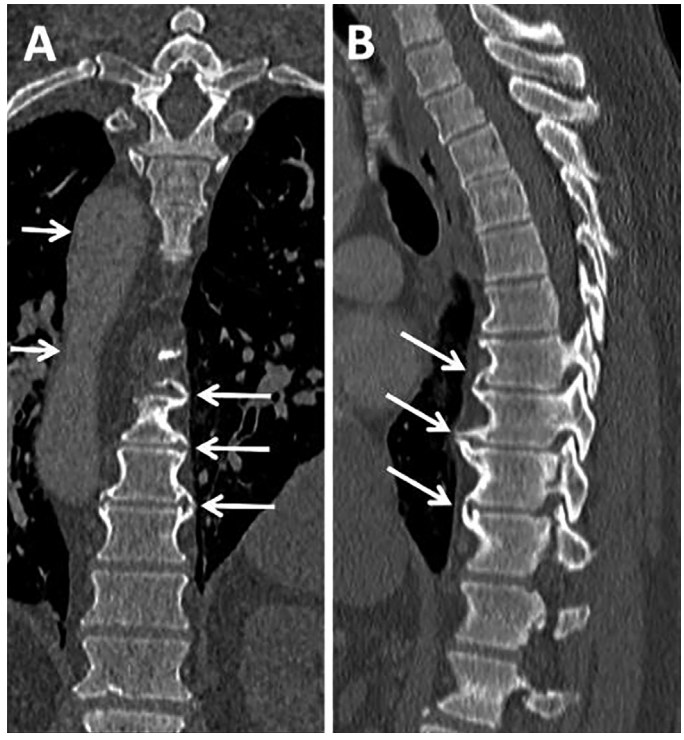
Amaç: Diffüz idiyopatik iskelet hiperostozu (DISH), özellikle torakal vertebranın sağ anterolateral hattı boyunca belirgin yeni kemik oluşumuyla karakterize bir tablodur. Bu çalışmanın amacı; inen aortanın sağ taraflı konumunun, DISH'li hastalarda osteoproliferasyonun yerleşimiyle ilişkisini incelemektir.

Yöntem: Bu retrospektif olgu-kontrol çalışmasına, 2014-2024 yılları arasında torakal bölge bilgisayarlı tomografi (BT) raporlarında "dekstrokardi", "situs inversus" veya "sağ aortik arkus" ifadeleri bulunan hastalar dahil edildi. Görüntüleme esnasında 18 yaşın altında olanlar, yetersiz görüntülemeye sahip olanlar ve dekstrokardisi olup sol arkus aortası olanlar çalışmadan dışlandı. Kas-iskelet konusunda deneyimli bir radyolog tarafından görüntüler DISH açısından yeniden değerlendirildi. Klasik DISH tanımlanmasında Resnick ve Niwayama kriterleri, erken evre DISH için ise Kuperus kriterleri uygulandı. DISH saptanan olgularda torakal vertebradaki osteoproliferatif değişimlerin dağılımı belirlendi. Ek olarak, inen aortası sol tarafta bulunan ve DISH tanılı, yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 40 hastadan oluşan bir kontrol grubu dahil edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 70 hastanın %61,4 erkekti ve ortalama yaş 37,7±17,9 yıl olarak saptandı. Dokuz hastada (%12,9; %55 erkek; ortalama yaş 64,6±11 yıl) DISH ile uyumlu osteoproliferatif değişiklikler gözlendi; bunların %89'u (8/9) erken evre DISH ile uyumluydu. Dokuz hastanın sekizinde (%89) osteoproliferatif değişiklikler alt torakal vertebranın sol tarafına lokalizeydi. Kontrol grubunda (%60 erkek; ort. yaş 64,4±9,9 yıl) 22 hastada (%55) erken evre, 18 hastada (%45) klasik DISH mevcuttu. Kontrol grubunun %80'inde (n=32) osteoproliferatif değişiklikler alt torakal vertebranın sağ tarafında izlenirken, kalan %20'sinde bilateral tutulum görüldü (p<0,001).

Sonuç: Bulgularımız, osteoproliferasyon gelişiminde aortun rolünü ortaya koymaktadır. Aortun nasıl olup da osteoproliferasyonu azalttığı/engellediği net değildir. Ancak osteoproliferasyon gelişiminde mekanik stresin rolü uzun süredir bilinmektedir. Nitekim Ankilozan spondilit hastalarında aortun vertebraya yaklaştığı alanlarda sindesmofit gelişimi daha azdır. Bununla birlikte, her iki grupta gözlenen bilateral ya da karşı taraflı osteoproliferasyon, vasküler etkenlerin tek başına DISH'in etiyopatogenezini açıklamakta yetersiz kaldığını ve ek belirleyici faktörlerin rol aldığını düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Diffüz idiyopatik iskelet hiperostozu, osteoproliferasyon, arkus aorta, mekanik stres



Şekil 1. Situs inversus ve erken evre DISH, koronal (A) ve sagittal (B) BT görüntüleri, sağ tarafta yer alan inen aortayı (kısa oklar) ve neredeyse tamamen kemik köprüleriyle birleşmiş ardışık üç segmenti (oklar) göstermektedir

[PS-200]

Spondiloartrit hastalarında upadacitinibin etkinlik ve güvenliği: Çok merkezli, retrospektif gerçek yaşam deneyimi

Zeynep Yağbasan[1], Gülşah Yamancan[2], Fatma Dilara Yürük Kıtay[4], Gamze Akkuzu[5], Betül Ergün[6], Serpil Ergülü Eşmen[7], Dilek Tezcan[8], Mesude Seda Aydoğdu[9], Anıl Göçer[10], Lütfi Akyol[11], Özlem Doğan Ağbuga[12], Fatih Albayrak[13], Orhan Zengin[13], Mehmet Ali Balcı[14], Özlem Kudaş[14], Salim Mısırcı[15], Tuğba Ocak[16], Osman Cüre[17], Zeynep Kaya[18], Gözde Yıldırım Çetin[10], Adem Küçük[6], Burcu Yağız[1], Belkıs Nihan Coşkun[1], Mustafa Çağatay Büyükuysal[19], Cemal Bes[4], Emine Duygu Ersözlü[3], Süleyman Serdar Koca[2], Ediz Dalkılıç[1], Yavuz Pehlivan[1]

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

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

[3]Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Adana

[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[5]Ağrı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ağrı

[6]Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Konya

[7]Konya Şehir Hastanesi, Konya

[8]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi SUAM, Romatoloji Bölümü, Ankara

[9]Malatya Turgut Özal Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Malatya

[10]Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kahramanmaraş

[11]Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı, Diyarbakır

[12]Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı,Van

[13]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

[14]İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

[15]Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Amasya

[16]Bursa Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Bursa

[17]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Rize

[18]İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

[19]Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Zonguldak

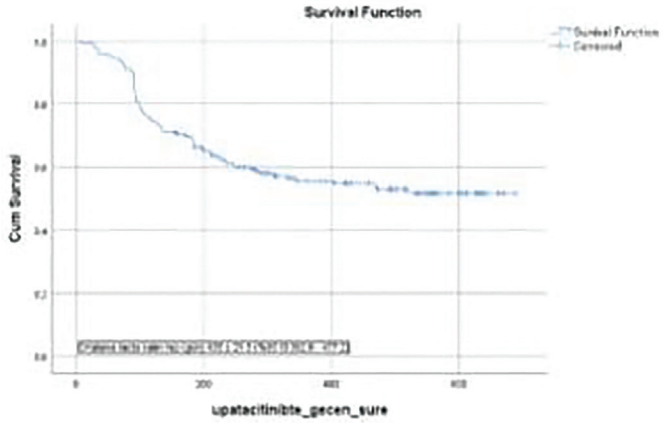
Amaç: Spondiloartrit (SpA), dünya nüfusunun %0,01 ile 2,5'ini etkileyen, kronik enflamatuvar hastalık ailesidir. Aksiyel spondiloartritli (axSpA) hastaların ilk basamak tedavisinde egzersiz ve steroid olmayan anti-enflamatuvar ilaçlar (NSAID) yer alır. Ancak, hastaların önemli bir kısmında ileri basamak biyolojik tedavi ihtiyacı olmaktadır. axSpA'da biyolojik tedaviden sonra yeni kullanılmaya başlanan Janus kinaz-Sinyal İletici ve Transkripsiyon Aktivatörü (JAK-STAT) yolunu inhibe eden JAK inhibitörlerinden olan seçici JAK-1 inhibitörü upadacidinib, ülkemizde Ekim 2023 tarihinden itibaren geri ödeme kapsamına alınmış ve reçetelendirilmeye başlanmıştır. Bu çalışmanın amacı, daha önce ülkemizde gerçek yaşam verileri olmayan axSpA tanılı hastalarda upadacitinibin etkinlik ve güvenliğini gerçek yaşam verileriyle değerlendirmektir.

Yöntem: Türkiye genelindeki 18 merkezin romatoloji kliniklerinde takipli 20.10.2023 ile 01.06.2025 arasında upadacitinib başlanmış, önceden bir veya daha fazla biyolojik ya da hedefe yönelik konvansiyonel hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç (DMARD) kullanmış 170 axSpA hastasının verileri retrospektif olarak analiz edildi. Etkinlik; ankilozan spondilit hastalık aktivite skoru (ASDAS) CRP, ASDAS sedimentasyon (ESR), bath ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi (BASDAI), bath ankilozan spondilit fonksiyonel indeksi (BASFI), visual analog skala (VAS) (hasta global, doktor global, ağrı, yorgunluk), sağlık değerlendirme ölçeği (HAQ) değerlendirildi. Güvenlilik değerlendirilmesi için majör kardiyak olaylar, herpes zoster dahil enfeksiyonlar, malignite ve advers olaylar kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan hasta grubunda erkek/kadın oranı %46,5/535, yaş ortalaması 43,16±10,46 idi. Ortalama hastalık süresi 119,6±69,44 ay, upadacitinib kalım süresi ortalaması 321.60±205.99 gündü. Hastaların %71,6 radyografik tutulum gözlenirken, %44,1'inde ekstraartiküler tutulum gözlenmişti. Hastalarda başlangıçta en çok görülen ekstraartiküler tutulum entezit (%19,4) idi. Upadacitinib kullanımı öncesi en çok kullanılan konvansiyonel DMARD sülfasalazin (%80,5), biyolojik DMARD adalimumab (%60,6) olduğu belirlendi. Hastaların başlangıç, üçüncü, altıncı, dokuzuncu ve onikinci ay ziyaretleri arasında etkinlik açısından değerlendirilen hastalık aktivite skorlarında ve hastalık aktivasyonunu gösteren laboratuvar parametrelerinde belirgin iyileşmeler gözlendi ($p<0,01$). Çalışmamızda daha önceden kullanılan biyolojik tedavi sayısı ile ilaçta kalım süresi arasında ilişki saptanmadı. Upadacitinib tedavisine devam eden grup (UTDG) ve bırakan grup (UTBG) karşılaştırıldığında; enflamatuvar bağırsak hastalığı olanlar [UTDG: 25 (%26,9), UTBG 4 (%5,2)], daha yaşlı grupta olanlar [UTDG 46 (24-73), UTBG 39 (20- 62)], başlangıç yaşı daha ileri olanlar [UTDG 35 (10-65), UTBG 31 (12- 5)] ve hastalık süresi daha fazla olanlar [UTDG 132 (12-234), 100 (12-290)] tedaviye devam ettiği belirlendi. Otuz üç hastada primer yanıtsızlık, 30 hastada sekonder yanıtsızlık, 1 hastada hasta memnuniyetsizliği, 1 hastada migrenöz baş ağrısı,1 hastada iskemik beyin lezyonları, 2 hastada sık üst solunum yolu enfeksiyonu geçirme (ÜSYE) ve 6 hastada ilaç yan etki nedeniyle olmak üzere 74 hastada ilaç kesildiği belirlendi. İlaç kesilmesine neden olan yan etkilerin; deri reaksiyonu (2), kaşıntı/alerjik reaksiyon (2), karaciğer fonksiyon testlerinde yükseklik (1) olduğu saptandı. 1 hastada yan etki nedenine ulaşılamadı. Upadacitinib kullanırken 1 hastada yalnızca 1 dermatomda herpes zoster enfeksiyonu, 9 hastada minör enfeksiyon (ÜSYE) gözlendi.

Sonuç: Bu çalışma ülkemizdeki axSpA tanılı hastalarda upadacitinib kullanımının gerçek yaşam verilerinin değerlendirildiği en büyük çalışmadır. Bu çalışma, aksiyel SPA tanılı hastalarda upadacitinibin uzun vadeli güvenliğini ve etkinliğini tam olarak anlamak için daha fazla ve daha uzun süre takipli araştırmalara ihtiyaç olduğu düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Etkinlik, güvenlik, spondiloartropati, upadacitinib



Şekil 1. Upadacitinib tedavisinde ilaçta kalım hızı

[PS-201]

Biyolojik ve hedefe yönelik sentetik DMARD kullanan romatoid artrit hastalarında doz artırılması ve değişim paterni: Çok merkezli, gözlemsel, prospektif çalışma

Umut Kalyoncu[1], Yavuz Pehlivan[2], Gezmiş Kimyon[3], Timuçin Kaşifoğlu[4], Cemal Bes[5], Emine Duygu Ersözlü[6], Rıdvan Mercan[7], Servet Akar[8], Hakan Emmungil[9], Aşkın Ateş[10], Belkıs Nihan Coşkun[2], Burcu Yağız[2], Ali İhsan Ertenli[1], Sedat Kiraz[1]

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

[2]Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

[3]Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Hatay

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

[5]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

[6]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Adana

[7]Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ

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

[9]Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne

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

Amaç: Günlük pratikte ilk başlanan b/tsDMARD'ların kendisinde ve/veya beraber kullanılan csDMARD, glukokortikoid kullanımında değişiklikler sıklıkla yapılmaktadır. Bu çalışmanın amacı günlük pratikte ilk defa b/tsDMARD tedavi başladığımız RA hastalarımızda 18 aylık takip sonrasında ortaya çıkacak doz artırılması ve biyolojik ilaç değişim oranlarının belirlenmesidir.

Yöntem: Ocak 2018 ve Haziran 2022 tarihleri arasında ilk defa b/tsDMARD başlanmış hastalar prospektif, gözlemsel olarak analiz edilmiştir. Hastalar günlük pratikte başvurularına göre 0, 3, 6, 12 ve 18. aydaki takipleri not edilmiştir (+/- 1 ay farklılık varsa ilgili takip vizitine kaydedilmiştir). Hastaların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, hastalık süresi), RF ve anti-CCP pozitiflikleri, komorbiditeleri kaydedilmiştir. Hasta global değerlendirmesi vizuel analog skala (VAS) (0-100 mm), doktor global değerlendirmesi VAS, yorgunluk VAS, ağrı VAS, 28 eklem için şiş ve hassas eklem sayısı, disease activitiy score-28 (DAS-28), clinical disease activity score (CDAI), simplified disase activity score (SDAI), eritrosit sedimentasyon hızı, C-reactive protein, HAQ-DI skoru başlangıç ve takip vizitlerinde değerlendirilmiştir. Takip vizitlerinde "tedavi modifikasyon olayları" aşağıdaki gibi tanımlanmış ve bu "olaylardan" herhangi birisi gerçekleştiğinde tedavi modifikasyonu yapılmış olarak kabul edilmiştir.

Olay 1: b/tsDMARD kesilmesi ve/veya değiştirilmesi

Olay 2: b/tsDMARD uygulama yolunda değişim (örneğin i.v'den s.c geçiş)

Olay 3: b/tsDMARD uygulama sıklığında değişim (örneğin 8 haftada bir kullanımdan 6 haftada bir kullanıma geçiş)

Olay 4: b/ts/csDMARD kesilmesi ve/veya doz artırılması

Olay 5: Glukokortikoid dozunda artış.

Bulgular: Dokuz yüz seksen dört RA (%81,6 kadın, ortalama yaş 54,9 [13,9], tanı yaşı 43,8 [14,2], tanıdan ilk b/ts DMARD'a kadar geçen süre 7,6 [7,7] yıl) hastası analize dahil edildi. Yedi yüz kırk beş (%78,3) hastada RF ve/veya anti-CCP pozitifliği vardı. İlk b/tsDMARD olarak 445 hastada (%45,2) anti-TNF, 215 (%21,8) JAKi, 148 (%15,0) B hücre blokörü, 143 (%14,5) anti-IL6 ve 33 (%3,4) T hücre blokörü kullanmıştı. Subkütan uygulama 518 (%52,6), intravenöz 251 (%25,5) ve oral 215 (%21,8) hastada başlanmıştır. Medyan vizit süreleri 3,3 (2,9-3,9), 6,8 (61-7,7), 12.,3 (10,8-13,5) ve 18,2 (17,0-193) ay olarak hesaplanmıştır. Takip süresi içerisinde 459/984 (%46,6) hastada en az bir tedavi modifikasyonu yapılmıştır; 198'inde (%20,1) olay 1, 30'unda (%3,0) olay 2, 38'inde (%3,9) olay 3, 102'sinde (%10,3) csDMARD eklenmesi/doz artırılması, 330'unda (%33,5) b/ts/csDMARD kesilmesi ve/veya doz artırılması (olay 4), 116'sında (%11,7) olay 5. tedavi değişimi yapılmayan hastalar daha sıklıkla erkek (%21,1 vs %15,2, p=0,017), daha ileri yaştaydılar (56±14 vs 54±14, p=0,006) ve bu hastalarda anti-CCP pozitifliği ile (%74,9 vs %62,4, p<0,001) B hücre blokörü (%18,4 vs %11,1, p=0,015) kullanımı daha sıktı. Tedavi modifikasyonu yapılmayı belirleyecek başlangıçtaki faktörler; yaş OR 0,98 (%95 CI 0,97-0,99), doktor VAS global OR 0,98 (%95 CI 0,97-0,99), şiş eklem sayısı OR 0,96 (%95 CI 0,93-0,99) ve anti-CCP OR 1,67 (%95 CI 1,16-2,48). Sadece b/tsDMARD modifikasyonu (olay 1) hesaba katıldığında ilk tedavi olarak intravenöz tedavi seçiminde değişim daha az görülmektedir OR 0,37 (%95 CI 0,22-0,65).

Sonuç: b/tsDMARD başlanan RA hastalarında takip sırasında tedavi değişimi artırılmasının sadece ilk başlanan b/tsDMARD'lar üzerinden yapılmadığı akılda tutulmalıdır. Gelişmiş tedavilerin yanında kullanılan csDMARD'lar, glukokortikoidler hastalık aktivitesine göre düzenlenmektedir. Özellikle seronegatif RA hastalarında, kadınlarda ve daha gençlerde modifikasyona daha sıktır. Önemli olarak başlangıçta doktor değerlendirmesi önemli bir belirteç olarak ortaya çıkmaktadır. Objektif olarak da şiş eklem sayısı ne kadar fazlaysa modifikasyon o kadar az olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, bDMARD, tsDMARD

[PS-202]

Plevral efüzyon ile tanımlanan psöriyatik artrit olgusu

Çisem Okur Maden, Ahmet Eftal Yücel

Başkent Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı Ankara

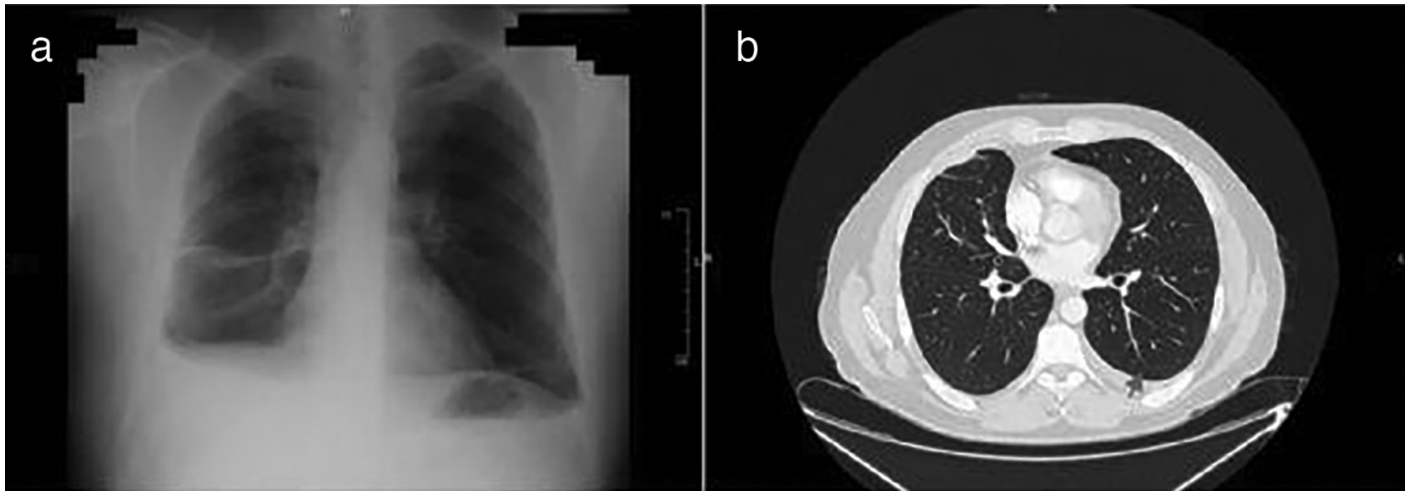
Amaç: Psöriyatik artrit (PsA) kutanöz psöriyazis ile ilişkili enflamatuvar bir hastalıktır. 40-50 yaş aralığında kadın ve erkekleri benzer oranda etkiler. Periferik ve aksiyel eklemler, entezal alanlar, deri ve tırnaklar etkilenen organ ve sistemlerdir. Çeşitli enflamatuvar hastalıklar akciğerleri plevral, vasküler, hava yolu veya interstisyel tutulum gibi farklı tutulum paternleri ile etkiler. Spondiloartrit (SpA) hastalarında pulmoner komplikasyonlar sık görülmez. Çoğunlukla göğüs duvarının sertleşmesi ve apikal pulmoner fibrozis yoluyla pulmoner komplikasyonlar gelişir. PsA hastalarında ise pulmoner tutulum verisi oldukça kısıtlıdır ve sadece klinik olgulara dayanmaktadır. Burada plevral efüzyon nedeniyle araştırılan ve PsA saptanan bir olguyu sunmayı amaçladık.

Yöntem: Kırk sekiz yaş erkek hasta 3. doz COVID-19 aşısı olduktan 3 hafta sonra Ağustos 2021'de ateşli hastalık geçirmiş ve hastaya kortikosteroid başlanmış. Ekim 2021'de göğsünün sağ tarafında ağrı başlamış, perikardiyal ve plevral efüzyon saptanmış. Hastanın kortikosteroid ile şikayetleri düzelmiş. Nisan 2022'de yapılan plevral biyopside patolojik bulgu saptanmamış. Nisan 2022'de tanısal amaçlı video yardımlı torakal cerrahi (VATS) materyalinde aktif kronik enflamasyon ve fibrotik değişiklikler saptanmış. Romatoid faktör (RF), anti siklik sitrülinize peptid (anti CCP), anti nükleer antikor (ANA), ekstraktabl nükleer antikor (ENA), anti çift zincirli DNA (anti-dsDNA) negatif, kompleman C3 ve kompleman C4 normal aralıklarda saptanmış. Nisan 2022'de yapılan örnekleyici torasentezde efüzyon vasfı eksuda, adenozin deaminaz (ADA) normal sınırlarda saptanmış. Plevral sıvı kültürlerinde üreme olmamış. Eylül 2024 itibariyle kortikosteroid kesilmiş, kolşisin ve hidroksiklorokin başlanmış. Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde 15 yıldır enflamatuvar bel ağrısı, 3 yıldır taban ağrısı ve sabah tutukluğu ve 2 yıldır psöriyazisle uyumlu kabuklu deri lezyonları olduğu öğrenildi. Fizik muayenede tırnaklarda pitting saptandı. Sakroiliak grafide bilateral sakroiliyit saptanan hasta PsA olarak değerlendirildi ve hastaya Haziran 2025'te metotreksat (MTX) başlandı.

Bulgular: Pulmoner ekstraartiküler bulgular romatoid artritte (RA) kapsamlı olarak çalışılmış olsa da PsA hastalarında da önemli bir endişe kaynağıdır. PsA hastalarında pulmoner tutulumların prevalansı pek çok çalışmada %0,5 ile %9,4 arasında değişmektedir. RA hastalarında plevral effüzyon iyi bir şekilde tanımlanmıştır. Ancak PsA hastalarında plevral effüzyon ve hastalıkla ilişkisi bilinmemektedir. Metotreksat PsA gibi pek çok enflamatuvar hastalıkta tercih edilir. MTX kullanımıyla ilişkili plevral effüzyon, perikardit ve pulmoner nodül olgu serilerinde tanımlanmıştır. Ayrıca herhangi bir tedavi almayan bir PsA hastasında plevral effüzyon saptanmıştır.

Sonuç: Plevral efüzyon SpA ve PsA hastalarında sık görülen ekstraartiküler bulgu olmamakla birlikte olgu serilerinde tanımlanmıştır. Bu sebeple plevral efüzyon etiyolojisi araştırılan hastalar PsA açısından gözden geçirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Psöriyatik artrit, plevral efüzyon, spondiloartrit



Şekil 1a. Nisan 2022 postero- anteriyor akciğer grafisinde sol kostovertebral bölgede plevral effüzyonla uyumlu küntleşme
Şekil 1b. Aralık 2023 toraks bilgisayarlı tomografi (BT)'de sol hemitoraksta mavi okla işaretli plevral efüzyon alanı

[PS-203]

Periaortit (retroperitoneal fibrozis): IgG4-ilişkili hastalık terminolojisi ve immünosüpresif tedavi hastalık sürecini nasıl etkiledi?

Mustafa Ekici[1], Müjdat Kaya[2], Tayyip Kılıçsokan[2], Ali Aytuğ Kuştaş[1], Mesut Altan[2], Levent Kılıç[1], Umut Kalyoncu[1], Fazıl Tuncay Aki[2], Ömer Karadağ[1]

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

[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Periaortitis (retroperitoneal fibrozis, RPF), nadir görülen ve üreter obstrüksiyonu ile vasküler tutulum gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilen fibroenflamatuvar bir hastalıktır. Hastaların bir kısmının IgG4-ilişkili hastalık spektrumunda olması, üroloji-romatoloji iş birliği ve artan immünosüpresif tedavi kullanımının, bu spektrumdaki hastaların klinik seyir ve relaps durumunu etkilemesi öngörülebilir. Bu çalışmada bir üniversite hastanesinde, romatoloji ve/veya üroloji tarafından takip edilen hastaların klinik özellikleri, tedavi yaklaşımları ve relapsı öngörebilecek faktörlerin saptanması amaçlanmıştır.

Yöntem: 2000-2024 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Romatoloji ve Üroloji polikliniklerinde izlenmiş/izlenmekte olan hastalar değerlendirildi. Demografik özellikler, semptom ve bulgular, eşlik eden organ tutulumları, görüntüleme, serum IgG4 düzeyi, histopatolojik özellikler ve tedavi verileri kaydedildi. Girişimsel/cerrahi işlem zamanlaması, stent çekilmesi, postoperatif üriner diversiyon gibi değerlendirmeler ve eş zamanlı laboratuvar parametreleri kaydedildi. Görüntüleme bulgularında progresyon/yeni lezyon, akut faz reaktanlarında artış, immünosüpresif değişiklik ya da cerrahi gereksinimi relaps parametreleri olarak tanımlandı. Relapsa kadar geçen süre Kaplan–Meier yöntemiyle, relaps ile ilişkili faktörler ise tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizleri ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 64 hasta (Üroloji izlemi: n=22, Romatoloji: n=15, ortak takip: n=27) dahil edildi. Hastaların %78,1'i erkek, ortalama tanı yaşı 50,9±11,8 yıldı. Yirmi dokuz hastada (%45,3) birden fazla sistem tutulumu mevcuttu. Periaortiti olan 19 hastanın %41,1'inde tip 1, %47,4'ünde tip 2 ve %10,5'inde tip 3 vasküler tutulum mevcuttu. Histopatolojik değerlendirme yapılan 55 hastanın 45'i (%81,8) IgG4-ilişkili hastalıkla uyumlu bulundu. Üroloji takipli 2 hastaya sadece steroid verilmişken; romatoloji ve ortak takipli tüm hastalar kortikosteroid, %53,3'ü siklofosfamid, %46,7'si RTX kullanmıştı. Toplam 49 (%76,5) hastaya girişim yapılmıştı. Girişim/cerrahi öncesinde ortalama serum kreatinin 3,24 (1,3-5,2) mg/dL iken, postoperatif 6. ayda 1,32 (0,9-1,7) mg/dL idi. Median 4,5 (IQR 8,8) yıl takip süresince toplam 21/63 (%33,3) hastada relaps izlendi. Median relaps gelişim süresi 3,1 (IQR 4,5) yıldı. İlk değerlendirmede yüksek CRP düzeyleri relaps ile ilişkiliydi (6,3±5,9 vs. 2,7±3,3 mg/dL; p=0,04) ve çok değişkenli analizde bağımsız risk faktörü olarak belirlendi (OR=1,2; %95 CI: 1,02-1,40; p=0,03).

Sonuç: Periaortit (RPF) hastalarının yaklaşık yarısında eşlik eden doku ve organ sistemlerinin tutulumu görülmektedir. Histopatolojik değerlendirme yapılan hastaların %80'den fazlası IgG4-ilişkili hastalıkla uyumlu bulunmuştur. Artan farkındalık ve immünosüpresif kullanımına rağmen hastaların üçte birinde relaps gözlenmektedir. Medikal tedavi ile girişimsel müdahale/cerrahinin optimum zamanlaması için bölümler arası iş birliğinin hastalık sürecine olumlu yansıdığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Periaortit, retroperitoneal fibrozis, IgG4-ilişkili hastalık, relaps

[PS-204]

Başkent Üniversitesi Romatoloji Polikliniği'ne başvuran erken başlangıçlı gut hastalarında klinik ve laboratuvar bulgular

Çisem Okur Maden[1], Berivan Bitik[1], Cihangir Ergün[1], Emre Erk[2], Elif Gökçek Üsküdar[2], Ayşegül Alemdaroğlu[2], Yeliz Kargıner[2], Ahmet Eftal Yücel[1]

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

[2]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Amaç: Gut erişkinlerde en sık görülen enflamatuvar romatizmal hastalıktır. Gut hastalığının prevalansı yaşla birlikte artar ve 40 yaşından önce gut atakları nadirdir. Erken başlangıçlı gut (EBG) için evrensel olarak kabul edilen bir tanım olmasa da çoğu çalışma bunu 40 yaşından önce ortaya çıkan gut olarak sınıflandırmaktadır. Bu çalışma EBG hastalarının klinik ve laboratuvar özelliklerini göstermeyi ve 40 yaşından sonra gut tanısı alan hastaların özellikleriyle karşılaştırmayı hedeflemektir.

Yöntem: 1998 ile 2023 yılları arasında Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde takip edilen 242 gut hastası üzerinde retrospektif bir inceleme yapılmıştır. Tüm hastalar 2015 ACR/EULAR gut sınıflandırma kriterlerini karşılamıştır. Hastalar erken başlangıçlı gut (tanı anında yaş ≤40, Grup 1) ve geç başlangıçlı gut (tanı anında yaş >40, Grup 2) olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. İstatistiksel analizler SPSS 15.0 kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: 242 hastanın 34'ü (%14) 40 yaş ve altında (Grup 1), 208'i (%86) ise 40 yaş üzerinde (Grup 2) gut tanısı almıştır. Grup 1 hastalarının hepsi erkekti. Tanı konulduğunda yaş ortalaması Grup 1'de 32,02, Grup 2'de ise 62,18 idi (Tablo 1). Hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve kronik böbrek hastalığı prevalansı Grup 2 hastalarda daha yüksekti. Serum ürik asit düzeyi atak boyunca ve atak dışında iki grup arasında benzerdi (sırasıyla 9,24'e karşı 8,72 mg/dL, p=0,81). Sigara içme, alkol tüketimi ve ailede gut öyküsü Grup 2 hastalarda daha sıktı. Her iki grupta da en sık etkilenen eklem 1. metatarsofalengeal eklemdi. Diz eklemi tutulumu Grup 1 hastalarda daha az sıklıkta görüldü (sırasıyla %6,9 ve %15,6; p= 0,003). Atak sırasında ortalama eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) Grup 2 hastalarda anlamlı olarak daha yüksekti (10,6 mm/saate karşı 20,87 mm/saat; p=0,0001), ancak C-reaktif protein (CRP) düzeylerinde anlamlı bir fark yoktu. Her iki grupta da hastaların %15'inde bilateral alt ekstremite tutulumu gözlendi (p=0,1). Yıllık gut atak sayısı ve tedavi protokolleri gruplar arasında benzerdi. Ortalama alanin transaminaz (ALT) düzeyi Grup 1'de anlamlı olarak daha yüksekti (37'ye karşı 24 U/L, p=0,002).

Sonuç: EBG geç başlangıçlı gut ile kıyaslandığında erkeklerde daha sık görülmesi ve diz ekleminin daha az sıklıkla etkilenmesi gibi belirgin klinik farklılıklar göstermektedir. Yaşlı hastalarda daha fazla komorbidite olmasına rağmen, serum ürik asit düzeyleri her iki grupta da benzerdi, bu da genetik yatkınlığın EBG'de önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir. Her iki grupta da optimal ürik asit kontrolünün sağlanması zorlu bir görev olmaya devam etmekte olup, bu durum ürat düşürücü tedavilere uyumun artırılmasının önemini vurgulamaktadır. Gelecekteki çalışmalar, EBG hastaları için kişiselleştirilmiş tedavi stratejilerini araştırmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Gut, erken başlangıçlı gut, geç başlangıçlı gut

Tablo 1. Demografik, klinik ve laboratuvar özellikler

	Grup 1 (≤40 yaş) (n=34)	**Grup 2 (>40 yaş) (n=208)**	**p**
E/K	34/0	157/51	0,001
Sigara, n (%)	10 (%30)	35 (%17)	0,076
Alkol tüketimi, n (%)	8 (%23,4)	38 (%19)	0,577
Hipertansiyon, (n, %)	13 (%38,24)	154 (%74,4)	<0,001
Diabetes mellitus, (n, %)	10 (%29,4)	62 (%30,3)	0,908
Kronik böbrek hastalığı, n (%)	0	37 (%17,4)	0,007
Koroner arter hastalığı, n (%)	2 (%5,8)	46 (%22,3)	0,026
Nefrolitiyazis, n (%)	2 (%5,8)	24 (%11,7)	0,550
Alevlenme sırasında ASA kullanımı, n (%)	1 (%2,9)	34 (%17)	0,035
Alevlenme sırasında diüretik kullanımı, n (%)	2 (%5,9)	87 (%43)	<0,001
İlk alevlenme yaşı, Ortanca (min-maks)	30,5 (23,0-40,0)	63,0(34,0-95,0)	<0,001
Alevlenme sayısı /yıl	2,0 (0-48,0)	3,0 (0-36,0)	0,475
ESH (mm/saat), ortanca	9,0 (2,0-42,0)	16,5 (2,0-112,0)	<0,001
CRP (mg/L)	3,40 (1,99-29,10)	4,60 (0,10-231,00)	<0,001
Kalsiyum (mg/L)	9,95 (9,40-10,30)	9,50 (0,40-12,60)	0,075
ALT, ortanca (min-maks)	37,0 (15,0-118,0)	24,0 (4,0-243,0)	0,002
GGT, ortanca (min-maks)	50,0 (20,0-548,0)	34,0 (13,0-472,0)	0,225
Alevlenme sırasında ürik asit, ortanca (min-maks)	8,90 (4,00-13,40)	8,75 (3,40-16,00)	0,564
Rastgele ürik asit, ortanca (min- maks)	7,20 (4,00-12,40)	6,60 (1,65-13,10)	0,112
Tofüs varlığı (%)	%2,94	%5,39	0,704
Allopürinol dozu, mg, ortanca (min-maks)	300 (75,0-600)	150 (75,0-900)	0,691
Kolşisin kullanımı, n (%)			
1x0,5 mg	10 (%30)	88 (%44)	
2x0,5 mg	12 (%36)	69 (%35)	
3x0,5 mg	3 (%9,1)	12 (%6,0)	

E: erkek, K: kadın, n: sayı, ASA: asetil salisilik asit, ESH: eritrosit sedimentasyon hızı, CRP: C-reaktif protein, ALT: alanin aminotransferaz, GGT: gama glutamil transferaz p <0,05 anlamlı kabul edilmiştir

[PS-205]

Pulmoner tromboemboli ile prezente olan granülomatozis ile polianjitis: Nadir bir olgu sunumu

Gülnur Çelik Yılmaz[1], Murat Can[2], Esin Kurtuluş Öztürk[3], Emine Sarıyıldız[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Granülomatoz polianginit (GPA), küçük ve orta çaplı damarları tutan, multisistemik organ tutulumuna neden olabilen nadir bir sistemik vaskülittir. Anti-nötrofil sitoplazmik antikorlar (ANCA), özellikle proteinaz 3 antijenine karşı oluşanlar (PR-3-ANCA), hem hastalığın patogenezinde rol alır hem de tanıda yol göstericidir. Pulmoner tromboemboli (PTE), GPA'nın seyri sırasında görülebilen hayatı tehdit edebilen bir komplikasyondur ve görülme riskinin en yüksek olduğu dönem GPA tanısından sonraki ilk 1 yıldır. Başka nedenlerle açıklanamayan PTE, GPA tanısından önce saptanan nadir bir bulgudur. Bu olgu, PTE ile prezente olup sonrasında GPA tanısı alan bir hastayı sunmaktadır.

Olgu: Kırk sekiz yaşında, bilinen ek hastalığı olmayan kadın hasta ani gelişen nefes darlığı şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın vital bulguları başlangıçta stabildi, ancak periferik oksijen satürasyonu %86, solunum sayısı 28/dk olarak saptandı. D-dimer düzeyi yüksek saptanması üzerine yapılan toraks BT anjiyografide sol üst lob lingular segmenter arter proksimalinde lümen içerisinde PTE ile uyumlu dolum defekti izlendi (Şekil 1 PTE'den bir kesit). Derin ven trombozu açısından yapılan alt ektremite Doppler USG negatifti. PTE tanısı konan hastaya antikoagülan tedavi başlandı. Hastanın öyküsü sorgulandığında, tekrarlayan burun tıkanıklığı, postnazal akıntı, işitme kaybı ve baş ağrısı tarifllediği öğrenildi. Laboratuvar tetkiklerinde CRP: 5,24 mg/dL, ESR: 34 mm/h, TİT: 2+ eritrosit ve p-ANCA 1/100 (MPO-ANCA: 79 U/mL) pozitifliği saptandı. ANCA-assosiye vaskülit (AAV) ön tanısı ile istenen paranazal BT' sinde kronik pansinüzit ve kronik otitis media bulguları mevcuttu. Ayırıcı tanı için gönderilen trombofili paneli negatif, protein C, protein S ve antitrombin-III düzeyi normaldi. AAV renal tutulum açısından gönderilen 24 saatlik idrar proteini 826 gr/gün olması üzere hastaya renal biyopsi yapıldı. Patoloji nekrotizan ekstrakapiller (kresent gelişimi) ve endokapiller proliferatif pauci-immün glomerülonefrit olarak raporlandı. EULAR/ACR 2022 sınıflama kriterlerine göre hastaya Granülomatoz Polianginit (GPA) tanısı konuldu. Hastaya 3 gün pulse kortikosteroid (devamında 1 mg/kg prednizon) ve rituksimab 1000 mg tedavisi planlandı. Hastanın rituksimab infüzyonunun 1. saatinde ciddi ilaç ilişkili reaksiyon gelişmesi üzere tedavisi kesildi ve sonrasında tedavi siklofosfamid ile değiştirildi. Steroid doz azaltım şeması verilen hastanın klinik takipleri devam etmektedir.

Sonuç: Granülomatoz poliangeit (GPA), küçük ve orta çaplı damarları tutan, sistemik nekrotizan bir vaskülit olup sıklıkla solunum yolları ve böbrek tutulumu ile kendini gösterir. GPA'nın klasik triadı üst solunum yolları, alt solunum yolları ve böbrek tutulumudur. Son yıllarda yapılan çalışmalarda, GPA'lı hastalarda venöz tromboemboli (VTE) riskinin genel popülasyona göre belirgin şekilde arttığı gösterilmiştir. Merkel ve ark. tarafından yapılan geniş kohort analizinde, GPA tanısı alan hastalarda VTE insidansının %7 civarında olduğu, bunun genel popülasyona göre yaklaşık 6 kat artmış risk anlamına geldiği bildirilmiştir. Bu artmış riskin multifaktöriyel olduğu düşünülmekte; vasküler enflamasyon, endotel hasarı, immobilizasyon, yüksek doz glukokortikoid ve siklofosfamid gibi immünosüpresif tedaviler önemli katkıda bulunmaktadır. GPA'da tromboembolik olaylar nadir değildir; ancak PE'nin ilk bulgu olarak ortaya çıkması oldukça seyrek raporlanmıştır. Bu durum, vaskülitin oluşturduğu damar duvarı hasarı ve sistemik enflamasyonun tetiklediği prokoagülan durum ile açıklanabilir.

Anahtar Kelimeler: Granülomatoz polianjitis, pulmoner emboli, anjiyografi, rituksimab

Şekil 1. Sağ ve sol pulmoner arterlerde dolum defekti

[PS-206]

Ağrı enflamatuvar artritlerde farklı seyrediyor: b/tsDMARD kullanan psöriatik artrit hastalarında RA ve SpA'ya göre artmış rezidüel ağrı vardır

Erdinç Ünaldı, Mustafa Ekici, Büşra Fırlatan Yazgan, Gözde K. Bayram, Buğu Bulat, Levent Kılıç, Ali Akdoğan, Ömer Karadağ, Şule Apraş Bilgen, Ali İhsan Ertenli, Sedat Kiraz, Umut Kalyoncu

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

Amaç: Enflamatuvar artrit hastalarında hastalık aktivitesi kontrol altına alınmasına rağmen ağrının devam etmesine "rezidüel ağrı" (RP) denir. Önceki çalışmalarımızda vizit düzeyinde rezidüel ağrı sıklığı gösterilmiştir. Bu çalışmada bDMARD kullanan enflamatuvar artritli hastalarda "hasta düzeyinde" rezidüel ağrı sıklığı ve ilişkili faktörler araştırılmıştır.

Yöntem: HÜRBİO veri tabanında 2002–2024 arasında enflamatuvar artrit (SpA, RA, PsA) nedeniyle en az bir bDMARD kullanmış 7053 hasta vardı. En az dört takip viziti olan 3635 (%51,5) hastada rezidüel ağrı değerlendirildi. Hastaların demografik verileri (yaş, cinsiyet, hastalık süresi), komorbiditeleri ve klinik özellikleri (RA, SpA, PsA), otoantikor pozitiflikleri (RF/anti-CCP) kaydedildi; ayrıca hastalık aktiviteleri (DAS28, BASDAI, hasta global-VAS, ağrı-VAS, CRP, sedimentasyon hızı) not edildi. Hastalık aktivitesi kontrol altında olmasına karşın takip vizitlerinde herhangi bir ağrı skoru ≥4/10 olması resideül ağrı olarak değerlendirilmiştir. Aktivite kontrolü; RA, PsA, SpA'da hasta global-VAS <2,0, RA ve PsA'da DAS28 <2,6, SpA ve PsA'da BASDAI <2,0 olarak belirlendi. Rezidüel ağrı (+) vizit sayısı/toplam vizit sayısına göre hastalar şu şekilde gruplanmıştır (Şekil 1); en az bir vizitte rezidüel ağrı, her vizitte rezidüel ağrı (RP%100), RP 2/3, RP %50, RP %25. Analizde ise RP%50 kullanılmıştır.

Bulgular: Hastaların 1940'ı (%53,4) SpA, 1294'ü (%35,6) RA ve 401'i (%11,0) PsA hastasıydı. Hastaların ortalama yaşı 511 (13,4), 2220 (%61,1) kadın, hastalık süresi 14,5 (8,0) yıl, VKİ 28,4 (5,9), sigara içiciliği 1984 (%54,9), HT (%26,2), DM (%11,4) ve kanser (%2,3) idi. RA hastalarının %77,7'sinde RF ve/veya anti-CCP pozitifliği vardı. Rezidüel ağrı değerlendirmesi yapılan 3635 hastanın ortalama 9,1 (4,8) viziti vardı (SpA'da RA ve PsA'ya göre daha sık, 9,4 (5,0), 8,6 (4,4), 8,5 (4,8), p<0,001). En az bir vizitte RP, 2/3, %50 ve %25 vizitte RP PsA hastalarında en sık, RA hastalarında orta düzeyde sık, SpA hastalarında ise en az sıklıkta olduğu görüldü. *RP%50 olan ve olmayan hastalar*: RP%50 olan hasta sayısı 165/3635'di (%4,5). RP %50 olan ve olmayan hastaların yaş [49,9 (13,5) vs 51,1 (13,4), p=0,24] ve cinsiyetleri (%61,8 vs %61,0, p=0,84) benzerdi. PsA hastalarında RP%50 oranı %15,2, RA'da %5,5, SpA'da ise %1,7 olarak saptandı. PsA hastalarında SpA'ya göre 10,36 (6,68-16,08), RA'ya göre 3,35 (220-5,10) kat kada sık RP %50 varken, RA hastalarında da SpA'ya göre 3,1 (2,15-4,44) kat daha sık RP %50 saptandı.

Sonuç: bDMARD kullanan enflamatuvar artrit hastalarında ortalama 9 takip vizitinde %4,5 hastada rezidüel ağrı saptanmıştır. Hastalık aktivitesi standart parametrelerle kontrol altındayken ağrının sürmesine başta fibromyalji (FM) olmak üzere birçok faktör neden olabilir. FM kadınlarda sık görülür ancak çalışmamızda rezidüel ağrı olan ve olmayanlarda yaş ve cinsiyet belirleyici faktör değildi. Standart FM değerlendirmesi yapılmamış olsa da bu bulgu, rezidüel ağrının yalnızca FM ile açıklanamayacağını düşündürmektedir. Öte yandan hasta düzeyinde hastalıklar arasında belirgin fark vardır. Rezidüel ağrı, aksiyal tutulumun baskın olduğu SpA'da nadirken, periferik artritin öne çıktığı RA'da orta düzeyde, periferik artrit ve entezitin birlikte olduğu PsA'da ise SpA'ya göre 10 kat daha sıktır. Bu bulgular ağrı mekanizmasını anlamada yol gösterici olup, alttaki süreçleri açıklamak için ileri çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: b/tsDMARD, fibromyalji, enflamatuvar artrit, psöriatik artrit, rezidüel ağrı, romatoid artrit

Kategori	Tanım
RP100	Tüm vizitlerinde rezidüel ağrı olan hastalar
RP66 (2/3)	Vizitlerinin ≥%66'sında rezidüel ağrı olan hastalar
RP50	Vizitlerinin ≥%50'sinde rezidüel ağrı olan hastalar
RP25	Vizitlerinin ≥%25'inde rezidüel ağrı olan hastalar
En az bir vizitte RP	Takip süresinde en az bir vizitte rezidüel ağrı saptanan hastalar

Şekil 1. Hasta düzeyinde rezidüel ağrı tanımları

[PS-208]

SLE nefriti ve ilişkili olan faktörler

Özge Yoğurtçu[1], Murat Yoğurtçu[1], Kardelen Eligüzel[1], Hasan Kocaayan[1], Öykü Tomay Aksoy[1], Atılay Matpan[1], Zeynep Erde[1], Eda Otman Akat[2], Mustafa Özmen[1], Dilek Solmaz[1], Servet Akar[1]

[1]*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir*

[2]*Manisa Şehir Hastanesi, Manisa*

Amaç: Lupus nefriti (LN), sistemik lupus eritematozus (SLE) hastalarında görülen immünkompleks ilişkili bir böbrek hastalığıdır. Renal tutulum SLE hastalarında önde gelen prognostik belirleyicilerden olduğundan LN'i gelişecek hastaların tahmin edilmesi bireyselleştirilmiş tedavi ve uygun takip açısından önemli olabilir. Bu nedenle çalışmamızda, renal tutulumu olan ve olmayan SLE hastalarının tanı anındaki demografik, klinik ve laboratuvar özelliklerinin karşılaştırılması yanında tanı sırasında renal tutulumu öngördüren faktörlerin saptanması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu tek merkezli çalışmaya Ocak 2007 ile Nisan 2025 tarihleri arasında Romatoloji Polikliniği'ne başvuran 2019 ACR/EULAR sınıflandırma kriterlerine göre SLE olarak sınıflandırılan 301 hasta dahil edildi. Hastaların tıbbi kayıtlarından demografik, klinik ve laboratuvar verileri standart bir form aracılığı ile elde olundu. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortalama ± standart sapma, kategorik değişkenler için ise frekans ve yüzde olarak sunuldu. Gruplar arasındaki kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı. Sürekli değişkenler için gruplar arası farkların değerlendirilmesinde Mann–Whitney U testi uygulandı. LN'i tahmin ettiren faktörlerin belirlenmesinde sensörlü bir yöntem olan sağkalım analizi (Kaplan–Meier veya sürekli değişkenler için Cox Regresyon [Log-rank testi]) kullanıldı. Tek değişkenli analizlerde p<0,10 bulunan değişkenler çok değişkenli modele alındı. Tüm testlerde p<0,05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 301 SLE hastasının 91'inde (%30,2) lupus nefriti (LN) saptandı. Lupusa geçen ortanca zaman 357 (IQR 1192) gün idi. LN grubunun yaş ortalaması 32±15 yıl iken, nefriti olmayan grubun ortalaması 35±13 yıl idi (p=0,07). LN olan grupta erkek hasta oranı anlamlı olarak daha yüksek idi (p=0,048). Serolojik değerlendirmede, LN grubunda anti-dsDNA pozitifliği (p=0,02), C3 (p=0,01) ve C4 düzeylerinin düşüklüğü (p=0,024) anlamlı olarak daha fazla bulundu. Ayrıca bu hastalarda eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) (p<0,001) ve CRP düzeyi (p=0,03) anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Hematolojik parametreler incelendiğinde LN grubunda hemolitik anemi (p=0,02), lökopeni (p=0,042), daha düşük hemoglobin düzeyi (p<0,001), düşük lenfosit sayısı (p<0,001) ve daha düşük trombosit sayısı (p=0,01) izlendi. Serum kreatinin düzeyi LN grubunda daha yüksek saptandı (p=0,002). Tek değişkenli analizlerde anti-dsDNA pozitifliği, hemolitik anemi, yüksek ESH, düşük C3 ve düşük C4, düşük lenfosit sayısı LN ile ilişkili bulundu. Çok değişkenli analizde ise anti-dsDNA (p=0,02), yüksek ESH (p=0,01) ve düşük C3 düzeyi (p=0,04) LN için bağımsız prediktörler olarak belirlendi.

Sonuç: Çalışmamızda lupus nefriti gelişimiyle ilişkili faktörler arasında erkek cinsiyet, serozit, artrit, anti-dsDNA pozitifliği, hipokomplementemi, hematolojik bozukluklar ve sedimentasyon, CRP öne çıktı. Çok değişkenli analizde ise anti-dsDNA pozitifliği, yüksek ESH ve düşük C3 düzeyi lupus nefriti için bağımsız öngördürücü faktörler olarak saptandı. Bu bulgular, SLE tanısı alan hastalarda serolojik göstergeler ve enflamatuvar belirteçlerin yakından değerlendirilmesinin, yüksek riskli grupların belirlenmesi ve yakın klinik izlemin planlanmasında kritik öneme sahip olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, lupus nefriti, kompleman

[PS-209]

Sistemik otoenflamatuvar hastalık şüphesiyle incelenen erişkin hastaların genetik test sonuçlarıyla birlikte değerlendirilmesi

Shirkhan Amikishiyev[1], Yıldız Akbal Engin[1], Tuğba Kalaycı[2], Lala Soltanova[3], Yasemin Yalçınkaya[1], Bahar Artım Esen[1], Murat İnanç[1], Ayla Şahin[2], Aynur Aday[2], Sema Sırma Ekmekçi[4], Neslihan Abacı[4], Sükrü Öztürk[2], Sükrü Palanduz[2], Ahmet Gül[1]

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

[2]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Genetik Bilim Dalı, İstanbul

[3]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

[4]İstanbul Üniversitesi, Aziz Sancar Deneysel Tıp Araştırma Enstitüsü, Genetik Anabilim Dalı, İstanbul

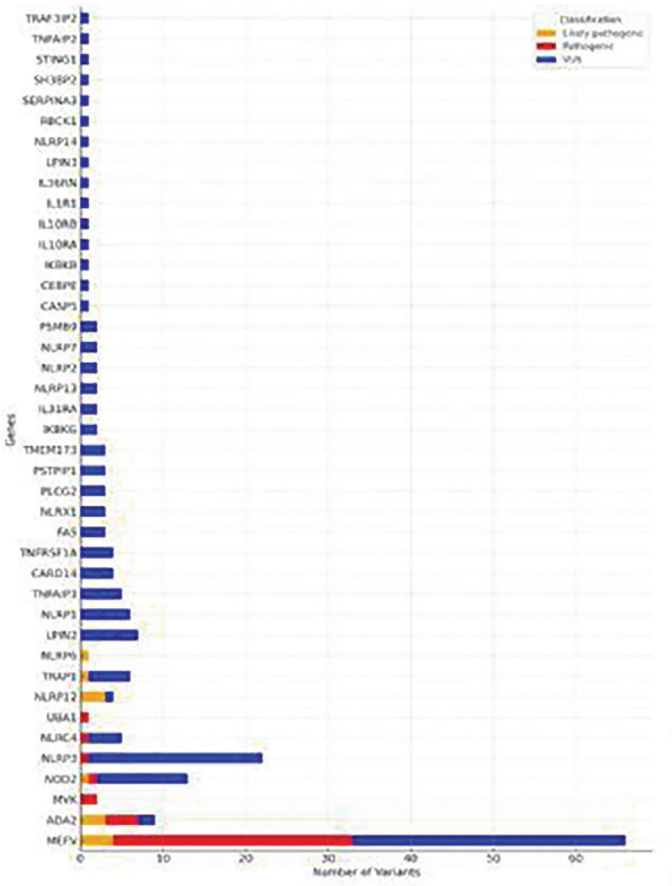
Amaç: Sistemik otoenflamatuvar hastalık (SOİH) tekrarlayan ateş ve vücudun belirli bölgelerini etkileyen ve kendiliğinden düzelen enflamasyon ataklarıyla seyreden genetik hastalıklardan oluşmaktadır. Bu çalışmada, SOİH şüphesiyle değerlendirilen hastaların klinik özellikleri genetik sonuçlarıyla birlikte değerlendirilerek, hastalıkla ilişkili genetik bulgu saptanamayan olguların ayırt ettirici özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca klinik anlamı olan bir varyant taşıyan hastalarda, genetik ve klinik bulgular birlikte değerlendirilerek klinik tanı performansının incelenmesi hedeflenmiştir.

Yöntem: SOIH şüphesiyle Nisan 2019 ve Ocak 2023 tarihleri arasında merkezimize yönlendirilen hastaların klinik bulguları ve "kalıtsal periyodik ateş sendromları" için hedefe yönelik yeni nesil dizileme (NGS) sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. Veri analizi IonReporter yazılımı sürüm 5.10 veya Illumina platformları kullanılarak gerçekleştirildi. Genetik taramada incelenen bölgeler otoenflamatuvar hastalıklarla ilişkili 22 geni içermekteydi. Ek genlerin dahil edilmesi gerektiğinde, seçilmiş hastalarda klinik ekzom analizleri yapıldı ve ilgili gen verileri veri tabanından elde edildi. Varyantlar ACMG/AMP önerilerine göre patojenik, olası patojenik, belirsiz öneme sahip varyant (VUS) olarak sınıflandırıldı. Varyant-pozitif (patojenik/olası patojenik ± VUS) ve varyant-negatif hastaların klinik özellikleri karşılaştırıldı. Ayrıca, varyant-pozitif hastalarda genetik ve klinik bulguların birlikte değerlendirilmesiyle tanı olasılığı incelendi.

Bulgular: Toplam 137 hastanın (79 kadın, 58 erkek, ortalama yaş 40,8±12,6) verileri değerlendirildi. Toplam 105 hastada en az bir genetik varyant (%76,6) tespit edilirken, 32 hastada (%23,4) tarama patojenik, olası patojenik ve VUS açısından negatif olarak sonuçlandı. Varyant-negatif hastalar, varyant-pozitif hastalara kıyasla, tanı anında daha ileri yaştaydı (38,2±13,6 yıla karşı 28,4±14,8; p=0,02, Şekil 1). Ateş ve artrit her iki grupta benzer sıklıkta görüldü. Varyant-negatif grupta bulantı, kilo kaybı, ishal, eritema nodozum, baş ağrısı ve sensörinöral işitme kaybı (SNIK) daha sık izlendi. Serebrovasküler oklüzyon (SVO) ise varyant-pozitif hastalarda daha sık görüldü. Varyant sonucu pozitif olan 82 hastaya (%62) (Şekil 2) klinik ve genetik bulgularla uyumlu bir tanı konulabildi. Bunlardan 32 hastaya Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA), 1 hastaya mevalonat kinaz eksikliği, 1 hastaya A20 haployetersizliği, 4 hastaya ADA2 enzim eksikliği (DADA2) tanısı konulabildi. Toplam 44 hasta ise, patojenik, olası patojenik ve/veya VUS kombinasyonlarını içeren ≥2 gen varyantını birlikte taşıyordu ve bu sonuçlarla hastalar "mikst otoenflamatuvar hastalık (MOİH)" başlığı altında sınıflandırıldı.

Sonuç: Bu çalışmada, SOİH şüphesi olan hastaların yaklaşık dörtte biri varyant-negatif olarak saptanmış olup, bu olgularda klinik bulgular genellikle ileri yaşta başlamış ve bulantı, kilo kaybı, ishal, eritema nodozum, baş ağrısı ve SNİK gibi özgül olmayan belirtilerle seyretmiştir. Bu grubun özelliklerinin pediatrik yaş grubunda bildirilen SURF (Tanımlanamamış Tekrarlayan Ateş Sendromu) kohortu ile ortak özellikler göstermesi, söz konusu hastaların daha iyi tanımlanması gerektiğini ve multifaktöriyel etkenler ya da somatik mozaisizmle ilişkili alt grupların var olabileceğini düşündürmüştür. Varyant-pozitif hastalarda VUS pozitifliği daha sık gözlenmiş, ancak tek başına bir hastalığı tanımlayıcı özellikte bulunmamıştır. Bununla beraber, VUS kombinasyonlarının fenotipi etkileyebileceği ve MOİH şeklinde klinik bulgulara neden olabileceği düşünülmüştür. Genetik incelemelerde, diğer serilere göre yüksek olan %62'lik tanı başarısının, Türkiye'de FMF sıklığının yüksek olmasından ve VUS dahil birden fazla varyant taşıyan olguların MOİH olarak sınıflandırılmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Sistemik otoenflamatuvar hastalık, yeni nesil dizileme, varyant analizi (patojenik, olası patojenik, VUS)



Şekil 1. Varyant-pozitif hasta grubunda saptanan genetik varyantların dağılımı

Genetik varyantların sınıflandırılması (patojenik, olası patojenik ve önemi belirsiz varyantlar [VUS]), Amerikan Tıbbi Genetik ve Genomik Koleji ile Moleküler Patoloji Derneği'nin önerilerine dayanmaktadır.

[PS-210]

İmmün checkpoint inhibitörlerinin kullanımına bağlı gelişen romatolojik yan etkilerin sıklık ve risk faktörlerinin retrospektif incelemesi

Selin İldemir Ekizoğlu[1], Belkıs Nihan Coşkun[2], Burcu Yağız[2], Yavuz Pehlivan[2], Hüseyin Ediz Dalkılıç[2]

[1]Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Bursa

[2]Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Bursa

Amaç: İmmün kontrol noktası inhibitörleri (İCİ), son on yılda geleneksel kemoterapilerin yetersiz kaldığı durumlarda kanser tedavisinde çarpıcı bir etki yaratmıştır ve sağkalımı uzattıkları gösterilmiştir. İCİ'ler akciğer kanseri, malign melanom ve renal hücreli karsinom başta olmak üzere birçok malignitede kullanım onayı almıştır. Bu ajanlar monoterapi, kombine ya da sekansiyel (ardışık) biçimde uygulanabilir; rejim seçimi primer tümör tipi, hastalık evresi, hasta profili ve klinisyen tercihine göre belirlenir. İCİ kullanımı sırasında pek çok organda çeşitli yan etkiler görülebilir. Pnömoni, hepatit, döküntü, tiroidit ve hipofizit en sık bildirilenler arasında yer alırken, romatolojik yan etkiler görece daha az raporlanmaktadır. Romatolojik yan etkiler arasında artrit, artralji/miyalji, miyozit, sicca ve vaskülit sayılabilir. Sıklık yayınlar arasında değişkenlik göstermekle birlikte, gerçek insidans tam olarak bilinmemektedir.

Yöntem: Bu tek merkezli, retrospektif araştırmada Ocak 2020-Ağustos 2024 arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları-Onkoloji Bilim Dalı'nda nivolumab ve/veya ipilimumab kullanan 363 hastanın demografik verileri, primer onkolojik tanıları, aldıkları tedaviler ve süreleri, özgeçmiş/soygeçmiş bilgileri, tedavi altında gelişen yan etkiler ile bu yan etkilerin gelişim süreleri ve laboratuvar parametreleri taranmıştır. Romatolojik yan etkiler için risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Hastalar ilaç kullanımına göre üç gruba ayrılmıştır: başlangıçtan progresyon ya da toksisiteye kadar yalnızca nivolumab kullananlar izole nivolumab; nivolumab ile aynı zaman penceresinde ipilimumab alanlar kombine; nivolumab sonlandırıldıktan sonra ipilimumaba geçilenler sekansiyel grup olarak sınıflandırılmıştır. Veriler SPSS yazılımı ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Hastaların primer onkolojik tanıları tarandığında en sık küçük hücreli dışı akciğer kanseri (n=191), ardından malign melanom (MM, n=83), renal hücreli karsinom (RCC, n=44) ve nadir endikasyonlarla "diğer" maligniteler (n=37); en az ise küçük hücreli akciğer kanseri (SCLC, n=8) izlendi. Toplamda 328 hasta izole nivolumab, 16 hasta kombine ve 19 hasta sekansiyel gruba dahil edilmiştir. Nivolumab kullanım süresi izole grupta medyan 6 ay, kombine grupta 9,5 ay ve sekansiyel grupta 6 ay olarak saptanmıştır. İpilimumab kullanım süresi kombine grupta ortalama 3,5 ay, sekansiyel grupta ise 3 aydır. Taranan kohortta %27 (n=98) hastada tedavi sırasında yan etki gelişmiştir. Yan etki gelişim süresinin ortalaması 4,5 ay olarak bulunmuştur. Tüm kohortta artrit 5 hastada, artralji 37 hastada, miyozit 2 hastada ve sicca 11 hastada saptanmıştır. Cinsiyet, yaş, primer onkolojik tanı, otoantikor pozitiflikleri ve bilinen romatolojik hastalık varlığının riskle ilişkisini değerlendirmek üzere çok değişkenli analiz yapılmıştır.

Sonuç: Yan etki sıklığının ve risk gruplarının belirlenmesi, klinisyenin tedavi yönetimindeki belirsizliklerini azaltmada önem taşımaktadır. Bulguların doğrulanması ve risk gruplarının belirlenebilmesi için daha geniş örneklemli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: İmmün checkpoint inhibitörleri, ipilimumab, nivolumab, romatolojik yan etki

[PS-211]

Sistemik lupus eritematozuslu hastalarda mortalite ve ilişkili faktörler

Özge Yoğurtçu[1], Murat Yoğurtçu[2], Kardelen Eligüzel[1], Hasan Kocaayan[1], Öykü Tomay Aksoy[1], Atılay Matpan[1], Zeynep Erde[1], Eda Otman Akat[3], Mustafa Özmen[1], Dilek Solmaz[1], Servet Akar[1]

[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir

[2]İzmir Tire Devlet Hastanesi, İzmir

[3]Manisa Şehir Hastanesi, Manisa

Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE) tedavisindeki ilerlemelere karşın mortalite, genel popülasyona kıyasla halen yüksektir ve mortalite nedenleri ile öngördürücü faktörlerin ortaya konması günlük klinik pratik için önemlidir. Bu çalışmanın birincil amacı, SLE'li hastalarda tüm nedenlere bağlı mortalite ile ilişkili başvuru anında klinik, tanı ve takip sırasında görülen komorbiditeler, laboratuvar parametrelerini belirlemektir. Böylece riskli alt grupların erken tanımlanması, anti-enflamatuvar/immünosüpresif stratejilerin ve kardiyovasküler risk yönetiminin kişiselleştirilmesine katkı sağlanması hedeflenmiştir.

Yöntem: Bu tek merkezli çalışmaya Ocak 2007 ile Nisan 2025 tarihleri arasında Romatoloji Polikliniği'ne başvuran 2019 ACR/EULAR sınıflandırma kriterlerine göre SLE olarak sınıflandırılan 301 hasta dahil edildi. Hastaların tıbbi kayıtlarından tanı anındaki demografik, klinik ve laboratuvar verileri ile hastanın tanı ve takip sırasındaki ek hastalıkları standart bir form aracılığı ile elde olundu. Yaşamını kaybeden hastalar tıbbi kayıtlardan belirlendi. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortalama ± standart sapma, kategorik değişkenler için ise frekans ve yüzde olarak sunuldu. Gruplar arasındaki kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı. Sürekli değişkenler için gruplar arası farkların değerlendirilmesinde Mann-Whitney U testi uygulandı. Mortaliteyi tahmin ettiren faktörlerin belirlenmesinde sensörlü bir yöntem olan sağkalım analizi (Kaplan-Meier veya sürekli değişkenler için Cox Regresyon [Log-rank testi]) kullanıldı. Tek değişkenli analizlerde $p<0,10$ bulunan değişkenler çok değişkenli modele alındı. Tüm testlerde $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 299 hastanın %87,9'u kadındı. Ortalama yaş 34,6±13,8 yıl olup, ortanca 167,5 (IQR 101,2) ay takipte 47 hastanın (%15,7) kaybedildiği görüldü. Eksitus grubunda yaş anlamlı derecede yüksekti ($p=0,001$). Ayrıca hipertansiyon (HT), diabetes mellitus (DM) ve kardiyovasküler hastalık (KVH) yanında (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$ ve $p<0,001$) kronik böbrek hastalığı (KBH) da mortalite grubunda daha sık görüldü ($p=0,03$). Laboratuvar parametrelerinde eksitus grubunda eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ve CRP düzeyleri daha yüksekti (sırasıyla $p=0,02$ ve $p=0,04$), trombosit sayıları ise daha düşüktü ($p=0,004$). Otoantikorların dağılımı yaşayan ve kaybedilen hastalarda benzerdi. Tek değişkenli analizlerde HT, DM, KVH, KBH, anti-kardiyolipin antikor pozitifliği, düşük trombosit sayısı, düşük C4 düzeyi, yüksek ESH ve yaş artışı mortalite ile anlamlı ilişkili bulundu. Çok değişkenli analizde ise yalnızca ileri yaş ($p=0,03$) ve düşük C4 düzeyi ($p=0,05$) mortalite için bağımsız belirteçler olarak saptandı.

Sonuç: SLE'li hastalarda mortalite riskinin öngörülmesinde ileri yaş ve düşük C4 düzeyi (hipokomplementemi) bağımsız öngördürücüler olarak öne çıkmaktadır. Komorbiditeler (özellikle HT, DM ve KVH) mortaliteyle ilişkili olmakla birlikte çok değişkenli analizde bağımsız belirteç olarak kalmamıştır. Bulgular, bu hasta grubunda komorbidite yönetiminin titizlikle yapılması, enflamatuvar aktivitenin kontrol altında tutulması ve kompleman düzeylerinin yakından izlenmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Kompleman, komorbidite, mortalite, sistemik lupus eritematozus

[PS-213]

Enflamatuvar miyozitli hastalarda miyozit spesifik antikorlara ve klinik alt gruplara göre kapilleroskopik özellikler

Selma Sarı, Numune Aliyeva, Bahar Artım Esen, Ahmet Gül, Murat İnanç, Yasemin Yalçınkaya

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

Amaç: Tırnak yatağı video-kapillaroskopisi (NVC), kapiller dansite ve morfolojinin incelendiği periungual mikrosirkülasyonu değerlendiren noninvaziv tanısal bir yöntemdir. Günümüze kadar yapılan birçok çalışma, NVC'nin özellikle sistemik sklerozis ve raynaud fenomeninde tanısal ve prognostik rolünü ortaya koymuştur. Enflamatuvar miyopatili (İM) hastalarda da kapiller değişiklikler tanımlanmıştır; ancak bu bulguların sıklığı, tipik özellikleri ve klinik ile serolojik parametrelerle ilişkisi tam olarak belirlenmemiştir. Çalışmamız, İM'li hastalarda kapillaroskopik özellikleri ve bunların klinik ve serolojik bulgularla ilişkisini tanımlamayı amaçlamıştır.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya, Aralık 2021 ile Aralık 2023 tarihleri arasında takip edilen, 63 İM tanılı hasta dahil edilmiştir. Tüm hastalarda NVC ile kapiller sayı ve kapiller morfolojik anormallikler değerlendirilmiştir. Kaydedilen NVC görüntüleri, kör bir araştırmacı tarafından daha sonra analiz edilmiştir. Kümülatif klinik ve serolojik veriler hasta dosyalarından elde edilmiştir.

Bulgular: Hastaların demografik, klinik ve serolojik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Dermatomyozit (DM) (amiyopatik alt grup dahil) hastalarında, deri bulgusu olmayan miyozit hastalarına kıyasla daha düşük kapiller sayı (p=0,005) ve daha sık genişlemiş kapiller çap veya genişlik (p<0,05), kapiller disorganizasyon (p=0,24) ve avasküler alan (p=0,02) saptanmıştır. Otoantikor profiline göre yapılan analizde, ciddi NVC anormalliklerinin (kapiller sayıda azalma, dilate ve uzamış kapiller anslar, avasküler alanlar ve kapiller disorganizasyon) anti-TIF1γ pozitif hastalarda anlamlı olarak daha sık olduğu görülmüştür (Tablo 2). Tek değişkenli regresyon analizinde, anti-TIF1γ pozitifliği veya DM varlığı, ≤7 kapiller sayı [OR=4,83 (Cl %95 1,22-19,13), p=0,025; OR=9,25 (Cl %95 1,10-77,64), p=0,040], avasküler alan [OR=7,25 (Cl %95 1,67-31,52), p=0,008; OR=9,26 (Cl %95 1,10-77,64), p=0,040] ve kapiller disorganizasyon [OR=5,20 (Cl%95 1,22-22,32), p=0,026; OR=5,67 (Cl %95 1,12-28,87), p=0,037] ile ilişkili bulunmuştur; çok değişkenli analizde de bu parametrelerin anti-TIF1γ pozitifliği ile anlamlı ilişkisinin devam ettiği görüldü [sırasıyla OR=4,73 (Cl %95 1,16-19,22), p=0,030; OR=7,26 (Cl %95 1,61-32,86), p=0,010; OR=5,21 (Cl %95 1,15-23,48), p=0,032]. Dev kapiller (kapiller çap >50 µm) (p=0,047) veya mikrohemoraji (p=0,004) varlığı, hastalığı aktif hastalarda (n=23; 6'sı yeni tanı almış) daha sık görülmüştür.

Sonuç: Kapiller sayıda azalma, dilatasyon, elongasyon ve disorganizasyon, DM'li hastalarda sık görülen ciddi NVC anormallikleridir ve özellikle anti-TIF1γ antikorları ile ilişkili bulunmuştur. Dev kapiller ve hemorajiler ise aktif hastalık varlığında daha sık saptanmıştır. DM immünopatogenezinde mikroanjiyopatinin rolü ve anti-TIF1γ antikorlarının patojenik etkileri gelecekte ilgi çekici bir araştırma konusu olabilir. Daha büyük kohortlarda yapılacak kesitsel çalışmalar ile NVC, İM'li hastalarda bazı alt grupların ayırt edilmesinde ve hastalık takibinde katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Dermatomiyozit, tırnak yatağı video-kapillaroskopisi, enflamatuvar miyozit

Tablo 2.

	Dermatomiyozit (n=52) vs. Deri bulguları olmaksızın miyozit (n=11)	*P value*	Anti-TIF1 γ (+)(n=12) vs (-) (n=40)	*P value*
Kapiller ölçümler				
Kapiller sayı/mm	7.8±3.0 vs 10.6±2.6	0.005	5.8±2.9 vs 9.1±2.7	0.002
Max. Kapiller uzunluk (µm)	419±243 vs 243±132 µm	0.039	548±249 vs 325±208	0.008
Max. Kapiller çap (µm)	52±48 vs 18±13 µm	<0.001	91±76vs 32±21	0.003
Max. Kapiller genişlik (µm)	153±132 vs 75±56 µm	0.010	221±145 vs 109±116	0.004
Kapiller anormallikler, n (%)				
Kapiller çap > 40 µm	24 (46.2) vs 1 (9.1)	0.039	8 (66.7)vs 12 (29.3)	0.039
Kapiller çap > 50 µm			7 (58.3) vs 8 (19.5)	0.024
Artmış kapiller genişlik	39 (78) vs 4 (36.4)	0.011		
Artmış kapiller çap	41 (80.4) vs 4 (36.4)	0.004		
Kapiller disorganizasyon	29 (55.8) vs 2 (18.2)	0.024	9 (75)vs 15 (36.6)	0.024
Avasküler alan	25 (48.1) vs 1 (9.1)	0.020	9 (75) vs 12 (29.3)	0.007

[PS-214]

Klinisyenler için kafa karıştırıcı bir antite: Osteitis Kondensans İlyi

Gözde Sevgi Kart Bayram[1], Adalet Elçin Yıldız[2], Levent Kılıç[1], Büşra Fırlatan Yazgan[1], Mustafa Ekici[1], Buğu Bulat[1], Ali Aytuğ Kuştaş[1], Deniz Dönmez[1], Gizem Ayan[1], Sevtap Arslan Sarıkaya[2], Umut Kalyoncu[1]

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

[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

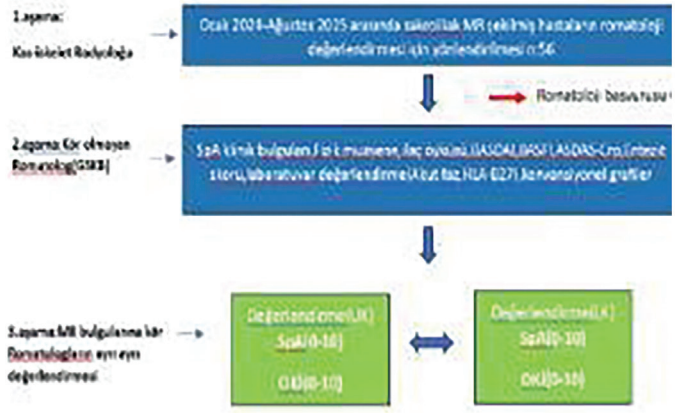
Amaç: Osteitis Kondensans İlyi (OKİ) sıklığı ve sebebi net olarak bilinmeyen, olasılıkla doğum ile ilişkili, klinik ve radyografik olarak spondiloartropati(SpA) ayırıcı tanısına giren, kafa karıştırıcı bir antitedir. OKİ genellikle ilk olarak radyografide saptanan ve tipik olarak sakroiliyak eklemin ilyak tarafında anteroenferiyorda geniş, üçgen şekilli subkondral skleroz olarak tanımlanmıştır. Bel ağrısı nedeniyle değerlendirilen hastaların sakroiliyak MRG'lerinde %2,5-8,9 sıklıkta OKİ ile uyumlu değişiklikler saptanmaktadır (1). Skleroz varlığı ASAS SpA MR kriterlerinde de yer almasından dolayı zaman zaman tanısal güçlüğe neden olabilmektedir. Bu çalışmanın amacı klinisyenlerin klinik, laboratuvar ve radyografi bulguları ile değerlendirdikleri hastalarda OKİ saptayabilme düzeylerinin belirlenmesidir.

Yöntem: Klinisyenlerin OKİ değerlendirmesi üç aşamada yapılmıştır. Birinci aşamada radyoloji bölümünce herhangi bir sebeple sakroiliyak MRG'si yapılmış hastalar bulgulardan bağımsız olarak ardışıklık gözetmeksizin romatoloji bölümüne yönlendirildi. 56 hastanın 39'unda (%69.6) romatoloji değerlendirmesi yapılabilmiştir. İkinci aşamada hastanın tüm bilgisine ulaşan romatoloji doktoru (GSKB) hastaların klinik bulgularını, ilaç öyküsünü, muayenesini, laboratuvar değerlendirmesini (akut faz, HLA-B27), aktivite ve fonksiyon değerlendirmesini (BASDA, BASFİ, ASDAS-CRP, entezit skoru), radyografi bulgularını standart şekilde not etti. Üçüncü aşamada hastanın MRG sonucuna kör olan iki farklı romatoloji doktorunun (UK ve LK) değerlendirmesine göre SpA (0-10, 0 hiç düşünmüyorum, 10 kesin SpA) ve OKİ (0-10) açısından puanlandı (Şekil 1). OKİ skoru 6 ve üzeri olduğunda var olarak kabul edildi. Sakroiliyak MRG bulguları; OKİ, sakroiliyit (ASAS'a göre), diğer (normal veya dejeneratif) olarak gruplandı. MRG'de OKİ ve SpA bulguları birlikte varsa ayrıca not edildi.

Bulgular: OKİ hastalarının özellikleri: 39 hastanın sakroiliyak MRG'sinde OKİ, SpA ve diğer (normal/dejeneratif) değişiklikler 9, 8 ve 19 hastada vardı. 3 hastada hem OKİ hem de SpA saptandı. OKİ olan hastaların hepsi kadındı, omurga ağrısı 8/9 (%88,9), lumbar, torasik, kalça ve servikal ağrı sırasıyla 7, 4, 4 ve 1 hastada vardı. 2/9 (%22,2) OKİ hastasında enflamatuvar bel ağrısı vardı. Psöriyazis, enflamatuvar bağırsak hastalığı, üveit hiçbir hastada saptanmadı. OKİ olan ve olmayan hastaların BASDAI [4,9 (1,4) vs 4,6 (1,8)], BASFI [2,3 (1,8) ve 2,3 (1,7)], hasta global değerlendirme [6,8 (1,6) vs 6,5 (1,9)] ve doktor global değerlendirme [3,7 (1,1) vs 4,1 (1,7)] skorları benzerdi. Görüntüleme ve OKİ/SpA: MR görüntülemede 12/39 (%30,7) hastada OKİ ile uyumlu değişiklikler vardı. MRG altın standart olarak alındığında, körlük aşamasında birinci 10/12 (%83,3) ve ikinci değerlendirici 6/12 (%50) hastada OKİ'yi saptayamadı. Birinci ve ikinci değerlendiriciler arasında OKİ kappa değeri 0,43 olarak hesaplandı. Öte yandan her iki klinisyenin MRG bulgularına kör olarak SpA olmadığını düşündüğü 17 hastanın 16'sında (%94,1) MRG'de sakroiliyit saptanmadı.

Sonuç: Radyografi ve MRG bulgularına göre OKİ saptanan hastalar zaman zaman tanısal güçlüğe neden olabilmektedir. Nitekim SpA konusunda deneyimli iki farklı romatolog klinik, laboratuvar ve radyografik bulgular eşliğinde hastaları değerlendirdiklerinde %50-83 sıklıkla MRG'de saptanan OKİ'yi yakalayamamaktadır. Öte yandan klinisyenlerin MRG bulgularına kör olduğu durumda, SpA yok dediğinde bu büyük oranda gerçeği yansıtmaktadır. Bizim çalışmamızın erken sonuçlarına göre MRG'de OKİ saptanan hastaların büyük çoğunluğu klinik değerlendirmelerde gözden kaçmaktadır ve bu hastaların da yüksek hastalık aktivite skorları bulunmaktadır. SpA tanısında net olunmadığında diğer olası tanılardan OKİ tanısının dışlanması için sakroiliyak MRG'si ile incelenmesi problem çözücü olabilir.

Anahtar Kelimeler: Osteitis kondensans ilyi, spondiloartropati, enflamatuvar bel ağrısı



Şekil 1. Sakroiliak MR çekilen hastalarda OKİ-SpA değerlendirme sürecinin akış şeması

[PS-215]

Erişkinlerde metotreksat intoleransı ve şiddetinin değerlendirilmesi' ölçeğinin türkçe güvenilirliği ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi

N. Şule Yaşar Bilge[1], Yasemin Sağlan[2], Gamze Önal Birtane[1], Burcu Ceren Uludoğan[1], Uğur Bilge[2], Timuçin Kaşifoğlu[1]

[1]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

[2]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Eskişehir

Amaç: Metotreksat (MTX) romatoloji pratiğinde sıkça kullanılan bir hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilaçtır. Sık görülen yan etkileri içerisinde kullanımını en çok kısıtlayanı gastrointestinal (GIS) yan etkileridir. Farklı çalışmalarda değişen rakamlarla belirtilse de %30-40 hastada görüldüğü bildirilmektedir. GIS yan etkileri içinde bulantı-kusma, ishal, stomatitin yanı sıra hastalarda ilaç günü halsizlik, başağrısı, başdönmesi gibi yakınmalar olabilmekte ve bu şikayetlerin tamamı "metotreksat intoleransı" olarak adlandırılmaktadır. MTX intoleransı hastaların sıklıkla tedavi değişikliğine gitmek istemesine veya ilacı bırakmasına sebep olmaktadır. Bu çalışmada amacımız "Erişkinlerde Metotreksat İntoleransı ve Şiddetinin Değerlendirilmesi" ölçeğinin Türkçe güvenilirliğinin değerlendirilmesi ve ardından hastalarımızda MTX intoleransının sıklığı ve şiddetinin araştırılmasıdır.

Yöntem: Literatürde geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında örneklem büyüklüğünün ölçek madde sayısının en az beş katı olması gerektiği belirtilmektedir. Yapılan güç analizine göre 199, en az 6 aydır MTX kullanan, bilinen GIS patolojisi olmayan hasta dahil edilmiştir. Erişkinlerde Metotreksat İntoleransı ve Şiddet Değerlendirilmesi ölçeğinin İngilizce yapılandırılmış olan anketin Türkçe versiyonu hastalara uygulandı.

Bulgular: Çalışma grubu 161 (%80,9) kadın ve 38 (%19,1) erkekten oluşmaktadır. Katılımcıların 150'si (%75,4) 65 yaş altında, 49'u (%24,6) 65 yaş ve üzerindeydi. Komorbid hastalık 118 (%59,3) katılımcıda mevcutken, 81 (%40,7) kişide yoktu. MTX intoleransı toplamda 189 (%95,0) katılımcıda gözlendi ve bunların 107'si (%53,8) orta veya şiddetli intolerans göstermiştir. MISA toplam skor ortalaması 5,00±3,74, Metotreksat İntolerans Şiddeti (MISA-CP) ortalaması ise 7,20±3,83 olarak bulunmuştur. Cronbach alfa katsayısı 0,776 olup ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir. İntoleransı olan grubun bazı özellikleri ile MISA-CP skorları arasındaki ilişki incelenmiştir. Yaş değerlendirildiğinde, <65 yaş grubunda orta ve şiddetli MISA-CP skorlarına sahip olma oranı (%61,5) ≥65 yaş grubuna (%41,3) göre anlamlı derecede daha yüksektir (p=0,025). En sık görülen komorbiditeler; hipertansiyon (n= 54, %45,7), hipotiroidi (n= 26, %22,0), diabetes mellitus (n= 18, %15,2), koroner arter hastalığı (n= 10, %8,47), hiperlipidemi (n= 7, %5,93), astım (n= 7, %5,93), kalp yetmezliği (n=5, %4,23), KOAH (n= 4, %3,38) idi. Komorbid hastalık varlığı ile MISA-CP skorları arasındaki ilişki sınırda anlamlı bulunmuştur (p=0,050); komorbid hastalığı olanlarda yüksek skor oranı (%50,9) olmayanlara (%65,3) göre farklılık göstermektedir. Cinsiyet ve sigara kullanımının MISA-CP skorları üzerinde anlamlı bir etkisi gözlenmemiştir (sırasıyla p=0,270 ve p=0,385). Bu bulgular, özellikle yaş ve eşlik eden hastalıkların metotreksat intolerans şiddeti üzerinde etkili olabileceğini göstermektedir. MTX intoleransı olanların yaş ortalamaları 55,62±11,89 olup, min 23 maks 81 idi. MISA-CP skoru 1-3 olanlar ile 4 ve üzeri olanların yaş ortalamaları arasında anlamlı farklılık gözlenmedi (p=0,081). Tüm çalışma grubunun multivaryant lojistik regresyon analizinde ise cinsiyet, yaş ve komorbiditenin MTX intoleransını anlamlı şekilde öngörmediği görülmüştür. Kadınların OR değeri 2,49 (95% CI: 1,22-4,56, p=0,998), yaş ≥65 için OR = 0,75 (95% CI: 0,19-3,02, p=0,710), komorbiditesi olmayanlar için OR = 0,43 (95% CI: 0,11-1,74, p=0,237) idi.

Sonuç: Çalışmamız MISA anketinin MTX kullanan hastalarda intoleransı değerlendirmede güvenilir bir araç olduğunu göstermektedir. Ayrıca, çalışma grubumuzda MTX intoleransının literatüre göre daha sık olduğu ve 65 yaşaltı hastalarda ve komorbid hastalığı olanlarda semptomların daha şiddetli olduğu gösterilmiştir. MTX kullanımını ileri yaşlarda intoksikasyon riski nedeni ile sınırlarken daha erken yaşlarda ve komorbidite varlığında da intolerans sıklığı nedeni zorluk yaşanılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Metotreksat intoleransı, DMARD, romatoid artrit

[PS-216]

Gastrointestinal tutulumlu behçet hastalarında entezitin klinik ve ultrasonografik değerlendirmesi: Kontrollü çalışma

Hande Öğün[1], Alican Karakoç[1], Sinem Nihal Esatoğlu[1], Mehtap Doğruel[2], Erkan Yılmaz[2], Ali İbrahim Hatemi[3], Gülen Hatemi[1]

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

[2]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, HLA Doku Tiplendirme Laboratuvarı, İstanbul

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

Amaç: Papülopüstüler lezyon ve artrit ile seyreden Behçet hastalarının bir alt grubunda, spondiloartrit (SpA) için tipik bir özellik olan entezitin daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Enflamatuvar bağırsak hastalığı (İBH) ile SpA arasındaki ilişki ise iyi bilinen antitedir. Bu çalışmada, İBH'li hastalara birçok açıdan benzerlik gösteren Behçet hastalarının gastrointestinal sistem (GİS) tutulumu bulunan alt grubunda entezit sıklığı ve şiddetini klinik ve ultrasonografik indeksler aracılığıyla değerlendirmeyi ve elde edilen bulguları İBH ve enteropatik artritli hastalarla karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: Bu tek merkezli, kesitsel çalışmada, GİS tutulumlu Behçet hastaları ile SpA'nın eşlik etmediği İBH ve enteropatik artritli hastalarda klinik ve ultrasonografik olarak entezit değerlendirilmesi yapıldı. Tüm katılımcılarda demografik veriler, düzenli spor aktivitesi (haftada en az bir kez yapılan spor veya fiziksel aktivite olarak tanımlandı), vücut kitle indeksi (VKİ), kullanılan ilaçlar ve hastalık aktivitesi kaydedildi. Hastalık aktivitesinin değerlendirilmesinde Crohn Hastalığı Aktivite İndeksi (CDAI), ülseratif kolit için Mayo skoru, Bath AS Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAI), Behçet Hastalığı Anlık Aktivite Formu (BDCAF) ve GİS tutulumlu Behçet hastaları için Behçet Hastalık Aktivite Skoru (DAIBD) kullanıldı. Entezitin klinik değerlendirmesinde Maastricht Ankilozan Spondilit Entezit Skoru (MASES) ve Kanada Spondiloartrit Araştırma Konsorsiyumu (SPARCC) Entezit İndeksi kullanıldı. Klinik muayeneler, kör olarak iki bağımsız romatoloji uzmanı (HÖ ve AK) tarafından gerçekleştirildi. Ultrasonografi (US) ise tek bir romatolog (HÖ) tarafından, 6 çift entez bölgesi B-mod ve Power Doppler (PD) ile değerlendirildi. Bulgular Madrid Ankilozan Spondilit Entezit İndeksi (MASEI) ile puanlandı. MASEI-enflamatuvar (tendon yapısı, kalınlığı ve PD), MASEI-hasarı (kalsifikasyon ve erozyon) ve MASEI-toplam skorları ayrı ayrı raporlandı. US için gözlemci içi güvenilirlik, aynı romatolog tarafından kaydedilen görüntülerin yeniden değerlendirilmesi ve sınıf içi korelasyon katsayısının (ICC) hesaplanması ile belirlendi [ICC 0.89 (%95 CI 0,52-0,98).

Bulgular: Çalışmaya katılmaya onam veren, SpA'sı olmayan 37 İBH hastası, 46 enteropatik artrit hastası ve GİS tutulumlu 30 Behçet hastası dahil edildi. İBH hastaları daha genç yaşta olup daha az sigara öyküsüne sahipti ve sportif açıdan daha aktifti. GİS tutulumlu Behçet hastalarında erkek cinsiyet daha sık görülürken, enteropatik artrit hastalarında obezite eğilimi daha belirgindi. Beklendiği üzere, enteropatik artrit olgularında HLA-B27, GİS Behçet hastalarında ise HLA-B51 pozitifliği daha yaygındı. Üç hasta grubunda da hastalık aktivite indeksleri genellikle düşük hastalık aktivitesi ile uyumluydu ve yarısından fazlası TNF inhibitörü kullanıyordu.

Klinik muayenede 47 enteropatik artrit hastasının 30'unda (%64), 37 İBH hastasının 18'inde (%49) ve 30 GİS Behçet hastasının 19'unda (%63) en az bir entezit bulgusu saptandı. US ile değerlendirildiğinde ise enteropatik artrit hastalarının %91'inde, İBH hastalarının %89'ında ve GİS Behçet hastalarının %90'ında en az bir entezit bulgusu saptandı. Klinik muayene skorları enteropatik artrit grubunda, İBH ve GİS Behçet gruplarına kıyasla daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı değildi. US ile değerlendirmede ise MASEI-enflamatuvar ve MASEI-toplam skorları enteropatik artrit hastalarında, İBH ve GİS Behçet hastalarına göre anlamlı derecede daha yüksekti [tüm karşılaştırmalar için p<0,05]. İBH ile GİS Behçet grupları arasında bu skorlar açısından fark yoktu. MASEI-hasar skorları da enteropatik artrit grubunda daha yüksek olmakla birlikte, istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı (Tablo 2).

Sonuç: Klinik ve ultrasonografik değerlendirmelerde üç grupta entezit benzer sıklıkta saptanırken, GİS Behçet hastalarında entezit şiddeti İBH hastaları ile benzer, ancak enteropatik artrit hastalarına kıyasla daha düşük düzeydeydi.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, entezit, enflamatuvar bağırsak hastalığı, spondiloartrit

Tablo 2. Klinik ve US entezit skorları

	Enteropatik artrit (n=46)	İBH (n=37)	GİS Behçet (n=30)	p değeri
Klinik				
Ortanca (Q1-Q3) MASES	1 (0-12)	0 (0-10)	0,5 (0-9)	0,245*
Ortanca (Q1-Q3) SPARCC	0 (0-14)	0 (0-8)	1 (0-10)	0,432*
Triceps Enteziti n (%)	6 (13)	2 (5,4)	1 (3,3)	0,302**
US				
Ortanca (Q1-Q3) MASEI-Hasar	6 (0-25)	4 (0-21)	4,5 (0-20)	0,078*
Ortanca (Q1-Q3) MASEI-İnflamasyon	4 (0-21)	2 (0-9)	1 (0-7)	0,001*
Ortanca (Q1-Q3) MASEI-Toplam	10,5 (0-42)	5 (0-24)	6 (0-27)	0,011*

**Kruskal Wallis Testi *Ki-kare Testi; US, Ultrason; MASEI, Madrid Ankilozan Spondilit Entezit İndeksi; MASES, Maastricht Ankilozan Spondilit Entezit Skoru; SPARCC, Kanada Spondiloartrit Araştırma Konsorsiyumu*

[PS-217]

Eritrosit sedimentasyon hızı önemli bir laboratuvar bulgusudur ancak tek başına yeterli değildir

N. Şule Yaşar Bilge[1], Burcu Ceren Uludoğan[1], Gamze Önal Birtane[1], Taner Yılmaz[1], Muzaffer Bilgin[2], Timuçin Kaşifoğlu[1]

[1]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

[2]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Bilim Dalı, Temel Tıp Bilimleri Anabilim Dalı, Eskişehir

Amaç: Eritrosit sedimentasyon hızı (ESH), antikoagüle edilmiş venöz kanda eritrositlerin belli bir zamanda çökme hızıdır ve genellikle mm/saat olarak ifade edilir. ESH' nda yükselmeye neden olan pek çok sebep vardır; enfeksiyonlar, malignite, doku hasarı, kollajen doku hastalıkları, vaskülitler vs. gebelik gibi fizyolojik durumlarda da ESH' da yükseklik görülebilir. ESH'nin 100 mm/saat ve üzerinde olması altta yatan önemli bir hastalık olduğuna işaret eder ve araştırılması gereklidir. Sistemik otoimmün veya otoenflamatuvar hastalığı olan bireylerde ESH yüksekliği genellikle altta yatan hastalığın alevlenmesinden ya da sekonder enfeksiyonlardan kaynaklanmaktadır. Bu çalışmada amacımız son 5 yılda, bir üniversite hastanesi romatoloji kliniğinde ESH 100 mm/saat ve üzerinde olan hastaların klinik ve laboratuvar bulguları ile almış oldukları tanılarının değerlendirilmesi, sonuçlarımızla literatürde yer alan az sayıdaki veriye katkıda bulunmaktır. **Yöntem:** Son 5 yıl içerisinde hastanemiz Romatoloji Bilim Dalı'na başvuran, 18 yaş üzerinde, ESH 100 mm/saat ve üzerinde saptanan hastaların sosyodemografik özellikleri, klinik bulguları, laboratuvar sonuçları ve tanıları hastane elektronik veri tabanından retrospektif olarak elde edildi.

Bulgular: Hastanemizde son 10 yıl içinde ESH 100mm/saat ve üzerinde saptanan 3357 hasta saptandı, bu hastaların 168'i romatoloji bölümünde değerlendirilmişti. Hastaların 49'u (%29,2) erkek, 119'u (%70,8) kadın, yaş ortalaması 59,60±14,78 (21-84) olup ortalama ESH değeri 107,90±8,23 mm/saat (100-140) idi. Hastaların 33'ünün (%20,1) ilk başvurusu olup romatolojik bir hastalık tanısı almıştı, 53 (%32,8) hastada mevcut hastalık alevlenmesi, 48 (%29,6) hastada enfeksiyon nedenli ESH yüksekliği vardı, 22 (%13,6) hastada ise bağ dokusu hastalığı tanısı ile takipli iken yeni gelişen malignite saptanmıştı. Hastalardan 12'sinin tetkikleri devam etmekte idi veya tanı koyulamamıştı. Yeni tanı alan hastaların 15'i (%45,4) RA, 11 (%33,4) hasta SLE ve diğer bağ dokusu hastalıkları, 3 (%9) hasta vaskülit, 4 (%12,2) hasta da SpA tanısı almıştı. ESH yüksekliği nedeni yeni tanı romatolojik hastalık, enfeksiyon, malignite ve mevcut hastalık alevlenmesi olan hastaların yaş ve laboratuvar değerleri karşılaştırıldığında altta yatan hastalığı olan kişilerin daha genç olduğu saptandı (p=0,012). Tablo 1'de hastaların laboratuvar bulguları özetlenmiştir. Total protein değerleri ise enfeksiyon ve alevlenme durumlarında daha düşük olarak saptanmıştır (p=0,011). Diğer laboratuvar bulguları gruplar arasında istatistiksel olarak farklılık göstermemekteydi.

Sonuç: Romatoloji polikliniğine başvuran, ESH 100 mm/saat ve üzerinde olan hastalar değerlendirildiğinde en sık neden hastalık alevlenmesi ve enfeksiyonlardı. Hem yeni tanı alan hem de alevlenmesi olan hastalarda en sık tanı RA idi. Hastaların önemli bir kısmında malignite gibi ciddi ek patolojilerin saptanmış olması bir uyarıcıdır. Bu bulgular, ESH'nın tek başına özgül bir belirteç olmadığını, ancak yüksek değerler saptandığında özellikle romatoloji pratiğinde hastalık alevlenmesi yanında altta yatan enfeksiyon, malignite açısından da dikkatle araştırılması gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Eritrosit sedimentasyon hızı, akut faz reaktanı, enflamasyon

[PS-218]

İnterstisyel akciğer hastalığı etiyolojisinde Sjögren hastalığı gözden mi kaçıyor?

Burcu Ceren Uludoğan[1], Reşit Yıldırım[2], Gamze Önal Birtane[1], N. Şule Yaşar Bilge[1], Timuçin Kaşifoğlu[1]

[1]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

[2]The Royal Wolverhampton NHS Vakfı, Romatoloji Bölümü, Wolverhampton, İngiltere

Amaç: İnterstisyel Akciğer Hastalıkları (İAH) akciğer parankimini, alveol boşluklarını, küçük hava yolları hatta plevrayı tutabilen; değişik derecelerde enflamasyon, fibrozis ve yapısal hasara neden olan, genellikle kronik seyirli bir grup hastalıktır. Etiyolojisinde çevresel ya da mesleki faktörler, ilaçlar, radyasyon, enfeksiyonlar, sarkoidoz, kollajen doku hastalıkları gibi akciğer tutulumunun eşlik edebildiği sistemik hastalıklar yer alabilirken idiyopatik olarak da ortaya çıkabilmektedir.

Yöntem: Çalışmamıza, hastanemiz Romatoloji Kliniği'ne 01.06.2023-01.08.2025 tarihleri İAH etiyolojisi araştırılması amacı ile yönlendirilen 130 hasta dahil edilmiştir. Hastaların demografik verileri, laboratuvar ve klinik bulguları hastane dosyalarından kaydedilmiştir.

Bulgular: Çalışma grubunda yer alan 130 hastanın 59'u kadın (%45), 71'i erkek (%54,6) idi ve hastaların 21' inde (%16,1) altta yatan kollajen doku hastalığı saptandı. Kollajen doku hastalığı tanısı alan ve almayan hastalar arasında İAH paterni, cinsiyet, COVİD geçirme ve COVİD aşısı olma öyküsü, sigara maruziyeti, artrit/döküntü/disfaji/ağız kuruluğu varlığı, romatoid faktör/anti CCP pozitifliği ve ANA paterni karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bunun yanında ANA, anti SSA ve anti SSB pozitifliği ile göz kuruluğu varlığı kollajen doku hastalığı tanısı olan grupta anlamlı olarak yüksek idi ($p<0,05$). İAH tanısı ile tarafımıza danışılan hastalarda en sık görülen paternler non-spesifik interstisyel pnömoni (NSİP- %37,6) ve olağan interstisyel pnömoni (OIP- %28,4) idi.

Sonuç: 2013 yılında revize edilen Amerikan Toraks Derneği-Avrupa Solunum Derneği'nin idiyopatik interstisyel pnömoni sınıflandırmasına göre İAH ile ilişkili romatizmal hastalıkların histopatolojik sınıflandırmasında belirgin olan tipler çalışmamızla benzer şekilde OIP ve NSIP'dir. Etiyolojiye yönelik ülkemizde Türk Toraks Derneği tarafından yapılan, 2007-2009 yılları arasında 2245 hastanın dahil edildiği araştırmada İAH insidansı 100000'de 25,8 olarak hesaplanmıştır. Aynı çalışmada kollajen doku hastalıklarına bağlı akciğer tutulumu oranı %9,2 olarak saptanmıştır (%4,3 romatoid artrit, %3,2 progresif sistemik skleroz, %0,9 Sjögren hastalığı, %0,4 SLE, %0,3 dermatomyozit-polimiyozit, %0,1 ankilozan spondilit). Çalışmamızda ise %7,6 oranı ile en sık rastlanan hastalık Sjögren Hastalığı ve bu hastalarda da en sık görülen İAH paterni NSIP (%40) idi. Tedavide kortikosteroid ve immünosüpresifler (azatiyopürin, siklofosfamid, siklosporin, mikofelonat mofetil) kullanılmaktadır ve hastaların bu tedavilerden fayda gördüğü bildirilmektedir. İAH, genellikle önemli morbidite ve mortalite ile sonuçlandığı ve yaşam kalitesini ileri derece düşürdüğü için uygun hasta yönetimi önemlidir. Romatoid artrit, skleroderma ve otoimmün miyozitlerin seyrinde interstisiel akciğer hastalığı daha sık görülmektedir ancak Sjögren hastalığı, karışık bağ dokusu hastalığı ve sistemik lupus eritematozus da ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İnterstisyel akciğer hastalığı, bağ doku hastalıkları, Sjögren hastalığı

[PS-219]

Behçet hastalığında anti-TNF ilaç tedavisi: İki sık kullanılan ajanın endikasyon, etkinlik ve güvenlilik açısından karşılaştırılması

Rabia Deniz[1], Oya Altun[2], Saliha Kasapoğlu Erdil[2], Fatıma Gül Gülbahçe İncesu[1], Cemal Bes[1]

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

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Amaç: Behçet hastalığı (BH), mukokutanöz lezyonlardan morbidite ve mortalite riskini artırabilen oküler, vasküler ve nörolojik komplikasyonlara kadar uzanan geniş bir klinik spektrumla seyreden kronik sistemik bir hastalıktır. Kolşisin, konvansiyonel immünosüpresif ilaçlar ve steroid birçok hastada etkinlik gösterse de, ağır veya dirençli olgularda biyolojik ajanlara ihtiyaç duyulmaktadır. Tümör nekroz faktör inhibitörleri (anti-TNF), özellikle infliksimab (IFX) ve adalimumab (ADA), son yıllarda BH tedavisinde ön plana çıkmış ilaçlardır. Bu çalışmada, tek merkez deneyimimizde IFX ve ADA'nın etkinlik, güvenlilik ve ilaç devamlılıklarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Nisan 2020–Nisan 2025 tarihleri arasında merkezimizde ilk anti-TNF ajan olarak IFX (n=45) veya ADA (n=42) tedavisi almış toplam 87 BH hastası retrospektif olarak değerlendirildi. Gruplar ilk ajana göre belirlendi. Demografik veriler, klinik tutulum tipleri, laboratuvar bulguları, anti-TNF başlama endikasyonları, tedavi yanıtı, ilaçta kalım, değişim verileri ve yan etkiler hasta dosyalarından elde edildi.

Bulgular: IFX grubunda erkek baskınlığı dışında demografik özellikler, tanı süreçleri ve komorbiditeler benzerdi. IFX ve ADA gruplarına göre detaylı veriler Tablo 1'de özetlendi. Tanı sırasında fenotipik bulgular IFX grubunda vasküler (%51,1 vs %26,2, p=0,015) ve nörolojik tutulum (%15,6 vs %2,4, p=0,036) daha sık iken, ADA grubunda oküler tutulum daha sıktı (%45,2 vs %28.9, p=0,087). Başlangıç tedavi endikasyonları da bu farklılığı yansıtmaktaydı: mukokutanöz ve oküler fenotiplerde ADA, vasküler ve nörolojik fenotiplerde ise IFX tercih edilmişti. İlk anti-TNF tedavi yanıtları benzerdi (tam remisyon IFX %75,6 vs ADA %78,6, p=0,802). Son vizitte de tam remisyon oranları benzerdi (%88,9 vs %76,5, p=0,158). Ancak relaps IFX grubunda daha sık görüldü (%37,8 vs %16,7, p=0,024) ve daha erken gelişti (medyan 8 ay vs 13 ay, p=0,047). İlk anti-TNF'de kalım oranları benzer olup (IFX %80, ADA %85,7; p=0,576) anti-TNF'ler arası değişim IFX'te %20, ADA'da %11,9 oranında gözlendi. Her iki grupta da en sık eşlik eden immünosüpresif ilaç azatiopürindi (>%60). Pulse steroid kullanımı IFX grubunda anlamlı olarak daha sıktı (%53,3 vs %11,9, p<0,001). Siklofosfamid yalnızca IFX grubunda, özellikle pulmoner arter anevrizması/trombozu ve ağır nöro-BH olgularında kullanılmıştı (%33 vs 0, p<0,001). Antikoagülan kullanımı da IFX grubunda daha fazlaydı (%33,3 vs %14,3, p=0,033). Laboratuvar incelemelerinde anti-TNF öncesinde IFX grubunda CRP ve ESR daha yüksekti. Yan etki oranları her iki ilaç grubunda benzerdi (IFX %15,6 vs ADA %16,7; p=0,847) ve çoğu hafif enfeksiyon veya infüzyon/enjeksiyon reaksiyonu şeklindeydi. Ciddi advers olay gözlenmedi.

Sonuç: IFX ve ADA, BH'nin ağır ve dirençli formlarında yüksek etkinlik ve kabul edilebilir güvenlik profili göstermiştir. ADA daha çok dirençli mukokutanöz ve oküler olgularda tercih edilirken, IFX mortalite riski de yüksek vasküler ve nörolojik fenotiplerde ve birçok hastada pulse steroid ve siklofosfamid ile beraber hızlı ve agresif tedavi ajanı olarak ön planda kullanılmıştır. Takipten çıkma ADA grubunda daha sık iken, bu durum hem fenotipin mortalite riskinin düşük olmasına hem de ADA'nın evde hasta kontrolünde uygulanmasına bağlanmıştır. Relaps oranı ADA grubunda daha düşük bulunmuş; ancak genel remisyon ve ilaç devamlılığı iki ajan arasında benzerdir. Bulgularımız, anti-TNF tedavisinde ajan seçerken net kriterler olmasa da hastalık fenotipi ve kliniğe göre eğilimler oluştuğunu ve aslında bireyselleştirilmiş tedavi yaklaşımını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, majör organ tutulumu, adalimumab, inliksimab, anti-TNF

Tablo 1. İlk anti-TNF grubuna göre temel demografik, tanı ve takip verileri

Parametreler	IFX (n=45)	ADA (n=42)	p değeri
Erkek/Kadın n, (%)	37/8 (822/17.,8)	28/14 (66,7/33,3)	0,077
Yaş, yıl medıan (aralık)	35 (23-53)	34 (22-58)	0,374
Tanıda klinik fenotipler n (%)			
Mukokutan BD	10 (22,2)	14 (33,3)	0,179
Majör organ tutulum	35 (77,8)	28 (66,7)	
Oküler tutulum	13 (28,9)	19 (45,2)	0,087
Vasküler tutulum	23 (51,1)	11 (262)	0,015
Nörolojik tutulum	7 (15,6)	1 (2.,4)	0,036
Son vizitte klinik fenotipler n (%)			
Mukokutan BD	1 (2,2)	5 (11,9)	0086
Majör organ tutulum	44 (97,8)	37 (88,1)	
Oküler tutulum	15 (33,3)	28 (66,7)	0,002
Vasküler tutulum	29 (64,4)	16 (38,1)	0,012
Nörolojik tutulum	12 (26,7)	4 (9,5)	0,036
Anti-TNF başlama endikasyonu n (%)			<0,001
Mukokutan	2 (4,4)	9 (21,4)	0,039
Vasküler	21 (46,6)	10 (23,8)	0,045
Oküler	14 (31,1)	25 (596)	0,014
Nörobehçet	11 (24,4)	0	0,002
İlk anti-TNF'ye yanıt n (%)			0,710
Tam remisyon	34 (75,6)	33 (78.,6)	0,802
Kısmi remisyon	3 (6,7)	4 (9,5)	0,707
Refrakter hastalık	3 (6,7)	3 (7,1)	0,920
Hasta uyumsuzluğu	5 (11,1)	2 (4,8)	0,435
Kısmi remisyon/refrakter grupta tutulum tipleri n (%)			0,315
Mukokutan	2 (4,4)	2 (4,8)	0,920
Oküler	3 (6,7)	3 (7,1)	0,889
Vasküler	1 (2,2)	4 (9,5)	0,192
Anti-TNF altında takip verisi n (%)			
Takipten çıkma n (%)	6 (13,3)	12 (28,6)	0,068
Takibe dönme n (%)	1 (16,7)	5 (41,7)	0,306
Majör organ tutulumu gelişimi	4 (8,9)	3 (7,1)	0,539
Anti-TNF başlanması ile majör organ tutulumu arası süre, ay medyan (aralık)	13,5 (2-27)	18 (9-19)	0,970
Relaps	17 (37,8)	7 (16,7)	0,024
Anti-TNF başlanması ile relaps arası süre, ay medyan (aralık)	8 (1-19)	13 (5-37)	0,047
Relaps sayısı, medyan (aralık)	2 (1-6)	1 (1-1)	0,017
Relaps nedeni			0,539
Tedavi direnci	11 (64,7)	4 (57,1)	
Hasta uyumsuzluğu	6 (35,1)	3 (42,9)	
İlk anti_TNF devam süresi, ay medyan (aralık)	28 (2-156)	20 (3-72)	0,251
Son klinik durum n (%)			0,778
Tam remisyon	40 (88,9)	32 (76,5)	0,158
Kısmi remisyon	2 (4,4)	6 (14,3)	0,148
Refrakter hastalık	3 (6,7)	4 (9,5)	0,707
Başlanan ilk anti-TNF'nin son durumu n (%)			
Halen devam ediyor	36 (80)	36 (85,7)	0.576
Anti-TNF değişimi	9 (20,0)	4 (11,9)	0.232
Değişim yapılan ajan	ADA 9/9	IFX 5/5	N/A

[PS-220]

Ailevi Akdeniz ateşi tanısı olan hastada gelişen amiloid fırtınası olgusu

Esra Genç

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

Amaç: Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) tekrarlayan,kendini sınırlayıcı ateş ve serozit atakları ile karakterize herediter,otoenflamatuvar bir hastalıktır. Ataklar genellikle bir-üç gün sürmekte ve ateşe en sık peritonitin neden olduğu karın ağrısı eşlik etmektedir.Serum amiloid A (SAA)karaciğer tarafından üretilen akut faz reaktanıdır. Sıklıkla böbrek, karaciğer, kalp, dalak, endokrin bezlerinde birikir. Tedavi edilmeyen AAA hastaların %60'ında böbrek yetmezliğine neden olan böbrek amiloidozu en önemli ölüm nedenidir. Amiloid fırtınası, 2 haftadan az süre içinde gelişen, serum kreatinin ve idrar proteini başlangıca göre en az iki kat artıran durumdur. CRP normal düzeyin en az 10 katına yükselir.

Olgu: Otuz altı yaşında kadın hasta, erizipel benzeri eritem döküntüleri olması üzerine yapılan MEFV gen testi sonucu M694V homozigot saptanan hasta AAA tanısı konularak kolşisin tedavisine başlanmış. AAA açısıdan düzenli romatoloji takibi olmayan hasta 2017 yılında AAA ya bağlı amiloidoz nedeni ile renal transplant olmuş. Hasta transplant sonrasında da kolşisin ilacını düzenli almamış. Bazal kreatin 3,5-3,8 mg/dL arasında seyrederken; ateş,crp değerinde yükselme (122 mg/L) kreatin: 4,5 mg/dL olması nedeni ile nefroloji servisine yatışı yapılmış. Hastada enfeksiyon odağı tespit edilememesi ve geniş spektrumlu antibiotik almasına rağmen crp de gerileme olmaması (187 mg/L'ye kadar yükselmesi oldu) üzerine tarafımıza konsülte edildi. Amiloid fırtınası olabileceği düşünüldü. Hastaya Anakinra 100 mg 1x1 başlandı. Anakinra tedavi sonrası hastanın CRP değeri önce 101 mg/L sonra 43 mg/L'ye geriledi. Kreatinin değeri 5,1 mg/dL'ye yükselen hastanın anakinra tedavisi sonrası bazal kreatinin seviyesine gerilediği görüldü. Hastaya anakinra raporu çıkarılarak kolşisin ile beraber anakinra ilacını düzenli kullanması gerektiği anlatıldı.

Sonuç: Amiloid fırtınasının şiddetli enflamasyon, aşırı proteinüri, hızla ilerleyen böbrek yetmezliği ve ölümcül sonuçla ilişkili olduğunu bilinmektedir. Literatürde enfeksiyonlar amiloid fırtınasının en sık tetikleyicisi olarak bilinmektedir. Tedavide destek tedavisi ile birlikte IL-1 inhibitörleri kullanılmaktadır.Amiloid fırtınası morbiditesi yüksek bir durumdur. Bu tür hastalarda risk sınıflandırması, hastalığın erken teşhisi ve zamanında tedavi ile prognoz iyileşecektir.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz ateşi, amiloid fırtınası, interlökin -1 tedavi

[PS-221]

Lökositoklastik vaskülitlerde direkt immünfloresan testin tanısal katkısı: Romatolojik bakış

Fatih Yıldırım, Şevket Ali Ekmen, Cemal Bes

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

Amaç: Bu çalışmada erişkin lökositoklastik vaskülitli (LCV) hastaların değerlendirme sürecinde direkt immünfloresan (DIF) testinin tanısal katkısının incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: Başlangıçta Haziran 2020 ile Nisan 2025 tarihleri arasında romatoloji kliniğine palpable purpura ile başvuran 152 hasta değerlendirildi. Deri punch biyopsileri LCV bulguları gösteren ve DIF test raporları eksiksiz olan 102 yetişkin hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların tüm klinik ve histopatolojik özellikleri retrospektif şekilde incelenerek analiz edildi.

Bulgular: İlk vizit sonrası klinisyen ön tanıları 20 (%19,6) hastada tek organ kutanöz küçük damar vasküliti (ToKKDV) ve 82 (%80,4) hastada ise sistemik küçük damar vaskülitiydi. Tüm tanısal testler tamamlandıktan sonra 84 (%82,4) hasta immünoglobulin A vasküliti (IgAV) ve 11 (%10,8) hasta ToKKDV olarak sınıflandırılmıştı, diğer vaskülit tipleri daha az orandaydı. DIF testinin 55 (%54) hastada nihai klinik tanıyı desteklediği, 27 (%26,4) hastada negatif sonuçlandığı ve 20 (%19,6) hastada spesifik olmayan bulgular ortaya koyduğu gözlendi. DIF sonuçları sadece 14 (%13,7) hastada klinik ön tanıda değişikliğe yol açmıştı. DIF'in tanısal katkısı ile ilgili veriler Tablo 2'de sunulmuştur. Ön tanılardaki değişim baskın olarak ToKKDV ve başlangıçta deriye sınırlı tutulum gösteren IgAV grupları arasındaydı; başlangıçta ToKKDV düşünülen 10 (%9,8) hasta DIF sonrası IgAV tanısı almıştı, diğer gruplar arası değişimler oldukça az orandaydı. Ön tanılar ve nihai tanılar arasıdaki değişimler Tablo 1'de sunulmuştur. Sonuçlar başlagıç anamnez özellikleri, muayene bulguları ve spesifik antikorların da dahil olduğu ayrıntılı laboratuvar tetkikleri değerlendirildikten sonra hastaların büyük çoğunluğunun DIF testi öncesinde doğru şekilde sınıflandırılabildiğini göstermektedir. Başlangıçta sistemik bulgu göstermeyen deriye sınırlı sistemik vaskülitli hastalar ile ToKKDV'li hastalardan oluşan küçük bir grupta DIF testi tanısal açıdan belirleyici olabilmektedir. Bu iki grubun başvuru sırasındaki klinik ve laboratuvar bulguları karşılaştırıldığında, gruplar arasında DIF test sonucunu beklemeden ayırıcı tanıda faydalı olabilecek anlamlı bir farklılık gözlenmedi.

Sonuç: Erişkin romatoloji kliniklerinde lökositoklastik vaskülit bulguları ile değerlendirilen hastaların büyük çoğunluğunun özellikle IgAV olmak üzere sistemik vaskülitler grubunda sınıflandırılması muhtemeldir. Klinik pratikte DIF testinin LCV'li hastaların sınıflandırılmasında katkısı sınırlıdır.

Anahtar Kelimeler: Direkt immünfloresan, immünoglobulin A vasküliti, lökositoklastik vaskülit

[PS-222]

Biyolojik tedavi alan ankilozan spondilitli hastalarda nöropatik ağrı bileşeni ve hastalık aktivite parametreleri ile ilişkisi

Hatice Ecem Konak, Esra Kayacan Erdoğan, Gülşah Soytürk, Ebru Atalar, Kevser Orhan, Hakan Babaoğlu, Berkan Armağan

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

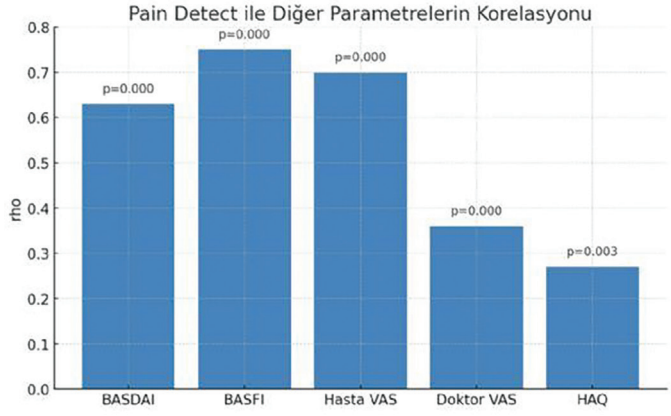
Amaç: Ankilozan spondilit (AS) hastalarında nöropatik ağrı (NA), günlük aktiviteleri zorlaştıran ve yaşam kalitesini düşüren önemli bir faktördür. AS hastalarının hastalık aktivitesi ve tedavi yanıtlarının değerlendirilmesinde NA varlığı gözden kaçabilmektedir. Bu çalışmada, biyolojik tedaviye ihtiyaç duyan AS hastalarında nöropatik ağrı prevalansı ve hastalık aktivitesi ile ilişkisi araştırıldı.

Yöntem: Bu çalışmaya Ankara Bilkent Şehir Hastanesi veri tabanına kayıtlı biyolojik tedavi alan ve nöropatik ağrı değerlendirilmesi amacıyla PAİN-DETECT anketleri doldurulan AS hastaları dahil edildi. Tüm hastalarda enflamasyon belirteçleri (ESH ve CRP), hastalık aktivite (BASDAI, BASFI, HAQ, hasta ve doktor VAS) ve Pain Detect skorları analiz edildi.NA varlığı ile hastalık aktivite parametreleri arasındaki ilişkiler değerlendirildi.

Bulgular: Biyolojik tedavi alan Ankilozan Spondilit tanılı toplam 122 hastada Pain Detect anketine göre %41,8 oranında nöropatik ağrı saptandı. NA grubunda kadın cinsiyet oranı anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,004). NA bulunan hastalarda BASDAI, BASFI, HAQ-total, hasta ve doktor VAS skorları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (her biri için p<0,001). Enflamatuvar belirteçler açısından iki grup arasında farklılık gözlenmedi. Bununla birlikte, NA'sı olan AS hastalarında hastalık aktivitesi daha yüksek bulundu ve bu hastalarda biyolojik tedavi değişim oranı (p=0,012) ve biyolojik tedaviler arası yolak değişimi (p=0,002) anlamlı olarak daha sık görüldü (Tablo 1). Korelasyon analizinde Pain Detect skorları BASDAI, BASFI, HAQ-total, hasta ve doktor VAS skorlarıyla pozitif ilişki göstermekteydi ancak enflamatuvar belirteçlerle korelasyon saptanmadı (Şekil 1).

Sonuç: Çalışmanın sonucunda Ankilozan spondilit hastalarında nöropatik ağrı prevalansının oldukça yüksek olduğu ve NA skorlarının artışının fonksiyonel kısıtlılık, subjektif ağrı algısı ve hastalık aktivitesi ile yakından ilişkili olduğu gözlendi.Klinik pratikte kullanılan hastalık aktivite skorları, NA ile enflamatuvar ağrı arasındaki farkı ayırt etmekte yetersiz kaldığından dolayı biyolojik ajanlara tedavi yanıtının değerlendirilmesinde karıştırıcı bir faktör olarak olabilmektedir. NA varlığının enflamasyon belirteçleri ile korelasyon göstermemesi, yalnızca laboratuvar parametrelerine bakarak ağrı yükünü değerlendirmeyi ve tedavi değişiklikleri konusunda karar vermeyi yanıltıcı hale getirebilir. Sonuç olarak, hastalık aktivitesinin değerlendirilmesinde ve tedavi karar süreçlerinde laboratuvar parametreleri ve hastalık aktivite skorlarının yanı sıra, NA varlığının da mutlaka sorgulanması gerekmektedir. Böylelikle, her hasta için daha doğru ve kişiselleştirilmiş tedavi seçenekleri sunulabilir

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, hastalık aktivitesi, nöropatik ağrı



Şekil 1.

Tablo 1. Nöropatik ağrısı olan ve olmayan AS hastalarının karşılaştırması

	NA olan AS hastaları, n=51	NA olmayan AS hastaları, n=71	0,004
Cinsiyet, kadın, n (%)	26 (51)	18(25,4)	0,004
Yaş, ort ± SS	44,84±12,59	45,76±11,79	0,863
Hastalık yaşı, ort ± SS	35,17±13,77	35,47±12,36	0,956
Hastalık süresi, ay, medyan (IQR)	96 (156)	108 (180)	0,884
Tanıda gecikme, ay, medyan (IQR)	12 (36)	12 (36)	0,764
ESH, medyan (IQR)	12 (18)	8(17)	0,513
CRP, medyan (IQR)	6 (11)	6 (11)	0,856
VAS-ağrı, hasta, medyan (IQR)	7 (3)	3 (4)	<0,001
VAS-ağrı, doktor, medyan (IQR)	2 (3)	1 (2)	<0,001
BASDAI, medyan (IQR)	5,3 (4,4)	19 (2,7)	<0,001
BASDAI>4, n (%)	37 (72,5)	14 (19,7)	<0,001
BASFI, medyan (IQR)	5,9 (4,6)	0,9 (2,5)	<0,001
HAQ-total, medyan (IQR)	1,4 (2,1)	0 (0,5)	<0,001
Biyolojik DMARD süresi, ay, medyan (IQR)	36 (72)	48 (75)	0,364
Biyolojik DMARD sayısı, medyan (IQR)	1 (2)	1 (0)	0,012
Biyolojik DMARD yolak değişimi, n (%)	9 (17,6)	1 (1,4)	0,002

[PS-223]

Romatoid artrit hastalarında modifiye sharp skorunun makine ve derin öğrenme yöntemleri ile otomatik tahmini

Mete Kara[1], Ali Murat Koç[2], Aytuğ Onan[3]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İzmir
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Radyoloji Kliniği, İzmir
[3]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Bilgisayar Mühendisliği Fakültesi, İzmir

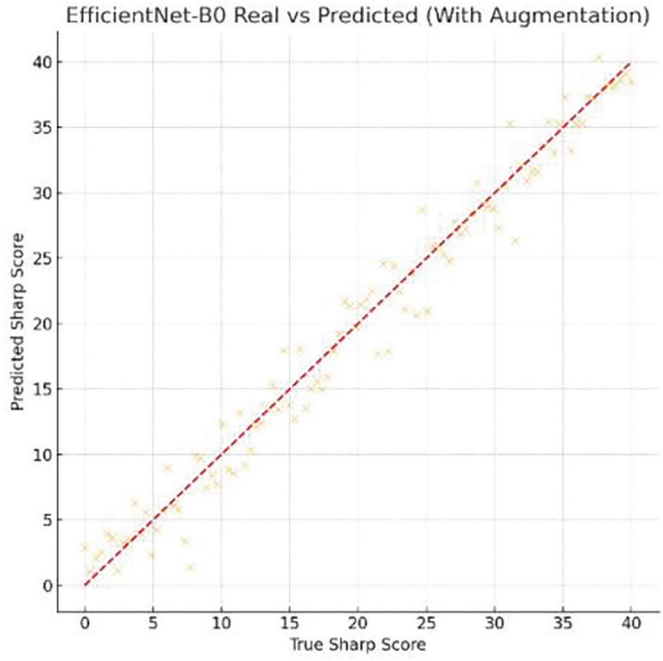
Amaç: Romatoid artrit (RA), kronik, otoimmün ve sistemik enflamatuvar bir hastalık olup radyografik görüntüleme, RA'nın tanı ve takip sürecinde eklem erozyonları, eklem aralığı daralması ve deformitelerin değerlendirilmesinde kritik öneme sahiptir. RA hastalarının el grafilerinde modifiye Sharp Skoru'nu (MSS) değerlendirmek, zaman alıcı ve uzmanlar arasında farklılık gösterebilen bir süreçtir. Bu çalışma; el grafilerindeki eklem hasarını otomatik olarak puanlayan bir yapay zeka (YZ) sistemi geliştirerek romatologların tanı ve tedavi takibini kolaylaştırmayı, değerlendirmeleri hızlandırmayı ve uzmanlar arası değişkenlikleri azaltmayı amaçlamaktadır.

Yöntem: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi romatoloji polikliniğinde, 2010 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism kriterlerine göre RA tanısı almış 250 hastanın el grafileri retrospektif olarak analiz edilmiştir. YZ sistemi toplanan verilerle test edilmiştir. Grafiler, iki deneyimli radyolog tarafından MSS kullanılarak bağımsız şekilde puanlanmış; uyuşmazlıklarda iki radyolog arasında konsensus sağlanmıştır. Görüntüler dijital formatta işlenerek (örneğin kontrast artırma, gürültü azaltma vb.) analize hazırlanmıştır. YZ sistemleri, biyomedikal mühendisliği alanında uzman araştırmacılar tarafından WEKA, scikit-learn ve Keras/TensorFlow platformlarında geliştirilmiştir. Veriler %70 eğitim, %15 doğrulama ve %15 test seti olarak bölünmüştür. Klasik makine öğrenmesi algoritmaları (Random Forest, XGBoost) ve gelişmiş derin öğrenme modelleri (VGG16, EfficientNet-B0) bu verilerle eğitilmiştir. Görüntü çeşitliliğini artırmak ve modelin genelleme kabiliyetini geliştirmek amacıyla veri artırımı (döndürme, parlaklık ayarı, yakınlaştırma, yansıma) teknikleri uygulanmıştır. Performans, ortalama mutlak hata (MAE), root mean square error (RMSE), belirleme katsayısı (R2) ve Pearson korelasyon katsayısı ile değerlendirilmiştir. Ayrıca, sistemlerin odaklandığı eklem bölgelerini anlamak ve yorumlanabilirliği sağlamak için Gradient-weighted Class Activation Mapping (Grad-CAM) analizi yapılmıştır.

Bulgular: EfficientNet-B0 modeli, veri artırımı uygulandığında en yüksek performansı göstermiştir (MAE: 2.16, RMSE: 3,01, R2: 0,93, Pearson r=0,95). Tüm algoritmaların detaylı performans karşılaştırması Tablo 1'de sunulmuştur. Şekilde, EfficientNet-B0 modelinin tahmin ettiği MSS değerleri ile radyolog değerlendirmeleri arasındaki güçlü korelasyon gösterilmektedir. Bu sonuç; yapay zeka sisteminin radyologların MSS puanlamaları ile yüksek düzeyde uyum sağladığını göstermektedir. Örneğin, radyologlarca 10 puan verilen bir grafi, model tarafından genellikle 8-12 puan aralığında tahmin edilmiştir. Klasik algoritmalardan XGBoost da başarılı bulunmuştur (MAE: 3,01, R2: 0,86, r=0,89), ancak derin öğrenme modelleri daha üstün performans sergilemiştir. Veri artırımı, EfficientNet-B0 modelinde hata oranlarını %20 oranında azaltmıştır (MAE 2,70'ten 2,16'ya, p<0,01). VGG16 modelinde ise veri artırımı sonrası MAE 2,86'dan 2,42'ye düşmüş, R2 0,88'den 0,91'e yükselmiştir. Grad-CAM görselleştirmeleri, modellerin MSS tahmininde eklem kenarları, erozyon bölgeleri ve eklem aralığı daralmaları gibi klinik olarak anlamlı yapıları dikkate aldığını doğrulamıştır. Dağılım grafikleri, otomatik tahminler ile radyolog skorları arasında güçlü doğrusal bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur.

Sonuç: Geliştirilen YZ tabanlı sistem, RA hastalarının el grafilerinde MSS'yi radyolog skorlamasına yakın doğrulukta tahmin edebilmektedir. Özellikle EfficientNet-B0 modeli, eklem hasarını hızlı, tutarlı ve standart bir yaklaşımla puanlayarak klinik karar süreçlerini destekleyebilir. Grad-CAM ile sağlanan görselleştirmeler, modelin klinik olarak anlamlı eklem bölgelerine odaklandığını ve güvenilir sonuçlar ürettiğini göstermektedir. Bu çalışma, Türkiye'de RA görüntülemesinde YZ kullanımına öncülük eden ilk uygulamalardan biridir. Gelecekte, çok merkezli verilerle geliştirilecek sistemlerin PACS entegrasyonu sağlanarak romatoloji pratiğinde yaygın kullanımı mümkün olabilir. Ayrıca, gerçek zamanlı analiz altyapısının eklenmesiyle YZ sistemleri klinik karar destek platformlarına doğrudan entegre edilebilir, böylece tanısal doğruluk ve hız daha da artırılabilir.

Anahtar Kelimeler: Derin öğrenme, EfficientNet-B0, makine öğrenmesi, modifiye Sharp skoru, romatoid artrit, yapay zeka



Şekil 1. Gerçek vs. tahmin edilen değerlerin karşılaştırması (EfficientNet-B0, artırımlı senaryo)

Tablo 1. Modifiye Sharp skoru tahmini için farklı makine öğrenmesi ve derin öğrenme algoritmalarının performans karşılaştırması

Algoritma	Veri artırımı	MAE	RMSE	R2	Pearson r	Radyolog uyumu (%)
Klasik makine öğrenmesi						
Random Forest	Hayır	3,24±0,18	4,12	0,84	0,87	87
XGBoost	Hayır	3,01±0,15	3,95	0,86	0,89	89
SVR (RBF)	Hayır	3,61±0,22	4,50	0,78	0,82	82
k-NN (k=5)	Hayır	4,02±0,31	4,88	0,74	0,77	77
Derin öğrenme modelleri						
VGG16	Hayır	2,86±0,16	3,78	0,88	0,91	91
VGG16	Evet	2,42	3,39	0,91	0,93	93
EfficientNet-B0	Hayır	2,70±0,14	3,61	0,89	0,92	92
EfficientNet-B0	Evet	2,16	3,01	0,93	0,95	95
Basit CNN	Hayır	3,95±0,23	5,10	0,74	0,78	78

MAE: Ortalama Mutlak Hata; RMSE: Kök Ortalama Kare Hata; R2: Belirleme Katsayısı; Pearson r: Korelasyon Katsayısı

[PS-224]

Takayasu arteritinde farklı prezentasyon fenotiplerinin prognoza etkisi

Gökçe Kenar Artın[1], Fatma Başıbüyük[1], Pınar Akyüz Dağlı[2], Ayşegül Avcu[3], Emel Oğuz Kökoğlu[4], Tuğba Ocak[5], Senar Şan[6], Buğu Bulat[7], Hasan Kocaayan[8], Feyyaz Hazar Yağmur[9], Rabia Deniz[10], Semiha Köroğlu[11], Reşit Yıldırım[12], Aylin Dolu Karaca[13], Muhammet Emin Kutu[14], Hasan Özdek Sayılır[15], Burak Öz[13], Burcu Yağız[5], Ahmet Omma[2], Soner Şenel[4], Ayşe Çefle[6], Timuçin Kaşifoğlu[12], Cemal Bes[10], Nilüfer Alpay Kanıtez[9], Gökhan Keser[11], Servet Akar[8], Ömer Karadağ[7], Haner Direskeneli[3], Fatoş Önen[1]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İzmir

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

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

[4]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

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

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

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

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

[9]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[10]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Çam Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

[11]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

[12]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

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

[14]Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[15]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İzmir

Amaç: Takayasu arteriti (TA), sıklıkla aort ve dallarını tutan nadir bir vaskülittir. Hastalığın genellikle konstitüsyonel bulgularla başlayıp vasküler semptomlara ve ilerleyici iskemik olaylara doğru ilerleyen trifazik seyri tanımlansa da, klinikte farklı fenotiplerle prezente olabilmektedir. Bu çalışmada, TA hastalarının prezentasyon fenotiplerine göre klinik ve prognostik özellikleri değerlendirildi.

Yöntem: Türkiye TA Çalışma Grubu'na dahil merkezlerde takip edilen hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Demografik bilgiler, ilk vizitteki klinik, laboratuvar (CRP, ESH) ve görüntüleme bulguları kaydedildi. Sonlanım olarak mortalite, kümülatif glukokortikoid (GK) dozu, relaps sayısı, majör kardiyovasküler olay (MAKO) gelişimi, vaskülit hasar skoru (VDI) ve biyolojik tedavi gereksinimi değerlendirildi. Hastalar dört grupta incelendi: Grup 1) Vasküler semptomlar; Grup 2) İzole sistemik konstitusyonel semptomlar; Grup 3) Majör iskemik komplikasyonlara bağlı hasar bulguları ile tanı alanlar ve Grup 4) İnsidental TA. İstatistiksel analizde dörtlü grup kıyaslamalarında Kruskal-Wallis, ardışık ki-kare kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya 14 merkezden toplam 414 TA hastası dahil edildi [K: %9,.3, medyan yaş: 46 yıl (IQR: 19)]. Tüm grupta TA tanı yaşı medyan 35 yıl (IQR: 21) idi. Anjiyografik sınıflamaya göre hastaların çoğunluğu (%39,4) tip 1 tutulum olup, onu tip 5 yaygın tutulum (%31,6) izledi. Tanıda gruplara göre hastalar: vasküler semptomlar (%63,8) ile tanı alanlar > konstitusyonel semptomlar (%21,5) ile tanı alanlar > majör iskemik hasar ile tanı alanlar (%8,9) > insidental TA (%5,8) olarak dağılmıştı. Damar sınıflamasına göre tüm gruplarda yine sırasıyla tip 1 ve 5 en fazla olarak izlendi. Gruplar arasında tanıda ESH ve CRP Grup 2'de en yüksek; Grup 3'te ise belirgin düşük izlendi (hastaların %40,5'inde CRP normal). Tüm grupta uzun izlemde [ort 81,4 ay (SD 75,1)] sonlanımlar değerlendirildiğinde, mortalite oranı ve izlemde relaps sayısı gruplar arasında benzerdi. Kümülatif GK dozu ve biyolojik

ilaç gereksinim oranı istatistiksel anlamlı olmasa da Grup 2'de daha fazla olarak değerlendirildi. Grup 3 ise vasküler girişimin en fazla olduğu grup olarak öne çıkmaktaydı; ayrıca tanı yaşı ve son VDI skoru daha yüksekti. Grup 3'te hastaların %40,5, Grup 4'teki hastaların %29,1'inde CRP tanıda normal izlendi (p<0,01). İnsidental TA subgrubunda 11 hastanın insidental olarak FM'deki bulgularla; 11 hastanın ise görüntüleme esnasındaki insidental bulgularla tanı aldığı gözlendi.

Sonuç: Bu çok merkezli çalışma, TA hastalarının prezentasyon fenotiplerine göre prognoz farklılıklarını ortaya koymuştur. Hastaların çoğu vasküler semptomlarla tanı almış olmakla birlikte, diğer gruplar da özgün klinik özellikler sergilemiştir. Majör iskemik komplikasyonlarla tanı alan hastalarda ileri yaş, daha yüksek VDI skorları ve daha fazla vasküler girişim ihtiyacı öne çıkarken, bu grupta düşük akut-faz yanıtı dikkat çekicidir. Buna karşılık, izole konstitüsyonel semptomlarla prezente olan hastalarda yüksek akut faz yanıtı düzeyleri, istatistiksel anlamlılığa ulaşmasa da, bu gruptaki daha yoğun immünosupresif tedavi gereksinimi ile ilişkili olabilir. Ayrıca bu gruptaki şiddetli sistemik enflamasyon, akselere ateroskleroz üzerinden MAKO gelişimine yatkınlık yaratabilir. Yeni tanımlanmakta olan "insidental TA" subgrubu diğer serilerle benzer oranda tespit edilmiş; bu grupta asemptomatik seyir görülmesine rağmen anlamlı vasküler tutulum saptanmıştır. Ayrıca Grup 3 ve 4'te hastaların önemli bir bölümünde CRP'nin normal olması, bazı olgularda sistemik enflamasyondan bağımsız vasküler tutulum ve hasar gelişebileceğini düşündürmektedir. Genel olarak mortalite oranı, relaps sıklığı ve tedavi gereksinimi gibi sonlanımlarda gruplar arasında anlamlı fark bulunmaması, TA'nın farklı fenotiplerle başlayabilmesine rağmen uzun dönem prognozda benzer sonuçlara yol açtığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Takayasu arteriti, prezantasyon, fenotip özellikleri, prognoz

[PS-225]

Demyelinizan hastalıklar ve Sjögren sendromu: Klinik kesişimler ve patogenetik bağlantılar

Meysere Nur Akuç[1], Burcu Yağız[1], Belkıs Nihan Coşkun[1], Emine Rabia Koç[2], Hüseyin Ediz Dalkılıç[1], Yavuz Pehlivan[1]

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

[2]Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: Günümüzde, demyelinizan hastalıklar ile Sjögren sendromu arasındaki ilişkinin patolojik temelleri tam olarak aydınlatılamamıştır. Her iki hastalık grubunun patogenezinde otoimmünitenin merkezi bir rol oynaması, ortak klinik özellikler sergilemelerine ve benzer immünomodülatör tedavilere yanıt vermelerine neden olmaktadır. Bu klinik ve terapötik örtüşme, altta yatan ortak immünopatolojik mekanizmaların varlığına işaret etmektedir. Bu çalışmanın amacı, demyelinizan hastalık şüphesiyle yatırılan hastalarda Sjögren sendromu birlikteliğinin prevalansını araştırmak ve SS tanısı alan ile almayan hastaların klinik, serolojik ve histolojik özelliklerini karşılaştırmaktır.

Yöntem: Son 1 yıl içerisinde demyelinizan hastalık şüphesiyle tetkik edilmek üzere nöroloji servisine yatışı yapılan ve romatolojiye konsülte edilen 52 hastanın tümünün ağız-göz kuruluğu da dahil olmak üzere romatolojik sorgusu ve muayenesi yapıldı. Tümünden ANA ve ANA profili istendi. Anlamlı kserostomi veya kseroftalmi bulgusu olan ya da güçlü otoantikor pozitifliği olan 27 hastaya tükürük bezi biyopsisi yapıldı. Romatolojik sorgusunda anlamlı bulgu olmayan ve otoantikorlarında pozitiflik bulunmaya 25 hasta takipten çıkarıldı.

Bulgular: Nöroloji servisinden konsülte edilen 52 hastadan 14'ünün (%26,9) ağız kuruluğu şikayeti, 7'sinin (%13,4) göz kuruluğu şikayeti vardı. 11 hastada (%21,1) ANA pozitifliği, 5 hastada ANA (%10,5) profilinde SS-A, SS-B ya da Ro-52 pozitifliği mevcuttu. Romatolojik muayenede ağız kuruluğu göz muayenesinde göz kuruluğu saptanan fakat otoantikor pozitifliği olmayan 11 hastaya (%21,1) ve otoantikor pozitifliği olan 16 hastaya (%30,7) tükürük bezi biyopsisi yapıldı. Otoantikor pozitifliği olmayan 11 hastanın 2'sinde, otoantikor pozitifliği olan 16 hastanın 4'ünde tükürük bezi pozitif sonuçlandı. Tükürük bezi negatif sonuçlanan fakat otoantikor pozitifliği ve anlamlı klinik bulgusu olan 3 hastaya da Sjögren hastalığı tanısı konuldu. Elli iki hastanın 9 tanesi (%17,3) Sjögren hastalığı kabul edildi. Sjögren kabul edilen 9 hastanın 1'i Sjögren ve multipl skleroz, 1'i Sjögren ve nöromyelitis optika, 1'i de Sjögren ve miyozit kabul edildi.

Sonuç: Demyelinizan hastalıklarda otoantikor pozitifliği ve ağız-göz kuruluğu normal popülasyona göre artmıştır. Demyelinizan hastalığı olanlarda anlamlı otoantikor pozitifliği olmasa bile klinik bulgu var ise Sjögren hastalığı birlikteliği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ağız kuruluğu, demyelinizan hastalık, göz kuruluğu, multipl skleroz, Sjögren sendromu

[PS-226]

Ailevi Akdeniz ateşi tedavisinde anti-IL-1 tedavisi deneyimi: Tek merkez deneyimi

Emine Uslu[1], Müçteba Enes Yayla[1], Zehra Karaman Ongun[1], Ebru Çal[2], Ahmet İlbay[1], Nilgün Göveç Gıynaş[1], Abdulbaki Gaydan[1], Çetin Ergül[1], Ahmet Usta[1], Yeter Mahmutoğlu[1], Serdar Sezer[1], Aşkın Ateş[1], Tahsin Murat Turgay[1]

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

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

Amaç: Ailevi akdeniz ateşi (AAA) rekürren ateş ve serözit atakları ile seyreden herediter otoenflamatuvar bir hastalıktır. AAA'nin primer tedavisi kolsisin olup, kolsisin dirençli bireylerde IL-1 üzerinden etki gösteren tedavi seçenekleri devreye girmektedir. Çalışmada amacımız kliniğimizde IL-1 üzerinden tedavi alan hastaların klinik özelliklerini, tedavi yanıtlarını ve ilaç ilişkili yan etkileri ortaya koymaktır.

Yöntem: 2015-2025 yılları arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Romatoloji Polikliniği'ne başvuran, 18 yaş üzeri ve Tel Hashomer kriterlerine göre AAA tanısı alan hastalar retrospektif olarak taranmıştır. Bu hastalardan Anti-IL-1 tedavisi alanlar çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların tedavi öncesi ve tedavinin 6. Ayındaki klinik, laboratuvar özellikleri kaydedilmiştir. Ayrıca ilk başvuru anındaki ve kümülatif klinik özellikleri kaydedilmiştir. Hastaların Anti-IL-1 tedavisine başlama ve kesilme nedenleri dosyalarından kaydedilmiştir.

Bulgular: Kohortumuzda 750 takipli AAA hastası bulunmakta olup, hastaların ortalama tanı yaş 24,6 (IQR 19,9) idi. Hastaların %62,9'u kadın cinsiyette, %67,9 hastada aile öyküsü pozitifti. Hastaların %15,7 sinde M694V homozigot, %30,9'unda heterozigot pozitifti. Tanı anında 14 hastada amiloidoz olup, toplamda 32 (%4,3) hastada amiloidoz gelişimi izlenmişti (Tablo 1). Toplam 78 hasta IL-1 tedavisine geçilmiştir. 58 (74,4) hasta kolşisin direnci nedeniyle, 7 (%9) hasta kolşisin yan etkisi nedeniyle, 10 (%12,8) hasta amiloidoz nedeniyle ve 3 (%3,8) hastada subklinik enflamasyon nedeniyle Anti-IL-1 tedavisi verilmişti. Hastaların IL-1 başlanma yaşı 28,1 (IQR 19,6) olup, tanıdan yaklaşık 10,8 (IQR 9,6) yıl sonra başlanmışlardı. Hastaların Anti-IL-1 tedavi kullanma süreleri ortanca 67,7 (IQR 79,1) ay idi. 70 hasta anakinra tedavisi başlanmış olup, hastalar ortanca 25,5 (IQR 57) ay tedavide kalmışlardı. 45 hastanın anakinra tedavisi takip sırasında kesilmiş olup, 25 hasta anakinra tedavisine devam etmiştir. İlaç kesilme sebeplerine bakıldığında; 18 hasta yanıtsızlık, 14 hasta yan etki, 3 hasta malignite, 2 hasta gebelik, 1 hasta tüberküloz ve 7 hasta bireysel ve sosyal güvenlik kurumu nedenli sebeplerden tedavisini bırakmıştı. Bu hastalardan 35'ine kanakinumab tedavisi başlanmış olup, sadece 1 hastada kanakinumab tedavisine yanıtsızlık izlenmiştir. 8 hastaya anakinra tedavisi başlanmadan kanakinumab tedavisi başlanmış olup, bunlardan birinde yanıtsızlık, birinde remisyon izlenmesi nedeniyle kanakinumab tedavisi kesilmiştir. 6 hastanın tedavisi ise sosyal güvenlik kurumu nedenli sebeplerden ötürü kesilmiştir. Toplamda 43 kanakinumab hastasında, ilaçta kalım süresi 69 (IQR 72,3) ay olup, sadece bir hastada ilaç kesilmesini gerektirecek yan etki izlenmiştir. Anakinra tedavisi alan hastalarda anakinra tedavisi ile atak sayısı anlamlı olarak azalmıştır ($p<0,001$). CRP düzeyi anakinra tedavisi ile anlamlı olarak düşerken, proteinüri miktarında sayısal azalma izlenmekle birlikte istatistiksel olarak anlamlı azalma görülmemiştir (sırasıyla; $p=0,041$ ve $p=0,144$) (Tablo 2). Benzer şekilde kanakinumab tedavisi alan hastalarda da tedavinin 6. Ayında atak sayısı ve CRP düzeyi anlamlı olarak azalmıştır (sırasıyla; $p<0,001$ ve $p=0,002$). Kanakinumab tedavisi ile proteinüri düzeyinde değişiklik gösterilememiştir ($p=0,225$) (Tablo 2).

Sonuç: Anti-IL-1 tedavisi atakları kontrol altına aldığı gösterilmekle birlikte, kullanılan ajana bağlı olarak yan etki sıklığı değişmektedir. Mevcut bulgularla tedaviden klinik olarak beklenecek etki enflamatuvar yanıtta ve atak sıklığında azalmanın ötesinde değildir.

Anahtar Kelimeler: Ailevi akdeniz ateşi, kanakinumab, anakinra, anti-IL-1

Tablo 1. Hastaların klinik, demografik özellikleri ve tedavi seyri

	n=750
Cinsiyet, kadın	472 (62,9)
Tanı yaşı, yıl	24,6 IQR 19,9
Takip süresi, yıl	5,4 IQR 8
IL-1 başlangıç yaşı, yıl	28,1 IQR 19,6
Tanıdan IL-1 e kadar geçen süre, yıl	10,8 IQR 9,6
FMF Aile öyküsü	396/583 (67,9)
M694V Homozigot	118/510 (15,7)
M694V Heterozigot	232/510 (30,9)
Complex	117/232 (50,4)
Single	115/232 (49,6)
Amiloidoz	32 (4,3)
Peritonit	611 (81,5)
Ateş	454 (60,5)
Artralji	370 (49,3)
Plörit	131 (17,5)
Perikardit	8 (1,1)
Erizipel benzeri döküntü	32 (4,3)
Uzamış febril myalji	7 (0,9)
Kolşisin Dirençli hastalık	62 (8,3)
IL-1 tedavisi başlanan hasta	78 (10,4)
IL-1 tedavi süresi	67,7 IQR 79,1
Anakinra süresi,ay	25,5 IQR 57,4
Kanakinumab süresi,ay	69 IQR 72,3
IL-1 başlama nedeni	n=78
Kolşisin direnci	58 (74,4)
Kolşisin intolerans/yan etki	7 (9)
Amiloidoz/proteinüri	10 (12,8)
Subklinik inflamasyon	3 (3,8)

Tablo 2. Tedavi ile hastalığın seyri

	Anakinra öncesi n=73	**Anakinra sonrası n=73**	**p**
Atak sayısı/6 ay, medyan (IQR)	5 (6)	0,5 (2)	<0,001
CRP, medyan (IQR)	2,5 (6,8)	1,8 (4,9)	0,041
Proteinüri mg/24saat, medyan (IQR)	80,5 (97,5)	70 (45)	0,086
Proteinüri mg/24saat (500 mg üstü olan hastalar), medyan (IQR)	4620 (5455)	1925 (17995)	0,144
	Kanakinumab öncesi n=43	**Kanakinumab sonrası n=43**	
Atak sayısı/6 ay, medyan (IQR)	4,5 (5)	0 (1)	<0,001
CRP, medyan (IQR)	1,3 (6,1)	0,7 (2,2)	0,002
Proteinüri mg/24saat, medyan (IQR)	109 (408)	92 (125)	0,068
Proteinüri mg/24saat (500 mg üstü olan hastalar), medyan (IQR)	6420 (8470)	3563 (8702)	0,225

[PS-227]

Romatolojik hastalıklarda uygulanan terapötik plazma değişimi tedavisinin yan etkilerinin değerlendirilmesi

Meysere Nur Akuç, Burcu Yağız, Belkıs Nihan Coşkun, Yavuz Pehlivan, Hüseyin Ediz Dalkılıç

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

Amaç: Sistemik romatizmal hastalıklar için standart tedavi rejimi immünosupresif ajanlardır. Fakat bazı hastalıklar immünosupresiflere yanıt vermeyebilir. Böyle bir durumda terapötik plazma değişimi kurtarıcı bir tedavidir. Terapötik plazma değişiminin mekanizması plazmadaki patojenik antikorlar, immünkompleksler veya sitokinlerin ortamdan uzaklaştırılmasıdır. Patojen moleküller ortamdan uzaklaştığında doku hasarı hafifleyebilir. Bu çalışmanın amacı, şiddetli sistemik romatolojik hastalığı olan ve terapötik plazma değişimi uygulanan hastalarda, tedavinin etkinliğini ve ortaya çıkan komplikasyonları değerlendirerek, hasta seçiminde dikkate alınması gereken yarar/risk profilini ortaya koymaktır.

Yöntem: Son 10 yılda şiddetli romatolojik hastalık nedeniyle plazmaferez uygulanmış hastalar retrospektif olarak tarandı. Plazmaferez yapılış nedeni, kullanılan yöntem, kullanılan replasman sıvısı, işlem esnasında gelişen komplikasyon ve yan etkiler değerlendirildi. Plazmaferez uygulaması sırasında kullanılan immünosupresifler, tedavi yanıtı 3. Ay, 6. Ay ve 12. Ay olmak üzere değerlendirildi. 1 yılda gelişen son dönem böbrek yetmezliğine gidiş ve geçirilen şiddetli enfeksiyonlar açısından da tarama yapıldı.

Bulgular: Bu retrospektif çalışmaya, 2014-2024 yılları arasında şiddetli sistemik romatolojik hastalığı olup plazmaferez uygulanan 31 hasta dahil edilmiştir. Plazmaferez sonrası remisyon oranları incelendiğinde; 4 hastada 3. ayda, 5 hastada 6. ayda ve 3 hastada 1. yılda remisyon gelişmiştir. Bir yıllık izlem dönemi sonunda 11 hastada (%35,4) tam remisyon, 3 hastada (%9,6) kısmi remisyon sağlanmıştır. On dört hastada (%45,1) ise remisyon elde edilememiş ve 3 hasta takipten çıkmıştır. Sağkalım analizine göre, ilk 3 ayda 6 hasta (%19,3), bir yıl içinde toplam 9 hasta (%29) kaybedilmiştir. Ölüm nedenleri arasında; hastalık aktivitesi (n=3), COVID-19 enfeksiyonu ve solunum yetmezliği (n=1), dissemine intravasküler koagülasyon (n=1), mantar enfeksiyonuna sekonder sepsis (n=2), akut respiratuvar distres sendromu (n=1) ve CMV viremisi, pnömoni, idrar yolu enfeksiyonu ve COVID-19'a bağlı sepsis (n=1) yer almıştır. Plazmaferez prosedürüne ilişkin yan etkiler değerlendirildiğinde; 6 hastada (%19,4) hipotansiyon, 2 hastada (%6,5) sitrat ilişkili hipokalsemi, 1 hastada (%3,2) alerjik reaksiyon, 1 hastada (%3,2) dispne, 1 hastada (%3,2) akciğer ödemi ve 5 hastada (%16,1) damar yolu komplikasyonu gözlemlenmiştir. Enfeksiyöz komplikasyonlar ise 8 hastada (%25,8) görülmüş olup, bunlar kateter enfeksiyonu (n=1), CMV viremisi (n=1), idrar yolu enfeksiyonu (n=2), pnömoni (n=1) ve çoklu enfeksiyon (n=3) şeklinde dağılım göstermiştir. Çoklu enfeksiyon gelişen olgulardan birinde kateter ve idrar yolu enfeksiyonu, birinde COVID-19, CMV viremisi ve idrar yolu enfeksiyonu, diğerinde ise CMV viremisi ve idrar yolu enfeksiyonu birlikte tespit edilmiştir.

Sonuç: Her ne kadar şiddetli romatolojik hastalıklarda plazmaferez tedavisi kurtarıcı ve hızlı etkili bir tedavi yöntemi olarak görülse de plazmaferez uygulamasının yan etkileri akılda tutulmalıdır. Plazmaferez yapılacak hasta seçiminde dikkatli davranılmalı ve enfeksiyon riski ile prosedürel yan etki gelişimi açısından uyanık olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, terapötik plazma aferezi, vaskülit, yan etki

[PS-229]

Sistemik skleroz ilişkili interstisyel akciğer hastalarının tedavi seçimleri ve 12 aylık takiplerdeki değişimleri

Seda Çolak, Emre Tekgöz, Emine Büşra Ata, Ezgi Çimen Güneş, Muhammet Çınar, Sedat Yılmaz

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

Amaç: İnterstisyel akciğer hastalığı (İAH), sistemik skleroz (SSk) en ciddi ve mortal tutulumlarındandır. Hastalık ciddiyeti asemptomatikten ciddi tutuluma kadar değişebilir. Bu çalışmada SSk-İAH tutulumunda verilen tedaviler ve hastaların 12 aylık takiplerdeki değişimlerin değerlendirilmesi planlanmıştır.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya Ocak 2017-Ocak 2025 arasında takip edilen 53 SSk-İAH hastası alındı. Hastaların bazal ve 12. ay takiplerindeki demografik, klinik verileri, solunum fonksiyon testi, dispne için visual analog skorları (VAS) ve radyolojik verileri kaydedildi.

Bulgular: Kırk kadın ve 13 erkek hastanın yaş ortalaması 57,5±12,6 yıldı. Ortanca hastalık süresi SSk için 90, İAH için 58 aydı. Otuz (%56,6) hastanın bazal yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografisinde (HRCT) parankimde ≥%20 tutulum saptandı. Hastaların bazal zorlu vital kapasite (FVC) beklenen % değerleri 90,1±20,6, 12. ayda 94,4±18,8 ve ortanca FVC değişimi %-2 saptandı. Hastaların 40'ında düşük-orta doz olmak üzere 47'sinde glukokortikoidler, 42 hastada immünosupresif (IS) kullanılmaktaydı. IS alanlar daha genç (p=0,03), daha yüksek modifiye Rodnan deri skoru (mRSS) olan (p=0,016), daha yüksek bazal (p=0,03) ve 12. ay (p=0,01) VAS dispne skoru olan, daha uzun süreli İAH'ı olan (p<0,001) ve parankimde yaygın tutulumu olan (p<0,001) hastalardı. Nintedanib kullanan 11 (%20,8) hastanın 10'u beraberinde IS kullanmaktaydı. Ritüksimab (RTX) alanların hepsinde ve siklofosfamid (CYC) alanların %92,9'unda HRCT'de yaygın hastalık mevcuttu. Mikofenolat mofetil (MMF) alan hastaların İAH süresi daha kısaydı (p=0,03), 5 yıldan kısa süreli hastalığı olanlarda en sık kullanılan ajan MMF idi (%47,4). Bunun dışında IS ajan ve klinik bulgular arasında ilişki saptanmadı. 12. ay takiplerine göre FVC, DLCO ve VAS dispne skorları ve HRCT progresyonu açısından IS tedaviler arasında fark yoktu. 5 hasta azatiyopürin altında progrese olduğu için tedavileri RTX (2 hasta) ve MMF (3 hasta) olarak değiştirilmişti. Mortalite IS alanların 3'ünde (CYC), almayanların 2'sinde görüldü (p=0,28), hepsinde mortalite nedeni enfeksiyondu.

Sonuç: SSk-İAH tedavisi hasta bazında kötü prognostik faktörleri ve prediktif faktörleri göz önüne alarak planlanmalıdır. Bu

çalışmada kötü semptomları olan ve HRCT'de yaygın tutulumlu hastalarda daha sıklıkla IS başlandığı gösterilmiştir. Yaygın hastalık varlığında CYC ve RTX daha çok tercih edilmiştir. IS kullanımında enfeksiyon açısından dikkat edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: İnterstisyel akciğer hastalığı, sistemik skleroz, skleroderma

[PS-230]

Sjögren sendromu hastalarındaki lökopeni sıklığı ve ilişkili olduğu durumların araştırılması

Hanife Oğuz[1], Tuğba Kahraman Denizhan[1], Hüseyin Kaplan[2], Emel Oğuz Kökoğlu[3], Abdurrahman Soner Şenel[1]

[1]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

[2]Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Aksaray

[3]Kayseri Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Kayseri

Amaç: Sjögren sendromu (SS), tükürük ve gözyaşı bezlerinde lenfositik infiltrasyonla karakterize, kronik seyirli bir otoimmün hastalıktır. Ekzokrin bez tutulumunun yanı sıra multisistemik bulgular da gösterebilmekte olup hematolojik yansımalar klinik açıdan önemli bir yer tutmaktadır. Bu hematolojik bulgular arasında lökopeni, özellikle tanı ve takip sürecinde dikkat edilmesi gereken bir parametredir. Lökopeni, otoimmün mekanizmalarla ilişkili sitopenilerin önemli bir bileşenidir ve hastalığın prognozunu etkileyebilir. Ancak Sjögren sendromunda lökopeni sıklığı ve ilişkili faktörler konusunda literatürdeki veriler sınırlı ve heterojendir. Bu çalışmada, SS tanısı alan geniş bir hasta grubunda lökopeni sıklığının belirlenmesi ve demografik, klinik ve serolojik özelliklerle ilişkilerinin ortaya konması amaçlanmıştır.

Yöntem: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Kliniği'nde 2014–2024 yılları arasında takip edilen, ACR/EULAR sınıflama kriterlerine göre SS tanısı almış 18 yaş üzeri toplam 650 hasta retrospektif olarak incelendi. Lökopeniye yol açabilecek hematolojik malignite, aktif enfeksiyon, karaciğer hastalığı, vitamin eksiklikleri ve immünosupresif tedavi öyküsü olan hastalar çalışma dışında bırakıldı ve 488 hasta ile devam edildi. Hastaların sosyodemografik özellikleri, ek romatolojik hastalıkları, komorbiditeleri, sigara öyküsü, ilaç kullanımı, klinik semptomları (ağız ve göz kuruluğu, artralji, interstisyel akciğer tutulumu vb.) ve laboratuvar verileri kaydedildi. Mutlak lökosit sayısının <4000/mm3 olması lökopeni olarak kabul edildi. Lökopenisi olan ve olmayan hastalar karşılaştırıldı. İstatistiksel analizlerde uygun parametrik ve nonparametrik testler kullanıldı, anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alındı.

Bulgular: Çalışmaya alınan 488 hastanın %94,3'ü kadın olup yaş ortalaması 48,5±12,2 yıl idi. Hastaların %65'i primer SS, %35'i sekonder SS tanısı almıştı. Ortalama lökosit sayısı 6394,9±1834,7/mm3 olup, lökopeni sıklığı %7,2 (n=35) olarak belirlendi. Diferansiyel lökosit sayımında; nötropeni %1.02 (n=5), lenfopeni %13.3 (n=65), monositopeni %15,3 (n=75) ve trombositopeni %2,4 (n=12) oranında izlendi. Lökopenik hastalarda demografik özellikler, sigara öyküsü ve komorbiditeler açısından anlamlı fark saptanmadı. Ancak serolojik profillerde belirgin farklılıklar vardı. Yüksek titrede ANA (>1/1000 ve 1/10000), anti-SSB (+++) pozitifliği ve hipokomplementemi (C3 ve C4 düşüklüğü) lökopenik grupta anlamlı olarak daha sık izlendi. Ayrıca bu grupta CRP ve trombosit düzeyleri non-lökopenik gruba göre anlamlı şekilde daha düşüktü. Romatoid faktör pozitifliği ve tükürük bezi biyopsisi ile lökopeni arasında ilişki gözlenmedi. Lojistik regresyon analizinde ANA (>1/10.000) pozitifliği lökopeni riskini 6,1 kat, anti-SSB (+++) pozitifliği ise 5,6 kat artırmaktaydı.

Sonuç: Sjögren sendromu hastalarında lökopeni, nispeten düşük prevalansa (%7,2) sahip olmakla birlikte, immünolojik bulgularla güçlü ilişkisi nedeniyle klinik açıdan önemlidir. Özellikle yüksek ANA ve anti-SSB titreleri ile hipokomplementemi birlikteliği, lökopeninin otoimmün mekanizmalarla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Demografik değişkenler ve klasik enflamatuvar belirteçlerle ilişkisinin zayıf olması, lökopeninin farklı patofizyolojik süreçler aracılığıyla ortaya çıktığını desteklemektedir. Bulgularımız, SS hastalarında hematolojik izlemin ve otoantikor takibinin önemini vurgulamaktadır. Prospektif çalışmalarla lökopeninin hastalık seyrindeki prognostik değerinin daha net belirlenmesi ve tedavi stratejilerinde yol gösterici olup olamayacağının araştırılması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Hematolojik tutulum, hipokomplementemi, lökopeni, otoantikorlar, Sjögren sendromu

[PS-231]

Büyük damar vaskülitlerinde Tip 1 interferonün rolü

Emine Uslu[1], Ahmet İlbay[1], Nilgün Göveç Gıynaş[1], Abdulbaki Gaydan[1], Elif Sinem Ateş[2], Klara Dalva[3], Meltem Yüksel[3], Serdar Sezer[1], Müçteba Enes Yayla[1], Tahsin Murat Turgay[1], Aşkın Ateş[1]

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

[2]Tuebingen Üniversitesi, Nörobilim Lisansüstü Eğitim Merkezi, Uluslararası Max Planck Araştırma Okulu, Tuebingen, Almanya

[3]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Büyük damar vasküliti, yetişkinlerde aort ve dallarını etkileyen, Takayasu arteriti ve dev hücreli arterit olmak üzere iki ana fenotipi olan enflamatuvar bir hastalıktır. Her iki hastalığın klinik tanısı için biyomarker bulunmamaktadır ve tanı için görüntüleme yöntemleri ve/veya biyopsi gerekmektedir. Dev hücreli arteritte vasküler biyopsi ile yapılan çalışmalarda, damar duvarında tip I interferon (IFN) imzası artışına dair kanıtlar bulunmuştur. Ancak, damar duvarında IFN imzası artışını gösteren çalışmalarda, sağlıklı kontrollere kıyasla serumda IFN imzası artışını kanıtlamak mümkün olmamıştır. Takayasu arteritinde ise IFN-gama yolunun etkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. En güçlü IFN-1 belirteçlerden biri, sialik asit bağlayıcı immünoglobulin benzeri lektin 1'dir (Siglec-1) (CD-169). Çalışmamızda, tip I IFN imzası olan Siglec-1'in büyük damar vasküliti hastalarında aktif bir rol oynayıp oynamadığını araştırmayı ve bu yolun tanı ve tedavide kullanılabilirliğini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmamıza, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Polikliniği'ne başvuran, 18 yaş üzeri, 26 Takayasu arteriti ve 14 dev hücreli arterit, 32 Sistemik lupus eritematozus (SLE) tanısı konulan hastalar ve 43 sağlıklı kontrol dahil edildi. Hamileler, malignite öyküsü olan hastalar, renal replasman tedavisi gören hastalar, son 1 ay içinde enfeksiyon öyküsü olanlar, 20 mg veya üzeri prednizolon veya eş değeri kullanan hastalar ve onam vermeyen hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Siglec-1 eksprese eden monosit düzeyleri akım sitometrisi yöntemi ile belirlenmiştir.

Bulgular: Takayasu hastalarının %96,2 si kadın olup, tanı yaşı 38,04±14,11, takip süreleri 32,14 (IQR123,93) ay idi (Tablo1). 9 hasta (%34,6) tetkik alındığı sırada aktif olup, 17 hasta inaktif idi. 9 hastaya PET-BT çekilmiş olup, 5'inde (%55,6) PET-CT de aktivasyon saptanmışken, 4 hastada saptanmadı. Eş zamanlı olarak 20 hasta BT/MR angio ile görüntülenmiş olup, 5 hastada (%25,0) progresyon izlenmiştir. Eş zamanlı olarak tüm hastaların CRP değeri görülmüş olup, 12 hastada (46,2) CRP değeri 5mg/dL'nin üzerindedir. Hastaların ortanca Glukokortikoid dozu 5 (7,5) mg/gün idi. Hastaların 4'ü (%15,4) TNF-inhibitörü, 3'ü (%11,5) IL-6 inhibitörü, kalan hastalar ise metotreksat,10 (38,5), 6 (%23,1) hasta leflunamid ve 5 (19,2) hasta azatioprin tedavisi almakta idi. Takayasu hastalarında CD-169 içeren monosit oranı, sağlıklı kontrol grubu ile benzer idi (p=0,873). SLE hastalarının CD-169 içeren monosit oranı, sağlıklı kontrolden anlamlı olarak yüksek idi (p<0,001). Takayasu arteriti hastalarının CD-169 içeren monosit oranları SLE grubundan anlamlı olarak daha düşük idi (p<0,001). Aktif ve inaktif takayasu hastaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,64). Dev hücreli arterit hastalarının %64,3'ü kadın olup, ortalama tanı yaşları 66,69±8,39, takip süresi 8,70 (IQR 59,98) ay idi. Hastaların 7'si (%50) aktif idi. Altı hastaya PET-CT çekilmiş olup, %50'sinde aktivite mevcut idi. Beş hastaya biyopsi yapılmış olup, 2'si (%14,3) pozitif idi. Üç hasta (%21,4) metotreksat, 3 hasta (%21,4) leflunamid, 3 hasta (%21,4) azatioprin tedavisi almakta idi. Aktif ve inaktif dev hücreli arterit hastalarının arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,11). Dev hücreli arterit hastalarının CD-169 pozitif monosit oranı, sağlıklı kontroller ile benzerken, SLE hastalarından düşük idi (sırasıyla p=0,70 ve p=0,04). Dev hücreli arterit ve Takayasu arteriti hastaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,97).

Sonuç: Çalışmamızda, IFN-1 yolunun imzası olan CD-169 düzeyinin, beklendiği gibi SLE hastalarında sağlıklı kontrollere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu, literatürle tutarlıdır. Önceki çalışmalarda, GCA hastalarında doku düzeyinde gösterilen IFN-1 imzası çalışmamızda hastanın kanında gösterilememiştir. Benzer şekilde Takayasu arteritinde de IFN-1 imzası gösterilememiştir.

Anahtar Kelimeler: Siglec 1, CD169, Takayasu arteriti, dev hücreli arterit

Tablo 1. Hastaların demografik ve laboratuvar özellikleri

	Sağlıklı Kontrol, n=43	SLE n=32	Takayasu arteriti, n=26	Dev hücreli arterit, n=14
Cinsiyet, kadın, n (%)	23 (85,2)	32 (100)	25 (96,2)	9 (64,3)
Tanı yaşı, mean ± SD		29,11±10,03	38,04±14,11	66,69±8.39
Mevcut yaş, mean ± SD	51,35±15,03	40,94±11,29	49,56±14,46	69,03±7,49
Yeni tanı, n (%)		2 (6,3)	3 (11,5)	6 (42,9)
Aktif hastalık, n (%)		14 (43,8)	9 (34,6)	7 (50)
Sigara öyküsü, n (%) (n=18)	19 (90,05)	24 (75)	4 (22,3)	5 (35,7)
Diabetes mellitus, n (%)	4 (14,8)	2 (6,3)	4 (15,4)	4 (28,6)
Hipertansiyon, n (%)	3 (11,1)	2 (6,3)	9 (34,6)	5 (35,7)
CRP, normal limitin üstü, n (%)	2 (7,4)	7 (21,9)	12 (53,8)	9 (64,3)
Flow sitometri				
Siglec 1 (CD169) positive monocyte, %, mean ± SD	71,89±9,62	89,76±19,68	69.76±19,00	70.07±18,43
Siglec 1 (CD169) positive monocyte, MFI, medyan (IQR)	5,24 (1,8)	9.02 (14,08)	5,34 (3,06)	5,67 (1,53)

[PS-232]

Sistemik lupus eritematozus hastalarında sarkopeni sıklığının ve hastalık aktivitesi ile ilişkisinin değerlendirilmesi

Esma Nur Eren[1], Melih Akan[2], Osman Kahraman[2], Hikmet Zeynep Ağaoğlu[1], Gülhan Ertan Akan[2], Meryem Can[3]

[1]İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

[2]İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

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

Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE), kronik enflamasyonun, otoimmün yanıtın ve çoklu organ tutulumunun eşlik ettiği, klinik seyri heterojen bir hastalıktır. Son yıllarda, SLE'de yaşam kalitesini düşüren ve morbiditeye katkı sağlayan sarkopeni dikkat çekici hale gelmiştir. Bu çalışmada SLE tanılı hastalarımızda sarkopeni sıklığını belirlemek ve sarkopeni sıklığının hastalık aktivitesiyle ilişkisini ortaya koymak, bunların yaşam kalitesine etkilerini araştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya yaş ve cinsiyet açısından benzer 30 SLE hastası ile 31 sağlıklı kontrol birey dahil edilmiştir. Katılımcılarda el kavrama gücü (HGS), 4 metre yürüme testi, SarQoL anketi (Sarcopenia and Quality of Life Questionnaire), ultrasonografik olarak kas kalınlıkları, ekojenitesi ve shear wave elastografi (SWE) ölçümleri yapılmıştır. Sarkopeni tanısı ISarcoPRM algoritmasına göre konulmuş; olası sarkopeni ise EWGSOP2 kriterlerine göre, Bahat ve ark.'nın Türk popülasyonu için belirlediği el kavrama gücü eşik değerleri kullanılarak hesaplanmıştır. SLE hastalarında hastalık aktivitesi SLEDAI-2K (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index-2000) ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: EWGSOP2 kriterlerine göre olası sarkopeni SLE grubunda %33,3 oranında, ISarcoPRM algoritmasına göre dinapeni %13,3 ve sarkopeni %3,3 oranında saptanmıştır. Ciddi sarkopeni tespit edilmemiştir. El kavrama gücü ve 4 m yürüme hızı SLE'de daha düşük izlense de fark anlamlı değildi (p=0,07 ve p=0,14). Kas kalınlıkları açısından sağ RF (rectus femoris) ve Vİ (vastus intermedius) kalınlıkları SLE grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde düşük iken (p=0,05) sol RF daha yüksek bulundu (p=0,03). SarQoL puanı SLE hastalarında anlamlı ölçüde daha düşüktü (p=0,01) ancak kas gücü ile korelasyon göstermedi. Dinapenik hastalarda SLEDAI (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index) skoru istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (p=0,03). Heckmatt ile ölçülen ekojenite, SWE ile ölçülen kas elastikiyeti açısından hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Korelasyon analizlerinde, hastalık aktivitesi ile yürüme hızı arasında negatif yönde, sağ RF ve sağ Vİ kalınlıkları ile ilgili SWE değerleri arasında ve sol Vİ kalınlığı ile sol SWE arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Otoantikor profili ve kompleman düzeyleri ile sarkopeni arasında anlamlı ilişki görülmedi.

Sonuç: Çalışmamızda sarkopeni ve dinapeni oranları kontrol grubuna kıyasla istatistiksel anlamlılığa ulaşmasa da, olası sarkopeni oranındaki artış ve SarQoL skorlarındaki belirgin düşüş klinik açıdan dikkat çekicidir. Kas kalınlığında saptanan azalma, SLE'nin kas yapısı üzerindeki erken etkilerini yansıtırken; SWE ve ekojenitede fark bulunmaması, kas kalitesindeki değişikliklerin daha geç dönemde ortaya çıkabileceğini düşündürmektedir, fakat literatürle yapılan karşılaştırmalar sonucunda sarkopeni sürecinin her hastada aynı biyolojik sırayı izlemediği; bazı olgularda kas gücü kaybı daha önce ortaya çıkarken bazılarında kas kalitesi veya yapısal değişikliklerin ortaya çıkabileceği görülmüştür. Bu durum, sarkopeni gelişiminin hastalık seyrine göre kişisel bir sıra izleyebileceğini düşündürmektedir. SLE hastalarının rutin izlemlerinde yalnızca laboratuvar ve hastalık aktivitesi değil, kas gücü, kas yapı ve fonksiyonlarının değerlendirilmesinin gerekliliği ve bu seyrin yaşam kalitesine etkisinin dikkate alınması olası düşme, frajilite gibi komplikasyonların önlenmesi açısından kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, sarkopeni, dinapeni, SarQoL

[PS-233]

Dev hücreli arteritte kardiyovasküler olay önlenebilir mi? Aspirin ve statinlerin rolü

Mehmet Ali Enlice[1], Zeynep Yağbasan[2], Ezgi Yıldız Güvercin[3], Elif Akyazı Şener[4], İbrahim Yahya Çakır[5], Ertuğrul Çağrı Bölek[5], Safiye Bakkal[6], Anıl Göçer[7], Yavuz Pehlivan[2], Ediz Dalkılıç[2], Ahmet Omma[4], Hamit Küçük[5], Gökçe Kenar Artın[6], Fatoş Önen[6], İsmail Sarı[6], Gözde Çetin Yıldırım[7], Kenan Aksu[3], Gökhan Keser[3], Nilüfer Alpay Kanıtez[8]

[1]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

[2]Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

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

[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

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

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

[7]Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kahramanmaraş

[8]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

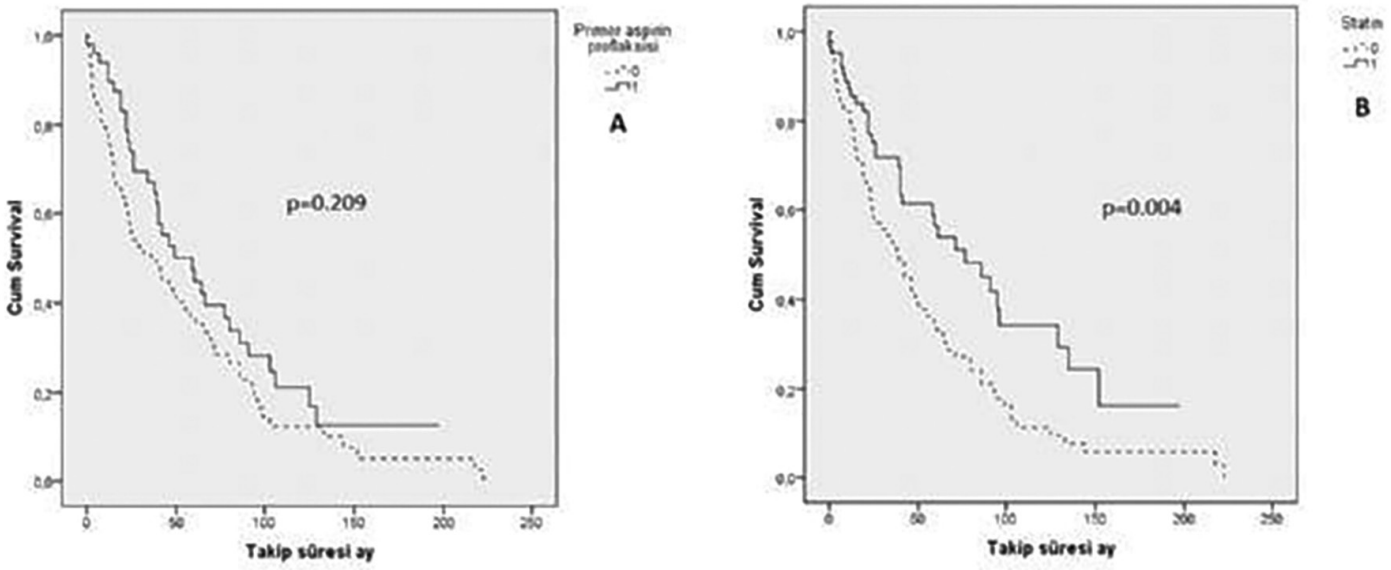
Amaç: Dev hücreli arterit (DHA), 50 yaş üzerindeki bireylerde başta aort ve ana dallarını etkileyerek majör kardiyovasküler olaylara (MACE) yol açabilen bir büyük damar vaskülitidir. Bu yaş grubunda aynı zamanda ateroskleroz ilişkili MACE sıklığı da artmıştır ve DHA hastalarında immünosupresif tedavilerin yanı sıra MACE korumanın göz önünde tutulması gerekir. Düşük doz aspirin ve statinler, MACE'den korunmada öne çıkan ilaçlardır. Ancak DHA'da aspirin ve statinlerin faydasına dair literatür sınırlı ve kimi zaman çelişkilidir. ACR, karotis-vertebral arter tutulumu olan DHA hastalarında düşük doz aspirin kullanımını önerirken, statinler ile ilgili DHA özelinde bir öneri sunmamaktadır. Oysa statinler, lipid düşürücü etkilerinin yanında antienflamatuvar özelliklere de sahiptir ve DHA'da MACE önlenmesinde ümit vadedebilir. Bu çalışmada, DHA'da MACE sıklığı ile ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesi ve MACE'nin önlenmesinde aspirin ile statinlerin etkisinin ortaya koyulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çok merkezli retrospektif çalışmamıza, 7 tersiyer romatoloji merkezinden ACR 2022 kriterlerine göre DHA tanısı koyulmuş 153 hasta dahil edildi. Tanı sırasında (bazal) ve son vizitte elde edilen klinik veriler, hasta dosyalarından önceden hazırlanmış formlara kaydedildi. Miyokard infarktüsü ve serebrovasküler olay, MACE olarak tanımlandı. Herhangi bir kardiyovasküler olay geçirmeden düşük doz aspirin kullanımı primer profilaksi olarak adlandırıldı. Hastalık hasar skoru VDI ile hesaplandı. Verilerin analizinde SPSS programı kullanıldı. MACE gelişme durumuna göre oluşturulan gruplar arasındaki farklılıklar ki-kare ve Student t-testleri ile analiz edildi. MACE'siz sağkalım analizi için Kaplan-Meier testi kullanıldı ve istatistiksel anlamlılık log-rank ile hesaplandı. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Yaş ortalaması 75,4±9,3 olan hastaların 95'i (%62) kadındı. Ortalama takip süresi 49±46,2 aydı ve bu sürede 44'ünde (%29) MACE gelişti (Tablo 1). MACE gelişen grupta bazal değerlendirmede karotis tutulumu (%55-%25), görme kaybı (%57-%28), kronik böbrek hastalığı (%32-%12), diyabet (%50-%27) ve aterosklerotik karotis plak varlığı (%61-%32) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha sık bulundu (sırasıyla p=0,001, p=0,001, p=0,009, p=0,008, p=0,002). Yine bu grupta ortalama VDI ve kümülatif prednizolon dozu daha yüksekti, ölüm oranı daha fazlaydı. Relaps sayısı bakımından gruplar arasında fark yoktu. Bazalde MACE gelişmemiş 125 hastanın 51'ine (%41) primer ASA profilaksisi verilmişti. Primer profilaksi verilmesinin MACE'siz sağkalıma etkisi olmadığı (p=0,209), statin kullanımının ise MACE'siz sağkalımı iyileştirdiği (p=0,004) görüldü (Şekil 1).

Sonuç: DHA hastalarında MACE, önemli bir ölüm nedenidir. MACE riskini, hastalıkla ilişkili olarak karotis tutulumu ve görme kaybı artırmaktadır. Beklendiği üzere aterosklerotik hastalık varlığı ve bununla ilişkili olabilecek kronik böbrek hastalığı, diyabet ve kümülatif prednisolon gibi risk faktörlerinin de MACE üzerine etkisinin olduğu anlaşılmaktadır. Aspirin ile primer profilaksi MACE riskini azaltmazken, statin kullanımı MACE'siz sağkalımı olumlu yönde etkilemektedir. Statinlerin lipid düşürücü etkilerinin yanı sıra antienflamatuvar özelliklere sahip olmasının bu sonuca katkısı olabilir. DHA hastalarının tedavisinde sağkalımı artırmak için yalnızca immünosüpresif tedavilere odaklanmak yeterli değildir. Etkin bir tedavi aynı zamanda aterosklerotik hastalık yönetimini gerektirir ve statinler bu açıdan önemli görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dev hücreli arterit, statinler, kardiyovasküler olaylar, karotis arter tutulumu, sağkalım analizi, vasküler enflamasyon



Şekil 1. Primer profilaksi (A) ve statin (B) kullanımına göre majör kardiyovasküler olaysız (MACE) sağkalım eğrileri

Tablo 1. Dev hücreli arterit hastalarının takip süresince majör kardiyovasküler olay geçirme durumuna göre özellikler

	MACE+ n=44	MACE- n=109	p değeri
Yaş ortalama ± SD	77,6±10,1	74,4±8,8	0,071
Kadın cinsiyet n (%)	25 (57)	69 (63)	0,469
Sigara n (%)	16 (40)	28 (29)	0,237
Takip süresi ay, ortalama ± SD	56,6±49,1	45,4±44,7	0,195
Tutulan damar n (%)			
Karotis	24 (55)	27 (25)	0,001
Çıkan aorta	10 (23)	19 (17)	0,651
Renal arter	6 (14)	4 (4)	0,067
Görme kaybı n (%)	25 (57)	30 (28)	0,001
Komorbiditeler n (%)			
Hipertansiyon	37 (84)	75 (59)	0,069
Aritmi	4 (9)	11 (10)	1,000
Kronik böbrek hastalığı	14 (32)	13 (12)	0,009
Diyabet	22 (50)	29 (27)	0,008
Aterosklerotik karotis	27 (61)	34 (32)	0,002
CRP mg/L, ortalama ± SD	99,7±66,7	81,1±64,3	0,133
LDL kolesterol mg/dL, ortalama ± SD	181,8±218,9	140,6±144,8	0,298
HDL kolesterol mg/dL, ortalama ± SD	52,8±15,5	50,4±18	0,477
Trigliserit mg/dL, ortalama±SD	151±75,1	131±74,4	0,183
Relaps sayısı	0,5±0,7	0,5±0,9	0,673
Vasküler hasar skoru (VDI)	5,2±2,7	2,1±2,1	0,000
Kumulatif PRD g, ortalama ± SD	10,6±9,4	6,8±4,9	0,045
Ölüm n (%)	16 (36)	15 (14)	0,003

MACE: Majör kardiyovasküler olay CRP: C-reaktif protein PRD: Prednisolon

[PS-234]

Bazal immünosüpresif tedavi almayan sistemik skleroz ilişkili interstisyel akciğer hastalığında doğal seyir ve progresyon belirteçleri: Tek merkez kohort çalışması

İbrahim Karaduman, İbrahim Vasi, Rahime Duran, İbrahim Yahya Çakır, Esma Eseroğlu, Burak Karakaya, Büşra Köksoy, Ertuğrul Çağrı Bölek, Hamit Küçük, Abdurrahman Tufan, Berna Göker, Mehmet Akif Öztürk, Abdulsamet Erden

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

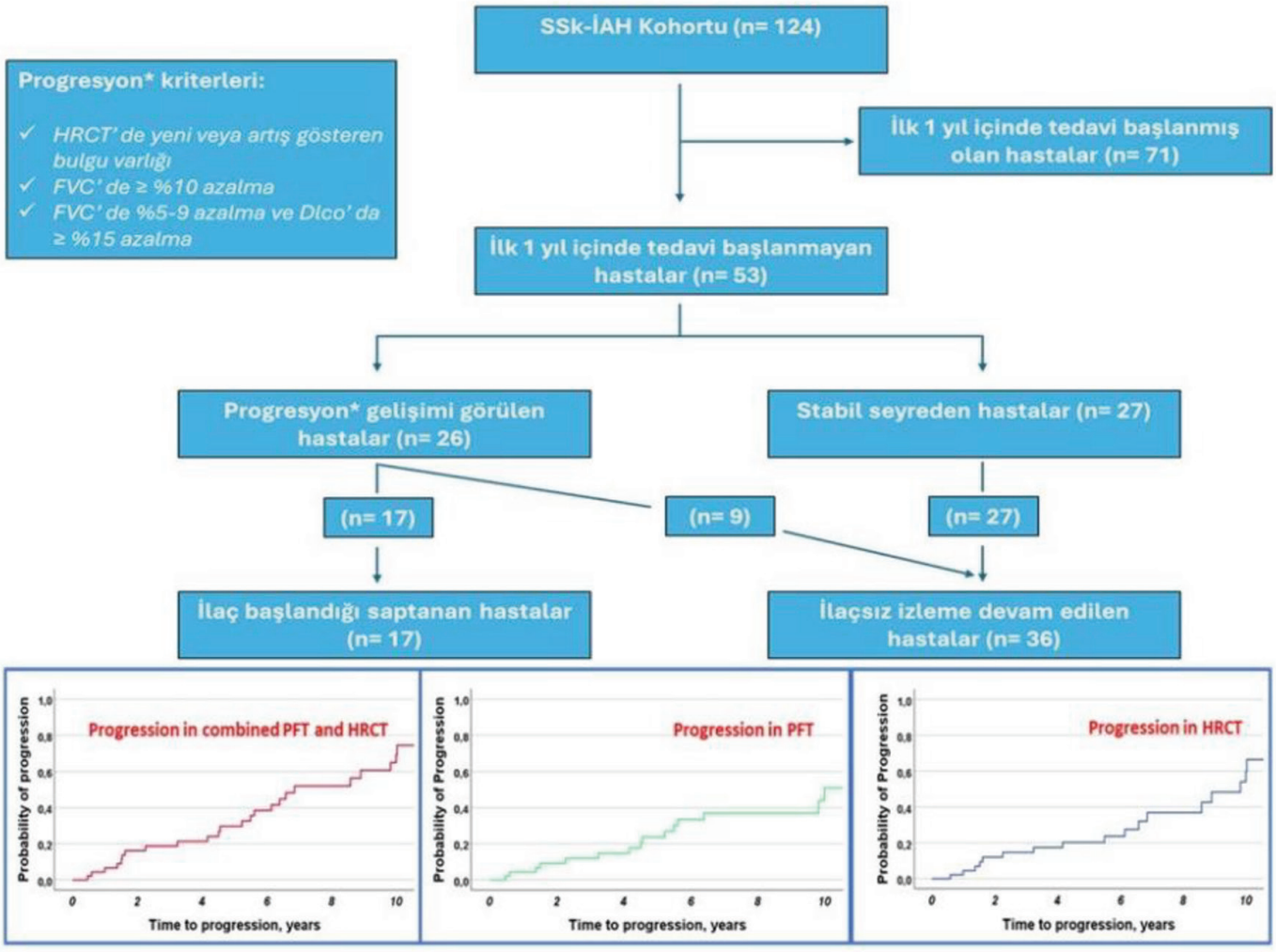
Amaç: Sistemik skleroz ilişkili interstisyel akciğer hastalığı (SSk-İAH), mortalite ve morbidite açısından en belirleyici organ tutulumlarından biridir. Immünosüpresif tedavi, progresyon riski yüksek hastalarda önerilse de, başlangıçta tedavi verilmeyen olguların doğal seyri ve progresyonu öngören faktörler net değildir. Bu çalışmada, tanı zamanı ve takibindeki ilk bir yıl içinde tedavi başlanmamış SSk-İAH hastalarının takip sonuçları ve progresyon belirleyicileri araştırılmıştır.

Yöntem: SSk-İAH tanısı ile izlenen 124 hasta çalışmaya dahil edilmiştir ve verileri retrospektif olarak incelenmiştir. Hastalar tanı anından itibaren ilk 1 yıl içinde immünosüpresif tedavi başlanan ve başlanmayan hastalar olarak 2 ana gruba ayrılmıştır. İlk 1 yıl içinde tedavi başlanan hasta sayısı 71 iken başlanmayan hasta sayısı 53 olarak bulunmuştur. Bazalde tedavi verilmeyen bu 53 hastanın verileri progresyon açısından incelenmiştir (Şekil 1). Progresyon kriterleri: (1) Toraks BT'de yeni bulguların ortaya çıkması veya mevcut bulguların artışı ve/veya (2) FVC'de ≥%10 azalma ya da (3) FVC'de %5-9 azalma ile birlikte DLCO' da ≥%15 azalma olarak ele alınmıştır. Progresyonla ilişkili klinik ve serolojik faktörler regresyon analizleri ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 124 SSk-İAH hastasının yaş ortalaması 57,4±13,1 yıl olup, olguların %94,4'ü kadındı. İlk bir yıl içerisinde tedavi başlanan ve başlanmayan hastalar karşılaştırıldığında; tedavisiz izlenen grupta yaş anlamlı derecede daha yüksek bulunurken (64,4±11,5 yıl vs. 54,5±12,7 yıl; p=0,001), diffüz kutanöz tutulum oranı daha düşüktü (p=0,001). Tedavisiz grupta anti-topoizomeraz I antikor pozitifliği daha az (p=0,008), buna karşılık anti-sentromer antikor pozitifliği daha sık (p=0,002) izlendi. Pulmoner fonksiyon parametreleri değerlendirildiğinde, tedavisiz izlenen hastalarda hem bazal FVC (100,1±19,2 vs. 83,8±21,4; p=0,001) hem de bazal DLco değerleri (78,7±22,3 vs. 63,2±19,1; p=0,001) anlamlı derecede daha yüksekti. İmmünosüpresif tedavi kullanımına ilişkin analizlerde, tek değişkenli düzeyde diffüz kutanöz tutulum, anti-topoizomeraz I pozitifliği, kas güçsüzlüğü ve yaygın akciğer tutulumu tedavi başlanması ile anlamlı ilişki gösterirken çok değişkenli analizde ise yalnızca yaygın akciğer tutulumu (OR=4,99, %95 GA 1,36-18,4, p=0,016) ve düşük DLco düzeyleri (OR=0,96, %95 GA 0,93-0,99, p=0,035) bağımsız belirleyiciler olduğu görüldü. Veriler tablo 1A ve 1B' de verilmiştir. Toplam 53 hastanın 26'sında (%49,1) progresyon gelişimi görülürken, 27'si (%50,9) stabil seyretti. HRCT kriterlerine göre 19 hastada (%35,8), SFT kriterlerine göre ise 15 hastada (%28,3) progresyon izlendi; her iki yöntemin birlikte değerlendirilmesiyle toplam 26 hastada progresyon saptandı. Tahmini ortalama progresyonsuz sağkalım 7,3 yıl olarak hesaplandı. 26 hastanın 17'sine (%65) ilerleyen dönemde immünosüpresif tedavi başlandığı görülmüştür. Kaplan–Meier analizlerinde, progresyonun özellikle ilk 5 yıl içinde daha sık olduğu görülmektedir (Şekil 1). Tek değişkenli analizde erkek cinsiyet, diffüz kutanöz tutulum, anti-topoizomeraz I pozitifliği, disfaji ve yaygın akciğer tutulumu progresyon ile ilişkili bulundu. Çok değişkenli regresyon analizinde ise diffüz kutanöz tutulum (HR=2,63, p=0,001) ve yaygın akciğer tutulumu (HR=2,14, p=0,001) bağımsız prediktörler olarak belirlendi. Anti-sentromer pozitifliği sınırda koruyucu etki ile ilişkiliydi (HR=0,39, p=0,058). Veriler Tablo 1'de verilmiştir.

Sonuç: Başlangıçta tedavi başlanmamış olan SSk-İAH hastalarının yaklaşık yarısında progresyon geliştiği gözlenmiştir. Progresyon verileri incelendiğinde, hastaların yalnızca HRCT veya SFT ile izlenmesinin progresyonu saptamada her ikisinin birlikte kullanıma kıyasla yetersiz kaldığı görüldü. Ayrıca, progresyonun ilk 5 yıldan sonra da ortaya çıkabildiği dikkate alındığında, bu hastaların HRCT ve SFT ile birlikte daha uzun süreli takiplerle izlenmesinin gerekli olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: İnterstisyel akciğer hastalığı, progresyon, sistemik skleroz, tedavisiz izlem



Şekil 1. SSk-İAH kohortunda tedavi durumuna ve progresyon kriterlerine göre hasta dağılımı ile Kaplan–Meier analizleri

[PS-235]

Kristal artropatisinde görüntüleme yöntemlerinin yeri

Ozan Şakır[1], Büşra Fırlatan Yazgan[2], Ahmet Gürkan Erdemir[3], Adalet Elçin Yıldız[3], Umut Kalyoncu[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

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

[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Kristal artropatileri olan Gut ve Kalsiyum pirofosfat artropatisi (CPPD) romatoloji değerlendirmesinde göreceli olarak daha az önem verilen hastalık grubunda yer almaktadır. Öte yandan diğer enflamatuvar romatizmal hastalıklardan ayırt edilmesi zaman zaman güçlük gösterebilmektedir. Görüntüleme yöntemleri tanı ve ayırıcı tanı aşamasında sıklıkla kullanılmaktadır. Bu çalışmanın amacı günlük pratikte takip edilmekte olan kristal artropati hastalarında uygulanan görüntüleme yöntemlerinin dağılımının belirlenmesi, tetkiklerin tanı/ayırıcı tanıdaki yerinin ortaya konulmasıdır.

Yöntem: Ocak 2022 ve Ocak 2025 tarihleri arasında "kristal artropati" tanısıyla Romatoloji polikliniğinde değerlendirilen, 309 hastanın verilerine ulaşılabilen 261'i (%84,5) çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik, laboratuvar ve tedavi bilgileri kaydedildi. Gut ve CPPD tanısı takip eden doktorun görüşüne göre konuldu. Çalışmaya dahil edilen tüm hastaların mevcut radyolojik görüntüleme kayıtları yeniden değerlendirildi. Konvansiyonel radyografi, eklem ultrasonografisi (US), manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve çift enerjili bilgisayarlı tomografi (DECT) not edildi. Konvansiyonel radyografi olarak ön-arka el grafisi, ön arka ve yan ayak grafisi, ön arka ve varsa lateral diz grafisi, ön-arka ve lateral dirsek grafisi, ön-arka omuz grafisi, pelvis grafisi, spinal omurga grafileri kullanıldı. El grafisindeki görüntüler DIF, PIF, MKF, el bileği eklemlerindeki değişiklikler, ayakta MTF eklemlerinde; eklem aralığındaki daralma, yeni kemik oluşumu, erozyon derecelendirildi. Bunlara ek olarak orta ayak tutulumu, tofüs görünümü kaydedildi. Diz ekleminde kondrokalsinozis not edildi. Hastaların aksiyal görüntülemelerinde Diffüz İdiopatik İskelet Hiperostozu (DISH) varlığı da değerlendirildi. Eklem USG, MRG ve DECT ile sinovit, erozyon, tofüs, kalsifikasyon, çift kontur görünümü kaydedildi, DECT'te bunlara ek olarak monosodyum ürat ve kalsiyum pirofosfat kristal birikimi de değerlendirildi.

Bulgular: İki yüz altmış bir kristal artopati hastasının 174'ü (%66,7) Gut, 87'si (%33,3) CPPD tanısı ile takip ediliyordu. CPPD hastaları daha ileri yaş ve kadın cinsiyetteyken, Gut hastaların kreatinin ve ürik asit değerleri daha yüksekti (Tablo 1). Çalışma periyodundaki hastalara yapılmış görüntüleme yöntemlerinin dağılımı şu şekildeydi; 252 (%96,6) konvansiyonel radyografi, 93 (%35,6) US, 44 (%16,9) ve 43 (%16,5) DECT. Konvansiyonel grafilerde; MKF'de hook görünümü, dizde kondrokalsinosis. KMKF osteoartriti, skafoid-trapezius sklerozu ve TFFC kalsifikasyonu CPPD'de Gut'a göre daha sık görülürken, MTF erozyonu, tofüs, orta ayakta spike görünümü Gut hastalarında daha sıktı (Tablo 1). Ultrasonografi değerlendirmesi yapılan 93 hastanın (%35,6), çift kontur ve tofüs Gut, kalsifikasyon CPPD hastalarında daha sık görüldü. Her iki hasta grubunda da asıl lezyon sinovitti (%66,7 karşı %70,8). MR görüntüleme 44 (%16,9) hastada vardı, sinovit asıl bulguydu. Gut ve CPPD arasında fark saptanmadı. DECT ile 9/22 (%40,9) hastada MSU kristalleri gösterilebilmişken, CPPD kodlaması ancak 3/21 (%14,3) hastada elde edilebildi.

Sonuç: Üçüncü basamak bir referans merkezinde takip edilmekte olan kristal artopati hastalarının görüntülemesinde halen en sıklıkla konvansiyonel grafiler kullanılmaktadır. CPPD tanısını kuvvetle düşündüren MKF'de hook görünümü dörtte üç hastada varken, Skafoid-trapezius sklerozu ve TFFC kalsifikasyonu göreceli daha az görülmesine karşın tanıyı kuvvetle düşündürmektedir. US, MR ve DECT daha az hastada kullanılmıştır. Çift kontur görünümü ve tofüs varlığı Gut'u desteklemekle birlikte hastaların yaklaşık yarısında bu değişiklikler saptanamamaktadır. DECT son dönemde Gut tanısında ön plana çıkan bir görüntüleme yöntemidir. Ancak MSU kristalleri hastaların %40'ında gösterebilmiştir. CPPD tanısında ise yeri daha geride gibi durmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kristal artropati, gut, CPPD, kondrokalsinozis

Tablo 1. Kristal artropati hastalarında görüntüleme sonuçları

Görüntüleme yöntemleri	Sonuçlar	Tüm hastalar n=261	Gut n=174	CPPD n=87	p
	Yaş ortanca (IQR 25-75)	65 (55-72)	61,5 (51-69)	70 (64-76)	<0,001
	Cinsiyet (kadın) n (%)	110 (42,1)	42 (24,1)	68 (78,2)	<0,001
	Kreatinin	0,9 (0,7-1,1)	0,95 (0,8-1,1)	0,74 (0,65-0,97)	<0,001
	Ürik asit	8,2 (6,2-9,5)	8,8 (7,7-10,1)	5,8 (4,7-7)	<0,001
Konvansiyonel grafi	Konvansiyonel grafi	252 (96,6)	166 (95.4)	86 (98,9)	0,27
	MKF'de "hook" görünümü	72 (28,9)	7 (4,3)	65 (74,7)	<0,001
	DIF'ta erozyon	20 (7,7)	12 (7,4)	8 (9,2)	0,62
	1.KMKF'de osteoartrit	31 (12,4)	3 (1,9)	28 (32,2)	<0,001
	Skafoid-trapezius sklerozu	14 (5,6)	0	14 (16,1)	<0,001
	TFFC kalsifikasyonu	13 (5,2)	0	13 (14,9)	<0,001
	MTF erozyonu	53 (21,1)	47 (29,5)	6 (7)	<0,001
	Spike görünümü	32 (12,7)	26 (15,8)	6 (7)	0,048
	Orta ayak	12 (4,8)	11 (6,7)	1 (1,2)	0,06
	Tofüs	17 (6,8)	17 (10,3)	0	0,002
	Dizde kondrokalsinosis	46 (18,3)	11 (6,7)	35 (40,7)	<0,001
	DISH	54 (21,4)	36 (21,6)	18 (20,9)	0,43
Ultrasonografi	Ultrasonografi	93 (35,6)	69 (39,7)	24 (27,6)	0,055
	Sinovit/erozyon ile uyumlu görünüm	63 (67,7)	46 (66,7)	17 (70,8)	0,7
	Kalsifikasyon varlığı	5 (5,4)	1 (1,4)	4 (16,7)	0,015
	Çift kontur görünümü	37 (39,8)	33 (47,8)	4 (16,7)	0,007
	Tofüs varlığı	13 (14)	12 (17,4)	0 (0)	0,17
Manyetik rezonans görüntüleme	Manyetik rezonans görüntüleme	44 (16,9)	25 (14,4)	19 (21,8)	0,13
	Sinovit/Erozyon ile uyumlu görünüm	30 (68,2)	16 (64)	14 (73,7)	0,5
	Tofüs varlığı	3 (6,8)	3 (12)	0	0,06
	Kalsifikasyon varlığı	4 (9,1)	1 (4)	3 (15,8)	0,3
Çift enerjili bilgisayarlı tomografi (DECT)	Çift enerjili bilgisayarlı tomografi (DECT)	43 (16,5)	22 (12,6)	21 (24,1)	0,018
	Erozyon/sinovit ile uyumlu görünüm	12 (27,9)	10 (45,5)	2 (9,5)	0,009
	Tofüs varlığı	3 (7)	3 (13,6)	0	0,04
	Monosodyum ürat kristali kodlaması	9 (20,9)	9 (40,9)	0	<0,001
	Kalsiyum pirofosfat kristali kodlaması	3 (7)	0	3 (14,3)	0,033

[PS-236]

Ailesel Akdeniz ateşi hastalarında çocukluktan erişkinliğe geçiş: Klinik ve tedavi özelliklerinin karşılaştırmalı analizi: Ön çalışma

Zeynep Torunoğlu Bek[1], Ece Aslan[1], Nergis Akay[1], Ümit Gül[1], Elif Kılıç Könte[1], Esma Aslan[1], Aybüke Günalp[1], Mehmet Yıldız[1], Sezgin Şahin[1], Kenan Barut[1], Serdal Uğurlu[2], Özgür Kasapçopur[1]

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

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

Amaç: Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA) ülkemizde en yaygın görülen monogenik kalıtımlı otoenflamatuvar hastalıktır. Sıklıkla tekrarlayan ateş ve kendi kendini sınırlayan poliserozit atakları ile karakterizedir. Günümüzde AAA hastalarının çocukluk çağından erişkinliğe geçiş sonrası klinik takiplerinin karşılaştırılması için sınırlı veri bulunmaktadır ve bu nedenle bu çalışmanın temel amacı, aynı hasta grubunun demografik verilerini sunmak ve klinik ve tedavi farklılıkları açısından incelemektir.

Yöntem: Çalışmamıza kliniğimizde AAA tanısıyla takip edilmiş ve erişkin kliniğine en az 2 yıl önce geçişi yapılmış 120 hastanın alınması planlandı. Ağustos 2025 tarihinden itibaren verilerin toplanmaya başladığı çalışmamızda şu ana kadar 64 hasta verisi toplandı. Çalışmaya alınan hastaların demografik verileri, hastalık ve tedavilerine ait verileri; poliklinik dosyalarından, yüz yüze ve telefonla yapılan görüşmelerden elde edildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların ortalama yaşı 28,5±2,6 olup 64'nün 32'si (%50) kızdı ve ortalama erişkin izlem süresi 7,1±2,3 yıldı. Hastaların ortalama tanı yaşı 9,5±4,1 ve çocukluk çağı izlem süresi 12,1±43 yıl olup ortalama erişkin polikliniğine devir yaşı 21,4±1,5 yıldı. En sık görülen genetik mutasyon hastaların 38'inde (%59,4) exon 10'da bulunan M694V homozigot mutasyonuydu. Hastaların geçiş öncesi ve sonrası klinik dönem bulguları karşılaştırıldığında sadece atak anı ateş ve karın ağrısı anlamlı olarak çocukluk çağı takiplerinde daha yüksekti ($p<0,05$). Diğer klinik bulgularda istatistiksel anlamlı fark saptanmadı. Anti-IL-1 tedavi kullanımı erişkin romatoloji poliklinik izlemlerinde yüzde olarak daha fazla olsa da, istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı.

Sonuç: Çalışmamız, henüz devam etmekte olan bir projenin ön verilerini içermektedir. Mevcut hasta sayısı ile çocukluk romatoloji polikliniği izlemlerinde atak sırasında ateş ve karın ağrısı bulguları daha ön planda bulunmuştur. Hastalarımızın erişkin poliklinik izlemlerinde de amiloidoz rastlanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Ailesel Akdeniz ateşi, çocukluk, erişkin

[PS-237]

Takayasu arteritinde hastalık aktivitesinin öngörülmesinde HALP skoru ve sistemik immün-enflamasyon indeksinin rolü

Sevgi Bilen Ayhan[1], Hatice Ecem Konak[1], Çisem Çağdaşer[1], Zeynep Özge Özdemir[1], Esra Maide Özel[1], Gülşah Soytürk[1], Pınar Akyüz Dağlı[2], Esra Kayacan Erdoğan[1], Ebru Atalar[1], Serdar Can Güven[1], Kevser Orhan[1], İsmail Doğan[1], Yüksel Maraş[1], Ahmet Omma[1], Orhan Küçükşahin[1], Şükran Erten[1], Berkan Armağan[1], Hakan Babaoğlu[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

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

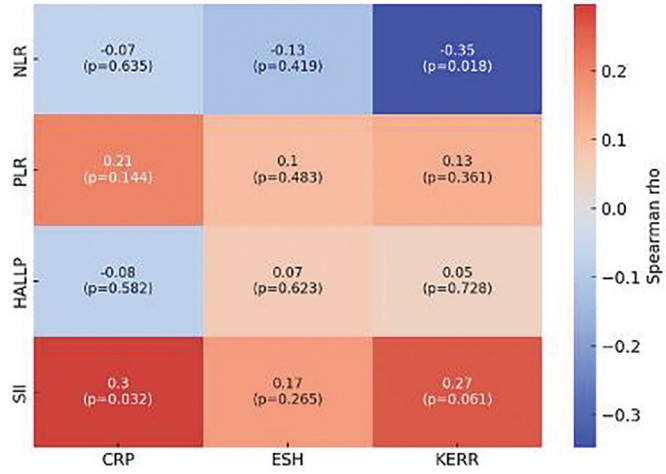
Amaç: Takayasu arteriti, genellikle aort ve dallarını tutan, büyük damarları etkileyen kronik enflamatuvar bir vaskülittir. Hastalık sıklıkla relaps ve remisyonlarla seyretmekte olup, klinik aktivite takibinde geleneksel olarak eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ve C-reaktif protein (CRP) gibi enflamatuvar belirteçler kullanılmaktadır. Ancak bu parametrelerin normal düzeylerde olduğu durumlarda da vaskülit aktivitesi gözlenebilmektedir. Bu çalışmada, kolay erişilebilir ve uygulanabilir hematolojik belirteçlerin (nötrofil/lenfosit oranı [NLR], platelet/lenfosit oranı [PLR], HALP skoru ve sistemik immün-inflamasyon indeksi [SII]) Takayasu hastalarında klinik hastalık aktivitesi ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya, 2022 ACR/EULAR sınıflandırma kriterlerini karşılayan ve Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde takip edilen 54 Takayasu arteriti hastası dahil edilmiştir. Hastalara ait demografik veriler, laboratuvar bulguları, görüntülemeler ve vizit notları retrospektif olarak elektronik kayıt sistemi üzerinden incelendi. NLR, PLR, HALP ve SII değerleri hesaplandı. Hastalık aktivitesi, Kerr Skoru ile değerlendirildi. Elde edilen veriler doğrultusunda, aktif ve inaktif hasta grupları arasında belirteç düzeyleri karşılaştırıldı ve korelasyon analizleri yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan 54 hastanın %87'si kadındı (n=49); ortalama yaş 36,9 ± 15 yıl, ortalama hastalık süresi ise 80 (123,25) aydı. Numano sınıflamasına göre en sık görülen tutulum Tip 5 (%33,9) ve Tip 1 (%28,6) idi; en sık etkilenen damarlar karotis ve subklavyen arterlerdi (%61,1). Tedavide en çok metotreksat (%74,1), biyolojik ajanlar arasında ise tosilizumab (%25,9) tercih edildi. Aktif ve inaktif hasta gruplarının karşılaştırılmasında; ESH (58,5 vs 50), CRP (65,5 vs 57) ve SII (1259 vs 869) düzeyleri aktif grupta anlamlı olarak yüksek, HALP skoru ise anlamlı şekilde daha düşük bulundu (29,5 vs 32,4). NLR ve PLR değerleri açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 1). Kerr skoru, ESH ve CRP'nin diğer laboratuvar parametreleriyle ilişkisi değerlendirildiğinde; HALP ile Kerr arasında orta düzeyde negatif ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptandı (rho = -0,35; p = 0,018). NLR, PLR ve SII'nin Kerr ile zayıf pozitif korelasyonları olmakla birlikte, bu ilişkiler istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (p>0,05). ESH ile tüm parametreler arasındaki korelasyonlar anlamlı değildi (p>0,05). Buna karşın, CRP ile SII arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki gözlendi (rho=0,30; p=0,032). NLR ile CRP arasında da pozitif yönde, ancak anlamlı olmayan bir korelasyon mevcuttu (rho≈0,21) (Şekil 1).

Sonuç: Bu çalışma, Takayasu arteritinde HALP skorunun hastalık aktivitesini öngörmede değerli bir biyobelirteç olabileceğini ortaya koymuştur. Kerr skoruna göre aktif hastalarda HALP düzeyinin anlamlı biçimde düşük bulunması, bu parametrenin hastalık aktivitesi arttıkça belirgin şekilde azaldığını göstermektedir. Ayrıca SII'nin CRP ile olan güçlü korelasyonu, bu belirtecin sistemik enflamasyonu saptamada klasik enflamatuvar testlere kıyasla daha duyarlı bir gösterge olabileceğini düşündürmektedir. Bu bulgular, Takayasu arteritinde daha hedeflenmiş tedavi stratejilerinin geliştirilmesi için biyobelirteç temelli yaklaşımların önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: HALP, sistemik immün-enflamasyon indeksi, vaskülit, Takayasu



Şekil 1. Kerr skoru, CRP ve ESH'nin diğer laboratuvar parametreleri ile korelasyon analizi

Tablo 1. Tedavi sonrası aktif ve inaktif Takayasu hastalarının laboratuvar belirteçlerinin karşılaştırılması

	İnaktif Takayasu hastaları: 20	Aktif Takayasu hastaları: 34	p
ESR, medyan (IQR)	50 (61)	58,5 (47,75)	0,034
CRP, medyan (IQR)	57 (74)	65,5 (58,75)	0,008
NLR, medyan (IQR)	2,60 (2)	2,60 (2,38)	0,160
PLR, medyan (IQR)	171,52 (134,77)	208,23 (164,61)	0,442
HALP, medyan (IQR)	32,40 (26,20)	29,53 (32,38)	0,031
SII, medyan (IQR)	868,58 (1010,28)	1258,76 (1699,09)	0,034

[PS-238]

Pediatrik başlangıçlı Takayasu arteriti ve ülseratif kolit olgusunda upadasitinib ile radyolojik iyileşme

Ayşegül Avcu[1], Oya Köker[2], Haluk Tarık Kani[3], Erbil Arık[4], Haner Direskeneli[1], Fatma Alibaz Öner[1]

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

[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

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

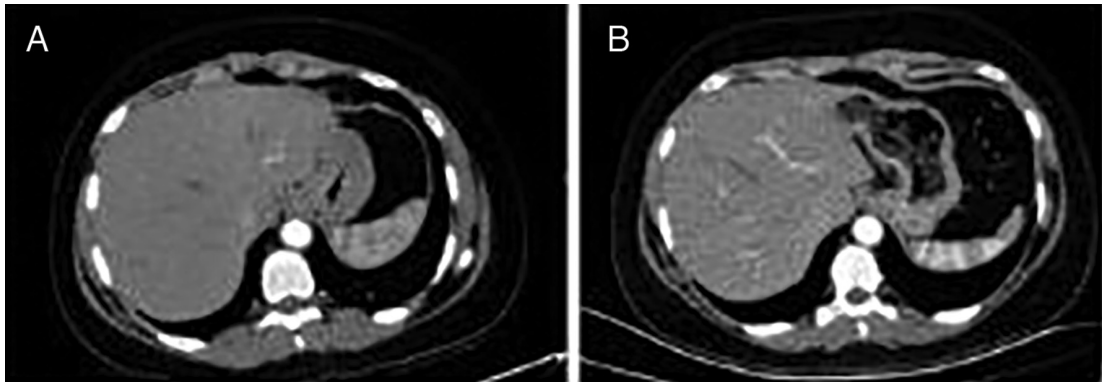
[4]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Takayasu arteriti (TAK) ve ülseratif kolit (ÜK), etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamış kronik enflamatuvar hastalıklardır. İki hastalığın birlikteliğine ilişkin literatürde çeşitli olgu serileri bildirilmiştir. Her iki hastalığa etkili ortak ilaç tedavilerinin bulunması sorumlu patofizyolojik mekanizmanın benzerliğini düşündürmektedir. Anti-TNF ajanlar, hem TAK, hem de ÜK tedavisinde yaygın olarak kullanılmakla birlikte dirençli olgularda alternatif tedavilere ihtiyaç duyulmaktadır. Seçici bir JAK-1 inhibitörü olan upadasitinib, orta-şiddetli ÜK için onaylanmıştır ve TAK'da etkili olduğunu gösteren olgu bildirimleri mevcuttur. Bu olguda, TAK ve refrakter ÜK tanısı olan olgumuzda upadasitinib ile elde ettiğimiz deneyimi sunmayı amaçladık.

Olgu: On sekiz yaşında kadın hasta, beş yıl önce kanlı ve mukuslu dışkılama şikayeti ile başvurdu. Yapılan kolonoskopi sonrası ülseratif kolit (ÜK) tanısı konuldu ve glukokortikoid ile mesalazin tedavisi başlandı. Glukokortikoid dozunun azaltılması sırasında şikayetlerin nüks etmesi üzerine tedaviye azatiyoprin (2,5 mg/kg) eklendi. Ancak yeterli yanıt alınamaması nedeniyle intravenöz infliksimab (5 mg/kg 8 haftada bir) başlandı. İnfliksimab tedavisinin üçüncü ayında primer yanıtsızlık nedeniyle subkütan adalimumab 40 mg/2 hafta tedavisine geçildi. ÜK açısından remisyonda izlenirken, 11.2022'de bacaklarda güçsüzlük ve kladikasyo şikayeti olması üzerine yapılan görüntülemelerinde bilateral karotis ve subklavian arterlerde, torasik aortada iliak bifürkasyona kadar uzanan yaygın duvar kalınlaşması ile çölyak ostiumunda %50'nin üzerinde darlık saptanarak TAK tanısı aldı. 6 kür intravenöz siklofosfamid 1 gr/ay uygulandı ve sonrasında adalimumab 40 mg/2 hafta tedavisine metotreksat 15 mg/hafta eklendi. TAK'a bağlı semptomlarda belirgin düzelme sağlandı. Aralık 2023'te aktif ÜK semptomlarıyla başvuran hastanın yapılan kolonoskopisi pankolit ile uyumlu bulundu. TAK açısından asemptomatik iken yapılan kontrol görüntülemelerinde ise bilateral karotis, subklavian, torasik ve abdominal aortada duvar kalınlaşmasının devam ettiği görüldü. Bunun üzerine adalimumab dozu 40 mg/hafta olacak şekilde düzenlendi. Mayıs 2024'te pediatrik romatolojiden erişkin romatolojiye devredilen hasta, günde üç kez kanlı dışkılama şikayeti ile başvurdu. Kolonoskopisi aktif ÜK ile uyumlu olarak değerlendirildi. Daha önce iki anti-TNF ajan deneyimi olan hastada gastroenteroloji ile ortak karar alınarak oral upadasitinib tedavisi (indüksiyon: 45 mg/gün, ardından 3. ayda idame: 30 mg/gün) başlandı Üçüncü ayda hastanın ÜK semptomları tamamen kayboldu, akut faz reaktanları normale döndü. Birinci yılda yapılan kontrol görüntülemesinde damar duvar kalınlıklarında belirgin gerileme izlendi. Hasta hem ÜK hem de TAK açısından semptomsuz olarak takiplerine devam etmektedir.

Sonuç: Bu olgu, refrakter ÜK ile birlikte seyreden TAK'ın tedavisinde upadasitinibin etkinliğini göstermektedir. Dikkat çekici olarak, upadasitinib ile hem klinik remisyon sürdürülmüş hem de radyolojik olarak iyileşme saptanmıştır. Bu durum, upadasitinibin yalnızca semptom kontrolü değil aynı zamanda damar duvarında yapısal düzelme sağlayarak irreversibl stenoz veya oklüzyona ilerlemeyi azaltabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Takayasu arteriti, upadasitinib, ülseratif kolit



Şekil 1. Abdominal aorta BT anjiyografi (A) Upadasitinib tedavisi öncesi abdominal aortada duvar kalınlaşması (B) Upadasitinib tedavisinin 12. ayında abdominal aortada duvar kalınlaşmasında belirgin gerileme

[PS-239]

Aksiyel spondiloartit hastaları ve kronik bel ağrısı ile başvuran postpartum kadınların, atletizm sporcularının ve sağlıklı kişilerin manyetik rezonans görüntüleme bulgularının karşılaştırılması

Selime Ermurat[1], Sümeyra Nur İzzet Akcan[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: Bel ağrısı, toplumda en sık karşılaşılan kas-iskelet sistemi yakınmalarından biri olup, mekanik, enflamatuvar ve postpartum döneme özgü değişkenlerle birlikte farklı klinik tablolara yol açabilmektedir. Özellikle genç erişkinlerde görülen enflamatuvar bel ağrısı (İBA), aksiyel spondiloartrit (AkSpA) gibi kronik romatizmal hastalıkların ilk bulgusu olabilirken; doğum sonrası dönemde ortaya çıkan pelvik kuşak ağrısı, benzer semptomlarla klinisyenleri güç bir ayırıcı tanıya yöneltmektedir. Buna ek olarak, fiziksel yüklenmeye maruz kalan atletizm sporcularında görülen bel ağrısı, gerek mekanik gerekse enflamatuvar nedenlerle örtüşen klinik ve radyolojik bulgular sergileyebilir. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG), sakroiliak eklem ve omurga düzeyindeki hem akut enflamatuvar değişiklikleri hem de kronik yapısal lezyonları saptamada altın standart yöntemlerden biri haline gelmiştir. Özellikle kemik iliği ödemi, erozyon, skleroz ve ankiloz gibi bulguların ayrıntılı şekilde değerlendirilmesi, enflamatuvar ve mekanik süreçlerin ayrımında kritik rol oynamaktadır. Bu tez çalışmasında, nonradyografik AkSpA hastaları, kronik bel ağrısı ile başvuran postpartum kadınlar, atletizm sporcuları ve sağlıklı kontrollerden oluşan dört farklı grubun sakroiliak eklem MRG bulgularının karşılaştırılması; enflamatuvar, mekanik ve fizyolojik süreçlerin ayırıcı tanısında MRG'nin rolünün daha net ortaya konması ve duruma özgü karakteristik sakroiliak MRG (SİE-MR) bulgularının belirlenerek ayrıcı tanının MRG ile daha kolay yapılabilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışma, tek merkez-Romatoloji kliniğinde gerçeklemiş olup çalışmaya 29 nonradyografik AkSpA hastası, kronik bel ağrısı ile başvuran 19 postpartum kadın, 20 atletizm sporcusu ve 35 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Hastaların pelvis AP grafileri değerlendirilip radyografik olanlar elenmiştir. Nonradyografik olan AkSpA hastaları ile diğer grupların SİE-MR bulguları kaydedilmiştir. Kemik iliği ödemi, entezit, kapsülit, erozyon, skleroz, ankiloz, yağlı değişiklikler, derin kemik iliği ödemi, derin yağlı lezyon, erozyon yerinde enflamasyon, backfill varlığına bakılmıştır. Her birinin alt sakral, üst sakral, alt iliak, üst iliaktaki yerleşime, kesit olarak ön/orta/arka kesitteki olup yerlerine, kaç kadranda ve kaç kesitte olduğuna bakılmıştır. Sakroiliak eklem komşuluğuna 1 cm'den uzak olan kemik iliği ödemi varlığı derin ödem olarak belirlenmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan hastaların yaş ort.; AkSpA hastalarında 33,46±7,05; postpartum kadınlarda 30,35±3,94; atletizm sporcularında 44,50±8,18; sağlıklı kontrollerde ise 39,65±9,77 idi. Hastaların SİE MR bulguları Tablo 1'de özetlenmiştir. Kemik iliği ödeminin yerleşimine bakıldığında akSpA hastalarında en sık alt iliak/orta; postpartum kadınlarda en sık üst sakral/orta; atletizm sporcularında alt iliak/orta; sağlıklı kontrollerde de en sık alt iliak/orta kesitlerde izlenmiştir. Erozyonlar; akSpA hastalarında, postpartum kadınlarda ve sağlıklı kontrollerde en sık alt iliak/orta kesitlerde izlenmiştir. Yağlı lezyonlar akSpA hastalarında en sık üst sakral/orta; postpartum kadınlarda alt iliak/orta; atletlerde alt ve üst sakral/orta; sağlıklı kontrollerde ise alt sakral/orta kesitlerde görülmüştür. Skleroz ise akSpA'da alt iliak/orta; postpartumda üst iliak/orta; atlerde üst iliak/orta; sağlıklı kontrollerde ise alt iliak/arka kesitlerde izlenmiştir.

Sonuç: Kronik bel ağrısı ile başvuran hem enflamatuvar hem mekanik nedenli 4 farklı grup karşılaştırıldığında hem aktif hem kronik değişiklikler AkSpA hastalarında belirgin olarak fazla saptanmıştır. Sadece derin yağlı lezyonlar atlerde daha sık bulunmuştur. Lokalizasyon olarak bakıldığında kemik iliği ödemi AkSpa hastalarında alt iliak alanda belirgin daha fazla saptanmıştır. Tüm gruplarda ise orta kesitlerde belirgin izlenmiştir. Bu çalışma, mekanik ve enflamatuvar bel ağrısı ile gelen hastaların hem aktif hem yapısal lezyonların sıklığını/dağılımını göstermede ve SpA hastalarında, postpartum kadınlarda, atletlerde ve sağlıklı kişilerde SİE MRG ayırıcı tanısında önemli veriler sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Aksiyel spondiloartropati, postpartum, atlet, sakroiliak MR

[PS-240]

Anevrizma varlığının Takayasu arteriti seyrine etkisi: Retrospektif tersiyer merkez tecrübesi

Ayşegül Avcu[1], Erbil Arık[2], Haner Direskeneli[1], Fatma Alibaz Öner[1]

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

[2]*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

Amaç: Takayasu arteriti (TAK), büyük damarları tutan kronik enflamatuvar bir vaskülit olup stenoz, oklüzyon, dilatasyon ve anevrizma ile seyredebilir. Anevrizma, ciddi kardiyovasküler komplikasyonlara ve mortaliteye yol açabilir. Bu çalışmada, anevrizması olan ve olmayan TAK hastalarının klinik, laboratuvar ve anjiyografik özellikleri ile prognozlarının karşılaştırılması amaçlandı.

Yöntem: İki yüz otuz bir Takayasu arteriti hastası retrospektif olarak incelendi. Tüm hastalarda tanı anında MR, BT veya konvansiyonel anjiyografi yapılmış olup anevrizma varlığı tekrar bağımsız bir radyolog değerlendirmesiyle doğrulandı. Çalışmada hastaların demografik özellikleri, klinik bulguları, laboratuvar değerleri, uygulanan tedavi yaklaşımları, cerrahi girişim öyküleri ve prognozları karşılaştırmalı olarak incelendi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 231 hastanın 38'inde (%16,4) anevrizma saptandı. Toplam 52 anevrizma değerlendirildi. En sık yerleşim yeri assendan aorta idi (n=23, %44). Lezyonların %80,8'i fuziform, %19,2'si sakküler tipteydi. Hastaların %31,5'inde multiple anevrizma mevcuttu. Dört (%10) hastada ise stenoz veya oklüzyon olmaksızın izole anevrizma olduğu görüldü. Tüm anevrizmalar tanı anında saptandı; takip süresince yeni anevrizma gelişimi izlenmedi. Anjiyografik sınıflamada Tip 5 en sık görülen tip olup, anevrizmalı grupta %71,1, anevrizmasız grupta %40 oranında izlendi (p=0,002). Buna karşılık, Tip 1, anevrizmasız grupta anlamlı olarak daha sık saptandı (%40 vs %7,9; p<0,001). Anevrizmalı grupta tanı yaşı daha düşük (31 vs 35 yaş; p=0,28) ve tanı gecikmesi daha uzundu (20 vs 14,5 ay; p=0,65). Tanı sırasındaki C-reaktif protein (CRP) (11,7 vs 10,8 mg/L; p=0,84) değerleri anevrizması olan ve olmayan grup karşılaştırıldığında benzerdi. Başlangıç ITAS skorlarında anlamlı fark yoktu (10 vs 11; p=0,051). Hipertansiyon sıklığı iki grup arasında benzer bulundu (%34 vs %33; p=0,93). Aort yetersizliği anevrizmalı hastalarda daha yüksek oranda saptandı (%28 vs %15; p=0,023). Buna karşılık, ekstremite kladikasyosu (%62 vs %39; p=0,015) ve nörolojik semptomlar (%40 vs %18; p=0,013) anevrizmasız grupta daha fazlaydı. Tedavi açısından, biyolojik ajan kullanımı anevrizmalı hastalarda daha yüksekti (%55,3 vs %37,6; p=0,045). Kümülatif steroid dozu (5,3 vs 5,2 g; p=0,6), relaps sayısı (1 vs 1; p=0,34) ve son vizit VDI değerleri (3 vs 4; p=0,14) ise gruplar arasında anlamlı fark göstermedi. Sekiz hastaya (%21) cerrahi girişim uygulanmış olup, bunların ikisi tanı öncesinde, diğerleri ise immünosüpresif tedavi altında gerçekleştirilmiştir. Beş hastaya assendan aort anevrizması ve aort yetersizliği nedeniyle bypass greft ve/veya aort kapak replasmanı uygulandı. Bir hastaya suprarenal abdominal aort anevrizmasına bypass greft, iki hastaya ise endovasküler aort replasmanı işlemi gerçekleştirildi. Bu girişimlerin %50'sinde majör komplikasyon gelişti; bir hasta operasyon sonrası kaybedildi, bir hastada reoperasyon gerektiren masif perikardiyal efüzyon izlendi, TEVAR sonrası greft kaçağı, EVAR sonrası ise serebrovasküler olay gelişti. Ortanca takip süresi anevrizmalı grupta 53,5 ay, anevrizmasız grupta 66 ay olup, mortalite anevrizmalı grupta daha yüksekti (%18,4 vs %7,7).

Sonuç: Anevrizmatik tutulum TAK hastalarının %16,4'ünde saptandı. Tüm hastalarda tanı anında mevcut olup, tanı sonrası takipte yeni anevrizma oluşumu gözlenmedi. Bu bulgu, anevrizmanın TAK'ta erken dönemde gelişebilen bir özellik olup takipte immünosupresif tedavi altında gelişmediğini düşündürmektedir. Anevrizma varlığı daha genç tanı yaşı, artmış aort yetersizliği sıklığı, daha yüksek biyolojik tedavi ihtiyacı ve mortalite ile ilişkili olup daha ciddi bir hastalık seyrine neden olmaktadır. Bulgularımız anevrizmalı TAK'ın daha ağır seyirli ve yüksek mortalite riskli bir alt grup olduğunu göstermektedir. Bu nedenle tanı sırasında anevrizması olan hastalar agresif tedavi yaklaşımları ile yakından izlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Aort yetersizliği, anevrizma, Takayasu arteriti

Şekil 1. Suprarenal abdominal aorta anevrizması (27 yaş yeni tanı Takayasu Arteriti hastası)

Tablo 1. Anevrizması olan ve olmayan Takayasu arteriti hastalarının klinik ve demografik özelliklerinin karşılaştırılması (n=231)

	Anevrizması olan hastalar (n=38)	**Anevrizması olmayan hastalar (n=193) 168/23**	**p değeri**
Cinsiyet (K/E)	30/8	168/23	0,15
Semptom yaşı, ortanca (ÇAA), yıl	30,5 (22-43,8)	30 (24-43,3)	0,61
Tanı yaşı, ortanca (ÇAA), yıl	31 (24-44)	35 (25-48)	0,28
Tanı gecikmesi, ortanca (ÇAA), ay	20 (8-60)	14,5 (5-48)	0,65
Takip süresi, ortanca (ÇAA), ay	53,5 (24,5-114)	66 (25-137)	0,65
Anjiyografik sınıflandırma			
Tip 1	3 (%7)	79 (%40)	0,001
Tip 2	5 (%13)	19 (%9)	0,56
Tip 3	0	0	-
Tip 4	3 (%7)	9 (%4)	0,42
Tip 5	27 (%71)	84 (%43)	0,002
Komorbidite, n (%)			
HT	13 (34%)	65 (%33)	0,93
DM	2 (5%)	10 (%5)	0,82
Dislipidemi	6 (%15)	47 (%24)	0,32
Koroner arter hastalığı	2 (%5)	20 (%10)	0,68
Serebrovasküler olay	5 (%13)	15 (%7)	0,44
Sigara	7 (%18)	68 (%35)	0,07
Klinik bulgular, n (%)			
Konstitusyonel semptom	21 (%55)	131 (%67)	0,14
Karotidini	4 (%10)	33 (%17)	0,35
Üfürüm	15 (%39)	75 (%38)	1
Asimetrik kan basıncı	16 (%42)	59 (%46)	0,18
Nabız kaybı	19 (%50)	71 (%36)	0,14
Ekstremite kladikasyosu	15 (%39)	122 (%62)	0,012
Nörolojik semptom	7 (%18)	79 (%40)	0,013
Göğüs ağrısı	6 (%15)	25 (%12)	0,57
Aort yetmezliği	11 (%28)	30 (%15)	0,023
ITAS skoru, ortanca (ÇAA)	10 (4-12,3)	11 (7-15)	0,051
VDI 3. Ay, ortanca (ÇAA)	3 (2-3)	3 (2-4)	0,187
VDI son vizit, ortanca (ÇAA)	3 (2-5)	4 (3-5)	0,147
Relaps sayısı, ortanca (ÇAA)	1 (0-1,75)	1 (0-1)	0,34
Tedavi, n (%)			
Metotreksat	22 (%57)	127 (%65)	0,37
Azatiyoprin	27 (%71)	134 (%69)	0,78
Leflunomid	14 (%36)	61 (%31)	0,6
Mikofenolat mofetil	2 (%5)	16 (%8)	0,57
Siklofosfamid	8 (%21)	24 (%12)	0,15
Biyolojik tedavi	74 (%38)	21 (%55)	0,045
Kümülatif steroid dozu, g	5,3 (2,15-9,35)	5,2 (2,3-10,1)	0,6

[PS-241]

Psöriazis hastalarında bel ağrısı: Klinik ve radyolojik perspektif

Aysun Aksoy[1], Müjdat Bankoğlu[2], İlknur Kıvanç Altunay[2]

[1]TOBB ETU Tıp Fakültesi Hastanesi, Ankara

[2]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Kronik enflamatuvar bir hastalık olan psöriazis hastalarının yaklaşık üçte birinde psöriatik artrit görülmekte ve bu hastaların %25-70'inde de aksiyal tutulum gözlenmektedir. Aksiyal tutulumla ilişkili bulgular subklinik seyredebildiği ve spesifik olmayan bulgular sıklıkla göz ardı edilebildiği için gözden kaçabilmektedir. Bu çalışmada amacımız psöriazis tanılı hastalarda rutin poliklinik takiplerinde bel ağrısı prevalansını, bel ağrısının karakterini ve radyolojik bulgularını değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmamız Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji polikliniğinde psöriazis tanısı ile takipli hastaları kapsayan kesitsel bir çalışmadır. Katılımcıların demografik özellikleri, mevcut tedavileri, deri tutulum şiddetine ek olarak bel ağrısının varlığı ve üveit, daktilit gibi spondiloartropati ile ilişkili olabilecek klinik bulguları sorgulanmıştır. Bel ağrısı tarifleyen hastalarda enflamatuvar bel ağrısı (IBA) değerlendirmesi Berlin ve ASAS (assesment of spondiloartropati) kriterleri ile değerlendirilmiştir. Yaşı 45'in altında üç aydan uzun süren bel ağrısı olan ya da IBA kriterlerinden en az birini karşılayan hastalar MRG (magnetik rezonans görüntüleme) ve direkt grafilerle sakroiliak eklem tutulumu açısından değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya yaş ortalaması 34±8,4 yıl olan 142 psöriazis tanılı hasta dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur. Hastaların %29,6'sında (n=42) bel ağrısı vardı ve ortanca süresi 30 ay (1-240) idi. Bel ağrısı başlangıç yaşı 30,8±7,9 yıl (n=40) olup, sadece 3 hastanın bel ağrısı başlangıcı 40 yaşından sonra idi. Hastaların %85'inde (n=34) bel ağrı süresi 3 aydan uzundu. Bel ağrısı olan hastalar, olmayanlara göre daha sık topuk ağrısı tariflemekteydi (20,47.6% vs 9, 9% p=0,000). Bel ağrısı olan hastaların %57,1'i (n=24) Berlin kriterlerine göre, %40,5'i (n=17) ASAS kriterlerine göre IBA tanımı ile uyumluydu. Bel ağrısı olan 40 hastada HLA-B27 tetkiki yapıldı ve 3'ünde (%7,5) pozitifti. Otuz üç hastaya sakroiliak MRG, 35 hastaya sakroiliak direkt grafi çekildi. MRG bulgularına göre hastaların %6'sında (n=2) aktif sakroiliit ile uyumlu kemik iliği ödemi saptandı. Direkt grafilerin %57,1'i (n=20) modifiye New Yorka (mNY) göre radyografik sakroiliit ile (ankilozan spondilit) uyumlu idi. AS ile uyumlu radyografik bulguları olan hastaların %72,2'si Berlin ya da ASAS IBA kriterlerinden en az birini karşılamakta idi. Buna ek olarak bu hasta grubunda CRP (C-reaktif protein) değeri, bel ağrısı olup sakroiliak grafisi normal olan gruba kıyasla daha yüksek [4,2 (0,9-44,5) vs 2.6 (0,3-6,3), p=0,052] ve periferik eklem tutulumu (artrit yada deformite) istatistiksel anlamlı olarak daha sık saptandı. (8, %47,1 vs 1, %6,7, p=0,018).
Sonuç: Çalışmamız, ortalama 10 yıldır psöriazis hastası olan bireylerin yaklaşık üçte birinde bel ağrısı olduğu ve yarısından fazlasında bel ağrısının enflamatuvar karakterde olduğunu gösterdi. Hastaların sadece %6'sında aktif sakroiliit saptanırken, yarısından fazlası direkt grafide AS ile uyumlu bulgulara sahipti. Bu grupta akut faz değerlerinin daha yüksek olması, kronik enflamatuvar bir hastalık olan psöriaziste devam eden subklinik enflamasyonun, zamanla aksiyalde kalıcı kronik değişikliklere yol açabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle psöriazis hastalarında bel ağrısı şikayetleri hastalığın erken döneminden itibaren dikkatle değerlendirilmeli ve ileri çalışmalarla takip parametreleri belirlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Aksiyal, ankyozan spondilit, enflamatuvar, psöriazis

[PS-242]

Psöriatik artrit ve psöriazisi olan hastalarda tırnak dibi kapillaroskopisi ile saptanan mikrovasküler anormalliklerin hastalık özellikleri ile ilişkisi

Nurten Seda Korkmaz Ergin[1], Burak Alkaç[2], Tuğba Atcı[3], Algün Polat Ekinci[3], Bahar Artım Esen[2], Ahmet Gül[2], Murat İnanç[2], Yasemin Yalçınkaya[2]

[1]*Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul*

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

[3]*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

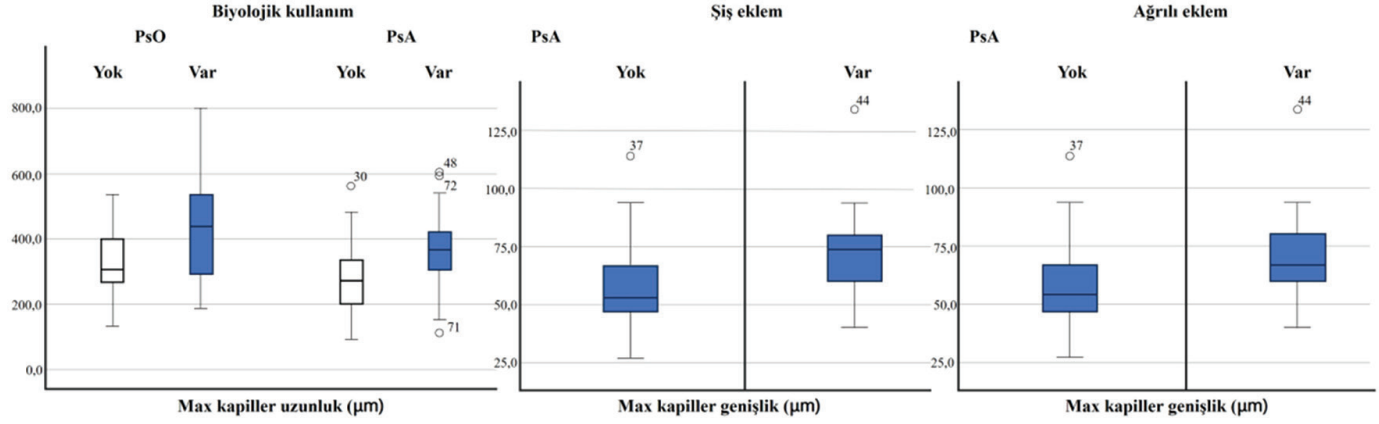
Amaç: Psöriatik artrit (PsA), psöriazis (PsO) ile ilişkili, periferik eklemlerin, aksiyel iskeletin ve entez yerlerinin enflamasyonu ile karakterizedir. Proenflamatuvar sitokinlerin endotel hücrelerini aktive ederek proanjiyojenik büyüme faktörlerinin salgılanmasına yol açtığı ve anjiyogenezi etkilendiği bilinmektedir. Bu çalışmada, PsA ve PsO hasta grubunda tırnak dibi videokapilleroskopi (TVK) yardımıyla mikrosirkülasyonu ve hastalık bulguları ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Toplamda 76 hastanın (n=53, PsA; n=23, PsO) (48 kadın, %6,2) medikal kayıtlarından elde edilen hastalık bulguları, önceden hazırlanmış protokole kaydedildi. Güncel değerlendirmede; DAPSA ve BASDAI, Leeds Entezit İndeksi skorları hesaplandı, TVK görüntüleri daha sonradan değerlendirilmek üzere kaydedildi.

Bulgular: PsO hastaları, PsA'ya göre daha genç yaşta (43,5±14,6'ya karşın 51,2±13,5, p=0,035), hastalık süreleri benzerdi (161,2±122,1'e karşın 132,3±121,0 ay, p=0,22). PsA hasta grubunda; psöriatik döküntü %100, periferik artrit %90,6, entezit %58,5, tırnak tutulumu %56,6, enflamatuvar bel ağrısı %49,1, daktilit %15,1, mutilan artrit %1,9 ve palmo-plantar psöriazis %3,8 olarak saptandı; DAPSA 16,96±10,47, BASDAI 3,49±2,03) ve entezit skoru 0,74±1,16 ölçüldü. Topikal tedavi PsO'da (%65,2'ye karşın %26,4, p=0,02), metotreksat PsA'da daha sık (%88,7'ye karşın %34,8, p=0,001) kullanılmıştı, biyolojik kullanımı benzerdi (PsO'da %43,5, PsA'da %66, p=0,08). PsA ve PsO'da benzer olarak; ort (ort) kapiller sayı >10/mm, maksimum (maks) kapiller uzunluk elongasyon sınırının üzerinde (>300 µm), max kapiller genişlik ve kapiller çap artmış (>20 µm ve >60 µm) olarak saptandı (10,8±1,2'ye karşın 10,9±1,04, p=0,591; 334,4±128,4'e karşın 372,1±156.9, p=0,726; 20,97±6,6'ya karşın 21,3±5,99, p=0,682 ve 65,1±19,8'e karşın 64,5±21,04, p=0,699). PsA'da güncel şiş veya ağrılı eklemi olanlarda olmayanlara göre max kapiller genişlik artmış saptandı (73,04±18,98'e karşın 58,9±18,4 µm, p=0,004 ve 73,04±18,98'e karşın 59,3±18,5 µm, p=0,024). DAPSA diğer komponentleri, BASDAI veya entezit skoruyla ilişki saptanmadı. Biyolojik ilaç kullanımı gereken PsA ve PsO'da max kapiller uzunluğun daha fazla olduğu (367,6±116,6'ya karşın 274,8±129,9 µm, p=0,010 ve 465,8±173,1'e karşın 311,9±115,1 µm, p=0,023) görüldü (Şekil 1). Morfolojik anormallikler değerlendirildiğinde; PsO'da sık elonge kapiller (>%10) ve nadir hemoraji varlığı erkek cinsiyet (p=0,035) ve güncel biyolojik ilaç kullanımıyla (p=0,026) ilişkiliydi. PsA'da nadir hemoraji varlığı sigara kullanımıyla (p=0,036), kapiller sayı <8/mm entezitle (p=0,007), nadir elonge kapiller ve kapiller disorganizasyon varlığı güncel biyolojik kullanımı ve glukoz yüksekliğiyle (p=0,039, p=0,034, p=0,016, p=0,021), artmış max kapiller genişlik şiş ve ağrılı eklem varlığıyla (p=0,004 ve p=0,024), kapiller disorganizasyon glukoz yüksekliği, kümülatif ve güncel biyolojik ilaç kullanımıyla (sırasıyla p=0,024, p=0,042, p=0,021), avasküler alan varlığı kümülatif entezitle ilişkili (p=0,025) bulundu. Çoklu analizde; PsA'da artmış kapiller genişliğin şiş eklem varlığıyla, kapiller disorganizasyonun güncel biyolojik tedavi kullanımıyla ve avasküler alan varlığının entezit tutulumuyla ilişkisinin anlamlılığı devam etti.

Sonuç: PsA hastalarında periferik eklem aktivitesi varlığında kapiller genişliğin fazla olduğu, biyolojik tedavi gerektiren PsA ve PsO hastalarında kapillerin elonge olduğu gözlendi. PsO'da erkek cinsiyet ve biyolojik kullanımı, PsA grubunda ise sigara kullanımı, hiperglisemi, entezit, periferik eklem aktivitesi, güncel biyolojik tedavi kullanımı morfolojik anormalliklerle ilişkiliydi. PsA grubunda şiş eklem, entezit ve güncel biyolojik kullanımının, artmış kapiller genişlik, kapiller disorganizasyon ve vasküler çoraklaşma gibi mikroanjiyopati bulgularıyla ilişkili olduğu görüldü. Kapillaroskopideki değişikliklerin PsO ve PsA bulguları ile ilişkisini net olarak ortaya koymada, daha fazla hasta sayısı ve farklı hasta fenotiplerini içeren geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Psöriasis, psöriatik artrit, tırnak dibi video-kapillaroskopisi



Şekil 1. PsO ve PsA hastalarında biyolojik kullanımına göre maksimum kapiller uzunluk, PsA hastalarında şiş veya ağrılı eklem varlığına göre maksimum kapiller genişlik düzeylerini gösteren boxplot grafikler

[PS-243]

Behçet sendromunda majör organ tutulumunun yönetimi: 2025 EULAR tedavi önerilerinin güncellenmesine yön veren sistematik literatür taraması

Yeşim Özgüler[1], Sinem Nihal Esatoğlu[1], Gunnar Tomasson[2], Louise Falzon[3], Sofia Ramiro[4]

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

[2]İzlanda Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzlanda

[3]Sheffield Üniversitesi, Sağlık ve İlişkili Araştırmalar Okulu, Birleşik Krallık

[4]Leiden Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Hollanda

Amaç: Behçet sendromunda (BS) majör organ tutulumuna yönelik farmakolojik ve girişimsel tedavilere ilişkin kanıtları, ayrıca immünosüpresif tedavilerin doz azaltılması veya sonlandırılmasına ilişkin kanıtları değerlendirmek ve güncellemek; böylece Avrupa Romatoloji Cemiyeti'nin (EULAR) 2025 tedavi önerilerinin güncellenmesine katkı sağlamak.

Yöntem: Farmakolojik ve cerrahi/girişimsel tedaviler için iki ayrı arama stratejisi kullanılarak Ekim 2015'ten Kasım 2024'e kadar olan dönemi kapsayan MEDLINE (Ovid), Embase, Cochrane Sistematik Derlemeler Veritabanı, CENTRAL, Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Veritabanı, Epistemonikos ve ClinicalTrials.gov veri tabanlarında sistematik literatür taraması (SLR) yapıldı. Aktif müdahaleleri plasebo veya başka bir aktif tedaviyle karşılaştıran kontrollü çalışmalar dahil edildi. Belirli bir araştırma sorusu için kontrollü çalışma bulunmaması durumunda, en az 10 BS hastası içeren kontrolsüz çalışmalar veya olgu serileri dahil edildi.

Bulgular: 7.128 makaleden, majör organ tutulumu ve immünosüpresif tedavinin azaltılması/kesilmesine ilişkin 69 çalışma dahil edildi. Bunlardan yalnızca 5'i randomize kontrollü çalışmaydı (RKÇ); 4'ünde göz tutulumu olan hastalar, 1'inde ise vasküler veya merkezi sinir sistemi (MSS) tutulumu olan hastalar yer aldı. Göz tutulumuna ilişkin RKÇ'ler ve karşılaştırmalı gözlemsel çalışmalar, monoklonal tümör nekroz faktör alfa inhibitörleri (TNFi) ve interferon-alfa kullanımını desteklemekteydi. Vasküler veya MSS tutulumu olan hastaları içeren RKÇ'de tam yanıt oranları ve güvenlilik açısından infliksimab, siklofosfamide göre üstün bulundu. Ek olarak, gözlemsel veriler venöz trombozda interferon-alfa kullanımını desteklemekte; ancak ek antikoagülasyonun rolü hala belirsizliğini korumaktadır. Kontrolsüz gözlemsel çalışmalar, gastrointestinal tutulumu olan hastalarda monoklonal TNFi ile fayda sağlandığını gösterdi. Immünosüpresif tedavinin azaltılması/kesilmesine ilişkin tanımlanmış standart bir protokol çerçevesinde değerlendiren bir çalışma mevcut değildi.

Sonuç: Bu SLR, BS'de majör organ tutulumunun yönetimine ilişkin kanıtları ortaya koymuş ve BS'nin yönetiminde 2025 EULAR önerilerinin güncellenmesi için oluşturulan çalışma grubuna veri sağlamıştır.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, EULAR, öneriler, tedavi

[PS-244]

Takayasu arteritli hastaların başvuru anındaki klinik özelliklere dayalı kümelenmesi hastalık aktivitesini ve gelişebilecek vasküler komplikasyonları öngörür: Çok merkezli kohort analizi

Ayşegül Avcu[1], Augustine Jose[2], Sachit Ganapathy[3], Fatma Alibaz Öner[1], Chengappa Kavadichanda[4], Upendra Rathore[5], Rahul Joseph Rajeev[2], Molly Mary Thabah[2], Manas Behera[6], Neeraj Jain[7], Manish Ora[8], Haner Direskeneli[1], Durga Prasanna Misra[9]

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

[2]*Jawaharlal Postgraduate Tıp Eğitimi ve Araştırma Enstitüsü, Klinik İmmünoloji, Puducherry, Hindistan*

[3]*Jawaharlal Postgraduate Tıp Eğitimi ve Araştırma Enstitüsü, Biyoistatistik, Puducherry, Hindistan*

[4]*CARE, Klinik İmmünoloji ve Romatoloji, Mysuru, Hindistan*

[5]*Sri Aurobindo Tıp Bilimleri Enstitüsü, Romatoloji, Indore, Hindistan*

[6]*Sanjay Gandhi Postgraduate Tıp Bilimleri Enstitüsü (SGPGIMS), Nefroloji, Lucknow, Hindistan*

[7]*Sanjay Gandhi Postgraduate Tıp Bilimleri Enstitüsü (SGPGIMS), Radyodiagnostik, Lucknow, Hindistan*

[8]*Sanjay Gandhi Postgraduate Tıp Bilimleri Enstitüsü (SGPGIMS), Klinik İmmünoloji ve Romatoloji, Lucknow, Hindistan*

[9]*Sanjay Gandhi Postgraduate Tıp Bilimleri Enstitüsü (SGPGIMS), Nükleer Tıp, Lucknow, Hindistan*

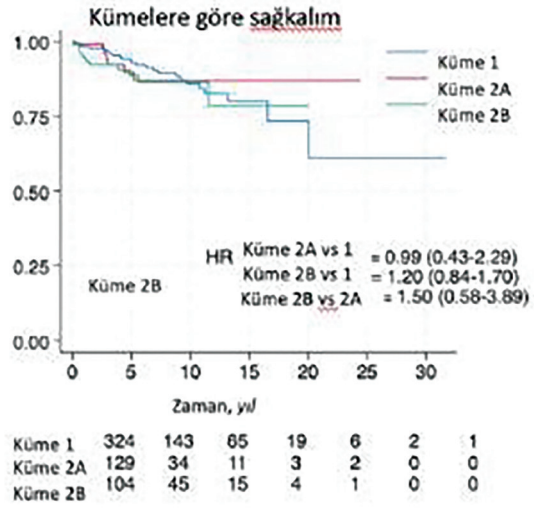
Amaç: Takayasu arteriti (TAK), nadir görülen ve klinik olarak heterojen seyirli bir büyük damar vaskülitidir. Bu çalışma, başvuru sırasındaki klinik özelliklere dayalı olarak TAK kümelerini tanımlamayı ve bu kümelerin prognostik önemini araştırmayı hedeflemiştir.

Yöntem: Hindistan (n=276, n=75) ve Türkiye'den (n=213) üç TAK kohortu analiz edildi. Kümeler, bileşimsel hiyerarşik kümeleme yöntemi kullanılarak başvuru sırasındaki fenotipe göre tanımlandı (konstitüsyonel belirtiler, senkop/baş dönmesi/vertigo, inme/TIA, görme kaybı, nabız veya kan basıncı (KB) asimetrisi, üst ekstremite, alt ekstremite veya karotis nabızlarında azalma, karotidini, üfürüm, üst veya alt ekstremite klaudikasyosu, hipertansiyon, aort yetersizliği, bozulmuş böbrek fonksiyonları, abdominal anjina, TAK'a bağlı göğüs veya sırt ağrısı, kalp yetmezliği). Oluşturulan kümeler anjiyografik tutulum, başvuru sırasındaki hastalık aktivitesi, glukokortikoid ve/veya DMARD başlanması, takipte vasküler girişim gereksinimi ve yeni gelişen vasküler komplikasyonlar (inme (iskemik/hemorajik), miyokard enfarktüsü, iskemik optik nöropati, kalp yetmezliği, aort yetersizliği, intestinal iskemi) açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Optimal küme sayısı üç olarak bulundu (1 ve 2; küme 2 kendi içinde 2A ve 2B alt kümelerine ayrıldı). Küme 2, Küme 1'e kıyasla daha genç yaşta hastalık başlangıcı ile karakterizeydi (26,3 vs 30,4; p<0,001). Anjiyografik olarak, Küme 1'de arkus aorta ve dallarının tutulumu daha sık görülürken, Küme 2'de abdominal aorta ve dallarının tutulumunun daha yaygın olduğu saptandı. Küme 2B'de ise 2A'ya kıyasla pan-aortik hastalık ve sol subklavian arter tutulumu daha sık izlendi. Klinik açıdan, Küme 1'de senkop/baş dönmesi/vertigo, görme bozukluğu, nabız veya kan basıncı asimetrisi, üst ekstremite veya karotis nabızlarında azalma, karotidini, üfürüm, üst ekstremite kladikasyosu, aort yetersizliği ile göğüs ve sırt ağrısı daha sık izlenirken; alt ekstremite nabızlarında azalma, alt ekstremite kladikasyosu, hipertansiyon, böbrek fonksiyon bozukluğu ve abdominal anjina daha seyrek görüldü (Küme 2'ye kıyasla). Öte yandan, küme 2B'de 2A'ya göre nabız veya kan basıncı asimetrisi, üst/alt ekstremite ve karotis nabızlarında azalma, üfürüm, üst/alt ekstremite kladikasyosu, hipertansiyon ve kalp yetmezliği daha sık; böbrek fonksiyon bozukluğu ise daha seyrek saptandı. Başvuru sırasındaki PGA [OR 0,60 (0,40-0,90)], ITAS2010 (12,07±5,52 vs 4,63±3,69; p<0,001) skorları küme 1'de küme 2A'ya göre anlamlı derecede yüksekti. Küme 2A'daki daha az hastada glukokortikoid [OR 0,51 (0,31-0,83)] veya DMARD [OR 0,35 (0,20-0,60)] tedavisi başlanmış ve takipte daha az vasküler komplikasyon gelişmişti [OR 0,22 (0,07–0,74)] (Küme 1'e kıyasla). Buna karşılık, Küme 2B ile Küme 1 arasında bu açıdan belirgin fark yoktu. DMARD gereksinimi Küme 1'de (1,84±1,35), hem küme 2A'dan (1,27±1,32; p<0,001) hem de küme 2B'den (1,40±1,38; p=0,004) anlamlı derecede yüksekti (1,84±1,35). Küme 2B'de vasküler girişim sıklığı Küme 1'den daha yüksekti (OR 1,73-1,88; p<0,05) ve VDI skoru (3,95), hem küme 1'den (3,52) hem de küme 2A'dan (2,59) daha yüksekti. Sağkalım ise kümeler arasında benzerdi [HR 2A vs 1: 0,96 (0,42-2,21); 2B vs 1: 1,42 (0,70-2,86)].

Sonuç: Klinik özelliklere dayalı TAK kümeleri, anjiyografik tutulumun doğru biçimde ayırt edilmesini sağlamış ve prognostik açıdan anlamlı bulunmuştur. Özellikle Küme 2A, inaktif hastalık seyri, daha düşük glukokortikoid ve DMARD gereksinimi ile gelecekteki vasküler komplikasyonlar açısından daha düşük risk ile ilişkiliydi. Bu bulgular, klinik özelliklere dayalı kümelenmenin TAK'ta hastalık alt tiplerini tanımlamada ve tedavi stratejilerinin yönlendirilmesinde değerli bir araç olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Hastalık aktivitesi, Takayasu arteriti, vasküler girişim



Şekil 1. Kümelere göre sağkalım analizi (Kaplan-Meier eğrisi)

[PS-245]

Tek merkez takipli Sjögren hastalığı kohortunda SLE sınıflandırma kriterlerini karşılayan alt grubun klinik ve laboratuvar özellikleri

Yıldız Akbal Engin[1], Onur Duman[2], Ömer Uludağ[1], Ezgi Şahin[1], Burak İnce[1], Yasemin Yalçınkaya[1], Ahmet Gül[1], Murat İnanç[1], Bahar Artım Esen[1]

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

[2]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

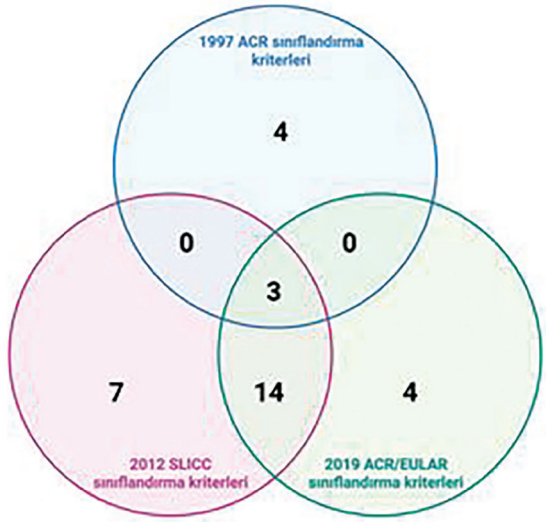
Amaç: Sjögren hastalığı (SjH) ve sistemik lupus eritematozus (SLE) ortak genetik, epigenetik, çevresel ve immünolojik karakterleri olan ve benzer klinik ve otoantikor spektrumu sergileyebilen iki otoimmün hastalıktır. SLE hastalarına SjH eşlik edebildiği gibi SjH tanısıyla takip edilen hastaların bir kısmı da SLE sınıflandırma kriterlerini karşılayabilmektedir. Bu gruptaki hastalar ayrı bir fenotip oluşturmakta ve seyirleri farklı olabilmektedir. Ancak literatürde bu konu üzerine çok sınırlı sayıda karşılaştırmalı veri bulunmaktadır. Bu çalışmada, primer SjH tanılı hasta kohortunda SLE sınıflandırma kriterlerini karşılayan ve karşılamayan grupların klinik ve laboratuvar özelliklerini karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: Bu retrospektif, tek merkezli çalışmaya, 2002 Amerikan-Avrupa Uzlaşı Grubu (AECG) ve/veya 2016 Amerikan Romatoloji Koleji/Avrupa Romatoloji Dernekleri Birliği (ACR/EULAR) sınıflandırma kriterlerini karşılayan SjS tanılı 228 hasta dahil edildi. Hastaların klinik, histopatolojik ve serolojik verileri ile tanı anındaki EULAR Sjögren Sendromu Hastalık Aktivite İndeksi (ESSDAI) skorları kaydedildi. Tüm hastalar 1997 ACR, 2012 Sistemik Lupus Uluslararası İş birliği Konsorsiyumu (SLICC) ve 2019 ACR/EULAR SLE sınıflandırma kriterleri açısından değerlendirildi. Buna göre hastalar SLE (+) ve (-) olarak iki gruba ayrıldı ve grupların demografik, klinik ve serolojik özellikleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Kohortun ortalama tanı yaşı 46,6±13,1, medyan takip süresi 7 yıldı (aralık: 1-38 yıl). Yedi hasta (%3,1) 1997 ACR, 24 hasta (%10,5) 2012 SLICC ve 21 hasta (%9,2) 2019 ACR/EULAR SLE sınıflandırma kriterlerini karşılıyordu (Şekil 1). En az 1 sınıflandırma kriter setini karşılayan 32 hasta SLE (+) hasta grubu olarak belirlendi. İki grup arasında cinsiyet ve tanı yaşı açısından fark yoktu. SLE (+) hasta grubunda lökositoklastik vaskülit ve renal tübüler asidoz daha sıktı. Solid malignite görülen 2 hasta SLE (+) hasta grubundaydı. Serolojik olarak romatoid faktör (RF) ve anti-RNP pozitifliği SLE (+) hasta grubunda daha sıktı. İki grubunda demografik, klinik ve serolojik karşılaştırması Tablo 1'de sunulmuştur. Tanı anındaki ESSDAI skoru, SLE (+) hasta grubunda daha yüksekti [medyan 5 (IQR:13,5; aralık 0-27) vs medyan 0 (IQR:4,5; aralık 0-33); p<0,001).

Sonuç: Çalışmamızda SjS tanılı hastalarda SLE sınıflandırma kriterlerini karşılayan alt grupta klinik olarak lökositoklastik vaskülit ve renal tübüler asidoz serolojik olarak ise RF ve anti-RNP pozitifliği sık bulundu. Ayrıca, bu alt grupta başlangıç ESSDAI skorlarının daha yüksek bulunması, daha aktif ve sistemik hastalık seyrini düşündürmektedir. Bulgularımız, SLE tanı kriterlerini karşılayan PSjH hastalarının daha yüksek sistemik tutulum riski taşıdığını ve bu nedenle yakın klinik takip ile erken müdahale stratejilerinin önemli olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: ESSDAI, Sjögren hastalığı, sistemik lupus eritematozus



Şekil 1. Hastaların farklı SLE sınıflandırma kriterlerine göre dağılımı

[PS-246]

ANCA ilişkili vaskülit hastalarında intersitisyel akciğer hastalığının değerlendirilmesi: tek merkez olgu kontrol çalışması

Burak İnce[1], Sümeyye Büyük[2], Helin Köse[3], Murat Bektaş[1], Selma Sarı[1], Lale Alili[4], Yasemin Yalçınkaya[1], Bahar Artım Esen[1], Ahmet Gül[1], Gülfer Okumuş[4], Şükrü Mehmet Ertürk[3], Murat İnanç[1]

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

[2]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

[3]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

[4]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

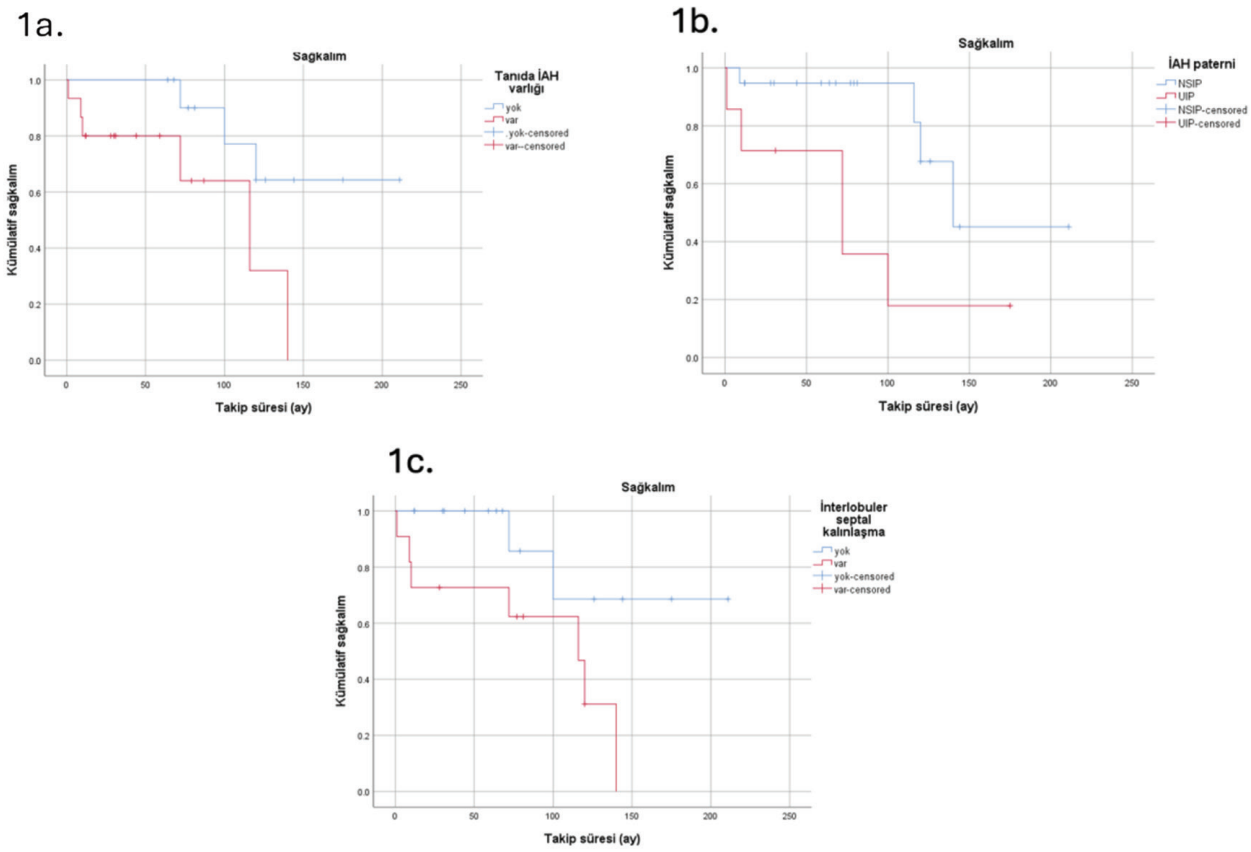
Amaç: ANCA ilişkili vaskülitler (AAV) seyrinde görülebilen intersitisyel akciğer hastalığı (İAH) sıklığının, radyolojik özelliklerinin, klinik bulgular, tedavi ve sağkalım ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 2000-2025 arasında, EMA algoritmasına göre AAV tanısıyla takip edilen, uygun takip verisi olan ve en az bir toraks bilgisayarlı tomografi (BT) görüntüsü mevcut olan hastalar retrospektif olarak incelendi. Radyolojik bulgular hasta bilgilerine kör bir radyolog ve bir göğüs hastalıkları uzmanı tarafından bağımsız olarak değerlendirildi. Hastaların klinik özellikleri, İAH ve spesifik radyolojik bulguların varlığına göre gruplara ayrılarak lojistik regresyon analizi ile karşılaştırıldı. Sağkalım analizi log rank metodu ile gerçekleştirildi.

Bulgular: Çalışmada 258 hasta (%53,9 kadın, ortalama yaş 58,6±13,5) verisi değerlendirildi. Medyan takip süresi 111 (240) aydı. Klinik tanı, 160 (%62) hastada granülomlu polianjitis (GPA), 74 (%28,7) hastada mikroskopik polianjitis (MPA), 24 (%9,3) hastada eozinofilik granülomlu polianjitisti (EGPA). PR3-ANCA 134 (%51,9), MPO-ANCA 98 (%38) hastada pozitifti. Otuz yedi (%14,3) hastada İAH saptandı. MPO-ANCA 20 (%54,1), PR3-ANCA 12 (%32,4) hastada pozitifti. Hastaların 16'sı (%43,2) GPA, 15'i (%40,5) MPA, 6'sı EGPA (%16,2) tanısıyla takip edilmekteydi. Yirmi bir (%56,8) hastada tanı anındaki BT'de İAH mevcuttu. İAH tanılı hastalarda başvuruda ateş sıklığı daha düşüktü (p=0,03) ve diffüz alveolar hemoraji (DAH) daha sıktı (p<0,001). Diğer klinik bulgular, alevlenme ve ciddi enfeksiyon sıklığı ile İAH arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Tedavide mikofenolat mofetil daha sık (p=0,002), siklofosfamid daha nadir (p=0,007) tercih edilmişti (Tablo 1). İAH tanılı 9 (%24,3) hasta, toplam 79 (%30,6) hasta takip sonunda kaybedildi. Tüm kohortta tanı anında İAH varlığında sağkalım süresi daha kısaydı (177,3±5,9 vs. 101,9±14,2 p=0,045). Radyolojik paternler arasında non-spesifik intersitisyel pnömoni (NSIP) 19 (%51,4), usual intersitisyel pnömoni (UIP) 7 (%18,9), organize pnömoni OP 1 (%2,7) hastada saptandı, 10 (27%) hastada patern belirsiz olarak değerlendirildi. UIP paternine sahip 7 hastanın 6'sı MPO-ANCA pozitifti. Simetrik tutulum 28 (%75,7), buzlu cam 26 (%70,3), retiküler opasite artışı 21 (%56,8), interlobuler septal kalınlaşma 15 (%40,5), bal peteği görünümü 6 (%22,2), nodüler infiltrasyon 4 (%10,8), bronşiektazi 18 (%48,6), fibrozis 33 (%89,2) hastada saptandı. Fibrozis 21 (%56,8) hastada alt loblara sınırlı iken 9 (%24,3) hastada diffüz olarak görüldü. UIP paterni mevcut hastalarda, bal peteği görünümü ve BT'de interlobuler septal kalınlaşma varlığında sağkalım daha kısa saptandı (sırasıyla, 76,4±22,7 vs. 176,9±14,2 ay p=0,0,01 ve 114,4.±18,4 vs. 182,8±17,6 p=0,04) (Şekil 1).

Sonuç: Kohortumuzda İAH sıklığı yaklaşık %15'ti ve hastaların yarıdan fazlasında başvuru anında saptanmıştı. MPO-ANCA pozitif hastalarda ise bu oran %20 bulundu. İAH saptanan hastaların yarısında MPO-ANCA pozitifliği gözlendi. İAH olgularının %55'inin GPA ve EGPA tanılarıyla takip edilmekte olduğu görüldü. Literatürde sıklıkla MPO-ANCA pozitifliği ile ilişkilendirilen İAH'ın diğer AAV alt gruplarında da gelişebileceği dikkate alınmalıdır. İAH'ın DAH görülen hastalarda daha sık görülmesi hemoraji sonrası gelişen fibrozisin İAH gelişimine neden olabileceği hipotezini desteklemektedir. Tanı anında İAH varlığının artmış mortalite ile ilişkili bulunması dikkat çekicidir. Radyolojik değerlendirmede UIP paterni bulunanlarda hastaların tamamına yakınında MPO-ANCA pozitifliği görülmüş ve diğer paternlere göre kötü prognozla seyrettiği ortaya konmuştur. NSIP ile ilişkili kabul edilen interlobüler septal kalınlaşma varlığında sağkalımın anlamlı şekilde daha kısa olduğu gösterilmiştir. İAH saptanan hastaların dörtte birinde radyolojik patern bilinen sınıflamalara uymamaktadır, ve bu grubun prognozu iyi bilinmemektedir. Bulgularımız AAV-İAH'ın ortaya çıkışının zamanının ve radyolojik bulguların prognostik önemini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: ANCA ilişkili vaskülit, intersitisyel akciğer hastalığı, usual interstisyel pnömoni, non-spesifik intersitisyel pnömoni



Şekil 1. İAH özelliklerine göre sağkalım analizi, 1a. Tanı anında İAH varlığına göre sağkalım (p=0,045), 1b. İAH tanılı hastalarda UIP paterni varlığına göre sağkalım (p=0,001), 1c. İAH tanılı hastalarda interlobuler septal kalınlaşma varlığına göre sağkalım (p=0,043)

Tablo 1. AAV tanılı hastaların intersitisyel akciğer hastalığı varlığına göre karşılaştırılması

	İAH yok (n=221)	İAH var (n=37)	p	OR	%95 CI
	n (%)	n (%)			
Yaş	59,2±13,2	61±12,6	0,5		
Cinsiyet (K)	104 (7,1)	22 (59,6)	0,46		
MPO-ANCA	78 (35,3)	20 (54,1)	0,03	2,1	1,1-3,4
PR3-ANCA	122 (55,2)	12 (32,4)	0,01	0,4	0,18-0,8
Klinik bulgular					
Ateş	94 (42,5)	8 (21,6)	0,016	0,37	0,16-0,85
ÜSY tutulumu	127 (58,5)	18 (48,6)	0,41		
Böbrek tutulumu	163 (73,8)	21 (58,3)	0,06		
DAH	30 (13,6)	17 (45,9)	<0,001	5,4	2,5-11,5
PSS	48 (22)	7 (18,9)	0,67		
Deri tutulumu	46 (21,2)	10 (27,8)	0,6		
Artrit	80 (36,2)	8 (21,6)	0,08		
Tedavi					
Siklofosfamid	167 (75,6)	20 (54,1)	0,007	0,38	0,19-0,8
Mikofenolat mofetil	14 (6,3)	8 (21,6)	0,002	4	1,5-10,5
Azatioprin	113 (51,1)	15 (40,5)	0,23		
Rituximab	79 (35,7)	19 (51,4)	0,07		
Takip					
Alevlenme	73 (35,4)	12 (37,5)	0,72		
Ciddi enfeksiyon	77 (39,1)	17 (53,1)	0,29		

DAH: Diffüz alveolar hemoraji, İAH: İntersitisyel akciğer hastalığı, ÜSY: Üst solunum yolu, PSS: Periferik sinir sistemi

[PS-247]

Retroperitoneal fibrozis ve multisistemik bulgularla seyreden IgG4-ilişkili hastalık

Cihangir Ergün[1], Berivan Bitik[1], Çisem Okur Maden[1], Fatih Güven[2], Ahmet Eftal Yücel[1]

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

[2]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

IgG4 ilişkili hastalık (İgG4-İH), organlarda fibroenflamatuvar lezyonlara yol açabilen, sistemik ve kronik seyirli bir hastalıktır. Klinik olarak en sık majör tükürük ve lakrimal bezlerde büyüme, orbital tutulum, otoimmün pankreatit, retroperitoneal fibrozis ve tubulointerstisyel nefrit ile karşımıza çıkar. İdiopatik retroperitoneal fibrozis olgularının yaklaşık üçte ikisinde, IgG4-RH etiyolojiden sorumludur. Bu olguda, Tip 1 diyabet (T1DM) ve çölyak hastalığı tanısı bulunan, erişkin yaşta retroperitoneal fibrozis gelişen ve klinik olarak multisistemik tutulum gösteren bir kadın hasta sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: IgG4-ilişkili hastalık, retroperitoneal fibrosis, tip 1 diabetes, çölyak hastalığı, rituximab

[PS-248]

Sistemik sklerozda sarkopeninin gastrointestinal tutulum ve malnütrisyon ile ilişkisinin değerlendirilmesi

Ayşegül Avcu[1], Zeynep Dilara Selçuk[2], Haner Direskeneli[1], Fatma Alibaz Öner[1]

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

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

Amaç: Sistemik skleroz (SSk), deri ve iç organlarda fibrozis, mikrovaskülopati ve otoimmünite ile karakterize nadir bir bağ dokusu hastalığıdır. Son yıllarda SSk'da sarkopeni, kas kütlesi ve gücündeki azalma ile karakterize olup morbidite ve mortaliteyi artıran önemli bir komplikasyon olarak öne çıkmaktadır. SSk'da hastalık süresince olguların yaklaşık %90'ında GİS (gastrointestinal sistem) tutulumu gelişmektedir. GİS disfonksiyonu yaşam kalitesini bozmakta, prognozu etkilemekte ve malnütrisyon ile sarkopeni gelişimine zemin hazırlamaktadır. Bu çalışmada amaç, SSk hastalarında sarkopeni varlığını, sarkopeni ile gastrointestinal tutulum ve malnütrisyon arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Yöntem: ACR/EULAR 2013 kriterlerini karşılayan 70 sistemik skleroz hastasının klinik, demografik ve laboratuvar verileri kaydedildi. Malnütrisyon riski, Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) ile değerlendirildi. Sarkopeni EWGSOP2 ve ISarcoPRM'in önerdiği kriter setleri ile belirlendi. Kas gücü el kavrama kuvveti ve sandalyeden kalkma testi ile ölçüldü; kas kütlesi BIA ve ultrasonografi ile değerlendirildi. Gastrointestinal tutulum UCLA GIT 2.0, hastalık aktivitesi ise revize EUSTAR aktivite indeksi ile ölçüldü. Fonksiyonel değerlendirme için hastalara SARC-F ve FRAIL anketleri uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya 70 hasta (65 kadın, 5 erkek; medyan yaş 52 (ÇAA: 43-62) dahil edildi. Hastalık süresi medyan 10 (ÇAA: 4-15) yıl, reynoud fenomeni sonrası süre 13 (ÇAA: 6-20.8) yıl idi. Komorbidite %38,6 oranında saptandı; en sık hipertansiyon (%30) izlendi. Diffüz deri tutulum %8 (n=6) hastada mevcuttu. MUST ile değerlendirilen malnütrisyon riski hastaların %68,6'sında (n=48) düşük, %8,6'sında (n=6) orta, %22,9'unda (n=16) yüksek saptandı. EWGSOP2 algoritmasına göre 40 hasta (%57,1) düşük kas gücü ile olası sarkopeni olarak değerlendirildi. Bu grupta BIA ile kas kütlesi Türk popülasyonuna özgü eşik değerler kullanıldığında ise 8 hasta (%11,4) doğrulanmış sarkopeni olarak sınıflandırıldı. ISarcoPRM algoritmasına göre ultrason ile ölçülen quadriceps kas kalınlığı temel alınarak 9 hastada (%12,9) sarkopeni saptandı. Sarkopeni grubunda SMMI değerleri anlamlı düzeyde daha düşük bulundu (0,94 vs. 0,83; p=0,006). Fonksiyonel değerlendirmede ise hem SARC-F skorları (2 vs. 1; p=0,02) hem de FRAIL skorları (2 vs. 1; p=0,04) sarkopeni grubunda anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Her iki yöntem birlikte değerlendirildiğinde Cohen's Kappa katsayısı 0,40 olup yöntemler arasında orta düzeyde uyum bulundu. GİS tutulumu %87 hastada mevcut olup en sık semptom reflü (%72,5) idi. UCLA GIT total skoru ortanca değeri 0,22 (0,1-0,43) olarak bulundu. Bu skora göre %77,9 (n=53) hafif, %17,6 (n=12) orta, %4,4 (n=3) şiddetli gastrointestinal tutulum mevcuttu. UCLA-GIT 2.0 ile sarkopeni varlığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Sonuç: Sistemik sklerozlu hastaların EWGSOP2 kriterlerine göre %11,4'ünde, ISarcoPRM kriterlerine göre ise %12,9'unda sarkopeni saptanmış; ayrıca olguların yaklaşık üçte birinde orta veya yüksek derecede malnütrisyon riski bulunmuştur. Ayrıca, sarkopeni varlığı; revize EUSTAR indeksi, malnutrisyon ve UCLA-GIT 2.0 skoru ile ilişki göstermemiştir. Bulgularımız, SSk hastalarında sarkopeninin hastalık ilişkili bir hasar olarak gelişebileceğini düşündürmektedir. SSk hastalarının rutin izlemlerinde yalnızca hastalık aktivitesinin değil aynı zamanda beslenme durumu, GİS semptomlarının kas gücü ve kitlesinin de bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesinin gerekli olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Malnutrisyon, sarkopeni, sistemik skleroz

[PS-249]

Hidradenitis suppurativa'da spondiloartritin saptanması için erken sakroiliit tarama aracının (ESHST) doğrulanması: Prospektif kesitsel bir çalışma

Umut Bakay[1], Tuğba İzci Duran[1], Niyazi Çetin[2], Özge Sevil Karstarlı Bakay[2]

[1]Denizli Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Denizli

[2]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Denizli

Amaç: Hidradenitis suppurativa (HS), intertriginöz bölgelerde kronik seyirli enflamatuvar bir deri hastalığıdır ve son yıllarda spondiloartrit (SpA) ile birlikteliği giderek daha fazla rapor edilmektedir. Ancak, günlük pratikte HS hastalarında SpA riskini güvenilir şekilde öngörecek doğrulanmış bir tarama stratejisi bulunmamaktadır. Bu çalışmada, HS hastalarında SpA prevalansını ve klinik özelliklerini belirlemek ve yeni geliştirilen Early Sacroiliitis Screening Tool (ESHST) adlı tarama aracının tanısal doğruluğunu değerlendirmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Tek merkezli, kesitsel tasarıma sahip bu çalışmaya 100 HS hastası dahil edilmiştir. Tüm hastalar romatoloji uzmanları tarafından sistematik olarak değerlendirilmiş, sakroiliak eklem manyetik rezonans görüntülemesi (MRG) ve HLA-B27 testi yapılmıştır. Demografik, klinik ve laboratuvar verileri kaydedilmiştir. ESHST'nin ayırıcı gücü ROC (receiver operating characteristic) analizi ile test edilmiştir. SpA öngörüsünde bağımsız değişkenleri belirlemek için lojistik regresyon analizi uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 100 HS hastasının 20'sinde (%20) SpA tanısı konmuştur (13 aksiyel, 7 periferik). SpA'lı hastalarda üveit (%20 vs %3,8; p=0,011), hiperlipidemi (%35 vs %15; p=0,041), HLA-B27 pozitifliği (%40 vs %3,8; p<0,001) ve gluteal tutulum (%85 vs %56,3; p=0,018) anlamlı olarak daha sık görülmüştür. SpA tanısı alan hastaların ESHST skorları, SpA olmayanlara kıyasla anlamlı derecede yüksektir [10 (8-12) vs 2 (0-4), p<0,001]. ROC analizi, ESHST'nin güçlü ayırıcı gücünü ortaya koymuştur (AUC=0,930; %95 GA: 0,860-0,983). Eşik değer ≥8 olarak alındığında, duyarlılık %85, özgüllük %92, pozitif prediktif değer %74, negatif prediktif değer %96 ve toplam doğruluk %91 bulunmuştur. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde yalnızca ESHST skoru (OR 1,36; p=0,013) ve HLA-B27 pozitifliği (OR 12,8; p=0,017) SpA için bağımsız öngördürücü olarak kalmıştır.

Sonuç: Bu çalışmada HS hastalarında SpA prevalansı %20 olarak saptanmış olup, bu oran önceki çalışmalarda bildirilen düzeylerin üst sınırına yakın bulunmuştur. ESHST, HS hastalarında SpA'yı öngörmede yüksek tanısal doğruluk göstermiştir. HLA-B27 ile birlikte değerlendirildiğinde, ESHST erken tanı ve yönlendirme için pratik ve güvenilir bir yaklaşım sunmaktadır. ESHST'nin günlük dermatoloji pratiğine entegrasyonu, tanı gecikmesini azaltarak hasta yönetimini iyileştirebilir ve sağlık kaynaklarının daha verimli kullanılmasına katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Hidradenitis suppurativa, HLA-B27, komorbidite, sakroiliit, spondiloartrit, tarama aracı

[PS-250]

Kondensans İili mi? Aksiyel Spondilartit mi?

Orhan Eren

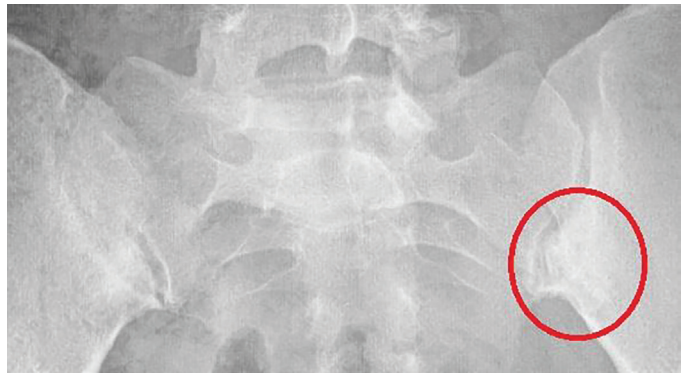
Medikalpark Kocaeli Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Kocaeli

Amaç: G.Ö. 44 yaş kadın hasta; 1aydır başlayan bel, boyun, bacak ağrısı ile başvurdu. Çekilen sakroiliak (SİE) grafisinde (Şekil 1) iliak kemik inferiorda fokal skleroz izlendi. Sakrumda skleroz yoktu, SİE eklemde daralma erezyon izlenmedi. Grafiye göre kondensans ilii düşünüldü. Hastanın çekilen SİE BT'sinde de sol inferiorda fokal skleroz kondensans ilii ile uyumlu idi. Ancak hastanın 10 dakika kadar kısa süreli de olsa enflamatur bel ağrısı vardı, sabah kambur gibi kalktığını, uzun süre uyumanın daha kötü olduğunu ifade ediyordu. Çekilen SİE MR'ında inferior SİE eklemin her iki yüzünde sakralde 2 ardışık kesitte fokal intensite, iliumda ise 4 ardışık fokal alanda intensiteler saptandı. Hastanın çekilen SİE BT'si tekrar incelendiğinde sağ ek olarak sol inferiorda da fokal skleroz görüldü, eklem yüzeylerinde erezyon yoktu ancak bazı kesitlerde skleroz lineer olarak superiora doğru ilerliyordu. Horizontal kesitlerde ise sklerozun anterior kesimde olduğu gözlendi. Hasta anamnezinde sabah enflamatuvar topuk ağrısından yakındı ancak lateral topuk grafisinde entezit gözlenmedi ancak sakroiliak grafi büyüterek dikkatli incelendiğinde sol spina iliak entezit saptandı.

Olgu: CRP: 2 mg/dL, Sedim: 4/h HLA.B27: negatif. 3 aydan kısa süreli bel ağrısı olan hastanın SİE grafisindeki kondensans İlii görüntüsü, sakroiliak BT ile de kondensans ilii lehine idi. Ancak 3 ayı aşmayan kısa süreli enflamatuvar bel ağrısı olan hastanın SİE MR'da grafide görülen kondensans ile aynı bölgede sakroiliit lehine intensite saptanması, aynı zamanda spina iliak entezit saptanması ile hastada Aksiyel Spondilartrit (ax-SpA) düşünüldü. Görüntülemede sakroiliit ve Entezit olan hasta ASAS ax-SpA kriterlerne uysada bel ağrısı 3 aydan kısa olduğu için uSpA olarak değerlendirildi.

Sonuç: Kronik bel ağrısı ile gelen hastaların çekilen grafilerde kondensans ilii görülmesi ile ASAS kriterlerine göre ax-SpA değerledirmesinin bırakılmaması, ax-SpA düşünülen hastalarda sakroiliak MR kadar sakroiliak BT'nin de bu ayrımın yapılmasında yararlı olduğu düşünüldü. Ayrıca Kondensans İlii'nin ax-SpA'nın kronikleşmeyen, progresyon göstermeyen bir alt antitesi olup olmadığı araştırılmadır kanaatindeyim.

Anahtar Kelimeler: İliitis, kondensans, spondilartrit



Şekil 1. Kondensans İlii X-ray

[PS-251]

Seronegatif Sjögren sendromunda komorbiditenin klinik ve demografik özelliklerle ilişkisi

Zeynep Fural, Duygu Şahin, Meryem Dumlu, Beyza Us Demirelli, Esra Genç, Saliha Aydın, Murat Yeniçeri, Nihan Neval Uzun, Nesrin Şen, Sibel Yılmaz Öner, Mehmet Engin Tezcan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

Amaç: Sjögren sendromu (SS), başlıca ekzokrin bezleri etkileyen, kronik seyirli, immünolojik ve klinik açıdan heterojen bir otoimmün hastalıktır. Seropozitif olgular daha belirgin immünolojik bulgularla seyrederken, seronegatif olgular (RF, ANA, SSA, SSB negatif) tanısal güçlükler oluşturmakta ve klinik seyir açısından farklılık gösterebilmektedir. Bu çalışmada, seronegatif SS hastalarında komorbidite varlığının demografik, klinik ve laboratuvar özellikler üzerindeki etkileri araştırılmıştır.

Yöntem: Merkezimizde takip edilen 68 seronegatif SS hastası retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar komorbiditesi olan (n=52) ve olmayan (n=16) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Demografik veriler (yaş, cinsiyet, medeni durum, sigara kullanımı), hastalık süresi, klinik bulgular (ağız ve göz kuruluğu, artrit, deri döküntüsü, organ tutulumları), hastalık ile ilişkili laboratuvar parametreleri (sedimentasyon, CRP, C3, C4), Schirmer testi, tükürük bezi biyopsisi ve ESSDAI skorları karşılaştırıldı. İstatistiksel analizlerde $p<0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Seronegatif SS hastalarında en sık görülen komorbidite hipertansiyon olup, olguların yaklaşık yarısında saptanmıştır. Hipertansiyonu takiben tip 2 diabetes mellitus (%33, 17/52) ve hipotiroidi (%23, 12/52) en yaygın komorbiditeler olarak izlenmiştir. Komorbiditesi bulunan ve bulunmayan seronegatif SS hastaları, çalışma kapsamında değerlendirilen klinik ve laboratuvar özellikler açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Bununla birlikte, komorbiditesi olan hastaların daha ileri yaşta oldukları (62,5±12,5 yıl vs. 58,5±10,8 yıl; p=0,31), daha yüksek oranda organ tutulumu gösterdikleri (30/52 vs. 5/16; p=0,06), daha yüksek hastalık aktivitesine sahip oldukları (2,3±3,4 vs. 1,7±2,8; p=0,5) ve daha sık kompleman düşüklüğü ile akut faz yanıtı artışı eğilimi gösterdikleri izlenmiştir. Çalışmamızda, seronegatif SS hastalarında komorbidite varlığının temel demografik, klinik ve laboratuvar özellikler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi gözlenmemiştir. Bununla birlikte, komorbiditesi olan hastalarda hastalık aktivitesi ve ilgili parametrelerde bir artış lehine değişim eğilimi mevcuttur. Bu durum, komorbiditelerin seronegatif SS patogenezinden bağımsız faktörler (ileri yaş, yaşam tarzı, genetik yatkınlık, çevresel etkiler) ile birlikte, tanısal zorluğa bağlı olarak zaten yüksek hastalık aktivitesine sahip seronegatif hastalarda tanı konması ve genel romatolojik hastalıklarda gözlenen yüksek hastalık aktivitesi/enflamasyon ile komorbidite birlikteliğine bağlı olabilir. Ancak, retrospektif tasarım ve sınırlı örneklem çalışmamızın başlıca kısıtlılıklarıdır. Daha geniş, prospektif ve çok merkezli çalışmalarla bu bulguların doğrulanması gereklidir.

Sonuç: Seronegatif SS hastalarında komorbidite ile demografik ve klinik özellikler arasındaki ilişki istatistiksel olarak gösterilememekle birlikte, hastalık aktivitesi ile komorbiditelerde artış eğilimi olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca, hipertansiyon, diyabet ve tiroid hastalıkları gibi sık görülen komorbiditeler nedeniyle bu hastalar için düzenli tarama ve multidisipliner izlem gereksinimi olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Demografik ve klinik özellikleri, komorbidite, seronegatif sjögren

[PS-253]

Seronegatif olguların klinik fenotipi: Seropozitif hastalarla karşılaştırmalı analiz

Duygu Şahin, Mehmet Engin Tezcan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

Amaç: Bu çalışmada seronegatif ve seropozitif sjögren tanılı olguların demografik, klinik ve laboratuvar özelliklerinin karşılaştırılması ve iki grup arasındaki olası farklılıkların ortaya konulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Tek merkezli, retrospektif kesitsel olarak yapılan bu çalışmaya toplam 200 hasta dahil edilmiştir (seronegatif grup: n=68; seropozitif grup: n=132). Hastaların yaş, cinsiyet, hastalık süresi, klinik semptomları, organ tutulumları, tükürük bezi biyopsi bulguları, laboratuvar değerleri (CRP, sedimentasyon, kompleman düzeyleri), ESSDAI skorları ve eşlik eden hastalıkları kaydedilmiş ve iki grup karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Demografik veriler (yaş, cinsiyet, medeni durum), yaşam tarzı özellikleri (sigara, alkol kullanımı), klinik semptomlar (kuru göz, ağız kuruluğu, artralji, artrit, sistemik tutulumlar), biyopsi bulguları, laboratuvar değerleri (CRP, sedimentasyon, kompleman düzeyleri, ESSDAI) ve eşlik eden hastalıklar açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p \geq 0.05$). Bununla birlikte, seronegatif grupta ANA negatifliği anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (%22 vs. %6, p≤0,001).

Sonuç: Bulgular, seronegatif ve seropozitif sjögren tanılı hastaların klinik fenotip açısından büyük ölçüde benzer özellikler sergilediğini göstermektedir. Seronegatif olgular, otoantikor pozitifliği olmaksızın da klinik olarak benzer bir tablo ile başvurabilmektedir. Bu durum, serolojik testler negatif olduğunda dahi klinik şüphe varlığında tanı ve hasta yönetimi açısından dikkatli olunması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Fenotip, sjögren, seronegatif, seropozitif

Tablo 1. Seronegatif ve seropozitif hastaların klinik ve demografik özellikleri

Parametre	Seronegatif (n=68)	Seropozitif (n=132)	p değeri
Yaş (yıl, ortalama ± SD)	61,2±12,4 (n=68)	58,7±11,8 (n=132)	0,23
Hastalık Süresi (yıl, ortalama ± SD)	3,8±1,6 (n=68)	3,5±1,4 (n=132)	0,18
Kuru Göz (Var, %)	58 (%85)	120 (%91)	0,19
Ağız Kuruluğu (Var, %)	60 (%88)	125 (%95)	0,08
Konstitüsyonel Semptomlar (Var, %)	5 (%7)	12 (%9)	0,65
Deri Döküntüsü (Var, %)	15 (%22)	28 (%21)	0,89
Pulmoner Tutulum (Var, %)	2 (%3)	5 (%4)	0,78
Hematolojik Tutulum (Var, %)	3 (%)	8 (%6)	0,59
Tükürük Bezi Biyopsisi Pozitif (Var, %)	45 (%66)	95 (%72)	0,38
Schirmer Testi (mm, ortalama ± SD)	7,5±4,2 (n=40)	6,8±3,9 (n=80)	0,31
ESSDAI Skoru (ortalama ± SD)	21±3,2 (n=50)	1,9±2,8 (n=100)	0,72
ANA Negatif (Var, %)	15 (%22)	8 (%6)	≤0,001
RF Pozitif (Var, %)	0 (%0)	45 (%34)	≤0,001
C3 Düşük (Var, %)	3 (%4)	5 (%4)	0,96

[PS-254]

Tekrarlayan polikondrit ile prezente olan granülomatöz polianjitis: Olgu sunumu

Elif İnanç[1], Fuat Albayram[1], Kevser Bakırcı[1], Ece Durdu[2], Servet Yolbaş[1]

[1]İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Romatoloji Anabilim Dalı, Malatya

[2]İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Malatya

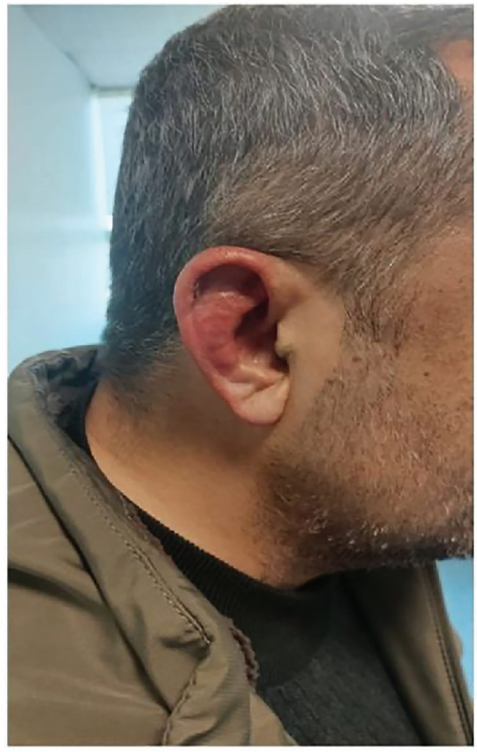
Amaç: Granülomatöz polianjitis (GP), nekrotizan granülomatöz enflamasyon ve küçük-orta çaplı damarları tutan vaskülit ile karakterize, nadir görülen otoimmün bir hastalıktır. Klinik prezentasyon oldukça heterojen olup tanı çoğu zaman gecikebilir. Tekrarlayan polikondrit (RP), kıkırdak dokuların kronik enflamatuvar/destrüktif lezyonlarıyla seyreden nadir bir otoimmün hastalıktır. Olguların yaklaşık üçte birinde diğer otoimmün bozukluklarla, çoğunlukla anti-nötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) ile ilişkili vaskülit (AAV) birlikteliği görülür. Bu olgu sunumunda, RP ile prezente olan ve tanısal süreçte akciğer kaviter lezyonu saptanıp granülomatöz polianjitis tanısı alan bir hastayı paylaşmayı amaçladık.

Yöntem: Hasta öyküsü, fizik muayene, laboratuvar tetkikleri ve görüntüleme bulguları retrospektif olarak değerlendirildi. Klinik süreç, tedavi ve takip aşamaları detaylı olarak incelendi.

Bulgular: Elli bir yaş erkek hasta, 3 ay önce başlayan kulakta dolgunluk hissi, boğaz ağrısı ve sonrasında gelişen gezici artrit yakınmaları ile başvurdu. Başlangıçta akut otitis media tanısı ile antibiyotik tedavisi almış, devamında eklem ağrıları için kolşisin ve NSAİİ başlanmıştı. Takibinde sağ kulakta ardından burunda ağrı ve kızarıklık gelişti. Daha önce de burunda kızarıklık ve şişlik öyküsü bulunmaktaydı. Kulaktaki kızarıklık ağrı düzeltikten 1 ay sonra tekrarladı. Fizik muayenesinde RP düşünüldü. Kulak biyopsisi benign olarak geldi. Hemoptizi, hematüri, öksürük, işitme kaybı ve döküntü yoktu. Laboratuvar sonuçları: CRP 8,58 mg/L, ESR 38 mm/s, WBC 22.750/mm3, ANA IFA 1/160 ince benekli pozitif, ENA panel negatif, C3 218 mg/dL, C4 57 mg/dL, ANCA-C ≥400. Akciğer BT'de sol alt lob posterobazal segmentte 40x30 mm kaviter lezyon ve milimetrik pulmoner nodüller izlendi. PET/BT'de düşük SUV değeri (SUV_{maks} 2) gözlendi. Bronkoskopi sonucu benign sitoloji raporlandı. Klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgular doğrultusunda GP tanısı konuldu. Hastanede yatış süresince 80 mg metilprednisolon tedavisi aldı, ardından doz kademeli azaltıldı. Prednisolon sonrası kulağındaki kızarıklık, ağrı ve şişlik geriledi. Rituksimab 1000 mg intravenöz uygulandı. Taburculuk sonrası 48 mg prednisolon ile tedavi sürdürüldü. Eklem şikayetlerinde ve sistemik semptomlarda belirgin düzelme izlendi. Takibinde çekilen toraks BT'de kaviter lezyon küçüldü.

Sonuç: Bu olgu, GP'in tekrarlayan polikondrit bulguları ile prezente olabileceğini göstermektedir. RP olgularının yaklaşık üçte biri, vaskülitin en yaygın olduğu diğer otoimmün hastalıklarla ilişkili olabilir. RP ile birlikte GP, mikroskobik polianjit, eozinofilik granülomatöz polianjit dahil olmak üzere her türlü vaskülit bildirilmiştir; bunların arasında en sık AAV bulunur. Kulak ve burun kıkırdak tutulumları, vaskülit spektrumunda nadir olmakla birlikte tanı sürecinde dikkat çekici olabilir. ANCA pozitifliği ve akciğerde kaviter lezyon saptanması tanıyı desteklemiştir. GP'de erken tanı ve immünosüpresif tedavi, organ hasarı ve mortaliteyi önlemede kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Granülomatöz polianjitis, tekrarlayan polikondrit, ANCA, vaskülit



Şekil 1.

[PS-255]

Romatoid artrit hastalarında biyolojik tedavilerin interstisyel akciğer hastalığı üzerine etkisi

Ali Aytuğ Kuştaş[1], Sena Kodalak[2], Umut Kalyoncu[1], Deniz Dönmez[1], Buğu Bulat[1], Gözde Sevgi Kart Bayram[1], Büşra Fırlatan Yazgan[1], Erdinç Ünaldı[1], Levent Kılıç[1], Ömer Karadağ[1], Şule Apraş Bilgen[1], Sedat Kiraz[1], Ali İhsan Ertenli[1], Ali Akdoğan[1]

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

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

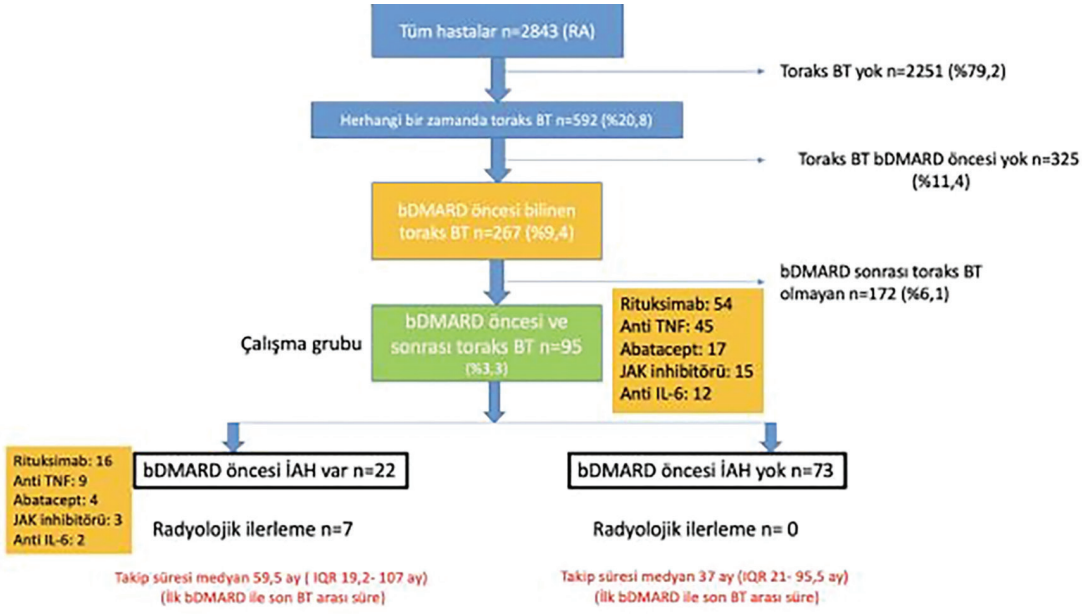
Amaç: Romatoid artrit (RA), eklem dışı tutulumlar arasında mortalite ve morbiditenin önemli bir nedeni olan interstisyel akciğer hastalığı (İAH) ile komplike olabilmektedir. Biyolojik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçların (bDMARDs) RA ilişkili İAH gelişimindeki veya progresyonundaki rolü halen tartışmalıdır. Bu çalışmada, merkezimizde bDMARD tedavisi alan RA hastalarında, farklı biyolojik ajanların yeni İAH gelişimine veya mevcut İAH'nin progresyonuna olan etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya, Hacettepe University Biologic Registry (HUR-BIO) sistemine kayıt edilen ve en az bir bDMARD tedavisi almış 2843 RA hastası dahil edildi. Bu kohort içerisinden, tedavi öncesi ve sonrası dönemde toraks bilgisayarlı tomografi (BT) tetkiki olan 95 hasta nihai analiz grubunu oluşturdu (Şekil 1). Hastaların demografik verileri, hastalık özellikleri, kullandıkları bDMARD türleri ve tedavi süreleri incelendi. İAH varlığı ve progresyonu toraks BT ile belirlendi.

Bulgular: Analiz edilen 95 hastanın %82,1'i (n=78) kadın olup, yaş ortalaması 65,2±9,3 yıl idi. Hastaların %56,8'inin (n=54) rituximab, %47,3'ünün (n=45) anti TNF, %17,8'inin (n=17) abatacept, %15,7'sinin (n=15) JAK inhibitörü, %12,6'sının (n=12) tocilizumab ile tedavi öyküsü mevcuttu. Tedavi öncesinde çekilen toraks BT'lerde, 22 hastada (%23,2) İAH saptandı. Tedavi öncesinde İAH bulunan hastaların 7'sinde (%31,8) medyan 59,5 ay (IQR 19,2-107 ay) takip süresinde radyolojik progresyon gözlendi. Progresyon izlenen 7 hastanın aldıkları son tedaviler incelendiğinde; 3 hastanın rituksimab, 1 hastanın tofasitinib, 1 hastanın tosilizumab, 1 hastanın adalimumab ve 1 hastanın etanersept kullandığı görüldü. Başlangıçta İAH olmayan 73 hastanın medyan 37 ay (IQR 21- 95,5 ay) takibinde ise yeni İAH gelişimi saptanmadı (%0).

Sonuç: Romatoid artrit nedeni ile bDMARD tedavisi alan ve başlangıçta İAH olmayan hastaların medyan 37 ay (IQR 21-95,5 ay) takibinde İAH gelişimi olmaması bDMARD tedavilerin bu hasta grubunda göreceli olarak güvenilir seçenekler olabileceğini düşündürmekle birlikte daha büyük ölçekli, prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır. Tedavi seçimi yapılırken akciğer tutulumu riskinin göz önünde bulundurulması ve hastaların bu açıdan yakın takibi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, interstisyel akciğer hastalığı, bDMARD



Şekil 1.

[PS-256]

IgA vasküliti, altta yatan hastalıklar ve tetikleyiciler: Alt gruplara ayrılmanın zamanı geldi mi?

Buğu Bulat[1], Fatih Yıldırım[2], Özkan Urak[3], Ayşe Elif Boncukçuoğlu[2], Mehmet Emin Kutu[4], Arif Kocayiğit[5], Bayram Farisoğulları[1], Ali Şahin[5], Gökçe Kenar Artın[3], Cemal Bes[2], Seza Özen[6], Şule Apraş Bilgen[1], Ömer Karadağ[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Vaskülit Tanı ve Tedavi Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara

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

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

[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

[5]Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas

[6]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: İmmünoglobulin A vasküliti (IgAV) erişkinlerde çocuklara kıyasla daha nadir görülmekle birlikte genellikle daha ağır seyrettiği kabul edilmektedir. Diğer taraftan IgA vasküliti hastalarında eşlik eden başka bir romatolojik hastalık (Ailevi Akdeniz Ateşi, Ankilozan spondilit vb.), malignite veya kronik karaciğer hastalığı olabilir. Ayrıca IgAV ilaç kullanımına ikincil olarak da gelişebilir. Bu kapsamda IgAV'nin etiyolojisi ve tetikleyici faktörler ve bu hastaların olası farklı klinik gidişi hakkında veri bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı, erişkin IgAV'de etiyolojik/tetikleyici faktörleri ve organ tutulumları ile sonlanımlarını ulusal prospektif bir veri tabanı üzerinden (TRVaS, Türk Vaskülit Çalışma Grubu Prospektif Veri Tabanı) değerlendirmektir.

Yöntem: Erişkin başlangıçlı IgAV hastaları (≥16 yaş) çalışmaya dahil edildi ve demografik, klinik ve histopatolojik veriler kaydedildi. Ek olarak etiyolojik/tetikleyici faktörler açısından tarandı. Alt gruplar hastalık özellikleri ve sonuçlar açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Analiz edilen 216 hastanın %59,3'ü erkekti. Hastaların %18,1'i ≤25 yaş, %11,1'i ise geriatrik yaş grubundaydı. Gençlerde gastrointestinal tutulum, yaşlılarda ise renal tutulum daha sık görüldü. Hastaların yaklaşık %70,4'ünde potansiyel bir tetikleyici mevcuttu. En sık tetikleyiciler enfeksiyonlar (%46,3) ve ilaçlardı (%39,8). Hastaların %20'den fazlasında eşlik eden enflamatuvar hastalık vardı; en sık Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF) saptandı. Geriatrik yaş grubunda ilaçlar ve malignite daha belirgin etiyolojik nedenler olarak karşımıza çıktı. Tetikleyici/ilişkili hastalıklara göre alt grup karşılaştırmasında, gastrointestinal tutulum post-enfeksiyöz grupta daha yaygındı (%41,0 vs %27,6, p≤0,05). İlaç ilişkili grupta ise eklem tutulumu daha sık izlendi (%75,6 vs %60,0, p≤0,05). Medyan (IQR) 13,0 (6-36,7) aylık takipte, ilişkili hastalığı olanlarda renal hastalık ve vaskülit hasar indeksi daha yüksek olmakla birlikte bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Sonuç: Erişkin başlangıçlı IgA vasküliti birçok eşlik eden hastalık (en sık FMF ve ankilozan spondilit) ve potansiyel tetikleyici ile ilişkili olabilir. Histopatolojik olarak benzerlik gösterse de bu faktörler yaş gruplarında farklılık gösterebilmektedir. Post-enfeksiyöz grupta gastrointestinal tutulum daha sıktır. Prospektif takibi devam eden çalışmamızın uzun dönem sonuçları, alt grupların sonlanımlarının ortaya konulmasında daha aydınlatıcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: IgA vasküliti, enfeksiyon, ilaç, malignite

Tablo 2. Eşlik eden hastalıkların hastalık sonucuna etkisi

	İnflamatuar hastalık			Malignite		
	Var	Yok	p	Var	Yok	p
Organ-sistem tutulumu, n/N (%)						
Cilt	43 (97,7)	168 (97,7)	0,98	16 (94,1)	194 (98,0)	0,31
Eklem	31 (70,5)	112 (65,1)	0,50	12 (70,6)	130 (65,7)	0,68
Gastrointestinal	11 (35,0)	62 (36,0)	0,17	6 (35,3)	67 (33,8)	0,90
Renal	22 (50,0)	93 (54,1)	0,63	9 (52,9)	106 (53,5)	0,96
Şiddetli cilt tutulumu, n/N (%)	6 (13,6)	40 (23,3)	0,16	6 (35,3)	39 (19,7)	0,13
Persistan proteinüri, >0,5gr/gün n/N (%)	4 (9,3)	13 (7,6)	0,72	0 (0)	17 (8,7)	0,22
KBH, n/N (%)	7 (16,7)	15 (7,3)	0,17	1 (6,3)	21 (11,3)	0,53
Gastrointestinal perforasyon, n/N (%)	0 (0)	1 (0,6)	1,0	0(0)	1 (0,5)	1,0
Takip sonunda VDI >1, n/N (%)	8 (18,2)	20 (11,7)	0,25	3 (17,6)	25 (12,7)	0,56
Mortalite, n/N (%)	2 (4,5)	7 (4,1)	0,89	2 (11,8)	7 (3,5)	0,10

[PS-257]

Erken yaşta primer Sjögren sendromu ile sistemik mastositozun nadir birlikteliği: Olgu sunumu ve literatür incelemesi

Nagehan Dik Kutlu, Burcu Yağız, Belkıs Nihan Coşkun, Yavuz Pehlivan, Ediz Dalkılıç

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

Amaç: Primer Sjögren Sendromu (pSS), tipik olarak orta yaş kadınlarda görülen bir otoimmün hastalık iken, Sistemik Mastositoz (SM) mast hücrelerinin klonal proliferasyonu ile karakterize nadir bir hastalıktır. Her iki durumun birlikteliği son derece nadir olmakla birlikte, ortak patogenetik mekanizmalara işaret edebilir. Bu bildiri, 22 yaşında, pSS için atipik genç bir kadın hastada tanımlanan pSS ve SM birlikteliğini sunmayı ve bu ilişkiyi literatür eşliğinde tartışmayı amaçlamaktadır.

Yöntem: PubMed, Scopus ve Google Scholar veri tabanları Ocak 1980-Haziran 2025 tarihleri arasında "Sjögren Sendromu", "mastositoz", "overlap", "case report" ve "review" anahtar sözcükleri kullanılarak tarandı. Dahil edilen yayınlar olgu raporu veya olgu serisi olup, iki hastalığın tanısının açıkça konmuş olma kriteri arandı. Çalışmaların demografik verileri, klinik bulguları, tanı yöntemleri ve tedavi yaklaşımları özetlendi.

Bulgular: Yapılan literatür taramasında toplam üç olgu izlendi, herhangi bir olgu serisine ise rastlanmadı. Olguların biri kriterleri karşılamadığı için taramaya dahil edilmedi. Olgulardan biri 34, diğeri 54 yaşında kadın hastaydı. Her iki hastada da önce mastositoza sekonder deri döküntüleri ortaya çıkmış ve ardından sikka belirtileri görülmüştü. Bizim olgumuz 22 yaşında kadındı ve deri bulguları benzer şekilde daha önce ortaya çıkmıştı. Ortak olarak döküntüler gövdede, üst ve alt ekstremitelerde mevcut olup kırmızı maküller şeklindeydi. Diğer olgularda kutanöz mastositoz mevcutken bizim olgumuzda sistemik mastositoz saptanmıştı.

Kemik iliği biyopsisinde mast hücrelerinin %25'ten fazlasının iğsi veya atipik yapıda olması, bu hücrelerde CD25 ekspresyonu izlenmesi, KITD816V mutasyonu saptanması, serum triptaz düzeyinin 5,3 ng/mL (0-11,5 ng/mL). olması ve organ yetmezliği bulgularının olmaması üzerine indolen sistemik mastositoz düşünülmüştü. Tüm olgularda anti-nükleer antikor pozitifti. Tedavide antihistaminikler ve H2 reseptör blokerleri kullanılmıştı. Bizim olgumuzda ise levosetirizin, mast hücre stabilizatörü ve dar band ultraviyole B fototerapi ile lezyonlar tamamen gerilemişti. Tükrük bezi biyopsisi pSS ile uyumlu olması üzerine hidroksiklorokin, dispeptik yakınmaları nedeniyle proton pompa inhibitörü tedaviye eklenmişti. Olgularla ilgili bulgular Tablo 1'de özetlenmiştir. Patogenez açısından mast hücrelerinin, salgıladığı sitokinler vasıtasıyla kronik enflamasyonda ve otoimmünitenin ortaya çıkışında önemli bir rol oynadığı vurgulanmıştır.

Sonuç: pSS ve SM birlikteliği nadir görülmekle birlikte, özellikle atipik seyirli pSS olgularında ve inatçı sistemik semptomlar (örn. flushing, bulantı, karın ağrısı, aralıklı sulu ishal) mevcudiyetinde ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken bir durumdur. Bu birlikteliğin tanınması, söz konusu semptomların yanlışlıkla pSS'nin ekstraglandüler tutulumuna bağlanmasını ve gereksiz immünosupresif tedavi uygulanmasını önleyebilir. Ayrıca, bu iki patolojinin aynı bireyde bir arada bulunması, altta yatan ortak immünopatogenetik mekanizmalara işaret ederek immünolojik bozuklukların anlaşılmasına katkı sağlayabilir. Konunun aydınlatılabilmesi ve ilişkinin nedensel doğasının anlaşılabilmesi için daha fazla olgu sunumu ve moleküler düzeyde çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Döküntü, mastositoz, overlap, Sjögren sendromu

[PS-258]

Andiferansiye sistemik otoenflamatuvar hastalıklarda organ ve doku hasarının prevalansı ve spektrumu: Tek merkez deneyimi

Burak Karakaya[1], Muhammed Fatih Mulayim[2], Rahime Duran[1], İbrahim Karaduman[1], İbrahim Yahya Çakır[1], Esma Eseroğlu[1], Büşra Köksoy[1], Ertuğrul Çağrı Bölek[1], Abdulsamet Erden[1], Hamit Küçük[1], Mehmet Akif Öztürk[1], Berna Göker[1], Mehmet Ali Ergün[2], Abdurrahman Tufan[1]

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

[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Andiferansiye sistemik otoenflamatuvar hastalıklar (USAID), otoenflamatuvar hastalık polikliniklerinde en sık karşılaşılan hasta grubunu oluşturmaktadır. Klinik ve genetik özellikleri itibariyle diğer otoenflamatuvar hastalıklardan ayrışan USAID'lerin prognozuna yönelik kapsamlı bir çalışma bulunmadığından, bu hastalıklar benin seyirli olarak algılanmaktadır. SLE, vaskülitler veya enflamatuvar artritlerde organ hasarının şiddeti, spektrumu ve yol açtığı komplikasyonlar iyi tanımlanmış ve hastalık buna göre yönetilirken, USAID'ler için bu durum hala belirsizdir. Dahası, hasar ile ilişkili organ tutulumları ve klinik parametreler de henüz ortaya konmamıştır. Bu çalışmada, USAID hastalarında fonksiyon bozukluğuna yol açan organ hasarının sıklığını, spektrumunu ve hasarla ilişkili klinik parametreleri araştırdık.

Yöntem: Merkezimiz erişkin romatoloji kliniğine başvuran, 16 yaş üzeri ve USAID tanısı alan hastaların elektronik tıbbi kayıtları demografik ve klinik özellikler açısından incelendi. Bu kapsamda hastalığın başlangıç yaşı, organ tutulumları, kullanılan tedaviler ve organ hasarına ilişkin ayrıntılar değerlendirildi. Hasar, enflamasyon veya tedavi sonucunda gelişen ve klinik olarak anlamlı fonksiyon bozukluğuna yol açan geri dönüşümsüz doku dejenerasyonu olarak tanımlandı. Hasarın sıklığını ve dağılımını belirlemek için tanımlayıcı istatistikler kullanıldı ve hasar ile ilişkili parametreler analiz edildi. Çalışmaya, 2019 EULAR/PRINTO kriterlerine göre herhangi bir otoenflamatuvar hastalık grubunda sınıflandırılamayan ve WES/CES analizlerinde klinik olarak açıklayıcı patojenik varyant saptanmayan olgular dahil edildi. Bu kriterlere uyan toplam 118 hasta analize dahil edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 118 hastanın medyan yaşı 37 (16-71) olup, 71'i (%60) kadındı. Hastalık ilişkili semptomların başlama yaşı medyan 24 (1-61) olarak belirlendi. En sık görülen semptomlar artralji (%41), karın ağrısı (%41) ve ateş yüksekliği (%33) idi. Hastaların 16'sında (%13,6) semptomlar kronik özellikteydi. USAID ilişkili hasar 50 hastada (%42,4) saptandı ve en sık böbrek tutulumu ile ilişkiliydi. Hasar saptanan olguların 25'inde (%50) ise en az iki organ sisteminde eş zamanlı hasar mevcuttu.

Sonuç: USAID'li hastalarda hasar spektrumu geniş olup hastaların önemli bir kısmını etkilemektedir. Doku ve organ hasarı özellikle renal, nörolojik, kardiyovasküler sistemlerde ve sensorinöral işitme kaybında daha belirgin görülmektedir. Çalışmamızda USAID tanılı hastaların %42,4'ünde hastalık ilişkili hasar saptanmıştır. Erken dönemde başlanan ampirik tedavinin, sistemik veya organa sınırlı enflamasyonun etkin şekilde kontrol altına alınması açısından kritik öneme sahip olduğu; böylece uzun dönem komplikasyonların ve geri dönüşsüz hasarın önlenebileceği düşünülmektedir. Ampirik tedavi, enflamatuvar sürecin erken kontrolü ile ilerleyici doku hasarı ve fonksiyon kaybı riskini azaltmada temel bir strateji olabilir.

Anahtar Kelimeler: Otoenflamatuvar hastalık, hasar indeksi, prognoz

[PS-259]

Gerçek yaşam verileriyle Jak inhibitörlerinin güvenlik profili: Retrospektif bir analiz

Meysere Nur Akuç, Burcu Yağız, Belkıs Nihan Coşkun, Yavuz Pehlivan, Hüseyin Ediz Dalkılıç

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

Amaç: Janus Kinaz (JAK) inhibitörleri, özellikle romatoid artrit, psöriyatik artrit ve ankilozan spondilit gibi enflamatuvar romatizmal hastalıkların tedavisinde kullanılan hedefe yönelik sentetik hastalık modifiye edici ilaçlar (tsDMARDs) arasında yer almaktadır. Tofasitinib, barisitinib, upadasitinib ve filgotinib gibi ajanlar, özellikle biyolojik DMARD'lara (bDMARDs) yanıt vermeyen veya intolerans gösteren hastalar için önemli bir tedavi seçeneği sunmaktadır. Ancak, immün-modülatör etkileri nedeniyle ciddi advers olaylara yol açma potansiyeli taşımaktadırlar. Bu çalışma, JAK inhibitörü kullanımına bağlı advers etkileri değerlendirerek gerçek yaşam verilerinin ortaya çıkarılması amaçlanmıştır. Özellikle enfeksiyon riski, kardiyovasküler olaylar ve emboli-tromboz gelişimi açısından bu ilaçların güvenlik profilinin ortaya koyulması hedeflenmiştir.

Yöntem: Son 15 yılda romatoid artrit, psöriatik artrit, ankilozan spondilit, sistemik lupus eritematozus tanısı ile jak inhibitörü kullanan tüm hastalar retrospektif olarak taranmıştır. Hastaların demografik verileri, ek hastalıkları, alışkanlıkları, JAK inhibitörleri ile birlikte kullandığı ilaçlar, ilaç kullanım süresi, ilaç kullanımı esnasında gelişen fırsatçı enfeksiyonlar, emboli ve tromboz, serebrovasküler olay, aterosklerotik kalp hastalığı ve alerji gelişimi açısından hasta dosyaları incelenmiştir.

Bulgular: JAK inhibitörü kullanan hastaların sayısı n=382'dir. Bu hastaların n=298'i (%78) kadın, n=84'ü (%22) erkektir. İlaca başlangıç yaşı 48,7±12,7'dir. JAK inhibitörü kullanan hastaların hastalık süresi medyan 114 aydır (min-maks: 1-507). Hastaların 281'inin tanısı romatoid artrit, 58'inin tanısı ankilozan spondilit, 33'ünün tanısı psöriatik artrit, 3'ünün tanısı sistemik lupus eritematozus idi. 7'sinde ise iki romatolojik hastalık birlikteliği vardı. Hastaların n=131'inde (%34, 3) hipertansiyon, n=37'sinde (%9,7) koroner arter hastalığı, n=56'sında (%14,7) diyabetus mellitus mevcuttu. Yüz bir hastada (%26,4) barisitinib, 201 hastada (%52,6) tofacitinib ve 80 hastada (%20,9) upadasitinib kullanımı mevcuttu. Yüz seksen üç hasta (%47,9) jak inhibitörü kullanımına devam etmekte olup 195 hasta (%51) ilaca yanıtsızlık ya da yan etkiler nedeniyle devam edememiştir. 221 hasta jak inhibitörleri ile birlikte eş zamanlı kortikosteroid, 237 hasta eş zamanlı konvansiyonel DMARD kullanmaktaydı.Yan etki profiline bakılacak olursa 13 hastada (%3,4) ciddi enfeksiyon, 11 hastada (%2,9) zona, 6 hastada (%1,6) alerji, 5 hastada (%1,3) serebrovasküler olay, 7 hastada (%1,8) malignite, 2 hastada derin ven trombozu (%0,5), 2 hastada (%0,5) majör kardiyak hadise, 2 hastada (%0,5) pulmoner tromboemboli gelişmiştir.

Sonuç: Gerçek yaşam verileri, JAK inhibitörleri ile tedavi edilen hastalarda enfeksiyonlar, majör kardiyak olaylar ve tromboembolik komplikasyonların belirgin advers etkiler olarak ortaya çıktığını göstermektedir. Bu bulgular, klinik çalışmalarda bildirilen güvenlik profili ile uyumludur. Tedavi esnasında özellikle enfeksiyon ve kardiyovasküler riskler dikkatle izlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Advers etki, jak inhibitörü, romatoid artrit, spondiloartrit

[PS-260]

Romatoid artrit ve akciğer biyopsisi: Retrospektif olgu serisi

Buğu Bulat[1], Olcay Kurtulan[2], Toros Selçuk[3], Sevgen Çelik Önder[2], Ömer Karadağ[1], Şule Apraş Bilgen[1], Oğuz Karcıoğlu[3], Deniz Köksal[3], Levent Kılıç[1], Umut Kalyoncu[1]

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

[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

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

Amaç: Romatoid artrit (RA), enflamatuvar artrit ve ekstra artiküler sistemik tutulum ile karakterize kronik, otoimmün bir hastalıktır. RA hastalarında sık tutulan ekstraartiküler dokulardan biri olan akciğerin hastalık başlangıcında rol aldığını ön gören yayınlar mevcuttur. Bu olgu serisinde akciğer biyopsisi yapılmış RA hastalarının klinik, radyolojik ve patolojik bulguları değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Ocak 2014-Aralık 2024 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Patoloji Anabilim Dalı'nda akciğer biyopsisi bulunan hastaların bilgileri "interstisyel" anahtar kelimesi ile taranmıştır. Saptanan 213 hastanın verisi geriye yönelik olarak incelenmiştir. 11 RA, 8 ANCA ilişkili vaskülit, 5 sarkoidoz, 3 Sjögren sendromu, 2 Ailevi Akdeniz Ateşi, 1 Behçet hastalığı, 1 IgG4 ilişkili hastalık ve 1 sistemik skleroz ön tanısı bulunan hasta saptanmıştır. RA ön tanısı olan 11 hastanın klinik ve radyolojik tanıları gözden geçirilmiştir. Buna göre klinik olarak tanısı doğrulanan 9 RA hastası analize dahil edilmiştir. Bu hastaların yaşları, tanı zamanı, sigara öyküsü, akciğer biyopsi tarihi, romatoid faktör (RF) ve anti-siklik sitrüline peptit (anti-CCP), akciğer biyopsisi öncesi kullanmakta olduğu tedaviler, akciğer biyopsisine en yakın akciğer BT bulguları [nodül, non-spesifik interstisyel pnömoni (NSIP), olağan interstisyel pnömoni (UIP)] ve akciğer patolojisinde saptanan bulguları kaydedilmiştir.

Bulgular: RA tanılı ve akciğer biyopsisi alınan 9 hastanın 5'i kadın (%55,5) 4'ü erkekti. Hastaların biyopsi sırasında yaş ortalaması 54,7 (±11,0), RA tanı yaş ortalaması 49,3 yıldı (±16,1). Bir hasta juvenil başlangıçlıydı (yaş: 15). Beş hasta aktif/eks-smokerdı, 3 hastanın sigara kullanım öyküsü yoktu. Sigara kullanan hastaların medyan kullanımı 27,5 (IQR 10-60) paket/yıldı. Hastalarında hepsinde romatoid faktör yüksek titre pozitifti. Anti-CCP antikorlar ise 1 hastada negatif, 1 hastada düşük titre pozitif, diğer hastalarda ise yine yüksek titre pozitifti. Dört hastada (%44,4) RA tanısından önce akciğer biyopsisi alınmıştı. 8/9 (%88,9) hastada biyopsi öncesi toraks BT'de pulmoner nodül saptandı. 6/9 (%66,7) hastada eşlik eden interstisyel akciğer hastalığı (İAH) da mevcuttu. Bu hastalardan birinde olağan interstisyel pnömoni paterni, birinde

lenfoid interstisyel pnömoni, 1 hastada erken evre interstisyel değişiklikler ve 3 hastada non-spesifik interstisyel pnömoni paterni saptandı. Kaviter lezyonlarda ise nekrotizan granülomatöz enflamasyon asıl patoloji bulgusuydu.

Sonuç: RA hastalarında akciğer tutulumu (nodül, plevra ve interstisyel değişiklikler) sık olmakla birlikte akciğer biyopsisine nadiren gidilmektedir. Çoğu hastada biyopsi nedeni nodül ve malignite ekartasyonudur. Buna karşın İAH da biyopsi yapılan hastalarda önemli bir neden olarak göze çarpmaktadır. Özellikle hastaların neredeyse yarısında akciğer biyopsisi sırasında RA tanısının olmaması, ancak takipte RA gelişimi saptanması hastalık patogenezinde akciğerin rolünü düşündüren önemli bir bulgudur. Yine hastaların hepsinde kuvvetli RF ve/veya anti-CCP pozitifliğinin olması, genel RA popülasyonuna göre daha sık erkeklerde biyopsi yapılmış olması RA'nın seçilmiş bir grubunda akciğerin tutulmuş olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, interstisyel akciğer, akciğer biyopsi

[PS-261]

Dev hücreli arterit hastalarında kardiyovasküler sorunlar genel popülasyondan farklı mı?

Ali Aytuğ Kuştaş[1], Çisem Okur Maden[2], Elif Akyazı Şener[3], Enver Caner Ceran[4], Zehra Karaman Ongun[5], Gül Sandal Uzun[6], Emine Uslu[5], Levent Kılıç[1], Sevinç Can Sandıkçı[4], Cem Özişler[4], Umut Kalyoncu[1], Aşkın Ateş[5], Berivan Bitik[2], Ahmet Omma[3], Eftal Yücel[2], Ömer Karadağ[1]

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

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

[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

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

[6]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Dev hücreli arterit (DHA) 50 yaş ve üzerinde görülen büyük damar vaskülitidir. Gerek enflamasyon kaynaklı artmış ateroskleroz gerekse de yaş grubu nedeniyle artmış kardiyovasküler hastalık ihtimali akla gelebilmektedir. Diğer taraftan DHA tedavisinde Amerika ve Avrupa'da yeni onay olan upadasitinib için aday hastaların kardiyovasküler hastalık riski açısından değerlendirilmesi de önerilmektedir. Hastalığın ülkemizde nadir görülmesi nedeniyle bu konuda yeterli bilgi bulunmamaktadır. Türkiye Vaskülit Çalışma Grubu Prospektif Veritabanı olan TRVaS üyesi Ankara'da bulunan 3 üniversite ve 2 şehir hastanesi Romatoloji Kliniklerinde görülmüş/görülmekte olan dev hücreli arterit tanılı hastaların bu çalışma için kesitsel olarak kardiyovasküler değerlendirilmelerinin yapılması ve bu parametreler açısından prospektif takibi amaçlandı.

Yöntem: Hastalar kraniyel DHA, büyük damar DHA ve eşlik eden Polimiyaljia Romatika (PMR)'ya göre gruplandırıldı. DHA tanısına yönelik laboratuvar, görüntüleme ve histopatolojik özellikler ile tedavileri TRVaS veri tabanına kaydedildi. 2022 ACR/EULAR sınıflandırma kriterlerini karşılama durumları belirlendi. Ek olarak çalışma özelinde hastaların DHA tanısı öncesi ve sonrasında hipertansiyon (HT), diabetes mellitus (DM), dislipidemi, periferik arter hastalığı, serebrovasküler hastalık (SVO), derin ven trombozu (DVT), koroner arter hastalığı (KAH) tanıları gözden geçirildi. Varsa bu hastalıklara yönelik almış/almakta olduğu tedaviler kaydedildi. DHA hastalarına ait kardiyovasküler hastalık sıklıkları ülkemizin yaş ve cinsiyet benzer grup verileriyle karşılaştırıldı.

Bulgular: Toplam 174 DHA hastası (kadın/erkek: %62,1/ %37,9) çalışmaya dahil edildi. Hastaların tanı anında ortalama yaşı 69±8,5 idi. Temporal arter biyopsisi yapılan 98 (%56,3) hastanın 69'unda (%70,4) temporal arterit ile uyumlu bulgular görüldü. Otuz dokuz (%22,4) hastanın temporal arter ultrasonografisinde tanı ile uyumlu bulgular saptandı. 110 (%63,2) hasta DHA, 64 (%36,8) hasta ise DHA + PMR tanısı ile takip edilmekteydi. Hastaların 117'sinin (%67,2) kraniyal DHA, 44'ünün (%25,3) büyük damar DHA, 13'ünün (%7,5) ise kraniyel-büyük damar DHA tanısı mevcuttu (Tablo 1). Hastaların DHA tanısı öncesi KAH [Stent/Koroner Arter Bypass Grefti (CABG)] sıklıkları %18,4 (n=32) (%5,7/%2,9); periferik arter hastalığı, SVO, DVT, HT, DM, dislipidemi sıklıkları ise sırasıyla %2,9 (n=5), %4,6 (n=8), %0,6 (n=1), %58,6 (n=102), %24,1 (n=42), %17,8 (n=31) şeklindeydi. Medyan 27,5 ay (IQR: 6-60 ay) takip süresince hastalardaki toplam KAH (Stent/CABG)), periferik arter hastalığı, SVO, DVT, HT, DM, Dislipidemi sıklıkları sırasıyla %23 (n=40) (%8,6/%4,6), %5,7 (n=10), %5,7 (n=10), %1,7 (n=3), %70,1 (n=122), %32,8 (n=57), %28,2 (n= 49) idi. Hastalık alt grupları açısından yapılan değerlendirmede DHA + PMR hastalarında DM sıklığının DHA hastalarına göre daha fazla olduğu saptandı (%43,7 vs %26,4; p=0,018).

Sonuç: DHA hastalarında kardiyovasküler hastalık sıklıkları toplumla benzerlik göstermektedir (Şekil 1). Kesitsel analiz sonuçlarının uzun dönem takiplerine ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Dev hücreli arterit, GCA, kardiyovasküler hastalık

Şekil 1. Çalışma Popülasyonundaki Komorbidite Sıklıklarının Türkiye Geneli Verileri ile Karşılaştırılması

Komorbidite	Çalışma (n=174) n (%)	Türkiye Geneli (>60 Yaş)[1] %
Hipertansiyon (HT)	122 (%70,1)	% 74-83
Diabetes Mellitus (DM)	57 (%32,8)	% 35
Hiperlipidemi	49 (%28,2)	% 18-26
Koroner Arter Hastalığı (KAH)	40 (%23)	% 22
Serebrovasküler Olay (SVO)	10 (%5,7)	% 6-11

[1] Karan MA, Satman İ (Editörler). Türkiye Yaşlı Sağlığı Raporu: Güncel Durum, Sorunlar ve Kısa-Orta Vadeli Çözümler. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü Yayın No: 48569, İstanbul 2021.

[PS-262]

Juvenil dermatomiyozitte antikor klinik ilişkisi

Ece Aslan, Ecem Torun, Zeynep Torunoğlu Bek, Nergis Akay, Ümit Gül, Elif Kılıç Könte, Esma Aslan, Aybüke Günalp, Mehmet Yıldız, Sezgin Şahin, Kenan Barut, Özgür Kasapçopur

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

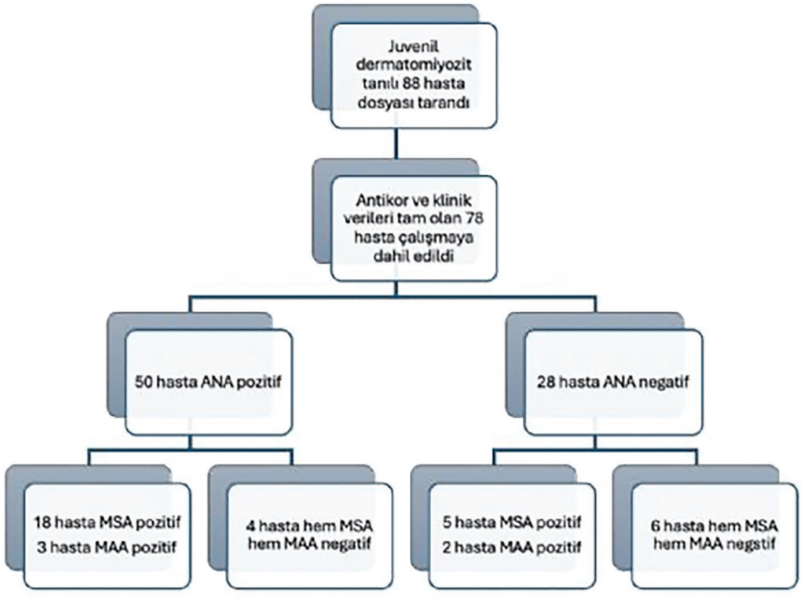
Amaç: Juvenil dermatomiyozit (JDM), çocukluk çağının en sık görülen enflamatuvar miyopatisidir. Simetrik proksimal kas güçsüzlüğü ile karakterize miyozit ve patognomonik deri bulguları (Gottron papülleri, heliotropik döküntü vb.) ile prezente olur. Otoantikorlar, hastalığın fenotipik çeşitliliğini anlamada ve prognostik öngörü sağlamada önemli bir yer tutmaktadır. JDM olgularının %60-70'inde antinükleer antikor (ANA) pozitiftir, ancak spesifik bir klinik ilişki göstermemektedir. Buna karşılık miyozit-spesifik antikorlar (MSA) olguların yaklaşık %60-70'inde, miyozit-ilişkili antikorlar (MAA) ise %10-20'sinde pozitif bulunur. MSA ve MAA otoantikorlarının çeşitli klinik bulgular ile korelasyonu bilinmektedir. Ancak bu otoantikor testlerine erişim kısıtlı olduğundan, özellikle ANA negatif JDM hastalarını daha iyi tanımlayabilmek ve nadir görülen MSA ile MAA pozitifliklerinin klinik ile ilişkisini ortaya koymak amaçlanmıştır.

Yöntem: İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Çocuk Romatoloji Kliniği'nde izlenmekte olan, EULAR/ACR 2017 tanı kriterlerine göre JDM tanısı almış 88 hastanın antikor panelleri ve klinik özellikleri geriye dönük olarak incelendi. Veriler SPSS IBM v27 programı ile analiz edildi.

Bulgular: Toplam 88 hastadan antikor ve klinik verileri yeterli olan 78 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların %66,6'sı (n=52) kız cinsiyetteydi. Ortanca tanı yaşı 6,9 yıl (1,5-15,9 yıl), ortanca izlem süresi 6,0 yıl (0,2-36,4 yıl) idi. Hastaların 28'i ANA negatif (%35,8), 50'si ANA pozitifti (%64,1). Yetmiş sekiz hastanın 35'ine MSA/MAA paneli çalışılmış olup, bunların 10'unda herhangi bir MSA veya MAA saptanmadı. Antikor panellerinde; 10 hastada anti-NXP2, 8 hastada anti-TIF1g, 3 hastada anti-MDA5, birer hastada anti-Mi2, anti-Pl7 ve anti-Pl12 pozitif bulundu. Ayrıca 6 hasta ANA dahil tüm antikorlar açısından negatifti. ANA pozitif grubun ortanca tanı yaşı 6,2 yıl olup, ANA negatif gruptan (7,8 yıl) belirgin derecede daha düşüktü (p=0,019). ANA negatif JDM grubunda interstisyel akciğer hastalığı sıklığı %21,4 (n=6) iken, ANA pozitif grupta %6,0 bulunmuş ve fark anlamlıydı (p=0,041). Ayrıca artrit de ANA negatif hastalarda daha sık gözlendi (%35,7'ye karşı %14,0; p=0,026). Diğer organ tutulumları açısından ise ANA pozitifliği ile anlamlı bir ilişki saptanmadı. Anti-TIF1g pozitifliği, myozit ile ters bir ilişki gösterdi. Anti-TIF1g pozitif olgularda myozit oranı %37,5 iken, negatiflerde %85,2 idi (p=0,015). Anti-MDA5 pozitif olguların tamamında artrit mevcutken, negatiflerde bu oran yalnızca %6,3'tü (p=0,0015). Ayrıca, Anti-MDA5 pozitifliği interstisyel akciğer hastalığı ile eğilimsel bir ilişki gösterdi (%66,7'ye karşı %15,6; p=0,095). Anti-Sm/RNP pozitifliği livedo reticularis ile ilişkili bulundu (p=0,045). Anti-NXP2 pozitifliği ise beklenenin aksine kalsinozis ve diğer organ tutulumları ile anlamlı bir ilişki ortaya koymadı (tüm karşılaştırmalarda p≥0,05). Herhangi bir antikoru pozitif olan olgular ile tüm antikorları negatif olan 6 olgu karşılaştırıldığında ise klinik özellikler açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Sonuç: Bu çalışmada JDM olgularında otoantikorların klinik bulgularla ilişkisi değerlendirildi. Bulgularımız, ANA negatif olguların daha ileri yaşta tanı aldığını ve bu grupta interstisyel akciğer hastalığı ile artrit sıklığının daha yüksek olduğunu ortaya koydu. Erişkin dermatomiyozitte ANA negatiflik sıklıkla malignite ile ilişkilendirilmekteyken, juvenil grupta hiçbir malignite olgusuna rastlanmamış olması ANA negatif JDM'nin ayrı bir klinik alt grup olarak tanımlanması gerekliliğini düşündürmektedir. Bu bulgular, JDM'de otoantikorların klinik fenotip ile ilişkisini ortaya koymakla birlikte, özellikle nadir antikor pozitifliklerinde sonuçların dikkatle yorumlanması gerektiğini göstermektedir. Çalışmanın en önemli kısıtlılıkları, her hastadan MSA/MAA paneli çalışılamamış olması ve örneklem büyüklüğünün bazı alt gruplar için sınırlı kalmasıdır.

Anahtar Kelimeler: Juvenil dermatomiyozit, miyozit spesifik antikorlar, miyozit ilişkili antikorlar, anti nükleer antiko



Şekil 1. Çalışmaya dahil edilen juvenil dermatomiyozit hastalarının akış şeması

[PS-263]

Acrodermatitis continua of hallopeau ve artrit: Bir olgu sunumu ve sistematik derleme

Buğu Bulat[1], Gizem Ayan[1], Sibel Doğan Günaydın[2], Levent Kılıç[1], Umut Kalyoncu[1]

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

[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Acrodermatitis Continua of Hallopeau (ACH), püstüler psoriasisin nadir görülen bir varyantıdır. Özellikle de püstüler psoriasis hastalarında, psoriatik artrit (PsA) prevalansı daha yüksek olmakla birlikte ACH-PsA ilişkisi literatürde iyi tanımlanmış bir durum değildir. Bu yazıda, ACH ve PsA tanısı almış bir hasta ile birlikte ACH ile artrit birlikteliğini ele alan literatürün sistematik bir derlemesini sunuyoruz.

Yöntem: Literatür derlemesi Ocak 2000-Ağustos 2025 tarihleri arasında "Acrodermatitis Continua of Hallopeau" MeSH terimi kullanılarak PubMed veri tabanı üzerinden yapıldı. Tarama sonucunda çıkan yayınlar (n=214) içerisinden ACH hastalarına ait klinik verileri içeren ve İngilizce tam metnine ulaşılabilen yayınlar seçildi (n=25). Seçilen yayınlarda sunulan olguların demografik klinik özellikleri ve tedavi detayları derlendi.

Bulgular: Retinitis pigmentosa ve psoriasis öyküsü bulunan 31 yaşında erkek hasta, Kasım 2018'de eklem ağrısı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Deri lezyonları 8 yıl önce avuç içi ve ayak tabanında başlamış, biyopsi ile püstüler psoriasis tanısı konmuştu. Son 6 yıldır el ve ayak parmaklarında hassasiyet ve şişlik vardı, aksiyal yakınması yoktu. Fizik muayenede el ve ayak parmak uçlarında eritemli, pullu-püstüler döküntüler; tutulmuş tırnaklarda ileri onikoliz, subungual hiperkeratoz ve belirgin yapısal bozulma izlendi. Sağ el 2. ve 3. distal interfalangeal (DİF) eklemler, sol el 3. ve 4. DİF eklemleri şiş ve hassastı. Sağ ayak 4. parmağında daktilit saptandı (Şekil 1). Rutin laboratuvar testleri normaldi; RF ve anti-CCP negatifti. Direkt grafilerde el ve ayak küçük eklemlerinde (özellikle sol el 3.-4. DIF, sağ el 3. DIF, sağ ayak 4. MTP ve DIF) erozyonlar ve kistik lezyonlar izlendi. Hastaya psoriatik artrit ve ACH tanısı konuldu ve metotreksat tedavisi başlandı. Metotreksat tedavisinin takibinde deri lezyonlarında düzelme gözlense de artriti devam etti. Bu nedenle adalimumab tedavisine geçildi ve hasta bu tedavi altında hem deri hem eklem yanıtı izlendi. Toplam 25 yayında raporlanmış 50 olgu değerlendirildi. Olguların yaşları geniş bir aralıkta (15-82) olup cinsiyet dağılımında belirgin yatkınlık izlenmedi. En sık tutulan eklemler DIF eklemler olmakla birlikte bazı olgularda MTF, MKF, diz ve ayak bileği tutulumu da gözlenmiştir. Yalnızca 2 hastada aksiyel tutulum görülmüştür. Tedavide anti-TNF ajanları (adalimumab, etanercept, infliksimab), IL-17 inhibitörleri (sekukinumab, iksekizumab, bimekizumab), IL-23 inhibitörleri (guselkumab, tildrakizumab), IL-36 inhibitörü (spesolimab), JAK inhibitörü (upadasitinib) yanı sıra metotreksat, sülfasalazin, asitretin ve NSAİİ (selekoksib) kullanılmıştır. Hem deri hem eklem bulgularında düzelme toplam 14 hastada bildirilmiştir. Bunların 6'sı anti-TNF ajanları (n=4 adalimumab [tek başına veya MTX ile kombinasyon], n=1 etanercept, n=1 infliksimab), 2'si konvansiyonel DMARD/NSAİİ (n=1 sulfasalazin, n=1 selekoksib + sulfasalazin), 3'ü IL-17 inhibitörleri (n=2 sekukinumab, n=1 bimekizumab) ve 2'si IL-23 inhibitörleri (n=1 guselkumab, n=1 tildrakizumab) ile tedavi edilmiştir. Yedi olguda ise dire bulgularında düzelme bildirilmişken eklem durumu ile ilgili bilgi verilmemiştir. Tedavide anti-TNF ajanları ile düzelme sağlanmış ancak tedavi kesildiğinde 1 hastada nüks görülmüştür.

Sonuç: Literatürde ACH ve PsA birlikteliği %7,7-62,5 oranında bildirilmiş olup, sıklıkla DIF artriti bildirilmekle beraber diğer eklemlerin tutulduğu olgular da bulunmaktadır. Nadir olarak aksiyel tutulum da görülmektedir. Anti-TNF ajanları, ancak tedavi kesildiğinde nüks riski bulunmaktadır. IL-17 ve IL-23 inhibitörleri de etkili olmuş, özellikle sekukinumab ile anlamlı iyileşmeler bildirilmiştir. IL-36 inhibitörü spesolimab ve JAK inhibitörü upadacitinib ise umut verici sonuçlar sunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Acrodermatitis continua of hallopeau, psöriyatik artrit, biyolojik ajanlar

Şekil 1. Hastanın bilateral el dorsum fotoğrafı

[PS-264]

Peripartum kardiyomiyopati ile karışan lupus miyokarditi: Başarıyla yönetilen bir olgu

Yunus Emre Dalkılıç, Fatih Mehmet Doğan, Berkay Soysal, Emine Büşra Ata, Sedat Yılmaz

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

Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE), bağışıklık sisteminin çok sayıda organı etkileyebildiği kronik otoimmün bir hastalıktır. Kardiyak tutulum, SLE'de nadir görülmekle birlikte ciddi morbidite ve mortalite nedenleri arasında yer almaktadır. Gebelik ve doğum sonrası dönem, hormonal ve immünolojik değişiklikler nedeniyle hastalık aktivitesinin arttığı, komplikasyonların sık görüldüğü bir süreçtir. Özellikle antifosfolipid sendromu (AFS) eşlik eden olgularda tromboembolik olaylar, obstetrik komplikasyonlar ve organ tutulumu riski belirgin olarak artmaktadır. Bu yazıda, postpartum dönemde peripartum kardiyomiyopati (PPK) ile karışabilen lupus miyokarditi gelişen, SLE ve AFS öyküsü olan genç bir kadın hasta sunulmaktadır.

Olgu: Otuz dört yaşında kadın hasta, 32. gebelik haftasında preeklampsi nedeniyle acil sezaryen ile doğum yapmıştır. Doğumdan bir hafta sonra karın ağrısı ve çarpıntı şikayetleriyle acil servise başvurmuştur. Kardiyak enzimleri belirgin yüksek bulunmuş, ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonu %35, global hipokinezi saptanmıştır. PPK ön tanısı ile yoğun bakıma yatırılan hastanın öyküsünde SLE ve AFS tanıları mevcuttu. Fizik muayenede malar raş ve sol ayakta chilblain lupus lezyonu dikkati çekmiştir (Şekil 1). Laboratuvar incelemelerinde anemi, trombositopeni, proteinüri, yüksek CRP ve sedimentasyon ile anti-dsDNA yüksek titre pozitifliği saptanmıştır. Bulgular, lupus miyokarditi olasılığını kuvvetlendirmiştir. Hastaya 3 gün boyunca pulse metilprednizolon tedavisi uygulanmış, ardından 5 gün intravenöz immünoglobulin verilmiştir. Takipte oral prednizolon ve takrolimus başlanmıştır. İki haftalık izlem sonucunda döküntüler gerilemiş, enflamatuvar belirteçler normale dönmüş, ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonu %60'a yükselmiş ve hipokinezi bulguları kaybolmuştur.

Sonuç: Bu olgu, postpartum dönemde gelişen kardiyak yakınmaların yalnızca peripartum kardiyomiyopatiye bağlanmaması gerektiğini göstermektedir. SLE ve AFS öyküsü olan kadınlarda lupus miyokarditi önemli bir ayırıcı tanıdır. Erken tanı ve uygun immünosüpresif tedavi sayesinde hastamızda hızlı klinik iyileşme ve kalp fonksiyonlarının tamamen düzelmesi sağlanmıştır. Multidisipliner yaklaşım, bu gibi karmaşık olgularda hastanın prognozunu belirgin şekilde iyileştirmektedir.

Anahtar Kelimeler: Lupus miyokardit, peripartum kardiyomiyopati, sle ve gebelik, sistemik lupus eritematozus

Şekil 1. Malar döküntü ve chilblain lupus, (A) Yüzde ve burun köprüsünde simetrik yerleşimli, hafif eritemli malar döküntü. (B) Sol ayağın lateral plantar yüzünde, eritem ve skuamla birlikte seyreden, morumsu ülseratif plaklar

[PS-265]

Behçet sendromunda sosyoekonomik düzey

Tümay Ak[1], Sabriye Güner[2], Büşra Albayrak[3], Günay Can[3], Yusuf Demir[4], Melikşah Taner[4], Çiğdem Oba Kaymaz[4], Burhan Engin[4], Evrim Uman[5], Uğur Uygunoğlu[5], Didar Uçar[6], Ali İbrahim Hatemi[7], Aykut Ferhat Çelik[7], Serdal Uğurlu[2], Gülen Hatemi[2], Melike Melikoğlu[2], Emire Seyahi[2]

[1]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

[2]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

[3]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul*

[4]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

[5]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul*

[6]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

[7]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul*

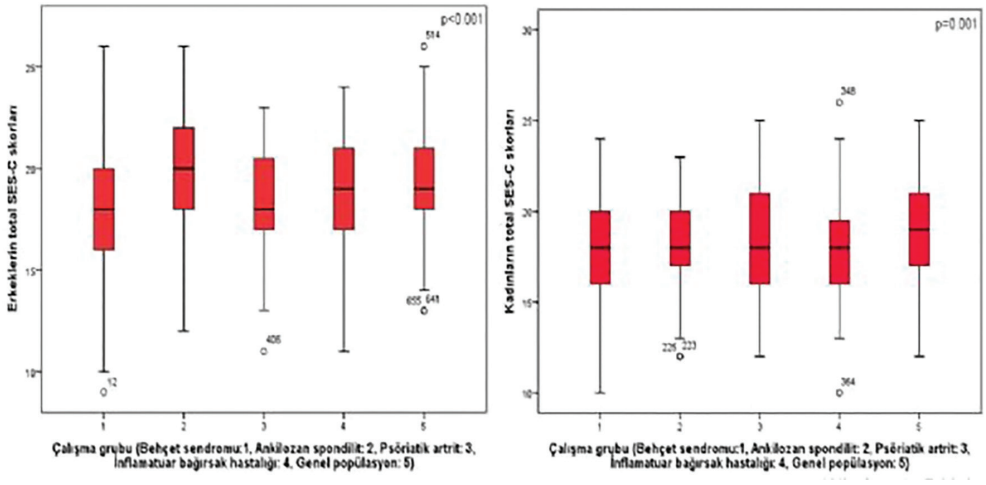
Amaç: Behçet sendromu (BS) etyopatogenezi aydınlatılmamıştır. Genetik yatkınlık yanında çevresel faktörlerin de rol oynadığı düşünülmektedir. Özellikle, hastalığın karakteristik deri-mukoza bulguları, paterji testi, artmış nötrofilik aktivite, hastalığın zaman geçtikçe aktivitesinin sönmesi etyo-patogenezde çevresel faktörlerin etkili olabileceğini düşündürmektedir. BS'nin sosyoekonomik boyutu ve hastalık aktivitesi ile ilişkisi yeterince araştırılmamıştır. Bu çalışmada BS hastalarının sosyoekonomik düzeyinin (SED) diğer enflamatuvar hastalıklar ve genel popülasyon ile karşılaştırılması ve bu duruma etki eden faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışma Mayıs 2024 ve Ağustos 2025 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinde yürütülmüştür. Çalışmada sosyoekonomik düzeyi (SES) değerlendirmek için öncelikle Türkçeye geçerlilik ve güvenilirliği gösterilen In-Charge Financial Distress/Financial Well-being (IFDFW) ve Sosyoekonomik düzey-Bileşik (SED-B) ölçekleri kullanılmıştır. Çalışmada polikliniklerimize ardışık olarak başvuran 499 (295E/204K) BS, 137 (80E/57K) ankilozan spondilit (AS), 105 (44E/61K) psöriatik artrit (PSA) ve 134 (79E/55K) enflamatuvar bağırsak hastalığı (İBH) hastası ile bilinen enflamatuvar hastalığı olmayan BS hastaları ile benzer yaş ve cinste olan 324 (168E/156K) gönüllü bireye yüz yüze anketler uygulanmıştır. Erkek ve kadın bireyler kendi aralarında ayrı ayrı karşılaştırılmıştır. BS hastalarında hasar derecesi BODI ve Krause indeksleri ile, hastalık aktivitesi ise BDCAF ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hem erkek hem de kadınlarda BS hastaları sosyoekonomik olarak en düşük düzeydeydi (p≤0,001) (Şekil 1). Ayrıca, kadın BS hastaları erkeklere göre biraz daha düşük skorlara sahipti. Erkek BS hastalarında hastalık hasar göstergeleri kadınlara göre anlamlı derecede daha yüksekti (p≤0,001). Öte yandan kadınlarda BDCAF skorlarının önemli derecede yüksek olması dikkat çekti (p≤0,001) . Tüm katılımcılar arasında BS [OR: 0,508, %95 CI (0,367-0,704), p≤0,001] ve IBH [OR: 0,592, %95 CI (0,375-0,935), p=0,025] tanıları bulunması, erkek olmak, vücut kütle indeksi artışı, evli olmak, aktif sigara içicisi olmak, işsiz olmak ve sağlık bakımına zor ulaşım SED'in bağımsız prediktörlerini oluşturmaktaydı. BS hastaları arasında tek değişkenli analizde parankimal nörolojik ve pulmoner arter tutulumları ile düşük görme keskinliği anlamlı prediktörler olarak belirlendi. Ancak yalnızca pulmoner arter tutulumu çok değişkenli analizde anlamlılığa yakın düzeyde kaldı (p=0,065). BODI skoru tek değişkenli analizde anlamlı bir prediktör olarak görülse de çok değişkenli analizde anlamlı bulunmadı. BS hastalarında, BDCAF skoru, SED ile en güçlü derecede ilişkili bağımsız parametre idi [OR: 0,818, %95 CI (0,716-0,934), p=0,003]. Genital ülser, artralji, aktif göz tutulumu ve baş ağrısı/nörolojik bulgular BDCAF'in SED üzerine etkili önemli bileşenlerini teşkil etmekteydi.

Sonuç: Çalışmamızda, BS hastalarının, diğer enflamatuvar hastalıklar ve genel popülasyona kıyasla en düşük sosyoekonomik düzeye sahip olduğu gösterilmiştir. Bu durumun hastalık aktivitesi ile ilişkili olması etyopatogenezde mikrobiom ve çevresel faktörlerin rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Öte yandan, hastalık aktivitesi iş gücüne katılımı kısıtlayarak ekonomik açıdan olumsuz sonuçlara yol açabilir. Dolayısıyla, düşük sosyoekonomik düzey hem hastalığın olası tetikleyicisi hem de sonucu olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, BDCAF skoru, etiyopatogenez, hasar indeksleri, hastalık aktivitesi, sosyoekonomik düzey



Şekil 1. Erkek ve kadınlarda gruplar arasında sosyoekonomik düzeyin karşılaştırılması, Erkek: Behçet sendromu vs Ankilozan spondilit; p≤0.05, Behçet sendromu vs Genel popülasyon; p≤0.05. Kadın: Behçet sendromu vs Psöriatik artrit; p≤0.05, Behçet sendromu vs Genel popülasyon; p≤0.05

[PS-267]

Enflamatuvar bel ağrısı ile başvuran bir hastada aksiyel spondilit ile birlikte eşlik eden bruselloz

Mehmet Akif Eksin

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç: Romatoloji pratiğinde bel ağrısı ile başvuran hastalar önemli bir yer tutmakta olup bu olgularda enflamatuvar bel ağrısının ve buna neden olabilecek ayırıcı tanıların dikkatle değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu olgu sunumunda fizik tedavi kliniği tarafından enflamatuvar bel ağrısı nedeniyle yönlendirilen bir hastada tespit edilen aksiyel spondilit ve eşlik eden brusellozdan bahsedilmiştir.

Olgu: A.T. 37 yaşında, erkek hasta. Hasta bir yıl önce başlayan sırt ve bel ağrısı nedeniyle hasta başvurdu. Bu yakınmaları nedeniyle daha önce ortopedi ve fizik tedavi polikliniklerine gittiğini ve ara sıra kullandığı diklofenak ilacının ağrılarını azalttığını belirtti. Ancak şikayetlerinin gerilememesi ve dış merkezde çekilen torakal MR'da enflamasyon bulguları olması üzerine tarafımıza yönlendirildiği öğrenildi. Romatolojik sorgusunda; Bir saat süren sabah tutukluğu ile enflamatuvar bel ve sırt ağrısı dikkati çekmiş olup kalça ağrısı, topuk ağrısı, psöriyazis, ailede psöriyazis öyküsü, üveit, enflamatuvar barsak hastalığına işaret edebilecek karın ağrısı, ishal vs tespit edilmedi. Ayrıca kırsal kesimde yaşıyor olması ve çiğ sütten yapılmış peynir yeme öyküsünün olması da göze çarpan detaylardandı. Ateş, kilo kaybı veya gece terlemesi ise yoktu. Fizik muayenesinde; periferik artrit saptanmadı. Bilateral FABER testinde kısıtlılık olup FADIR ve sakroiliak kompresyon testleri normaldi. Diğer sistem muayenelerinde patolojik bir bulgu saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde; Rutin hemogram, biyokimya ve idrar tetkiki testleri normaldi. Sedimentasyon 8 mm/saat, CRP 17 mg/dL saptandı. Brucella standart aglütinasyon testi 1/40 titrede pozitif olduğu görüldü. Radyolojik değerlendirmede; Pelvis grafisinde sakroiliak eklemler bilateral evre 4 değerlendirildi. Dış merkezde çekilen torakal MR'ın; torakal vertebra artiküler platolarında, pedinküllerinde ve kostovertebral eklemlerde ödem-hiperemi görülmüş olup spondiloartrit ile uyumlu olabilir (ankilozan spondilit) şeklinde yorumlandığı görüldü. Hastanın bu bulgularla ilk değerlendirmesi yapıldıktan sonra olası bruselloz açısından enfeksiyon hastalıkları görüşü istendi. Kontrastlı sakroiliak MR görüntüleme planlandı. Enfeksiyon hastalıkları değerlendirmesinde ve yapılan tetkiklerde hastanın Brucella IgM antikoru pozitif olması üzerine rifampin + tetrasiklin tedavisi başlandığı görüldü. Tedavi sonrası hasta kontrole çağrıldı. Altı haftalık rifampin + tetrasiklin tedavisi sonrası hasta tekrar değerlendirildi. Hastanın sosyal nedenler ile MR çekimini yaptıramadığı öğrenildi. Enfeksiyon hastalıkları tarafından tedavinin sonlandırıldığı ve Brucella IgM antikorunun negatife döndüğü görüldü. Ancak enflamatuvar bel ağrısının ve CRP yüksekliğinin devam etmesi üzerine tedaviye asemetazin eklenerek hasta 15 gün sonra kontrole çağrıldı.

Sonuç: Enflamatuvar bel ağrısı nedeni ile Romatoloji polikliniklerine çok sayıda hasta yönlendirilmektedir. Bu durumda ayırıcı tanılarda bruselloz her zaman akılda tutulmalı ve şüpheli durumlarda mutlaka ilgili testler yapılarak gerekirse enfeksiyon hastalıkları görüşü alınmalı ve gecikmeden tedaviye başlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sakroiliak eklem, aksiyel spondilit, bruselloz

[PS-268]

Bir vaskülitin gölgesinde moyamoya: Takayasu arteriti olgusunda neden-sonuç tartışması

Şerife Çoşkun Sağırkaya, Mustafa Ekici, Şükran Erten, İsmail Doğan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Takayasu arteriti, aort ve ana dallarını tutan nadir, kronik seyirli bir büyük damar vaskülitidir. Hastalığın etiyopatogenezi tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte, T lenfositlerin yanı sıra B hücrelerinin de hastalık sürecinde rol oynadığı düşünülmektedir. Moyamoya hastalığı ise, internal karotis arter ve dallarını etkileyen, progresif seyirli nadir bir arteriyel tıkayıcı hastalık olup; hem pediatrik hem de erişkin popülasyonlarda görülür ve iskemik inme, intrakraniyal kanama gibi ciddi nörolojik tablolara yol açabilir. Bu olgu sunumunda, çoklu serebrovasküler olay öyküsü bulunan ve görüntülemesinde Moyamoya sendromu düşündürecek bulgusu olan genç bir kadın hastada Takayasu arteriti olgusunu sunmaktayız.

Olgu: Otuz sekiz yaşında kadın hasta, 5 yıl önce yürümede zorluk ve akut faz yüksekliği ile başvurduğu dış merkezde yapılan alt ekstremite BT anjiyografisinde, distal abdominal aorta ve her iki ana iliak arterde kalibrasyon azalması ve yaygın intimal kalınlaşma gözlemlenmiştir. Ayrıca, her iki eksternal iliak arterde ve femoral arterlerde fokal segmental darlıklar saptanmıştır. Hastanın sedimentasyon ve CRP'sinin yüksek olması nedenli vaskülit olabileceği söylenerek steroid başlanmış ve balon dilatasyon yapılmış. Klinik iyileşme gözlenen hastanın iki yıl sonra şikayetleri tekrar başlaması üzerine periferik anjiyografi yapılmış. Sol yüzeyel femoral arterde %70 darlık saptanması üzerine tekrar balon dilatasyon yapılmış. Hastaya azatioprin 3x50 mg ve metil prednizolon 80 mg verilmiş. Sonrasında 2 kez iskemik serebrovasküler olay (SVO) geçiren hasta, subakut iskemik SVO ile hastanemiz nöroloji kliniğine yatırılıyor. Hastaya yapılan serebral anjiyografide sağ eksternal karotis arter proksimal segmentte %20 darlık, her iki internal karotis arter tepe kısmından itibaren oklüde, sağ vertebral arter orijininde %60-70, sol vertebral orjinde %80-90 darlık saptanması üzerine Moya moya olarak değerlendirilmiştir. Hastanemiz başvurusunda hasta metilprednizolon 24 mg, azatioprin 150 mg kullanmaktaydı. CRP değeri 12 mg/L'ydi. Hastanın kranial vasküler yapılar haricinde periferik damarlarında da oklüzyonları olması, akut faz yüksekliği nedenli Takayasu arteriti olarak değerlendirildi. Azatioprin ve metilprednizolon 24 mg ile hastalık aktivitesi devam etmesi nedenli 3 gün 500 mg pulse steroid ve adalimumab 40 mg/2 haftada bir önerildi.

Sonuç: Bu olguda Takayasu arteriti, serebrovasküler olayların başlıca nedeni olarak değerlendirilmiştir. Moyamoya hastalığının eşlik etmesi, bu olgunun hem tanısal karmaşıklığını hem de literatürdeki nadirliğini daha da artırmaktadır. Her iki hastalıkta da otoimmün süreçlerin rol oynadığı düşünülse de, aralarındaki olası patofizyolojik bağlantı henüz netlik kazanmamıştır. Literatürde, bu iki hastalığın birlikte görüldüğü olgular son derece sınırlıdır ve yalnızca tekil olgu bildirileri mevcuttur. Bu nadir birliktelik, özellikle serebrovasküler olay geçiren hastalarda Moyamoya paterninin saptanmasıyla gündeme gelmektedir. Bu durum, Takayasu arteritinin intrakraniyal damarları da etkileyerek Moyamoya benzeri vasküler değişikliklere yol açabileceği olasılığını gündeme getirmektedir. Bu bağlamda, Takayasu arteriti tanısı alan hastalarda serebrovasküler belirtiler geliştiğinde, Moyamoya hastalığı ya da Moyamoya benzeri vasküler paternlerin varlığı mutlaka akılda bulundurulmalı; ileri görüntüleme yöntemleri ile değerlendirme yapılmalıdır. Gelecekte, daha fazla olgu bildirimi ve genetik, immünolojik düzeyde yapılacak çalışmalar, bu iki hastalık arasındaki muhtemel ilişkiyi aydınlatmada önemli katkılar sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Moyamoya hastalığı, Takayasu arteriti, vaskülit

[PS-269]

Tek merkez lupus nefrit kohortunda proliferatif ve membranöz lupus nefriti karşılaştırması

Gamze Kemeç Türkmen[1], Erdem Gürel[2], Yasemin Özlük[3], Işın Kılıçaslan[3], Yasemin Yalçınkaya[2], Ahmet Gül[2], Murat İnanç[2], Bahar Artım Esen[2]

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

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

[3]*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

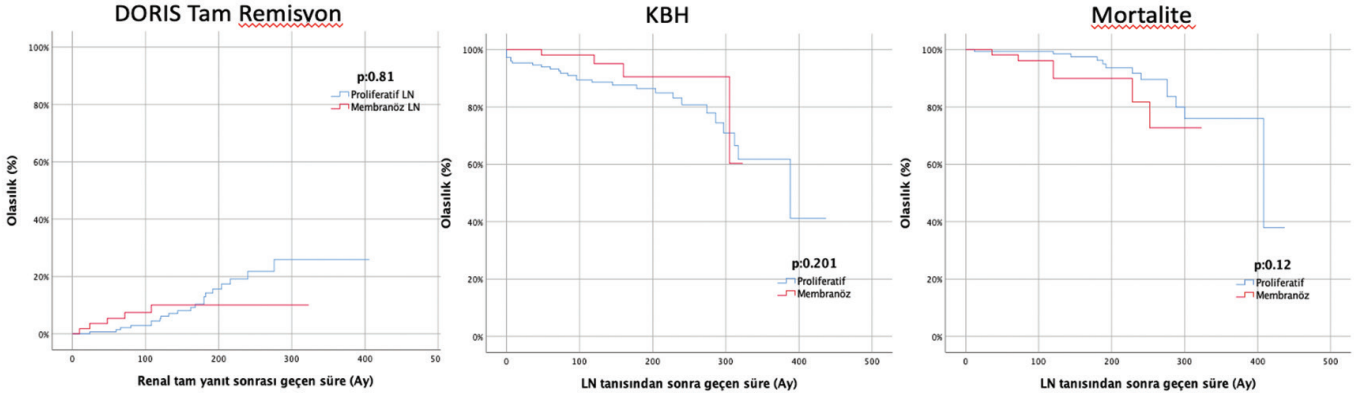
Amaç: Sistemik lupus eritematozusun (SLE) ciddi organ tutulumlarından biri olan lupus nefriti (LN), morbidite ve mortalitenin önemli nedenlerindendir. Membranöz LN (MLN) hastaların proliferatif LN (PLN)'den daha iyi böbrek prognozu olduğu düşünülür. Ancak MLN hastalarının %10-30'unda böbrek yetmezliği gelişmektedir. Bu çalışmanın amacı, PLN ve MLN hastalarını klinik, tedavi ve tedavi yanıtları açısından karşılaştırmak ve sağkalımı incelemektir. Tam böbrek yanıtının (TY), DORIS tam remisyonun, kronik böbrek hastalığının (KBH) ve mortalitenin öngörücülerini belirlemektir.

Yöntem: İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı'nda 1987-2024 yılları arasında takip edilen biyopsi ile kanıtlanmış LN tanılı 264 hasta retrospektif olarak incelendi. ≤1 yıllık takip süresi olanlar ve renal patolojileri başka merkezde çalışılanlar dışlandı. 227 hasta dahil edildi.

Bulgular: İki yüz yirmi yedi hastadan 150'si PLN, 56'sı MLN ve 21'i kombine LN idi. Ortalama takip süresi 180,9±91,7 aydı ve %84'ü kadındı. Hematolojik tutulum (%76 vs %60,7; p= 0,03), anti-dsDNA pozitifliği (%92 vs %78,6; p=0,008) ve anti-kardiyolipin (AKL) IgG (%18 vs %5,4; p=0,022) ve IgM pozitifliği (%13,3 vs 0; p=0,004) PLN grubunda daha sıktı. İlk renal tutulumda; PLN grubunda hematüri (%88,1vs%65,3; p≤0,001) ve piyüri (%82,5 vs %51; p≤0,001) daha sık görülürken, proteinüri açısından fark saptanmadı. PLN grubunda eGFR (83,1±38,8 vs 114,5±23,5 mL/dak/1,73m^2; p≤0,001), C3c (61,8±30,8 vs 87,3±36,7 mg/dL; p≤0,001) ve C4 (11,2±9 vs 15,7±9,8 mg/dL; p=0,01) daha düşük, SLEDAI (17,7±4,6 vs 13,6±6,1; p≤0,001) ve renal SLEDAI (10,6±2,5 vs 8,6±3,6; p≤0,001) daha yüksek ve anti-dsDNA pozitifliği (%79,6 vs %41,3; p≤0,001) daha sıktı. İndüksiyon tedavisinde siklofosfamid kullanımı (%92,7vs%57,1; p≤0,001) PLN grubunda daha sık; MMF (%3,3vs%14,3; p=0,004), azatioprin (%0,7vs%7,1; p=0,02) ve KNİ/KNİ+MMF (0vs%8,9; p=0,001) kullanımı MLN grubunda daha fazlaydı. İndüksiyon tedavisinde steroid dozu (3,9±2,5vs3,3±1g; p=0,029) PLN grubunda daha yüksekti. İki grup arasında idame tedavileri açısından fark yoktu. 6. ve 12. aydaki TY ve DORIS tam remisyon oranı açısından fark yoktu. Kümülatif siklofosfamid (8,1±6,5 vs 3,9±4,6 g; p≤0,001) ve steroid dozu (27,6±14,1 vs 23±11,6 g; p=0,041) PLN grubunda daha yüksekti. Nüks, hastane yatış ve İnfeksiyon açısından fark gözlenmedi. PLN ve MLN hastalarında DORIS tam remisyona ulaşma, KBH ve ölüm açısından Kaplan Meiere analizi yapıldı. İki grup arasında yapılan karşılaştırmalarda fark gözlenmedi (Şekil 1). Çok değişkenli analizde, hemodiyaliz ihtiyacının (OR: 0,12; GA: 0,019-0,76; p: 0,024) ve başlangıç proteinürinin (OR: 0,88; GA: 0,787-0,983; p: 0,024) daha düşük olması 12. ayda TY'nin bağımsız öngörücüleri olarak belirlendi. İlk böbrek biyopsisinde daha yüksek aktivite indeksi (OR: 1,26; GA: 1,079-1,471; p: 0,003) ve idame tedavisinde azatioprin (OR: 13,145; GA: 3,211-53,807; p≤0,001) DORIS tam remisyonunun öngörücüleriydi. Kadın cinsiyet (OR: 0,087; GA: 0,012-0,617; p: 0,015) ve ilk böbrek biyopsisinde şiddetli IgG birikimi (OR: 0,118; GA: 0,019-0,753; p: 0,024) daha düşük KBH riski; ilk biyopside daha yüksek kroniklik indeksi (OR: 1,859; GA: 1,026-3,367; p: 0,041) ve daha düşük eGFR (OR: 0,967; GA: 0,942- 0,993; p: 0,013) daha yüksek KBH riski olarak belirlendi. Renal nüks (OR: 52.207; GA: 5.872-464.126; p≤0,001) ve aKL IgM pozitifliği (OR: 42.395; GA: 4,74-379.137; p: 0,001) KBH'ın en güçlü öngörücüleriydi. Geç başlangıçlı SLE (OR: 6,142; GA: 1,331- 28,355; p: 0,02), nörolojik tutulum (OR: 7,355; GA: 1,324-40,862; p: 0,023), enfeksiyon (OR: 5,864; GA: 1,599-21,500; p: 0,008), ilk böbrek biyopsisinde şiddetli wireloop/hiyalin trombüs (OR: 8,319; GA: 2,186-31,66; p: 0,002) ve yüksek kronisite indeksi (OR: 1,726; GA: 1,153-2,583; p: 0,008) mortalite öngörücüleri olarak belirlendi.

Sonuç: Bu çalışma, MLN hastaların prognozunun en az PLN kadar kötü seyredebileceğini vurgulamaktadır. Ayrıca, azatioprin idame tedavisinin DORIS tam remisyon için; aKL pozitifliği ve renal nüksün ise KBH için güçlü öngörücüler olduğu bulunmuştur. Bu bulguların, PLN ve MLN hastalarının kısa ve uzun vadeli tedavi yaklaşımları ve yönetimine rehberlik edeceğine inanıyoruz.

Anahtar Kelimeler: Lupus nefriti, renal prognoz, sağkalım, sistemik lupus eritematozus



Şekil 1. PLN ve MLN hastalarında DORIS tam remisyon, kronik böbrek hastalığı ve mortalite açısından Kaplan-Meier sağkalım analizleri

[PS-270]

Sistemik lupus eritematozus hastalarında gelişen makrofaj aktivasyon sendromu: Klinik özellikler, laboratuvar bulguları ve hastalık aktivite ölçütlerinin değerlendirilmesi

Ezgi Şahin[1], Ömer Uludağ[1], Yıldız Akbal Engin[1], Kübra Kayıkçı[2], Nida Eryiğit[2], Burak İnce[1], Yasemin Yalçınkaya[1], Murat İnanç[1], Ahmet Gül[1], Bahar Artım Esen[1]

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

[2]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

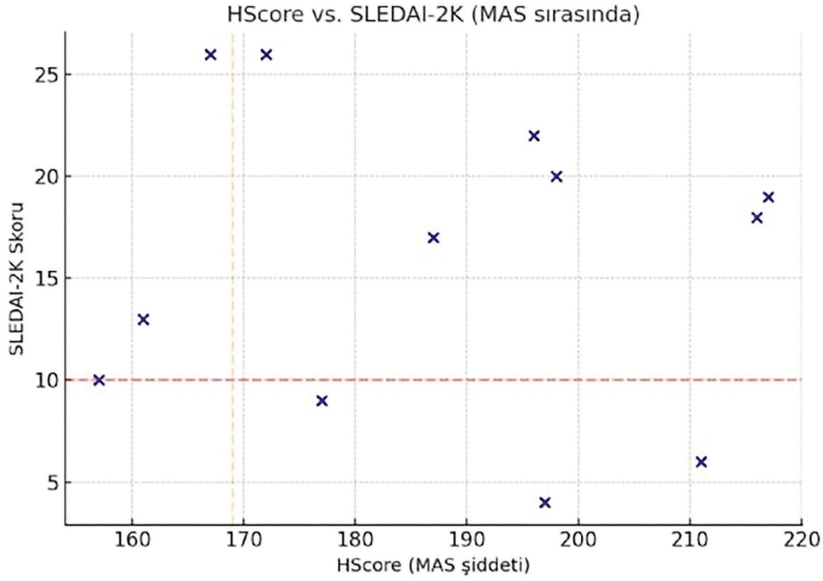
Amaç: Makrofaj aktivasyon sendromu (MAS), sistemik lupus eritematozus (SLE) hastalarında nadir ancak ciddi ve yaşamı tehdit edici bir komplikasyon olarak karşımıza çıkar. Bu çalışmanın amacı, MAS gelişen SLE hastalarının klinik ve laboratuvar özelliklerini detaylı biçimde tanımlamak, bu olgularda kullanılan hastalık aktivite skoru olan SLEDAI-2K ile hiperenflamasyon derecesini yansıtan HScore arasındaki ilişkiyi ve klasik aktivite skorlarının yeterliliğini değerlendirmektir.

Yöntem: Bu çalışmada 2010-2024 yılları arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nde takip edilen 283 SLE tanılı hasta retrospektif olarak taranmış, bunlardan 12'sinde MAS geliştiği saptanmıştır. MAS tanısı klinik değerlendirme ve HScore aracılığıyla doğrulanmıştır. Hastaların tanı anındaki ve MAS sırasındaki SLEDAI-2K skorları hesaplanmıştır. Ayrıca MAS sırasında ölçülen HScore ile eşzamanlı SLEDAI-2K skorları arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelenmiştir.

Bulgular: MAS gelişen hastaların %66,7'si (n=8) kadındır ve ortalama MAS tanı yaşı 33,1'dir. MAS sırasında en sık gözlenen klinik bulgular; ateş (%91,7), splenomegali (%75), lenfadenopatidir (%66,7). Hastaların %83,3'ünde kalp kapak hastalığı mevcuttur ve en sık mitral yetersizliği gözlenmiştir. Ayrıca %91,7'sinde MAS sırasında enfeksiyon mevcuttur en sık pnömoni bildirilmiştir. MAS sırasındaki laboratuvar verileri incelendiğinde hastalarda belirgin pansitopeni, yüksek ferritin (ortalama: 5.645 ng/mL), ve transaminazlarda artış saptanmıştır. ANA titresi ortalama 1/1523 olup patern homojen ya da beneklidir. Hastaların %58,3'ünde anti-dsDNA, %50'sinde anti SmRNP, %41,7'sinde anti-Sm, %33,3'ünde RF, %25'inde anti-Ro, %25'inde lupus antikoagülanı, %25'inde anti kardiyolipin IGG, %8,3'ünde anti ribosomal P pozitiftir. MAS anındaki ortalama HScore 188'dir. MAS öncesi SLEDAI-2K skoru ortalama 15 iken, MAS sırasında bu değer 16'ya yükselmiş olup, bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,68). SLEDAI-2K ile HScore arasında anlamlı bir korelasyon izlenmemiştir (Spearman p=-0,067, p=0,837) (Şekil 1). Tedavi olarak tüm hastalara sistemik kortikosteroid başlanmış; %50'sine intravenöz immünoglobulin (IVIG), %41,7'sine siklofosfamid, %16,7'sine anakinra ve %8,3'üne rituksimab uygulanmıştır. İki hastadan biri pnömoni, biri de kardiyak arrest nedeniyle MAS sırasında kaybedilmiştir (mortalite oranı: %16,7).

Sonuç: SLE'de MAS gelişimi ağır sistemik enflamasyonla karakterize olmasına rağmen, klasik lupus aktivite skoru olan SLEDAI-2K MAS sırasında gelişen hiperenflamasyonu yeterince yansıtamamaktadır. HScore ile SLEDAI-2K arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış olması, bu skorlama sisteminin MAS gibi yüksek mortalite riski taşıyan komplikasyonlarda yetersiz kalabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle, SLE hastalarının takibinde SLEDAI-2K gibi standart aktivite indekslerine ek olarak MAS'a özgü belirteçlerin ve klinik değerlendirmelerin de dikkate alınması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hscore, makrofaj aktivasyon sendromu (MAS), sistemik lupus eritematozus (SLE), SLEDAI-2K



Şekil 1. HScore ve SLEDAI-2K korelasyon grafiği, MAS sırasında HScore ile SLEDAI-2K arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı (Spearman's ρ=-0.067, p=0.837)

[PS-271]

Sternum tutulumu ile tanı alan spondilartirit olgusu

Ayse Nur Bayındır Akbaş

Denizli Devlet Hastanesi, Denizli

18 yaş kadın hasta, sağ sternum üzerinde ağrı şikayeti ile başvurdu. Şikayeti yaklaşık 3 aydır mevcuttu. Üniversite sınavına hazırlanan hasta, şikayetlerinin ilk başta sürekli eğilmekten olduğunu düşünmüş. Çeşitli ilaçlar kullanan hasya tedaviden fayda görmeyince tarafımıza başvurdu. Yapılan sistemik sorguma da enflamatuvar bel ağrısı da olan hastanın yapılan hemogram-biyokimya akut faz reaktanları normal saptandı. Romatoid faktör ve CCP negatifti Brucella ve sifiliz tetkikleri negatifti. Çekilen sakroiliak eklem MR'ında saroileit bulguları mevcuttu. Sternum MR'ında sternoklavikular eklem tutulum bulguları mevcutttu. Hastaya ankilozan spondilit tanısı konulup tedavi başlandı. Tedaviden olumlu yanıt alındı. Hasta halen NSAİD ile remisyonda takip edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sternoklavikular eklem tutulumu, ankilozan spondilit, enflamatuvar bel ağrısı

[PS-272]

İskemik inme ile tanı alan Takayasu arteriti olgusu

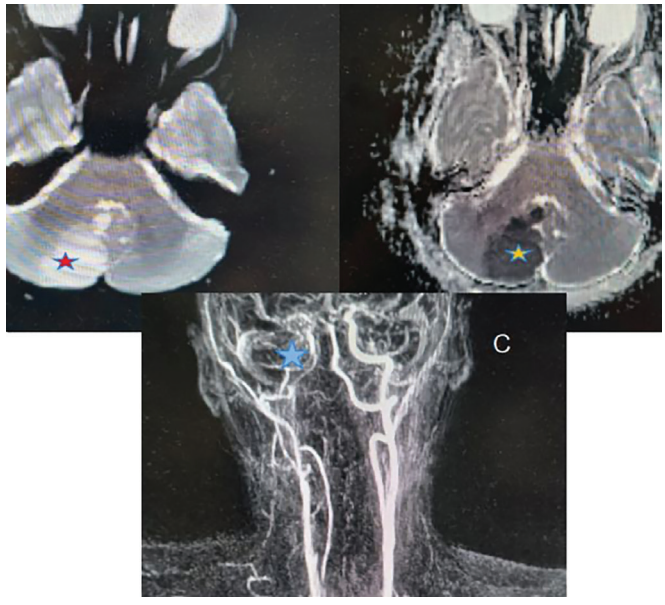
Zeliha Ademoğlu

Gaziantep Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Gaziantep

Amaç: Takayasu arteriti, genellikle aortu ve dallarını etkileyen, kadınlarda daha fazla görülen büyük damar vaskülitidir. Farklı arterlerin stenozuna veya obstruksiyonuna bağlı olarak çeşitli klinik belirtiler ortaya çıkar. Genellikle ilk klinik belirtiler konstitusyonel semptomlar, kladikasyo ve hipertansiyondur. Önemli bir mobidite ve mortalite nedeni olan nörolojik tutulum daha çok hastalığın ileri dönemlerinde görülmesine rağmen nadiren ilk bulgu olarak ortaya çıkabilir. Burada iskemik inme ile takayasu arteriti tanısı alan olgu sunulacaktır. **Olgu:** Herhangi bir kronik hastalık tanısı olmayan 26 yaşında kadın hasta, aniden ortaya çıkan konuşmada bozukluk, baş dönmesi, güçsüzlük ve bilinç bulanıklığı şikayetleri ile acil servise başvurdu. Hastanın son 1 aydır sağ kolda uyuşma, ağrı ve güçsüzlük şikayeti mevcuttu. Aynı zamanda halsizlik ve iştahsızlığı vardı. Sistem sorgusunda başka şikayeti olmayan hastanın fizik muayanesinde bilinç konfü idi, kan basıncı sağ kolda 90/60 mmHg, sol kolda 130/80 mmHg idi. Sağ kol radial, brakial ve axiller arterde nabız zayıftı. Konuşma dizartrik, sağ taraf dismetrikti. Kranial difüzyon manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'de sağ serebellar hemisfer posteromedialde yaygın akut difüzyon kısıtlaması izlendi. Karotis arter bilgisayarlı tomografi anijografisi (BTA) incelemesinde sağ internal karotis arterde oklüzyon saptandı (Şekil 1). Ayrıca sağ üst ekstiremite BTA'da sağ subklavian arter 3,5 cm'lik segmentte ve sağ brakial arterde oklüzyon görüldü. Laboratuvarda etiyolojiye yönelik olarak yapılan tetkiklerde biyokimya, tam kan sayımı normaldi. Anti-nükleer antikor (ANA), anti-dsDNA, antikardiyolipin antikor IgG ve IgM, anti beta-2 glikoprotein IgG ve IgM, lupus antikoagülanı, antinötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) negatifti. Koagülasyon faktörleri (protein C, protein S, aktive protein C rezistansı, antitrombin III seviyesi, protrombin 20210 A Gen ve Faktör 5 Leiden mutasyonu ile metil tetrahidrofolat redüktaz gen mutasyonları) ve pıhtılaşma testleri normal sınırlardaydı. Eritrosit sedimentasyon hızı 23 mm/saat ve CRP 6 mg/L olarak saptandı. Elektrokardiyogram (EKG) ve ekokardiyografi (EKO) normal olarak değerlendirildi. Hastaya tüm bu bulgularla Takayasu arteriti tanısı koyuldu ve intravenöz 1 mg/kg metilprednizolon ve antiagregan tedavi başlandı.

Sonuç: Takayasu arteritinde kranial arterlerin tutulumu önemli morbidite ve mortaite nedenidir. Nadir de olsa Takayasu arteritinde ilk klinik tablo olarak iskemik inme gelişebilir. Akut iskemik inme ile başvuran genç kadın hastalarda etiyolojide vaskülitler ve özellikle Takayasu arteriti mutlaka akla getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: İskemik inme, serebellar infarkt, Takayasu arteriti



Şekil 1. Kraniyal difüzyon manyetik rezonans görüntüleme ve karotis arter bilgisayarlı tomografi anjiyografisi, A: Difüzyon ağırlıklı görüntüleme (DWI): Kırmızı yıldız; difüzyon kısıtlılığı, hiperintens alan B: ADC (apparent diffusion coefficient) haritası: Sarı yıldız; hipointens alan, akut iskemi C: Karotis arter bilgisayarlı tomografi anijografisi: Mavi yıldız; sağ internal karotis arterde oklüzyon

[PS-274]

ANCA ilişkili vaskülitlerde arteriovenöz fistül trombozu riski: Retrospektif karşılaştırmalı bir çalışma

Esra Erpek[1], Elif Durak Ediboğlu[1], Atılay Matpan[2], Ali Yasin Tümer[2], Hasan Kocaayan[1], Zeki Soypaçacı[3], Servet Akar[1]

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

[2]*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir*

[3]*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, İzmir*

Amaç: ANCA ilişkili vaskülitlerde(AAV) kronik enflamatuvar ortam ve potansiyel hiperkoagülabilite göz önüne alındığında, vaskülitin vasküler erişim sonuçları üzerindeki etkisinin araştırılması hem güncel hem de klinik açıdan önemlidir. Tromboza yatkınlığın bu şekilde olduğu bilinmesine rağmen, AAV'li diyaliz hastalarında vasküler erişim sonuçları, özellikle arteriovenöz fistül (AVF) trombozu hakkında sınırlı veri bulunmaktadır. Önceki çalışmaların çoğu vaskülitte kardiyovasküler risk veya sistemik tromboza odaklanırken, vasküler erişime özgü trombotik sonuçlar henüz yeterince araştırılmamıştır. Bu çalışma ANCA ile ilişkili vaskülitli hemodiyaliz hastalarında AVF trombozunun insidansını ve zamanlamasını, vaskülitik olmayan nedenlerle son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarla karşılaştırmayı amaçladık. Bu ilişkiyi inceleyerek, AAV'nin vasküler erişim trombozu için bağımsız bir risk faktörü olup olmadığını açıklığa kavuşturmayı ve klinisyenleri bu yüksek riskli popülasyonda vasküler erişim planlaması için potansiyel stratejiler konusunda bilgilendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya vaskülit grubunda AAV (mikroskopik poianjitis [MPA], granülomatöz poianjitis [GPA] ya da renal sınırlı AAV [RLV]) ile takipli hemodiyalize alınan hastalar ile kontrol grubu olarak diabetik nefropati ya da hipertansif nefroskleroza bağlı son dönem böbrek yetmezliği nedeni ile hemodiyalize alınan hastalar dahil edildi. Demografik, klinik ve laboratuvar verileri retrospektif olarak kaydedildi.

Bulgular: Bu çalışmaya AAV tanılı ve hemodiyalize giren 30 hasta (ortalama yaş [SD] 70,3 [13,9] yıl, %60 erkek) dahil edildi. Hastaların 13'ü (%43) MPA, 13 (%43) GPA, 4 (%13) RLV tanılıydı. Hemodiyalize giriş yolları değerlendirildiğinde 17 (%57) AVF, 13 (%43) kalıcı kateter ile diyalize giriyordu. AVF ile hemodiyalize giren hastaların 9'unda (%53) takipte ortalama (min-maks) 29,8 (2-96) ay zamanda AVF trombozu saptandı. Kontrol grubu olarak 102 rutin hemodiyaliz hastası hasta (ortalama yaş [SD] 57 [17] yıl, %56 erkek) çalışmaya dahil edildi. Hastaların 52'si (%51) AVF ile 50'si (%49) ise kateter ile diyalize giriyordu. AVF ile hemodiyalize giren hastaların 6'sında (%12) takipte ortalama (min-maks) 46,4 (1-146) ay zamanda AVF trombozu saptandı.

Her iki hasta grubunu tromboz sıklığı karşılaştırıldığında AAV hasta grubunda tromboz sıklığının anlamlı yüksek olduğu görüldü (%53 vs %12; p=0,001). Hastaların AVF ile diyalize girişlerinden tromboz gelişimine kadar geçen zamanda ise iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı (p=0,52).

Sonuç: Bulgularımız AVF trombozu oranlarının AAV grubunda anlamlı olarak daha yüksek olduğunu ve trombotik olayların hemadiyaliz sürecinde kontrol grubuna ile benzer zamanda çıkma eğiliminde olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Vaskülit, tromboz, arteriovenöz fistül, hemodiyaliz

[PS-275]

Dev hücreli arteritte hedefe yönelik tedavilerin etkinliği: Sistematik literatür tarama ve meta-analiz

Sema Kaymaz Tahra[1], Cansu Arslantürk Güneysu[2], Sinem Nihal Esatoğlu[3], Güllü Sandal Uzun[4], Burak İnce[5], Mete Kara[6], Gülen Hatemi[3]

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

[2]*Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Sakarya*

[3]*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi- Cerrahpaşa, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

[4]*Hacettepe Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara*

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

[6]*İzmir Şehir Hastanesi, Romatoloji Bölümü, İzmir*

Amaç: Dev hücreli arterit (DHA) hastalarında hedefe yönelik tedavilerin, yani biyolojik ve hedefli sentetik hastalık modifiye edici ajanların etkinliğinin ve güvenliliğinin karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi amaçlandı.

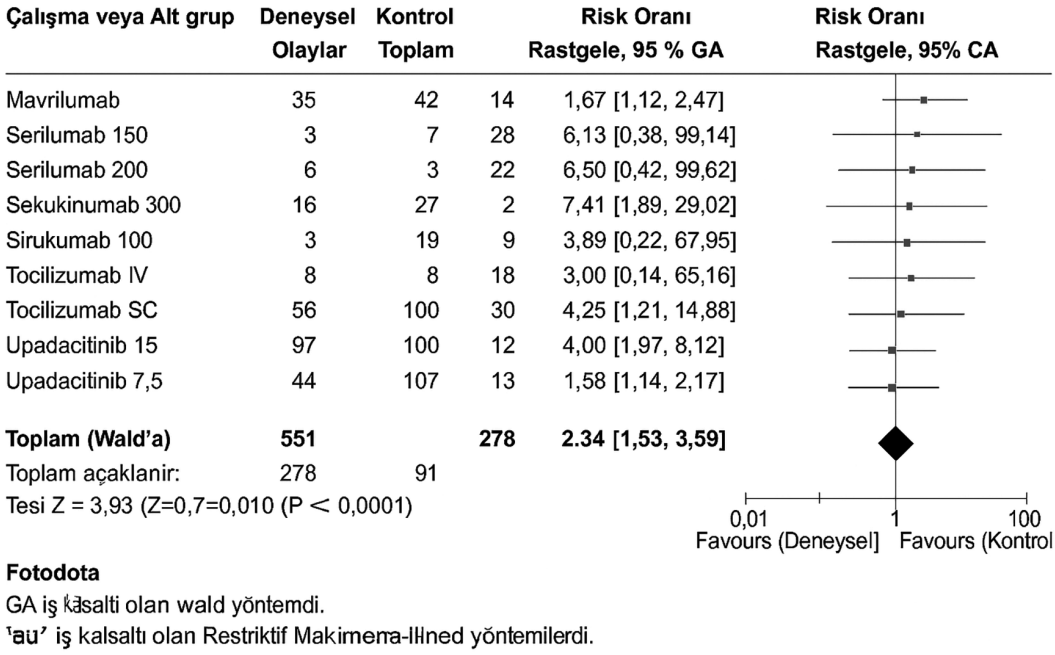
Yöntem: Sistematik literatür taraması PUBMED ve Scopus veri tabanlarında 2 bağımsız araştırmacı tarafından yapıldı ve Revman ile meta-analiz gerçekleştirildi. Toplam 1085 makale tarandı. Araştırma sorusunu konu alan 60 makale değerlendirildi. Sadece randomize kontrollü çalışmalar (RKÇ) meta-analize dahil edildi, retrospektif çalışmalar ve randomize olmayan prospektif çalışmalar dışlandı. Primer sonlanım ölçütü, tedavinin 52. haftasındaki kalıcı remisyon oranı olarak belirlendi. Ayrıca relaps oranı ve kümülatif glukokortikoid (GK) dozları da analiz edildi. Farklı çalışmaların aktif tedavi ve plasebo gruplarında benzer GK azaltma kollarındaki sonlanımlar karşılaştırıldı.

Bulgular: Toplam 6 RKÇ (intravenöz tocilizumab, subkütan tocilizumab, mavrilumab, secukinumab, sarilumab ve upadacitinib) analize dahil edildi. Dahil edilen çalışmalarda toplam 869 hasta mevcuttu. Tüm çalışmalarda, çalışma ilacı plasebo ile karşılaştırılmıştı. Hedefe yönelik tedavi ajanları hiçbir çalışmada kafa-kafaya karşılaştırılmamıştı. Kalıcı remisyon sağlama oranları intravenöz tocilizumab, subkütan tocilizumab, mavrilumab, secukinumab ve upadacitinib 15 mg alan hastalarda plaseboya kıyasla anlamlı derecede yüksekti (Şekil 1). Meta-analizde, kalıcı remisyon açısından etki büyüklüğü en fazla olan ajanların secukinumab ve ardından tocilizumab olduğu saptandı. Ancak secukinumab ile güvenilirlik aralığının geniş olması ve buna neden olan düşük hasta sayısı sonuçların güvenilirliğini azaltmaktadır. Diğer taraftan sarilumab ve sirukumabın kalıcı remisyon oranları, plaseboya benzerdi. Relaps oranları değerlendirildiğinde mavrilumab [RR

(CI) 0,41 (0,20-0,86)], secukinumab [RR (CI) 0,37 (0,17-0,80)], tocilizumab [tocilizumab IV RR (CI) 0,10 (0,01-0,75, tocilizumab SC 0,34 (0,23-0,51)] ve upadacitinib [upadacitinib 15 mg RR (CI) 0,62 (0,48-0,80) ve upadacitinib 7,5 mg 0,74 (0,56-0,98)] ile plaseboya göre anlamlı olarak düşük relaps oranları saptandı. Tocilizumab (SMD %95 (CI) tocilizumab IV -2,44 (-3,45,-1,44), tocilizumab SC -1,06 (-1,42,-0,70) ve upadacitinib [SMD %95 (CI) upadacitinib 15 mg -1,43 (-1,68 ile -1,17), upadacitinib -0,59 (-0,86 ile -0,32)] kollarında kümülatif GK dozu plasebo kollarına göre anlamlı olarak daha düşüktü. Hedefe yönelik ilaçların güvenlik sonuçları, tüm çalışmalarda plasebo ile benzerdi.

Sonuç: Tocilizumab, mavrilumab, secukinumab ve upadacitinib tedavileri ile 52. haftada plaseboya göre anlamlı olarak daha yüksek kalıcı remisyon ve daha düşük relaps oranları sağlanırken, tocilizumab ve upadacitinib tedavileri ile kümülatif GK dozunda da azalma izlenmiştir. Dahil edilen hasta popülasyonlarında, RKÇ süresince plasebodan farklı bir güvenlik sinyali saptanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Dev hücreli arterit, hedefe yönelik tedaviler, metaanaliz



Şekil 1. Hedefe yönelik tedavilerin tedavinin 52. haftasında kalıcı remisyona olan etkisinin meta-analizi * Mavrilumab çalışmasında sadece 26. haftada kalıcı remisyon (SR) yüzdesi verilmiş, analize 26. hafta SR oranları dahil edildi. ** Sarilumab çalışmasında Sarilumab 150 mg+26w GK-taper kolu ile placebo+26w GK-taper kolu ve Sarilumab 200 mg+26w GK-taper ile placebo+26wGK-taper grupları karşılaştırıldı *** Sirukumab 100mg+6ay GK taper ve Sirukumab 50mg+6ay GK taper kolları ayrı ayrı, placebo+6ay GK-taper grubu ile karşılaştırıldı (revize ITT sayıları kullanıldı) **** Tocilizumab sc (haftada bir) 26 w GK azaltım kolu ile Placebo 26 w azaltım kolu karşılaştırıldı *****Upadacitinib çalışmasında placebo kolunda yalnızca 52 hafta GK-taper kolu olduğundan upadacitinib 15 ve 7.5 mg 6 ay GK-taper kolları bu grup ile karşılaştırıldı

[PS-276]

Anti-TNF tedavisi altında iken enflamatuvar barsak hastalığı gelişen psöriartik artrit olgusu

Zeynep Dündar Ök

Denizli Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Denizli

Amaç: Psöriatik artrit (PsA),periferal artrit, entezit, spondilit ve psöriasis ile karakterize enflamatuvar romatizmal bir hastalıktır. PsA da eklemsemptomları nonsteroid antienflamatuvar ilaç (NSAİİ) ve konvansiyonel DMARD'lara (disease-modifying antirheumatic drug) yanıt vermezse anti tümör nekrozis faktör (TNF) ilaçlarla tedavi gerekir. Anti-TNF ilaçların dermatolojik, intestinal ve oftalmolojik paradoksal yan etkileri mevcuttur. Paradoksal olarak adlandırılmasının nedeni, normalde bu durumların tedavisi için kullanılan anti-TNF ilaçların başlanmasından sonra görülmelerinden dolayıdır. Biz bu yazıda, psöriartik artrit nedeniyle adalimumab kullanırken ülseratif kolit hastalığı gelişen bir hastayı sunduk.

Olgu: Elli sekiz yaşında 10 yıldır PsA tanısı ile polikliniğimizde takip edilen kadın hasta yaklaşık 5 yıldır adalimumab 40 mg/2 hafta tedavisi altında idi. Aktif artrit, daktilit, enteziti ve sakroiliiti olmayan hastanın son başvurunda bir aydır devam eden kanlı dışkılama, ishal ve kilo kaybı olması üzerine yapılan kolonoskobi tetkiki ülseratif kolit ile uyumlu bulundu. Paradoksal Enflamatuvar Bağırsak hastalığı (IBH) gelişmesi nedeni ile adalimumab tedavisi kesilip infliksimab tedavisi planlandı.

Sonuç: Sonuç olarak; anti-TNF kullanımına bağlı olarak nadiren gelişen paradoksal yan etkiler hekimler tarafından iyi bilinmeli ve anti-TNF ajan kullanırken intestinal semptomları gelişen, özellikle de spondilartritli hastalarda İBH'dan şüphelenilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Psöriatik artrit, anti-TNF, enflamatuvar barsak hastalığı

[PS-277]

Bağ doku hastalığı ilişkili interstisyel akciğer hastalarında inhale antijen maruziyeti: Prevalans ve klinik etki

Buğu Bulat[1], Zehra Özsoy[2], Azize Dur[3], Ali Aytuğ Kuştaş[1], Büşra Fırlatan Yazgan[1], Oğuz Karcıoğlu[4], Levent Kılıç[1], Esin Beyan[3], Pınar Ergün[5], Ali Akdoğan[1]

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

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara

[4]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

[5]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

Amaç: İnterstisyel akciğer hastalığı (İAH), çok sayıda etiyolojiye sahip heterojen bir hastalık grubunu kapsar. Hipersensitivite pnömonisi (HP) antijen kaynaklı bir hastalık olarak iyi tanımlanmış olsa da HP dışındaki İAH hastalarında inhale antijenlerin rolü, özellikle kronik HP, olağan interstisyel pnömoni (UIP) ve non-spesifik interstisyel pnömoni (NSIP) arasındaki radyolojik ve histopatolojik örtüşme göz önüne alındığında, yeterince anlaşılmamıştır. HP tanısı olmayan İAH hastalarında inhale antijen maruziyeti prevalansını değerlendirmek ve maruziyet ile klinik bulgular, demografik özellikler ve hastalık seyrinin ilişkisini araştırmak.

Yöntem: Ağustos 2024-Ağustos 2025 tarihleri arasında iki üçüncü basamak merkezde İAH tanısı konulan hastalar retrospektif olarak incelendi. HP tanısı olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Farklı antijen maruziyetlerini (küf, bakteri, kuş tüyü, çiftlik hayvanları, tahıllar vb.) belirlemek amacıyla hazırlanmış anketler hasta vizitleri sırasında doldurduldu. Hastalara ait klinik, demografik özellikler, semptom profilleri, yüksek çözünürlüklü toraks bilgisayarlı tomografi (YÇBT) bulguları ve solunum fonksiyon testleri maruziyet öyküsü ile ilişkilendirilerek analiz edildi.

Bulgular: HP dışı 198 İAH hastasının (123 [%62,1] kadın) 150'si (%75,8) tanı öncesinde inhale antijen maruziyeti (IAM) bildirdi. IAM olan hastalarda konstitüsyonel semptomlar daha sık gözlendi ($p \leq 0,05$). Her iki grupta da YÇBT paternleri benzerdi, ancak radyolojik olarak olası HP sadece maruziyet grubunda raporlandı. Hastalar maruziyet zamanlarına göre gruplandırıldığında maruziyet öyküsü 5 yıldan eski olan hastalarda NSIP paterni ön planda iken, halen antijen maruziyeti devam eden hastalarda UIP paterni daha sık bulunmuştur (Tablo 2).

Sonuç: Çalışmamız, HP dışı İAH hastalarında inhale antijen maruziyetinin sık olduğunu, maruziyetin semptom profili ve radyolojik paternlerle ilişkili olabileceğini göstermektedir. Bulgular, tanı ve takipte maruziyet öyküsünün sistematik sorgulanmasının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: İnterstisyel akciğer hastalığı, hipersensitivite pnömonisi, inhale antijen, NSIP, UIP

Tablo 2.

	Son 5 yıl içinde devam eden maruziyet (n=54)	5 yıldan eski maruziyet öyküsü (n=96)	p
Konstitüsyonel semptomlar	12 (%22,2)	22 (%22,9)	0,92
Öksürük	29 (%53,7)	57 (%59,4)	0,37
Dispne	43 (%79,6)	78 (%81,2)	0,81
Efor dispnesi	44 (%81,5)	72 (%75,0)	0,36
ANA pozitif (≥1/100)	42 (%77,8)	74 (%77,1)	0,92
CCP pozitif	10 (%18,5)	8 (%8,3)	0,12
RF pozitif	33 (%61,1)	56 (%58,3)	0.,9
NSIP	**27 (%50,0)**	**62 (%64,6)**	**<0,05**
UIP	**12 (%22,2)**	**9 (%9,4)**	**<0,05**
Sistemik skleroz	10 (%18,5)	20 (%20,8)	0,73
Romatoid artrit	7 (%13,0)	13 (%13,5)	0,92

ANA: Anti-nükleer antikor, CCP: anti-siklik sitrüline peptid antikor, RF: Romatoid faktör, NSIP: Non-spesifik interstisyel pnömoni, UIP: Olağan interstisyel pnömoni

[PS-277]

Bağ doku hastalığı ilişkili interstisyel akciğer hastalarında inhale antijen maruziyeti: Prevalans ve klinik etki

Buğu Bulat[1], Zehra Özsoy[2], Azize Dur[3], Ali Aytuğ Kuştaş[1], Büşra Fırlatan Yazgan[1], Oğuz Karcıoğlu[4], Levent Kılıç[1], Esin Beyan[3], Pınar Ergün[5], Ali Akdoğan[1]

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

[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara*

[3]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara*

[4]*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara*

[5]*Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara*

Amaç: İnterstisyel akciğer hastalığı (İAH), çok sayıda etiyolojiye sahip heterojen bir hastalık grubunu kapsar. Hipersensitivite pnömonisi (HP) antijen kaynaklı bir hastalık olarak iyi tanımlanmış olsa da HP dışındaki İAH hastalarında inhale antijenlerin rolü, özellikle kronik HP, olağan interstisyel pnömoni (UIP) ve non-spesifik interstisyel pnömoni (NSIP) arasındaki radyolojik ve histopatolojik örtüşme göz önüne alındığında, yeterince anlaşılmamıştır. Bu çalışmanın amacı HP tanısı olmayan İAH hastalarında inhale antijen maruziyeti prevalansını değerlendirmek ve maruziyet ile klinik bulgular, demografik özellikler ve hastalık seyrinin ilişkisini araştırmaktır.

Yöntem: Ağustos 2024-Ağustos 2025 tarihleri arasında iki üçüncü basamak merkezde İAH tanısı konulan hastalar retrospektif olarak incelendi. HP tanısı olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Farklı antijen maruziyetlerini (küf, bakteri, kuş tüyü, çiftlik hayvanları, tahıllar vb.) belirlemek amacıyla hazırlanmış anketler hasta vizitleri sırasında dolduruldu. Hastalara ait klinik, demografik özellikler, semptom profilleri, yüksek çözünürlüklü toraks bilgisayarlı tomografi (YÇBT) bulguları ve solunum fonksiyon testleri maruziyet öyküsü ile ilişkilendirilerek analiz edildi.

Bulgular: HP dışı 198 İAH hastasının (123 [%62,1] kadın) 150'si (%75,8) tanı öncesinde inhale antijen maruziyeti (IAM) bildirdi. IAM olan hastalarda konstitüsyonel semptomlar daha sık gözlendi (p≤0,05). Her iki grupta da YÇBT paternleri benzerdi, ancak radyolojik olarak olası HP sadece maruziyet grubunda raporlandı. Hastalar maruziyet zamanlarına göre gruplandırıldığında maruziyet öyküsü 5 yıldan eski olan hastalarda NSIP paterni ön planda iken, halen antijen maruziyeti devam eden hastalarda UIP paterni daha sık bulunmuştur (Tablo 2).

Sonuç: Çalışmamız, HP dışı İAH hastalarında inhale antijen maruziyetinin sık olduğunu, maruziyetin semptom profili ve radyolojik paternlerle ilişkili olabileceğini göstermektedir. Bulgular, tanı ve takipte maruziyet öyküsünün sistematik sorgulanmasının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: İnterstisyel akciğer hastalığı, hipersensitivite pnömonisi, inhale antijen, NSIP, UIP

[PS-278]

Primer Sjögren sendromu ilişkili bronşiolitis obliterans organize pnömonisi: Olgu sunumu

Betül Gürpınar[1], Alican Karakoç[2], Sinem Nihal Esatoğlu[2], Emine Şebnem Durmaz[3], Serdal Uğurlu[2]

[1]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

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

[3]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

Amaç/Olgu: Bilinen bir kronik hastalığı olmayan 37 yaşında kadın hasta. 1 senedir ağızda kuruluk, gözde yanma ve batma şikayetleri mevcut, son 4 aydır progresif şekilde ilerleyen nefes darlığı gelişmesi üzerine tarafımıza başvurdu. Başvuru sırasında fizik muayenede akciğerde yaygın, yer yer raller işitildi. Hastanın dispneik, takipneik ve hipoksik olduğu görülmesi üzerine tetkik ve tedavisine servisimizde devam edildi.

Hasta nefes darlığı sebebiyle daha önce başka bir merkezde tetkik edilmiş, akciğer parankiminde herhangi bir patoloji saptanmadığı gibi etiyoloji aydınlatılamamış ve kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyon tanısı da dışlanamadığı için DMAH tedavisi başlanmıştı. O_2 destek tedavisi ile stabil olarak seyreden hastanın yapılan Toraks BT anjiyografi görüntülemesi "Her iki akciğerde üst loblarda belirginleşen mozaik perfüzyon izlendi. Orta lob, lingula ve bilateral alt loblarda diffüz bronş duvar kalınlaşması ve tübüler bronşiektazi, sağ akciğer alt lob anterior segmentte tomurcuklanan ağaç manzaraları ve asiner nodüller mevcut. Sol akciğerde multipl sayıda dağınık yerleşimli yamasal buzlu cam alanları izlendi (organize pnömoni). Fakat vasküler dolum defekti izlenmedi." olarak sonuçlandı. Aynı zamanda hastaya yapılan ventilasyon/perfüzyon sintigrafisinde sol akciğer alt lobda belirgin hipoventilasyon izlendi. Hastadan alınan balgam ve kan kültürü çalışmalarında herhangi bir mikroorganizma üremesi olmadı. Hastanın 1 senedir sicca semptomları olması sebebiyle bakılan ANA 1:160 homojen benekli paternde pozitif, anti-Ro (anti-SSA) +++ pozitif ve Schirmer testi bilateral ≤1 mm olarak sonuçlandı. Yapılan tükürük bezi biyopsisinde sialadenit görülmediği halde USG de bilateral parotis bezleri atrofik olarak izlendi. Mevcut bulgular varlığında "*Primer Sjögren Sendromu ilişkili Bronşiolitis Obliterans Organize Pnömoni*" tanısı kondu. Hastaya 3 gün olmak üzere 1 gram/gün pulse metilprednizolon tedavisi uygulandı, sonrasında azaltma şemasıyla birlikte 40 mg/gün oral metilprednizolon tedavisi başlandı. Pulse kortikosteroid tedavisi sonrasında takip eden günlerde hastaya Siklofosfamid ve Rituksimab tedavisi planlandı. Hastanın sicca semptomlarına yönelik de oral pilokarpin tedavisi başlandı. Verilen tedaviler sonrasında hastanın solunum yetmezliğinde regresyon olmadığı gibi, BPAP tedavi ihtiyacı gelişti ve takip eden günlerde BPAP tedavisine olan ihtiyacı giderek arttı. Hastaya akciğer nakli yapılması planlandı.

Sonuç: Sjögren sendromunda akciğer tutulumu hastaların yaklaşık %9-20'sinde görülür. Akciğer tutulumu bulguları arasında hava yolu anormallikleri, interstisyel akciğer hastalığı ve lenfoproliferatif bozukluklar bulunur. Bunun yanında daha nadir olarak akciğer amiloidozu, pulmoner emboli ve pulmoner hipertansiyon da görülebilmektedir. Akciğer tutulumunun klinik prezentasyonu hafif öksürük olabildiği gibi bazı hastalarda ilk başvuru anında akut respiratuvar distres sendromu, interstisyel akciğer hastalığı gibi klinik tablolar saptanması da olasıdır.

Anahtar Kelimeler: Bronşiolitis obliterans, dispne, sjögren sendromu

Şekil 1. Toraks BT, hastaya ait başvuru anındaki toraks BT görüntülemesindeki bronşiektaziler

[PS-279]

Polinöropati ile başvuran eozinofilik granulomatöz polianjitis olgusu

Abdulbaki Gaydan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Trabzon

Amaç: Eozinofilik Granulomatozus Polianjitis (EGPA) multisistemik ANCA ilişkili vaskulittir. Her ne kadar eozinofili, astım, tekrarlayan rinopulmoner tutulum ile karakterize olsa da hastaların az bir kısmında nörolojik tutulum görülebilmektedir. Astım öyküsü olan ve palpable purpura, artralji şikayetleri olan polinöropati ile başvuran EGPA'lı olguyu sunmaktayız.

Olgu: Kırk üç yaşında kadın hasta, 10 yıldır astım ile takipli hasta son 2 aydır giderek artan bilateral el, ayak ve ayak bilek eklemlerinde ağrı, alt ekstremitelerde palpable purpura, bilateral ayak bileklerden distale kadar uyuşma, yanma, karıncalanma şikayetleri ile romatoloji polikliniğine başvurdu. Fizik muayenede bilateral el 1,3,5. PİF ve MKF, ayak bileklerde şişlik ve hassasiyet, bilateral alt ekstremitede palpable purpura dışında ek patolojik bulgu saptanmadı. Hastanın yapılan tetkiklerde WBC: 18.000, eozinofil: 10.000, nötrofil: 4500, CRP: 91.5 mg/L, RF: 28 (0-14), Anti CCP: 0,4 (0-5), ANCA: p-ANCA ve MPO-ANCA (+), ANA +, anti-dsDNA -, ENA paneli (-), HBsag, Anti-HCV, ENA paneli ile HIV negatifti. Hastanın polinöropati semptomları nedeni ile yürüyememekte idi. Hastaya 3 gün pulse 1000 mg sonrasında, 1 mg/kg (60 mg/gün) metilprednizolon, siklofosfamid 1 gr/ay 1 ve IVIG 2 gr/kg/ay (tek doz) başlanmış olup, IVIG sonrasında polinöropatik semptomları belirgin düzelmiş olup idame siklofosfamid tedavisi 5. Kür verilmiş, steroid dozu ise 4 mg/gün'e kadar düşülerek remisyonda takip edilmektedir.

Sonuç: EGPA, tedavisi zor astım, persistan eozinofili ile karakterize olup periferal nöropati olguların %15'inde görülür. Özellikle atipik seyir gösteren olgularda ayırıcı tanıda EGPA düşünülmeli, dirençli olgularda nöroloji ile işbirliği yapılarak olgular multisistemik yönetilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Egpa, polinöropati, vaskulit

[PS-280]

Akut pankreatit ile prezente olan granülamatoz polianjitis olgusu

Murat Yeniçeri[1], Muhammed Emin Kutu[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Granülomatöz Polianjitis (GPA), en sık görülen küçük damar vaskülitidir. GPA genellikle pulmonorenal sendrom olarak ortaya çıkan multisistemik bir hastalıktır. En sık akciğer ve börekleri tutmaktadır. GPA akciğer tutulumunun en sık görüldüğü vaskülit olmakla birlikte bütün organları etkileyebilmektedir. GPA'da pankreatit nadiren olup pankreatitin ayırıcı tanısında düşünülmemektedir. Akut pankreatit ile prezente olup GPA tanısı konulan olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu: Yirmi altı yaşında kadın hasta 12 saat önce aniden başlayan, epigastrik bölgeden sırta yayılan kuşak tarzındaki karın ağrısı, bulantı-kusma şikayetleriyle acil servise başvuruyor. Özgeçmişinde ve soygeçmisinde özellik yoktu. Alkol ve sigara kullanım öyküsü yoktu. Kan basıncı 85/55 mmHg, nabız 127/dk, ritmik, ateş: 37,5 C, solunum sayısı 24/dakika, parmak ucu satürasyon %90-92 (oda havasında) idi. Fizik muayenede bilinç açık, oryante ve koopere, kalp sesleri taşikardik, solunum muayenesinde bilateral orta ve alt zonlarda krepita raller, bazallerde solunum sesleri alınamıyordu. Batın muayenesinde epigastriumda hassasiyet mevcut olup defans ve rebound yoktu, barsak sesleri azalmıştı. EKG: sinüs taşikardisi, PA akciğer grafisinde bilateral sinüsler kapalı ve akciğerde infiltratif görünüm mevcuttu. Hastanın tetkiklerinde amilaz: 500 U/L, lipaz: 650 U/L, ALT: 20 IU/L, AST: 22 IU/L, albümin: 3,1, total protein: 7,4, BUN: 98 mg/dL, kreatinin: 7,38 mg/dL, kalsiyum: 7,9 mg/dL, fosfor: 7,1 mg/dL, sodyum: 129 mEq/L, potasyum: 5,1 mEq/L, CRP: 14,98 mg/dL (0-0,5 mg/dL), Sedimentasyon: 106 mm/saat, arter kan gazında pH: 7,32, pCO_2: 29,8 mmHg, $cHCO_3$: 17,6 mmol/L, pO_2:73 mmHg, SaO_2: %91 olarak saptandı.

Sonuç: Batın görüntülemesinde pankreas ödemli olup safra yolları normal, böbrek boyutları normal ve postrenal patoloji saptanmadı. 24 saatlik idrarda 2,78 gr/gün proteinüri, idrar sedimentinde eritrosit silindiri saptandı. Kontrastsız toraks BT: Homojen ve yama tarzında konsolidasyonlar alanları, bilateral plevral efüzyon saptandı. Aktif idrar sedimenti, böbrek tulumu ve akciğer tutulumu olan hastadan vaskülit açısından istenen C-ANCA≥200 U/mL saptandı. Hastada akut pankreatit etiyolojisi açısından biliyer patoloji olmaması, ilaç ve alkol öyküsü olmaması üzerine klinik ve laboratuvar parametreleri değerlendirilerek GPA'ya bağlı akut pankreatit düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: Akut pankreatit, granülamatoz polianjitis, vaskülit

[PS-281]

İntersitisyel akciğer hastalıklarında sialic acid binding Ig like Lectin'in yeri; ilk sonuçlar

Ahmet İlbay[1], Emine Uslu[2], Nilgün Göveç Gıynaş[3], Abdulbaki Gaydan[4], Elif Sinem Ateş[5], Klara Dalva[6], Meltem Yüksel[6], Serdar Sezer[2], Müçteba Enes Yayla[2], Tahsin Murat Turgay[2], Aşkın Ateş[2]

[1]Kütahya Şehir Hastanesi, Kütahya

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

[3]Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hatay

[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Trabzon

[5]Tuebingen Üniversitesi, Nörobilim Lisansüstü Eğitim Merkezi, Uluslararası Max Planck Araştırma Okulu, Tuebingen, Almanya

[6]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Monosit ve makrofajlardan salınan tip 1 interferonların (IFN) akciğer fibrozisinin patogenezinde rol oynadığı gösterilmiştir. Siglec-1 Monosit-makrofaj aktivasyonunun gösterilmesinde önemli bir biyobelirteç ve tip I IFN'lara özgü bir imza olarak bilinmektedir. Otoimmün özelliklere sahip idiyopatik pnömoni (İPAF) idiopatik pulmoner fibrozis (İPF) ile bağ doku hastalığı ilişkili intersitisyel akciğer hastalığı (BDH-İAH) arasında bir spekturuma sahiptir. Bizde çalışmamızda BDH-İAH, İPAF ve İPF hastalarında tip 1 IFN yolağının yerini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Romatoloji kliniğimize başvuran 18 yaş üzeri BDH-İAH, İPAF ve İPF tanılı hastalar çalışmaya alındı. Pozitif kontrol olarak SLE ve negatif kontrol olarak yaşa ve cinsiyete göre eşleştirilmiş sağlıklı kontroller dahil edildi. Malignite öyküsü olan, renal replasman tedavisi gören, son bir ay içinde enfeksiyon öyküsü olan, 20 mg veya daha fazla prednizolon eş değeri steroid kullanan hastalar ile gebe olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Bilgilendirilmiş onam vermeyen hastalar çalışmaya alınmadı. Hastaların klinik özellikleri, laboratuvar ve görüntüleme bulguları kaydedildi. Siglec-1 ekspresyonunun monositlerde varlığı analiz etmek için hastalardan periferik kan örnekleri alınarak aynı gün akım sitometri çalışıldı. Çalışmamız için Ankara Üniversitesi BAP Koordinasyon Birimi'nden finansal destek alınmıştır (TSA-2023-2938).

Bulgular: Analizlere BDH-İAH olan 43, İPAF tanılı 10 ve İPF tanılı 6 hasta dahil edildi. Ek olarak yaşa ve cinsiyete göre eşleştirilmiş 43 sağlıklı kontrol ile 32 SLE hastası analizlere alındı. Çalışmaya dahil edilen hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Bağ doku hastalığı ilişkili interstisyel akciğer hastalığı olan hastaların 15'i RA, 19'u SSc ve 9'u IIM tanısıyla takipliydi. Sağlıklı kontroller ile BDH-İAH tanılı hastaların siglec1 düzeyleri benzer bulundu. Yine BDH-İAH alt grupları arasında ve sağlıklı kontroller arasında fark saptanmadı ($p \geq 0,05$). Romatoid artrit ilişkili İAH hastalarının Siglec1 düzeyleri IIM-İAH hastalardan sayısal olarak düşüktü ancak istatistiksel anlamlılık gözlenmedi ($p=0,053$). İdiopatik pulmoner fibrozis tanılı hastaların siglec1 düzeyleri diğer İAH tanılı hasta grupları ve sağlıklı kontrollerle benzer ($p \geq 0,05$), SLE hastalarından anlamlı olarak düşük saptandı ($p=0,02$). Benzer şekilde İPAF tanılı hastaların Siglec1 düzeyleri diğer İAH hasta gruplarına ve sağlıklı kontrollere benzer bulundu ($p \geq 0,05$). Antisentetaz sendromu tanısıyla takipli hastalar ile İPAF tanılı hastalar karşılaştırıldığında siglec1 düzeyleri ASS hastalarında sayısal olarak daha yüksekti (IPAF 68,2±20,6 vs ASS 83,2±12,1 $p=0,091$) ayrıca monosit alt gruplarında klasik ve nonklasik monositlerde siglec1 düzeyleri ASS hastalarında istatistiksel anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p=0,033$). Miyzitin eşlik etmediği ASS hastaları ile IPAF karşılaştırıldığında da benzer sonuçlar elde edildi. Radyolojik tutulum paternine göre yapılan değerlendirmelerde non-spesifik intesitisyel pnömoni ile olağan intersitisyel pnömoni hastaları arasında siglec1 ekspresyonu açısından fark tespit edilemedi ($p=0,181$).

Sonuç: Çalışmamızda değerlendirilen farklı intersitisyel akciğer hastalığı gruplarında siglec1 ekspresyonu açısından fark tespit edilemedi. Alt grup analizlerinde siglec1 düzeylerinde görülen farklar Siglec1'in hasta gruplarının ayrımında yerinin olabileceğini düşündürmektedir. Sınıflama kriterlerine göre her iki gruba da girebileceğinden miyozitin eşlik etmediği ASS hastaları ile İPAF tanısının ayrımında siglec1 ekspresyonu değerli olabilir. Çalışmamızda ASS, İPAF ve İPF tanılı hasta sayımızın az olması nedeniyle değerlendirmenin hasta sayıları artırılarak yapılması farklı İAH gruplarında interferon yolağının rolünü daha doğru gösterecektir.

Anahtar Kelimeler: Flow sitometri, interstisyel akciğer hastalığı, siglec1, tip-1 interferon

[PS-282]

Anti-Ro52 antikoru pozitif ve negatif enflamatuvar miyopati hastalarının klinik ve biyokimyasal özelliklerinin karşılaştırılması

Beyza Us Demirelli, Mehmet Engin Tezcan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

Amaç: Anti-Ro52 antikor pozitifliği, idiyopatik enflamatuvar miyopatilerde farklı klinik özellikler ve olumsuz prognoz ile ilişkilendirilmiş olmakla birlikte, polimiyozit alt grubundaki yeri henüz netlik kazanmamıştır. Bu çalışmanın amacı, enflamatuvar miyopati tanılı hastalarda Anti-Ro52 antikoru pozitifliği ile negatifliği olanların demografik, klinik, biyokimyasal ve serolojik özelliklerini karşılaştırmaktır.

Yöntem: Romatoloji kliniğimizde enflamatuvar miyopati tanısı alan 10 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalar Anti-Ro52 antikor durumuna göre sınıflandırıldı (3 pozitif, 7 negatif). Demografik veriler, otoantikor profilleri, klinik bulgular, laboratuvar değerleri, tedavi yanıtları ve komplikasyonlar karşılaştırıldı. Kategorik değişkenler için Fisher'ın kesin testi, sürekli değişkenler için Mann-Whitney U testi kullanıldı.

Bulgular: Anti-Ro52 antikoru pozitif hastalarda tanı yaşı ortalaması daha ileri olup, overlap sendromu daha sık görüldü. Serolojik açıdan, Anti-Ro52 antikoru pozitif grupta Anti-Jo1 antikoru pozitifliği (%66,7 vs %14,3) daha yaygındı. Klinik olarak ise Anti-Ro52 antikoru pozitif grupta Raynaud fenomeni (%66,7 vs %0; p=0,057), kalsinozis (%66,7 vs %0) ve bazı kutanöz bulgular (Gottron belirtisi %66,7 vs %14,3; şal belirtisi %66,7 vs %14,3) daha yüksek oranda izlendi. Ayrıca konstitüsyonel semptomlar, miyalji ve eklem bulguları Anti-Ro52 antikoru pozitif hastalarda daha belirgindi. Sistemik tutulum açısından değerlendirildiğinde; interstisyel akciğer hastalığı Anti-Ro52 antikoru pozitif hastalarda daha sık (%66,7 vs %14,3) görülürken; kardiyak tutulum (%42,9 vs %0) ve disfaji (%42,9 vs %0) Anti-Ro52 antikoru negatif grupta daha yaygındı. Hastalık süresi, kas enzimleri ve kümülatif steroid dozları açısından ise iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı. Anti-Ro52 antikoru pozitif ve negatif hastaların demografik veriler, otoantikor profilleri, klinik bulgular, laboratuvar değerleri, tedavi yanıtları ve komplikasyonlar açısından karşılaştırılması ile ilgili veriler Tablo 1'de belirtilmiştir. Özetle; Anti-Ro52 antikoru pozitifliği daha çok akciğer tutulumu, otoantikor birlikteliği ve kutanöz bulgularla, Anti-Ro52 antikoru negatifliği ise kardiyak ve özofagus tutulumu ile ilişkili bulundu.

Sonuç: Anti-Ro52 antikoru pozitifliği, miyozit hastalarında özellikle interstisyel akciğer hastalığı (İAH) riski ile ilişkilendirilmiştir. Bizim çalışmamızda da Anti-Ro52 antikoru pozitif hastalarda İAH oranı daha yüksekti (%66,7 vs %14,3). Literatürde Anti-Ro52 antikorunun Anti-MDA5 antikoru ile birlikteliğinde hızlı ilerleyen İAH ve kötü prognoz bildirilmiştir. Anti-Jo1 antikoru eşpozitifliğinin, antisentetaz sendromunun gelişimi ve daha ağır klinik seyir ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızda da Anti-Ro52 antikoru pozitif grupta Anti-Jo1 antikoru eşpozitifliği ve interstisyel akciğer hastalığının daha yüksek oranda gözlendiği belirlenmiştir. Raynaud fenomeni ve kalsinozis için sınırda bir eğilim gözlendi; küçük örneklem nedeniyle bu sonuçların dikkatle yorumlanması gerekir. Kardiyak tutulum ve disfajinin daha çok Anti-Ro52 antikoru negatiflerde gözlenmesi ise fenotipik heterojeniteyi düşündürmektedir. Sonuç olarak Anti-Ro52 antikoru, enflamatuvar miyopati hastalarında farklı klinik fenotipleri ayırt etmede potansiyel bir belirteç olabilir, ancak daha geniş serilerde doğrulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Anti-Ro52 antikoru, enflamatuvar miyopatiler, interstisyel akciğer hastalığı

[PS-283]

Takayasu arteritinde aspirin ve statin kullanımı hastalık prognozunu değiştirebilir mi?

Fatih Yıldırım[1], Ezgi Yıldız Güvercin[2], Duygu Temiz Karadağ[3], Hasan Kocaayan[4], Özkan Urak[5], Sema Işık[6], Cemal Bes[1], Gökhan Keser[2], Kenan Aksu[2], Ayten Yazıcı[3], Ayşe Çefle[3], Servet Akar[4], Gökçe Kenar Artın[5], İsmail Sarı[5], Fatoş Önen[5], Ahmet Omma[6], Nilüfer Alpay Kanıtez[7]

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

[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

[3]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

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

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

[6]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

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

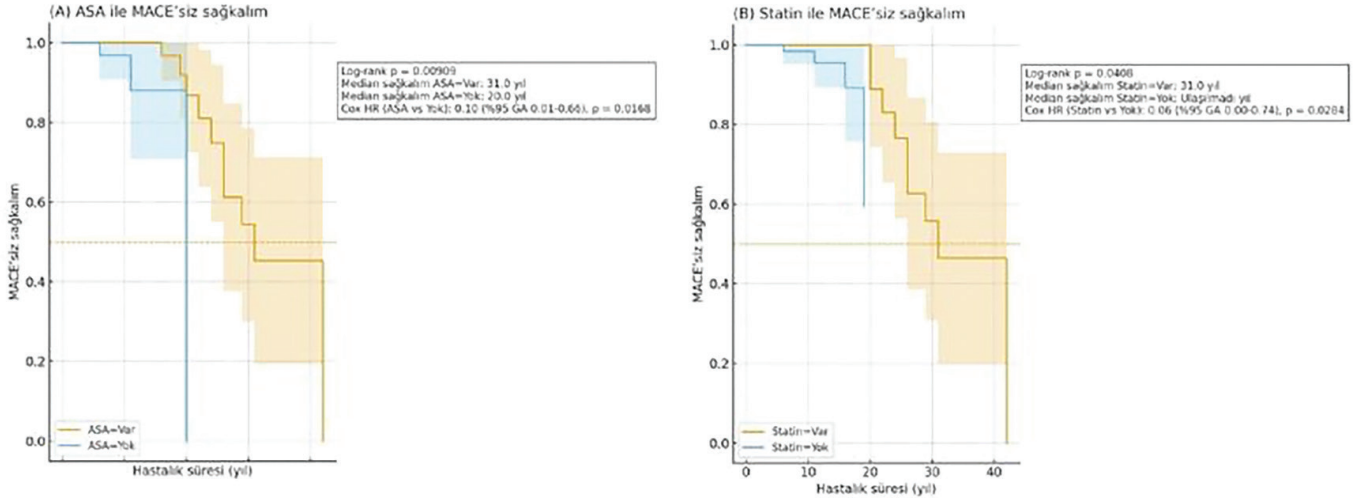
Amaç: Takayasu Arteriti (TAK) tedavisinde düşük doz aspirin ve statin kullanımı hala tartışmalıdır. Majör kardiyovasküler olay (MACE) TAK'lı hastalarda mortalitenin en önemli nedenlerindendir. Bununla birlikte aspirin ve statin kullanımının MACE üzerine etkisi ve prognostik önemiyle ilgili literatür verisi sınırlıdır. Bu çalışmada TAK'lı hastalarda primer profilakside aspirin (ASA) ve statin kullanımının MACE üzerine etkisi ve prognostik değerinin araştırılması planlandı.

Yöntem: Çalışmamızda üçüncü basamak 5 merkezden 172 hastanın verisi değerlendirildi. Tanı sırasında ve öncesince MACE öyküsü olmayan yeterli veriye sahip toplam 89 erişkin TAK'lı hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar primer profilakside ASA ve statin kullanma durumlaraına göre ikiye ayrıldı. Gruplar bazal klinik ve laboratuvar özellikler, relaps sayısı, MACE durumları, takip sonu VDI skoru ve mortalite açısından karşılaştırıldı, MACE'siz sağkalım Kaplan-Meier eğrileri ve Cox regresyon analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Primer profilakside ASA alan ve almayan gruplar arasında yaş, cinsiyet, hastalık tipi ve bazal kardiyovasküler risk faktörleri arasında belirgin farklılık yoktu, bununla birlikte ASA alan grupta hastalık süresi (median 18 yıl vs 8 yıl, p≤0,01) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha uzundu. Her iki grup MACE ve relaps oranları açısından fark göstermezken, ASA alan grupta takip sonu VDI skoru (medyan 2 vs 3, p≤0,01) ve mortalite oranı (0 vs %10, p=0,03) daha düşüktü. ASA alan ve almayan gruplar arası karşılaştırmalı analiz sonuçları Tablo 1'de sunulmuştur. ASA kullanan grupta MACE'siz sağkalım süresinin istatistiksel olarak anlamlı ölçüde uzun olduğu gözlendi (median 31 yıl vs 20 yıl, Log-rank p≤0,009) (Şekil 1). Hastalar statin alma durumuna göre gurplandırıldığında statin alan grubun daha yaşlı (64 vs 43), p≤0,01) olduğu ve daha uzun hastalık süresine (26 yıl vs 11 yıl, p≤0,01) sahip olduğu gözlendi. Bazal kardiyovasküler risk faktörleri her iki grupta benzerdi. MACE oranı (%47,4 vs %5,7, p≤0,01) statin alan grupta daha yüksekti, VDI skoru ve mortalite oranları açısından gruplar arasında fark yoktu. MACE'siz sağkalımın ise statin alan grupta istatistiksel olarak anlamlı oranda daha iyi olduğu gözlendi (median 31 yıl vs, Log-rank p≤0,04) (Şekil 1).

Sonuç: ASA ve statin kullanan TAK'lı hastalarda MACE'siz sağkalım daha yüksek bulundu. Bu sonuç bazal değerlendirmeden itibaren TAK hastalarına ASA ve statin başlanması yönünde teşvik edicidir. Hem ASA hem statin grubu için ilaç alan grupta MACE'nin daha yüksek olması takip süresinin istatistiksel olarak anlamlı ölçüde uzun olması ile ilişkilendirilmiştir. TAK'da MACE primer profilaksisinde ASA ve statin kullanım önerisini güçlendirmek için prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Takayasu, aspirin, statin, prognoz, kardiyovasküler olay



Şekil 1. Takayasu arteritli hastalarda aspirin ve statin kullanımına göre MACE'siz sağkalım süreleri

[PS-285]

Biyolojik tedavi alan Takayasu arteritli hastalarda konvansiyonel immünosupresif kullananlara göre FRAX kalça kırık riski daha düşük, femur kemik mineral yoğunluğu, Z ve T skorları daha yüksektir

Mesut Özgün Özdal[1], Ayşegül Avcu[2], Dilek Yavuz[3], Fatma Alibaz Öner[2], Haner Direskeneli[2]

[1]Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

[2]Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıklar Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[3]Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıklar Anabilim Dalı, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Takayasu Arteriti (TAK), aorta ve ana dallarını tutan, nadir görülen, granülomatöz enflamasyon ile karakterize bir büyük damar vaskülitidir. Hastalığın tedavisinde kullanılan glukokortikoidler (GK) ve sitotoksik ajanlar, yüksek kümülatif dozlarda kullanım sonucu, osteoporoz, hipertansiyon, malignite ve diabetes mellitus gibi tedavi-ilişkili komplikasyonları artırmaktadırlar. Vaskülitlerde osteoporoz sık görülmekte olup, öncelikle GK kullanımına bağlı sekonder osteoporoz gelişimi ile ilişkilidir. Bu çalışmada, TAK hastalarında mekanik nedenler ekarte edildikten sonra osteoporoz ve kemik kırığı riskinin kantitatif olarak değerlendirilmesi ve biyolojik tedavi alanlar ile almayanlar arasındaki farkların ortaya konulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Hastaların yaş, cinsiyet, medikal öykü, kullandıkları GK ve immünosüpresif ilaçlar, kümülatif dozlar ve fizik muayene bulguları kaydedildi. Osteoporoz öyküsü, kırık öyküsü, kullanılan ilaçlar, KMY ölçümleri (L1-L4, femur boyun, ön kol), skolyoz ve torakolomber grafiler, laboratuvar verileri (CRP, ESR, PTH, D vitamini, osteokalsin, CTX) değerlendirildi. Kırık riski FRAX Türkiye aracı ile hesaplandı. Osteoporoz tanısı DSÖ kriterlerine göre kondu.

Bulgular: Biyolojik tedavi alan TAK hastaları (n=33, %47,1) hepsi anti-TNF kullanmış iken Tocilizumab ise n=4 (%5) idi. Biyolojik tedavi alan TAK hastalarında FRAX majör kırık riski %8,7 (4,9-18) iken, almayanlarda (n=37, %52) %9,5 (4,5-21,3) idi (p=0,08). Kalça kırık riski ise biyolojik tedavi alanlarda %0,7 (0,1-5,2), almayanlarda %1,5 (0,2-10) olup istatistiksel olarak anlamlı farklı idi (p=0,014). L1-L4 KMY değeri biyolojik tedavi alanlarda 1,06 (0,815-1,410) g/cm2, almayanlarda 0,99 (0,752-1,330) g/cm2 olup anlamlı fark gözlenmedi (p=0,201). Femur KMY değeri biyolojik tedavi alanlarda 0,903 (0,718-1,200) g/cm2, almayanlarda 0,853 (0,666-1,120) g/cm2 idi (p=0,05). Femur Z ve T skorları da biyolojik tedavi alanlarda daha yüksekti (p=0,04 ve p=0,007). PTH düzeyleri biyolojik tedavi alanlarda 41,8 (8-123) pg/mL iken, almayanlarda 49 (19-334) pg/mL idi (p=0,008). D vitamini, osteokalsin ve CTX düzeyleri gruplar arasında anlamlı fark göstermedi.

Sonuç: Biyolojik tedavi alan TAK hastalarında FRAX kalça kırık riski, femur KMY, Z ve T skorları biyolojik tedavi almayanlara göre daha iyi bulunmuştur. Bu durum, biyolojik tedavinin kemik metabolizması üzerinde koruyucu etkisi olabileceğini düşündürmektedir. Tüm gruplarda femur KMY'nin düşük bulunması genel kemik sağlığının etkilendiğini, L1–L4 değerlerinin düşüklüğü ise omurga kırığı riskinin arttığını göstermektedir. TAK hastalarında osteoporoz ve kırık riski yüksektir; bu nedenle erken tanı ve enflamasyonun etkili baskılanması, KMY takibi ve kırık risk değerlendirmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Biyolojik tedavi, FRAX, kemik mineral yoğunluğu, kırık riski, osteoporoz, Takayasu arteriti

[PS-287]

Pediatrik ve erişkin başlangıçlı spondiloartropatilerin karşılaştırmalı analizi

Ümit Gül[1], Berçemhan Sulu[2], Zeynep Torunoğlu Bek[1], Ece Aslan[1], Nergis Akay[1], Elif Kılıç Könte[1], Esma Aslan[1], Aybüke Günalp[1], Mehmet Yıldız[1], Sezgin Şahin[1], Kenan Barut[1], Serdal Uğurlu[2], Özgür Kasapçopur[1]

[1]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatolojisi Bilim Dalı, İstanbul

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

Amaç: Spondiloartropati (SpA) terimi, aksiyel iskelet ve periferik eklemlerin tutulumuyla karakterize, HLA-B27 ile ilişkili bir grup heterojen enflamatuvar hastalığı kapsar. Eklem tutulumunun yanı sıra entezit, tırnak değişiklikleri, daktilit, psöriyazis, üveit ve enflamatuvar bağırsak hastalıkları da SpA ilişkili bulgular olabilmektedir. SpA, geniş bir yaş aralığında ortaya çıkabilir ancak en yüksek insidans geç ergenlik ve erken yetişkinliktedir. Benzer patolojik mekanizmaları ve klinik özellikleri paylaşmalarına rağmen, erişkin başlangıçlı ve juvenil başlangıçlı spondiloartropatiler arasında eşlik eden özellikler, tutulum şekilleri, mevcut semptomlar ve tedavi yöntemleri açısından önemli farklılıklar vardır. Biz de bu iki başlangıç evresi arasındaki farkları ortaya koymayı ve ayırt edici özellikleri belirlemeyi amaçladık.

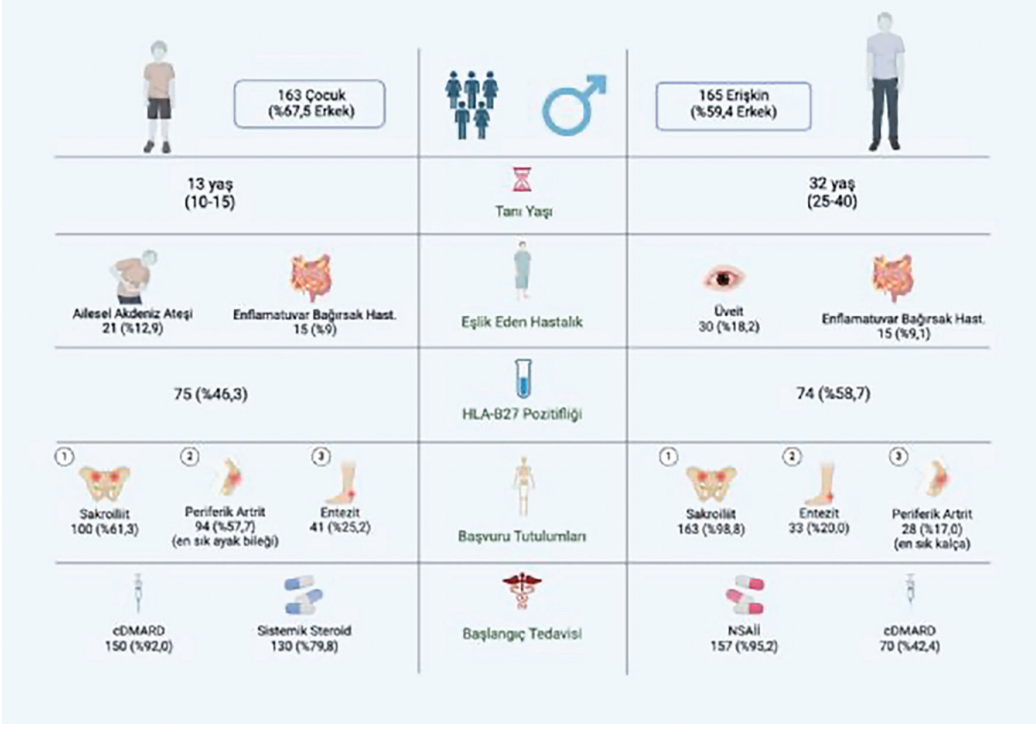
Yöntem: Kliniklerimizden takipli 163 çocuk ve 165 erişkin hastanın tıbbi kayıtları geriye dönük olarak incelendi. Demografik özellikler, tıbbi öykü, başvuru semptomları, aile öyküsü, tetkik sonuçları, takip sırasında eklem tutulumu ve tedavi rejimleri ile ilgili veriler toplandı ve analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya 163 çocuk (%67,5 erkek) ve 165 erişkin (%59,4 erkek) hasta dahil edilmiştir (p=0,128). Tanı yaşı ortanca değeri çocuklarda 13(10-15), erişkinlerde ise 32 (25-40) idi. İzlem süresi erişkin hastalarda çocuk hastalara kıyasla anlamlı derecede daha uzundu (sırasıyla 37 ve 49 ay) (p=0,000).

Periferik artrit ile başvuru çocuklarda %57,7'e (94/163) karşı erişkinlerde %17'ydi (28/165) (p=0,000). Başvuru anında sakroiliit oranı erişkin hastalarda %98,8 (163/165) ile çocuklardaki %61,3 (100/163) oranından daha yüksekti (p=0,000). Akut faz reaktanı pozitifliği ilk değerlendirmede benzerdi. HLA-B27 pozitifliği yetişkinlerde çocuk hastalara kıyasla anlamlı derecede yüksekti (%58,7'ye karşı %46,3 p=0,036). AAA çocuk hastalarda daha sık görülürken (%12,9'a karşı %1,2 p=0,000), üveit yetişkinlerde daha yaygındı (%18,2'ye karşı %3,6 p=0,000). Pediatrik hastalarda en sık görülen kas-iskelet sistemi tutulumları sakroiliit (%69,3), entezit (%42,3) ve ayak bileği tutulumudur (%36,8). Erişkinlerde en sık sakroiliit (%98,8) görülmüş, bunu kalça (%44,2) ve entezit (%28,5) izlemiştir. Başlangıç tedavisi açısından, sistemik steroid (p=0,000) ve cDMARD (p=0,000) kullanımı çocuk hastalarda anlamlı olarak daha sıktı. Erişkinlerde ise başlangıç tedavisi olarak NSAİİ kullanımı daha sıktı (p=0,000). bDMARD'ların tedaviye çocuk hastalarda daha erken eklendiği gözlendi (p=0,000).

Sonuç: Çocuklar daha sıklıkla periferik artrit ve entezit ile başvururken, erişkinlerde ağırlıklı olarak aksiyel tutulum görülmüştür. HLA-B27 pozitifliği erişkinlerde daha yüksek iken, AAA çocuk hastalarda anlamlı olarak daha yaygındı. Bununla birlikte, üveit yetişkinlerde daha yaygındı. Tedavi seçenekleri gruplar arasında önemli ölçüde farklılık göstermiş, çocuk hastalar daha yaygın olarak steroid, cDMARD'lar ve hastalığın daha erken dönemlerinde başlanan bDMARD'lar almıştır.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, juvenil idiopatik artrit, spondiloartropati



Şekil 1. Çalışma sonuçlarının genel özeti

[PS-288]

Non-enfeksiyöz akut anterior üveit hastalarında spondiloartrit sıklığı ve prospektif izlemde spondiloartrit gelişimi insepsiyon kohortu

Gizem Sevik[1], Kerem Abacar[2], Şeyma Çolakoğlu Özkaya[3], Nilüfer Zorlutuna Kaymak[4], Sertaç Ketenci[5], Hilal Eser Öztürk[6], Meltem Güzin Altınel[7], Murat Oklar[3], Duygu Şahin[1], Beyza Us Demirelli[1], Nesrin Şen[1], Sibel Yılmaz Öner[1], Mehmet Engin Tezcan[1], Sibel Kadayıfçılar[8], Levent Kılıç[9], Servet Akar[10], Umut Kalyoncu[9], Ömer Karadağ[9], Gülen Hatemi[11], İlknur Tuğal Tutkun[12], Pamir Atagündüz[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

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

[3]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

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

[6]Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun

[7]Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

[8]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

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

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

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

[12]Göz Nurunu Koruma Vakfı Bayrampaşa Göz Hastanesi, İstanbul; İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Non-enfeksiyöz akut anterior üveit (AAÜ), spondiloartrit (SpA) hastalarında önemli bir ekstraartiküler bulgudur. Literatürde daha önce yapılan çalışmalarda, AAÜ ile başvuran hastaların yaklaşık yarısında altta yatan SpA saptandığı ve tanının sıklıkla geciktiği bildirilmiştir. Oftalmoloji kliniklerinden romatolojiye yönlendirilen AAÜ hastalarının erken değerlendirilmesi ve takibi erken tanı ve tedavi açısından önemlidir. Bu alanda ülkemizde yapılmış çok merkezli, prospektif bir çalışma henüz bulunmamaktadır. Bu çalışmada, AAÜ ile başvuran hastaların klinik özellikleri, üveit karakteristikleri ve ilk değerlendirme sonrası tanılarının incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: Oftalmoloji kliniklerinden romatolojiye yönlendirilen ardışık AAÜ hastaları çalışmaya alındı. İlk vizitte tüm hastalara ayrıntılı romatolojik sorgulama yapıldı; SpA ilişkili semptom ve bulgular, sakroiliak görüntüleme ve HLA-B27 sonuçları, aldıkları tanı ve tedaviler kaydedildi. İlk değerlendirme sonrası 6-12. aylarda hastaların takip vizitlerinin yapılması planlandı.

Bulgular: Çalışmaya alınan 73 hastanın (%60,3 kadın/%39,7 erkek) ortalama yaşı 42,5 (11,6) yıl idi. Üveit özellikleri incelendiğinde; 40 hasta (%54,8) akut unilateral, 18 hasta (%24,7) rekürren unilateral, 10 hasta (%13,7) akut alternan, 1 hasta (%1,4) bilateral AAÜ ile prezente oldu. Bir hastada (%1,4) panüveit ve 9 hastada (%12,3) fibrinli hipopyonlu üveit mevcuttu. Romatolojik değerlendirmede hastaların 52'sinde (%71,2) kronik bel ağrısı, 30'unda (%41,1) enflamatuvar bel ağrısı, 10'unda (%15,6) entezit, 4'ünde (%5,5) periferik artrit, 8'inde (%11,0) ailede SpA öyküsü ve 5'inde (%6,8) ailede psoriasis öyküsü mevcuttu. HLA-B27 pozitifliği hastaların %50,0'sinde saptanırken, sakroiliak eklem MR görüntülemesi yapılan 39 hastanın 9'unda (%23,1) sakroiliit mevcuttu. İlk değerlendirmesi tamamlanan 9 hasta (%18,8) non-radyografik aksiyel SpA, 6 hasta (%12,5) radyografik aksiyel SpA, 5 hasta (%10,4) periferik SpA, 5 hasta (%10,4) HLA-B27 ilişkili üveit, 1 hasta (%2,1) Crohn hastalığı ilişkili üveit tanısı aldı, 22 hasta (%45,8) ise idiopatik AAÜ olarak takibe alındı.

Sonuç: Çalışmamızda, literatürdeki verilerle uyumlu olarak, non-enfeksiyöz AAÜ hastalarının %54,2'sinde ilk değerlendirme sonucunda SpA ilişkili bir hastalık saptanmış olup, bu sonuçlar AAÜ hastalarında oftalmoloji-romatoloji işbirliği ve erken tanısal yaklaşımın önemini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Spondiloartrit, üveit, HLA-B27

[PS-289]

Erişkin Still hastalarının ferritin düzeylerine göre tedavi seçimleri farklılık göstermektedir

Büşra Fırlatan Yazgan[1], Muhammed Alahan[2], Tahsin Can Aydemir[2], Gizem Ayan[3], Hasan Satış[4], Sinem Can Bayram[5], Ali Aykut Fidancı[5], Mustafa Mahir Ülgü[5], Naim Ata[5], Şuayip Birinci[6], Umut Kalyoncu[1]

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

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

[3]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Hastanesi, Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

[5]Sağlık Bilgi Sistemleri Dairesi, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Ankara

[6]Bakan Yardımcısı, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Ankara

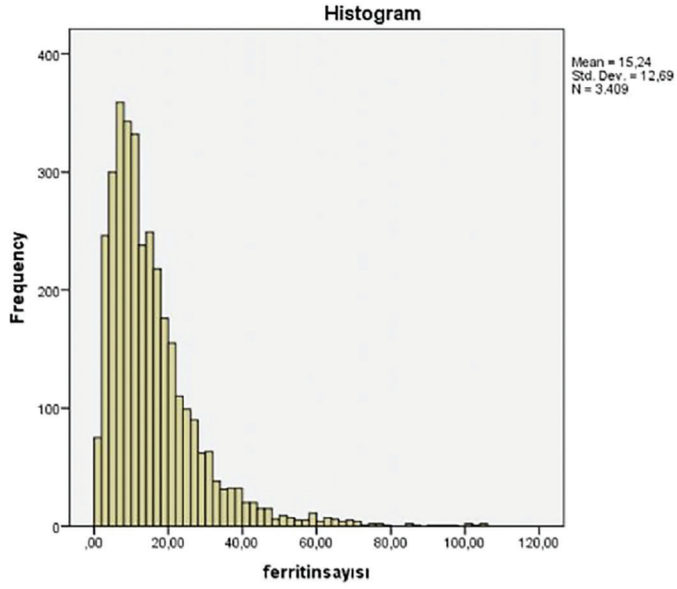
Amaç: Erişkin Still hastalığı nadir ancak önemli morbidite ve mortalite nedeni olabilen bir hastalıktır. Tedavi seçimi genellikle uzman görüşüne dayanmaktadır. Bu çalışmada, elektronik sağlık kayıtlarına dayalı ülke çapındaki Still hastalarında tedavi seçimlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Türkiye Ulusal Sağlık Veri Sistemi (E-Nabız) kullanılarak ülke çapında kohort değerlendirmesi yapılmıştır. E-Nabız üzerinden hasta verileri 1 Ocak 2015 ile 31 Aralık 2024 tarihleri arasındaki dönem için retrospektif olarak analiz edilmiştir. Bu analiz için Still hastalığı olguları "M06.1" ve alt gruplarını içeren ICD-10 kodları kullanılarak belirlenmiştir. Hastaların demografik özellikleri, tanı yaşları, ilk 30 gün ve tüm takipte almış oldukları tedaviler (steroid, metotreksat, leflunomid, sülfasalazin, siklosporin, anti-TNF, tocilizumab, kanakinumab, JAK inhibitörleri) kayıt edilmiştir. Hastaların tüm başvuruları sırasındaki ferritin düzeyleri kaydedilmiştir. Tüm takip sırasında en az bir kez ferritin düzeyi 500, 1500 ve 10000 olan hastalar ayrı ayrı analize dahil edilmiştir.

Bulgular: Bu çalışamada 3.409 hastada erişkin Still hastalısı analiz edilmiştir. Türkiye erişkin nüfusuna göre oranlandığında kaba sıklık 100.000'de 5,34 olarak saptanmıştır (3.409/63.847.883). Hastalara tüm takipleri sırasında ortalama 152 (12,4) kez ferritin bakılmıştı (Şekil 1). Ferritin düzeylerine göre kullanmakta oldukları tedaviler Tablo 1'de gösterilmiştir. Ferritin düzeyi 500 üstü olanlarda glukokortikoid, metotreksat, siklosporin, csDMARD, anti-IL6 ve kanakinumab kullanımı ferritin düzeyi 500 altında olanlara göre daha sıktı. Benzer bulgular ferritin düzeyi 1,500 üzerinde olan ve olmayan hastalarda da saptandı. Siklosporin kullanımı en sık olarak ferritin düzeyi 10.000 ve üzerinde olan hastalarda vardı. Genel mortalite %5,8 hastada görüldü. Ferritin düzeyi 1.500 üzerinde olan ve olmayan hastalarda mortalite sıklığı belirgin değişmekteydi (%10,3 karşı %3,3, p≤0,001).

Sonuç: Bu çalışmada erişkin Still hastalığı ile ilgili ülkemizdeki ilk kapsayıcı veri sunulmuştur. Kaba sıklığı literatür ile uyumludur. Tedavi seçimlerinde csDMARD ve glukokortikoidler en sık tercih edilen ilaçlardır. Anti-IL6 da önemli bir hasta grubunda kullanılmıştır. Anakinra verisi bu çalışmada analize dahil edilmemesi nedeniyle anti-IL1 ile ilgili sadece kanakinumab verisi verilmiştir. Anti-TNF ve daha az sıklıkla da JAKi kullanılmıştır. Tedavi seçimleri hastaların ferritin düzeylerine göre değişkenlik göstermektedir. Özellikle siklosporin'in ferritin düzeyi 10000 ve üzerinde olan hastalarda tercih oranlarının belirgin artması makrofaj aktivasyon sendromunu (MAS) düşündürmektedir. Ancak bu çalışmanın ICD-10 kodları üzerinden yapılması nedeniyle hastaların klinik verilerine ulaşılamamıştır, bu nedenle MAS ile ilgili kesin bir yargıya varılamaz. Bu durum bir limitasyon oluşturmakla birlikte nadir bir romatizmal hastalığın ülke genelindeki tedavi dağılımını ve mortalitesini vermesi nedeniyle geleceğe yönelik perspektifin çizilmesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Erişkin Still hastalığı, ferritin, tedavi



Şekil 1. Tüm takipte ferritin bakılma sıklığı

[PS-290]

Sjögren hastalarında ağız hastalıkları yükü ve psikolojik dayanıklılığın incelenmesi

Gonca Mumcu[1], Berceste Polat Akmansoy[2], Şükrü Can Akmansoy[3], Esra Sevimli[4], Ömür Mumcu[5], Mustafa Erdoğan[6], Nur Şişman Kitapçı[7], Farida Fortune[8], Güzide Nevsun İnanç[6]

[1]İstanbul Okan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı, İstanbul

[2]2Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı, İstanbul

[3]Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı, İstanbul

[4]İstanbul Arel Üniversitesi, Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, İstanbul

[5]Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Periodontoloji Anabilim Dalı, İstanbul

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

[7]Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul

[8]Centre Immunobiology and Regenerative Medicine, Barts and The London School of Medicine and Dentistry, Queen Mary University of London, UK

Amaç: Sjögren hastalığında (SjH) azalan tükürük akışı sebebiyle ağız ve diş sağlığı sorunları görülebildiğinden, kronik hastalık yönetiminde hastanın algıladığı ağız sağlığı ile objektif tedavi ihtiyaçlarının birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca, sağlık sorunlarıyla baş edebilmeyi sağlayan ve tedaviye uyumu destekleyen psikolojik dayanıklılığın düzeyi de oldukça önemlidir. Bu çalışmada, SjH'de ağız kuruluğu, ağız hastalığı yükü (AHY) ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkileri incelemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya 84 SjH'sı (K/E: 79/5; 57,7±11,3 yıl) katılmıştır. Veriler klinik muayene ve hasta kaynaklı çıktıları içeren anket formu ile toplanmıştır. Hastaların ağız içi muayenelerde, tedavi ihtiyaçları kaydedilmiş ve tükürük akış miktarının ölçümü yapılmıştır. AHY puanı (0-4); dolgu, periodontal tedavi, cerrahi işlemler ve protetik tedavi ihtiyaçlarının bütüncül olarak değerlendirildiği objektif bir puanlama sistemidir. Bu yöntemde her bir tedavi ihtiyacının varlığında "1" puan, ihtiyacın olmadığı durumda ise "0" puan verilmiştir. Puanın yüksek olması farklı tedavilere ihtiyacın arttığını göstermektedir (Lucena EHG ve ark. BMC Oral Health. 2021). Hastaların tükürük akış miktarı ölçüldükten sonra ağız kuruluğu olan hastalar (%32,1) (uyarılmamış tükürük akış miktarının ≤0,1 mL/dk) tanımlanmıştır. Hasta kaynaklı çıktı olarak; psikolojik dayanıklılık için Brief Resilience Scale (BRS), yaşam kalitesi için EQ-5D-5L ve EULAR Sjogren's Syndrome Patient Reported Index (ESSPRI) ölçekleri ile Genel Sağlık (0 puan: çok kötü ve 100 puan: çok iyi) ve Ağız Sağlığı (1 puan: çok kötü ve 5 puan: çok iyi) puanları da kullanılmıştır. BRS, EQ-5D-5L, Genel Sağlık ve Ağız Sağlığı puanlarının yüksek olması ile ESSPRI ve alt boyut puanlarının düşük olması hastanın genel durumu açısından olumlu kabul edilmiştir.

Bulgular: Uyarılmamış tükürük akış hızının (0,20±0,15) azalması ile ESSPRI-Kuruluk puanın (6,54±1,99) (r:-0,54 p≤0,001) ve çekilmiş diş sayısının artışı (9,54±8,84) (r:-0,28 p≤0,029), hastanın tanımladığı Genel Sağlık puanı (61,36±11,19) (r: 0,30 p=0,014) ve Ağız Sağlığı puanının (2,96±0,66) (r: 0,3 p=0,042) azalmasıyla ilişkilidir. Araştırma grubunda EQ-5D-5L puanı (0,69±0,19) ile ESSPRI (6,30±1,71) puanı arasında negatif yönlü korelasyonun olduğu görülmüştür (r:-0,39 p≤0,001). Grubun AHY puanı (2,23±1,05) diş tedavisi hizmeti alan semptomatik hastalarda (n=27; 3,03±0,97) diğerlerine göre daha yüksektir (n=57; 1,85±0,87) (p≤0,001). Bu hastalarda, diş çevresinde dental ve periodontal hastalıklara neden olan mikrobiyal dental biyofilm birikiminde artış görülmüştür (1,54±1,03 ve 0,55±0,71, sırasıyla) (p=0,003). Ayrıca, AHY puanının artışı ile Ağız Sağlığı puanının azaldığı da görülmüştür (r:-0,3 p=0,003). Bu puan sistemik tedavi protokolü ile ilişkili değildir (p≥0,05). Araştırma grubunda, BRS puanı (2,24±0,72), ağız kuruluğu olmayan hastalarda (2,46±0,61) olanlara (2,10±0,78) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,018). Ayrıca, BRS puanının artışı; ESSPRI-Halsizlik (6,31±1,92) puanının düşmesiyle (r:-0,39 p≤0,001), Genel Sağlık puanının (r:0,3 p=0,027) ve diş fırçalama sıklığının (2,41±0,52) artışıyla da ilişkidir (r:0,3 p=0,04). Hastalarda sabit protetik restorasyon yapılan diş sayısında artış ile çürük diş sayısındaki azalmanın (r:-0,30 p=0,007) ve BRS puanının artışının da ilişkili olduğu belirlenmiştir (r: 0,30 p=0,020).

Sonuç: Hastalardan ağız sağlığına yönelik geri bildirim alınması ile ESSPRI-Kuruluk puanı, romatoloji uzmanı hekime, Ağız Hastalıkları Yükü ve tükürük akış durumu açısından fikir verebilmektedir. Hastanın genel durumunun iyi olması ve psikolojik dayanıklılığının yüksek olması, ağız sağlığının korunmasına yönelik kişisel koruyucu önlemlere uyum göstermesini olumlu etkileyebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ağız hastalıkları yükü, Sjögren sendromu, psikolojik dayanıklılık

[PS-291]

Nedeni bilinmeyen akut faz yüksekliği ile başvuran aortit saptanan genç erkek hasta

Ayşe Özdede

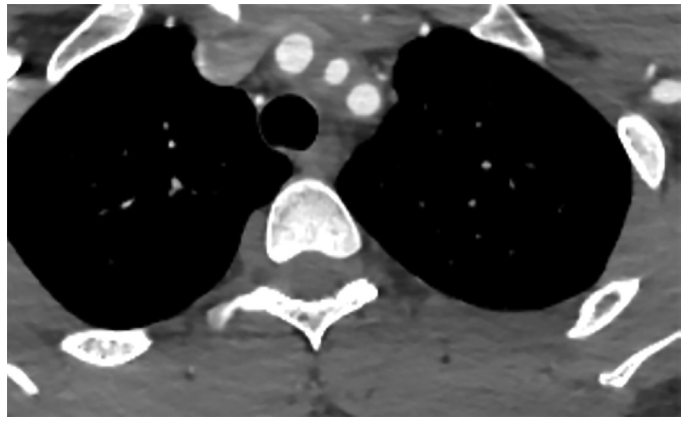
Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Kırıkkale

Amaç: Takayasu aort ve dallarının tutulumu sonucu stenoz, oklüzyon veya anevrizma ile giden büyük damar vasküliti olup etkilenen damar tutulumuna göre nabızsızlık, dirençli hipertansiyon, senkop, inme, anjina ve/veya ekstremite defisiti gibi bulgular görülebilmektedir. Ancak hastalığın erken döneminde yorgunluk, kilo kaybı ve ateş gibi konstitusyonel semptomlarla da prezente olabilmektedir.

Olgu: Yirmi dört yaşında erkek hasta bir süre nedeni bilinmeyen akut faz yüksekliği, sırt ağrısı ve kilo kaybı ile iç hastalıklarına interne ediliyor. Solunum sesleri doğal, periferik nabızlar alınıyor. Her iki üst ekstremite T.A: 130/70 mmHg. Torakolomber eklem hareketleri ağrılı idi. Laboratuvar bulgularında, hemoglobin: 12,8 g/dL, lökosit: 11,000/mm^3, trombosit: 488,000/mm^3, ESH: 78 mm/saat, CRP: 128,7 mg/L, romatolojik otoantikorlarda pozitiflik saptanmadı ve Brusella testleri negatif idi. Yapılan kontraslı spinal ve sakroiliak MR'da spondilodiskit saptanmadı. Karotis-Torakal-Abdominal BT anjiyografide arkus aorta ve dallarının proksimal bölümünde ve özellikle desendan aortada diffuz duvar kalınlık artışı saptandı (Şekil 1). Takayasu olarak değerlendirilip önce 1 gr intravenöz metilprednizolon 3 gün sonra, 0,5 mg/kg prednizolon ve subkütan olarak adalimumab 40 mg iki haftada bir olarak idamesi planlandı.

Sonuç: Takayasu hastalığı oluşturacağı mortalite ve morbidite nedeniyle tedavisi geç kalınmadan etkin bir şekilde başlanılmalıdır. Ancak, non-spesifik konstitusyonel semptomlarla prezente olabileceğinden bu olguyu sunduk.

Anahtar Kelimeler: Aortit, akut faz yüksekliği, takayasu



Şekil 1. Arkus aorta ve dallarının proksimal bölümünde konsantrik duvar kalınlaşması

[PS-292]

Ayırıcı tanıda zorlu bir rakip: Histiositozlar

Büşra Fırlatan Yazgan[1], Ahmet Tarık Kaynar[2], Buğu Bulat[1], Ali Aytuğ Kuştaş[1], Deniz Dönmez[1], Gözde Sevgi Kart Bayram[1], Hakan Oral[3], Elifcan Karakulak[3], Levent Kılıç[1], Osman İlhami Özcebe[3], Ömer Karadağ[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; Hacettepe Üniversitesi Vaskülit Tanı ve Tedavi Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara

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

[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Vaskülitler, sistemik bulgular ve çoklu organ tutulumları ile karakterize heterojen bir hastalık grubunu oluşturmaktadır. Bununla birlikte, vaskülitleri taklit edebilen neoplastik, enfeksiyöz ve enflamatuvar süreçler ayırıcı tanıda zorluklara yol açabilmektedir. Histiositozlar, nadir rastlanan ancak sıklıkla multisistemik tutulum sergileyen hastalıklar olup, klinik ve görüntüleme özellikleriyle vaskülitleri taklit edebilmektedir. Bu çalışmada, vaskülit ayırıcı tanısında dikkate alınması gereken histiositoz olgularının özellikleri değerlendirilmiştir.

Yöntem: Hacettepe Üniversitesi Vaskülit Tanı ve Tedavi Uygulama ve Araştırma Merkezi (HUVAM) veri tabanında kayıtlı olan vaskulit taklitçileri içerisinden histiositoz tanısı olan hastalar tarandı. 2014 yılı ve sonrasında romatoloji kliniğinde takip edilen ve Erdheim-Chester hastalığı (ECH) ve Langerhans hücreli histiositoz (LHH) tanılı hastalar değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, semptom, tanı ve son vizit tarihleri, organ tutulumları, laboratuvar ve görüntüleme özellikleri, patoloji sonuçları, komorbiditeler ve almış oldukları tedaviler kayıt edildi.

Bulgular: Çalışmaya altı ECH (1 kadın, 5 erkek) ve üç LHH (2 kadın, 1 erkek) tanılı hasta dahil edildi. Tanı anındaki ortalama (± SD) yaş 51±17 yıl olup, semptom başlangıcından tanıya kadar geçen ortalama süre 28 aydı. Organ tutulumu incelendiğinde, ECH hastalarının beşinde (%83) büyük damar tutulumu mevcut olup, sıklıkla perirenal-retroperiton, kardiyak ve uzun kemik tutulumu ile birliktelik gösterdi. LHH olgularında ise daha heterojen bir dağılım izlendi; bir hastada akciğer, bir hastada hipotalamo-hipofizer aks ve kemik tutulumu, bir hastada ise mediasten ve büyük damar tutulumu mevcuttu. Akut faz reaktanları değerlendirildiğinde; tanı anında eritrosit sedimentasyon hızı değerleri 12-40 mm/saat ve CRP düzeyleri 9,8-59 mg/L arasında değişmekteydi. Patolojik incelemede ECH olgularında sıklıkla CD68/CD163 pozitifliği görülürken, üç olguda BRAF V600E mutasyonu pozitif saptandı. LHH hastalarında ise tipik olarak CD1a ve S100 pozitifliği izlendi.

Sonuç: Histiositozlar, özellikle Erdheim-Chester hastalığında görülen aort tutulumu nedeniyle, klinik ve görüntüleme bulgularıyla büyük damar vaskülitlerini taklit edebilmektedir. Bu nedenle vaskülit şüphesiyle değerlendirilen hastalarda histiositoz olasılığının göz önünde bulundurulması, doğru tanı ve uygun hedefe yönelik tedavinin başlanması açısından kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Histiositoz, Erdheim-Chester hastalığı, Langerhans hücreli histiositoz, vaskülit, taklitçi

[PS-293]

Sistemik sklerozda akut kardiyak yetmezlik için kurtarıcı tedavi olarak mezenkimal kök hücre tedavisi

Özgür Can Kılınç[1], Ercüment Ovalı[2], Serdal Uğurlu[3]

[1]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

[2]Acıbadem Labcell Hücresel Tedavi Laboratuvarı, İstanbul

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

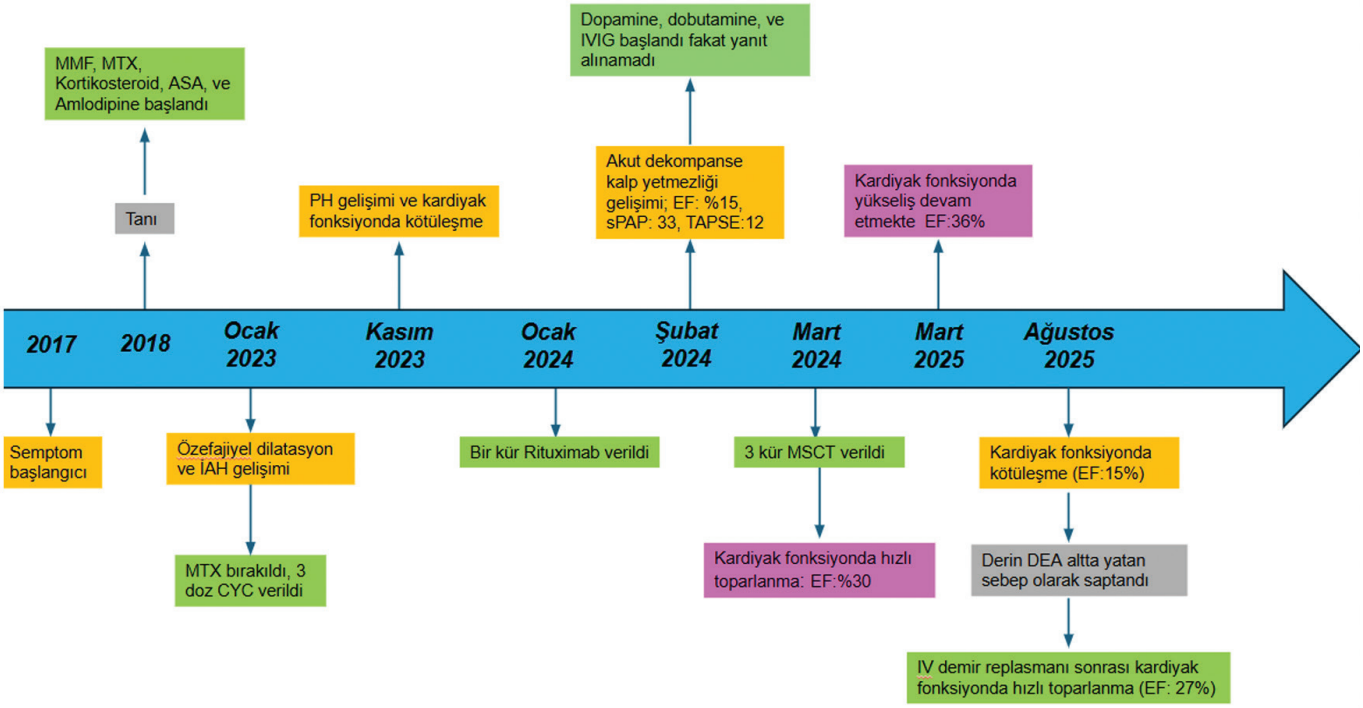
Amaç: Sistemik skleroz (SSc), deri ve hayati organlarda fibrozis ile karakterize otoimmün bir hastalıktır. Son yıllarda hücresel tedaviler umut verici sonuçlar göstermektedir.

Yöntem: Klinik özellikler tabloda özetlenmiştir. Yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Otuz üç yaşındaki SSc tanılı kadın hasta 2023 yılı sonunda çarpıntı şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Ekokardiyografide sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (LVEF) %45-50, sistolik pulmoner arter basıncı (sPAB) 36 mmHg, triküspit anüler düzlem sistolik ekskürsiyonu (TAPSE) 18 mm olarak saptandı. Koroner anjiyografi normaldi, ancak kardiyak MR'de LVEF %34, RVEF %35 olarak bulundu. Sağ kalp kateterizasyonu kombine pre- ve postkapiller pulmoner hipertansiyonla uyumlu sonuçlandı (ortalama PAP: 37 mmHg, PCWP: 27 mmHg, PVR: 2,9 Wood ünitesi).

Bulgular: Hasta Şubat 2024'te dispne, akut iskemik hepatit ve dekompanse kalp yetmezliği bulguları ile başvurdu (ProBNP ≥35.000 pg/mL, Troponin-T: 0,58 ng/mL, LVEF: %15, sPAB: 33 mmHg, TAPSE: 12 mm). Dobutamin, dopamin ve intravenöz immünoglobulin (IVIG) tedavisine rağmen kardiyak fonksiyonda iyileşme sağlanamadı. Hastanın kardiyak fonksiyonlarının ileri derecede bozuk olması nedeniyle ne kemik iliği kök hücre transplantasyonu (BMSCT) ne de CD19-hedefli CAR-T hücre tedavileri tolere edilebilir seçenekler arasında değildi. Bu yüzden, düşük kardiyak fonksiyonlar varlığında da uygulanabilir olan bir hücresel tedavi olan mezenkimal kök hücre tedavisine (MSCT) başlandı. Hastaya başlangıç olarak üç kür MSCT planlandı. Daha üçüncü kür uygulanmadan hastada anlamlı klinik toparlanma izlenmeye başlandı. Hasta, daha önce tamamlayamadığı 6 dakikalık yürüme testinde 170 metreye ulaştı. Ayrıca kardiyak MR'de EF %27 olarak ölçüldü. Hastada gelişen aralıklı supraventriküler taşikardi ve vasküler komplikasyonlara rağmen hastanın kardiyak fonksiyonları Ağustos 2025'e kadar yükselmeye devam etti (maksimum LVEF: %36). Ağustos 2025'te, hastanın kardiyak fonksiyonlarında ani bir düşüş izlendi ve EF'si %15'e kadar düştü. Bu durum ciddi demir eksikliği anemisine (Hb: 9,3 g/dL, ferritin: 7 ng/mL, demir: 18 µg/dL) bağlandı ve intravenöz demir replasmanı sonrası LVEF %27'ye yükseldi. Genel durumu daha iyiye gitmekte olan hastaya yeni bir MSCT kürü verilmesi planlanmaktadır.

Sonuç: MSCT, SSc'li hastalarda akut kalp yetmezliğinin yönetiminde etkili ve iyi tolere edilebilir bir seçenek olabilir. Kardiyak fonksiyonlar, CAR-T hücre tedavisi veya BMSCT gibi daha etkin hücresel yaklaşımların tolere edilebileceği düzeye gelene kadar kurtarıcı tedavi olarak kullanılabilir. Bu nedenle, BMSCT ve CAR-T hücre tedavilerini tolere edemeyen hastalarda MSCT tedavisi etkin ve nispeten daha tolere edilebilir bir seçenek olarak akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, mezenkimal kök hücre tedavisi, akut dekompanse kalp yetmezliği



Şekil 1. Zaman çizelgesi

[PS-294]

Ankilozan spondilitte otomatik mSASSS hesaplaması için derin öğrenme tabanlı yapay zeka aracı geliştirilmesi

Kerem Abacar[1], Şeyma Çolakoğlu Özkaya[2], Erhan Bıyıklı[3], Onur Buğdaycı[3], Ayberk Denizli[4], Beril Koçak[4], Mert Burkay Çöteli[5], Doğukan Akdoğan[6], Aylin Gökduman[6], Pamir Atagündüz[7]

[1]*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye; Leeds Üniversitesi, Leeds Romatizma ve Kas-İskelet Sistemi Tıbbı Enstitüsü, Leeds, Birleşik Krallık*

[2]*Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıbbi Biyoloji ve Genetik Anabilim Dalı, İstanbul*

[3]*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

[4]*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul*

[5]*Mantiscope Medikal Cihazlar Şirketi, İstanbul*

[6]*Pleksus Bilişim Teknolojileri, İstanbul*

[7]*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

Amaç: Ankilozan spondilit (AS), ilerleyici ve geri dönüşsüz fonksiyonel kayıpla seyreden kronik enflamatuvar bir eklem hastalığıdır. AS'de radyografik progresyon sıklıkla servikal ve lomber omurgadaki 24 seviyeyi değerlendiren modified Stoke Ankylosing Spondylitis Spine Score (mSASSS) ile ölçülmektedir. Bu yöntem uzmanlık gerektiren, zaman alıcı ve manuel bir süreç olduğundan rutin klinik uygulamalarda sınırlı kullanılmaktadır. Bu çalışmanın amacı, radyografik progresyonun değerlendirilmesini kolaylaştırmak amacıyla mSASSS hesaplamasını otomatikleştiren yapay zeka (YZ) tabanlı bir araç geliştirmektir.

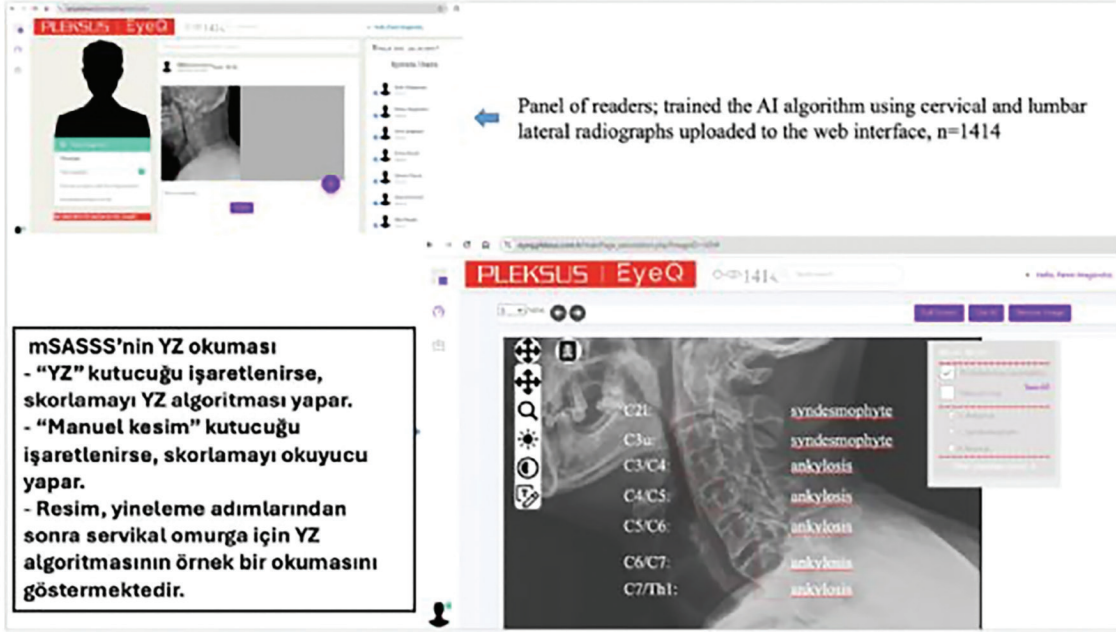
Yöntem: YZ modelinin eğitimi için spinal radyografiler toplandı, anonimleştirildi ve bulut tabanlı bir platformda etiketlendi. Etiketleme süreci standardize edildi, gözlemciler arası ve gözlemci içi uyum değerlendirildi. Derin öğrenme modeli, mekansal dikkat mekanizmasıyla güçlendirilmiş YOLOv4 mimarisi kullanılarak oluşturuldu. Veri seti eğitim (%80) ve test (%20) gruplarına ayrıldı. Test setinde duyarlılık, özgüllük ve doğruluk oranları hesaplandı. Eğitim süreci üç aşamada yinelemeli olarak gerçekleştirildi.

Bulgular: Nihai YZ modeli, AS progresyonuna ait radyografik özellikleri yüksek doğrulukla saptadı. Normal vertebra köşeleri için %90,67, erozyon için %76,75, sindesmofit için %76,99 ve ankiloz için %94,14 doğruluk elde edildi. Genel olarak, geliştirilen YZ aracı mSASSS hesaplamasını otomatikleştirmede ve radyografik anormallikleri güvenilir biçimde tanımada umut verici bulundu.

Sonuç: Geliştirilen derin öğrenme tabanlı YZ aracı, mSASSS hesaplamasını başarıyla otomatikleştirmiş ve AS'nin radyografik özelliklerini yüksek doğrulukla saptamıştır. Bu yenilik, rutin klinik iş akışlarını iyileştirme, geniş ölçekli çalışmaları kolaylaştırma ve AS hastalarında radyografik progresyonun zamanında değerlendirilmesini sağlama potansiyeline sahiptir. Gelecekteki uygulamalar, spinopelvik parametreleri de içerecek şekilde genişletilerek hastalık progresyonunun daha kapsamlı bir değerlendirilmesine katkı sağlayabilir.

Teşekkür / Destek: Bu araştırma Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK) tarafından, 1507 – KOBİ Ar-Ge Başlangıç Destek Programı kapsamında [proje numarası: 7220390] ile desteklenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Yapay zeka, derin öğrenme, spondilit, mSASSS, radyografik progresyon



Şekil 1. Derin öğrenme tabanlı mSASSS değerlendirme yazılımımızın arayüzü ve skorlaması
Yapay zeka destekli skorlamanın nasıl yapıldığını görsel olarak göstermekte ve programın klinik ve araştırma uygulamaları için kullanıcı dostu arayüzünü vurgulamaktadır

[PS-295]

Sjögren hastalarında hasta güçlendirme, hasta katılımı ve hasta aktivasyonu ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi

Esra Sevimli[1], Berceste Polat Akmansoy[2], Fatma Büşra Sarı[3], Burcu Aksoy[4], Hatice Kalender[5], Ömür Mumcu[6], Ayşegül Avcu[7], Mustafa Erdoğan[7], Nur Şişman Kitapçı[8], Farida Fortune[9], Nevsun İnanç[7], Gonca Mumcu[10]

[1]*İstanbul Arel Üniversitesi, Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, İstanbul*

[2]*Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı, İstanbul*

[3]*Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul*

[4]*Atlas Üniversitesi, Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, İstanbul*

[5]*Maltepe Üniversitesi, Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikleri Bölümü, İstanbul*

[6]*Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Periodontoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

[7]*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

[8]*Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul*

[9]*Centre Immunobiology and Regenerative Medicine, Barts and The London School of Medicine and Dentistry, Queen Mary University of London, UK*

[10]*İstanbul Okan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı, İstanbul*

Amaç: Kronik hastalıkların yönetiminde hasta merkezli tedavi, hastaların tedavi süreçlerine aktif katılımının teşvik edilmesini gerektirmektedir. Güçlendirilmiş hastalar hem karar verme sürecine dahil olabilir hem de öz kontrol yetenekleri ile tedavi verimliliğini artırmada önemli paydaşlar olabilirler. Bu çalışmanın amacı, Sjögren (SjH) hastalarında Hasta Güçlendirme, Katılım ve Aktivasyon ile ilişkili faktörleri değerlendirmektir.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya, Sjögren (SjH) tanılı 164 hasta (K/E: 157/7; ortalama yaş: 54,4±12,4 yıl, hastalık süresi: 9,02±7,14 yıl) dahil edildi. Veriler, klinik muayeneler ve hasta kaynaklı çıktıları içeren bir anket formu ile elde edilmiştir. Hasta kaynaklı çıktı olarak; "Patient Empowerment (Hasta Güçlendirme, n=7), Engagement (Katılım, n=7), Activation (Aktivasyon, n=7) scale (PEEAS)", "EQ-5D-5L" yaşam kalitesi ölçeği, EULAR Sjogren's Syndrome Patient Reported Index (ESSPRI) ve Genel Sağlık (0 puan: en kötü-100 puan: en iyi sağlık durumu) durumu puanları kullanılmıştır. Üç alt boyuttan oluşan PEEAS ölçeğindeki her madde, 5'li Likert skalası ile değerlendirilmiştir. Faktör analizi ile madde dağılımının orijinal ölçekle aynı olduğu görülmüştür (p≤0,05). Ölçeğin geliştiricileri tarafından her alt boyutta "Yüksek seviye" düzeyi için sınır değer ≥28 puan, 20-27 puan Orta düzey, ≤19 puan Düşük düzey olarak tanımlanmıştır. Hastaların günlük yaşam aktivite düzeyi, Work Productivity and Activity Impairment-Daily life (WPAI-D; Günlük yaşam aktivitesi) ile değerlendirilmiştir. Yüksek puanlar PEEAS'da Güçlendirilmiş, Katılımcı ve Aktif hastaları (7-35 puan/her alt boyut), Genel Sağlık durumunu (0-100 mm arası, 100: en iyi sağlık) ve EQ-5D-5L ile değerlendirilen iyi yaşam kalitesini (yüksek puan: iyi yaşam kalitesi durumu) yansıtırken, WPAI-Günlük aktivitesi ve ESSPRI puanının yüksek olması hastaların olumsuz etkilendiğini göstermektedir. Ön analizler yapıldıktan sonra, olası Bağımlı değişken (WPAI-Günlük aktivite), bağımsız değişken (Genel Sağlık durumu), Mediatör (PEEAS alt boyutları) ve "Moderatör" (Yaş) değişkenler tanımlanarak analizler yapılmıştır.

Bulgular: Komorbiditesi olan hastalarda (n=98) "Hasta Aktivasyon" skoru (23,10±7,03), komorbiditesi olmayanlara göre (n=18) (27,16±5,13) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür (p≤0,001). Azalan EQ-5D-5L (0,62±0,21) ve Genel Sağlık durumu puanları (61,92±11,59), artan ESSPRI skoru (6,48±1,64), uzun süreli göz kuruluğu (7,74±5,95 yıl), ileri yaş, eğitim yılının (8,52±4,84 yıl) az olması, hastalık süresinin uzun olması ve WPAI-D (43,59±22,20) puanlarının artışıyla; Hasta Güçlendirme (26,65±4,33), Hasta Katılım (26,68±4,20) Hasta Aktivasyon (25,10±6,20) alt grup puanlarının azalmasıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (p≤0,05). Ayrıca, artan WPAI-Günlük aktivite puanı, hastanın Genel Sağlık puanının düşüşü ve hastanın daha genç olması ile de ilişkilidir (p≤0,05). Moderatör analize göre, hastanın Genel Sağlık durumunun WPAI-Günlük aktivite üzerindeki olumsuz etkisi genç hastalarda (41 yaş) daha güçlüdür (p≤0,05). Üç Mediatör analiz modellemesinde, WPAI-Günlük yaşam puan artışı, Genel Sağlık durumu puanından direkt olarak etkilendiği belirlenmiştir. (p≤0,05). Bu modeller içinde, 1. modelde "Hasta Güçlendirme", ikinci modelde "Hasta Katılımı" ve 3. modelde "Hasta Aktivasyonu" alt boyutlarının mediatör değişkenler olduğu belirlenmiştir (p≤0,05).

Sonuç: Bu çalışma, Sjögren (SjH) hastalarında yaşam kalitesinin iyi olması, göz kuruluğunun erken tedavisi ve hastalıkla ilgili semptomların etkili bir şekilde kontrol edilmesinin yanı sıra komorbiditelerin, yaş ve genel sağlık durumunun hasta Güçlendirme, Katılım ve Aktivasyon düzeylerini artırmak için önemli faktörler olduğu belirlenmiştir. Bu noktada hastanın durumuna özgü stratejilerin geliştirilmesi de bu sürece katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Hasta aktivasyonu, hasta güçlendime, hasta katılımı, Sjögren sendromu

[PS-296]

Pankreas başında kitle ile başvuran hastada IgG4-ilişkili hastalık: Cerrahi sonrası doğru tanıya ulaşmak

Turçin Sarıdoğan[1], Çisem Okur Maden[2], Cihangir Ergün[2], Zeynep Nazlı Doghramachi[3], Ayşe Aktaş[4], Mehmet Coşkun[3], Berivan Bitik[2], Ahmet Eftal Yücel[2]

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

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

[3]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

[4]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, Ankara

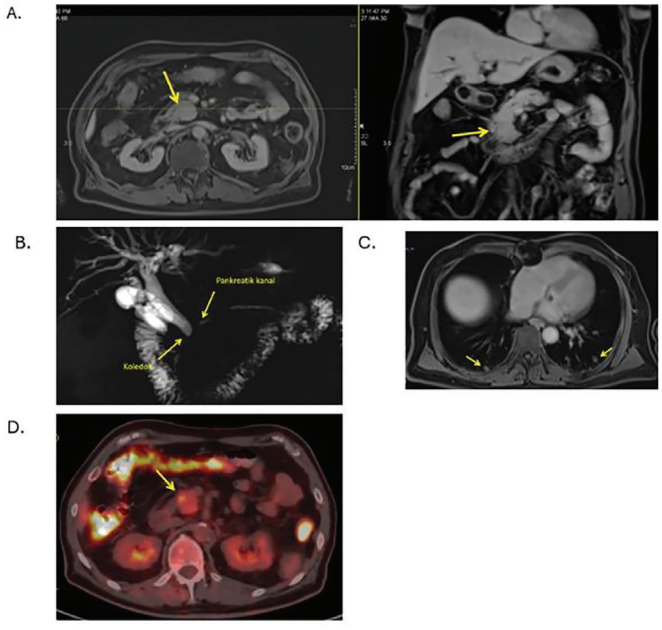
Amaç: IgG4-ilişkili hastalık, birçok organı etkileyebilen immün-aracılı fibroenflamatuvar bir hastalıktır. Başlıca pankreasta, safra yollarında, lenf nodlarında, tükürük bezlerinde, orbitada enflamasyona ve retroperitoneal fibrozise neden olabilir. Nadir bir hastalık olup, yalnızca 2000'li yılların başında tek bir hastalık olarak tanımlanmaya başlamıştır ve tanısı çok dikkatli klinikopatolojik korelasyon gerektirmektedir.

Yöntem: Burada karın ağrısı, sarılık ve kilo kaybı ile başvuran, pankreas kanseri ön tanısıyla Whipple operasyonu olan takipte IgG4 ilişkili otoimmün pankreatit tanısı alan bir olguyu sunmayı amaçladık.

Bulgular: Hipertansiyon, aterosklerotik koroner kalp hastalığı ve benign prostat hiperplazisi tanıları ve koroner arter bypass öyküsü olan 76 yaşında erkek hasta, 25 Haziran 2025'te epigastrik hassasiyet, ikter, akolik gaita ve kilo kaybı şikayetleriyle gastroenteroloji bölümüne başvurmuş. Kolestatik enzimler ve transaminazlar yüksek bulunmuş. Dış merkezde yapılan abdominal manyetik rezonans görüntülemede (MRG) pankreas baş kesiminde kitle saptanmış, hasta Haziran 2025'te merkezimize başvurmuş. Abdomen MRG'nin merkezimizdeki yorumunda pankreas baş kesiminde yaklaşık 49x27x24 mm boyutlarında malign özellikler taşıyan, koledok ve intrahepatik safra yollarında belirgin dilatasyona sebep olan kitle saptanmış (Şekil 1). Pankreas başı karsinomu ön tanısıyla yapılan 18-Florodeoksiglukoz pozitron emisyon bilgisayarlı tomografide (18-FDG PET BT) kitlede FDG tutulumu (SUV_{maks}:3,9, geç SUV_{maks}:5,3) izlenmiş; mediasten ve hiler bölgelerde en yüksek geç SUV_{maks}: 5 ile FDG tutulumu gösteren lenf nodları; her iki akciğerde ise SUV_{maks}: 2,7'ye kadar çıkan nodüler lezyonlar saptanmış. Ancak tümör belirteçleri (AFP, CEA, CA 19-9) negatif saptanmış. Pankreas kanseri ön tanısıyla Whipple prosedürü uygulanan hastanın postoperatif dönemde kandidemisi olması nedeniyle antifungal tedavi başlanmış. Whipple operasyon materyali patolojisinde immünohistokimyasal boyamada yoğun IgG4 pozitif plazma hücresi infiltrasyonu, duktal lenfoplazmositer enflamasyon, fokal obliteratif filebitis, striform fibrozis ve asiner atrofi saptanmış. Serum IgG4 düzeyi 9,31 g/L, ANA (Anti Nükleer Antikor) pozitif (homojen granüler, titresi: 1/1000), AMA (Anti Mitokondrial Antikor) negatif, AMA M2 negatif, ASMA (Düz kas antikoru) negatif, LKM (Liver Kidney Mikrozomal Antikor) negatif sonuçlanmış. Antifungal tedavisini tamamlayan hastanın ateşi ve C-reaktif protein (CRP) yüksekliği devam etmesi üzerine hastaya 40 mg metilprednizolon başlanarak sonuçlarıyla Romatolojiye danışılmış. Hasta IgG4 ilişkili hastalık olarak değerlendirildi, tedavisine oral metotreksat 12,5 mg/hafta ve folik asit eklendi, oral metilprednizolon 12 mg dozunda devam edildi.

Sonuç: Bu olgu özellikle IgG4 ilişkili otoimmün pankreatit ile pankreas kanserinin karışabileceğini göstermektedir. Karın ağrısı, sarılık, kilo kaybı semptom ve bulgularıyla başvuran hastaların ayırıcı tanısında dikkatli olunmalıdır. IgG4 ilişkili hastalık nadir görülen ancak altta yatan romatolojik hastalıkların varlığı düşünüldüğünde akılda tutulması gereken otoimmün pankreatit nedenlerinden biridir.

Anahtar Kelimeler: IgG4-ilişkili hastalık, otoimmün pankreatit, retroperitoneal fibrozis



Şekil 1. Abdominal MR ve PET-BT görüntüleri, A) Pankreas başında ekspansil kitle, B) Koledok ve pankreatik kanalda dilatasyon ve distalinde ani daralma, C) Akciğerde nodüler lezyonlar, D) 18-FDG PET BT'de pankreas başındaki lezyon

[PS-297]

Takayasu arteritinde kas iskelet tutulumunun PET/BT ile değerlendirilmesi: İleri yaşla PMR-benzeri paterne doğru bir eğilim olabilir

Kerem Abacar[1], Zeynep Ceren Balaban Genç[2], Ayşegül Avcı[3], Salih Özgüven[2], Haner Direskeneli[3], Fatma Alibaz Öner[3]

[1]*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; Leeds Institute of Rheumatic and Musculoskeletal Medicine, University of Leeds, Leeds, Birleşik Krallık*

[2]*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, İstanbul*

[3]*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

Amaç: Takayasu arteriti (TAK), aorta ve ana dallarını tutan büyük damar vaskülitidir; çoğunlukla genç erişkinlerde görülür. TAK'ta kas-iskelet sistemi tutulumunun sıklığı ve paternleri tam tanımlı değildir; literatürde SpA-benzeri periferik bulgular bildirilmiştir. Dev hücreli arterit (DHA) ile ilişkili polimiyaljia romatika (PMR) eşlikleri iyi bilinse de TAK ile PMR birlikteliği net değildir. Yaşa bağlı patern değişimi (ileri yaşta PMR-benzeri dağılım) olasılığı da belirsizdir. FDG-PET/BT, subklinik muskuloskeletal enflamasyonu yarı-kantitatif olarak saptamaya olanak vererek bu soruları değerlendirmede uygundur. Çalışmamızda TAK'ta PET/BT ile subklinik kas-iskelet tutulumunun sıklığı ve paternlerini yaş-cinsiyet uyumlu kontrol grubu ile karşılaştırmak ve PMR-benzeri paternin ileri yaşla ilişkisini araştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: ACR1990 kriterlerini karşılayan ve görüntüleme sırasında klinik olarak aktif TAK hastalarının 18F-FDG PET/BT'leri retrospektif olarak incelendi. Anormal FDG tutulumlu bölgeler deneyimli nükleer tıp uzmanlarınca işaretlenerek yerleşim ve şiddet belirlendi. Kas-iskelet bölgelerinde (eklemler: dirsek, el bileği, sternoklaviküler, diz, ayak bileği; entezis: Aşil, plantar, patellar; trokanter majör; interspinöz ligament) metabolik aktivite yarı-kantitatif olarak SUV_{maks}/SUV_{mean} ile ölçüldü. Pozitiflik, kişi-içi değişkenliği azaltmak için lezyon/karaciğer (KC) oranı ≥1 olarak tanımlandı. Kalça tutulumu, trokanter majör, iskium veya kalça ekleminden herhangi birinde KC ≥1 varlığı; bilateral kalça iki tarafta pozitiflik olarak kabul edildi. Sistemik vasküler aktivite, asendan-ark-desendan-abdominal aorta ile brakiosefalik, subklavyen ve karotid arterlerdeki SUV_{maks}'a dayalı PETVAS ile hesaplandı. Kontrol grubu, akciğer kitle şüphesiyle PET/BT çekilmiş, malignite dışlanmış ve yaş-cinsiyetçe benzer 49 bireyden oluştu; görüntüler aynı yarı-kantitatif protokolle değerlendirildi.

Bulgular: Doksan beş hastanın PET/BT incelemeleri değerlendirildi (ortalama yaş 38,7±13,8); kadın/erkek oranı 81/14). Ortalama PETVAS skoru 3,9±7,2 idi. Görüntüleme sırasında hastaların hiçbirinde klinik olarak aktif artrit, entezit veya bursit saptanmadı. Ayrıca temporal bölgede baş ağrısı ya da çene kladikasyonu gibi DHA'yı düşündürebilecek semptom bildirilmedi. Karaciğere oranlanmış semikantitatif skora göre (≥KC) vasküler tutulum en sık aortik ark %16,8, asendan aorta %13,7 ve desendan aorta %1,6 düzeyindeydi.

Entezit oranları gruplar arasında benzerdi (p=0,650), buna karşılık artrit SUV_{maks}'a göre kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek iken SUV_{ort}'a göre TAK'ta yüksek saptandı (Tablo 1). Bilateral omuz tutulumu TAK'ta daha sıktı ancak istatistiksel anlamlılığa ulaşamadı (p=0,137). Bilateral omuz/kalçanın birlikte tutulumu" (p=0,072) ve interspinöz ligament tutulumu (p=0,145) TAK'ta daha yüksek oranda görünse de istatistiksel eşik aşılamadı. "Bilateral omuz veya kalça" için de fark anlamlı değildi (p=0,692). Yaş ile tutulum ilişkisi incelendiğinde, TAK'ta subklinik artritik tutulum gösteren hastalar daha ileri yaştaydı (62,4±8,9'ye karşı 47,6±12,9 yıl; p=0,004). Bilateral omuz tutulumu olan ve bilateral omuz ve kalça birlikte tutulan gruplarda yaş ortalaması istatistiksel anlamlılığa ulaşamasa da yüksek olma eğilimindeydi (sırasıyla; 52,8±12,7, 48,2±13,2; p=0,303 ve 52,8±15,5, 48,4±13,1; p=0,548). Bilateral kalça ve bilateral omuz veya kalça tutulumu için de fark saptanmadı. Entezit varlığı da daha genç yaşta görülmeye yatkın görünse de istatistiksel anlamlılığa ulaşamadı (43,6±15,5, 49,3±12,9; p=0,158).

Sonuç: Omuz, kalça ve bileşik paternler ile entezit TAK'ta genelde daha yüksekti; çoğu istatistiksel eşiğe ulaşmadı. PMR paterni ileri yaşta, entezit ise daha genç yaşta eğilim gösterdi. PMR'nin ileri yaşta görülmesi, TAK'ta DHA-benzeri kas-iskelet tutulumunun gelişebileceğini düşündürür. Bulgular daha büyük örneklemler ve standardize görüntüleme ile doğrulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Takayasu arteriti, PET/BT, polimyalgia romatika

[PS-298]

Taklitçiler; Behçet kliniği ile başvuran olgu

Senar Şan

Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Kocaeli

Amaç: HIV enfeksiyonunun yeni yüzyılda giderek sıklığı artan bir durum olması ve viral etkenlerin birçok romatolojik hastalık taklitçisi olarak ayrıcı tanıda akılda tutulması gereken durumların başında gelmesi sebebiyle olgumu paylaşmak istedim.

Olgu: Yirmi sekiz yaş erkek, berber, son 4-5 aydır sık tekrarlayan oral aftı ve 2 ay öncesinde ortaya çıkan genital bölgede yarası olmuş. İki gün önce ani gelişen şiddetli bacak ağrısı, baş ağrısı ve baş dönmesi ile birlikte sağ bacağında şişlik olması üzerine acil servisten konsülte edildi. Oral mukozada aftları ve genital bölgedeki şüpheli ülseri görüldü. Her iki bacak çap farkı için Doppler USG yapıldı DVT izlenmedi, yaygın deri, deri altı ödem olarak raporlandı. Kraniyal görüntülemelerinde ön raporda iskemik gliotik odaklar olabileceği belirtildi. İleri tetkik için yatırılan hastanın tedavisine selülit ön tanısı ile seftiriakson 2x1 gr başlandı. Laboratuvar tetkiklerinde CRP: 45 mg/dL, TİT piyüri ve 2+ protein, lenfosit sayısı 900, DsDNA, C3, C4, Lupus antikoagülan, beta2 glikoprotein ve kardiyolipin IgG/M, ANA, CCP negatif tespit edildi. Kraniyal tutulum ve diğer vasküler tutulumlar açısından görüntülemeleri yapıldı. Ekokardiyografisinde şüpheli vejetatif görünümü olan hastanın HIV doğrulama testi de pozitif gelmesi üzerine HIV enfeksiyonuna bağlı enfektif endokardit ön tanısı ile enfeksiyon hastalıkları servisine devredildi.

Sonuç: HIV enfeksiyonu özellikle tekrarlayan aftöz stomatit açısından ayırıcı tanılar içerisinde yer almaktadır. Vasküler tutulumlu Behçet hastalığının sık görüldüğü genç erkek hasta popülasyonunda ayırıcı tanıda unutulmaması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, enfektif endokardit, HIV

[PS-299]

Romatolojide algı farkı: Geniş bir kohort çalışmasında diskordansın klinik belirteçleri

Hakan Babaoğlu, Esra Kayacan Erdoğan, Hatice Ecem Konak, Ebru Atalar, Gülşah Soytürk, Çisem Çağdaşer, Kevser Orhan, Berkan Armağan

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

Amaç: Romatizmal hastalıkların yönetiminde hasta ve hekim arasındaki iletişim ve değerlendirme uyumu kritik öneme sahiptir. Hasta global değerlendirmesi (HGD) ile hekim global değerlendirmesi (HGD) arasındaki uyumsuzluk (diskordans), tedavi kararlarını ve hasta sonuçlarını etkileyebilen yaygın bir durumdur. Bu çalışmanın amacı, farklı romatizmal hastalık kohortlarında hasta-hekim değerlendirmesi arasındaki diskordans oranını belirlemek ve bu durumla ilişkili klinik ve laboratuvar parametrelerini araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya dört farklı romatizmal hastalık longitidunal kohortundan (ankilozan spondilit, psoriatik artrit, romatoid artrit, bağ dokusu hastalıkları) toplam 4.495 hasta ve bu hastalara ait 7.060 vizit verisi dahil edilmiştir. Diskordans, Hekim Global Değerlendirmesi'nin (VAS) ≤3 ve Hasta Global Değerlendirmesi'nin (VAS) ≥7 olması olarak tanımlanmıştır. Diskordans olan ve olmayan gruplar arasındaki sürekli değişkenler (eklem sayıları, laboratuvar değerleri, hastalık aktivite skorları), Mann-Whitney U testi kullanılarak karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 7.060 vizitin analizinde, genel diskordans oranı vizit bazında %5-6, hasta bazında ise %8-12 aralığında saptanmıştır. Ankilozan Spondilit (AS) kohortunda, diskordans olan grupta medyan C-reaktif protein (CRP) düzeyi, diskordans olmayan gruba göre anlamlı olarak daha düşüktü (medyan 6,3 mg/L vs 7,9 mg/L, p=0,035). Bu kohortta medyan hassas (TJS) ve şiş (SJS) eklem sayıları her iki grupta da 0 olmasına rağmen, istatistiksel testler diskordans olan grupta eklem sayısı dağılımının anlamlı şekilde farklı olduğunu göstermiştir (TJS için p=0,001, SJS için p=0,003), bu durum diskordans olan grupta daha az sayıda etkilenen eklem olma eğilimine işaret etmektedir. Benzer şekilde, psoriatik artrit (PsA) ve romatoid artrit (RA) kohortlarında da medyan TJS ve SJS değerleri 0 olmasına karşın, diskordans olan grupta eklem sayısı dağılımları anlamlı derecede farklı bulunmuştur (PsA için TJS p=0,005, SJS p=0,010; RA için TJS p≤0,001, SJS p=0,010). Diskordans ile en güçlü ilişki Bağ Dokusu Hastalıkları (CTD) kohortunda gözlenmiş olup, diskordans olan grupta Fonksiyonel Durum Değerlendirme Anketi (HAQ) skorları (medyan 7,0 vs 3,0, p≤0,001) ve DAS28 skorları (medyan 2,6 vs 2,2, p≤0,001) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçları, romatizmal hastalıklarda hasta-hekim değerlendirme diskordansının, objektif enflamasyon belirteçlerinden (CRP, ESR) ziyade, hastanın fonksiyonel durumu ve subjektif eklem hassasiyeti gibi faktörlerle daha güçlü ilişkili olduğunu göstermektedir. Özellikle bağ dokusu hastalıkları grubunda fonksiyonel kısıtlılığın (yüksek HAQ skoru) diskordans ile olan güçlü ilişkisi, bu hasta grubunda yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktivitelerindeki zorlukların hasta algısını hekim algısından daha olumsuz etkilediğini düşündürmektedir. AS kohortunda diskordans olan grupta CRP düzeylerinin daha düşük olması, bu hastalardaki algı farkının aktif enflamasyondan çok, merkezi sensitizasyon veya komorbid fibromiyalji gibi diğer faktörlerden kaynaklanabileceğine işaret etmektedir. Tüm kohortlarda hassas eklem sayısının diskordans ile ilişkili bulunması, hastanın ağrı bildiriminin diskordanstaki temel unsurlardan biri olduğunu teyit etmektedir. Bu bulgular, diskordans görülen hastaların yönetiminde, standart aktivite ölçütlerine ek olarak hastanın fonksiyonel durumu ve ağrı algısının da detaylı sorgulanmasının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Pros, patient reported outcomes, RA, AS, PsA, CTD

Tablo 1.

Kohort	Değişken	Discordans Yok (n)	Ortanca (Yok)	Discordans Var (n)	Ortanca (Var)	Mann–Whitney p
AS	_SJS	357	0.000	124	0.000	0.003
AS	_TJS	357	0.000	124	0.000	0.001
AS	_HAQ	349	0.400	122	0.400	0.585
AS	_CRP	463	7.900	121	6.300	0.035
AS	_ESR	449	12.000	122	9.000	0.053
AS	_BASDAI	322	5.200	116	5.650	0.179
AS	_BASFI	319	39.000	113	43.000	0.969
PsA	_SJS	102	0.000	39	0.000	0.010
PsA	_TJS	101	0.000	39	0.000	0.005
PsA	_HAQ	100	0.500	39	0.450	0.243
PsA	_CRP	128	5.000	38	5.150	0.757
PsA	_ESR	126	12.000	37	11.000	0.791
PsA	_BASDAI	81	5.800	28	5.000	0.209
PsA	_BASFI	80	42.500	27	35.000	0.178
RA	_SJS	381	0.000	149	0.000	0.010
RA	_TJS	382	0.000	149	0.000	0.000
RA	_HAQ	372	0.650	148	0.625	0.581
RA	_CRP	491	6.000	149	5.000	0.256
RA	_ESR	470	18.000	141	18.000	0.810
RA	_DAS28	364	3.100	148	3.000	0.984
CTD	_SJS	601	0.000	79	0.000	0.074
CTD	_TJS	600	0.000	79	0.000	0.033
CTD	_HAQ	582	3.000	78	7.000	0.000
CTD	_CRP	1013	3.000	76	3.000	0.910
CTD	_ESR	953	15.000	72	13.500	0.623
CTD	_DAS28	551	2.200	76	2.600	0.000

[PS-300]

Nivolumab sonrası gelişen asimetrik oligoartrit tablosu

Hasan Yardımcı, Gökçe Kenar Artın

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

Amaç: İmmün checkpoint inhibitörleri (ICPI), çeşitli tümör tiplerinde yeni tedavilerinin en önemli sınıflarından biridir. ICPI, çok sayıda çalışmada artan progresyonsuz ve genel sağkalım yararları nedeniyle, özellikle metastatik melanom, akciğer kanseri ve renal hücreli karsinom olmak üzere giderek artan sayıda endikasyonda sıkça kullanılan tedaviler haline gelmiştir. T hücre inhibisyonunun kaybı nedeniyle bozulmuş self tolerans sonucunda bağışıklık sistemiyle ilişkili advers olaylar yelpazesine neden olabilir. ICPI'nın romatolojik advers etkileri artralji, miyalji, enflamatuvar artrit ve miyoziti içerebilmektedir. Biz de bu yazımızda Nivolumab sonraası asimetrik oligoartrit gelişen bir olguyu sunarak artrit etiyolojisinde onkolojik tedavide kullanılan ilaçların romatolojik yan etkilerine dikkat çekmeyi amaçladık.

Olgu: Elli üç yaşında kadın hasta bilinen metastatik Küçük Hücre Dışı Akciğer Kanseri (KHDAK) nedeniyle 5 aydır Nivolumab kullanmakta iken son bir aydır başlayan sağ el bileğinde sağ el 2. ve 3. proksimal interfalangial (PIF) eklemlerinde şişlik ve ağrı, sol el PIF eklemlerinde ağrı ve her iki diz ekleminde ağrı ile tarafımıza başvurdu. Bilinen başka bir hastalığı yoktu. Aktif eklem şikayetleri nedeniyle onkoloji kararıyla 1 aydır Nivolumab'a ara verilmişti ve 4 mg metilprednizolon kullanmaktaydı. Fizik muayenede sağ el bileğinde ve 2. ve 3. PIF eklemlerinde artrit saptandı. Laboratuvar değerlerine bakıldığında CRP: 9 mg/L, sedim: 29 mm/h, RF: ≤10 IU/mL, anti-CCP: 7 U/mL, ANA: 1/100 titre nükleer benekli patern, ENA paneli: Negatif olarak saptandı. Direkt grafide erozyon saptanmadı. Metilprednizolon tedavisinin dozu artırıldı. İki ay içinde tekrarlayan 2 haftalık vizitlerde artrit tablosunda istenilen gerileme olmayınca önce Sulfasalazin 2x1000 mg ardından metotreksat 15 mg/hafta tedavisine eklenerek artrit tablosu kontrol altına alındı. Onkoloji tarafından artriti kontrol altına alınamadığı için tedavisiz izlem-yakın takip kararı verildi.

Sonuç: Artralji, Nivolumab kullanan hastaların %6 ila %8'inde görülmektedir; ancak enflamatuvar artrit daha az sıklıkla görülmektedir. ICPI tedavisinden IRAE (Immune-Related Adverse Events) başlangıcına kadar geçen ortanca sürenin ortalama 5 ay olduğu belirtilmiştir ve bizim olgumuzda da süre benzerdir. Kortikosteroid tedavisi genellikle Nivolumab gibi ICPI'lar ile IRAE için kullanılır ve Nivolumab'ın terapötik etkisini etkilemediği bildirilmiştir. Birçok hastada artrit tablosu tedavi edilirken ICPI tedavisinin sürdürülebileceğine dair raporlar vardır; çünkü persistan-dirençli artrite sebep olsa da genelde kendini sınırladığı ve hafif şiddette görüldüğü bilinmektedir. Ancak bizim olgumuzda artrit ciddi ve dirençli idi ve Nivolumab kesilmek zorunda kaldı. Hatta birkaç çalışmada bizim olgumuzdaki gibi enflamatuvar artritin hastalarda ICPI tedavisi durdurulduktan sonra aylarca devam ettiği, semptomları kontrol altına almak için gereken steroid dozunun genellikle diğer enflamatuvar artrit formlarını yönetmek için yeterli olandan daha yüksek olduğu ve birden fazla immünosüpresan ilaç gerektirebildiği bildirilmiştir. ICPI'lara bağlı IRAE'ler alanında birçok cevapsız soru bulunmaktadır. Enflamatuvar artritin, tutulan eklem tipinden, otoantikorların varlığı veya yokluğuna ve eroziv hastalığın varlığı veya yokluğuna kadar çeşitli belirtileri, bu hastaların romatologlar tarafından dikkatli bir değerlendirme ve takip gerekliliğini göstermektedir. Ayrıca, romatizmal IRAE'lerin insidansını belirlemek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Bu hastalarda optimum kortikosteroid dozu ve hangi immünosupresif ilaçların en güvenli veya en etkili olduğu da hala belirsizdir. Romatologlar romatizmal IRAE'lerin tedavisine ilişkin kararları, onkologlarla birlikte almalıdırlar.

Anahtar Kelimeler: Artrit, immün check-point inhibitörleri, immün ilişkili yan etki, nivolumab

[PS-302]

Sistemik sklerozis tanılı hastalarda toraks duvarı kas kitlesinin FVC ölçümleri ve FVC testi kalitesiyle ilişkisi

Büşra Fırlatan Yazgan[1], Gül Sandal Uzun[1], Alper Sarı[2], Mustafa Utku Uğur[3], Esra Akçiçek[4], Selin Ardalı Düzgün[4], Gamze Durhan[4], Elif Naz Sancar[5], Oğuz Karcıoğlu[5], Gözde Sevgi Kart Bayram[1], Mustafa Ekici[1], Erdinç Ünaldı[1], Levent Kılıç[1], Ali Akdoğan[1]

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

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

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

[4]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

[5]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Zorlu vital kapasite (FVC), sistemik sklerozis (SSk) tanılı hastalarda takipte ve tedavi kararlarının şekillendirilmesinde önemli bir parametredir. Bu çalışmanın amacı; SSk hastalarında toraks duvarı kas kitlesinin, FVC ölçümleri ve FVC testi kalitesi üzerindeki etkilerini değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmaya, Nisan-Eylül 2023 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Romatoloji Kliniği'ne başvuran SSk tanılı hastalardan solunum fonksiyon testi (SFT) yapılan ve son 6 ay içerisinde toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) çekilmiş olanlar dahil edildi. Kontrol grubunu ise aynı dönemde, göğüs hastalıkları kliniğinde herhangi bir nedenle SFT yapılan ve son 6 ay içinde toraks BT'si mevcut olan olgular oluşturdu. Katılımcılar, 2019 ATS kılavuzuna göre yüksek kaliteli FVC (A/B/C) ve düşük kaliteli FVC (D/E/F/U) olmak üzere iki alt gruba ayrıldı. Her bir hastada, toraks BT görüntülerinde 4. (T4) ve 10. (T10) torasik vertebra düzeylerinde yer alan tüm toraks duvar kasları ile T4 düzeyinde pektoralis kaslarının sınırları manuel olarak belirlendi. Segmentlenen bölgelerin hacmi otomatik olarak hesaplandı. Kesit alanı (KA) hesaplamasında ise şu formül kullanıldı: cm3 × [10 / kesit kalınlığı (mm)].

Bulgular: Çalışmaya 54 SSk hastası (K/E: 50/4) ve 20 kontrol (K/E: 11/9) dahil edildi. Gruplar arasında medyan yaş benzerdi [57 (42-60) vs 56,5 (49,5-64) yıl, p=0,48]. Vücut kitle indeksi, SSk grubunda düşük saptandı [24,4 (21,8-26,9) vs 27,4 (26,5-32,5) kg/m2, p≤0,001]. FVC değerleri (%) SSk grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede daha düşüktü [%82,5 (68-99) vs %101 (90,5-114), p=0,006]. Yüksek kaliteli FVC testi oranı ise iki grup arasında benzerdi (SSk: %53,7; kontrol: %45, p=0,506). Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, SSk hastalarında toraks duvarı kas kitlesi ölçümleri her üç ölçüm noktasında da daha düşük bulundu. En belirgin fark ise T10 düzeyinde saptandı [T10 KA: 59,2 (48,1-66,4) cm2 vs 108,7 (92,2-127,4) cm2, p≤0,001]. T4 düzeyinde ve T4 pektoralis kasında da SSk grubunda kas kitlesi daha düşük olmakla birlikte, bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi [T4 KA: 121,6 (106,6-145,9) vs 147,9 (115,2-164,4) cm2, p=0,063; T4 pektoralis KA: 15,4 (12,5-19,7) vs 18,2 (10,2-25,7) cm2, p=0,404]. SSk hastalarında, toraks duvarı kas kitlesi ölçümleri ile FVC (%) arasında, T4 pektoralis KA dışında, anlamlı bir korelasyon bulundu. Yüksek ve düşük kaliteli FVC testi olan SSk hastaları arasında toraks duvarı kas kitlesi açısından anlamlı bir fark saptanmadı.

Sonuç: Bu çalışmada, SSk hastalarında toraks duvarı kas kitlesinin azaldığını ve FVC ile korelasyon gösterdiğini gözlemledik. Buna karşılık, kas kitlesi ile FVC testi kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptamadık. Bu durum, FVC test kalitesinin birden fazla faktörden etkilendiğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik sklerozis, toraks duvarı, kas kitlesi, FVC, kalite

[PS-303]

Romatoid artrit ilişkili interstisyel akciğer hastalığı radyolojik özellikleri

Mustafa Erdoğan[1], Özlem Demircioğlu[2], Akın Işık[1], Aida Shikhaliyeva[1], Cansu Yıldız[3], Derya Kocakaya[3], Şehnaz Olgun Yıldızeli[3], Nevsun İnanç[1]

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

[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

[3]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Romatoid artrit (RA), eklem dışı tutulumları ile morbidite ve mortaliteyi artıran sistemik bir otoimmün hastalıktır. Bu tutulumlar içinde interstisyel akciğer hastalığı (İAH) önemli bir komplikasyondur. Çalışmanın amacı, merkezimizde RA'ya eşlik eden İAH tanı sıklığı ve yüksek çözünürlüklü BT (HRCT) ile radyolojik özelliklerini tanımlamaktır.

Yöntem: Romatoloji polikliniğimizde takip edilen ve 2010 ACR/EULAR tanı kriterlerini karşılayan hastalar arasından, son 5 yılda düzenli takibe devam edenlerin dosyaları retrospektif tarandı. İAH şüphesiyle HRCT çekilen hastalar belirlendi. Demografik/klinik veriler ve HRCT bulguları standart form ile kaydedildi. HRCT'ler, klinik bilgilere kör, pulmoner HRCT konusunda deneyimli bir radyolog tarafından değerlendirildi. Değerlendirme; fibrotik (bal peteği, traksiyon bronşiektazi, retikülasyon, bantlar, volüm kaybı), enflamatuvar (buzlu cam, konsolidasyon, ters halo), nodüler (mikronodüller, tree-in-bud) ve eşlik eden bulguları (amfizem, air-trapping, plevral/perikardiyal tutulum, mediastinal LAP) kapsadı.

Bulgular: Toplam 1.397 RA hastasının kayıtları incelendi; son 5 yılda düzenli kontrole gelen 496 hasta içerisinde semptom/muayene nedeniyle İAH ön tanısıyla HRCT yapılan 72 hastadan 16'sının görüntülerine ulaşılamadı. Değerlendirilebilen 56 hastanın 54'ünde İAH ile uyumlu bulgular saptandı; bu, takipteki 496 hasta içinde asgari %10,9'luk bir oranı yansıtır. En sık patern UIP (%41), ardından NSIP (%28), olası UIP (%5,6) ve sınıflandırılamayan (%26) izlendi. Fibrotik belirti yükü yüksekti (traksiyon bronşiektazi/bronşiyolektazi %68,5; bal peteği %40,7). Buna karşın buzlu cam opasiteleri %90,7 oranıyla belirgindi. Küçük hava yolu ile uyumlu bulgular mozaik atenüasyon %22,2 ve air-trapping %13,0 düzeyindeydi.

Sonuç: Bu kohortta takipteki RA hastaları içinde semptom/klinik şüpheye dayalı taramada saptanan asgari İAH oranı %10,9 olup, "yakınma-temelli" serilerde bildirilen oranlar ile uyumludur; dolayısıyla gerçek popülasyon prevalansından çok, klinik endikasyonla incelenen alt grubun yükünü yansıtmaktadır. Patern dağılımımız (UIP %41, NSIP %28), güncel literatür ile uyumludur. Ancak çalışmamız, tarama temelli bir tanı yaklaşım verisi içermemesi ve retrospektif veriye dayanmasından ötürü gerçek İAH prevalansını yansıtmamaktadır. Yüksek fibrotik bulgu oranına rağmen, hastaların büyük kısmında buzlu cam opasitelerinin de bulunması, fibrotik ve enflamatuvar sürecin sıklıkla birlikte seyrettiğini düşündürmektedir. Ayrıca küçük hava yolu tutulumu ile uyumlu bulguların kayda değer oranlarda izlenmesi, RA-İAH spektrumunun heterojen yapısını desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, interstisyel akciğer hastalığı, bilgisayarlı tomografi

[PS-304]

Polimiyalji romatika hastalarında PET/BT skorları progresyonu öngörebilir mi?

Elif Akyazı Şener[1], Kevser Orhan[1], Ceren Deniz Kapulu Akça[2], Şerife Çoşkun Sağırkaya[1], Özkan Bayrakcı[2], Şeyda Türkölmez[2], Ahmet Omma[1], Orhan Küçükşahin[1], Serdar Can Güven[1], Hakan Babaoğlu[1], Berkan Armağan[1], Esra Kayacan Erdoğan[1], Hatice Ecem Konak[1], İsmail Doğan[1], Ebru Atalar[1], Şükran Erten[1], Yüksel Maraş[1]

[1]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[2]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Nükleer Tıp Kliniği, Ankara

Amaç: Polimiyalji romatika (PMR) ağırlıklı olarak omuz ve kalça kuşağını etkileyen enflamatuvar hastalıktır. Altın standart bir testin yokluğunda, tanı sistemik enflamasyonun laboratuvar kanıtlarına ve diğer ilgili hastalıkların dışlanmasına dayanır. Ultrason bulguları, sınıflandırma kriterlerinin genel duyarlılığını ve özgüllüğünü sırasıyla %66 ve %81'e yükseltir bu durum PMR'yi ayırt etmede ciddi özgünlük sağlamaz. Son dönemlerde görüntüleme teknolojisindeki ilerlemeler ile MR çalışmaları sayesinde belirsiz bir enflamatuvar sendrom olarak tanımlanan hastalık benzersiz bir muskülotendinöz patolojiye sahip olduğu görülmüştür. PET çalışmalarıylada spesifik tutulum alanları belirlenmiş ve hastalığın anatomik haritalanması sağlanmıştır. Tanısal belirsizlik koşullarında yalnızca klinisyen kararına güvenmek yerine, görüntüleme ile tanıyı doğrulamayı mümkün kılmış ayrıca potansiyel olarak klinik araştırma popülasyonlarının homojenliğini sağlamak için fayda sağlamıştır. Tanıda elimizi güçlendiren görüntüleme yöntemleri tedavi ve takibi nasıl yönlendireceği dahaca netleşmemiştir. PMR'de PET/BT çalışmaları spesifik tutulum alanları belirlenmiş ayrıca duyarlılığı ve özgüllüğü kanıtlanmış en iyi tanı aracı olan skorları geliştirilmiştir. Tanıda bu kadar güçlü argümanlar verirken takip ve tedavide klinisyene ne söylediği net değildir, bu konuda yapılmış çalışmalar sınırlıdır. Çalışmadaki temel amacımız skorların klinik önemini anlamak ve PET/BT sonuçlarını klinisyenin nasıl yorumlaması gerektiğini netleştirmektir.

Yöntem: Çalışmamıza Bilkent Şehir Hastanesi Romatoloji Kliniği'inde, 2012 EULAR/ARC sınıflandırma kriterlerine göre PMR tanısı almış ve en az 6 ay takip edilmiş 45 hasta incelendi. Tanıda ve tedavi öncesi PET/BT çekilmiş 28 hasta çalışmaya dahil edildi. Bu hastaların 1., 3. ve 6. ay vizitlerinde detaylı AFR yanıt, tedavi ve klinik progresyon değerlendirilmesi yapıldı. PET/BT görüntüleri nükleer tıp uzmanları tarafından skorlandı. Skorlama sistemi olarak üç puanlık (0: tutulum yok 1: KC eşit tutulum 2: KC'den yüksek tutulum) puanlama sistemi kullanılarak 12 anatomik bölgenin (bilateral omuz, sternoklaviküler eklem, kalça, trokanter ve iskiyal tüberosit ayrıca lumbal ve servikal interspinöz bursa) değerlendirilmesi yapıldı. On iki anatomik bölgeyi değerlendiren Leuven skoru ve 4 anatomik bölgeyi değerlendiren Leuven/Groningen skoru kullanıldı. İki skorda birçok çalışmada PMR skorlama sistemlerinde öne çıkan ayrıca Leuven için 12 ve Groningen/Leuven için ise 6 kesme noktasının duyarlığının ve özgüllüğünün %95'i bulduğu, tanıya dair literatürde en güçlü kanıtları sunan skorlama sistemleridir.

Bulgular: PET/BT çekilen ve Leuven skoru ≥12 olan hastalarda 1. ay total steroid dozu ortalama 440 mg iken altında kalan hastalarda 525 mg olarak geldi ve bu değerler istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,049), aynı zamada bu grupta 3. ayda remisyona ulaşamayan hasta sayısı daha azdı (p=0,020). Diğer dikkat çekici bulgu ise DMARD eklenen hasta sayısında görüldü 3. ve 6. ayda DMARD eklenen hasta sayısı Leuven skoru ≥12 olan grupta daha azdı (3. ay p=0,006, 6. ay p=0,003). Leuven ve Leuven/Groningen skoru arasında bulgularda 3. ayda remisyona girmeyen hastalar arasında fark görüldü Leuven skoru ≥12 olan hastalarda olanlarda remisyona girme oranı fazla iken (p=0,020) Leuven/Groningen skoru yüksek olanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi (p=0,064).

Sonuç: PMR gibi ayırıcı tanısı geniş ama steroide olan dramatik yanıt sayesinde kendini maskeleyebilen bir hastalıkta PET/BT skorlama sistemlerinin en büyük faydası, klinisyene daha homojen bir grupla çalışma imkanı sunup, klinik verileri en doğru ve net şekilde değerlendirmeye olanak sağlayacak olmasıdır.

Anahtar Kelimeler: PMR, PET/BT, skorlama, leuven, leuven/groningen

[PS-305]

Romatoloji bölümünce takip edilen sarkoidoz hastalarında nörolojik tutulum sıklığı, tedavileri ve prognozu: Olgu serisi

Deniz Dönmez, Ali Aytuğ Kuştaş, Buğu Bulat, Büşra Fırlatan Yazgan, Levent Kılıç, Umut Kalyoncu, Ömer Karadağ, Şaziye Şule Apraş Bilgen, Ali Akdoğan, Sedat Kiraz, Ali İhsan Ertenli

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

Amaç: Sarkoidoz, multisistem tutulum yapabilen nadir bir hastalıktır. Nörosarkoidoz ise daha da nadir görülür ve ciddi nörolojik sekeller ile ölümle sonuçlanabilir. Literatürde genellikle olgu raporları veya küçük olgu serileri şeklinde yer almakta, geniş retrospektif ya da prospektif çalışmalar sınırlı kalmaktadır. Bu çalışmada, merkezimizde takip edilen nörosarkoidoz hastalarının klinik özellikleri, tedavi yaklaşımları ve uzun dönem sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 2014-2024 yılları arasında nöroloji servisinde yatıp romatoloji bölümüne konsülte edilen 1.500 hastanın 6'sı nörosarkoidoz ön tanısı ile değerlendirilmiş, bunlardan ikisi kesin tanı düşünülerek analize dahil edilmiştir. 2022-2025 yılları arasında romatoloji polikliniğinde takip edilen 13.250 hastanın 68'inde sarkoidoz vardı; taramalarımız sonunda bunların 6'sında nörosarkoidoz saptanarak analize dahil edildi. Göğüs hastalıkları tarafından takip edilmekte olan 220 hastanın hiçbirinde nörosarkoidoz bulunmadı. Bir olgu beyin biyopsisi ile "kesin" NS olarak tanımlandı; diğer hastalar sistemik sarkoidoz bulguları, biyopsi uyumu, nörolojik semptomlar ve görüntüleme kriterlerine göre "olası" nörosarkoidoz kabul edildi.

Bulgular: Tüm hastalar kadındı, tanı anındaki yaş ortancası 27 yıl (10-47) idi. İki hasta sigara kullanmaktaydı. Sistemik tutulum sıklığı; akciğer (%100), eklem (%62,5), deri (%37,5), üveit (%25), kardiyak ve parotis (%12,5) olarak bulundu. ACE yüksekliği %62,5 hastada mevcuttu. Nörolojik tutulumlarda en sık kraniyal nöropati (özellikle optik sinir) izlendi; diğer tutulum alanları serebrum, serebellum, meninks ve hipofiz/hipotalamustu. Tedavide en sık glukokortikoidler ve azatiyoprin kullanıldı. Altı hasta ortanca 72 ay süresince remisyonda kaldı. Relaps 4 hastada, progresyon ise 6 hastada görüldü. Bir hasta, tanıdan 8 yıl sonra nörosarkoidoz gelişimiyle birlikte kaybedildi.

Sonuç: Çalışmamızda hastaların tamamının kadın olması, genç yaşta tanı almaları ve yüksek relaps oranları dikkate değerdir. Hastalarda uzun dönem remisyon sağlanabilmiştir. Nadir görülmesi nedeniyle hasta sayısı sınırlı kalmış olsa da, bireysel tedavi yaklaşımlarının önemi ve daha geniş, prospektif çalışmalara duyulan ihtiyaç vurgulanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Nörosarkoidoz, sarkoidoz, kraniyal nöropati, nadir hastalık

[PS-306]

Sjogren vaskülitinin sebep olduğu mononoritis multipleks

Nihan Neval Uzun

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

Amaç: Sjögren sendromu (SS), ekzokrin bezlerin otoimmün mekanizmalarla tutulumu ile seyretmektedir. SS'de mononöritis multipleks ise nadir görülmektedir.

Olgu: Otuz sekiz yaşında kadın hasta, SS ile polikliniğimizde takip edilmekteyken; sağ ayak bileğinde şişlik, 2 aydır giderek artan sol ayakta güç kaybı, bilateral alt ekstremitelerde döküntüler ile başvurdu. Fizik muayenede patolojik olarak, sağ ayak bileğinde artrit, sol ayak dorsifleksiyonunda kas gücü 2/5 olup, bilateral alt ekstremitelerde vaskülit tarzı lezyonları ve sol medial malleolde 3x2 cm'lik ülsere lezyonu mevcuttu. Romatolojik serolojisinde ANA 1/320 ince benekli+, anti SS-A+, anti SS-B+, anti Ro52 +,C4 ≤0,02 (düşük) olup; rutin kan tetkiklerinde hemogram, biyokimya normal sınırlarda, C-reaktif protein (CRP): 81, sedimentasyon: 21 idi. Yapılan elektromiyografide sağ peroneal sinirde subakut aksonal hasarlanma olduğu ve mononorit multipleks ile uyumlu olduğu raporlandı. Bu esnada hastaya 3 gün pulse steroid tedavisi başlandı. Devamında 500 mg siklofosfamid tedavisi verildi. Alt ekstremitede vaskülit tarzı lezyonlardan yapılan biyopsi patoloji sonucu ise; küçük ve yer yer orta çaplı damarları tutan vaskülit ile uyumlu idi.

Sonuç: Olgumuzda izlenen mononöritis multipleks, SS'de tanımlanan periferik nöropatilerin en nadir görülen türüdür. Patolojisinde ön planda vaskülit olduğu bildirilmiştir. SS'de nörolojik belirtilerin erken teşhisi ve tedavisi hastanın yaşam kalitesini artırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Mononoritis multipleks, Sjögren sendromu, vaskülit

[PS-307]

Ankilozan spondilitte bilateral posterior üveit retinit ile giden olgu

Uğur Güngör Demir, Ali Nail Demir

Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Mersin

Amaç: Ankilozan spondilit (AS) primer olarak sakroiliak eklemleri, omurga ve tendonları etkileyen kronik enflamatuvar sistemik romatizmal bir hastalıktır. En sık görülen eklem dışı tutulum akut anterior üveit (AAÜ) şeklindedir. Üvea gözün damar ve pigmentten zengin orta tabakası olup anatomik tutulum yerine göre ön, orta, arka ve panüveit olarak isimlendirilir. Bu olgu sunumunda amaç AS'li bir olguda en sık görülen göz tutulumu olan tedaviye iyi yanıt veren unilateral AAÜ'den farklı olarak bilateral kronik rekürren üveit ve retinal tutulum gösteren tedaviye dirençli göz tutulumu olabileceğini akılda bulundurmak gerektiğini vurgulamak istedik.

Olgu: Otuz yedi yaşında kadın hasta 2013 yılında 3 aydan uzun süredir enflamatuvar bel kalça ağrısı topuk ağrısı şikayetiyle başvuran hastanın HLA-B27 pozitifliği sakroiliak grafide bilateral sakroileit ile uyumlu grafi bulguları akut faz yüksekliği fizik muayene sakroiliak kompresyon schober 3,5 cm öyküde erkek kardeşte as olan hastaya AS teşhisiyle ındometazin 25 mg 3*1sülfasalazin 500 mg 2*2 başlanmış. Takiplerinde hastalık aktivitesinin devamı nedeni ile çekilen manyetik rezonans görüntülemede bilateral sakroileit ile uyumlu kemik iliği ödemi saptanması nedeni ile NSAID değişikliği yapılıp biyolojik tedavi hazırlığı yapılmış. Takiplerinde Nisan 2014'te adalimumab 40 mg/2 hafta başlanmış. Etkisizlik ve ek NSAID ihtiyacı nedeni ile Ağustos 2015'te etanercept 50 mg/hafta başlanmış. Ocak 2017'de sağ gözde hiperemi, fotofobi, ağrı şikayeti sonrası göz birimine konsülte edilen hastada fundusta bilateral vitrit vaskülitik değişikler nedeni ile topikal tedavisi düzenlenmiş olup sistemik tedavi olarak metilprednizolon 48 mg/gün azatiopürin 100 mg başlandı. Gastrointestinal intolerans nedeni ile azatiopürini kesen hastaya göz ile konsülte edilip etanerceptten infliksimaba geçilmiş. İnfliksimaba bağlı kcft yüksekliği ve anafilaktik reaksiyon gelişen hastanın bu süreçte posterior üveit atakları devam ettiğinden çekilen OCT(optik koherens tomografi) görüntülemede bilateral vasküler sızdırma mevcut. Kronik rekürren posterior üveit ve sekel vaskülitik değişiklikler nedeni ile sertolizumab 200 mg*2 yükleme dozu subkütan başlandı. Hasta bu süreçte metilprednizolon tedavisine devam etti sertolizumab pegol ile eklem yakınımları olmayan hastaya göz tutulumunun devam etmesi nedeni ile ek immünosüpresan tedavi planlandı.

Sonuç: Özellikle HLA-B27 pozitifliği olan AS'de göz tutulumu en sık AAÜ şeklinde olup genelde tedaviye iyi yanıt vermektedir. Tedavi sonrası sekel değişiklikler beklenmemektedir.olgumuzda olduğu gibi nadiren literatürde bildirilmiş biyolojik tedavi ve immünosüpresif tedaviye rağmen görme kaybına yol açabilecek kronik rekürren gözün posterior segmentini etkileyen tutulum şekilleri olabilmektedir. Bu durumda sistemik tutulum ile ilgili branşlarla konsültasyon istenmeli gerekirse tedavi seyri değiştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, posterior üveit, retinit

[PS-308]

Sarkoidozda organ-sistem tutulumu ve obezite ilişkisi: Kesitsel kohort çalışması

Fatih Yıldırım, Cemal Bes

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

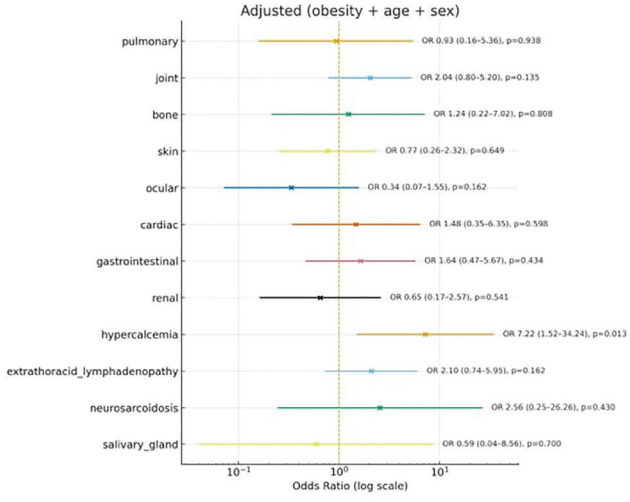
Amaç: Şimdiye kadar sarkoidoz ve obezite üzerine yapılan çalışmalar çoğunlukla obezitenin sarkoidoz insidansını artırdığı ve sarkoidoz için etiyolojik bir faktör olabileceği savına yöneliktir. Nitekim birçok çalışmada obezite ve sarkoidoz arasında potansiyel nedensellik ilişkisi gösterilmiştir. Bu çalışmada ise sarkoidozlu hastalarda obezite ile organ-sistem tutulumu arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Bu çalışma, üçüncü basamak bir romatoloji merkezinde değerlendirilen 100 yetişkin sarkoidoz hastasını içeren kesitsel bir kohort çalışmasıdır. Hastaların organ sistemi tutulumları, vücut kitle indeksleri, tüm klinik ve laboratuvar verileri elektronik dosyalar üzerinden derlenmiş ve kapsamlı bir şekilde analiz edilmiştir.

Bulgular: Kohorttaki hastaların 38'i obez ve 52'si non-obezdi. Obez grup, obez olmayan gruba göre anlamlı olarak daha yaşlıydı (ortalama yaş, 50,8±8,9 yıl vs. 43,8±10,1 yıl, p≤0,001) ve obez grupta kadın hasta oranı daha yüksekti (89,5% vs. 63,5%, p=0,007). Hiperkalsemi (15,8% vs. 3,8%, p=0,05) ve eklem tutulumu (50% vs. 30,8%, p=0,06) obez hastalarda daha yaygındı, oranlar istatistiksel anlamlılık sınırındaydı. Yaş ve cinsiyete göre düzeltilmiş çok değişkenli analizde, obezitenin hiperkalsemi ile anlamlı oranda ilişkili olduğu gözlendi (aOR 7,22; %95 CI 1,52-34,2; p=0,01).

Sonuç: Bu kesitsel kohort çalışmasında, obezitenin sarkoidozda farklı organ-sistem tutulumları ile ilişkili olabileceği gözlenmiştir. Bu tablodaki birliktelikleri netleştirebilmek için daha büyük kohortlarla, iyi tasarlanmış prospektif çalışmalar gereklidir. Bu ön veriler gelecekte çeşitli hastalık alt gruplarının tanımlanması ve tedavinin yönlendirilmesi noktasında yol gösterici olabilir.

Anahtar Kelimeler: Sarkoidoz, obezite, organ-sistem tutulumu, alt gruplar



Şekil 1. Yaş ve cinsiyete göze düzeltilmiş çok değişkenli analiz grafiği

[PS-309]

Romatoid artrit ile takipli hastada biyolojik tedavi kullanırken gelişen kutanöz leishmaniasis

Ali Nail Demir

Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Mersin

Amaç: RA tanılı ve TNF-alfa inhibitörü kullanan hastada, endemik olmayan bölgede nadir görülen immün supresyona bağlı kutanöz leishmaniasis gelişebileceğini vurgulamak.

Olgu: Altmış altı yaşında 12 yıldır DMARD'larla takipli seropozitif kadın hasta. Mart 2020'de hastalık aktivitesi yüksek seyretmesi üzerine (DAS28: 6,1, CRP: 7,6 mg/dL, ESH: 74 mm/sa) taramaları yapılarak Adalimumab 40 mg/2 hafta, Metotreksat 10 mg/hafta tedavisi düzenlendi. Tedavinin 14. ayında hastanın sağ dirsek ekstansör yüzünde eritematöz plak saptanması üzerine dermatoloji görüşü alındı. Dermatoskopik incelemede yaygın eritem, satellit nodüller, lineer düzensiz ve dallanan damarlar saptanması ve kan yaymasında leishmania pozitif olması üzerine biyolojik tedavisi kesilerek 6 doz 15 mg/kg/gün antimon eş değeri sistemik meglümine antimonat (IM) tedavisi verildi. Tedavi ile lezyonu gerileyen hastaya 3 ay sonra eklem bulgularında artış olması nedeniyle tekrar enfeksiyon hastalıkları görüşü alınarak Adalimumab başlandı. Hasta Adalimumab 40 mg/2 hafta + Mtx 10 mg/hafta ile halen takip edilmektedir.

Sonuç: Leishmania türüne ve konağın immün yanıtına göre kutanöz, mukokutanöz veya visseral hastalıkla sonuçlanır. Leishmaniasis genel olarak bağışıklık sistemi ile çok yakından ilgili bir enfeksiyon olduğu için paraziti alan birçok kişide parazit elimine edilir ve klinik enfeksiyon gelişmez. Özellikle immünsüprese kişilerde kutanöz hastalık dissemine olabilir. Bu nedenle lezyonların aktifleştiği dönemde hastalığın kendini sınırlaması ve disseminasyonu engellemek amaçlı immünosüpresif ve biyolojik tedaviye ara verilmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: Fırsatçı enfeksiyon, leishmaniasis, romatoid artrit

[PS-310]

Sistemik lupus eritematozus hastalarında nöropsikiyatrik tutulum

Utku Şentosun, Reyhan Köse Çobanoğlu, Gökhan Sargın

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın

Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE), multisistem tutulum ile seyreden kronik bir otoimmün hastalıktır. Nöropsikiyatrik SLE (NPSLE), hem mortaliteyi hem de morbiditeyi artıran önemli klinik tablolar arasında yer almaktadır. Klinik spektrumun heterojenliği, patofizyolojide rol oynayan çoklu mekanizmalar ve tanısal testlerin sınırlılıkları nedeniyle NPSLE'nin tanı ve tedavisi zorluklar içermektedir. Bu çalışmada, merkezimizde takip edilen SLE hastalarında nöropsikiyatrik bulguların sıklığı, dağılımı ve laboratuvar parametreleri ile ilişkisi incelenmiştir.

Yöntem: Çalışmaya, kliniğimize son 6 yıl içerisinde başvuran toplam 277 hasta dahil edildi. Tüm hastalar, 2019 ACR/EULAR sınıflama kriterlerine göre SLE tanısı almıştı. Demografik, klinik ve laboratuvar veriler retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaş, cinsiyet, anti-nükleer antikor (ANA) ve alt grup paternleri ile sedimentasyon ve CRP değerleri kaydedildi. Nöropsikiyatrik bulgular, Amerikan Romatoloji Derneği'nin (ACR) 1999 NPSLE sınıflaması ve güncel literatürdeki klinik sendromlar temel alınarak merkezi sinir sistemi (MSS) ve periferik sinir sistemi (PSS) olmak üzere iki grupta analiz edildi. İstatistiksel analiz, SPSS 25 kullanılarak gerçekleştirildi. Değişkenler ortalama, frekans ve yüzde olarak gösterildi.

Bulgular: Toplam 277 hasta arasında 142'sinde (%51,2) nöropsikiyatrik bulgu saptandı ve çalışma bu grup üzerinden yürütüldü. Bu hastaların %88,7'si kadın (n=126), %11,3'ü erkek (n=16) olup, yaş ortalaması 43,3±13,0 yıl, CRP değeri 15,2±30,8 mg/L ve sedimentasyon hızı 36,8±26,1 mm/saat olarak bulundu. ANA pozitifliği %76,8 oranında izlendi. En sık görülen MSS bulguları baş ağrısı (%37,3), duygu durum bozukluğu (%17,6), anksiyete (%16,9) ve serebrovasküler olaylar (%14,1) iken, daha nadir bulgular arasında epilepsi (%5,6), psikoz (%2,1), demiyelinizan sendrom (%2,1) ve miyelopati (%2,1) yer aldı. PSS bulguları daha düşük oranda gözlenmiş olup, en sık polinöropati (%4,2) ve kraniyal nöropati (%2,8) izlendi. MSS bulgusu en az bir kez görülen hasta oranı %78,9 iken, PSS bulgusu en az bir kez saptanan hasta oranı %12,7 idi (Tablo 1).

Sonuç: SLE hastalarının yaklaşık yarısında (%51,2) NPSLE saptanmış olup, MSS bulguları baskın ve en sık baş ağrısı ile psikiyatrik semptomlar görülmüştür; PSS tutulumu daha azdır. Bulgular, immünolojik aktivitenin önemini vurgulamakta ve demografik-laboratuvar verilerle yapılan klinik sınıflamanın, yüksek riskli hastaların erken tanımlanması ve hedefe yönelik tedavi uygulanmasına katkı sağladığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: NPSLE, SLE, nöropsikiyatrik

Tablo 1. Nöropsikiyatrik SLE bulgularının dağılımı (n=142)

MSS Bulgulari	**n**	**%**
Baş ağrısı	53	37,3
Duygu durum bozukluğu (depresyon vb)	25	17,6
Anksiyete/panik atak	24	16,9
Serebrovasküler olaylar	20	14,1
Nöbet/epilepsi	8	5,6
Psikoz	3	2,1
Demiyelinizan sendrom	3	2,1
Miyelopati / transvers miyelit	3	2,1
TOPLAM MSS (≥1 bulgu)	112	78,9
PSS Bulgulari	n	%
Polinöropati	6	4,2
Kraniyal nöropati	4	2,8
Mononöropati/mononörit	3	2,1
Pleksopati	1	0,7
AIDP/Guillain-Barré sendromu	1	0,7
TOPLAM PSS (≥1 bulgu)	18	12,7

MSS: Merkezi sinir sistemi, PSS: Periferik sinir sistemi

[PS-311]

Mevalonat kinaz eksikliği ve kronik non-bakteriyel osteomiyelit benzeri kemik tutulumu olan bir çocukta başarılı IL-6 blokajı

Eray Tunce[1], Sıla Atamyıldız Uçar[1], Sevinç Taşar[2], Metin Eser[3], Betül Sözeri[1]

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

[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Radyoloji Kliniği, İstanbul*

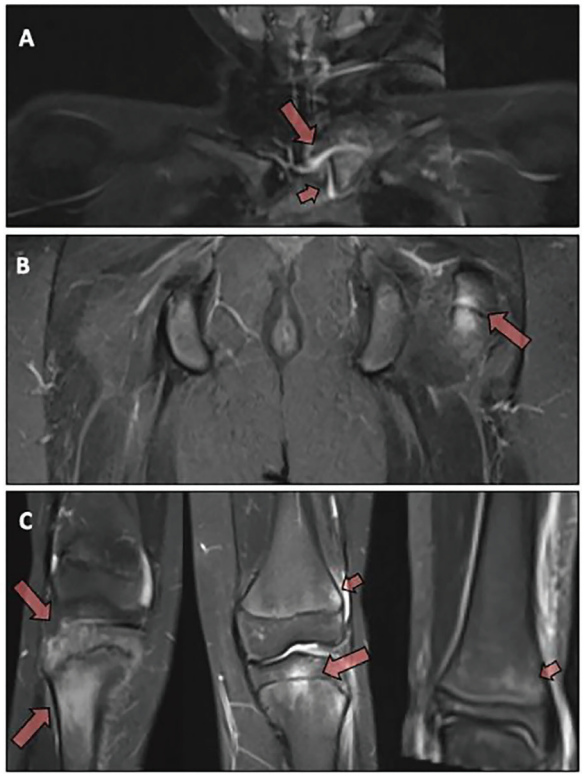
[3]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Genetik Kliniği, İstanbul*

Amaç: IL-1 inhibitörlerine yetersiz yanıt veren, genetik olarak doğrulanmış mevalonat kinaz eksikliği ve CNO-benzeri kemik tutulumu olan pediatrik bir olguda IL-6 blokajının potansiyel terapötik rolünü değerlendirmek.

Olgu: Olgu sunumu için ebeveynlerde yazılı onam alınmıştır. On altı yaşında erkek hasta, akraba evliliği olan ebeveynlerden doğmuş olup, 4 aylıkken başlayan tekrarlayan ateş atakları nedeniyle farklı merkezlerde değerlendirilmiş ve 9 yaşında üçüncü basamak pediatrik romatoloji merkezimize yönlendirilmiştir. Ataklara karın ağrısı, makülopapüler döküntü, oral ülserler ve konjonktival injeksiyon eşlik etmekteydi. Daha önce yapılan *MEFV* gen analizi negatif bulunmuş, ancak Ailevi Akdeniz ateşi (FMF) ve IgA vasküliti (IgAV) tanıları ile kolşisin tedavisi başlanmış, yalnızca kısmi klinik düzelme sağlanmıştır. Merkezimizde, kolşisine yanıtsız seyreden ateş atakları ve sistemik özellikler nedeniyle ileri genetik inceleme yapılmış, homozigot MVK V377I mutasyonu saptanarak MKD (hiperimmünoglobulin D sendromu fenotipi) tanısı doğrulanmıştır. Sekiz yaşında spontan epistaksis ve izole trombositopeni gelişmiş, laboratuvarda antinükleer antikor (ANA) 2+ granüler patern saptanmıştır. İlk olarak anakinra (100 mg/gün) tedavisi başlanmış, ancak kısmi yanıt elde edilmiştir. Daha sonra canakinumab (150 mg/ay) başlanmış, fakat ataklar devam etmiştir. On iki yaşında yaygın kas-iskelet ağrıları gelişmiş, tüm vücut MRG'de klavikula, femur, tibia ve humerusta çok odaklı kemik iliği ödemi saptanarak CNO-benzeri tutulum düşünülmüştür (Şekil 1). Sulfasalazin başlanmış ancak ilaç ilişkili pankreatit gelişmesi nedeniyle kesilmiştir. Hastalık aktivitesinin artması üzerine canakinumab sonlandırılmış ve haftalık subkütan tocilizumab (162 mg) tedavisine geçilmiştir. Bu tedavi ile hızlı klinik remisyon ve enflamatuvar belirteçlerde normalleşme sağlanmış, hasta 18 aydan uzun süredir tam remisyonunu sürdürmektedir.

Sonuç: Genetik olarak doğrulanmış MKD ve CNO-benzeri kemik tutulumu olan bu pediatrik olgu, IL-6 blokajı ile başarılı şekilde tedavi edilmiştir. Bildiğimiz kadarıyla bu, MKD'ye eşlik eden CNO-benzeri kemik tutulumunda tocilizumab'ın etkinliğini gösteren ilk pediatrik olgudur. IL-1 blokajına dirençli ve atipik kas-iskelet sistemi tutulumu olan otoenflamatuvar hastalıklarda IL-6 blokajı potansiyel bir tedavi seçeneği olabilir.

Anahtar Kelimeler: Anakinra, hiperimmünoglobulin D sendromu, kanakinumab, kronik non-bakteriyel osteomiyelit, tosilizumab



Şekil 1. Klavikula, femur ve dizin koronal STIR manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bulguları, (A) Koronal STIR MRG'de sol klavikulanın medial metafizinde kemik iliği ödemi/enflamatuvar sinyal değişiklikleri (uzun ok) ve sternoklavikular eklem yerleşiminde minimal sıvı (kısa ok) izlenmektedir. (B) Koronal STIR MRG'de sol femurun trokanter majör ikincil ossifikasyon merkezi komşuluğunda fokal kemik iliği ödemi/enflamasyon (ok) görülmektedir. (C) Koronal STIR MRG'de bilateral tibiilerin proksimal metafiz ve epifizinde kemik iliği ödemi/enflamatuvar değişiklikler (uzun oklar) mevcuttur. Benzer sinyal değişiklikleri ayrıca sol femurun distal lateral metafizinde ve sol tibianın distal metafizinde de (kısa oklar) izlenmektedir

[PS-312]

Atipik klinik özellikler gösteren ve standart tedaviye yanıtsız pediatrik CAPS olgusu

Sıla Atamyıldız Uçar[1], Eray Tunce[1], Zeynep Gökdemir[2], Murat Hakkı[3], Alev Koçkar[4], Betül Sözeri[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

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

[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Genetik Bilim Dalı, İstanbul

[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Kriyopirin ilişkili periyodik sendromlar (CAPS), NLRP3 genindeki mutasyonlara bağlı olarak gelişen nadir, otozomal dominant kalıtılan otoenflamatuvar hastalıklar grubudur. CAPS'te oküler tutulum nadir görülmekle birlikte genellikle konjonktivit şeklinde seyreder; ancak optik sinir tutulumu (optik disk ödemi veya atrofisi) gibi ciddi bulgular da bildirilmiştir ve bu durum görme kaybına hatta kalıcı görme kaybına yol açabilir. IL-1 inhibitörleri (anakinra, kanakinumab), sistemik enflamasyonun kontrolü ve uzun dönem komplikasyonların önlenmesinde etkinliği kanıtlanmış temel tedavi seçenekleridir. Steroid ve anakinra tedavilerine dirençli optik disk ödemi ile seyreden bir pediatrik CAPS olgusu sunulmaktadır.

Olgu: On üç yaşındaki erkek hasta, tekrarlayan yaygın ürtiker benzeri döküntü ve artralji şikayetleri ile pediatrik romatoloji kliniğimize başvurdu. Yakınmaları soğuğa maruziyetle artmaktaydı. Ürtiker benzeri döküntüler neonatal dönemden beri mevcut olup, son iki yıldır migratuar artralji eşlik etmekteydi ve non-steroid antienflamatuvar ilaçlara yanıtsızdı. Ailede akraba evliliği öyküsü yoktu. Fizik muayenede gelişme geriliği saptandı. Yüz, kollar ve gövdede makülopapüler döküntü, bilateral preorbital ödem ve konjonktival hiperemi izlendi. Eklem tutulumu yoktu, nörolojik muayene normaldi. Rekürren ürtiker benzeri döküntü, artralji ve oküler bulgular nedeniyle hasta ön tanı CAPS düşünülerek yatırıldı. Laboratuvar incelemelerinde akut faz reaktanları yüksek bulundu (CRP: 19 mg/mL, ESR: 59 mm/saat, SAA: 1080 mg/L). Otoimmün panel (ANA, ANCA, anti-dsDNA) negatifti. ACE, kompleman (C3, C4) ve immünoglobulin düzeyleri (IgG, IgA, IgM, IgE) normal sınırlardaydı. Spesifik IgE ve viral serolojiler negatifti. Deri biyopsisinde yüzeyel perivasküler dermatit ile nötrofilik ve eozinofilik infiltrasyon saptandı. Oftalmolojik değerlendirmede bilateral optik disk ödemi izlendi; optik koherens tomografide (OKT) grade 3 papilödem ile sağ gözde retina sinir lifi tabakası (RNFL) 363 µm, sol gözde 347 µm ölçüldü. Kraniyal manyetik rezonans görüntüleme ve anjiyografi normal görüldü. Papilödem nedeniyle lomber ponksiyon yapıldı; BOS açılış basıncı 52 cmH_2O olup artmıştı, sitoloji ve glukoz düzeyleri normal, kültürler negatiftir. Asetazolamid tedavisi başlandı. Kalıtsal periyodik ateş sendromlarıyla ilişkili 13 geni içeren (MEFV, MVK, NLRP3, NLRP12, NOD2, TNFRSF11A, LPIN2, PSTPIP1, IL1RN, IL10RA, IL10RB ve ADA2) yeni nesil dizileme paneli uygulandı. Glukokortikoid tedavisi (1 mg/kg/gün) topikal kortikosteroid ile kombine edilerek başlandı; döküntülerde gerileme oldu ancak optik disk ödemi devam etti. Bir ay sonraki kontrol oftalmolojik muayenesinde ödemde progresyon ve bilateral vitrit gelişimi saptandı. Bu nedenle anakinra (3 mg/kg/gün) başlandı. Optik disk bulgularında sınırlı düzelme izlendi, ancak SAA düzeyi yüksek seyretmeye devam etti. Genetik analizde *NLRP3* geninde heterozigot patojenik varyant (c.1043C≥T, p.(Thr348Met)) saptandı ve CAPS tanısı kesinleşti. Optik disk ödeminin devam etmesi ve sistemik enflamasyonun yeterli kontrol altına alınamaması üzerine anakinra kesilerek 5 mg/kg iki ayda bir kanakinumab başlandı. Ancak SAA düzeyleri yüksek seyretmeye ve oftalmolojik bulgular devam etmeye devam etti. Bunun üzerine kanakinumab dozu 5 mg/kg aylık uygulamaya yükseltildi. İki aylık tedavi sonrası optik disk ödeminde belirgin düzelme, enflamatuvar belirteçlerde normalleşme sağlandı ve yan etki gözlenmedi.

Sonuç: Bu olgu, CAPS hastalarında oküler tutulumun önemini ve kortikosteroidler ile standart IL-1 inhibitör dozlarına yanıtsız olgularda yüksek doz kanakinumabın etkinliğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ateş, optik disk ödemi, CAPS, kanakinumab

[PS-313]

Altta yatan romatolojik hastalık olmaksızın pediatrik sitokin fırtınasında kurtarıcı tedavi olarak Emapalumab'ın etkinliği

Neslihan Kara Çanlıoğlu, Sıla Atamyıldız Uçar, Eray Tunce, Betül Sözeri

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

Amaç: Sekonder HLH'de tedaviye yanıtsız seyreden pediatrik bir olguda emapalumab tedavisinin klinik sonuçlarını değerlendirmek.

Olgu: On yedi yaşında kadın hasta, 5 gündür devam eden ateş ve artralji nedeniyle dış merkeze başvurdu. Fizik muayenede splenomegali saptandı. Laboratuvar incelemelerinde anemi (hemoglobin: 10,9 g/dL), nötropeni (2650/µL), lenfositoz (3150/µL), trombositopeni (41.000/µL), yüksek CRP (139 mg/L) ve belirgin transaminaz yüksekliği (AST: 363 U/L, ALT: 259 U/L) tespit edildi. Abdominal ultrasonografide hepatomegali (165 mm) ve splenomegali (176 mm) gözlendi. Toksoplazmoz, kızamıkçık, sitomegalovirüs, Epstein-Barr virüs, Parvovirüs B19, hepatit virüsleri ve HIV için yapılan serolojik testler akut enfeksiyonu dışladı. SARS-CoV-2 IgG düzeyi yüksek (≥4000 IU/mL) olmakla birlikte, geçirilmiş enfeksiyon, aşılama öyküsü nedeniyle aktif COVID-19 enfeksiyonu dışlandı. Kemik iliği aspirasyonunda atipik hücre olmaksızın histiositik proliferasyon izlendi. Hasta; persistan ateş, trombositopeni, hipofibrinojenemi, transaminaz yüksekliği, ferritin yüksekliği ve kemik iliğinde histiositik proliferasyon ile karakterize sekonder hemofagositik lenfohistiositoz (HLH) tanısı aldı. İntravenöz immünoglobulin (1 g/kg) tedavisi başlandı. Klinik kötüleşme üzerine pulse doz metilprednizolon (30 mg/kg/gün) ve Anakinra (5 mg/kg/gün) tedavisi başlandı ve hasta çocuk yoğun bakım ünitesine alındı. Tedaviye rağmen ateşin devam etmesi ve ferritin düzeyinin yükselmesi üzerine plazmaferez (5 seans) uygulandı ve Anakinra dozu 10 mg/kg/gün'e yükseltildi. Maksimal Anakinra, kortikosteroid ve plazmaferez tedavilerine rağmen refrakter sitokin fırtınası devam etmesi üzerine hasta üçüncü basamak ÇYBÜ'ye transfer edilerek siklosporin (2 mg/kg/gün) başlandı. Yatış sırasında hastada belirgin hematokezya gelişti. Endoskopi, kolonoskopi, mezenterik anjiyografi ve Meckel sintigrafisi ile aktif kanama odağı gösterilemedi; bulgular ağır trombositopeniye bağlandı. Primer HLH açısından *STXBP2*, *PRF1* ve *UNC13D* genlerindeki mutasyonları içeren genetik testler sitokin fırtınası sırasında negatif sonuçlandı. İmmün yetmezlik bulgusu olmaması, ebeveynler arası akrabalık bulunmaması ve karakteristik deri ya da saç anomalilerinin olmaması nedeniyle sekonder HLH olasılığı daha yüksek değerlendirildi ve romatolojik tetkikler yapıldı. Otoantikor taramaları (ANA, anti-dsDNA, ANCA) negatifti, kompleman düzeyleri normaldi. Sistemik vaskülit ve SLE tanı kriterlerini karşılamadı. Ayrıca döküntü ve artrit olmaması sistemik jüvenil idiyopatik artriti de dışladı. Persistan sitokin fırtınası ve önceki tedavilere yetersiz yanıt nedeniyle emapalumab tedavisi başlandı. Profilaktik asiklovir, trimetoprim-sülfametoksazol ve flukonazol tedavisi verildi. Sekonder HLH protokolüne uygun olarak ilk emapalumab dozu (6 mg/kg) uygulandı. Tedaviye rağmen pansitopeni devam etti; günlük trombosit, eritrosit, TDP transfüzyonları ile sürekli traneksamik asit infüzyonu gerekti. Emapalumab planlanan 3 mg/kg/3 günde bir (15. güne kadar) rejimine lojistik nedenlerle uyum sağlanamadı ve doz programında değişiklikler yapıldı. Belirgin splenomegali nedeniyle malignite ayırıcı tanıda düşünüldü. Periton sıvısının sitolojik incelemesi maligniteyi dışladı. Tekrarlanan kemik iliği biyopsisinde CD30-pozitif, ALK-pozitif hücreler izlendi ve başlangıçta ağır immünsüpresyona bağlı reaktif değişiklikler olarak yorumlandıysa da malignite şüphesi arttı. Persistan splenomegali ve refrakter trombositopeni üzerine selektif anjiyografi ile dalak arter dalına embolizasyon yapıldı. Trombositopeninin sürmesi üzerine total splenektomi uygulandı. Emapalumab tedavisinin başlamasından üç hafta sonra sitokin fırtınasında belirgin düzelme sağlandı; Anakinra kesildi ve kortikosteroid kademeli azaltıldı. Hiperenflamatuvar durumun kontrol altına alınmasının ardından yapılan total splenektomide anaplastik büyük hücreli lenfoma (ALCL) saptandı. Hasta, ALCL'ye özgü tedavi için pediatrik hematoloji-onkoloji kliniğine devredildi.

Sonuç: Emapalumab, standart tedavilere yanıtsız sekonder HLH veya MAS olgularında umut verici bir tedavi seçeneğidir. Bu olguda emapalumab, sitokin fırtınasını kontrol altına almış, immünosupresif ilaçların azaltılmasına olanak sağlamış ve altta yatan malignitenin tanınmasına katkıda bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Emapalumab, makrofaj aktivasyon sendromu, sekonder hemofagositik lenfohistiositoz

XXV. Ulusal Romatoloji Kongresi Bildiri Özetleri
12-16 Kasım 2025
Poster Turu Sunumları

(PP-001 — PP-301)

[PS-001]

Behçet hastalığında immün profilleme: Fenotiplerin spesifik sitokin ve gen ekspresyon imzalarıyla ilişkilendirilmesi

Rabia Deniz[1,2], Gizem Gülfidan[3], Cemal Bes[1], Zeliha Emrence[4], Fatma Alibaz Öner[5], Sema Sırma Ekmekci[4], Neslihan Abacı[4], Haner Direskeneli[5], Ahmet Gül[6], Kazım Yalçın Arga[3], Can Erzik[7]

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

[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıbbi Biyoloji ve Genetik Anabilim Dalı, İstanbul

[3]Marmara Üniversitesi Mühendislik Fakültesi, Biyomühendislik Bölümü, İstanbul

[4]Aziz Sancar Deneysel Tıp Enstitüsü, Genetik Anabilim Dalı, İstanbul

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

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

[7]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

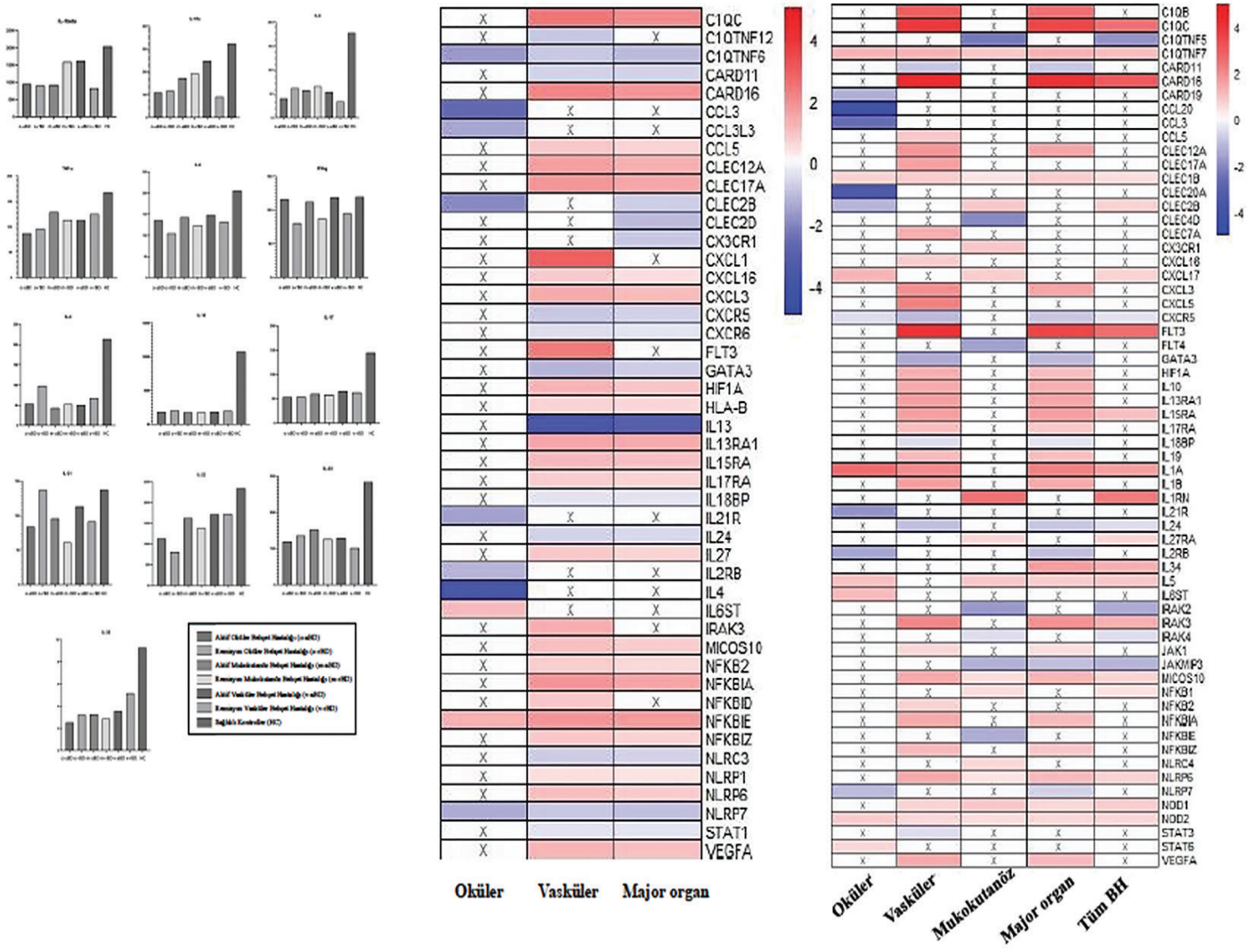
Amaç: Behçet hastalığı (BH), kronik, sistemik enflamatuvar bir hastalıktır. Oral aft, genital ülser ve üveit temel triad olmakla birlikte, vasküler, nörolojik ve gastrointestinal tutulum önemli morbidite kaynaklarıdır. BH'nin farklı fenotiplerinde doğal ve adaptif bağışıklık yollarının rolü ve immünopatogenezdeki etkileri incelenmiştir.

Yöntem: Aktif ve remisyon dönemlerindeki BH hastalarının serum örneklerinde ELISA yöntemiyle sitokin analizi ve PBMC'lerden transkriptom analizleri yapılmıştır. Fenotipler arası farklılıkları değerlendirmek için diferensiyal gen ekspresyon analizi yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 41 aktif BH hastası (aBH) [E/K: 9/32, medyan yaş: 29 (18-46)], 35 remisyon BH (rBH) [E/K: 9/26, medyan yaş: 29 (18-46)] ve 9 sağlıklı kontrol (SK) [E/K: 3/6, medyan yaş: 28 (23-32)] dahil edilmiştir. aBH grubundaki 19 hasta mukokutanöz tutulumlu (m-aBH), 11 hasta oküler tutulumlu (o-aBH) ve 11 hasta vasküler tutulumlu (v-aBH) olarak sınıflandırılmıştır. Serum IFN-gamma düzeyleri, aktif hastalığı olan grupta remisyon grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (116'ya karşı 92 pg/mL, p=0,022). Serum IL-35 düzeyleri sağlıklı kontrol grubunda, aktif ve remisyon gruplarına kıyasla anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (p=0,05). IL-17 ile ilişkili sitokin düzeyleri oküler BH grubunda daha düşük olup, bu sitokinler tedavi sonrası oküler BH grubunda artarken, mukokutanöz ve vasküler BH gruplarında azalmıştır. Transkriptom analizleri aktif BH hastalarının 29 m-aBH, 10 v-aBH ve 4 o-aBH alt grupları ile 15 sağlıklı kontrol üzerinde gerçekleştirilmiştir. Doğal bağışıklık, inflamazom aktivasyonu, kazanılmış bağışıklık ve bu enflamatuvar süreçleri düzenleyen genlerin ekspresyon profillerinde anlamlı farklılıklar saptanmış olup, bu veriler Şekil 1'de özetlenmiştir. ELISA bulgularına paralel olarak, IL-17 ile ilişkili sitokin ekspresyonları oküler BH grubunda azalmıştır. Vasküler BH grubunda anjiyogenez ve hematopoez ile ilişkili belirli genlerin (VEGF, HIF1A ve FLT3) ekspresyonunun 4-13 kat arttığı gözlemlenmiştir.

Sonuç: BH fenotiplerinde doğal ve adaptif bağışıklık yollarının farklı roller oynadığı, özellikle oküler BH'de IL-17 yanıtının düşük olduğu ve vasküler BH'de anjiyogenez, hematopoez ve enflammazomla ilişkili genlerin belirgin aktivasyonu görülmüştür. Bulgular farklı fenotiplerdeki tedavi yanıtlarını açıklama ve yeni tedavi stratejileri için potansiyel hedefler belirlemiştir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, doğal bağışıklık, transkriptom analizi



Şekil 1. Aktif Behçet hastalarında gen ekspresyon profilleri ve alt gruplara göre karşılaştırmaları

[PS-033]

Sistemik sklerozda tırnak dibi videokapilleroskopi görüntülerinin analizinde derin öğrenme performansı

Müçteba Enes Yayla[1], Ayhan Aydın[2], Mahmut Kılıçaslan[4], Mürüvvet Kalkan[3], Mehmet Serdar Güzel[3], Aida Shikhaliyeva[1], Serdar Sezer[1], Emine Uslu[1], Aşkın Ateş[1], Murat Turgay[1]

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

[2]Ankara Üniversitesi Mühendislik Fakültesi, Bilgisayar Teknolojileri Bölümü, Bilgisayar Programcılığı Programı, Ankara

[3]Ankara Üniversitesi Mühendislik Fakültesi, Bilgisayar Mühendisliği Bölümü, Bilgisayar Bilimleri Anabilim Dalı, Ankara

[4]Ankara Üniversitesi Nallıhan Meslek Yüksekokulu, Bilgisayar Teknolojileri Bölümü, Bilgisayar Programcılığı Programı, Ankara

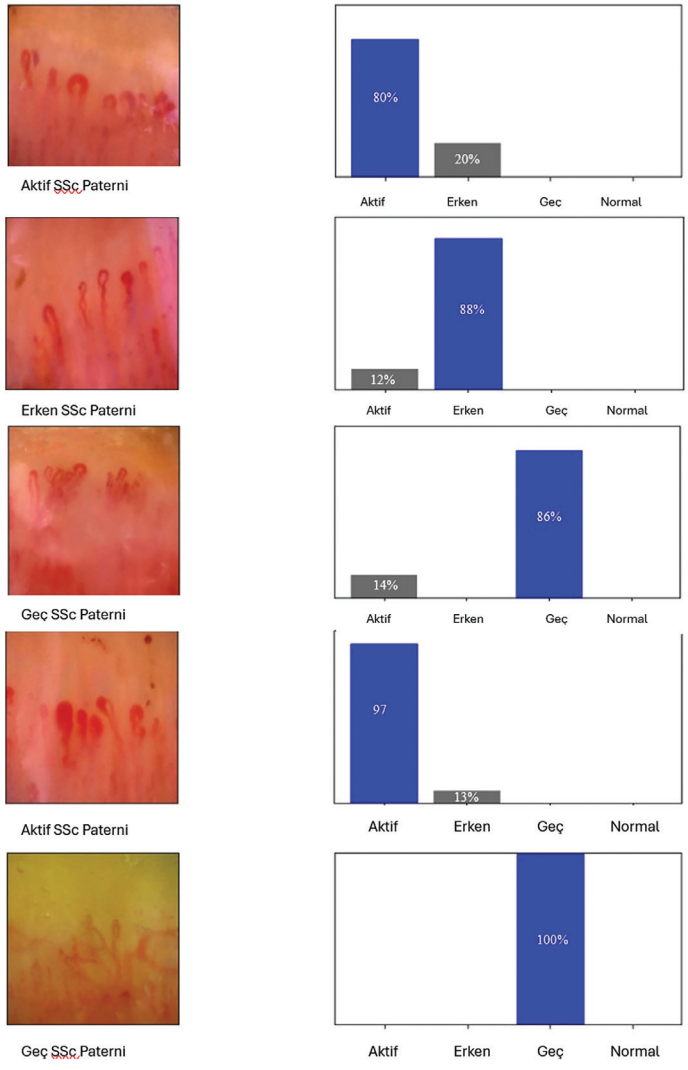
Amaç: Bu çalışmanın amacı, sistemik skleroz (SSc) hastalarından ve sağlıklı bireylerden elde edilen tırnak yatağı video kapilleroskopisi (NVC) görüntülerini derin öğrenme yöntemleri kullanılarak sınıflandırmaktır.

Yöntem: Ocak 2025 ile Haziran 2025 tarihleri arasında, 50 SSc ve 30 sağlıklı bireyden 1.280 NVC görüntüsü kaydedildi. Görüntüler, iki romatolog tarafından normal, erken, aktif ve geç evre SSc görüntüleri olarak sınıflandırıldı. Performanslarını karşılaştırmak için, farklı karmaşıklık ve hesaplama verimliliği seviyelerine sahip altı farklı derin öğrenme modeli (MobileNetV3Large, ResNet152V2, Xception, VGG-19, InceptionV3 ve NASNetLarge) seçildi. Modellerin performansı, doğruluk, çapraz entropi kaybı, hassasiyet, geri çağırma (duyarlılık), F1 puanı ve ROC AUC gibi standart metrikler kullanılarak değerlendirildi ve karşılaştırıldı.

Bulgular: Derin öğrenme modelleri %90,6 ile %98,9 arasında doğruluk, %93,4 ile %98,9 arasında hassasiyet, %90,6 ile %98,8 arasında geri çağırma, %92 ile %98,9 arasında F1 puanı ve %99 ile %100 arasında ROC AUC performansı elde etti. InceptionV3, %98,95 doğruluk, %98,94 hassasiyet, %98,80 geri çağırma ve %98,88 F1 puanı ile en iyi performansı gösterdi. Test kaybı açısından en düşük değerler, her ikisi de 0,03 kayıpla InceptionV3 ve NasNetLarge modellerinde gözlendi. Genel olarak, tüm modeller için ROC-AUC değerleri %98,99 ile %100 arasında değişerek yüksek bir ayırt edici yeteneğe işaret etti.

Sonuç: Mevcut bulgular, derin öğrenme yöntemlerinin NVC görüntülerini deneyimli romatologlar kadar doğru bir şekilde sınıflandırabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Derin öğrenme, sistemik skleroz, sınıflandırma, tırnak dibi video kapilleroskopisi, yapay zeka



Şekil 1. Derin öğrenme yöntemleriyle sınıflandırılan test örnekleri

[PS-074]

Still hastalığında enfeksiyonla ilişkili olmayan prokalsitonin yüksekliği ve klinik önemi: Makrofaj aktivasyon sendromunun belirteci olabilir mi?

Erdem Bektaş[1], Burcu Ceren Uludoğan[2], Büşra Fırlatan Yazgan[3], Özgür Can Kılınç[4], Beste Acar[4], Oğuzhan Kızılkaya[4], Ayşenur Yılmaz[1], Büşra Yüce[5], Reşide Börçe Aydın[6], Meliha Meriç Koç[6], Serdal Uğurlu[7], Umut Kalyoncu[3], Timuçin Kaşifoğlu[2], Cemal Bes[1]

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

[2]*Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir*

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

[4]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul*

[5]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul*

[6]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul*

[7]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

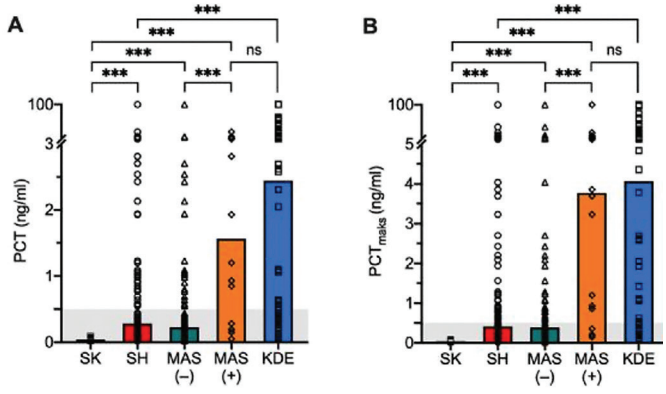
Amaç: Still hastalığı (SH) ateş, döküntü, artrit ve sistemik enflamasyon ile karakterize otoenflamatuvar bir hastalıktır. Hastalığın en ciddi komplikasyonlarından biri makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) olup, yüksek mortalite ile ilişkilidir. Enfeksiyon belirteci olarak yaygın kullanılan prokalsitoninin (PCT), otoenflamatuvar hastalıklardaki rolü net olarak tanımlanmamıştır. Bu çalışmanın amacı, enfeksiyon yokluğunda SH'de gözlenen PCT yüksekliğinin klinik bulgular, hastalık aktivitesi ve MAS gelişimi ile ilişkisini incelemektir.

Yöntem: Retrospektif olarak planlanan çalışmaya Yamaguchi kriterlerini karşılayan, kanıtlı veya şüpheli enfeksiyonu bulunmayan ve PCT düzeyi ölçülmüş SH hastaları dahil edildi. Kontrol grubu olarak, bakteriyemi kanıtlanmış enfeksiyon tanılı hastalar ve yaş-cinsiyet açısından eşleştirilmiş sağlıklı gönüllüler dahil edildi. SH ilişkili pnömonit olan hastalar enfeksiyöz pnömoni açısından şüpheli olduğu için ve PCT yükseltebilecek eGFR düşüklüğü vb. durumlara sahip hastalar çalışma dışı bırakıldı. PCT için 0,5 ng/mL kesim değeri kabul edildi. Hastalar başlangıçtaki değerlerine (PCT <0,5 ve PCT ≥0,5) ve gözlenen maksimum değerlerine göre (PCT_{maks} <0,5 ve PCT_{maks} ≥0,5) gruplandırıldı. HLH-2004 kriterlerini karşılayan hastalar MAS olarak sınıflandırıldı. Klinik bulgular, laboratuvar parametreleri (bazal ve seyirdeki maksimum değerler), hastalık aktivite skorları ve tedavi verileri geriye dönük olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 110 SH hastası alındı. Hastaların 75'i (%68) PCT <0,5 grubunda, 35'i (%32) PCT ≥0,5 grubunda yer aldı. Maksimum değerler incelendiğinde, 63 hasta (%57,3) PCTmaks <0,5 grubunda, 47 hasta (%42,7) PCT_{maks} ≥0,5 grubunda bulundu. PCT ≥0,5 ve PCT_{maks} ≥0,5 grubunda MAS gelişme oranı anlamlı şekilde daha yüksekti. Ayrıca PCT yüksek gruplarda mPouchot skorları belirgin olarak yüksekti ve biyolojik tedavi (özellikle anakinra) ihtiyacı daha fazlaydı. Laboratuvar parametrelerinden PCT ≥0,5 grubunda bazal AST, LDH, CRP ve ferritin değerleri anlamlı olarak yüksek iken (p=0,006, p<0,001, p=0,013, p<0,001), seyirdeki maksimum laboratuvar parametrelerinden pik ALT, AST, LDH ve ferritin seviyeleri PCT_{maks}≥0,5 grubunda anlamlı olarak yüksekti (p=0,036, p<0,001, p<0,001 ve p<0,001). PCT ve PCT_{maks} düzeyleri, sağlıklı kontrollere kıyasla SH hastalarında anlamlı derecede yüksek bulundu (p<0,001, p<0,001). Ayrıca MAS gelişen SH olgularında PCT ve PCTmaks değerleri, enfeksiyon grubuna benzer yüksekliklere ulaştı (Şekil 1). Tek değişkenli lojistik regresyon analizlerinde, MAS riski PCT ≥0,5 grubunda 6,4 kat [OR 6,42 (%95 GA 2,02-20,04), p=0,002], PCT_{maks} ≥0,5 grubunda ise 7,6 kat artmıştı [OR 7,65 (%95 GA 2,03-28,7), p=0,003]. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde de bu bulgular doğrulandı; MAS riski sırasıyla 4,3 ve 5,4 kat artmış olarak hesaplandı [OR 4,27 (%95 GA 1,08-16,8), p=0,038; OR 5,43 (%95 GA 1,3-22,6), p=0,020]. ROC analizlerine göre eğri altında kalan alanlar değerlendirildiğinde hem bazal hem de pik PCT değerleri SH'larını sağlıklı kontrollerden ayırmada anlamlı ayırt edici kapasiteye sahipti. Bazal PCT'nin enfeksiyon ile MAS'ı ayırt edici gücü yokken, MAS olmayan SH'lerini enfeksiyondan ayırmada enfeksiyon lehine ayırıcı gücü vardı. Tanı anında PCT seviyesi MAS ayrımında ferritin ile benzer güce sahip iken, AST ve CRP'den daha iyi bir ayırt ettiriciydi. Pik PCT seviyesi seyirdeki maksimum parametreler değerlendirildiğinde CRP'den daha iyi, fakat diğerleri kadar olmasa da MAS için neredeyse benzer ayrım gücüne sahipti.

Sonuç: Bu çalışma, SH'sinde PCT yüksekliğinin klinik açıdan anlamını ve MAS gelişimi için bağımsız bir risk faktörü olabileceği göstermiştir. SH hastalarında PCT yüksekliği yalnızca enfeksiyon göstergesi olarak yorumlanmamalı, aynı zamanda yüksek enflamatuvar yanıt için uyarıcı kabul edilmelidir. PCT, otoenflamatuvar hastalıklarda prognostik bir biyobelirteç olarak değerlendirilebilir ve klinik karar süreçlerine dahil edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Still hastalığı, prokalsitonin, makrofaj aktivasyon sendromu, otoenflamatuvar hastalık



Şekil 1. Çalışma gruplarındaki prokalsitonin seviyeleri
A. SK (n=59), SH (n=110), MAS olmayan SH [MAS (–)] (n=94), MAS olan SH [MAS (+)] (n=16) ve KDE (n=56) gruplarında bazal PCT değerleri. B. SK, SH, MAS (–), MAS (+) ve KDE gruplarında pik PCT seviyeleri. Bar grafikleri ortanca değerleri göstermektedir. Mann-Whitney U; ns, anlamlı değil, ***p<0,001
KDE: Kan dolaşımı enfeksiyonu (bakteriyemi), MAS: Makrofaj aktivasyon sendromu, PCT: Prokalsitonin, SH, Still hastalığı, SK: Sağlıklı kontrol

[PS-075]

Takayasu arteritinde başlangıç glukokortikoid dozunun relaps ve doz azaltma sürecine etkileri

Ayşenur Yılmaz[1], Fatih Yıldırım[1], Feyyaz Hazar Yağmur[2], Fatih Taştekin[3], Muhammet Emin Kutu[4], Senar Şan[5], Tuğba Ocak[6], Hasan Kocaayan[7], Sema Işık[8], Burcu Ceren Uludoğan[9], Ayşe Çefle[5], Ayten Yazıcı[5], Yavuz Pehlivan[6], Servet Akar[7], Ahmet Omma[8], Şule Yaşar Bilge[9], Kenan Aksu[3], Gökhan Keser[3], Cemal Bes[1], Nilüfer Alpay Kanıtez[10]

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

[2]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

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

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

[5]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

[6]Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

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

[8]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

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

[10]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

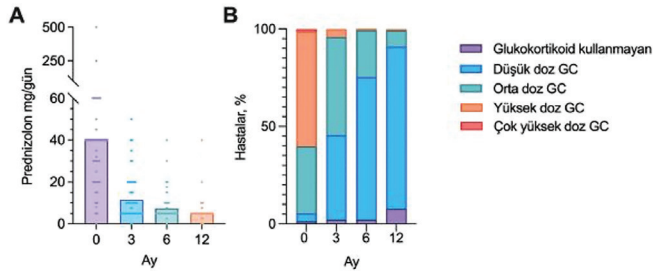
Amaç: Takayasu arteriti (TAK), çoğunlukla genç kadınları etkileyen, aort ve ana dallarını tutan kronik bir büyük damar vaskülitidir. Klinik pratikte glukokortikoidler (GC) remisyon indüksiyonunun temelini oluşturmakla birlikte, uzun süreli ve yüksek dozlarda kullanımı özellikle toksisite riskini beraberinde getirir. Bu çalışmada, TAK' da başlangıç GC dozunu belirleyen faktörler, doz azaltmanın seyri ve yüksek doz GC kullanmanın uzun dönem hastalık kontrolü üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Çok merkezli, retrospektif çalışmamıza, Mayıs 2023-Ekim 2024 tarihleri arasında, 1990 ACR sınıflama kriterlerini karşılayan, 18 yaş üstü ve en az üç aylık takip verisine sahip 156 TAK hastası dahil edildi. Başlangıç prednizolon dozu ≥30 mg/gün olanlar yüksek doz, <30 mg/gün olanlar orta-düşük doz olacak şekilde iki grup belirlendi. Klinik, laboratuvar, görüntüleme, tedavi ve relaps verileri hasta dosyalarından kaydedildi, kümülatif GC dozları hesaplandı. Yüksek doz GC başlanmasında etkili faktörler ve 6. ayda düşük doz GC'ye (≤7,5 mg/gün) inme belirleyicileri uygun istatistiki yöntemlerle analiz edildi.

Bulgular: Hastalarımızın %87'si kadındı ve medyan takip süresi 72 (35-120) ay olarak hesaplandı. Yüksek doz GC grubunda tanı anında ateş (%27 vs. %7, p=0,008), kilo kaybı (%40 vs. %17, p=0,011), ve karotis arter tutulumunun (%65 vs. %48, p=0,046) daha sık olduğu görüldü. Aynı zamanda bu grupta CRP düzeyi daha yüksekti [ortanca (IQR), 18 (7-50) vs. 13 (3-24) mg/L, p=0,041]. Prednizolon doz azaltma seyrine bakıldığında, yüksek doz GC grubunda üçüncü ve altıncı ayda günlük prednizolon kullanımının daha yüksek seviyede olduğu görüldü [ortanca (IQR) sırasıyla, 10 (5-20) vs. 5 (5-10) mg/gün, p=0,001; 5 (5-10) vs. 5 (5-5) mg/gün, p=0.002]. On ikinci ayda ise her iki grupta günlük prednizolon dozu istatistiksel olarak benzerdi. Tüm hastaların GC kullanım seyri Şekil 1'de verilmiştir. Kümülatif GC maruziyeti ve bDMARD kullanım oranları yüksek doz grubunda daha fazla bulundu [sırasıyla, ortanca (IQR), 6,5 g (3,9-11) vs. 5 g (2,3-7,3), p=0,028, 54 (%51) vs. 13 (%31), p=0,031]. Relaps oranları (%59 vs %49, p=0,275) ve VDI skorları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı. Çok değişkenli analizde, ateş (OR 4,9, %95 GA 1,05-22,8, p=0,043) ve karotis tutulumunun (OR 2,4, %95 GA 1,05-5,7, p=0,038) yüksek doz GC başlanmasıyla bağımsız olarak ilişkili olduğu gösterildi. Buna karşılık metotreksat tedavisi, altıncı ayda düşük doz GC'ye (≤7,5 mg/gün) inebilmenin en güçlü bağımsız belirleyicisi olarak saptandı (OR 3,8, %95 GA 1,4-10,1, p=0,007). Yüksek doz GC başlanması ise doz azaltma başarısını olumsuz etkileyen bağımsız bir faktör olarak bulundu (OR 0,24, %95 GA 0,07-0,76, p=0,016).

Sonuç: TAK'de daha yüksek dozda başlangıç GC dozunu belirleyen en önemli faktörler sistemik bulguların varlığı, yüksek CRP ve karotis tutulumudur. Başlangıç GC dozu ise kümülatif GC dozunun en önemli belirleyicisidir. Uzun dönem takipte başlangıç GC dozu ile relaps sayısı ve VDI arasında ilişki olmaması, hastalık aktivitesinin ve hasar ilişkili olabilecek kümülatif GC dozunun kontrol edilebildiğini düşündürmektedir. Özellikle yüksek doz GC ihtiyacı olan grupta olmak üzere tedavinin başlangıcından itibaren biyolojik ya da standart DMARD'ları etkili kullanmak, TAK arteritinde GC ihtiyacını azaltmaktadır. Prospektif çalışmalar ile desteklendiğinde TAK tedavisinde alışılmışın altında GC doz stratejileri mümkün olabilir.

Anahtar Kelimeler: Takayasu, glukokortikoid, relaps



Şekil 1. Hastaların glukokortikoid kullanım seyri
(A) Prednizolon dozlarının (mg/gün/zaman içinde dağılımı; 0, 3., 6. ve 12. aylarda kademeli azalma. (B) Glukokortikoid kullanımının düşük doz <7,5 mg/gün, orta doz 7,5-30 mg/gün, yüksek doz >30 ve <100 mg/gün, çok yüksek doz ≥100 mmg/gün gruplarında dağılımı

[PS-077]

İlerlemiş parotis bezi ultrasonografi bulguları olan primer Sjögren sendromu hastaları olmayanlardan farklı özellikler mi sergiliyor?

Tahir Saygın Öğüt[1], Mert Ünal[2], Ayşe Yörük Öğüt[3], Funda Erbasan[4], Mustafa Ender Terzioğlu[4], Veli Yazısız[4]

[1]Antalya Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Antalya

[2]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya

[3]Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Antalya

[4]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

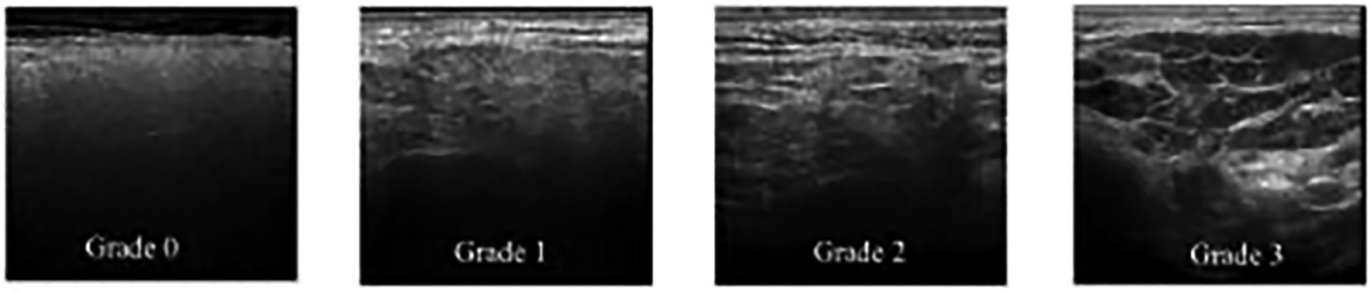
Amaç: Primer sjögren sendromu (pSS) ekzokrin bezleri etkileyen kronik otoimmün bir hastalıktır. Multipl organ ve organ sistemlerini etkilese de klinik bulgular ekzokrin glandüler bulgular ve ekstraglandüler bulgular olmak üzere iki ana kategoride değerlendirilir. Bu çalışmada pSS ile takipli hastaların parotis ultrasonografi bulguları karşılaştırılmış ve daha ilerlemiş bulgular gösteren hastaların klinik ve laboratuvar bulguları diğer hasta grubu ile karşılaştırılmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 2016 ACR-EULAR (Amerika Romatoloji Cemiyeti-Avrupa Romatizma Birliği) pSS sınıflandırma kriterlerini karşılayan 151 pSS hastası dahil edildi. Aralık 2023-Kasım 2024 tarihleri arasında Antalya Şehir Hastanesi ve Akdeniz Üniversitesi Romatoloji Polikliniği'ne başvuran pSS hastaların analizleri yapıldı. OMERACT skorlama sistemine (Şekil 1) göre parotis ultrasonografi bulguları tek taraflı skor ≥2 olanlar ultrasonografik olarak ileri bulgular gösteren hastalar olarak kabul edildi. İlerlemiş bulgular gösteren pSS hastaları ve diğer pSS hastalar yaş, cinsiyet, klinik semptomlar, laboratuvar parametreleri ve tanısal incelemeleri karşılaştırılmış ve analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya alınan pSS hastalarının 52'sinde (%34,4) ultrasonografik olarak ilerlemiş bulgular (UOİB) vardı. UOİB olan olguların yaş ortalaması (52,0±15,5 vs. 58,9±9,5 yıl, p=0,001) diğer gruba göre daha azdı. Çalışmaya alınan 8 erkek hastanın hiçbirinde ultrasonografik olarak ileri bulgular izlenmedi (p=0,051). UOİB grubundaki hastaların tanı anındaki yaşı 45,2±14,0 yıl iken, diğer grubun tanı anındaki yaşı 52,4±11,0 yıl idi (p=0,001). İki grubun takip süreleri arasında fark yoktu (6,54±5,18 vs. 7,01±6,04, p=0,61). UOİB grubunda ANA, anti-Ro52, anti-Ro/SS-A ve anti-Ro/SS-B pozitiflik oranı daha yüksekti (sırasıyla p<0,001, p=0,017, p=0,006, p=0,009). UOİB grubunda lökosit sayısı (5,63±1,58 vs. 6,86±2,09 bin/mm^3, p<0,001) ve nötrofil sayısı (3,13±1,16 vs. 4,12±1,56 bin/mm^3, p<0,001) düşük saptandı. UOİB grubunda serum C3 (1,15±0,23 vs. 1,25±0,19 g/L, p=0,04) ve C4 0,21±0,09 vs. 0,25±0,10 g/L, p=0,01) değerleri diğer gruba göre daha düşüktü. Her iki grup arasında schirmer testi <5 mm olması (%67,4 vs. %60,0, p=0,57) ve minör tükürük bezi ultrasonografisinde fokus skorunun ≥1 olması (%80,6 vs. %77,6, p=0,72) açısından fark saptanmadı. Gruplar tanı anından geçen süreye göre 5 yıl altı ve üstü (%51,0 vs. %53,1, p=0,80) ve 10 yıl altı ve üstü (%34,6 vs. %27,5, p=0,36) olacak iki farklı şekilde kategorize ediliğinde gruplar arasında fark yoktu. İki grup arasında eklem tutulumu, Raynaud fenomeni, interstisyel akciğer hastalığı ve ilaç kullanımları açısından fark saptanmadı.

Sonuç: Parotis bezi ultrasonografisinde daha ileri bulguları olan pSS hastalarının daha genç yaşta tanı aldığı, serolojik olarak daha yüksek oranda pozitif olduğu saptanmıştır. Bunun yanında diğer tanısal bulgular, organ tutulumları ve tanıdan itibaren geçen süre açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Primer Sjögren sendromu, parotis ultrasonografisi, dekstrüktif bulgu



Şekil 1. 2019 OMERACT skorlama sistemine göre derece 0-3'ü gösteren temsili parotis bezi gri skala ultrason görüntüleri

[PS-082]

Idiyopatik enflamatuvar miyopatilerde kantitatif 18F-FDG PET/BT analiz ile yeni kas tutulum paternlerin gösterilmesi ve prognostik göstergeler

Fatma Başıbüyük[1], Melih Yigithan Bahadır[2], Gökçe Kenar Artın[1], Amaç Kiray[3], Recep Bekıs[2], İsmail Sarı[1]

[1]*Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İzmir*

[2]*Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, İzmir*

[3]*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anatomi Anabilim Dalı, İzmir*

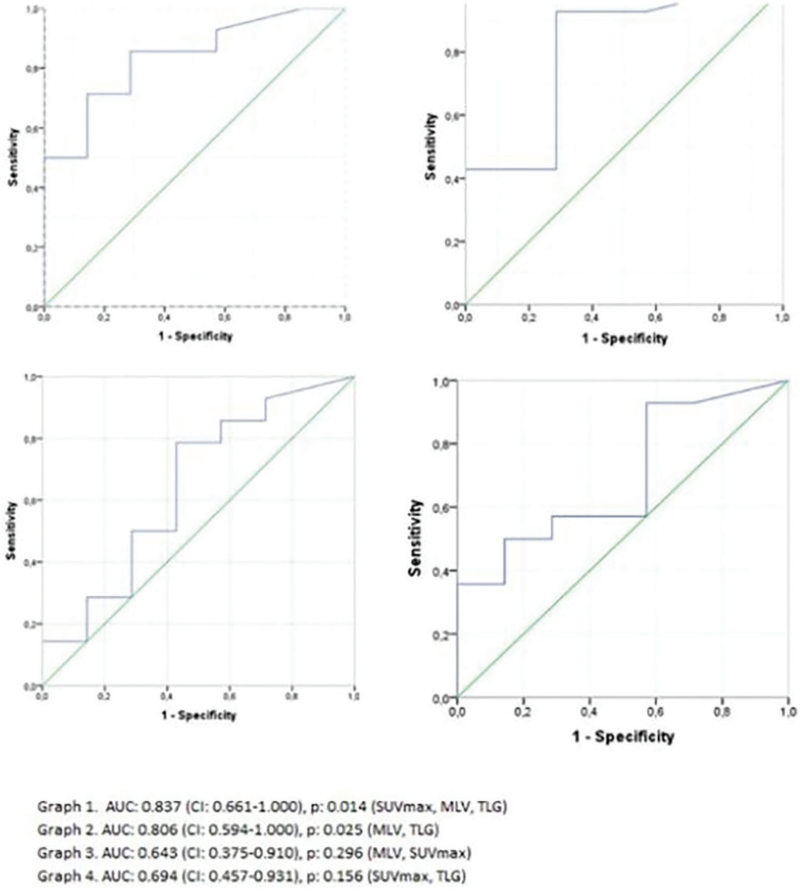
Amaç: İdiyopatik enflamatuvar miyopatilerde (İİM) kas tutulumunu ayrıntılı anatomik segmentasyon ve hacimsel 18F-FDG PET/BT analizi kullanarak karakterize etmek ve global metabolik yükün prognostik değerini SUVmax ile karşılaştırarak değerlendirmek.

Yöntem: İİM tanılı ve başlangıç 18F-FDG PET/BT yapılan hastalar retrospektif olarak incelendi. Klinik ve laboratuvar verileri (CK, AST, LDH, CRP, ESR, enflamatuvar myozit otoantikor paneli) toplandı. Şiddetli veya tedaviye dirençli hastalık klinik olarak tanımlandı. Kas grupları tek tek değerlendirildi ve beş ana bölgeye ayrıldı (baş-boyun, toraks, abdomen, üst ve alt ekstremiteler). PET parametreleri: SUV_{maks} (zirve aktivite), MLV (metabolik lezyon hacmi), TLG (total lezyon glikolizi; SUVmean × MLV) olarak belirlendi.

Bulgular: Toplam 21 hasta [medyan yaş 62 (22-77); %76,2 kadın] dahil edildi. Tanılar: dermatomyozit (%71,4), polimyozit (%23,8), antisentetaz sendromu (%4,8). Medyan takip süresi 11,5 ay idi. Ayrıntılı anatomik segmentasyon, toraks kaslarının (özellikle otokton torakal ve toraks duvarı kaslarının) en yüksek MLV ve TLG değerlerine sahip olduğunu gösterdi. Alt ekstremiteler de belirgin yük gösterdi; abdomen ve baş-boyun kasları daha az tutuldu. Takipte, %33,3 (7/21) hastada şiddetli, %42,9 (9/21) hastada dirençli hastalık gelişti. SUV_{maks}, laboratuvar belirteçleri veya klinik sonuçlarla anlamlı korelasyon göstermedi. Buna karşın TLG; AST (r=0,657, p=0,003), LDH (r=0,663, p=0,003), CRP (r=0,598, p=0,009) ve ESR (r=0,549, p=0,018) ile güçlü korelasyon gösterdi. ROC analizinde TLG (AUC 0,821) ve MLV (AUC 0,803), SUV_{maks}'tan (AUC 0,652) daha üstün bulundu.

Sonuç: Bu çalışma, İİM hastalarında 18F-FDG PET/BT ile yapılan ilk ayrıntılı hacimsel kas enflamasyonu haritasını sunmaktadır. Toraks ve paraspinal kaslar, klasik proksimal kas vurgusunu sorgulatan başlıca tutulum bölgeleri olarak öne çıkmıştır. Hacimsel PET parametreleri, özellikle TLG ve MLV, global enflamatuvar yükü daha etkin şekilde yansıtarak şiddetli/dirençli hastalıkla güçlü ilişki göstermiştir. Bulgular, kapsamlı volumetrik PET/BT analizinin tanısal doğruluğu ve risk sınıflamasını geliştirebileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Enflamatuvar miyopati, 18F-FDG PET/BT, prognostik belirteçler



Şekil 1. Şiddetli veya dirençli hastalığı öngörmede SUV_{maks}, MLH ve TLG'nin ayırıcı gücünü karşılaştıran ROC eğrileri

[PS-104]

Leflunomidin akciğer radyolojik seyrine etkileri: Romatoid artritli hastalarda uzunlamasına toraks BT analizi

Merve Erkek[1], Gökçe Kenar Artın[1], Mehmet Akif Kamar[2], Naciye Sinem Gezer[3], İsmail Sarı[1]

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

[2]*Medicana International Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Radyoloji Bölümü, İzmir*

[3]*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir*

Amaç: Romatoid artrit (RA) eklem tutulumunun yanında başta akciğer tutulumu olmak üzere eklem dışı bulgulara da yol açabilen bir hastalıktır. RA tedavisinde kullanılan ilaçların da akciğer üzerine olumsuz etkileri söz konusu olup leflunomidin (LEF) etkisi belirsizliğini korumaktadır. Bu çalışmanın amacı, RA hastalarında LEF kullanımının akciğer radyolojik bulguları üzerindeki olası etkilerini uzunlamasına toraks BT verileriyle değerlendirmektir.

Yöntem: Retrospektif longitudinal kohortta RA hastaları tarandı; LEF başlanan ve tedaviden önce en az bir, sonrasında ise en az iki toraks BT'si bulunan hastalar çalışmaya dahil edildi. Bu kriterleri sağlayan 51 hasta ve onlara ait toplam 511 BT analiz edildi. Toraks BT'lerde akciğer tutulumuyla ilişkili çeşitli bulgular not edildi ve skorlandı. Retikülasyon, traksiyon bronşektazisi, balpeteği, buzlu cam opasiteler ile üst, orta ve alt zon tutulumu dikkate alınarak 0-7 aralığında sürekli değişken niteliğinde "İAH-yaygınlık skoru" değerlendirildi. Traksiyon bronşektazi veya balpeteği varlığı "fibrotik bayrak", UIP/NSIP (usual interstitial pneumonia/non-specific interstitial pneumonia) paterniyle birlikte fibrotik bulgular olması "çekirdek değişken" olarak kodlandı. Her hasta için ardışık BT'ler arasındaki değişiklikler hesaplanarak interval veri seti oluşturuldu ve iki sonlanım incelendi:

1. Kompozit kötüleşme: ΔİAH-yaygınlık skoru ≥1 artış veya fibrotik bayrakta negatiften pozitife geçiş veya çekirdek bulguların yeni ortaya çıkışı veya zon sayısında artış

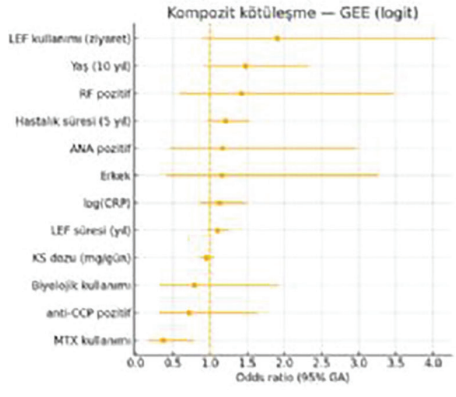
2. ΔİAH-yaygınlık skoru: Ardışık BT'ler arasındaki İAH-yaygınlık farkı

Analizlerde zamanla değişen kovaryantlar MTX, biyolojik tedavi kullanımı, kortikosteroid dozu, CRP; sabit kovaryantlar ise yaş, cinsiyet, hastalık süresi, RF, anti-CCP ve ANA pozitifliği olarak alınarak LEF'in akciğer üzerine bağımsız katkısı analiz edildi. Sonuçlar GEE-Gaussian ve GEE-logit modelleri ile değerlendirildi. ΔİAH-yaygınlık, başlangıç BT skoru ile ayarlanarak ortalamaya yönelim yanlılığı azaltıldı.

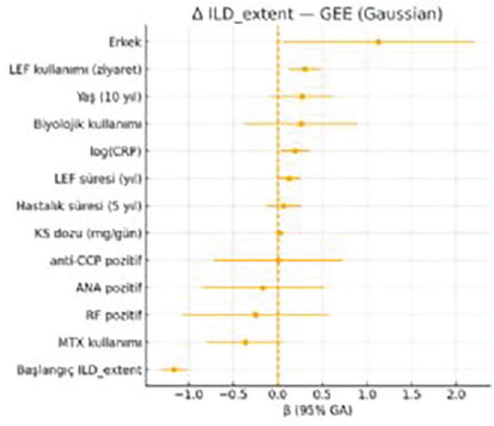
Bulgular: Hastaların medyan yaşı 70 (IQR 64-76,5), %72,9'u kadındı, demografik verileri ve ilaç kullanımları Tablo'da özetlenmiştir. GEE-logit modelinde LEF akciğerde kötüleşmeyle anlamlı ilişkili değildi (OR 1,90; p=0,097), LEF süresi de etkisizdi (OR 1,10; p=0,19). Buna karşılık MTX kullanımı kompozit kötüleşme riskinde anlamlı azalmayla ilişkiliydi (OR 0,37; p=0,009). Yaş artışı sınırda anlamlı artış eğilimi gösterdi (OR 1,47; p=0,098) (Şekil 1). Gaussian GEE modelinde LEF kullanımı ΔİAH-yaygınlık skoru ile küçük fakat anlamlı pozitif ilişki gösterdi (β=+0,30; p=0,001). LEF süresi de anlamlı artışla ilişkiliydi (β=+0,13/yıl; p=0,045). Serum CRP (β=+0,19; p=0,018) ve erkek cinsiyet (β=+1,13; p=0,041) de yük artışı ile ilişkiliydi. MTX kullanımıyla azalma eğilimi görüldü (β=-0,36; p=0,094). Başlangıç skorunun yüksek olması sonraki dönemde azalma ile güçlü şekilde ilişkiliydi (β=-1,16; p<0,001) (Şekil 2).

Sonuç: Çalışmamız, RA hastalarında LEF ve MTX kullanımının akciğer üzerine etkilerini değerlendiren en kapsamlı çalışmalardan biridir. İlaçların akciğer üzerine etkileri araştırılırken ilgili olabilecek tüm parametreler kontrol edilerek analiz edilmiştir. Bulgular, LEF kullanımının kompozit kötüleşme ile bağımsız bir ilişki göstermediğini, ancak İAH yaygınlık skorunda küçük, fakat istatistiksel olarak anlamlı bir artışla bağlantılı olduğunu ortaya koymuştur. Özellikle başlangıçta akciğer tutulumu bulunan hastalarda LEF'in radyolojik yükte artış sinyali vermesi, bu grupta potansiyel risklere işaret etmekte ve klinik uygulamada daha temkinli bir yaklaşımı gerekli kılmaktadır. Buna karşın, MTX, başlangıç hasarı ayarlandıktan sonra bile kötüleşmeye karşı güçlü ve bağımsız bir koruyucu etki göstermiştir; bu da literatür bulgularını destekler niteliktedir. Tüm bu sonuçlar İAH'lı RA hastalarında LEF kullanımında dikkatli olunması gerektiğini ve bireyselleştirilmiş tedavinin önemini bir kez daha vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: İnterstisyel akciğer hastalığı, leflunomid, romatoid artrit



Şekil 1. Kompozit kötüleşme için kovaryatlara göre odds oranları



Şekil 2. ▲İAH yaygınlık skoru için kovaryatlara göre βkatsayıları

[PS-107]

Sistemik lupus eritematozuslu hastalarda nöropsikiyatrik tutulumun laboratuvar bulguları ile ilişkisi

Itır Hüda Ölmez[1], Tahsin Murat Turgay[2]

[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

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

Amaç: Sistemik lupus eritematozusun nöropsikiyatrik tutulumu (NPSLE) hastalığın morbiditesini artıran önemli bir tutulum şeklidir. NPSLE ile Lupus'un laboratuvar bulguları ilişkisi henüz tam olarak açıklanamamıştır. Bu çalışmanın amacı NPSLE ile nükleer oto antikorlar, Antifosfolipit (aPL) antikorları, kompleman düzeyleri arasındaki ilişkinin Türkiye popülasyonunda değerlendirilmesidir. Antinükleer ve sitoplazmik proteinlere karşı oto antikorla olan anti-ribozomal P, anti-Sjögren sendrom ilişkili antijen A (anti-Ro/SSA), anti-Sjögren sendrom ilişkili antijen B (anti-La/SSB), anti-Ro52, anti çift sarmallı deoksiribonükleik asit (anti-dsDNA), anti-nükleozom, anti-histon, anti-Smith (anti-Sm), anti U1 küçük ribonükleik asit (anti-U1 RNP) antikorları incelenmiştir. Antifosfolipit antikorlardan Lupus Antikoagülanı (LA), anti kardiyolipin (aCL) immünoglobulin G, A ve M (IgG, IgA, IgM), anti beta 2 glikoprotein I (aβ2GPI) IgG, IgA, IgM varlığı, kompleman komponentlerinden C3 veC4 varlığı incelenmiştir. NPSLE alt tiplerinin tanımlaması 1999 Amerikan Romatoloji Koleji sınıflamasına göre yapılmıştır.

Yöntem: Çalışma 01.01.2010-01.12.2024 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde değerlendirilmiş olan sistemik lupus eritematozus (SLE) hastalarının dahil edildiği retrospektif bir çalışmadır. 2010-2024 yılları arasında 18 yaş ve üzerinde olan 433 hasta değerlendirilmiştir. Bu hastaların AÜTF laboratuvarlarında antinükleer antikorlar (immünblot yöntemi ile değerlendirilmiştir), aPL antikorlar, kompleman komponentleri C3 ve C4 verileri toplanmıştır.

• Nöropsikiyatrik semptomları açıklayacak diğer nedenlerin varlığında

• SLE ve buna sekonder APS dışında romatolojik hastalık varlığında

• Sistemdeki verilerine ulaşılamadığında hastalar çalışmadan çıkarılmıştır.

İstatistiksel analiz ki-kare testi ile yapılmış, p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bulgular için lojistik regresyon ile odds ratio ve güven aralığı hesaplanmıştır.

Bulgular: Dört yüz otuz üç hasta değerlendirilmiş dahil edilme kriterlerini karşılayan ve dışlama kriterlerini bulundurmayan 293 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. İki yüz doksan üç hastanın 86'sında NPSLE görülmüştür. Hastaların oto antikor profilleri incelendiğinde;

• NPSLE tutulumu olan hastalarda anti-ribozomal P, anti-Ro/SSA, anti-U1 RNP, anti-nükleozom antikorları ve LA pozitifliği anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p<0,05).

• SSS tutulumlu hastalarda anti-Ro/SSA, anti-U1 RNP antikorları ve LA pozitifliği anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0,05).

• Periferik sinir sistemi tutulumu olan hastalarla anti-histon, anti-U1 RNP antikorları pozitifliği anlamlı ilişki göstermiştir (p<0,05).

• Serebrovasküler olay (SVO) geçiren hastalarda anti-Ro/SSA ve LA pozitifliği anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0,05).

• Nöbet ve psikoz geçiren hastalarda ribozomal P antikoru ile anti-histon antikoru pozitifliği anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p<0,05).

• Polinöropatisi olan hastalarda anti-histon antikorlarının pozitifliği anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (p<0,05).

• Hastaların görüntüleme bulguları değerlendirildiğinde manyetik rezonans görüntülemede (MRG) T2 sekansta hiperintens non spesifik beyaz cevher lezyonları olan hastalarda anti-ribozomal P, anti Ro/SSA antikorlarının pozitifliği anlamlı düzeyde yüksektir (p<0,05).

• Aynı lezyonlar en sık NPSLE'nin nöbet, kognitif bozukluk, SVO alt tiplerinde görülmüştür (p<0,05).

• Kompleman komponent seviyeleri düşüklüğü ile NPSLE ve alt tipleri birlikteliği anlamlı sıklıkta saptanmamıştır.

• SLE hastalarında APS varlığı ile NPSLE varlığı sıklığı arasında anlamlı bir birliktelik saptanamamıştır. APS varlığında polinöropati alt tipinin sıklığında anlamlı artış saptanmıştır (p<0,05).

• Kognitif bozukluğu olan, nöbet ve SVO geçirmiş olan NPSLE hastalarında MRG'de T2 sekansta hiperintens beyaz cevher varlığı anlamlı olarak daha sık görülmüştür (p<0,05).

Sonuç: NPSLE tutulumu olan hastalar ve NPSLE alt tiplerinde oto antikor profili ve diğer laboratuvar bulgularının değerlendirilmesi tanıda, tedavi yöntemlerinin değerlendirilmesinde önemli ipuçları sağlayabilir. Anti-ribozomal P antikorları literatürde tanımlanmış olmakla birlikte anti-histon, anti-U1 RNP, LA, ve anti-Ro/SSA ile ilgili sonraki çalışmalar tanı sürecine katkıda bulunabilir.

Anahtar Kelimeler: Antifosfolipit, nöropsikiyatrik, lupus, ribozomal P, Ro/SSA, U1 RNP

Tablo 1. Nöropsikiyatrik tutulum tipleri ve oto antikor pozitifliklerinin birlikteliği

Oto antikorlar	NP tutulumu olan hastalar	SSS tutulumu	PSS tutulumu	Nöbet	Psikoz	SVO	Kognitif bozukluk	Polinöropati
Anti-ribozomal P	<0,0001	<0,0001	>0,99	<0,0001	0,0049	0,5267	<0,0001	0,8143
Anti-Ro/SSA	0,0089	0,0034	0,9259	0,5837	>0,99	0,0327	0,7068	0,8633
Anti-U1RNP	0,0002	0,057	0,0385	0,4436	0,0862	>0,99	0,6739	0,5746
Anti-dsDNA	0,3911	0,606	0,603	0,2464	0,7671	0,6958	0,3191	0,5893
Anti-histon	0,077	0,488	0,0293	0,0293	0,0387	0,5543	>0,99	0,0285
Anti-nükleozom	0,0337	0,1514	0,1597	0,1597	0,1216	>0,99	0,6152	0,1351
Lupus antikoagülanı	0,0028	0,0125	0,3413	0,2382	>0,99	0,0327	>0,99	0,4774

NPSLE ve NP tutulumunun alt tipleri ile oto antikor varlığının sıklıkları ki-kare testi ile değerlendirilmiş olup tabloda p değerleri verilmiştir. P<0,05 anlamlı kabul edilmiştir

[PS-109]

Romatolojik hastalıklara bağlı interstisyel akciğer hastalıklarında nintedanib: Gerçek yaşam deneyimi

Ayşenur Yılmaz[1], Erdem Bektaş[1], Ramazan Eren[2], Erdoğan Çetinkaya[2], Cemal Bes[2]

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

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

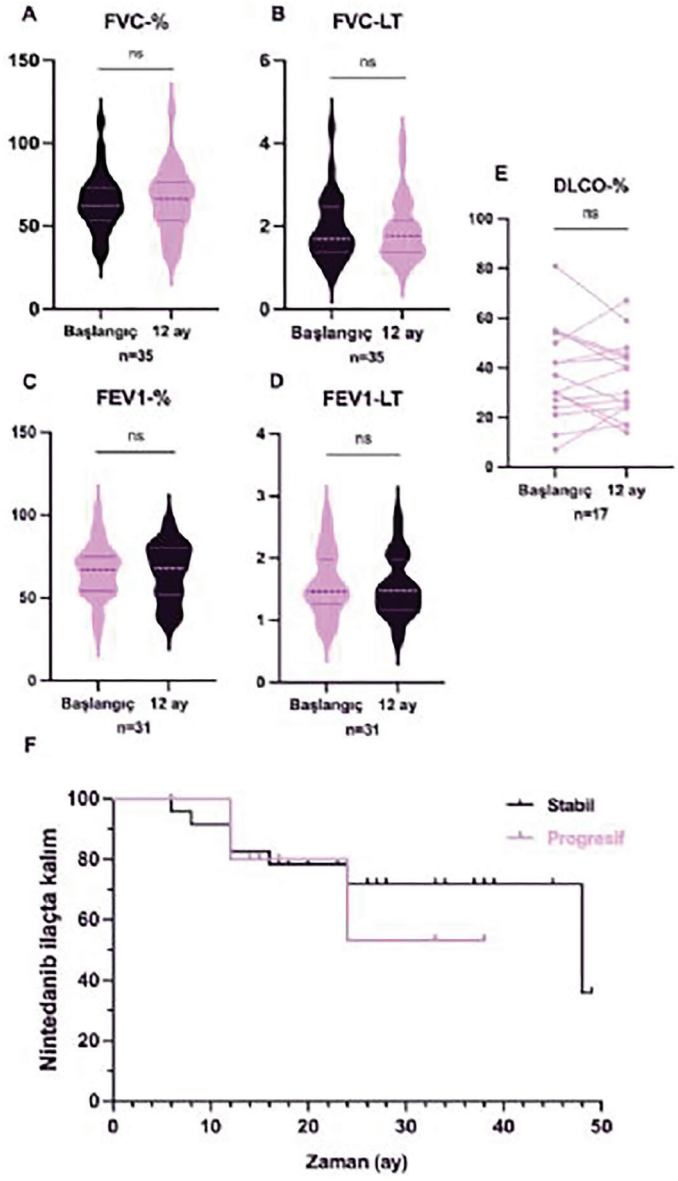
Amaç: Romatolojik hastalıklara bağlı interstisyel akciğer hastalığı (İAH), mortalite ve morbiditeyi etkileyen en önemli nedenlerden biridir. İmmünosüpresif tedavilere rağmen hastalığı progresyon gösteren ve son yıllarda yeni tanımlanmış olan progresif pulmoner fibrozis tablosu gelişen hastalarda antifibrotik ilaçların kullanım endikasyonu olmaktadır. Nintedanib, tirozin kinaz inhibitörü bir ilaç olup fibrozis sürecini yavaşlatabileceği randomize kontrollü çalışmalarla gösterilmiştir. Nintedanib'in etkinliği özellikle sistemik skleroz ilişkili interstisyel akciğer hastalığında çalışmalar ile gösterilmiş ancak diğer romatolojik hastalık ilişkili İAH alt gruplarında gerçek yaşam verileri sınırlıdır. Bu tek merkez deneyimlerini sunduğumuz çalışmamızda farklı romatizmal hastalıklarla ilişkili İAH olup nintedanib kullanmış hastaların altta yatan hastalıkları ile ilişkili klinik özelliklerini, nintedanib tedavisinin etkililiği, güvenliliği ve tedavi kalım düzeyini belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya, romatolojik hastalığa bağlı İAH nedeniyle en az 6 ay süreyle nintedanib tedavisi almış 42 hasta dahil edildi. Demografik veriler, romatizmal hastalık tanısı, yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (HRCT) radyolojik paternleri, eş zamanlı immünosüpresif tedavi kullanımı, yan etkiler, oksijen gereksinimi ve mortalite kaydedildi. Fonksiyonel parametreler [zorlu vital kapasite (FVC), zorlu ekspiratuvar volüm (FEV1), difüzyon kapasitesi (DLCO)] ve HRCT bulguları başlangıç ve takip dönemlerinde değerlendirildi. Hastalar FVC'deki değişime göre iki gruba ayrıldı: %5 ve üzeri düşüş olanlar progresif, daha az düşüş gösterenler stabil kabul edildi. Nintedanib tedavi sürdürülme oranı Kaplan-Meier yöntemiyle analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 42 hastanın %62'si kadın olup, medyan yaş 69 yıl idi. Romatolojik hastalık dağılımı otoimmün özellikler gösteren interstisyel pnömoni (IPAF) (%41), sistemik skleroz (%29), romatoid artrit (%19), Sjögren sendromu (%7) ve ANCA ilişkili vaskülit (%5) şeklindeydi. İAH'nın radyolojik alt tipleri en sık UIP (%55) ve NSIP (%41) olarak saptandı. Hastaların %93'ü glukokortikoid, %79'u immünosüpresif tedavi kullanmıştı; en yaygın ajan mikofenolat mofetildi (%64). Takipte 24 hasta stabil kalırken 11 hastada progresyon izlendi. Progresif grupta İAH'nın romatizmal hastalığın özgün bulgularında daha önce başlaması daha sık görüldü (%82). Stabil grupta medyan nintedanib kullanım süresi 24 (17-36) ay iken, progresif grupta bu süre 15 (13-21) ay idi (p=0,09). Yan etki oranı %43 olup en sık diyare görüldü (%78). Yan etki nedeniyle %14 hastada tedavi kesildi. Transaminaz yüksekliği (%11) ve diğer yan etkiler daha nadirdi. Fonksiyonel değerlendirmede spirometri sonuçları (FVC, FEV1) ve DLCO'da tedavi başlangıcı ile takip değerleri arasında anlamlı fark saptanmadı. Takipte HRCT bulgularında anlamlı farklılık görülmedi. Kaplan-Meier analizinde stabil grupta ilaçta kalım süresi progresif gruba göre daha uzundu (Şekil 1). Takip süresince 7 hastada (%17) oksijen ihtiyacı gelişti, 9 hasta (%21) kaybedildi. Malignite 3 hastada (%7) saptandı.

Sonuç: Tek merkezli bu gerçek yaşam deneyimi bize, nintedanibin romatolojik hastalıklara bağlı İAH'da yüksek tedavi sürdürülme oranı ve yönetilebilir yan etki profili ile güvenle kullanılabileceğini göstermektedir. FVC'de ≥%5 düşüş gösteren progresif grupta tedavi süresi daha kısa olmakla birlikte, bu hastalarda da ilacın sürdürülebilmesi klinik açıdan önemlidir. Fonksiyonel parametrelerde belirgin iyileşme olmamakla birlikte, stabil seyir nispeten iyi bir hastalık kontrolünü yansıtmaktadır. Bulgularımız, antifibrotik tedavilerin romatoloji pratiğinde artan rolünü desteklemekte olup, stabil ve progresif gruplar arasındaki farklılıkların daha geniş serilerle araştırılması gerektiğini göstermektedir. Stabil ve progresif seyir açısından altta yatan hastalık veya radyolojik tutulum paterniyle ilişkili anlamlı fark gözlenmemiş olması; hasta sayısı sınırlı olsa da tüm gruplarda kullanım potansiyelini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Nintedanib, interstisyel akciğer hastalığı, FVC



Şekil 1. Nintedanib tedavisinde 12 ay spirometri sonuçları ve ilaçta kalım
A-D: Başlangıç ve 12. ay spirometri (A) FVC-%, (B) FVC (litre), (C) FEV1-%, (D) FEV1 (litre). Her iki zaman noktası arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmedi (ns). E: Başlangıç ve 12. ay DLCO-% değerleri; bireysel hasta değişikliklerini gösteren çizgiler ile sunulmuş olup anlamlı fark izlenmedi (ns). F: Kaplan-Meier eğrisi: Stabil ve progresif gruplarda nintedanib tedavisinde ilaçta kalım oranları. İki grup arasında belirgin fark saptanmadı, ancak stabil grupta ilaçta kalım süresi daha uzun izlendi

[PS-115]

Behçet sendromunda posttrombotik vasküler remodelling

Tümay Ak[1], Ömer Faruk Sarıahmetoğlu[2], Seyfullah Halit Karagöz[2], Sabriye Güner[3], Alican Karakoç[3], Melike Melikoğlu[3], İbrahim Adaletli[2], Emire Seyahi[3]

[1]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

[2]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

[3]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Yan Dalı ve Behçet Hastalığı Araştırma Merkezi, İstanbul*

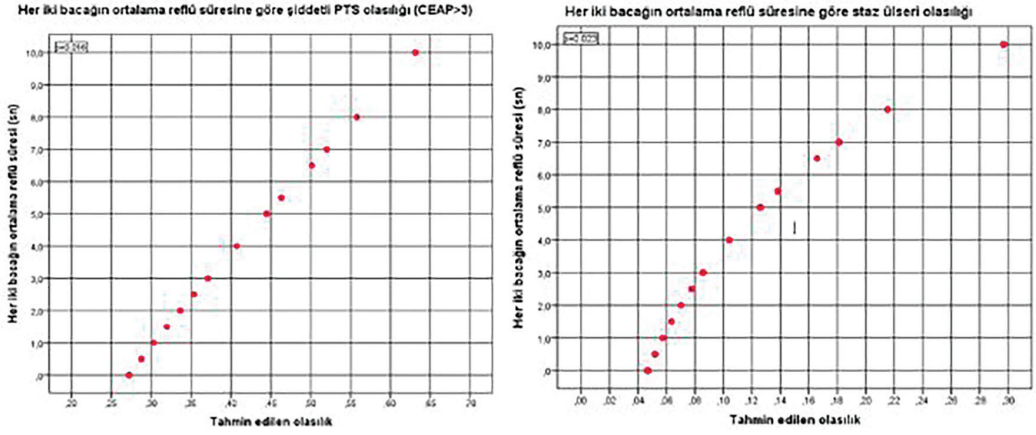
Amaç: Alt ekstremite derin ven trombozu (DVT), Behçet sendromu (BS) hastalarında en sık görülen vasküler tutulum tipidir. Sık relapslarla seyreder ve hastaların yaklaşık %20'sinde şiddetli posttrombotik sendrom (PTS) gelişmesine neden olabilir. BS hastalarında PTS etiyopatogenezi tam olarak aydınlatılamamıştır. PTS gelişiminde trombüsün damar lümenini tıkaması mı yoksa valvüler reflünün mü etkili olduğu bilinmemektedir. Ayrıca tromboz sonrası vasküler değişikliklerin nasıl olduğu bilinmemektedir. Bu çalışmanın amacı, Doppler US ile venöz remodellingi tanımlamak ve PTS ile ilişkili klinik ve ultrasonografik parametreleri belirlemektir.

Yöntem: Çalışma Nisan 2023 ile Temmuz 2025 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinde gerçekleştirildi ve çalışmaya yaş ve cins, vücut kitle indeksi (VKİ) ve ayakta kalma süresi açısından benzer 143 (124E/19K) BS hastası ile 49 (40E/9K) kontrol dahil edildi. BS hastalarının 91 (81E/10K)'de DVT öyküsü vardı, geri kalanlarda herhangi bir vasküler tutulum yoktu. PTS klinik şiddeti, Klinik Etiyoloji-Anatomi-Patofizyoloji (CEAP) ve Villalta skorları ile değerlendirildi. Hasta ve kontrollerin klinik tanılarını bilmeyen iki radyolog, benzer zamanlarda Doppler US ve shear wave elastografi (SWE) incelemelerini gerçekleştirdi. Sağ ve sol bacak ana femoral ven (CFV) ile vena safena magna (VSM) duvar kalınlığı, çap, ven duvarı ve trombüs elastografisi açısından değerlendirildi. Trombüs mevcutsa, trombüs morfolojisi, lokalizasyonu, sertliği, kalınlığı ve yayılımın doğrultusu kaydedildi.

Bulgular: Radyologlar arasında önemli derecede bir uyum gözlendi. CFV ve VSM kalınlıkları Behçet hastalarında kontrollere göre anlamlı olarak daha fazla idi. Ven duvar kalınlığı en fazla DVT'li hastalarda artmıştı. Bu durumda, %69,2 duyarlılık ve %73,5 özgüllük için ortalama CFV duvar kalınlığının eşik değeri 0,687 mm olarak belirlendi (AUC: 0,776, p<0,001). Ayrıca, CFV duvar esnekliği DVT'li hastalarda sağlıklılar ile kıyaslandığında belirgin şekilde azalmıştı (sağ CFV: p=0,001, sol CFV: p<0,001). İncelenen 364 venin 41'inde (%11,3) belirgin trombüs, 41'inde (%11,3) rekanalizasyon, ve 15'inde (%4,1) fibrotik band gözlendi. Trombüs sertliği ortanca SWE 17 kPa (min-maks: 11,1-41) olarak değerlendirildi. Trombüsün ilk altı ayda daha fazla esnek olduğu göze çarptı. Ciddi PTS risk faktörlerine bakıldığında, yaş, hastalık süresi, relapslar ve ilk trombotik olaydan beri geçen süre anlamlı bulunmuştu. Venöz reflü süresinin artması [OR: 3,359; %95 CI (1,247-9,053), p=0,017] ve fibrotik bantların varlığı [OR: 4,927; %95 CI (1,112-21,837), p=0,036] ise sonografik riskfaktörlerini teşkil etmekteydi. Fibrotik band varlığının aşikar trombüs veya total oklüzyon varlığından daha kötü prognoz ile ilişkili olması dikkat çekti. Ayrıca, Villalta kategorisine göre şiddetli PTS'ye sahip olmada en önemli klinik parametrenin nüks sayısı olduğu görülmüştür [OR: 3,060; %95 CI (1,285-7,286), p=0,011].

Sonuç: Bu çalışma, Behçet sendromlu hastalarda DVT sonrası venöz remodelling sürecini desteklemektedir. Venöz reflü süresinin uzaması ve venöz sistemde fibrotik bantların oluşumu, ciddi PTS gelişimi için başlıca sonografik risk faktörleri olarak tanımlanmıştır. Ayrıca, klinik düzeyde nüks sayısı, şiddetli PTS ile güçlü şekilde ilişkili bulunmuştur. Bulgularımız, trombüs materyalinin zamanla fibrotik bantlara dönüşerek venöz kapak yapısını bozduğu ve bunun sonucunda venöz yetmezliğe yol açtığı hipotezini güçlendirmektedir. Behçet sendromunun karakteristik nüks edici özelliği bu süreci daha da hızlandırıyor olabilir. Kanımızca, aşikar trombüs görülmesi vasküler fibrozisin henüz tamamlanmadığı anlamına gelmekte ve immünosüpresif etkisi için potensiyel varlığına işaret etmektedir. Bu sonuçlar, PTS'nin önlenmesi ve erken yönetimi için hem klinik hem de ultrasonografik parametrelerin dikkate alınması gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, posttrombotik sendrom, shear wave elastografi, venöz duvar kalınlığı, duvar sertliği, vasküler remodelling



Şekil 1. Venöz reflü süresine göre şiddetli PTS ve staz ülseri gelişme olasılığının tahmin edilmesi

CEAP: Klinik etiyoloji-anatomi-patofizyoloji, PTS: Posttrombotik sendrom

[PS-123]

SLE hastalarında başlangıç bulgularının prognozu öngörmede etkisi: Cluster analizi sonuçları

Betül Dikkanoğlu Demirok[1], Sibel Balcı[2], Andaç Komaç[1], Duygu Temiz Karadağ[1], Ayşe Çefle[1], Ayten Yazıcı[1]

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

[2]*Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Kocaeli*

Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE) birçok organı etkileyebilen, heterojen sistemik otoimmün bir hastalıktır. SLE ile takipli hastalarda cluster analizi ile tanı anındaki clusterların zaman içinde seyrini öngörmeyi ve prognoza, hastalık aktivitesine, mortaliteye, organ hasarına etkisinin olup olmadığını görmeyi amaçladık.

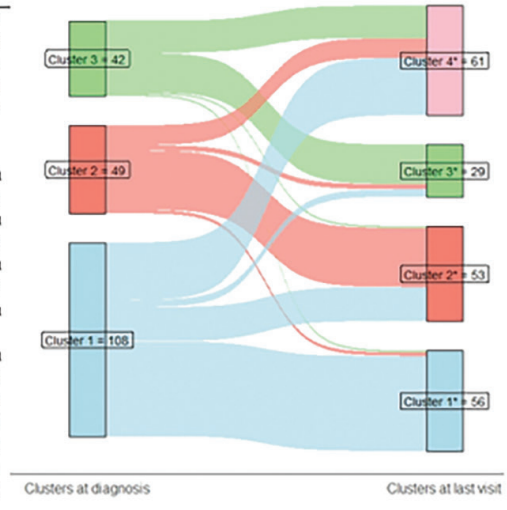
Yöntem: Kocaeli Üniversitesi Hastanesi Romatoloji Kliniği'nde düzenli takipli, 1997 ACR klasifikasyon kriterlerini karşılayan 199 SLE tanılı hasta çalışmaya alındı. Hastalar tanı anı ve son vizitte klinik tutulumlarına göre Gower mesafesi ve PAM (Partitioning Around Medoids) algoritması ile kümelere ayrıldı. Kümeler arası farklılık one-way ANOVA, Kruskal-Wallis ve ki-kare analiziyle değerlendirildi. Analizler SPSS 29.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) ve R 4.3.0 programları ile yapıldı.

Bulgular: Tanı anında 3 farklı cluster tanımlandı. Cluster 1 (n=108) en büyük subgrup olup klinik olarak artrit (%87,0) baskın olan gruptu (p<0,001). Cluster 2'de (n=49) majör tutulum renal tutulum olarak saptandı (p<0,001). Hematolojik tutulum diğer baskın klinikti (p<0,001). Başlangıçtaki SLEDAI-2K puanı en yüksek bu grupta saptanmış olup en aktif gruptu (p=0,004). Cluster 3'te (n=42) ise mukokütanöz tutulumlardan malar rash, fotosensitivite, diskoid rash baskındı (p<0,001). Bu subgrupta da bir diğer baskın klinik tutulum hematolojik tutulumdu (p<0,001) (Şekil 1). Tüm hastalar ortalama 16 yıl takip edilerek son klinik tutulumlarına göre tekrar cluster analiz ile değerlendirildi ve 4 cluster tanımlandı. Cluster 1' hastaların tamamında artrit görülmüş olup hiçbir hastada renal tutulum gözlenmedi (p<0,001). Cluster 2' subgrubunda renal tutulum anlamlı olarak daha fazla saptandı (p<0,001). Bu subgrupta erkek hasta oranı %24,5 ile diğer gruplardan daha fazla idi. Cluster 3' subgrubunda malar rash, diskoid rash, fotosensitivite baskın klinik tutulum olarak görüldü (sırası ile p<0,001, p=0,003, <0,001) Bu subgrupta hiçbir hastada renal tutulum ve artrit saptanmadı (p<0,001). Cluster 4' ise malar rash, fotosensitivite, artrit, renal tutulum saptanmış olup heterojen subgrup olarak değerlendirildi (p<0,001). SLİCC/ACR hasar endeksi (SDI) cluster 4' subgrubunda [4,00 (0-8); p<0,001] anlamlı olarak yüksek bulundu ve kötü prognozlu subgrup olarak belirlendi. Takipte Cluster 1 hastalarının %49,1, cluster 2 hastalarının %67,3'ü, cluster 3 hastalarının %52,4'ü kendi clusterlarında stabil seyretti. Cluster 1'deki hastaların %29,6'u, cluster 2'deki hastaların %22,4'ü, cluster 3'deki hastaların %42,9'u ise kötü prognozlu olan Cluster 4' subgrubuna geçti. Tanı anında malar rash, fotosensitivite, diskoid rash clusterındaki hastaların kötü prognozlu heterojen clustera geçme ihtimali diğer iki clusterdan 2 kat fazla saptandı [OR %95 CI: 2,05 (1,01-4,16) p=0,046]. Son tutulumlara göre yapılan korelasyon matriksinde; renal tutulum ile malar rash ve serozit arasında pozitif korelasyon saptanırken (sırası ile r=0,18, p<0,01, r=0,18, p<0,05), diskoid rash ve fotosensitivite arasında negatif korelasyon saptandı (sırası ile r=-0,16, p<0,05, r=-0,16, p<0,05). Mortalite tüm clusterlarda benzer oranda saptandı (p=0,813).

Sonuç: Bu çalışmada tanı anında mukokütanöz tutulumlu clusterın takip süresince prognozunun daha kötü seyrettiğini saptamış bulunmaktayız. Bu clusterda daha az immünosüpresif tedavi verilmesi bunun nedeni olabilir. Cluster analizi SLE hastalarının seyrini öngörmek, daha iyi tedavi etmek için yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, cluster analizi, subgrup

	Cluster 1 (n=108)	Cluster 2 (n=49)	Cluster 3 (n=42)	P
Yaş, mean ± SD	52.56 ± 13.50	48.16 ± 12.97	52.55 ± 12.36	0.129
Semptom başlama yaşı, mean ± SD	32.97 ± 12.63	33.20 ± 14.41	37.10 ± 12.04	0.208
Hastalık başlama yaşı, mean ± SD	35.19 ± 12.86	33.76 ± 14.72	38.43 ± 12.38	0.233
Hastalık süresi, median (IQR)	192 (48-516)ᵃ	156 (60-420)ᵃ	120 (72-480)ᵃ	0.001
Cinsiyet, n (%)				0.130
Kadın	96 (88.9)	39 (79.6)	39 (92.9)	
Erkek	12 (11.1)	10 (20.4)	3 (7.1)	
Malar rash, n (%)	27 (25)ᵃ	12 (24.5)ᵃ	34 (81.0)ᵇ	<0.001
Diskoid rash, n (%)	7 (6.5)ᶜ	4 (8.2)ᵇᶜ	10 (23.8)ᶜ	0.006
Fotosensitivite, n (%)	23 (21.3)ᵃ	4 (8.2)ᵃ	39 (92.9)ᵇ	<0.001
Oral ülser, n (%)	7 (6.5)	2 (4.1)	4 (9.5)	0.634
Artrit, n (%)	94 (87.0)ᵃ	9 (18.4)ᵇ	9 (21.4)ᵇ	<0.001
Serozit, n (%)	13 (12.0)	8 (16.3)	6 (14.3)	0.707
Renal tutulum, n (%)	10 (9.3)ᵃ	35 (71.4)ᵇ	9 (21.4)ᵃ	<0.001
Nörolojik tutulum, n (%)	3 (2.8)	2 (4.1)	0 (0)	NA
Hematolojik tutulum, n (%)	20 (18.5)ᵃ	34 (69.4)ᵇ	31 (73.8)ᵇ	<0.001
İmmunolojik tutulum, n (%)	97 (89.8)	43 (87.8)	37 (88.1)	0.912
anti-dsDNA, n (%)	81 (75)ᶜ	27 (55.1)ᵇ	27 (64.3)ᵃᵇ	0.040
Antifosfolipid antikor, n (%)	25 (23.1)	13 (26.5)	5 (11.9)	0.200
Hipokomplementemi, n (%)	74 (68.5)ᶜ	36 (73.5)ᶜ	21 (50)ᵇ	0.043
anti-Sm, n (%)	12 (11.1)	4 (8.2)	8 (19)	0.265
Sledai-2k başlangıç, median(IQR)	8.00 (3-16)ᵃ	16.00 (3-32)ᵇ	7.00 (2-32)ᵃ	0.004



	Cluster 1* (n=56)	Cluster 2* (n=53)	Cluster 3* (n=29)	Cluster 4* (n=61)	p
Yaş, mean ± SD	52.75 ± 13.75	48.81 ± 13.62	52.59 ± 12.45	52.10 ± 12.68	0.392
Semptom başlama yaşı mean±SD	33.68 ± 11.41	32.85 ± 15.50	39.17 ± 13.79	32.51 ± 11.82	0.128
Hastalık başlama yaşı±SD	36.25 ± 11.71	33.98 ± 15.71	40.28 ± 13.43	33.93 ± 12.14	0.143
Hastalık süresi mean±SD	210 (72-516)ᵃ	192 (60-420)ᵃ	144 (72-420)ᵃ	216 (96-516)ᵇ	0.002
Cinsiyet, n (%)					0.015
Kadın	52 (92.9)ᵃ	40 (75.5)ᵃ	25 (86.2)ᵃ	57 (93.4)ᵃ	
Erkek	4 (7.1)ᵃ	13 (24.5)ᵃ	4 (13.8)ᵃ	4 (6.6)ᵃ	
Malar rash, n (%)	13 (23.2)ᵃ	11 (20.8)ᵃ	18 (62.1)ᵇ	54 (88.5)ᵇ	<0.001
Diskoid rash, n (%)	8 (14.3)ᵃᵇ	5 (9.4)ᵃ	11 (37.9)ᵇ	6 (9.8)ᵃ	0.003
Fotosensitivite, n (%)	21 (37.5)ᵃ	4 (7.5)ᵃ	28 (96.6)ᵇ	45 (73.8)ᵇ	<0.001
Oral ülser, n (%)	7 (12.5)	1 (1.9)	5 (17.2)	5 (8.2)	0.088
Artrit, n (%)	56 (100)ᶜ	18 (34.0)ᵇ	0 (0)ᵃ	53 (86.9)ᶜ	<0.001
Serozit, n (%)	9 (16.1)	16 (30.2)	4 (13.8)	20 (32.8)	0.073
Renal tutulum, n (%)	0 (0)ᵃ	42 (79.2)ᶜ	0 (0)ᵃ	49 (80.3)ᶜ	<0.001
Nörolojik tutulum, n (%)	8 (14.3)	7 (13.2)	2 (6.9)	9 (14.8)	0.761
Hematolojik tutulum, n (%)	46 (82.1)	44 (83.0)	24 (82.8)	55 (90.2)	0.605
İmmunolojik tutulum, n (%)	47 (83.9)	49 (92.5)	24 (82.8)	57 (93.4)	0.224
anti-dsDNA, n (%)	41 (73.2)	34 (64.2)	16 (55.2)	44 (72.1)	0.297
Antifosfolipid antikor, n (%)	12 (21.4)	13 (24.5)	6 (20.7)	12 (19.7)	0.919
Hipokomplementemi, n (%)	33 (58.9)ᵃ	39 (73.6)ᵃ	12 (41.4)ᵃ	47 (77)ᵇ	0.003
anti-Sm, n (%)	4 (7.1)	3 (5.7)	5 (17.2)	12 (19.7)	0.062
Sledai-2k Son tutulum puanı, median (IQR)	0.50 (0-12)	2.00(0-12)	0.00 (0-8)	2.00 (0-27)	0.074

Şekil 1.

[PS-159]

Sistemik sklerozda interstisyel akciğer hastalığı: Solunum yetmezliğinin ötesinde gizli mortalite yükü

İbrahim Vasi[1], İbrahim Karaduman[1], Ömer Onur Karaca[2], Rahime Duran[1], Rıza Can Kardaş[1], İbrahim Yahya Çakır[1], Ertuğrul Çağrı Bölek[1], Abdulsamet Erden[1], Hamit Küçük[1], Berna Göker[1], Abdurrahman Tufan[1], Mehmet Akif Öztürk[1]

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

[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

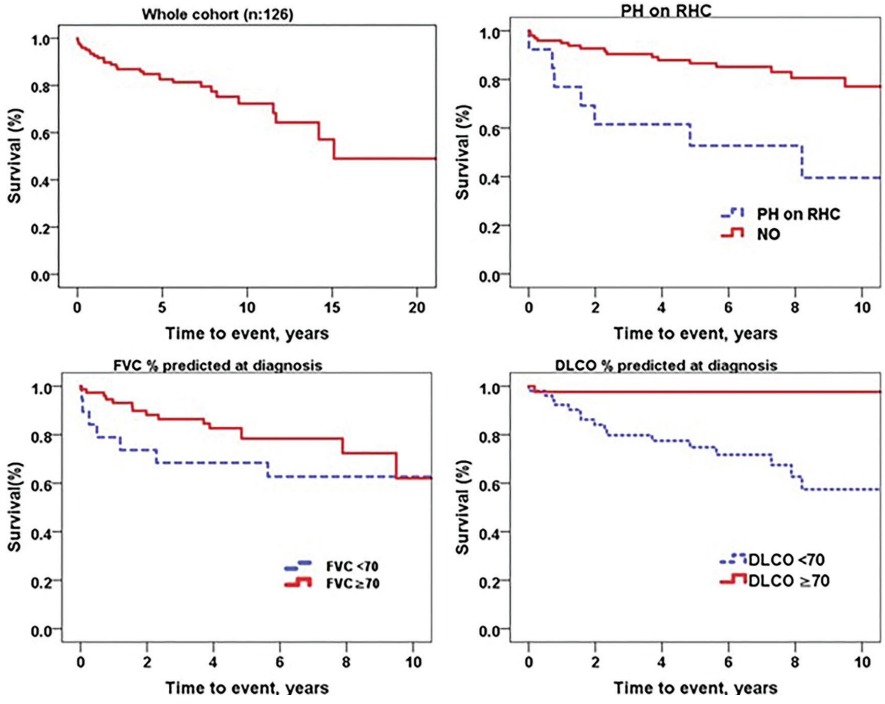
Amaç: Sistemik skleroz (SSk), immün disregülasyon, vaskülopati ve ilerleyici fibrozis ile seyreden kronik bir otoimmün hastalıktır. En sık ve en ölümcül tutulumlardan biri interstisyel akciğer hastalığıdır (İAH). Tedavi alanındaki ilerlemelere rağmen SSk hastalarında mortalite halen yüksektir; ölümlerin başlıca nedenlerini İAH ve pulmoner hipertansiyon (PH) oluşturmaktadır. Bu çalışmada, SSk ile ilişkili interstisyel akciğer hastalığı (SSk-İAH) bulunan olgularda uzun dönem sağkalımın değerlendirilmesi ve mortaliteyi öngören klinik, fonksiyonel ve serolojik faktörlerin belirlenmesi amaçlandı. Özellikle solunum fonksiyon testlerindeki eşik değerler ve kardiyopulmoner komplikasyonların prognostik rolü araştırıldı.

Yöntem: Çalışmaya Ocak 2010-Temmuz 2025 arasında Gazi Üniversitesi Hastanesi'nde izlenen, 1980 ACR ve 2013 ACR/EULAR kriterlerini karşılayan ve yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi ile İAH tanısı doğrulanan SSk hastaları dahil edildi. Demografik, klinik, serolojik ve solunum fonksiyon testi verileri retrospektif olarak kaydedildi. Birincil sonlanım noktası, Türkiye Ölüm Nedenleri Kayıt Sistemi'nden doğrulanan tüm nedenlere bağlı ölümdü. Ölüm nedenleri SSk ilişkili, SSk dışı ve bilinmeyen olarak sınıflandırıldı. Sağkalım Kaplan-Meier yöntemi ile değerlendirildi; mortalite belirleyicileri tek değişkenli Cox regresyon modelleriyle analiz edildi.

Bulgular: Toplam 126 SSk-İAH hastası incelendi; takip süresinde 29 hasta (%23,0) kaybedildi. Bu, 1000 kişi-yıl başına 24,8 ölüm hızı anlamına gelmekte olup ulusal ortalamanın yaklaşık 4,5 katına karşılık geliyordu. Sağkalım oranı 10 yılda %72, 15 yılda %49 bulundu. Ölümlerin %35,8'i SSk ile ilişkiliydi ve başlıca nedenler İAH progresyonu ile PH idi. SSk dışı nedenler arasında enfeksiyonlar (%31,0), maligniteler (%17,3; tamamı akciğer kanseri) ve kardiyovasküler olaylar yer aldı. Enfeksiyona bağlı ölümler içinde COVID-19 pnömonisi dikkate değerdi. Başlangıç demografik ve serolojik veriler sağ kalanlar ve kaybedilenler arasında farklı değildi. Buna karşın kardiyopulmoner tutulum ve fonksiyonel bozukluk mortalite ile güçlü biçimde ilişkiliydi. Sağ kalp kateterizasyonu ile doğrulanan PH varlığında ortalama sağkalım 7 yıl iken, PH olmayanlarda 16 yıldı (p<0,001). Solunum fonksiyon testlerinde başlangıç FVC <%70 olanlarda mortalite %42,1, ≥%70 olanlarda %20,5 bulundu. DLCO <%70 olanlarda sağkalım anlamlı şekilde daha düşüktü (HR 8,13; %95 GA 1,86-35,46; p=0,005). Ekokardiyografide artmış pulmoner arter basıncı da bağımsız bir risk faktörüydü (HR 1,03/mmHg; p=0,001). Ayrıca anti-sentromer antikor pozitifliği artmış mortalite ile ilişkiliydi (HR 3,95; %95 GA 1,43-10,86; p=0,008) ki bu muhtemelen PH ile yakın ilişkisini yansıtmaktadır.

Sonuç: SSk'de mortalitenin temel belirleyicisi interstisyel akciğer hastalığıdır. Bu durum yalnızca solunum yetmezliği ile değil, aynı zamanda enfeksiyonlara ve akciğer kanserine yatkınlık yoluyla da ölüm riskini artırmaktadır. Çalışmamızda pulmoner hipertansiyon ve düşük DLCO en güçlü prognostik göstergeler olarak öne çıkmıştır. Bu bulgu, söz konusu hasta grubunda düzenli kardiyopulmoner izlemin önemini ortaya koymaktadır. ACE inhibitörleri ile skleroderma renal krizine bağlı ölümler azalmış olsa da, PH, enfeksiyon ve maligniteler için dikkatli takip gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: İnterstisyel akciğer hastalığı, mortalite, sistemik skleroz



Şekil 1. SSk-İAH'da Kaplan-Meier sağkalım eğrileri

SSk-İAH'lı hastalarda Kaplan-Meier sağkalım eğrileri gösterilmektedir. (A) Tüm kohortun genel sağkalımı, (B) sağ kalp kateterizasyonu ile doğrulanan pulmoner hipertansiyon varlığına göre sağkalım, (C) başlangıç FVC düzeyine göre (<%70 ve ≥%70 öngörülen) sağkalım ve (D) başlangıç DLCO düzeyine göre (<%70 ve ≥%70 öngörülen) sağkalım eğrileri sunulmuştur

[PS-177]

İnme geçiren Takayasu arteriti hastalarında yüksek mortalite: Tek merkezli uzun dönem izlem çalışması

Hülya Odabaşı Bukun[1], Uğur Uygunoğlu[2], Esra Fırat Şentürk[3], Güzin Duru[4], Berçemhan Sulu[3], Alican Karakoç[3], Osman Kızılkılıç[5], Sinem Nihal Esatoğlu[3], Melike Melikoğlu[3], Emire Seyahi[3]

[1]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

[2]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul*

[3]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

[4]*Washington University, St. Louis Medical Faculty, Department of Podiatry, St. Louis*

[5]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroradyoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

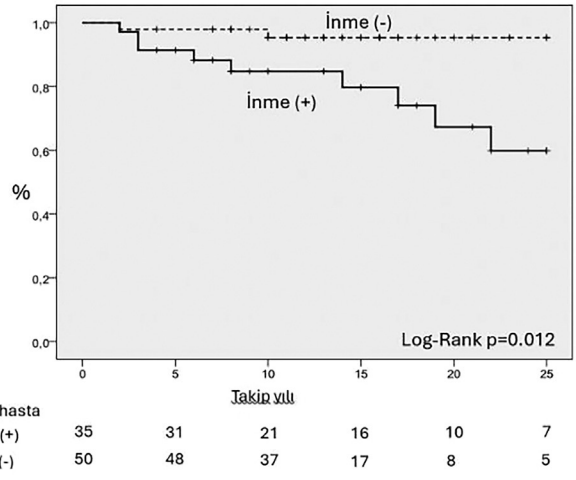
Amaç: Takayasu arteriti (TA), iskemik inme, geçici iskemik atak, işitme kaybı, görme kaybı, vertigo veya kognitif bozukluklar gibi nörolojik bulgulara yol açabilmektedir. Nörolojik tutulum, hastalığın morbiditesini belirleyen en ciddi komplikasyonlardan birini oluşturmasına rağmen, uzun dönem mortalite üzerine etkisi ve mevcut tedavilerin etkinliği tam olarak bilinmemektedir. Bu çalışmada, inme öyküsü olan ve olmayan TA hastalarında klinik ve radyolojik özellikler ile uzun dönem izlem verileri karşılaştırılarak, mortalite, tedavi yanıtı ve nörolojik sekel yükü değerlendirilmiştir.

Yöntem: İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Romatoloji Kliniği'ne kayıtlı 2000-2025 yılları arasında izlenen 260 TA hastası (227K/33E) arasından toplam 85 hasta (74 K/11E) çalışmaya dahil edildi. İnme öyküsü olan 35 hasta (27K/8E) ile inme öyküsü olmayan 50 hasta (47K/3E) karşılaştırıldı. Hastaların medyan takip süresi 13 yıldı. Tüm olguların klinik verileri, görüntüleme bulguları ve tedavi öyküleri değerlendirildi; mortalite ve inme ile ilişkili faktörler Kaplan-Meier sağkalım analizi ve Cox regresyon modeli kullanılarak analiz edildi.

Bulgular: Kohortumuzda inme prevalansı %13,5 (%95 GA: 9,6-18,2) olarak bulundu. Tablo 1 her iki grubun klinik-demografik özellikleri ile birlikte tedavi ve prognoz verilerinin karşılaştırmasını göstermektedir. İnme geçiren grubun geçirmeyenlere kıyasla daha fazla oranda erkek hasta (%22,9 vs. %6,0, p=0,023) içerdiği dikkat çekti. İnmelerin çoğu (%91,4) iskemik tipteydi, daha çok anterior dolaşım (%82,8), özellikle de sol hemisfer (%72,4) etkilenmişti. Olguların %40'ında inme hastalığın ilk ortaya çıkış semptomu olarak kaydedilmişti. İnme geçirme yaşı medyan 43,0 yıldı ve hastalık başlangıcı ile inme arası geçen süre 3,5 yıldı [IQR: 0-11]. Kaplan-Meier hayatta kalım eğrisinde (Şekil 1) görüldüğü üzere, mortalite oranı inme geçiren hastalarda anlamlı olarak daha yüksekti (%31,4'e karşı %8,0, p=0,005). İnternal karotid arter (İKA) tutulumu inme geçirenlerde anlamlı olarak daha sıktı (%68,6 vs.%26,0, p<0,001). İKA tutulumu ayrıca, diğer parametrelerden bağımsız bir şekilde mortalite ile ilişkili bulundu (HR 3,13, %95 CI: 1,07-9,16, p=0,037). Önemli bir bulgu olarak, TA tanısı sonrası, takipte inme ortaya çıkan olguların %85,7'sinin immünosüpresif tedavi, %47,6'sının ise antiplatelet tedavi almakta olduğu saptandı. Ayrıca vasküler cerrahi sonrası inme oranı %17,1 iken, tedaviye rağmen inme nüks oranı %31,4 olarak belirlendi. Çalışma sonunda, inme geçiren hastaların %57,2'sinde ölüm veya ciddi özürlülük görülürken, kontrol grubunda bu oran yalnızca %8,0 idi.

Sonuç: TA hastalarında inme, en önemli komplikasyonlardan biri olup, hem yaşam süresini kısaltmakta hem de kalıcı nörolojik sekel nedeniyle hastaların günlük yaşamını belirgin şekilde sınırlamaktadır. Bulgularımız, immünosüpresif tedavi altında dahi inmelerin gelişmeye devam ettiğini ve cerrahi sonrası da anlamlı mortalite riskinin sürdüğünü göstermektedir. Bu durum, mevcut tedavi stratejilerinin inmeyi önlemede yetersiz olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca IKA tutulumu, hem inme hem de mortalite açısından güçlü bir risk faktörü olarak öne çıkmış olup, klinik pratikte bu hasta grubunun yakından izlenmesini gerekli kılmaktadır. Sonuç olarak, TA'da vasküler hasarın patofizyolojisinin daha iyi anlaşılması ve etkin koruyucu yaklaşımların geliştirilmesi için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Takayasu arteriti, inme, internal karotis arter, serebrovasküler hastalık, vaskülit



Şekil 1. Kaplan-Meier Sürvi Eğrisi: İnme geçirenler ile geçirmeyen hastaların karşılaştırmalı hayatta kalım eğrisi

[PS-182]

Sistemik lupus eritematozus hastalarında ciddi otoimmün hemolitik anemi tedavisi sonuçları ve yanıtı etkileyen faktörler; Lupus çalışma grubu verisi

Cansu Akleylek[1], Gül Sandal Uzun[2], Aida Shikhaliyeva[3], Ayşenur Yılmaz[4], Fatıma Gül Gülbahçe İncesu[4], Elif Akyazı Şener[5], Nazife Şule Yaşar Bilge[6], Andaç Komaç[7], Burcu Yağız[8], Berkay Soysal[2], Rabia Özmen[9], Deniz Dönmez[10], Rahime Duran[11], Özge Yoğurtçu[12], Hasan Yardımcı[13], Zeynep Fural[14], Melike Ersoy[15], Berna Yurttaş[16], Tuba Demirci Yıldırım[17], Handan Yarkan Tuğsal[13], Sedat Yılmaz[2], Fatma Alibaz Öner[3], Cemal Bes[4], Hakan Babaoğlu[5],Timuçin Kaşifoğlu[6], Ayten Yazıcı[7], Ayşe Çefle[7], Yavuz Pehlivan[8], Figen Yargucu Zihni[9], Gonca Karabulut[9], Ömer Karadağ[10], Abdulsamet Erden[11], Servet Akar[12], İsmail Sarı[13], Sibel Yılmaz Öner[14], Mehmet Engin Tezcan[14], Emine Figen Tarhan[15], Gökhan Keser[9], Haner Direskeneli[3], Neslihan Yılmaz[18]

[1]*Bağımsız Araştırmacı, Romatoloji, İstanbul*

[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Türkiye, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara*

[3]*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

[4]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul*

[5]*Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara*

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

[7]*Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli*

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

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

[10]*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara*

[11]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara*

[12]*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir*

[13]*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir*

[14]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul*

[15]*Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Muğla*

[16]*Tekirdağ Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Tekirdağ*

[17]*İzmir Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İzmir*

[18]*Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE) hastalarında sık görülen otoimmün hemolitik aneminin (OİHA) uzun dönem takip ve tedavisine yönelik veriler halen yetersiz olup, steroid azaltıcı immünosüpresif ilaçların hangi koşullarda başlanacağı konusu netlik kazanmamıştır. Çalışmamızın amacı SLE ilişkili OİHA hastalarının tedavi protokollerini değerlendirmek ve yanıt oranlarını belirleyen faktörleri ortaya koymaktır.

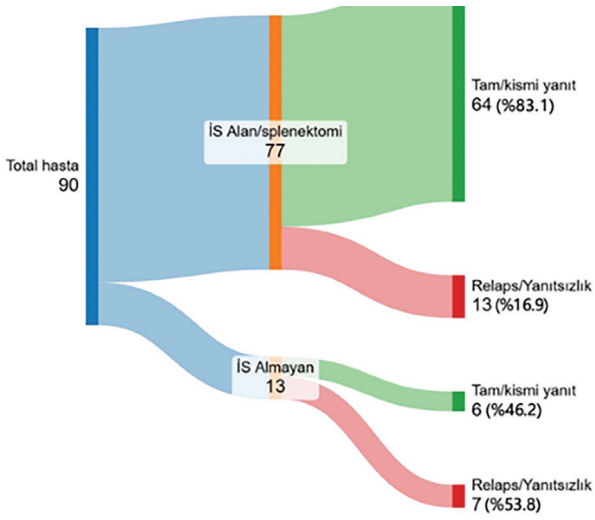
Yöntem: Retrospektif, çok merkezli çalışmamıza, 2019 sınıflama kriterlerini karşılayan, şiddetli OİHA saptanan ve en az 6 ay izlenmiş hastalar dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik verileri ile tedavi cevapları (tam yanıt: Hemoglobin (Hb): ≥11-12 g/dL ve hemoliz bulgusu olmaması, kısmi yanıt: Hb >10 gr/dL veya tedavi sonrası Hb'de ≥2 g/dL artış, refrakter Hb <10 g/dL), relaps öyküleri [1-3 ay tam yanıt sonrası (düşük doz steroid <5 mg/gün ve/veya idame dozda immünosüpresif tedavi altında) immün sitopeni] değerlendirmeye alındı. OİHA'de tedavi sonuçlarını etkileyebilecek faktörler lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 90 (K/E: 82/8) SLE ilişkili OİHA hastası dahil edildi ve 53,1 (IQR=22,6-94,2) ay izlendi. Ortalama yaş 39,8±15,3 yıl ve başlangıç hemoglobin değeri 7 g/dL (IQR=5,87-7,8) idi. Hastaların 9'unda (%10) OİHA lupusun izole bulgusu iken, 44'ünde (%48,8) hematolojik dışı hayati organ tutulumu mevcuttu. Anemi ile eş zamanlı olarak hastaların 12'sinde ciddi trombositopeni (<50000/µL), 9'unda nötropeni (<1800/µL) izlendi. OİHA tanısı sırasında hastaların 18'i kortikosteroid (KS), 25'i hidroksiklorokin, 9'u ise immünosüpresif tedavi almakta idi. OİHA başlangıç tedavisi olarak hastaların %88,9'u sadece KS (48-yüksek doz veya intravenöz pulse, 31-orta doz, 1-düşük doz), %10'u kombine KS ve intravenöz immünoglobulin (İVİg), %1,1'i ise sadece İVİg tedavisi almıştı. Başlangıç tedavisine erken (ilk ay) yanıt hastaların %92,2'sinde (48-tam, 35-kısmi yanıt) gözlendi. Otuz dört hastada eritrosit süspansiyonu transfüzyonu gereksinimi (Hb: 5,7±1,7 g/dL) oldu. Hastaların 77'sinde (%85,5) başlangıçtan itibaren KS-azaltıcı ajan olarak immünosüpresif tedavi (Azatiyoprin-32, Siklofosfamid-14, Mikofenolat mofetil-22, Rituksimab-10, Siklosporin-3) veya splenektomi öyküsü varken, 13 hasta KS haricinde herhangi bir immünosüpresif ajan almamıştı (Tablo 1). Başlangıçta KS azaltıcı tedavi alanlar ile almayanlar kıyaslandığında geç dönem yanıtsızlık ya da relaps oranları, almayan grupta anlamlı olarak yüksekti (sırasıyla %16,9 ve %53,8, p=0,006) (Grafik 1). Tedaviye cevabı etkileyen diğer faktörlerin değerlendirildiği regresyon analizlerinde erken immünosüpresif başlanmasının, olumlu tedavi yanıtı ile ilişkili tek bağımsız faktör olduğu gözlendi (p=0,006, OR: 5,7 %95 CI: 1,6-19,9). Bazal hemoglobin seviyesinin 8 g/dL'nin üstünde olması (19 hastada 8-10 g/dL, 71 hastada <8 g/dL) ile tedavi yanıtı arasında bir ilişki saptanmadı. Takipte 14 hastanın yanıtsızlık veya kısmi yanıt, 6 hastanın da relaps nedeniyle 2. basamak tedavi ihtiyacı olduğu izlendi ve bu grupta %80 (13-tam, 3-kısmi) yanıt gözlendi. Çalışmanın izlem süresinin sonunda; iki (%2,2) hastanın tedavilere refrakter olduğu ve ikisi enfeksiyon ilişkili, ikisi kardiyovasküler

nedenli, üçü diğer nedenlere bağlı olmak üzere toplam yedi (%7,7) hastanın kaybedildiği görüldü. Doğrudan OİHA ilişkili mortalite saptanmadı.

Sonuç: SLE ilişkili OİHA'de, KS tedavisine erken dönemde iyi yanıt gözlenmiş, uzun dönem takipte ise erken immünosüpresif tedavi verilen hastalarda yanıtın daha iyi; relaps ve tedaviye direnç oranlarının daha düşük olduğu gösterilmiştir. Bu durum immünosüpresif tedavinin erken başlanmasının önemini ortaya koymaktadır. Son kılavuzlarda tedavi başlanması için Hb sınır değerinin 8 g/dL'nin altı olduğu belirtilse de, çalışmamızda Hb 8-10 g/dL hastaların takipte benzer prognoza sahip olduğu görülmüş ve bu durum tedavi endikasyon sınırı konusunda daha fazla araştırma gereği olduğunu düşündürmüştür.

Anahtar Kelimeler: İmmünsüpresif tedavi, otoimmün hemolitik anemi, sistemik lupus eritematozus



Grafik 1. OİHA hastalarının birinci basamak tedavide yanıt oranları
İS; immünosüpresif, İS almayan; sadece tek başına kortikosteroid veya KS-hidroksiklorokin kombinasyonu alan

Tablo 1. OİHA hastalarında kullanılan tedavi modaliteleri ve yanıt oranları

	Toplam hasta n (OİHA/diğer endikasyon)	Tam yanıt n (%)	Total yanıt n (%)	Relaps n (%)
Kortikosteroid azaltıcı tedavi almayan (KS±HK)	13 (3/10)	9 (69,2)	9 (69,2)	3 (23)
Kortikosteroid azaltıcı tedavi alan (±KS±HK)				
Azatiyoprin	36 (32/4)	30 (83,3)	32 (88,8)	3 (8.3)
Mikofenolat mofetil	30 (26/4)	23 (76,6)	26 (86,6)	0
Siklofosfamid	16 (15/1)	13 (81,2)	14 (87,5)	0
Rituksimab	22 (21/1)	17 (77,2)	19 (86,3)	0
Siklosporin A	6 (3/3)	5 (83,3)	5 (83,3)	0
Splenektomi	2 (2/2)	2 (100)	2 (100)	0

HK: Hidroksiklorokin, KS: Kortikosteroid

[PS-197]

Amiloidozu olan Ailevi Akdeniz ateşi hastalarında kanakinumab: Uzun dönem renal sonuçlar

Büşra Fırlatan Yazgan[1], Gözde Sevgi Kart Bayram[1], Buğu Bulat[1], Levent Kılıç[1], Tolga Yıldırım[2], Umut Kalyoncu[1], Şule Apraş Bilgen[1], Ali İhsan Ertenli[1], Şeref Rahmi Yılmaz[2], Ömer Karadağ[1]

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

[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Ankara

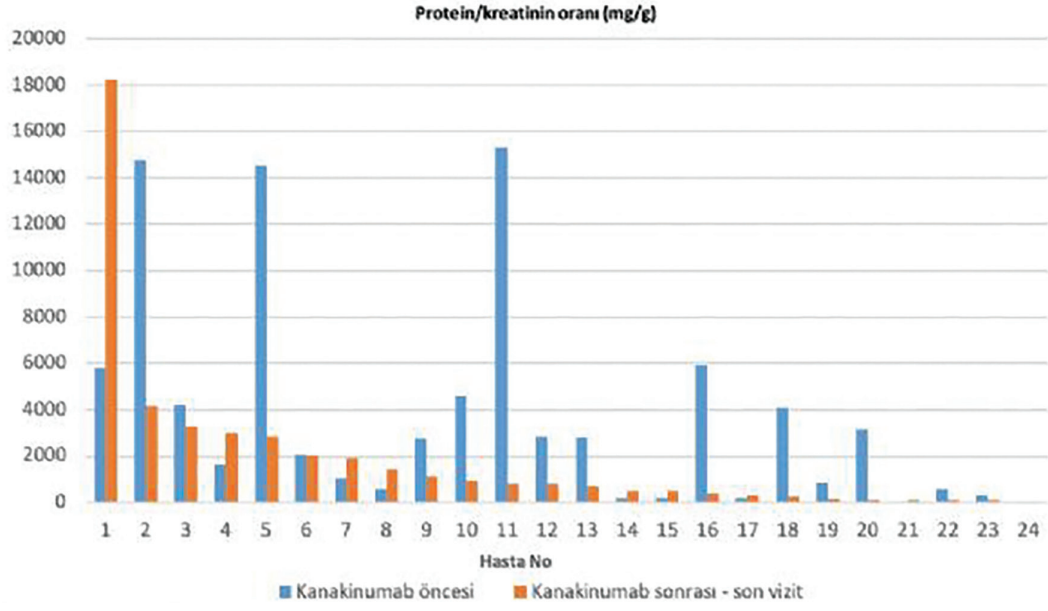
Amaç: Kanakinumab, kolşisin dirençli ya da intoleran Ailevi Akdeniz ateşi (FMF) hastalarında etkinliği gösterilmiş bir IL 1β inhibitörüdür. Bu çalışma, üçüncü basamak bir merkezde takip edilen, biyopsi ile kanıtlanmış AA amiloidozu olan FMF hastalarında uzun dönem kanakinumab tedavisinin etkinliğini ve güvenliğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Hacettepe Üniversitesi Romatoloji ile Nefroloji kliniklerinde takip edilen, Tel Hashomer kriterlerine göre FMF tanısı alan ve kanakinumab ile tedavi edilen erişkin hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Kanakinumab alan 107 hastanın 25'inde biyopsi ile doğrulanmış AA amiloidoz saptandı. Kanakinumab sonrası takibe gelmeyen bir hasta çalışma dışı bırakıldı. Demografik veriler, tanı yaşı, kanakinumab öncesi ve sonrası tahmini glomerüler filtrasyon hızı (tGFH) (≥60 ve <60 mL/dk/1,73 m2) ile proteinüri düzeyleri (idrar protein/kreatinin oranı, mg/g), ACE inhibitörü veya ARB kullanımı, diabetes mellitus varlığı, renal transplantasyon öyküsü ve zamanı, son vizitteki kolşisin dozu, kanakinumab dozu ve uygulama aralığı ile tedavi süresi kaydedildi.

Bulgular: Toplam 24 hasta (15 kadın, 9 erkek) analize dahil edildi. Tanı anındaki medyan yaş 19 (14,5-37,5), kohortun medyan yaşı ise 46,5 (39,5-56) yıldı. Renal transplantasyon yapılan 8 hasta mevcuttu. Bu hastalardan yalnızca birine kanakinumab tedavisine nakil öncesi dönemde başlanmıştı. Son kontrolde medyan kolşisin dozu 1,0 mg/gün (0,5-1,25) idi. Medyan 69 aylık (30,5-88,5) izlem süresince kanakinumab 21 hastada 150 mg 4 haftada bir, bir hastada 8 haftada bir, bir hastada ise 12 haftada bir uygulanmıştı. Bir hastada doz 300 mg/4 haftada bire yükseltilmişti. Kanakinumab başlanmasını takiben proteinüri düzeyinin anlamlı biçimde azaldığı görüldü [başlangıç 2423,2 mg/g (454,4-4389) iken son vizitte 724,2 mg/g (188,9-1975,4), p=0,034]. Nefrotik düzeyde proteinüri (>3,5 gr/gün) tedavi öncesinde 8 hastada mevcutken, son değerlendirmede yalnızca iki hastada saptandı. Tahmini glomerüler filtrasyon hızı kategorisinde değişim beş hastada gözlendi (hasta 6, 8, 14, 17 ve 18) (Şekil 1).

Sonuç: Uzun dönem kanakinumab tedavisi, biyopsi ile doğrulanmış AA amiloidozu olan FMF hastalarında (renal transplantasyon olanlar dahil) iyi tolere edilmiştir. Kolşisin ve kanakinumaba yüksek uyumla birlikte hastaların çoğunda tGFH korunurken proteinüride belirgin azalma saptanmıştır. Kanakinumab tedavisiyle proteinüride gözlenen azalma, ilacın podosit fonksiyonu üzerindeki olumlu etkilerinden kaynaklanıyor olabilir.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz ateşi, amiloidoz, kanakinumab, IL-1 inhibisyonu, otoenflamatuvar hastalıklar



Şekil 1. Kanakinumab tedavisi alan hastalarda başlangıç ve son proteinüri düzeylerinin karşılaştırılması

[PS-207]

b/ts DMARD altında DAS-28'e göre remisyonda görünen RA hastalarında rezidüel ağrı sorunsalı

Erdinç Ünaldı, Mustafa Ekici, Büşra Fırlatan Yazgan, Gözde K. Bayram, Buğu Bulat, Levent Kılıç, Ali Akdoğan, Ömer Karadağ, Şule Apraş Bilgen, Ali İhsan Ertenli, Sedat Kiraz, Umut Kalyoncu

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

Amaç: Romatoid artrit (RA) hastalarında rezidüel ağrı saptanabilmektedir. Bu çalışmada, b/tsDMARD tedavisi altında standart ölçütlerle remisyonda değerlendirilen RA hastalarında rezidüel ağrı sıklığı ve kullanılan tedavilerin bu durumla ilişkisi araştırılmıştır.

Yöntem: HÜR-BIO veri tabanında 2002-2024 arasında RA tanısı ile en az bir b/tsDMARD kullanmış 2633 hasta ve 13.590 vizit incelendi. Demografik veriler, otoantikor pozitifliği (RF, anti-CCP), bDMARD değişimleri ve hastalık aktivite ölçütleri (DAS28, hasta global-VAS, ağrı-VAS, CRP, sedim) kaydedildi. Residüel ağrının tanımı: Her bir takip vizitinde değerlendirme yapılmıştır. Hastalık aktivitesi kontrol altında olmasına karşın ağrı-VAS skoru ≥4/10 olması residüel ağrı olarak değerlendirilmiştir. Hastalık aktivitesini ölçmek için DAS-28 skoru (<2,6) ve/veya VAS-hasta global (<2,0/10,0) değerlendirmesi yapılmıştır. b/ts tedaviler: RA hastalarının her bir vizitte kullanmakta olduğu b/ts DMARD'a göre analiz yapılmıştır. csDMARD ve/veya glukokortikoid kullanımı hesaba katılmamıştır. Adalimumab, etanercept, golimumab, infliksimab ve sertolizumablar anti-TNF, rituximab (B hücre), abatacept (T hücre), tocilisumab (anti-IL6) ve tofacitinib, baricitinib, upadacitinib (JAKi) olarak gruplanmıştır.

Bulgular: İki bin altı yüz otuz üç RA hastasının [%79,4 kadın, ortalama yaş 53,5 (13,9)] 13.590 viziti incelendi. Ortalama visit sayısı 5,1 (4,6), ortanca visit sayısı 3 (1-23) olarak hesaplandı. RF pozitifliği %68,6, anti-CCP pozitifliği %61,5, RF ve/veya CCP pozitifliği %74,9 hastada vardı. b/ts DMARD başlangıcında hastalık aktivite skorları şu şekildeydi; Ağrı-VAS 68,6 (21,9), hasta global değerlendirme-VAS 65,6 (20,1), DAS-28 4,7 (1,2), HAQ-DI 1,04 (0,64), CRP 2,9±4,1 mg/dL, sedimentasyon hızı 35±24 mm/saat. İzlemde 1.222 (%46,2) hastada b/tsDMARD değişimi yapıldı. Vizitlerde kullanılan tedavi dağılımı: anti-TNF %47,9, abatacept %15,0, rituksimab %14,3, JAKi %13,4, tosilizumab %8,8 şeklindeydi. DAS28 remisyonu: Verisi olan 12.169 vizitin %35,0'ında (n=4,236) DAS28 <2,6 idi; bunların %36,0'ında (n=1,536) rezidüel ağrı vardı. Rezidüel ağrı olanlarda ortalama ağrı-VAS 5,6 (1,4), olmayanlarda 1,0'dı (1,1) (p<0,001). Anti-TNF referansına göre rezidüel ağrı olasılığı tosilizumab için OR=1,93 (p<0,001), rituksimab için OR=1,30 (p=0,008), JAK inhibitörleri için OR=1,27 (p=0,016) bulundu. Hasta global VAS remisyonu: 12.632 vizitin %24,4'ünde (n=3,085) hasta global VAS <2,0 idi; bunların %11,8'inde (n=364) rezidüel ağrı vardı. Rezidüel ağrı olanlarda ortalama ağrı-VAS 5,2 (1,3), olmayanlarda 0,9'du (p<0,001). Anti-TNF referansına göre yalnızca tosilizumab anlamlı artış ile ilişkiliydi (OR=1,49; p=0,03); JAK inhibitörleri için sınırda eğilim izlendi (OR=1,32; p=0,09).

Sonuç: On binden fazla vizitin incelendiği bu b/tsDMARD kohortunda remisyon oranı DAS28'e göre %35, hasta global değerlendirmeye göre %25 olup literatürle uyumludur. Ancak DAS28 remisyonunda dahi vizitlerin %36'sında rezidüel ağrı sürmektedir. DAS28'e göre rezidüel ağrı artışı tosilizumab, rituksimab ve JAK inhibitörlerinde anlamlı iken; hasta global VAS esas alındığında yalnızca tosilizumab için anlamlıdır, JAK inhibitörlerinde ise sınırda eğilim vardır. Bu farklılık iki noktayı düşündürmektedir: IL-6 blokajı akut faz belirteçlerini baskılayarak DAS28'i olduğundan düşük gösterebilir ve enflamasyon kontrolü yanıltıcı şekilde tam görünürken ağrı devam edebilir. Öte yandan JAK inhibitörlerinin ağrı yolakları üzerindeki bilinen etkilerine rağmen, hasta global ölçütlerinde anlamlı fark saptanmamış ve yalnızca eğilim izlenmiştir; bu da ağrı deneyiminin subjektif hasta raporlarıyla daha doğru yakalanabileceğini düşündürmektedir. Hasta global remisyon kriteri kullanıldığında rezidüel ağrı sıklığının %12'ye düşmesi, RA'da bildirilen fibromiyalji prevalansı ile uyumludur. Çalışmamızda rutin FM sorgulaması yapılmadığından ileri yorum sınırlıdır; ancak %10-15 hastada FM komponenti olabileceği ve bunun ağrının farklı yolaklarıyla ilişkili olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: b/tsDMARD, DAS28, JAK inhibitörleri, rezidüel ağrı, romatoid artrit, tocilizumab

[PS-212]

Dev hücreli arterit spektrumundaki hastalıklarda damar tutulumlarının temporal, aksiller ve transorbital Doppler US ve optik koherans tomografi ile değerlendirilmesi: Bir multidisipliner çalışma

Ömer Karadağ[1], Gül Sandal Uzun[1], Ümran Esen[2], Sepideh Lotfi Sadigh[3], Yağmur Tahıllıoğlu[1], Aziz Anıl Tan[2], Gözde Kübra Yardımcı[1], Ertuğrul Çağrı Bölek[1], Figen Bezci Aygun[3], Levent Kılıç[1], Mehmet Ruhi Onur[1], Sibel Kadayıfçılar[3]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Vaskülit Tanı ve Tedavi Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara

[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Oftalmoloji Anabilim Dalı, Ankara

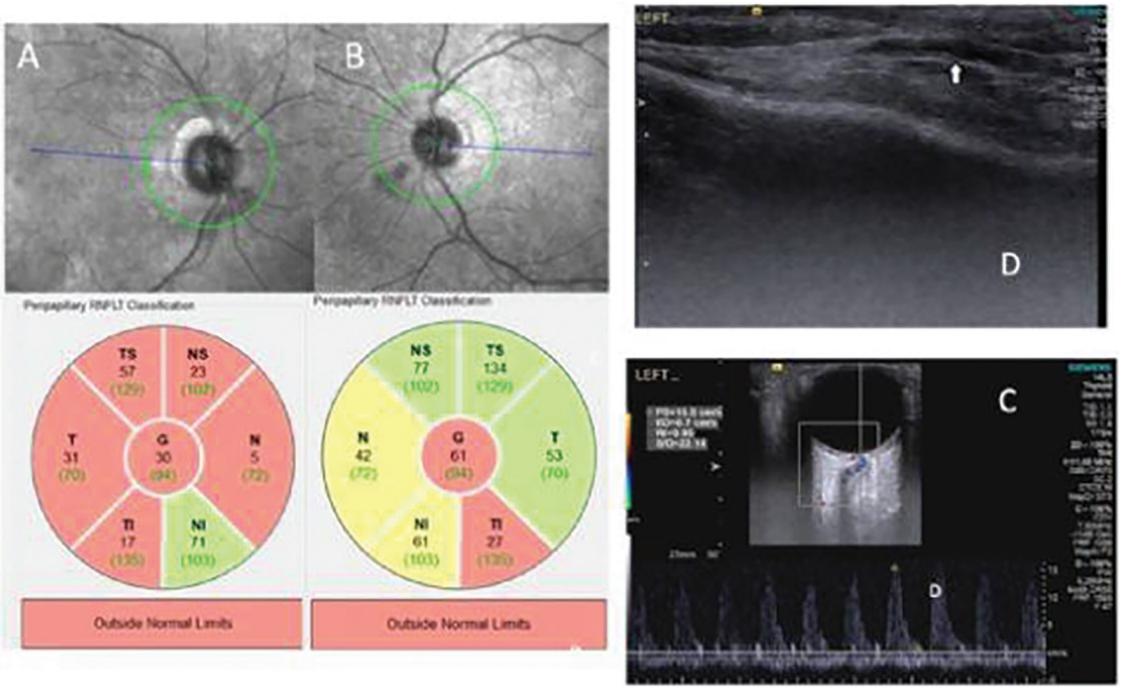
Amaç: Dev hücreli arteritte eksternal karotis arterin dallarınının [süperfisyal temporal arter (STA), masseter ve fasiyal arterler] tutulumuna bağlı olarak baş ağrısı, saçlı deri hassasiyeti ve çene kladikasyosu görülür. Görme kaybı ise internal karotis arterin ve özellikle de santral retinal arterin (SRA) tutulumu sonucu gerçekleşir. Eksternal karotis arterin değerlendirilmesinde Doppler ultrasonografisi (US) kullanılır ve yakın zamanda dev hücreli arterit için provizyonel OMERACT US skoru yayınlanmıştır. Daha yeni bir yöntem olan transorbital Doppler ile santral retinal ve oftalmik arterin değerlendirilmesi ve optik koherans tomografi (OCT) ile birlikte ayrıntılı çalışılmamıştır. Bu çalışmada, DHA spektrumundaki hastaların Doppler US ile STA ve aksiller arterin değerlendirmesinin yanı sıra transorbital US ve OCT ile değerlendirimesini ve hastalık alt grupların karşılaştırılmasını amaçlandı.

Yöntem: Toplamda çalışmaya 32 DHA hastası [kraniyal DHA: 21, büyük damar DHA: 7, polimiyalji romatika (PMR)] ve 10 sağlıklı kontrol dahil edildi. Radyoloji ve oftalmoloji değerlendirmeleri hasta tanılarına kör olarak yapıldı. Demografik, laboratuvar ve tedaviler kaydedildi. STA ve aksiller arterin Doppler US ile değerlendirilmesi OMERACT skorlama sistemine göre yapıldı. Oküler tutulum, klinik muayene ve optik diskin değerlendirmesine göre sınıflandırıldı. Görme keskinliğinin Snellen eşeli ile 0,1'in altında olması, dilate fundus muayenesinde optik diskte solukluk izlenmesi, renk bazlı kodlamada (Şekil 1) belirtildiği gibi retina sinir lifi tabakasında 4 kadrandan fazla alanda incelme tespit edilmesi sınıflama kriterleri olarak belirlendi. Ek olarak, transorbital Doppler US ile oftalmik arter, SRA ve posterior siliyer arter (PSA) değerlendirildi. DHA hasta ve kontrol grupları arasında ve ayrıca etkilenen göz ile sağlam göz arasında bulgular karşılaştırıldı.

Bulgular: Tüm gruplar cinsiyet, diabetes mellitus (DM), hipertansiyon ve koroner arter hastalığı varlığı açısından benzerdi. Kraniyal DHA hastalarının 11'i temporal arter biyopsisi ile, 10 ise Doppler US ile tanı almıştı. Yapılan toplam 84 göz muayenesinin 15'i etkilenmiş göz olarak sınıflandı ve bunların hepsi kraniyal DHA grubundaydı (n=8 hasta). Transorbital US değerlendirmesinde kraniyal DHA hasta grubunda santral retinal arterin pik sistolik hızı kontrol ve diğer hasta gruplarına kıyasla daha daha düşüktü (Şekil 1). Ayrıca kraniyal DHA hastalarının diğer 27 gözünde oftalmolojik muayene ve OCT normaldi. Ancak bu gözlerde santal retinal SRA'deki akım hızları sağlıklı kontrollere azalmış saptandı (Şekil 1).

Sonuç: Teknolojik gelişmeler sonucu görüntüleme yöntemleri, dev hücreli arterit spektrumunun damar tutulumunun daha iyi ortaya konulmasında oldukça faydalıdır. Provizyonel OMERACT Doppler US skoru, kraniyal GCA, izole büyük damar tutulumu ve PMR hasta gruplarının belirlenmesinde kullanışlıdır. Bu sonuçlar, kraniyal DHA hasta grubunda internal ve eksternal karotis arter dallarının aynı anda fakat farklı şiddetlerde tutulabileceği göstermektedir. Kraniyal DHA hastalarının etkilenmeyen gözlerindeki santral retinal arter akım hızının düşüklüğü subklinik tutuluma işaret edebilir.

Anahtar Kelimeler: Dev hücreli arterit, transorbital ultrasonografi, kraniyal dev hücreli arterit, optik koherans tomografi



		Kraniyal Dev hücreli Arterit-Etkilenen göz (n = 15)	Kraniyal Dev hücreli Arterit- Sağlam göz (n=27)	Control (Büyük damar tutulumu-Polimiyalji Romatika-Sağlıklı control-Sağlam göz (n=42)	p1	p2
Oftalmik arter	Pik sistolik hız	38.1	39	43.5	0.28	0.55
	End diastolik hız	9.0	11.2	21.6	0.054	0.24
	Rezistif indeks	0.78	0.82	0.61	0.078	0.003
Santral retinal arter	Pik sistolik hız	10.6	19.2	30.8	0.004	0.019
	End diastolik hız	2.74	3.58	5.4	0.029	0.06
	Rezistif indeks	0.84	0.77	0.64	0.021	0.07
Posterlyor silliyer arter	Pik sistolik hız	20.8	21.3	38.6	0.11	0.007
	End diastolik hız	10.5	6.3	11.6	0.80	0.063
	Rezistif indeks	0.75	0.78	0.64	0.16	0.022

p1: Kraniyal tutulum-Dev hücreli Arterit-etkilenen göze karşı control grup-sağlam göz

p2: Kraniyal tutulum-Dev hücreli Arterit-sağlam göze karşı control grup-sağlam göz

Şekil 1. Kraniyal DHA
(A) Etkilenen gözdeki optik diskin segmentli peripapiller retina sinir lifi tabakası (RNFL) kalınlık haritası. RNFL kalınlığı, renk kodlu sınıflandırmada belirtildiği gibi çoğu sektörde normal sınırların dışında gösterilmiştir. (B) Sağlam gözdeki optik diskin segmentli peripapiller RNFL kalınlık haritası. RNFL kalınlığı, minimal sapmalarla çoğu sektörde genellikle normal sınırlar içindedir. (C): Sol santral arter kan akımı yüksek dirençle (RI: 0,95) görülmektedir. (D) Süperfisiyal temporal arter Doppler US ile saptanmış duvar kalınlaşması (ok)

[PS-228]

Sistemik lupus eritematozus hastalarında ciddi immün trombositopeni tedavisinin uzun dönem sonuçları; Lupus çalışma grubu verisi

Berna Yurttaş[1], Tuba Demirci Yıldırım[2], Andaç Komaç[3], Aida Shikhaliyeva[4], Nazife Şule Yaşar Bilge[5], Burcu Yağız[6], Burak İntepe[6] , Berkay Soysal[7], Rabia Özmen[8], Özge Yoğurtçu[9], Elif Akyazı Şener[10], Hasan Yardımcı[11], Zeynep Fural[12], Cansu Akleylek[13], Rahime Duran[14], Melike Ersoy[15], Derya Kaşkari[16], Deniz Dönmez[17], Nilay Erdik[18], Özlem Karakaş[19], Seda Kutluğ Ağaçkıran[20], Ömer Atakan Soğur[21], Ayten Yazıcı[3], Ayşe Çefle[3], Fatma Alibaz Öner[4], Timuçin Kaşifoğlu[5], Yavuz Pehlivan[8], Sedat Yılmaz[7], Gül Sandal Uzun[7], Figen Yargucu Zihni[8], Servet Akar[9], Hakan Babaoğlu[10], İsmail Sarı[11], Sibel Yılmaz Öner[12], Mehmet Engin Tezcan[12], Abdulsamet Erden[14], Emine Figen Tarhan[15],Eftal Yücel[16], Ömer Karadağ[17], Emel Gönüllü[18], Rıdvan Mercan[21], Gökhan Keser[8], Haner Direskeneli[4], Neslihan Yılmaz[22]

[1]Tekirdağ İ.F. Cumalıoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Tekirdağ

[2]İzmir Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İzmir

[3]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

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

[5]Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

[6]Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

[7]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[8]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

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

[10]Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

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

[12]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

[13]Bağımsız Araştırmacı, İstanbul

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

[15]Muğla Sıtkı Koçman Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Muğla

[16]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

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

[18]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

[19]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kırıkkale

[20]Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

[21]Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ

[22]Medipol Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Lupusta görülen trombositopeni tedavisine yönelik bilgiler ve tedavinin başlanması için sınır trombosit değeri önerileri halen belirsizdir. Bu çalışmada lupus ilişkili ciddi immün trombositopeninin tedavi yanıtlarını ve trombositopeni şiddetinin tedavi cevabına etkisini ortaya koymayı amaçladık.

Yöntem: Retrospektif, çok merkezli çalışmamıza, 2019 sınıflama kriterlerine göre SLE tanısı almış, şiddetli trombositopeni (<50 bin/mm3) saptanan ve en az 6 ay takip süresine sahip hastalar dahil edildi. İmmün trombositopeni harici nedenler dışlandı. Hastaların demografik ve klinik verileri ile tedavi protokolleri (tam yanıt: >100 bin/mm3, kısmi yanıt: bazal trombosit sayısının en az 2 katı veya >50 bin/mm3 olması, refrakter: <50 bin/mm3) ile relaps öyküleri (1-3 ay tam yanıt sonrası düşük doz steroid ve/veya idame dozda immünosupresif altında immün sitopeni) değerlendirmeye alındı. Trombositopeni şiddeti; 30-50 bin/mm3 (ciddi) ve <30 bin/mm3 (çok ciddi) olarak kategorize edildi. Tedavi sonuçlarına etki eden faktörlerin değerlendirilmesinde; ki-kare ve lojistik regresyon analizleri kullanıldı.

Bulgular: Takip süresi 76,8 (IQR=35,5-105,3) ay olan 100 (K/E: 83/17) hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 45,5±14,4 yıl idi. Hastaların 18'i ilk olarak immün trombositopeni (İTP) tanısı almıştı ve 41'inde trombositopeni lupus tanısı ile eş zamanlı saptanmıştı. Trombositopeni ile aynı anda hastaların 12'sinde otoimmün hemolitik anemi (Hgb <10 g/dL) ve 12'sinde nötropeni (<1800/µL) vardı. Antifosfolipid antikor pozitifliği 30, sekonder antifosfolipid sendrom 25 hastada (19 tromboz) mevcuttu. Hastaların başlangıç trombosit ortalama değeri 22,5±13,9 bin/mm3 idi (32-ciddi İTP, 68-çok ciddi İTP). Trombositopeniye bağlı majör kanama 3, minor kanama 37 hastada gözlenirken, çok ciddi trombositopeni grubunda kanama sayısı daha fazlaydı (çok ciddi grupta 31 minör, 2 majör, ciddi grupta 6 minör, 1 majör) (p<0,01). Trombositopeni başlangıç tedavisi olarak hastaların %99'u Kortikosteroid (KS) (48-yüksek doz veya İV pulse, orta doz-32, düşük doz-19), %18'i İntravenöz immünoglobulin (IVIg) tedavisi (17 hasta KS ile kombine, 1 hasta sadece IVIg) almıştı ve hastaların %98'ine beraberinde Hidroksiklorokin (HK) tedavisi başlanmıştı. Başlangıç tedavisine erken yanıt(1. ay) 94 (53-tam, 41-kısmi) hastada gözlendi. Hastaların %66'sına başlangıçtan itibaren ilk basamakta steroid azaltıcı immünosupresif verilmişken, %33'ü sadece steroid almıştı. Tüm grupta uzun dönem takipte yanıtsızlık veya relaps nedeniyle ikinci basamak tedaviye geçme oranı %39 idi [immünosupresif alanlarda 19/66 (%28,7), almayanlarda 20/33 (%60,6), p=0,004]. Yanıtı belirleyici diğer faktörlerin multivariate analizlerinde, geç immünosupresif başlanması ve düşük hemoglobin düzeyleri ile yanıtsızlık ve relaps arasında anlamlı ilişkili olduğu gözlendi (sırasıyla OR: 4,7, %95 CI: 1,7-12,8, p=0,002 ve OR: 1,5, %95 CI: 1,1-1,9, p=0,001). Trombositopeninin ciddiyeti ile yanıt oranları arasında bir ilişki saptanmadı (p>0,05). Takipte 25 hastaya yanıtsızlık, 14 hastaya relaps nedeniyle 2. basamak immünosupresif tedavi uygulandı ve total yanıt 34/39 (%87,1) olarak saptandı. Tüm grupta relapsa kadar geçen süre 23,3 (IQR:5-38) aydı. Uzun dönem takipte 4 hasta tedaviye reftakter idi ve 6 hastada diğer nedenlere bağlı mortalite gözlendi.

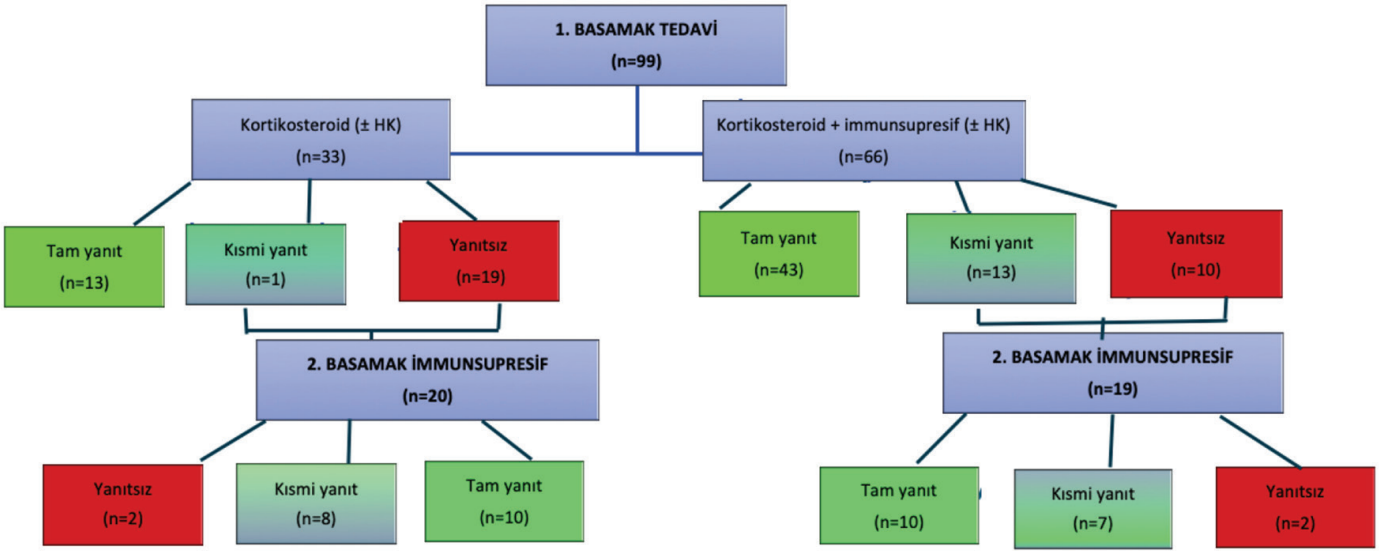
Sonuç: SLE-İTP'de steroid tedavisi ile beraber erken immünosupresif başlanması artmış tedavi cevabı ile ilişkili bulunmuştur. Literatürde tedavi gerektiren trombosit sınır değeri için ağırlıklı olarak 30 bin/mm3 değeri kritik eşik olarak kabul edilmektedir. Çalışmamızda trombosit değeri 30 bin/mm3'den düşük olan hastalarda daha fazla kanama riski olduğu gösterilmiş

olmakla birlikte, 30 bin/mm3'den yüksek olan grupta da, 1'i majör olmak üzere %20 civarında kanama gözlenmiştir. Aynı zamanda trombositopeni ciddiyetine göre yanıtsızlık/relaps oranlarında farklılık saptanmamıştır. Bu sonuçlar benzer prognostik seyirleri nedeniyle, 50 bin/mm3 altındaki trombositopenilerin dikkatle izlenmesi ve tedavi sınırının gözden geçirilmesi gereğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: İmmün trombositopeni, sistemik lupus eritematozus, trombositopeni

Tablo 1. SLE trombositopeni hastalarında 3-6. ay yanıt oranları

	Toplam hasta n	Tam yanıt n (%)	Total yanıt n (%)	Relaps n (%)
Ciddi trombositopeni (30-50 bin/mm3)	32			
- Tedavisiz	1			
- Steroid (± HK)	20			
- Steroid + immünosupresif (±HK)	11			
Azatiyoprin	16	18 (56,2)	27(84,3)	3(9,3)
Mikofenolat mofetil	11			
Siklofosfamid	3			
Rituksimab	5			
Siklosporin A	2			
Splenektomi	0			
TPO antagonisti	0			
Çok ciddi trombositopeni (<30 bin/mm3)	68			
- Steroid (± HK)	12			
- Steroid + immünosupresif (±HK)	56			
Azatiyoprin	42			
Mikofenolat mofetil	27	49(72,0)	67(98,5)	11(16,1)
Siklofosfamid	8			
Rituksimab	23			
Siklosporin A	4			
Splenektomi	1			
TPO antagonisti	5			



Şekil 1. SLE trombositopeni hastalarının tedavi yanıtları

[PS-252]

Dinamik optik koherens tomografi ile mikrovasküler parametrelerin değerlendirilmesi: VEDOSS'u kontroller ve sistemik sklerozdan ayıran bulgular

Duygu Temiz Karadağ[1], Alp Eren Aydın[2], Ayşe Çefle[1], Marco Minerba[3], Francesco Del Galdo[3]

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

[2]University of Ottawa, Faculty of Science, Ottowa, Canada

[3]Leeds Institute of Rheumatic and Musculoskeletal Medicine, University of Leeds, Leeds, United Kingdom

Amaç: Tırnak yatağı kapillaroskopisinde mega kapillerlerin varlığı, sistemik sklerozun (SSk) çok erken tanısı için temel bir bulgudur ve hastalığın çok erken evresinde aktif vaskülopatinin göstergesi kabul edilir. VEDOSS hastalarının ön kol deri biyopsilerinde yapılan yakın tarihli multiomik ve fonksiyonel çalışmalar, deri tutulumu olmamasına rağmen SSk'nin biyolojik mekanizmalarının hastalığın en erken dönemlerinde dahi saptanabileceğini göstermiştir. Dinamik Optik Koherens Tomografi (D-OCT), deri kapillerlerini görüntüleyebilen ve ölçebilen, invazif olmayan, valide edilmiş bir görüntüleme yöntemidir. Bu çalışmada, çok erken evre SSk hastalarında (VEDOSS) kapiller morfoloji ve yoğunluğu değerlendirerek tırnak yatağının dışındaki vaskülopati varlığını araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmada, işaret parmağı, el ve ön kolların D-OCT görüntülemesi üç grupta gerçekleştirildi: (i) sağlıklı kontroller, (ii) VEDOSS kriterlerini karşılayan hastalar ve (iii) ileri evre SSk hastaları (parmak, eller ve ön kolda mRSS=0 olan). Bu seçim, deri kalınlaşmasına bağlı olası yanlılığı önlemek amacıyla yapıldı. Kantitatif OCT parametreleri—damar yoğunluğu, pleksus derinliği ve damar çapı—ölçüldü ve uygun istatistiksel testlerle gruplar arasında karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya 16 sağlıklı kontrol ve 51 hasta dahil edildi. Hastaların 32'si VEDOSS, 19'u ise modifiye Rodnan deri skoru (mRSS) 0 olan ileri evre SSk hastasıydı (17 sınırlı, 2 yaygın deri tutulumlu). Yaş ve cinsiyet dağılımı gruplar arasında benzerdi [(49,4±11,7 vs 59,8±13 vs 47,7±13,7; p=0,054 ve 14 (%87,5) vs 18 (%94,7) vs 29 (%90,6); p=0,820)]. Damar yoğunluğu, VEDOSS grubunda hem kontrol grubuna hem de ileri evre SSk hastalarına göre anlamlı derecede yüksekti. Ortalama damar yoğunluğu parmak ve ellerde yaklaşık 5 kat (6,37±4,83 vs 1,69±1,04 ve 2,35±2,26; 6,9±4,84 vs 1,29±0,87 ve 2,62±1,75; her ikisi için p<0,001), ön kolda ise 2–3 kat daha yüksekti (3,41±2,72 vs 0,82±1,35 ve 1,67±1,94; p<0,001). Benzer şekilde, pleksus derinliği (305±56,74 vs 206±65,87 ve 179±75,36; 316±78,19 vs 236±58,19 ve 203±56,45; 299±75,68 vs 228±36,71 ve 205±48,51; tümü için p<0,001) ve ortalama kapiller çapı da VEDOSS'ta sağlıklı kontroller veya ileri evre SSk hastalarına kıyasla anlamlı derecede daha yüksekti.

Sonuç: Çalışmamızda VEDOSS hastalarının cildinde D-OCT ile saptadığımız vaskülopati kanıtları, bu hastalarda daha önce gösterilmiş olan kapiller genişleme ve yüzeyel dermis kalınlık artışı kadar önemli bulgular ortaya koymaktadır. Bulgularımız, SSk'nin çok erken evrelerinde vaskülopati kanıtlarıyla biyolojik olarak aktif bir deri hastalığı kavramını desteklemektedir. Ayrıca, sonuçlarımız D-OCT'nin SSk'nin çok erken evrelerinde vasküler hastalık aktivitesinin değerlendirilmesine katkı sağlayabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, VEDOSS, optik koherens tomografi

[PS-266]

Aksiyal spondiloartritte biyolojik ilaç sağkalımını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi: Üçüncü basamak merkez gerçek yaşam verisi

Zehra Karaman Ongun, Müçteba Enes Yayla, Nilgün Göveç Gıynaş, Yeter Mahmutoğlu, Ahmet Usta, Çetin Ergül, Abdulbaki Gaydan, Serdar Sezer, Emine Uslu, Tahsin Murat Turgay, Aşkın Ateş

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

Amaç: Aksiyal spondiloartrit (AxSpA), kronik seyirli ve otoenflamatuvar özellikte bir hastalıktır. Güncel kılavuzlar, tedaviye non-steroidal anti-enflamatuvar ilaçlarla başlanmasını; yanıt alınamayan olgularda ise anti-TNF, anti-IL-17 ajanlar veya JAK inhibitörlerine geçilmesini önermektedir. Bununla birlikte, AxSpA hastalarında anti-TNF ve anti-IL-17 tedavilerinin uzun dönem devamlılığının primer ya da sekonder yanıtsızlık ve yan etkiler nedeniyle azaldığı bilinmektedir. Literatürde, 10 yıllık ilaç sağkalım oranlarının %58 ile %69 arasında değiştiği bildirilmiştir. Bu bağlamda, ilaç sağkalım oranları ve tedavi kesilmesine yol açan faktörlerdeki farklılıklar göz önüne alınarak, çalışmamızda merkezimizde biyolojik hastalık modifiye edici ajan (bDMARD) kullanan AxSpA hastalarında ilaç sağkalımını etkileyen faktörleri ve ilaç kesilme nedenlerini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Ocak 2015-Eylül 2020 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı'nda, ASAS kriterlerine göre aksiyal spondiloartrit tanısı almış ve bDMARD tedavisi uygulanmış hastaların tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hedefe yönelik sentetik DMARD kullanan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Hastaların demografik verileri, klinik özellikleri, laboratuvar parametreleri ve hastalık aktivite skorları (BASDAI) kaydedildi. Ayrıca tedavi etkinliği ve yan etkiler değerlendirildi. İlaç devamlılığını etkileyen faktörler IBM SPSS v25 yazılımı kullanılarak analiz edildi.

Bulgular: Toplam 426 hasta analize dahil edildi; bunların 181'i kadın (%42,5), 245'i erkekti (%57,5). Hastaların ortalama yaşı 46,53±12,52 idi. HLA-B27 bilgisi 277 hastada mevcuttu ve %58,8'i pozitifti. İlk basamak bDMARD herhangi bir nedenle bırakan hasta sayısı 202 (%47,4) idi. Bunların 141'i (%33,1) primer veya sekonder yetersizlik nedeniyle tedaviyi sonlandırmıştı. İlk basamak bDMARD'larını bırakan hastalardan 29'u (%14,4) primer yanıtsızlık, 113'ü (%55,9) sekonder yanıtsızlık, 11'i (%5,4) remisyon, 4'ü (%2,0) gebelik, 45'i (%22,2) ise yan etkiler, sık enfeksiyon ve hasta tercihi nedeniyle tedaviyi kesmişti. Yanıtsızlık dışındaki nedenlerle tedavisi kesilenler ve üç aydan kısa takip süresi olanlar analize dahil edilmedi. İlk basamak bDMARD yanıtlı ve yanıtsız hastaların özellikleri Tablo 1'de, ilaç devamlılığını etkileyen faktörlere ilişkin tek değişkenli ve çok değişkenli regresyon analizleri ise Şekil 1'de özetlenmiştir. Tek değişkenli analizlerde kadın cinsiyet, komorbidite varlığı, fibromiyalji eşlik etmesi, HLA-B27 negatifliği, geç tanı yaşı ve tanı ile biyolojik tedaviye geçiş arasındaki sürenin kısa olması ilaç kesilmesinde anlamlı faktörler olarak saptandı. Çok değişkenli analizlerde ise kadın cinsiyet, fibromiyalji varlığı ve HLA-B27 negatifliği bağımsız risk faktörleri olarak belirlendi.

Sonuç: Aksiyal spondiloartritli hastalarda biyolojik tedavilerin uzun dönem devamlılık oranları literatürde %40-60 arasında bildirilmektedir. Bizim kohortumuzda ilk basamak bDMARD devamlılık oranı %53 olarak saptandı. Tek değişkenli analizlerde cinsiyet, komorbidite varlığı, fibromiyalji, HLA-B27 durumu, tanı yaşı ve biyolojik tedaviye başlama süresi anlamlı faktörler olarak bulundu. Çok değişkenli analizler ise kadın cinsiyet, fibromiyalji varlığı ve HLA-B27 negatifliğinin tedavi kesilme riskini artırdığını gösterdi. Cinsiyet ve fibromiyalji ile ilaç devamlılığı arasındaki ilişki literatürle uyumlu iken, HLA-B27 negatif hastalarda daha düşük ilaç sağkalımı gözlenmesi kohortumuz açısından dikkat çekici bir bulgu olarak öne çıktı. İlaç kesilmesini öngörmek ve risk faktörlerini netleştirmek amacıyla, daha geniş hasta gruplarında ve uzun süreli takiplerle yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Aksiyal spondiloartropati, anti-TNF, anti-IL17

Tablo 1. Biyolojik DMARD sağkalımını etkileyen faktörlerin regresyon analizi

	Tek değişkenli LR			Çok değişkenli LR		
	OR	%95 CI	p	OR	%95 CI	p
Cinsiyet, kadın	0,392	0,277-0,554	0,001	**0,483**	**0,313-0,745**	**0,001**
Komorbidite	0,622	0,443-0,874	0,006			
Fibromyalji	0,119	0,118-0,336	0,001	**2,108**	**1,089-4,08**	**0,027**
HLA-B27	2,271	1,513-3,41	0,001	**0,537**	**0,352-0,821**	**0,004**
Tanı yaşı	1,022	1,007-1,037	0,005			
Tanıdan biyolojik başlangıcına süre	-0,997	0,994-1	0,022			

LR: Lojistik regresyon, OR: Odds oranı, CI: Güven aralığı

Tablo 2. Birinci basamak biyolojik DMARD yanıtlı ve yanıtsız hastaların demografik, klinik ve tedavi özelliklerinin karşılaştırılması

	Birinci basamak bDMARD yanıtlı (n=224)	**Birinci basamak bDMARD yanıtsız (n=135)**	
	n (%)	**n (%)**	**p**
Cinsiyet, kadın	74 (33)	81 (60)	0,001[c]
Sigara*	71 (48,3)	39 (37,9)	0,262[c]
Aile öyküsü	27 (24,3)	24 (33,3)	0,176[c]
Komorbidite	76 (34,1)	66 (48,9)	0,006[c]
Fibromiyalji	2 (0,9)	17 (12,7)	0,001[c]
Sakroileit (grade 2-4)	153 (81)	94 (76,4)	0,336[c]
Periferik artrit	24 (10,8)	22 (16,5)	0,116[c]
HLA-B27*	96 (69,7)	43 (44,8)	0,001[c]
TNFi vs IL-17i	209 (93,3)-15 (6,7)	131 (97,0)-4 (3,0)	0,126[c]
	Medyan (IQR)-ortalama ± SS	Medyan (IQR)-ortalama ± SS	p
Tanı yaşı, yıl	32,75 (16,63)	35,75 (17,58)	0,004[m]
bDMARD başlama yaşı	37,54 (16,02)	40,62 (18,67)	0,069[m]
İlk bDMARD kalma süresi, ay	83,84±55,37	29,01±33,32	0,001[t]
Tanıdan biyolojik tedavi başlangıcına kadar geçen süre, ay	68,69±83,48	47,01±58,83	0,009[t]
bDMARD başlangısında BASDAİ	6,0 (1,5)	6,2 (1,4)	0,967[m]
CRP (mg/dL)	11,1 (19,3)	8,00 (15,68)	0,066[m]
ESH (mm/s)	16 (26)	18 (25)	0,568[m]
Hgb (g/dL)	14,0 (2,8)	13,4 (2,2)	0,286[m]

*TNFi: TNF inhibitörleri, IL-17i: IL-17 inhibitörleri, bDMARD: Biyolojik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç, BASDAİ: Bath ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi, ESR: Eritrosit sedimentasyon hızı, CRP: C-reaktif protein, IQR: Çeyrekler arası aralık, SS: Standart sapma, İstatistiksel testler: [c]Ki-kare testi, [m]Mann-Whitney U testi, [t]-testi *n=240 hasta ile analiz*

[PS-273]

Still hastalığının tedavisi ve sonuçları: Tek merkez, 25 yıllık deneyim

Büşra Fırlatan Yazgan, Gözde Sevgi Kart Bayram, Buğu Bulat, Ali Aytuğ Kuştaş, Deniz Dönmez, Levent Kılıç, Ömer Karadağ, Ali Akdoğan, Şule Apraş Bilgen, Sedat Kiraz, Ali İhsan Ertenli, Umut Kalyoncu

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

Amaç: Erişkin Still hastalığında tedavi seçimi çoğu zaman uzman görüşüne dayanmaktadır. Yakın zamanda çıkan tedavi önerilerinde bDMARD'lar (anti-IL1 ve anti-IL6) ilk tedavi seçeneği olarak ön plana çıkarılmıştır. Ancak bu hastalıkta uzun süredir glukokortikoid ve ksDMARD'lar ile de tedavi uygulanmaktadır. Bu çalışmada tersiyer bir merkezde takip edilen Still hastalarının uzun dönem klinik seyirlerinin ve tedavi değişikliklerinin değerlendirilmesi planlanmıştır.

Yöntem: Hacettepe Üniversitesi Romatoloji Kliniği'nde 01.01.2000-31.08.2025 tarihleri arasında "Erişkin Başlangıçlı Still Hastalığı" tanısı ile takipli 131 erişkin hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Klinik bilgilerine ulaşılamayan 15 hasta analizlere dahil edilmedi. Hastaların demografik bilgileri, semptom/tanı tarihleri, ilk ve son vizit tarihleri, tanıda hastaneye yatış süreleri, klinik özellikleri (ateş, döküntü, boğaz ağrısı, miyalji, artralji, artrit, lenfadenopati/hepatomegali/splenomegali, plevral/perikardiyal efüzyon varlığı, miyokardit, makrofaj aktivasyon sendromu) ile tanıdaki laboratuvar değerleri kaydedildi. Hastaların ilk ve son vizit ile tüm takipte aldıkları tedaviler, tedavi dozları, tedavi başlangıç ve kesilme tarihleri not edildi. Her bir hasta için relaps sayısı, relaps tarihleri, relaps öncesi ve sonrasında aldığı tedaviler değerlendirildi. Relaps; hekimin genel değerlendirmesine göre hastalık aktivasyonu, steroid dozunda artış gerekliliği veya yeni ilaç eklenmesi ile tanımlandı. Remisyon ise laboratuvar parametreleri ve hekimin klinik değerlendirmesi ile hastalık aktivitesinin olmaması, tedavinin ise sabit ya da azaltılmış dozlarda sürdürülmesi olarak tanımlandı.

Bulgular: Analizlere toplam 116 (%69 kadın) hasta dahil edildi. Ortalama tanı yaşı 36,6±15,7 yıl olarak saptandı. Klinik özellikler arasında en sık ateş (%97) ve artralji (%90) izlendi. Bunu sırasıyla döküntü (%69), boğaz ağrısı (%56), miyalji (%53), artrit (%47), lenfadenopati (%42), hepatomegali (%34), splenomegali (%33), perikardiyal efüzyon (%16), plevral efüzyon (%12) ve miyokardit (%2) takip etti. İzlemde 14 hastada (%12) makrofaj aktivasyon sendromu gelişti. Takip süresince tedavide en sık tercih edilen ajanlar steroid (%100), metotreksat (%85), hidroksiklorokin (%66) ve leflunomid (%18) olarak bulundu. Son vizitte 47 (%41) hastada steroid kesilmişti. Steroide devam eden hastaların günlük dozu medyan 4 mg/gün (3-8) olarak saptandı. Son vizitte ilaçsız izlemde olan 23 hasta (%20) mevcuttu. Toplam kohortta 45 hastada (%39) relaps gözlendi. Tanıdan ilk relapsa kadar geçen süre medyan 24,5 ay (12,5-68) olarak bulundu. Kırk beş hastada toplam 81 relaps görüldü. Relaps sayıları 1, 2, 3, 4, 5 sırasıyla %25, %6, %4, %2 ve %2 olarak saptandı. İlk relaps ve tüm relapslar olmak üzere; relaps öncesi tedavi ve relaps sonrasında yapılan değişiklikler Tablo 1'de ayrıntılı sunuldu. Birinci relaps geliştiğinde bDMARD müdahalesi 4/45 relapsta varken, iki ve daha fazla relaps geliştiğinde 15/36 relapsta vardı (p≤0,001).

Sonuç: Erişkin Still hastalığı nadir bir hastalıktır, 25 yıllık uzun bir takip süresince senede yeni 4-6 hasta görülmüştür. Tedavi kararı da çoğu zaman uzman görüşüne göre düzenlenmektedir. Yakın zamanda oluşturulmuş Still hastalığı önerileri ksDMARD'ların kullanımını sınırlamış olmakla birlikte bizim deneyimlerimiz ksDMARD (başta metotreksat, hidroksiklorokin, leflunomid) ve orta-yüksek doz glukokortikoid tedavisi ile hastaların sıklıkla remisyona girdiklerini göstermektedir. Uzun takip süresinde relaps olan %39 hastada tedavi dozunda değişiklikler ve özellikle birinci relapstan sonra bDMARD (anti-IL1 ve anti-IL6 gibi) eklenmesi yapılmıştır. Bunlara ek olarak bizim uzun süreli deneyimlerimiz relapsların bDMARD almakta iken göreceli nadir görüldüğüne işaret etmektedir. Bu durum, uzun süreli idame tedavi yönetiminin gözden geçirilmesine ışık tutmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Erişkin Still hastalığı, ksDMARD, bDMARD, relaps

[PS-284]

Parotis, submandibular ve lakrimal bez Doppler ultrason bulgularının klinik parametrelerle karşılaştırılması

Aida Shikhaliyeva[1], Mustafa Erdoğan[1], Berceste Polat Akmansoy[2], Nur Şişman Kitapçı[2], Gonca Mumcu[2], Nevsun İnanç[1]

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

[2]Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Bu çalışmada amaç parotis, submandibular ve lakrimal bezlerde Doppler USG bulgularını, OMERACT sınıflamasına göre skorlayarak, klinik parametreler (ESSDAI, ESSPRI, sicca semptomları, organ tutulumları, laboratuvar bulguları) ile ilişkisini ortaya koymaktır.

Yöntem: Romatoloji polikliniğine başvuran ardışık 40 SjH tanılı hasta dahil edildi. Hastaların demografik verileri, klinik özellikleri ve laboratuvar bulguları standart veri formu kullanılarak kaydedildi. Hastaların parotis, submandibular ve lakrimal bezleri colour Doppler (CD) USG (Mindray, Consona) ile değerlendirildi. Sonuçlar OMERACT sınıflamasına göre sınıflandı. Hastalar, düşük CD (0-2) ve yüksek CD (3-6) skor grubu olarak ikiye ayrıldı. Ayrıca herhangi bir bezde CD ≥2 olması da ayrı bir parametre olarak değerlendirildi. CD skorları klinik parametreler ve laboratuvar bulguları ile karşılaştırıldı. Çalışmaya alınan 40 SjH'nin ortalama yaşı 57,7±17,7 olup, hastaların %77,5'i kadın (n=31), %22,5'i erkek (n=9) idi.

Bulgular: Hastaların %85'inde (n=34) sicca semptomları mevcuttu. Konstitüsyonel semptomlar %17,5 (n=7) hastada görüldü. Organ tutulumu açısından akciğer tutulumu %32,5 (n=13), deri tutulumu %7,5 (n=3), böbrek tutulumu %5 (n=2), nörolojik tutulum %10 (n=4) ve hematolojik tutulum %15 (n=6) oranında saptandı. Ek olarak, parotis şişliği %17,5 (n=7) hastada mevcuttu. Schirmer pozitifliği %70 (n=28) oranında, tükrük akım hızında azalma (≤0,1 mL/sn) %50 (n=20) oranında izlendi. Serolojik incelemede; Anti-SSA pozitifliği %65 (n=26), Anti-SSB pozitifliği %20 (n=8) ve ANA pozitifliği %60 (n=24) oranında bulundu. Parotis-CD ve submandibular-CD skorları düşük olan grupta medyan ESSDAI skoru Parotis-CD ve Submandibular-CD yüksek gruba göre daha yüksekti (sırasıyla; 6 vs 2,5, p=0,112, 5 vs 2,5, p=0,33). Lakrimal-CD değerlendirmesinde ise CD yüksek grupta medyan ESSDAI skoru, CD düşük gruba göre daha düşük saptandı (5,8 vs 3,7, p=0,058). Parotis, submandibular ve lakrimal bez CD grupları arasında ESSPRI toplam skorları ve alt parametreler (kuruluk, yorgunluk, ağrı) açısından anlamlı bir fark bulunmasada, ESSPRI kuruluk medyan skorları, parotis ve submandibular bez CD skorları yüksek olan grupta daha yüksek izlendi. Bununla birlikte, herhangi bir bezde CD ≥2 olan hastalarda medyan kuruluk skorlarının (ESSPRI) daha yüksek olduğu görüldü (6,5 vs 4,0, p=0,279), ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Parotis CD skoru düşük ve yüksek grupları arasında uyarılmamış tükrük akış hızı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Ancak, CD skoru yüksek olan grupta tükrük akış hızının daha düşük olduğu izlendi. Submandibular bezlerde ise CD skoru yüksek olan hastalarda tükrük akış hızı anlamlı düzeyde daha düşük bulundu (p=0,027). Lakrimal bez CD ile ölçülen Schimer testi değerleri arasında orta düzeyde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulundu (r=0,453, p=0,014). Ayrıca, Lakrimal bez CD ile sicca semptomları arasında orta–güçlü düzeyde pozitif ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı (r=0,539, p≤0,001).

Sonuç: Parotis ve submandibular bezlerin CD sonuçları birlikte değerlendirildiğinde, CD skorları arttıkça uyarılmamış tükrük akış hızında azalma eğilimi izlendi. Ancak bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi (r=-0,184, p=0,283). Çalışmamızda Doppler USG skorları ile genel hastalık aktivitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Ancak submandibular bezlerde yüksek Doppler skorlarının düşük tükrük akışı ile, lakrimal bez Doppler skorlarının ise Schirmer testi ve sicca semptomları ile korele bulunması, yöntemin özellikle glandüler fonksiyon kaybı ve kuruluk belirtilerini yansıtmakta değerli olabileceğini göstermektedir. Daha geniş serilerde yapılacak çalışmalar, Doppler USG'nin Sjögren hastalığında rutin klinik değerlendirmede yer almasını sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Sjögren sendromu, Doppler ultrasonografi, glandüler fonksiyon

[PS-286]

Sialic acid binding Ig like Lectin'in otoimmün hastalıklardaki rolü

Ahmet İlbay[1], Emine Uslu[2], Nilgün Göveç Gıynaş[3], Abdulbaki Gaydan[4], Elif Sinem Ateş[5], Klara Dalva[6], Meltem Yüksel[6], Müçteba Enes Yayla[2], Serdar Sezer[2], Tahsin Murat Turgay[2], Aşkın Ateş[2]

[1]TC Sağlık Bakanlığı Kütahya Şehir Hastanesi, Kütahya

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

[3]TC Sağlık Bakanlığı Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hatay

[4]TC Sağlık Bakanlığı Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Trabzon

[5]Tuebingen Üniversitesi, Nörobilim Lisansüstü Eğitim Merkezi, Uluslararası Max Planck Araştırma Okulu, Tuebingen, Almanya

[6]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Tip I interferonlar (IFN) çeşitli enflamatuvar hastalıkların patogenezinde önemli rol oynadığı daha önce gösterilmiştir. Siglec1 (sialic acid binding Ig like lectin 1), tip I IFN'lara özgü monosit-makrofaj aktivasyonunu gösteren önemli bir biyobelirteçtir. Otoimmün hastalıklarda Siglec1'in rolünü değerlendirmek amacıyla bu çalışmayı planladık.

Yöntem: Romatoloji kliniğimize başvuran 18 yaş üzeri SLE, RA, SSc ve IIM tanılı hastalar çalışmaya dahil edildi. Malignite öyküsü olan, renal replasman tedavisi alan, son bir ay içinde enfeksiyon öyküsü olan, 20 mg veya daha fazla prednizolon eş değeri steroid kullanan hastalar ile gebe olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Bilgilendirilmiş onam vermeyenler çalışmaya alınmadı. Hastaların klinik özellikleri, laboratuvar ve görüntüleme bulguları kaydedildi. Hastalık aktiviteleri RA için DAS-28 skoru, SLE için SLEDAI-2K skoru ve IIM için ise laboratuvar aktivitesine eşlik eden deri bulgusu, kas gücü muayenesi ve doktor global değerlendirmesine göre yapıldı. Siglec1 ekspresyonunun monositlerde varlığı analiz etmek için hastalardan periferik kan örnekleri alınarak aynı gün akım sitometri çalışıldı. Çalışmamız için Ankara Üniversitesi BAP Koordinasyon Birimi'nden finansal destek alınmıştır (TSA-2023-2938).

Bulgular: Analizlere 37 RA, 36 SSc, 23 IIM ve 32 SLE hastası dahil edildi. Ek olarak yaşa ve cinsiyete göre eşleştirilmiş 43 sağlıklı kontrol alındı. Çalışmaya dahil edilen hastaların demografik, klinik ve labortuvar özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. SLE hastalarındaki Siglec1 düzeyleri, sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde yüksekti (p≤0,001). SLEDAI-2K'ya göre remisyondaki SLE hastalarının Siglec1 düzeyleri düşük ya da yüksek hastalık aktivitesi olanlardan daha düşük saptanırken (p=0,001), sağlıklı kontrollerden yüksekti (0,041). Renal tutulumu olan 14, hematolojik tutulumu olan 17 SLE hastası vardı. SLE hastalarında renal tutulum ve hematolojik tutulum olan ve olmayan hastalar arasında Sigelc1 düzeyleri açısından fark saptanmadı. Ancak hematolojik tutulumu lökopeni/lenfopeni olanların olmayanlara göre Siglec1 düzeyi daha yüksekti (p=0,023). Lupus hastalarında dsDNA düzeyi yüksek olanların ve hipokomplementemisi olanların siglec1 ekspresyonunun normal olanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi (dsDNA yüksek vs normal p=0,002, hipokomplementemi vs normal kompleman p=0,008). SLE hastalarına benzer şekilde IIM hastalarının Siglec1 düzeyleri sağlıklı kontrollerden yüksek saptandı (IIM vs HC p=0,001, SLE vs IIM p=0,406). Aktif IIM hastaları remisyondaki hastalara göre daha yüksek Siglec-1 düzeyine sahipti (p=0,004). RA ve SSc hastalarına göre SLE hastalarındaki Siglec1 düzeyleri daha yüksekti (RA vs SLE p≤0,001, SSc vs SLE p≤0,001). RA hastalarında akciğer tutulumuna, hastalık aktivitesine ve seropozitifliğe göre Siglec1 düzeyleri açısında anlamlı bir fark saptanmadı (p≥0,05).

Sonuç: Çalışmamızda SLE ve IIM hastalarında Tip-1 IFN yolağının aktif olduğu, hastalık aktivitesi ile siglec1 ekspresyonu arasında ilişki olduğu görüldü. Romatoid artrit ve SSc hastalarında ise bu yolağın sağlıklı kontrollere göre artmış ekspresyonu gösterilemedi. Siglec1 özellikle SLE ve IIM hastalarında, hastalık aktivitesinin değerlendirilmesinde ve tedavisinde yol gösterici bir biyobelirteç olabilir.

Anahtar Kelimeler: Bağ doku hastalığı, flow sitometri, hastalık aktivitesi, Siglec1, tip-1 interferon

[PS-301]

İmmünoglobulin A vaskülitinde deri tutulum şiddetinin hastalık prognozuna etkisi

Şevket Ali Ekmen[1], Fatih Yıldırım[2], Cemal Bes[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

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

Amaç: İmmünoglobulin A vasküliti (IgAV) klinik pratikte en sık karşılaşılan küçük damar vaskülitlerindendir. Erişkinlerde IgAV'de prognostik faktörlere, hastalık seyri ve yönetimine dair tıbbi literatürde kanıta dayalı yeterli veri bulunmamaktadır. Bu çalışmada IgAV'li erişkin hastalarda deri tutulum şiddetinin hastalık prognozu üzerine etkisinin araştırılması planlandı.

Yöntem: Çalışma prospektif gözlemsel kohort çalışması olarak tasarlandı. Çalışmaya kliniğimizde IgA vasküliti tanısı ile takip ettiğimiz 51 hasta dahil edildi. Kabul vizitinde deri tutulum şiddetleri, klinik bulguları ve laboratuvar verileri kaydedilen hastalar sırasıyla 3. ay, 6. ay ve 1. yıl vizitleriyle prospektif olarak izlendi. Deri tutulum alanının ≥%50 olması, deri lezyonlarının ülser ya da nekroza ilerlemiş olması şiddetli deri tutulumu olarak kabul edildi. Başlangıçtaki deri tutulum şiddetinin hastalık seyri ve prognozu üzerindeki etkisi araştırıldı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 49±13,8 yıl olup, 31'i (%60,8) erkekti. Tüm hastalarda deri tutulumu mevcutken, renal tutulum %62,7, eklem tutulumu %56,9 ve gastrointestinal tutulum %21,6 oranında görüldü. Deri tutulum yaygınlığı Wallace dokuzlar kuralına göre değerlendirildi ve medyan tutulum yüzey alanı %36 (IQR: 36-54) olarak bulundu. Hastaların %41,1'inde şiddetli deri tutulumu mevcuttu. Bir yıllık takip sonunda hastaların %11,7'sinde kalıcı proteinüri, %9,8'inde kronik böbrek yetmezliği gelişti. Hastaların birinde (%2) deri nekrozuna bağlı doku kaybı ve bir diğerinde de (%2) miyokard infarktüsüne bağlı ölüm gerçekleşti. Şiddetli ve sınırlı deri tutulumu olan gruplar arasında mortalite ve renal prognoz açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Bununla birlikte şiddetli deri tutulumu olan grupta başvuruda proteinüri anlamlı olarak daha belirgindi (medyan 690 mg/g vs 187 mg/g, p≤0,01) ve CRP değeri yüksekti (medyan 40 mg/L vs 7 mg/L, p≤0,01) (Tablo 1).

Sonuç: Çalışmamızda, erişkin IgAV'li hastalarda şiddetli deri tutulumunun geç dönemde hastalık prognozu açısından fark yaratmadığı gözlendi. Bununla birlikte şiddetli deri tutulumunun, erken dönemde artmış sistemik enflamasyon ve proteinüri düzeyi ile ilişkili bulunması dikkat çekiciydi. Bu bulgular, şiddetli deri tutulumlu hastaların erken dönemde daha etkin tedavi ihtiyacı açısından dikkatle değerlendirilmesi ve daha yakın izlemi açısından klinisyenleri uyarıcı olabilir. İleride daha uzun takip süresine sahip ve daha büyük kohortlarla yapılacak çalışmalar, deri tutulum şiddetinin IgA vasküliti prognozu üzerindeki etkisini daha güçlü şekilde ortaya koyabilir.

Anahtar Kelimeler: İmmünoglobulin A vasküliti, deri tutulumu, Wallace dokuzlar kuralı, prognoz

A

Abdulbaki Gaydan PS-026, PS-226, PS-231, PS-266, PS-279, PS-281, PS-286
Abdulfettah Zolkhfan PS-119
Abdullah Enes Ataş PS-105
Abdulsamet Erden PS-024, PS-071, PS-076, PS-101, PS-159, PS-160, PS-161, PS-163, PS-175, PS-178, PS-182, PS-186, PS-191, PS-228, PS-234, PS-258, SS-009, SS-018
Abdurrahman Sadıç PS-086
Abdurrahman Soner Şenel PS-006, PS-009, PS-142, PS-194, PS-230
Abdurrahman Tufan PS-024, PS-060, PS-071, PS-110, PS-159, PS-160, PS-161, PS-163, PS-175, PS-234, PS-258, SS-018
Abdülvahap Aktaş PS-096
Abidin Gündoğdu PS-132
Adalet Elçin Yıldız PS-129, PS-176, PS-199, PS-214, PS-235
Adem Küçük PS-070, PS-200
Ahmed Cihad Genç PS-097
Ahmet Eftal Yücel PS-202, PS-204, PS-247, PS-296
Ahmet Gül PS-001, PS-045, PS-127, PS-130, PS-131, PS-147, PS-148, PS-149, PS-158, PS-187, PS-195, PS-209, PS-213, PS-242, PS-245, PS-246, PS-269, PS-270, SS-001, SS-004, SS-006, SS-015
Ahmet Gürkan Erdemir PS-235
Ahmet Karataş PS-076, PS-186, SS-009
Ahmet Kor PS-138
Ahmet Merih Birlik PS-076, PS-186, SS-009
Ahmet Omma PS-032, PS-075, PS-135, PS-155, PS-174, PS-188, PS-224, PS-233, PS-237, PS-261, PS-283, PS-304, SS-010, SS-013
Ahmet Oğuz Çelik PS-195
Ahmet Tarık Kaynar PS-292
Ahmet Usta PS-026, PS-226, PS-266
Ahmet İlbay PS-026, PS-226, PS-231, PS-281, PS-286, SS-009
Ahmet Şükrü Alpaslan PS-037
Aida Shikhaliyeva PS-033, PS-180, PS-182, PS-191, PS-228, PS-284, PS-303
Akın Işık PS-132, PS-139, PS-303
Alaattin Yıldız PS-149
Alessandro Tomelleri PS-141
Alev Koçkar PS-312
Aleyna Ayaz PS-101
Algün Polat Ekinci PS-242
Ali Akdoğan PS-068, PS-076, PS-102, PS-179, PS-186, PS-206, PS-207, PS-255, PS-273, PS-277, PS-302, PS-305, SS-009
Ali Aras PS-061
Ali Aykut Fidancı PS-289, SS-006
Ali Aytuğ Kuştaş PS-068, PS-102, PS-179, PS-203, PS-214, PS-255, PS-261, PS-273, PS-277, PS-292, PS-305
Ali Babazade PS-161
Ali Kemal Oğuz PS-080, PS-119
Ali Murat Koç PS-223
Ali Nail Demir PS-307, PS-309
Ali Tuna Çakıcı PS-089
Ali Yasin Tümer PS-274
Ali İbrahim Hatemi PS-216, PS-265
Ali İhsan Ertenli PS-068, PS-102, PS-179, PS-197, PS-201, PS-206, PS-207, PS-255, PS-273, PS-305
Ali Şahin PS-076, PS-151, PS-186, PS-256
Alican Karakoç PS-056, PS-115, PS-116, PS-177, PS-216, PS-278
Alojzija Hocevar PS-141
Alp Eren Aydın PS-252
Alp Özcan SS-017
Alper Gezdirici PS-073
Alper Sarı PS-076, PS-186, PS-302, SS-009
Altuğ Güner PS-002
Amaç Kiray PS-082
Andaç Komaç PS-008, PS-051, PS-057, PS-108, PS-123, PS-180, PS-181, PS-182, PS-191, PS-228
Anıl Göçer PS-162, PS-200, PS-233
Arif Babayiğit PS-076, PS-151, PS-186
Arif Kocayiğit PS-256
Asena Eken PS-060
Aslı Irmak Akdoğan PS-019
Aslı Tufan PS-121
Aslı Tuncer PS-112
Aslı Şahin Kahleoğulları PS-098
Aslıhan Avanoğlu Güler PS-186, SS-009
Aslıhan Balvi PS-130
Atalay Doğru PS-035, PS-113, PS-137, PS-186
Atilla Hikmet Çilengir PS-111
Atiye Cenay Karabörk Kılıç PS-175
Atılay Matpan PS-208, PS-211, PS-274
Augustine Jose PS-244

Ayberk Denizli PS-294
Aybüke Günalp PS-236, PS-262, PS-287
Aybüke Yur PS-028
Aydan Köken Avşar PS-032
Aydeniz Aydın Gümüş PS-064
Aydın Türkmen PS-149
Ayhan Aydın PS-033
Ayhan Kamanlı PS-185
Aykut Ferhat Çelik PS-172, PS-265
Ayla Şahin PS-209
Aylin Dolu Karaca PS-032, PS-224
Aylin Gökduman PS-294
Aynur Aday PS-209
Aynur Islamova PS-073
Ayse Nur Bayındır Akbaş PS-271
Aysel Kanat PS-126
Aysun Aksoy PS-241
Ayten Yazıcı PS-008, PS-032, PS-051, PS-057, PS-075, PS-108, PS-123, PS-180, PS-181, PS-182, PS-191, PS-228, PS-283, SS-013, SS-014
Ayten Özkan PS-019, PS-059, PS-111, SS-005
Aytuğ Onan PS-223
Ayşe Aktaş PS-296
Ayşe Bahar Keleşoğlu Dinçer PS-012
Ayşe Bulur PS-183
Ayşe Elif Boncukçuoğlu PS-013, PS-046, PS-064, PS-067, PS-256
Ayşe Gizem Kapıcıoğlu PS-050
Ayşe Salihoğlu PS-025
Ayşe Tuğçenur Temiz Gençoğlu PS-012, PS-168
Ayşe Yörük Öğüt PS-077
Ayşe Çefle PS-008, PS-051, PS-057, PS-075, PS-076, PS-108, PS-123, PS-155, PS-180, PS-181, PS-182, PS-186, PS-191, PS-224, PS-228, PS-252, PS-283, SS-009, SS-013, SS-014
Ayşe Çolak PS-098
Ayşe Özdede PS-056, PS-291
Ayşegül Alemdaroğlu PS-204
Ayşegül Avcu PS-032, PS-141, PS-174, PS-186, PS-224, PS-238, PS-240, PS-244, PS-248, PS-285, PS-295, SS-009, SS-013
Ayşegül Avcı PS-128, PS-297
Ayşenur Bolukçu PS-112
Ayşenur Yılmaz PS-013, PS-046, PS-064, PS-073, PS-074, PS-075, PS-109, PS-182, PS-186, SS-009
Aziz Anıl Tan PS-212
Azize Dur PS-277
Aşkın Ateş PS-026, PS-033, PS-060, PS-144, PS-169, PS-201, PS-226, PS-231, PS-261, PS-266, PS-281, PS-286

B

Bahar Artım Esen PS-130, PS-131, PS-148, PS-149, PS-195, PS-209, PS-213, PS-242, PS-245, PS-246, PS-269, PS-270, SS-004, SS-015
Bahar Özdemir Ulusoy SS-010
Banu Peynircioğlu PS-196
Banu Çakır PS-103
Banu Çelikel Acar PS-138
Banu Çiçek Yalçın Dulundu PS-047
Batuhan Erdir PS-039, PS-192
Bayram Farisoğulları PS-256
Başak Şen PS-196
Belkıs Nihan Coşkun PS-183, PS-200, PS-201, PS-210, PS-225, PS-227, PS-257, PS-259
Bengisu Aslan PS-037, PS-049, PS-118, PS-186, SS-009
Berceste Polat Akmansoy PS-284, PS-290, PS-295
Beril Koçak PS-294
Berivan Bitik PS-204, PS-247, PS-261, PS-296
Berkan Armağan PS-135, PS-188, PS-189, PS-222, PS-237, PS-299, PS-304, SS-010
Berkay Soysal PS-133, PS-180, PS-182, PS-190, PS-191, PS-228, PS-264
Berkay Özdenoğlu PS-083
Berna Göker PS-071, PS-159, PS-160, PS-175, PS-234, PS-258, SS-018
Berna Yurttaş PS-025, PS-122, PS-180, PS-182, PS-186, PS-191, PS-228
Berrin Umman PS-195
Berçemhan Sulu PS-170, PS-172, PS-177, PS-186, PS-287
Beste Acar PS-074
Betül Dikkanoğlu Demirok PS-008, PS-076, PS-123
Betül Ergün PS-200
Betül Gürpınar PS-278
Betül Sözeri PS-311, PS-312, PS-313
Beyza Doğan PS-092
Beyza Us Demirelli PS-251, PS-282, PS-288
Bilge Başakcı Çalık PS-031, PS-091
Bilgehan Karadağ PS-056, SS-016
Bilgin Karaalioğlu SS-011

Birgül Dıngırdan Gültekinler PS-069
Bora Tanyol PS-039
Bora Yavuzer PS-116
Burak Alkaç PS-242
Burak Celaleddin Korkmaz PS-048, PS-083
Burak Karakaya PS-071, PS-160, PS-163, PS-234, PS-258, SS-018
Burak Okyar PS-186, SS-009
Burak Öz PS-032, PS-180, PS-224
Burak İnce PS-130, PS-131, PS-147, PS-195, PS-245, PS-246, PS-270, PS-275, SS-004, SS-015
Burak İntepe PS-228
Burcu Aksoy PS-139, PS-295
Burcu Ceren Uludoğan PS-074, PS-075, PS-155, PS-174, PS-186, PS-215, PS-217, PS-218
Burcu Yağız PS-032, PS-180, PS-182, PS-183, PS-191, PS-200, PS-201, PS-210, PS-224, PS-225, PS-227, PS-228, PS-257, PS-259
Burhan Engin PS-265
Burçak Kılıçkıran Avcı SS-016
Buğu Bulat PS-032, PS-068, PS-088, PS-102, PS-179, PS-197, PS-206, PS-207, PS-214, PS-224, PS-255, PS-256, PS-260, PS-263, PS-273, PS-277, PS-292, PS-305, SS-013
Bünyamin Polat PS-138
Büşra Albayrak PS-265
Büşra Can PS-121
Büşra Demir PS-072
Büşra Fırlatan Yazgan PS-068, PS-074, PS-102, PS-176, PS-179, PS-186, PS-196, PS-197, PS-199, PS-206, PS-207, PS-214, PS-235, PS-255, PS-273, PS-277, PS-289, PS-292, PS-302, PS-305, SS-009, SS-014
Büşra Köksoy PS-071, PS-160, PS-234, PS-258
Büşra Yüce PS-074
Büşra Çisil Çelenk PS-095

C

Can Erzik PS-001, PS-039, SS-003
Can Sevinç SS-012
Cansu Akleylek PS-180, PS-182, PS-191, PS-228
Cansu Arslantürk Güneysu PS-185, PS-275
Cansu Yıldız PS-303
Celil Barlas Cengiz PS-009, PS-142, PS-194
Cem Özişler PS-261
Cemal Bes PS-001, PS-013, PS-014, PS-029, PS-032, PS-039, PS-040, PS-041, PS-042, PS-045, PS-046, PS-064, PS-067, PS-073, PS-074, PS-075, PS-109, PS-126, PS-127, PS-155, PS-156, PS-158, PS-174, PS-180, PS-182, PS-186, PS-187, PS-192, PS-200, PS-201, PS-219, PS-221, PS-224, PS-256, PS-283, PS-301, PS-308, SS-001, SS-002, SS-009, SS-011, SS-013, SS-015
Cemile Bozdemir Özel PS-184
Cengiz Bal PS-096
Cengiz Korkmaz PS-011, PS-096
Cenk Sunu PS-083
Ceren Demir PS-055, PS-085
Ceren Deniz Kapulu Akça PS-304
Ceren Tansu Yavuz PS-029, PS-042
Chengappa Kavadichanda PS-244
Cihangir Ergün PS-204, PS-247, PS-296
Corrado Campochiaro PS-141
Cüneyt Özer PS-057

Ç

Çağdaş Şahap Oygür PS-119
Çağrı Erdim PS-014, PS-042
Çetin Ergül PS-026, PS-060, PS-226, PS-266
Çisem Kalyoncu Sarıoğlu SS-012
Çisem Okur Maden PS-202, PS-204, PS-247, PS-261, PS-296
Çisem Çağdaşer PS-189, PS-237, PS-299
Çiğdem Oba Kaymaz PS-265

D

Damla Raimoğlu SS-016
Deniz Dönmez PS-068, PS-180, PS-182, PS-191, PS-214, PS-228, PS-255, PS-273, PS-292, PS-305
Deniz Köksal PS-260
Derya Baykız PS-195
Derya Kaşkari PS-228
Derya Kocakaya PS-303
Derya Yıldırım PS-024, PS-060, PS-110
Didar Uçar PS-265, SS-017
Didem Aslan PS-186
Didem Şahin PS-169
Dilan Karaca PS-195
Dilan Çöçelli Sürer PS-167
Dilara Bulut Gökten PS-003, PS-004, PS-005, PS-007, PS-016, PS-143, SS-013
Dilara Yuruk PS-174

Dilek Solmaz PS-019, PS-058, PS-059, PS-062, PS-100, PS-111, PS-208, PS-211, SS-005
Dilek Tezcan PS-200
Dilek Yavuz PS-285
Dilşad Kuru PS-128
Dilşen Çevirgen PS-122
Doğukan Akdoğan PS-294
Durga Prasanna Misra PS-141, PS-244
Duygu Kerim PS-114, PS-141, PS-146, PS-155
Duygu Sevinç Özgür PS-067, SS-011
Duygu Tecer PS-060, PS-110, PS-169
Duygu Temiz Karadağ PS-008, PS-051, PS-057, PS-076, PS-108, PS-123, PS-181, PS-186, PS-252, PS-283, SS-009
Duygu Şahin PS-139, PS-251, PS-253, PS-288
Döndü Üsküdar Cansu PS-011, PS-096

E

Ebru Atalar PS-135, PS-164, PS-188, PS-189, PS-222, PS-237, PS-299, PS-304, SS-010
Ebru Karaçalı PS-060, PS-110, PS-193
Ebru Çal PS-226
Ebru Öztürk PS-103
Ece Aslan PS-124, PS-236, PS-262, PS-287
Ece Durdu PS-254
Ece Çınar PS-146
Ecem Torun PS-262
Eda Otman Akat PS-208, PS-211
Ediz Dalkılıç PS-183, PS-200, PS-233, PS-257, SS-013
Eftal Yücel PS-228, PS-261
Ege Sinan Torun PS-020, PS-021, PS-022, PS-050
Ekrem Karakaya PS-053, PS-150
Elena Baldissera PS-141
Elif Akyazı Şener PS-166, PS-182, PS-191, PS-228, PS-233, PS-261, PS-304
Elif Dinçses Nas PS-063, PS-157
Elif Durak Ediboğlu PS-274
Elif Ediboğlu PS-171
Elif Ertaş PS-020, PS-021
Elif Gökçek Üsküdar PS-204
Elif Gür Kabul PS-031, PS-091
Elif Kılıç Könte PS-124, PS-236, PS-262, PS-287
Elif Naz Sancar PS-302
Elif Sinem Ateş PS-231, PS-281, PS-286
Elif Tigen PS-132
Elif İnanç PS-254
Elifcan Karakulak PS-292
Elifcan Taşdelen PS-168
Emel Daloğlu PS-094
Emel Gönüllü PS-048, PS-083, PS-097, PS-185, PS-191, PS-228
Emel Oğuz Kökoğlu PS-006, PS-009, PS-032, PS-224, PS-230, SS-013
Emil Aliyev PS-166
Emine Büşra Ata PS-043, PS-060, PS-066, PS-094, PS-110, PS-193, PS-229, PS-264
Emine Duygu Ersözlü PS-186, PS-200, PS-201, SS-009
Emine Eylül Kızkapan PS-170
Emine Figen Tarhan PS-106, PS-117, PS-182, PS-191, PS-228
Emine Gözde Aydemir Gülöksüz PS-012
Emine Gültürk PS-131
Emine Rabia Koç PS-225
Emine Sarıyıldız PS-168, PS-205
Emine Uslu PS-026, PS-033, PS-060, PS-144, PS-169, PS-226, PS-231, PS-261, PS-266, PS-281, PS-286
Emine Çeşmecioğlu Karavin PS-127, SS-001
Emine Şebnem Durmaz PS-056, PS-278
Emire Seyahi PS-056, PS-115, PS-116, PS-177, PS-265, SS-016
Emirhan Nemutlu PS-024
Emre Ali Acar PS-018, PS-095
Emre Bilgin PS-048, PS-069, PS-084, PS-097, PS-103, PS-127, PS-185, SS-001
Emre Erk PS-204
Emre Koyuncu PS-078
Emre Tekgöz PS-043, PS-066, PS-094, PS-133, PS-190, PS-193, PS-229
Enes Ali Kurt PS-122
Engin Koçak PS-024
Enver Caner Ceran PS-261
Eray Tunce PS-311, PS-312, PS-313
Erbil Arık PS-238, PS-240
Ercüment Ovalı PS-293
Erdem Bektaş PS-013, PS-046, PS-064, PS-073, PS-074, PS-109, SS-015
Erdem Gürel PS-269, SS-004

Erdinç Ünaldı PS-068, PS-102, PS-179, PS-206, PS-207, PS-255, PS-302
Erdoğan Çetinkaya PS-109, SS-011
Eren Özgür SS-011
Erhan Bıyıklı PS-294
Erhan Küpçük PS-066
Erkan Yılmaz PS-140, PS-216
Ersan Atahan SS-016
Ertuğrul Çağrı Bölek PS-071, PS-084, PS-127, PS-141, PS-159, PS-160, PS-161, PS-163, PS-175, PS-212, PS-233, PS-234, PS-258, SS-001, SS-013, SS-018
Ertuğrul Çolak PS-011
Esen Kasapoğlu PS-063
Esen Kıyan PS-130
Esen Saba Öktem PS-015
Eser Durmaz PS-056
Esin Beyan PS-277
Esin Kurtuluş Öztürk PS-205
Esma Aslan PS-236, PS-262, PS-287
Esma Eseroğlu PS-024, PS-071, PS-076, PS-160, PS-163, PS-234, PS-258, SS-018
Esma Nur Eren PS-232, SS-008
Esra Akçiçek PS-302
Esra Erpek PS-103, PS-274
Esra Fırat Şentürk PS-116, PS-177
Esra Genç PS-076, PS-186, PS-220, PS-251, SS-009
Esra Kayacan Erdoğan PS-135, PS-188, PS-189, PS-222, PS-237, PS-299, PS-304, SS-010
Esra Maide Özel PS-135, PS-237
Esra Sevimli PS-290, PS-295
Evrim Uman PS-265
Ezgi Fındık PS-022
Ezgi Yıldız Güvercin PS-114, PS-146, PS-233, PS-283
Ezgi Çimen Güneş PS-043, PS-066, PS-094, PS-229
Ezgi Şahin PS-130, PS-131, PS-245, PS-270

F

Fahrettin Duymuş PS-105
Farida Fortune PS-290, PS-295
Fatih Albayrak PS-076, PS-167, PS-186, PS-200, SS-009, SS-013
Fatih Güven PS-247
Fatih Mehmet Doğan PS-060, PS-110, PS-169, PS-264
Fatih Taştekin PS-075, PS-136
Fatih Yıldırım PS-075, PS-221, PS-256, PS-283, PS-301, PS-308, SS-011
Fatih Yıldız PS-162
Fatma Akkoca PS-078
Fatma Alibaz Öner PS-001, PS-032, PS-121, PS-132, PS-141, PS-155, PS-174, PS-180, PS-182, PS-186, PS-191, PS-228, PS-238, PS-240, PS-244, PS-248, PS-285, PS-297, SS-009, SS-013
Fatma Başıbüyük PS-032, PS-078, PS-081, PS-082, PS-224
Fatma Büşra Sarı PS-295
Fatma Dilara Yürük Kıtay PS-046, PS-156, PS-200
Fatma Gür Hatip PS-137
Fatma Temiz PS-132
Fatma Özbakır PS-122
Fatoş Önen PS-032, PS-224, PS-233, PS-283, SS-013
Fatıma Gül Gülbahçe İncesu PS-180, PS-182, PS-219
Fazıl Tuncay Aki PS-203
Ferdanur Deniz PS-041
Fergün Yılmaz PS-132
Fernando Fervanze PS-171
Fevziye Türkoğlu Genç PS-097
Feyyaz Hazar Yağmur PS-075, PS-224
Figen Bezci Aygun PS-212
Figen Yargucu Zihni PS-180, PS-182, PS-191, PS-228
Filiz Cemre Taşgöz PS-018, PS-095
Firdevs Ulutaş PS-134
Francesco Del Galdo PS-252
Fuat Albayram PS-254
Funda Erbasan PS-049, PS-053, PS-077, PS-150
Fusün Tuşgül PS-167
Fırat Şirvan PS-112

G

Gamze Akkuzu PS-046, PS-155, PS-200, SS-011
Gamze Durhan PS-302
Gamze Kemeç Türkmen PS-148, PS-269, SS-004
Gamze Önal Birtane PS-215, PS-217, PS-218
Gerçek Şen PS-030, PS-078, PS-081, SS-007
Gezmiş Kimyon PS-076, PS-155, PS-186, PS-201, SS-009
Gizem Ayan PS-068, PS-086, PS-087, PS-090, PS-102, PS-179, PS-198, PS-214, PS-263, PS-289, SS-006
Gizem Gülfidan PS-001

Gizem Pire PS-044
Gizem Sevik PS-288
Gizem Çalıbaşı Koçal SS-007
Gizem Şirin Kalem PS-039
Gonca Karabulut PS-180, PS-182, PS-191
Gonca Mumcu PS-139, PS-284, PS-290, PS-295
Gunnar Tomasson PS-173, PS-243
Gökhan Keser PS-032, PS-075, PS-146, PS-155, PS-180, PS-182, PS-191, PS-224, PS-228, PS-233, PS-283
Gökhan Sargın PS-118, PS-310
Gökçe Avşar PS-089
Gökçe Kenar Artın PS-032, PS-082, PS-098, PS-104, PS-125, PS-155, PS-224, PS-233, PS-256, PS-283, PS-300, SS-007, SS-012, SS-013, SS-014
Gözde Elif Kapaklı PS-127, SS-001
Gözde K. Bayram PS-206, PS-207
Gözde Kart Bayram SS-014
Gözde Kübra Yardımcı PS-212
Gözde Sevgi Kart Bayram PS-068, PS-102, PS-179, PS-197, PS-214, PS-255, PS-273, PS-292, PS-302
Gözde Yıldırım Çetin PS-162, PS-200, SS-013
Gözde Çetin Yıldırım PS-233
Gözde Öngüt PS-028
Gül Güzelant Özköse PS-013
Gül Sandal Uzun PS-060, PS-110, PS-133, PS-180, PS-182, PS-190, PS-191, PS-193, PS-212, PS-228, PS-261, PS-302
Gülay Alp PS-110
Gülen Hatemi PS-116, PS-122, PS-140, PS-170, PS-172, PS-173, PS-186, PS-216, PS-265, PS-275, PS-288, SS-017
Gülfer Okumuş PS-246
Gülhan Ertan Akan PS-232, SS-008
Gülin Keskin PS-106, PS-117
Güllü Sandal Uzun PS-275
Gülnur Çelik Yılmaz PS-127, PS-205, SS-001
Gülper Nacarkahya PS-167
Gülperi Ateş Çetinkaya PS-118
Gülsüm Kayhan PS-161
Gülşah Soytürk PS-138, PS-188, PS-189, PS-222, PS-237, PS-299
Gülşah Yamancan PS-076, PS-186, PS-200, SS-009
Günay Can PS-265
Günnur Ilhan PS-078
Güzide Nevsun İnanç PS-128, PS-290, SS-011
Güzin Duru PS-177

H

Hacer Aytekin Börü PS-090
Hacer Gözde Gül Elgül PS-053, PS-150, PS-165
Hakan Apaydın PS-127, SS-001
Hakan Babaoğlu PS-084, PS-135, PS-138, PS-166, PS-182, PS-188, PS-189, PS-191, PS-222, PS-228, PS-237, PS-299, PS-304, SS-010
Hakan Efe Karaca PS-163
Hakan Emmungil PS-023, PS-201
Hakan Oral PS-292
Halil Yazıcı PS-149
Halit Üner PS-127, SS-001
Haluk Tarık Kani PS-238
Hamit Küçük PS-071, PS-101, PS-103, PS-159, PS-160, PS-163, PS-175, PS-178, PS-233, PS-234, PS-258, SS-018
Handan Yarkan Tuğsal PS-090, PS-125, PS-145, PS-180, PS-182, PS-191
Hande Öğün PS-216
Handenur Koç Kanık PS-144
Haner Direskeneli PS-001, PS-032, PS-121, PS-132, PS-141, PS-155, PS-174, PS-180, PS-182, PS-191, PS-224, PS-228, PS-238, PS-240, PS-244, PS-248, PS-285, PS-297, SS-013
Hanife Avcı PS-176
Hanife Oğuz PS-230
Hasan Kocaayan PS-019, PS-058, PS-059, PS-062, PS-075, PS-100, PS-103, PS-111, PS-155, PS-208, PS-211, PS-224, PS-274, PS-283, SS-005, SS-013
Hasan Satış PS-084, PS-289, SS-006
Hasan Yardımcı PS-180, PS-182, PS-191, PS-228, PS-300
Hasan Yazıcı PS-122, SS-017
Hasan Özdek Sayılır PS-032, PS-224
Hatice Ecem Konak PS-135, PS-138, PS-188, PS-189, PS-222, PS-237, PS-299, PS-304, SS-010
Hatice Kalender PS-295
Hatice Keyvan Sönmez PS-048, PS-083
Hatice Kübra Yerişenoğlu Demir PS-158, PS-187
Hatice Yazısız PS-028
Hava Üsküdar Teke PS-011
Hayal Şimşek PS-051
Haydar Mert Koç PS-023
Hazal Cansu Çulpan PS-124
Hazal Ceylan Tan PS-013, PS-040
Hazan Karadeniz PS-024, PS-060, PS-110, PS-190, PS-193
Helin Köse PS-246

Hikmet Zeynep Ağaoğlu PS-232
Hilal Eser Öztürk PS-288
Hilal Özdağ Sevgili PS-080
Hilmi Tozkır PS-003
Huda Avad PS-096
Hülya Odabaşı Bukun PS-177
Hülya Vahedi PS-099
Hüseyin Ediz Dalkılıç PS-210, PS-225, PS-227, PS-259
Hüseyin Kaplan PS-009, PS-230
Hüseyin T.e Özer SS-013

I-İ

Itır Hüda Ölmez PS-107
Işıl Kefeli PS-081
Işın Kılıçaslan PS-269
İbrahim Adaletli PS-115
İbrahim Hatemi PS-122, PS-172
İbrahim Karaduman PS-024, PS-071, PS-101, PS-159, PS-160, PS-163, PS-175, PS-178, PS-186, PS-234, PS-258, SS-009, SS-018
İbrahim Vasi PS-071, PS-159, PS-175, PS-178, PS-234, SS-018
İbrahim Yahya Çakır PS-024, PS-060, PS-071, PS-110, PS-141, PS-159, PS-160, PS-161, PS-163, PS-233, PS-234, PS-258, SS-018
İbrahim Özden PS-036
İclal Erdem Toslak PS-052, PS-118
İdil Kurut Aysin PS-062, PS-111
İlhan Nahit Mutlu SS-002
İlker İhtiyaroğlu SS-016
İlknur Kıvanç Altunay PS-241
İlknur Tuğal Tutkun PS-288
İmren Aydın Tatlı SS-003
İpek Türk PS-153
İpek Çınar Ermiş PS-129
İrem Demirtaş PS-051
İrem Satır PS-028
İrem Şahinoğlu PS-018, PS-095
İsmail Doğan PS-135, PS-188, PS-237, PS-268, PS-304, SS-010
İsmail Sarı PS-079, PS-082, PS-098, PS-104, PS-180, PS-182, PS-191, PS-228, PS-233, PS-283, SS-007, SS-012
İsmet Duman PS-118
İzzet Fresko PS-116

J

Jehat Kılıç PS-180

K

Kaan Can Demirbaş PS-124
Kaitlin A. Quinn PS-141
Kamil Gönderen SS-005
Kamil Karaali PS-150
Kardelen Eligüzel PS-208, PS-211
Kazım Yalçın Arga PS-001
Kemal Can Tertemiz SS-012
Kemal Türköz PS-127, SS-001
Kenan Aksu PS-032, PS-075, PS-110, PS-114, PS-141, PS-146, PS-155, PS-233, PS-283
Kenan Barut PS-124, PS-236, PS-262, PS-287
Kenan Orhanlı PS-053, PS-150, PS-165
Kenneth Warrington PS-171
Kerem Abacar PS-288, PS-294, PS-297, SS-003
Kerem Öztürk PS-146
Kerime Hatun Acar PS-056
Kevser Bakırcı PS-254
Kevser Orhan PS-135, PS-188, PS-189, PS-222, PS-237, PS-299, PS-304, SS-010
Klara Dalva PS-231, PS-281, PS-286
Koray Taşçılar SS-006, SS-017
Kübra Kalkan PS-013, PS-064, SS-002
Kübra Kayıkçı PS-270
Kübra Uğur PS-013, PS-041
Kürşat Kaya PS-134
Kıymet Aslı Kireçtepe Aydın PS-140

L

Ladan Zand PS-171
Lala Soltanova PS-209
Lale Alili PS-246
Levent Kılıç PS-068, PS-086, PS-087, PS-102, PS-179, PS-197, PS-198, PS-203, PS-206, PS-207, PS-212, PS-214, PS-255, PS-260, PS-261, PS-263, PS-273, PS-277, PS-288, PS-292, PS-302, PS-305
Leyla Cinel SS-003
Lorenzo Dagna PS-141
Louise Falzon PS-173, PS-243

Lütfi Akyol PS-200, SS-013
Lütfullah Zahit Koç PS-052

M

M. Akif Öztürk SS-018
M. Ali Ergün PS-161
M. Fatih Mülayim PS-161
Mahmut Kılıçaslan PS-033
Manas Behera PS-244
Manish Ora PS-244
Marco Minerba PS-252
Matthew Coster PS-141, PS-171
Mehmet Akif Baltacı PS-076, PS-186, SS-009
Mehmet Akif Eksin PS-138, PS-267
Mehmet Akif Kamar PS-104
Mehmet Akif Topçuoğlu SS-014
Mehmet Akif Öztürk PS-024, PS-060, PS-071, PS-110, PS-159, PS-160, PS-161, PS-163, PS-175, PS-234, PS-258, SS-013
Mehmet Ali Balcı PS-200
Mehmet Ali Enlice PS-233, SS-014
Mehmet Ali Ergün PS-258
Mehmet Coşkun PS-296
Mehmet Düzlü PS-101
Mehmet Emin Alak SS-017
Mehmet Emin Arayıcı PS-078
Mehmet Emin Kutu PS-256
Mehmet Emin Tezcan PS-076
Mehmet Emre Özkan PS-196
Mehmet Engin Tezcan PS-139, PS-180, PS-182, PS-186, PS-228, PS-251, PS-253, PS-282, PS-288, SS-009
Mehmet Hamza Türkcanoğlu PS-014
Mehmet Nejat Akar PS-080
Mehmet Ruhi Onur PS-212
Mehmet Serdar Güzel PS-033
Mehmet Yıldız PS-124, PS-236, PS-262, PS-287
Mehmet Şahin PS-035, PS-113, PS-137
Mehtap Doğruel PS-216
Mehtap Tınazlı PS-099
Mehveş Işıklar Ekici PS-138
Melih Akan PS-232, SS-008
Melih Kızıltepe PS-006, PS-009
Melih Yigithan Bahadır PS-082
Melih Özdede PS-078
Meliha Meriç Koç PS-074
Melike Ersoy PS-106, PS-117, PS-182, PS-191, PS-228
Melike Kalfa SS-013
Melike Köle PS-088
Melike Melikoğlu PS-115, PS-116, PS-177, PS-265, SS-016
Melike Özcan PS-039
Melikşah Taner PS-265
Melis Damla Özcan PS-140
Melis Dilbil PS-055
Meltem Güzin Altınel PS-288
Meltem Yüksel PS-231, PS-281, PS-286
Meltem Yıldırım Erol PS-012
Meral Yay PS-139
Mert Burkay Çöteli PS-294
Mert Gürcan SS-017
Mert Ünal PS-077
Merve Erkek PS-104
Merve Çelik PS-018, PS-095
Meryem Altın Ekin PS-081
Meryem Ay PS-112
Meryem Can PS-232, SS-008
Meryem Dumlu PS-251
Mesude Seda Aydoğdu PS-200
Mesut Ajder PS-011
Mesut Altan PS-203
Mesut Özgün Özdal PS-285
Mete Kara PS-110, PS-223, PS-275
Mete Pekdiker PS-061
Metin Eser PS-311
Mevlüt Kaçar PS-018, PS-095
Meysere Nur Akuç PS-225, PS-227, PS-259
Mine Adaş PS-022, PS-050
Mine Temel Nokay PS-028, PS-049
Miraç Günaydın PS-158, PS-187
Misbah Baqir PS-171
Molly Mary Thabah PS-244
Muazzez Çiğdem Oba PS-072
Muhammed Alahan PS-289
Muhammed Ali Aydın PS-023
Muhammed Ekrem Karakaya PS-165

Muhammed Emin Kutu PS-280
Muhammed Fatih Mulayim PS-258
Muhammed Çağrı Akdemir PS-102, PS-179
Muhammet Emin Kutlu PS-174
Muhammet Emin Kutu PS-032, PS-040, PS-075, PS-224
Muhammet Çınar PS-043, PS-133, PS-169, PS-190, PS-193, PS-229
Murat Bektaş PS-246, SS-015
Murat Can PS-205
Murat Hakkı PS-312
Murat Oklar PS-288
Murat Turgay PS-033, PS-060, PS-076, PS-186
Murat Yeniçeri PS-251, PS-280
Murat Yiğit PS-134
Murat Yoğurtçu PS-111, PS-208, PS-211
Murat Çimci SS-016
Murat İnanç PS-076, PS-130, PS-131, PS-148, PS-149, PS-186, PS-195, PS-209, PS-213, PS-242, PS-245, PS-246, PS-269, PS-270, SS-004, SS-009, SS-015
Mustafa Aydemir PS-049
Mustafa Ekici PS-068, PS-102, PS-112, PS-129, PS-179, PS-203, PS-206, PS-207, PS-214, PS-268, PS-302, SS-013
Mustafa Ender Terzioğlu PS-053, PS-077, PS-150, PS-165
Mustafa Erdoğan PS-076, PS-122, PS-127, PS-139, PS-186, PS-284, PS-290, PS-295, PS-303, SS-001, SS-009, SS-011, SS-017
Mustafa Mahir Ülgü PS-289, SS-006
Mustafa Utku Uğur PS-302
Mustafa Çağatay Büyükuysal PS-200
Mustafa Özmen PS-059, PS-062, PS-208, PS-211, SS-005
Muzaffer Bilgin PS-089, PS-217
Müge Aydın Tufan SS-014
Müjdat Bankoğlu PS-241
Müjdat Kaya PS-203
Mürüvvet Kalkan PS-033
Müçteba Enes Yayla PS-026, PS-033, PS-036, PS-076, PS-144, PS-169, PS-186, PS-226, PS-231, PS-266, PS-281, PS-286, SS-009
Müşerref Kasap Cüceoğlu PS-196

N

N. Şule Yaşar Bilge PS-215, PS-217, PS-218
Naciye Güdük Şirvan PS-112
Naciye Sinem Gezer PS-104
Nagehan Dik Kutlu PS-174, PS-257
Naim Ata PS-289, SS-006
Nazife Şule Yaşar Bilge PS-089, PS-174, PS-180, PS-182, PS-184, PS-191, PS-228
Nazlı Mert Özüpek SS-007
Nazlı Tatlıbaş PS-100
Neeraj Jain PS-244
Nergis Akay PS-124, PS-236, PS-262, PS-287
Nergis Serin PS-008, PS-181
Neslihan Abacı PS-001, PS-209
Neslihan Gökçen PS-185, SS-009
Neslihan Kara Çanlıoğlu PS-313
Neslihan Yılmaz PS-180, PS-182, PS-191, PS-228
Nesrin Şen PS-251, PS-288, SS-009
Nevsun İnanç PS-127, PS-139, PS-284, PS-295, PS-303, SS-001
Nida Eryiğit PS-270
Nigil Haroon PS-079
Nihan Neval Uzun PS-251, PS-306
Nilay Erdik PS-048, PS-083, PS-185, PS-191, PS-228
Nilgün Göveç Gıynaş PS-026, PS-226, PS-231, PS-266, PS-281, PS-286
Nilsen Erdoğan PS-127, SS-001
Nilüfer Alpay Kanıtez PS-075, PS-174, PS-224, PS-233, PS-283, SS-013, SS-014
Nilüfer Zorlutuna Kaymak PS-288
Niyazi Çetin PS-249
Nuh Ataş PS-060, PS-110
Numune Aliyeva PS-149, PS-213
Nur Şişman Kitapçı PS-284, PS-290, PS-295
Nurdan Şentürk Durmuş PS-121
Nurnisa Bayram Akıncı PS-139
Nurten Seda Korkmaz Ergin PS-242
Nurullah Akkoç PS-018
Nurullah Özdemir PS-052
Nurşen Düzgün SS-013

O

Okan Güleryüz PS-142, PS-194
Olcay Kurtulan PS-260
Onur Buğdaycı PS-294
Onur Duman PS-245
Onur Erdem Şahin SS-016

Onur İnan PS-038
Orhan Eren PS-250
Orhan Küçükşahin PS-076, PS-135, PS-188, PS-237, PS-304, SS-010
Orhan Zengin PS-076, PS-167, PS-186, PS-200, SS-009, SS-013
Osman Cüre PS-200
Osman Erhan Akcan PS-054
Osman Kahraman PS-232, SS-008
Osman Kızılkılıç PS-116, PS-177
Osman İlhami Özcebe PS-292
Oya Altun PS-042, PS-045, PS-219
Oya Köker PS-238
Ozan Şakır PS-199, PS-235
Oğulcan Türker PS-090
Oğuz Karcıoğlu PS-260, PS-277, PS-302
Oğuz Yücel Yılmaz PS-052
Oğuzhan Kızılkaya PS-074

Ö

Ömer Atakan Soğur PS-003, PS-004, PS-005, PS-007, PS-016, PS-143, PS-191, PS-228
Ömer Faruk Karakoç PS-146
Ömer Faruk Kırlangıç PS-066
Ömer Faruk Sarıahmetoğlu PS-115
Ömer Karadağ PS-032, PS-068, PS-102, PS-103, PS-176, PS-179, PS-180, PS-182, PS-191, PS-196, PS-197, PS-203, PS-206, PS-207, PS-212, PS-224, PS-228, PS-255, PS-256, PS-260, PS-261, PS-273, PS-288, PS-292, PS-305, SS-013, SS-014
Ömer Kartı PS-081
Ömer Onur Karaca PS-159
Ömer Soğur PS-180
Ömer Uludağ PS-130, PS-131, PS-148, PS-195, PS-245, PS-270, SS-004
Ömür Mumcu PS-290, PS-295
Övgü Bıçkıcı PS-153, PS-186
Öykü Tomay Aksoy PS-059, PS-062, PS-208, PS-211
Özge Kara Avcı PS-056
Özge Karakök PS-155, SS-003
Özge Sevil Karstarlı Bakay PS-249
Özge Yoğurtçu PS-062, PS-111, PS-182, PS-191, PS-208, PS-211, PS-228, SS-005
Özgül Soysal Gündüz PS-018, PS-095
Özgür Can Kılınç PS-074, PS-293
Özgür Kasapçopur PS-124, PS-236, PS-262, PS-287
Özgür Kılıçkesmez PS-014, SS-002
Özgür Tosun PS-111
Özgür Çakır PS-057
Özkan Bayrakcı PS-304
Özkan Urak PS-155, PS-256, PS-283, SS-014
Özlem Demircioğlu PS-303
Özlem Doğan Ağbuga PS-076, PS-186, PS-200, SS-009
Özlem Esra Yıldırım PS-049
Özlem Karakaş PS-228
Özlem Koyuncu Özyurt PS-028
Özlem Kudaş PS-200
Özlem Kılıç PS-145
Özlem Nur Tok Yaman PS-091

P

Pamir Atagündüz PS-039, PS-288, PS-294, SS-003
Pelin Ercoşkun PS-073
Pelin Karaca Özer PS-195
Peter C. Grayson PS-141
Pınar Akyüz Dağlı PS-032, PS-135, PS-138, PS-174, PS-224, PS-237, SS-010, SS-013
Pınar Diydem Yılmaz PS-070
Pınar Durmaz PS-017, PS-065
Pınar Ergün PS-277
Pınar Özen PS-112

R

Rabia Deniz PS-001, PS-013, PS-014, PS-029, PS-032, PS-039, PS-040, PS-041, PS-042, PS-045, PS-046, PS-064, PS-067, PS-126, PS-127, PS-158, PS-187, PS-192, PS-219, PS-224, SS-001, SS-002, SS-011
Rabia Özmen PS-180, PS-182, PS-191, PS-228
Rahime Duran PS-024, PS-071, PS-159, PS-160, PS-163, PS-182, PS-191, PS-228, PS-234, PS-258, SS-018
Rahul Joseph Rajeev PS-244
Rahşan Göçmen PS-112, SS-014
Ramazan Eren PS-109, SS-011
Recep Bekıs PS-082
Reyhan Bilici PS-038, PS-105, PS-186, SS-009
Reyhan Köse Çobanoğlu PS-310

Rezan Koçak Ulucaköy PS-135
Reşide Börçe Aydın PS-074
Reşit Yıldırım PS-032, PS-218, PS-224
Robert D Inman PS-079
Rodrigo Cartin Ceba PS-171
Rukiye Berkem PS-090
Rumeysa Mirza Altıntaş PS-013, PS-126
Rüveyda Sak İnal SS-014
Rıdvan Mercan PS-003, PS-004, PS-005, PS-007, PS-016, PS-143, PS-180, PS-191, PS-201, PS-228, SS-013
Rıza Can Kardaş PS-024, PS-071, PS-103, PS-159, PS-163, PS-175, SS-018

S

Sabriye Güner PS-056, PS-115, PS-265
Sachit Ganapathy PS-244
Sadettin Uslu PS-018, PS-030, PS-095
Safiye Bakkal PS-098, PS-233
Sait Sağer SS-016
Salih Özgüven PS-297
Saliha Aydın PS-251
Saliha Kasapoğlu Erdil PS-219
Salim Mısırcı PS-010, PS-200
Samuel Falde PS-171
Seda Duman Öztürk PS-057
Seda Günay Akyol PS-152
Seda Kutluğ Ağaçkıran PS-228
Seda Nur Göksu Karakuş PS-035
Seda Taşır PS-080, PS-119
Seda Yürümez Çolak PS-094
Seda Çolak PS-043, PS-066, PS-133, PS-190, PS-193, PS-229
Sedar Can Güven PS-186
Sedat Kiraz PS-068, PS-084, PS-088, PS-102, PS-179, PS-201, PS-206, PS-207, PS-255, PS-273, PS-305
Sedat Yılmaz PS-043, PS-060, PS-066, PS-094, PS-110, PS-133, PS-169, PS-180, PS-182, PS-190, PS-191, PS-193, PS-228, PS-229, PS-264
Sedat Özmen PS-083
Selime Ermurat PS-239
Selin Ardalı Düzgün PS-302
Selin Aydemir PS-147
Selin Bayram PS-184
Selin Genç Kocaayan PS-059, SS-005
Selin Çelen PS-021
Selin İldemir Ekizoğlu PS-210
Selma Sarı PS-213, PS-246
Selma Özlem Çelikdelen PS-038, PS-105
Sema Işık PS-075, PS-283
Sema Kaymaz Tahra PS-141, PS-275, SS-013
Sema Servi PS-038
Sema Sırma Ekmekci PS-001
Sema Sırma Ekmekçi PS-209
Sema Yılmaz PS-054
Semih Gülle PS-030
Semiha Köroğlu PS-032, PS-110, PS-114, PS-146, PS-224
Sena Gizem Arslan PS-069
Sena Kodalak PS-255
Senar Şan PS-032, PS-075, PS-155, PS-224, PS-298
Sepideh Lotfi Sadigh PS-212
Serap Argun Barış PS-108
Serdal Uğurlu PS-025, PS-072, PS-074, PS-116, PS-236, PS-265, PS-278, PS-287, PS-293
Serdar Aslan PS-116
Serdar Can Güven PS-076, PS-135, PS-188, PS-237, PS-304, SS-009, SS-010
Serdar Sezer PS-026, PS-033, PS-090, PS-144, PS-169, PS-226, PS-231, PS-266, PS-281, PS-286
Serpil Ergülü Eşmen PS-092, PS-200
Sertaç Ketenci PS-288
Servet Akar PS-019, PS-058, PS-059, PS-062, PS-075, PS-100, PS-103, PS-111, PS-155, PS-182, PS-191, PS-201, PS-208, PS-211, PS-224, PS-228, PS-274, PS-283, PS-288, SS-005, SS-013
Servet Yolbaş PS-254
Seunghun Lee PS-079
Sevgen Çelik Önder PS-260
Sevgi Bilen Ayhan PS-135, PS-188, PS-237, SS-014
Sevgi Gülşen PS-037
Sevil Yiğit PS-154
Sevilay Batıbay PS-063
Sevinç Can Sandıkçı PS-261, SS-014
Sevinç Taşar PS-311
Sevtap Arslan Sarıkaya PS-199, PS-214
Seyfullah Halit Karagöz PS-115
Seza Özen PS-196, PS-256
Sezgi Karabulut Gök PS-029, PS-042

Sezgin Şahin PS-124, PS-236, PS-262, PS-287
Shirkhan Amikishiyev PS-149, PS-209
Sibel Bakırcı PS-052, PS-118
Sibel Balcı PS-123
Sibel Doğan Günaydın PS-263
Sibel Eyigör PS-146
Sibel Kadayıfçılar PS-212, PS-288
Sibel Yılmaz Öner PS-180, PS-182, PS-228, PS-251, PS-288
Sidar Çöpür PS-174
Sindhu R Johnson PS-079
Sinem Burcu Kocaer PS-032
Sinem Can Bayram PS-289
Sinem Nihal Esatoğlu PS-116, PS-140, PS-170, PS-172, PS-173, PS-177, PS-216, PS-243, PS-275, PS-278, SS-017
Sofia Ramiro PS-173, PS-243
Soner Altın PS-148
Soner Şenel PS-032, PS-186, PS-224, SS-009, SS-013
Sude Akyel PS-064
Sule Apraş Bilgen PS-068
Suzan Önol PS-050
Sükrü Palanduz PS-209
Sükrü Öztürk PS-209
Süleyman Karaköse PS-092
Süleyman Serdar Koca PS-076, PS-186, PS-200, SS-009
Süleyman Özbek SS-013
Sümeyra Nur İzzet Akcan PS-239
Sümeyye Büyük PS-246
Sıdıka Tapşın Güllüoğlu SS-003
Sıla Atamyıldız Uçar PS-311, PS-312, PS-313

Ş

Şaziye Şule Apraş Bilgen PS-305
Şebnem Durmaz SS-016
Şehnaz Olgun Yıldızeli PS-303
Şenay Topsakal PS-134
Şeref Rahmi Yılmaz PS-197
Şeref Sülükçü PS-018, PS-095
Şerife Çoşkun Sağırkaya PS-155, PS-164, PS-268, PS-304
Şerife Şeyda Zengin Acemoğlu PS-093
Şevket Ali Ekmen PS-221, PS-301
Şeyda Türkölmez PS-304
Şeyma Yılmaz PS-057
Şeyma Çolakoğlu Özkaya PS-288, PS-294, SS-003
Şirhan Amikishiyev PS-186
Şuayip Birinci PS-289, SS-006
Şule Apraş Bilgen PS-102, PS-179, PS-197, PS-206, PS-207, PS-255, PS-256, PS-260, PS-273
Şule Yavuz SS-013
Şule Yaşar Bilge PS-075, PS-155
Şükran Erten PS-076, PS-135, PS-138, PS-155, PS-174, PS-186, PS-188, PS-237, PS-268, PS-304, SS-010
Şükrü Can Akmansoy PS-290
Şükrü Güllüoğlu SS-003
Şükrü Mehmet Ertürk PS-246

T

Tahir Saygın Öğüt PS-055, PS-077, PS-120, PS-186, SS-014
Tahsin Can Aydemir PS-289
Tahsin Murat Turgay PS-026, PS-107, PS-144, PS-169, PS-226, PS-231, PS-266, PS-281, PS-286
Talal Ammar SS-017
Tamer Acat PS-083, PS-084, PS-185
Taner Yılmaz PS-217
Taner Özgürtaş PS-066
Tayfun Hilmi Akbaba PS-196
Tayyip Kılıçsokan PS-203
Tevfik Güzelbey PS-014, SS-002
Timur Pırıldar PS-018, PS-095
Timuçin Kaşifoğlu PS-032, PS-074, PS-089, PS-180, PS-182, PS-184, PS-186, PS-191, PS-201, PS-215, PS-217, PS-218, PS-224, PS-228, SS-013
Tolga Yıldırım PS-197
Toros Selçuk PS-260
Tuba Demirci Yıldırım PS-030, PS-180, PS-182, PS-191, PS-228
Tuba Hacıbekiroğlu PS-083
Tuba Sarıkaya PS-039
Tuba Yüce İnel PS-030
Tulin Ergun PS-155
Turçin Sarıdoğan PS-296
Tuğba Atcı PS-242
Tuğba Demirci Yıldırım SS-013
Tuğba Kahraman Denizhan PS-006, PS-009, PS-142, PS-186, PS-194, PS-230, SS-009

Tuğba Kalaycı PS-209
Tuğba Ocak PS-032, PS-075, PS-183, PS-200, PS-224
Tuğba Özüm PS-112
Tuğba İzci Duran PS-084, PS-249
Tülin Işık PS-119
Tümay Ak PS-056, PS-115, PS-265

U

Ufuk İlgen PS-023
Ulrich Specks PS-171
Umut Bakay PS-249
Umut Kalyoncu PS-068, PS-074, PS-086, PS-087, PS-102, PS-112, PS-129, PS-176, PS-179, PS-197, PS-198, PS-199, PS-201, PS-203, PS-206, PS-207, PS-214, PS-235, PS-255, PS-260, PS-261, PS-263, PS-273, PS-288, PS-289, PS-305, SS-006
Upendra Rathore PS-244
Utku Şentosun PS-310
Uğur Bayram Korkmaz PS-059
Uğur Bilge PS-215
Uğur Güngör Demir PS-307
Uğur Karasu PS-134
Uğur Uygunoğlu PS-116, PS-177, PS-265

Ü

Ülkü Uçar PS-118
Ümit Gül PS-124, PS-236, PS-262, PS-287
Ümran Esen PS-212
Üstün Aydıngöz PS-176, PS-199

V

Vedat Hamuryudan SS-016
Vedat Yaman PS-176
Veli Yazısız PS-028, PS-037, PS-049, PS-053, PS-077, PS-120, PS-150, PS-165, PS-186, SS-009, SS-014
Veli Çobankara PS-031, PS-134
Visar Shehu SS-016

Y

Yalkın Çalık PS-083, PS-185
Yasemin Bakkal Temi PS-181
Yasemin Başbınar SS-007
Yasemin Mirza PS-070
Yasemin Sağlan PS-215
Yasemin Yalçınkaya PS-130, PS-131, PS-148, PS-149, PS-186, PS-195, PS-209, PS-213, PS-242, PS-245, PS-246, PS-269, PS-270, SS-004, SS-015
Yasemin Özden Eldemir PS-027
Yasemin Özlük PS-269
Yavuz Pehlivan PS-075, PS-174, PS-180, PS-182, PS-183, PS-191, PS-200, PS-201, PS-210, PS-225, PS-227, PS-228, PS-233, PS-257, PS-259
Yağmur Ersoy SS-017
Yağmur Tahıllıoğlu PS-212
Yağmur İnalkaç Gemici PS-095
Yeliz Kargıner PS-204
Yeter Mahmutoğlu PS-026, PS-226, PS-266
Yeşim Nergiz PS-070
Yeşim Özgüler PS-116, PS-173, PS-243, SS-017
Yonca Çelik PS-149
Yousef Aljaber PS-096
Yunus Durmaz PS-017, PS-065
Yunus Emre Dalkılıç PS-060, PS-110, PS-133, PS-190, PS-264
Yusuf Demir PS-265
Yüksel Maraş PS-135, PS-188, PS-237, PS-304, SS-010
Yıldız Akbal Engin PS-131, PS-149, PS-209, PS-245, PS-270

Z

Zehra Karaman Ongun PS-026, PS-169, PS-226, PS-261, PS-266
Zehra Özsoy PS-277
Zeki Soypaçacı PS-274
Zeki Öngen SS-016
Zekiye Pınar İpek Eyvaz PS-142, PS-194
Zeliha Ademoğlu PS-023, PS-272
Zeliha Emrence PS-001
Zeyneb Bıyık PS-083
Zeynep Ceren Balaban Genç PS-297
Zeynep Dilara Selçuk PS-121, PS-248
Zeynep Dündar Ök PS-276
Zeynep Erde PS-208, PS-211
Zeynep Fural PS-180, PS-182, PS-228, PS-251
Zeynep Gökdemir PS-312
Zeynep Hikmet Ağaoğlu SS-008

Zeynep Kaya PS-200
Zeynep Nazlı Doghramachi PS-296
Zeynep Toker Dinçer PS-025
Zeynep Torunoğlu Bek PS-124, PS-236, PS-262, PS-287
Zeynep Yağbasan PS-200, PS-233
Zeynep Özge Özdemir PS-135, PS-237
Ziya Ayhan PS-081
Zübeyde Uğurlu PS-113, PS-137, PS-186
Zülal Tatar PS-031, PS-091

Ulusal
ROMATOLOJİ Dergisi
Journal of Turkish Society for Rheumatology

www.romatolojidergisi.org