

XII. Ulusal Romatoloji Kongresi Bildiri Özetleri, 16-20 Ekim 2011, Belek, Antalya

Sözel Bildiriler

(SB-01 — SB-24)

17 Ekim 2011 – 13:30-14:30

A Salonu

SB-01

Ratlarda kollajen ile uyarılan artrit modelinde lapatinib tedavisinin etkinliği

¹Metin Özgen, ¹Süleyman Serdar Koca, ¹Ahmet Karataş,
¹Adile Ferda Dağlı, ²Fazilet Erman, ¹Barış Gündoğdu,
⁴Kazım Şahin, ¹Ahmet Işık

¹Firat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı,
Romatoloji Bilim Dalı, ²Patoloji Anabilim Dalı, ³Firat Üniversitesi Sağlık
Yüksekokulu, ⁴Firat Üniversitesi Veteriner Fakültesi, Hayvan Besleme
Anabilim Dalı, Elazığ

Amaç: Romatoid artrit (RA)'te kırık-kemik destrüksiyonu-
nun patogenezinde, anjiyenez ve sinovyal hiperplazi önemli
rollere sahiptir. Epidermal growth factor receptor (EGFR) fa-
milyası üyeleri ve ilişkili ligandları, sinovyal hücrelerden yaygın
olarak eksprese edilmektedir. Bu reseptörler ve ligandları,
RA'daki sinovyal hiperplazi ve hastalık progresyonu ile ilişkili
olabilir. Lapatinib, oral olarak kullanılan, EGFR ve insan
EGFR-2 (HER2) ilişkili tirozin kinazların reversibl inhibitörü-
dür. Bu nedenle, lapatinib RA'da potansiyel eklem koruyucu
özelliklere sahip olabilir. Bu çalışmanın amacı, ratlarda kollajen
ile uyarılan artrit (CIA) modelinde lapatinib'in tedavi edici et-
kinliğini araştırmaktır.

Yöntem: 30 adet Wistar albino dişi rat, üç gruba randomize
edildi (her grupta n=10). Grup-I kontrol grubu, Grup-II artrit
grubu ve Grup-III lapatinib grubu olarak belirlendi. Artrit oluş-
turmak için, Grup-II ve III ratlara, intradermal inkomplet Fre-
und adjuvanı ile kombine edilen tavuk tip II kollajeni uygulan-
dı. Artrit oluşuktan bir gün sonra, 14. gün, Grup-III ratlara,
oral gavaj ile 30 mg/kg/gün dozda lapatinib tedavisi başlandı ve
ratların sakrifiye edildiği 29. güne kadar tedaviye devam edildi.
Ratlar, artrit oluşuktan 15 gün sonra sakrifiye edildi. Analizler

için, ratların gövde kanları ve arka pençeleri alındı. Serum tü-
mör nekroz faktör (TNF)- α , interlökin (IL)-17, malondialde-
hid (MDA) düzeyleri ve süperoksit dismutaz (SOD), katalaz
(CAT), glutatyon peroksidaz (GPx) aktiviteleri, eklem doku-
sunda nuclear factor erythroid 2-related factor 2 (Nrf2) ve hem
oksijenaz-1 (HO-1) ekspresyonları, pençelerde perisinovyal inf-
lamasyon ve kırık-kemik destrüksiyonu değerlendirildi.

Bulgular: Grup-I ile karşılaştırıldığında, Grup-II'de TNF- α ,
IL-17 ve MDA düzeylerinde artış, SOD, CAT, GPx aktivitele-
rinde ve Nrf2, HO-1 ekspresyonlarında azalma vardı. Histopa-
tolojik değerlendirmelerde, Grup-II rat eklemlerinde yaygın pe-
risinovyal inflamasyon ve belirgin kırık-kemik destrüksiyonu
vardı (Tablo). Lapatinib tedavisi ile TNF- α , IL-17, MDA dü-
zeylerinde azalma, SOD, CAT, GPx aktivitelerinde ve Nrf2,
HO-1 ekspresyonlarında artış, perisinovyal inflamasyon ve kı-
rık-kemik destrüksiyonunda azalma belirlendi.

Tablo (SB-01): Çalışma gruplarının klinik ve laboratuvar verileri*

	Grup-I (Kontrol) (n=10)	Grup-II (Artrit) (n=10)	Grup-III (Lapatinib) (n=10)
14. gün artrit skoru	-	1.4 $\pm$ 0.7	1.6 $\pm$ 0.5
29. gün artrit skoru	-	2.4 $\pm$ 0.5	0.3 $\pm$ 0.5 ^e
İnflamasyon skoru	-	4.0 $\pm$ 0.0	2.1 $\pm$ 0.7 ^e
Destrüksiyon skoru	-	3.9 $\pm$ 0.3	1.2 $\pm$ 0.4 ^e
TNF- α (pg/mL)	25.6 $\pm$ 5.0	62.7 $\pm$ 12.9 ^b	26.4 $\pm$ 3.3 ^d
IL-17 (pg/mL)	29.5 $\pm$ 8.3	65.7 $\pm$ 8.9 ^b	47.0 $\pm$ 6.5 ^{b,d}
MDA (μ mol/L)	0.58 $\pm$ 0.23	1.6 $\pm$ 0.2 ^b	0.92 $\pm$ 0.13 ^{b,d}
SOD (U/mL)	12.0 $\pm$ 7.3	3.4 $\pm$ 1.6 ^b	5.4 $\pm$ 1.1 ^{b,c}
CAT (nmol/dk/mL)	0.33 $\pm$ 0.07	0.12 $\pm$ 0.08 ^b	0.24 $\pm$ 0.02 ^{a,d}
GPx (nmol/dk/mL)	335 $\pm$ 179	179 $\pm$ 45 ^b	307 $\pm$ 62 ^d

*Değerler ortalama $\pm$ standart sapma olarak verildi. TNF: Tümör nekroz faktör, IL: Interlökin, MDA: Malondialdehid, SOD: Süperoksit dismutaz, CAT: Katalaz, GPx: Glutatyon peroksidaz. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında ^ap<0.05, ^bp<0.01. Artrit grubu ile karşılaştırıldığında ^cp<0.05, ^dp<0.01, ^ep<0.001

Sonuç: Bu çalışma, CIA modelinde lapatinibin inflamatuvar yolakları ve oksidatif stresi baskıladığını, sinovyal hiperplaziyi önlediğini gösteren ilk çalışmadır. Lapatinib, RA tedavisi için etkin bir seçenek olabilir.

SB-02

Sklerodermada serum ve balgam caveolin-1, TGF- β ve endotelin-1 düzeyleri ile akciğer fibrozisi arasındaki ilişki

¹Neslihan Yılmaz, ²Şehnaz Olgun, ³Müge Bıçkıcıgil, ⁴Musa Temel, ⁵Rengin Ahıskalı, ²Sait Karakurt, ¹Şule Yavuz

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, ²Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, ³Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, ⁴Medical Park Hastanesi Romatoloji Bilim Dalı, ⁵Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş ve amaç: Skleroderma(SSc), diffuz endotelial hasar ve interstisyel fibrozis ile karakterize bir bağ dokusu hastalığıdır. SSc patogenezi net olarak anlaşılamamakla birlikte son yapılan çalışmalarda Caveolin-1 (Cav-1), TGF- β and Endotelin-1 (ET-1) moleküllerinin interstisyel fibrozis ve vaskülopatide rol oynayabileceğine dair bulgular bulunmaktadır. Çalışmamızın amacı SSc hastalarında interstisyel akciğer hastalığı (İAF) varlığını ve prognozunu ortaya koyacak non invaziv bir belirteç araştırmaktır.

Metod: Çalışmaya 55 SSc hastası ile kontrol grubu olarak 25 astım hastası ve 16 sağlıklı gönüllü(SK) dahil edildi. Tüm SSc hastalarının klinik ve laboratuvar parametreleri 6 ayda bir değerlendirilerek kaydedildi. Eş zamanlı olarak serum örnekleri ve bir defaya mahsus uyarılmış balgam örnekleri alındı. İnterstisyel akciğer fibrozisi varlığı solunum fonksiyon testleri ve yüksek rezolusyonlu akciğer tomografisi ile incelendi. Tüm hasta ve kontrollerin serum ve balgam örneklerinde ELISA tekniği ile Cav-1, TGF- β and ET-1 ölçümleri yapıldı.

Sonuçlar: SSc hastalarının yaş ortalaması 48 (25-72) yıl ve hastalık süresi 5 (1-29) yıl idi. Kırkbeş (%81.9) hastada İAF, 8 (%14.5) hastada pulmoner hipertansiyon(PHT), 22(%40) hastada dijital ülser mevcuttu. Ortalama hastalık aktivite skoru 5.4 $\pm$ 2.6 idi. Kırkbeş (%81.9) hasta immunsupresif tedavi ve 7(%12.7) hasta endotelin reseptör antagonisti tedavisi almakta idi. Serum Cav-1 düzeyleri, SSc ve astım hastalarında SK'lere göre daha düşük saptandı ($p<0.01$). Diğer taraftan balgam Cav-1 düzeyleri, SSc hastalarında her iki gruba göre daha düşük bulundu ($p<0.001$) (Tablo). Serum TGF- β değerleri açısından gruplar arasında farklılık saptanmazken ($p>0.05$), balgam TGF- β düzeyinin astım hastalarında belirgin derecede yüksek olduğu görüldü ($p<0.05$). Serum ET-1 düzeyinin SSc hastalarında her iki gruba göre daha yüksek olduğu gözlemlendi ($p<0.01$) (Tablo). Serum ve balgam örneklerindeki Cav-1, TGF- β ve ET-1 düzeyleri ile hastalık aktivitesi, hastalık tipi, İAF, dijital ülser ve PHT varlığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Akciğer to-

mografisinde tespit edilen alveolit indexi, fibrozis indexi ve total skor değerlendirilmesi ile serum Cav-1, TGF- β ve ET-1 düzeyleri ve balgam Cav-1, ET-1 ölçümleri arasında ilişki bulunmadı. Sadece balgam TGF- β değerlerinin alveolit indexi ile pozitif yönde ($r=0.34$) ve zorlu vital kapasite (FVC) ile negatif yönde ($r=-0.44$) korelasyonu olduğu gözlemlendi ($p<0.05$). SSc hastalarının 0, 6. ve 12. aylardaki takiplerinde serum Cav-1 seviyelerinin düşerken ($p<0.01$) eş zamanlı olarak akciğer tomografisindeki fibrozis skorunun arttığı ($p<0.05$) saptandı.

Tablo (SB-02): SSc, astım hastaları ve sağlıklılarda serum ve balgam Cav-1, TGF β ve ET-1 seviyeleri

	SSc	Astım	SK
Serum			
Cav-1 (ng/ml)	0.29 $\pm$ 0.11	0.27 $\pm$ 0.07	0.39 $\pm$ 0.10*
TGF β (pg/ml)	8115 $\pm$ 4306	7979 $\pm$ 4055	8497 $\pm$ 3574
ET-1 (fmol/ml)	3.43 $\pm$ 6.05**	0.73 $\pm$ 0.53	0.58 $\pm$ 0.29
Balgam			
Cav-1 (ng/ml)	0.19 $\pm$ 0.04***	0.24 $\pm$ 0.07	0.28 $\pm$ 0.07
TGF β (pg/ml)	85.6 $\pm$ 85.6	156.8 $\pm$ 147.5*	89.5 $\pm$ 83.7
ET-1 (fmol/ml)	0.31 $\pm$ 0.14	0.31 $\pm$ 0.15	0.25 $\pm$ 0.16

ANOVA, $p<0.001$. *SK'e karşı SSc ve astım, **SSc'a karşı astım ve SK, ***SSc'a karşı astım ve SK, *astım karşı SSc ve SK

Tartışma: Sonuçlarımız Cav-1'in SSc patogenezinde rol oynayabileceğini ve balgam TGF- β düzeyi ölçümünün interstisyel akciğer hastalığının şiddetini değerlendirmede kullanılabilecek bir belirteç olabileceğini düşündürmektedir.

SB-03

Sistemik lupus eritematozuslu hastalarda otoantikör kümelerinin klinik öneminin incelenmesi

¹Bahar Artım Esen, ²Erhan Çene, ³Yasemin Şahinkaya, ¹Semra Ertan, ¹Özlem Pehlivan, ¹Ahmet Omma, ¹Burak Erer, ¹Sevil Kamalı, ¹Ahmet Gül, ¹Lale Öcal, ¹Orhan Aral, ¹Murat İnanç

¹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı; ²Yıldız Üniversitesi, İstatistik Bölümü, İstanbul

Gerekçe: Sistemik Lupus Eritematozus (SLE) farklı serolojik ve klinik bulguları olan heterojen seyirli bir hastalıktır. Otoantikörlerin çeşitli klinik özelliklerle ilişkileri bilinmektedir. Bu çalışmada tek merkezden takip edilen büyük bir SLE kohortundaki otoantikör kümelerini ve ilişkili oldukları klinik özellikleri belirlemeyi hedefledik.

Yöntem: Çalışmaya 1980-2010 yılları arasında kliniğimizden takip edilen 852 hasta alındı. Hastaların %87'si kadındı ve ortalama hastalık süresi 115 $\pm$ 85.9 aydı. Benzer otoantikör profili olan SLE'li hasta alt gruplarını belirlemede kullanılacak kümeleme analizi için anti-DNA, anti-Sm, anti-RNP, antikardiyoli-

pin IgG veya IgM (aKL IgG/M), Lupus antikoagülanı (LAK), anti-Ro ve anti-La'dan oluşan 7 otoantikor seçildi ve verilerin analizinde K-Ortalama kümelemesi ve Kaplan-Meier sağkalım analizi kullanıldı.

Sonuçlar: Seçilen otoantikorların kohorttaki sıklığı şöyleydi: anti-dsDNA %70.5, anti-Sm %19.1, anti-RNP %15.4, Anti-Ro %24.1, anti-La %10.7, LAK %10.8, aKL IgG/M %29. Kümeleme analizinde 4 küme belirlendi (Tablo). Birinci kümede anti-Sm ve anti-RNP, ikincide sadece anti-dsDNA, üçüncüde anti-Ro ve anti-La ve dördüncüde aKL IgG/M bulunuyordu. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da LAK 4. kümede en sıkı. Birinci kümedeki hastaların diğer 3 kümeye göre anlamlı olarak daha fazla pulmoner hipertansiyonu (11%) ve daha az renal (%12) ve nöropsikiyatrik (NP) tutulumu (%7.9) vardı. Renal tutulum 2. kümede en fazlaydı (%43.2) ve en sık görülen alt tip diffüz proliferatif nefritti. Dördüncü kümede anlamlı olarak daha fazla NP tutulumu (%42.9), arteriyel (%53.6) ve venöz (%54) trombotik olaylar ve otoimmün hemolitik anemi (%33.3) saptandı. SLICC hasar indeksine göre en fazla hasar 2. kümedeydi (%32.7). SLICC hasar parametreleri açısından kümeler karşılaştırıldığında renal hasar en çok 2. kümedeydi (%43; 1., 3., 4. kümelerde sırasıyla %11, 15.3 ve 30.6). Dördüncü kümedeki hastalarda arteriyel ve/veya venöz trombotik olaylara bağlı hasar en çoktu. Bu kümede diğer 3 kümeyle karşılaştırıldığında daha fazla NP (%40.2) ve kardiyovasküler (%32.6) hasar saptandı. Dört kümenin 10 (%98, %92, %95, %88) ve 20 (%98, %87, %88, %80) yıllık sağkalımları karşılaştırıldığında 4. küme sağkalımında bir azalma eğilimi olsa da istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi.

Tablo (SB-03):

Otoantikor	Küme 1 (n=136)	Küme 2 (n=293)	Küme 3 (n=240)	Küme 4 (n=183)
Anti dsDNA	69 (50.7)	293 (100)*	98 (40.8)	141 (77)
Anti Sm	135 (99.2)*	9 (3)	14 (5.8)	5 (2.7)
aKL IgG/IgM	43 (31.6)	0 (0)	21 (8.7)	183 (100)*
LAK	12 (8.8)	10 (4)	15 (6.2)	55 (30)
Anti RNP	121 (88.9)*	2 (0.8)	4 (1.6)	4 (2.1)
Anti RO	36 (26.4)	0 (0)	152 (63.3)*	17 (9.2)
Anti LA	14 (10.2)	2 (0.8)	71 (29.5)*	4 (2.1)

Tartışma: SLE'li hastaların otoantikor kümelerine göre alt gruplara ayrılması organ tutulumu gelişimi ve prognoz açısından önem taşımaktadır. Dört farklı otoantikor kümesi belirlenen kohortumuzda diğer otoantikorlar olmadan sadece anti-dsDNA pozitifliği olan küme böbrek tutulumu ve hasar için en yüksek risk taşıyan alt grup olarak belirlenmiştir. Buna karşın anti-dsDNA ile birlikte anti-Sm/RNP antikorları bulunan kümede böbrek tutulumu sıklığının azaldığı görülmektedir. Tromboz gelişiminin aKL ve/veya LAK pozitif bulunan grupta kümelenmesi dikkat çekti.

SB-04

Lupus nefritinde uzun dönem izleme sonuçları:

172 hastanın remisyon sonrası nüks ve kronik böbrek yetersizliği gelişimi açısından analizi

¹Bahar Artım Esen, ²Yasemin Özlük, ³İşin Kılıçaslan, ⁴Ahmet Omma, ⁵Özlem Pehlivan, ⁶Sevil Kamalı, ⁷Ahmet Gül, ⁸Lale Öcal, ⁹Orhan Aral, ¹⁰Murat İnanc

¹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, ²Patoloji Bilim Dalı, İstanbul

Gerekeç: Sistemik lupus eritematozuslu (SLE) hastalarda renal tutulum mortalite ve morbiditenin ana nedenlerinden biridir ve kronik böbrek yetmezliği (KBY) gelişimi için %10-25 risk oluşturur. Bu çalışmada lupus nefritli (LN) hastaların özelliklerini ve seyrini değerlendirmeyi, nüks ve KBY gelişimi için risk faktörlerini belirlemeyi hedefledik.

Yöntem: Kliniğimizden 1980-2010 yılları arasında takip edilmiş, histopatolojik olarak lupus nefriti gösterilmiş, 172 hasta değerlendirildi. Renal biyopsiler deneyimli bir nefropatolog (İK) tarafından hem WHO hem de ISN/RPS 2003 sistemleri ile sınıflandırıldı. Kohortun klinik, laboratuvar ve patolojik özelliklerinin renal prognoz ile olan ilişkisi araştırıldı. Analizler lojistik regresyon ve Kaplan-Meier metodları ile yapıldı.

Sonuçlar: Hastaların %81'i kadındı. Renal tutulum süresi 103±66, izleme süresi ise 100±67 aydı. En sık LN tipi sınıf IV (%55), takiben de sınıf V (%15), sınıf III (%11), sınıf II (%10) ve kombine tipti (%6). Hastaların %80'inde remisyon indüksiyonunda siklofosfamid kullanılmıştı ve %90'ında remisyon ulaşılmıştı. Yirmibeş hastada (%14.5) KBY geliştiği, 4 hastada böbrek transplantasyonu yapıldığı, 8 hastanın ise kalıcı hemodiyaliz hastası olduğu saptandı. İzleme süresince 38 hastada 53 alevlenme olduğu belirlendi ve en sık tipinin proteinürik nüks olduğu görüldü (%60). Nüks edenler ve etmeyenler karşılaştırıldığında etmeyenlerde remisyon indüksiyonunda siklofosfamid, idamede de mikofenolat mofetil kullanan hasta oranı anlamlı derecede daha fazlaydı (sırasıyla %85'e 60, p<0.001; %38'e 12, p=0.004). Biyopsilerdeki aktif ve kronik lezyonlar karşılaştırıldığında nüks edenlerde fibröz kresenti olan hasta oranı anlamlı derecede fazlaydı (%17'ye 2, p<0.001). Çoklu analizde idamede MMF almamış olmak, biyopside fibröz kresent görülmesi, remisyon indüksiyonunda siklofosfamid kullanılmaması ve anti-Sm varlığı alevlenme için risk faktörleri olarak belirlendi. Nüks edenlerin %32'sinde KBY gelişmişti (nüks etmeyenlerde %6, p<0.001). Başlangıçta akut böbrek yetmezliği, hipertansiyon, yüksek kreatinin değerleri, nüks, biyopside fibröz kresentler KBY geliştirenlerde daha sıkı. Lojistik regresyon analizinde hipertansiyon, biyopside fibröz kresent ve idamede MMF kullanılmaması KBY gelişimi için risk faktörleri olarak belirlendi. KBY'li hastaların sağkalımı KBY geliştirmeyenlerle karşılaştırıldığında KBY'lilerin sağkalımının 20 yıldan sonra anlamlı derecede azaldığı belirlendi (%64'e 90; p=0.02).

Tartışma: Nüks ve KBY gelişimi prognozu olumsuz etkileyen faktörlerdir. Remisyon indüksiyonunda siklofosamid kullanımı, idamede MMF kullanımı ve hipertansiyonun iyi kontrol edilmesi nüks ve KBY gelişimi riskini azaltmaktadır. Renal histopatolojik özelliklerden fibröz kresent gelişiminin saptanması KBY gelişiminin önceden belirlenmesi açısından yol gösterici olabilir.

17 Ekim 2011 – 13:30-14:30
Salon B

SB-05

Türkiye’de romatoid artrit hastalarında DMARD ve biyolojik ajan tedavilerine kadar geçen süre ve mevcut işgücü sınırlaması: Ara analiz sonuçları

¹Nurullah Akkoç, ²Ediz Dalkılıç, ³Yüksel Karakoç, ⁴Bünyamin Kısacık, ⁵Sedat Kiraz, ⁶Haner Direskeneli, ⁷Gökhan Keser, ⁸Ayhan Dinç, ⁴Ahmet Mesut Onat, ⁵İhsan Ertenli, ⁹Süleyman Özbek

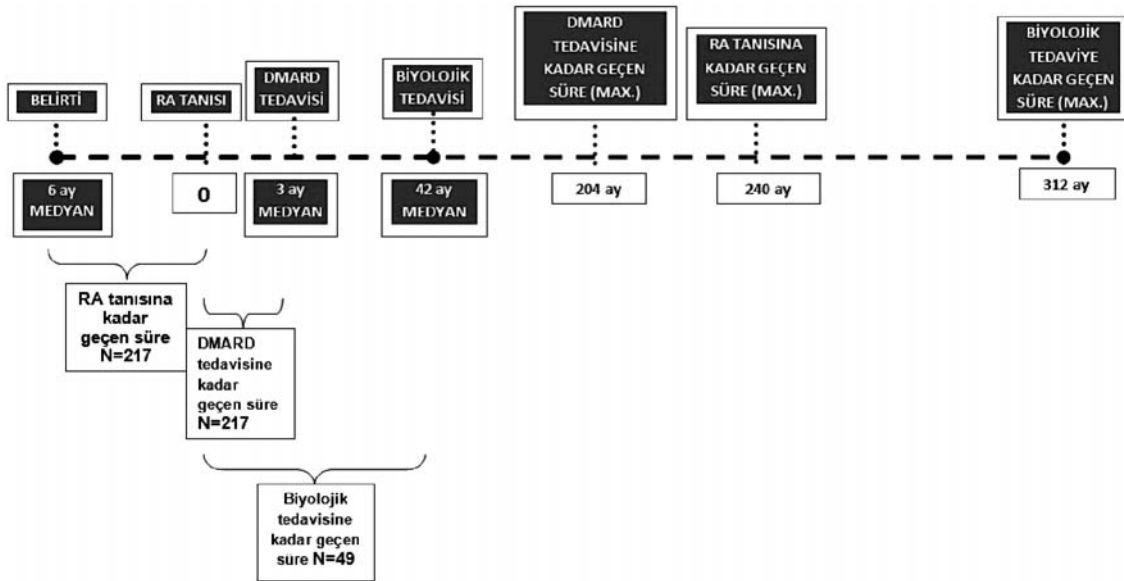
¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; ²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, ³Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Bursa; ⁴Gazi-antep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep; ⁵Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ⁶Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; ⁷Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; ⁸Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ⁹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Adana

Gerekçe: Romatoid Artrit (RA) erken dönemde ağrı, uzun dönemde eklemlerde harabiyet ve iş gücü kaybına yol açar. Çalışmamızda WPAI anketi kullanarak hastalığın iş gücünü nasıl etkiledi-

ğini araştırdık. İş gücü azalmasıyla ilişkili olabilecek tanıya, etkin tedaviye kadar geçen süre; demografik, klinik bulgular değerlendirildi.

Yöntem: Pazarlama sonrası, ulusal, kesitsel, çok merkezli, girişimsiz çalışmaya kesin RA tanısı almış, en az 1 DMARD veya biyolojik tedavi alan, 18 yaşından büyük, çalışan, bilgilendirilmiş onam veren 350 hastanın alımı planlandı. Demografik özellikler, hastalıkla ilişkili veriler, iş verimliliği verileri tek vizitte toplandı. Ara analiz 218 hastada yapılmıştır. Normal dağılım gösteren veriler parametrik, normal dağılım göstermeyenler non-parametrik testle analiz edilmiş, demografik ve klinik bulgular tanımlayıcı istatistikle verilmiştir. Kategorik verilerin karşılaştırmasında Ki-kare, Student-T testi kullanıldı. İstatistik anlamlılık seviyesi 0.05’dir.

Sonuçlar: Çalışma grubunda (n=218) RA tanısına kadar geçen medyan süre 6 ay, tanıdan sonra DMARD ve biyolojik tedaviye kadar geçen medyan süreler sırayla 3 ay ve 42 aydı (Şekil). DMARD tedavisine 1 biyolojik ajanın eklenmesi için geçen ort. süre 51.4 aydı (medyan 38 ay). Hastaların %64.3’ünde DAS28 skoru >3.2 idi. Tedavi süresi daha uzun olan hastaların DAS28 skorları daha iyiydi (p=0.008). HAQ-DI ve WPAI-RA skorları Tablo’da verilmiştir. DMARD alanlarda RA tanısına kadar geçen ort. süre 14.2 ay iken en az 1 biyolojik ajan alanlarda 23.6 aydı. En az 1 biyolojik ajan alanlar arasında, 2 yıldan az tedavi alanlarda RA tanısına kadar geçen ort. zaman 30,9 ay iken tedavi süresi >2 yıl olanlarda 17 aydı. DMARD tedavisi alanlarda her iki tedavi süresi için RA tanısına kadar geçen ort. süre değişmedi ve 16.3 aydı. 2 yıldan az süre biyolojik ajan alan hastalarda RA’ya bağlı çalışma zamanı kaybı ort. 10.2 saat/çalışma hf. iken, 2 yıldan uzun süredir biyolojik alanlarda bu kayıp ort. 3.4 saat/çalışma hf.a düşmüştür. 6-24 aydır biyolojik tedavi alanlarda işe gitmemeye (absenteeism) bağlı çalışma zamanı kaybı ort. %22.3 iken, 2 yıldan uzun biyolojik tedavi alanlarda %5.3’e düşmüştür (p=0.030). Biyolojik tedavi alan ve RA tanı süresi <6 ay olan grup için absenteeism %6.3 iken



Şekil (SB-05): Çalışma hastalarında RA tanısı, DMARD tedavisi ve biyolojik kullanımına kadar geçen süreler (medyan, minimum ve maksimum değerler).

RA tanı süresi >6 ay olanlarda %16.8 idi. Sadece DMARD alan hastalarda bu oranlar sırayla %9.5 ve % 16.0 idi. RA tanısına kadar geçen medyan süre >6 ay olanlarda, biyolojik tedaviye ort. 20.2 ay; DMARD tedavisine ort. 8.8 ay gecikmeyle başlanmaktadır. RA tanısına kadar geçen süreyle DMARD tedavisine kadar geçen süre arasında anlamlı ilişki vardı (p=0.001).

Tablo (SB-05):

	HAQ-DI Skoru N=218	WPAI-RA Skoru (%) N=210			
		WPAI 1* (%)	WPAI 2* (%)	WPAI 3* (%)	WPAI 4* (%)
Ortalama	1.1	12.1	37.6	41.0	37.6
Medyan	1.1	0.0	30.0	36.4	30.0
Standart sapma	0.7	26.0	28.2	31.0	26.6
Minimum	0	0.0	0.0	0.0	0.0
Maksimum	2.9	100.0	100.0	100.0	100.0

Tartışma: Bu çalışma ülkemizde RA tanısının uzun gecikme süresinden sonra (ort:14.2 ay) konduğunu göstermektedir. Kısa süre biyolojik kullananlara göre, 2 yıldan uzun süre biyolojik kullananlarda iş gücü kaybı daha az, RA tanısına kadar geçen süre daha kısadır. Bu; erken tanının, etkin tedaviye erken ulaşmanın önemini göstermektedir.

SB-06

Romatoid artrit ve ankilozan spondilit hastalıklarının Türkiye genelinde üçüncü basamak romatoloji ünitelerindeki hastalık maliyeti çalışması

Simten Malhan; Romatoid Artrit&Ankilozan Spondilit Maliyet Çalışma Grubu adına*

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara

Gerekeç: Romatoid artrit (RA) ve ankilozan spondilit (AS), morbidite, uzun süreli sakatlık ve yüksek bakım maliyeti ile ilişkili olmakla beraber, mortalite oranı diğer hastalık gruplarına göre daha düşük olan prototipik kronik kas-iskelet sistemi hastalıklarıdır. Bu çalışma Türkiye genelinde, RA ve AS hastalıklarına özgü doğrudan (direkt) ve dolaylı (indirekt) maliyetlerin hesaplanarak, toplam hastalık maliyetinin belirlenmesi amacıyla tasarlandı.

Yöntem: Çalışmanın evrenini, ülke genelinde üçüncü basamakta sağlık hizmeti veren romatoloji (n=53) klinikleri oluşturmaktadır. Rastgele örneklem metoduyla 22 merkez seçilerek kliniklerin tecrübe ve görüşlerini almak üzere bir uzman paneli toplandı. RA ve AS hastalarının tıbbi yönetimine yönelik doğrudan maliyetlerin hesaplanmasında hastalık maliyeti metodolojisi kullanıldı. Dolaylı maliyet hesabında, hastalıktan ötürü raporlu geçirilen gün sayısı, sakatlık, erken emeklilik ve erken ölüm bileşenleri değerlendirildi. İş gücü kaybı maliyetleri “insan sermayesi yaklaşımı” metodolojisi ile hesaplandı.

Sonuçlar: Toplam yıllık doğrudan maliyet RA hastası başına 5,542 TL, AS hastası başına ise 6,775 TL olarak bulundu. Doğ-

rudan maliyetler bu şekilde önemli yer tutarken, bu iki hastalığa özgü yüksek morbidite nedeniyle dolaylı maliyetler doğrudan maliyetlerin iki katından daha fazla bulundu. Toplam yıllık dolaylı maliyet RA hastası başına 13,412 TL ve AS hastası başına 13,281 TL olarak hesaplandı. Dolayısıyla, Türkiye genelinde her bir RA hastası için toplam maliyet 18,954 TL ve her bir AS hastası için ise 20,056 TL olarak belirlendi.

Tartışma: RA ve AS, Türkiye’de sosyoekonomik açıdan toplumsal yükü olan hastalıklardır. İşgücü kaybına bağlı maliyet, hastalığın tıbbi yönetimine ilişkin maliyete nazaran çok daha yüksektir. Bir başka önemli sonuç, dolaylı maliyetlerin RA ve AS hastalarında toplam maliyetin sırasıyla %70 ve %66’lık kısmına karşılık gelmesidir. Tüm Türk hasta popülasyonunda RA için yıllık maliyet 4.047,806.892 TL olup, bu rakam Türkiye için Gayrisafi Milli Hasıla (GSMH)’nin %0.37’sine karşılık gelmektedir. Öte yandan AS için, hastalığın Türkiye genelindeki yıllık maliyeti 4.197,483.618 TL olup, GSMH’nin %0.38’ine tekabül etmektedir. Sonuç olarak, RA ve AS hastalıklarının Türkiye’de ki toplam yükü 8.245,290.510 TL olup, ülkemiz GSMH’nin %0.75’ini oluşturmaktadır.

*RA&AS Maliyet Çalışma Grubu: Salih Pay¹, Şebnem Ataman², Ediz Dalkılıç³, Ayhan Dinç⁴, Eren Erken⁴, İhsan Ertenli⁵, Esin Ertuğrul⁶, Feride Göğüş⁷, Vedat Hamuryudan⁸, Murat İnanç⁹, Yaşar Karaaslan¹⁰, Ömer Karadağ¹¹, Yüksel Karakoç¹², Göksal Keskin¹³, Bünyamin Kısacık¹⁴, Sedat Kiraz⁵, Fahrettin Öksel¹⁵, Ergun Öksüz¹⁶, Timur Parıldar¹⁷, İsmail Sarı¹⁸, Mehmet Soy¹⁹, Taşkın Şentürk²⁰, Ali Taylan²¹

¹Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara; ²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara; ³Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa; ⁴Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana; ⁵Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara; ⁶Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kayseri; ⁷Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara; ⁸İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul; ⁹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul; ¹⁰Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara; ¹¹Dişarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dişarbakır; ¹²Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bursa; ¹³Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara; ¹⁴Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gaziantep; ¹⁵Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir; ¹⁶Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara; ¹⁷Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Manisa; ¹⁸İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir; ¹⁹Bolu İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bolu; ²⁰Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aydın; ²¹İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

SB-07

Erken romatoid artritte yapısal hasarın öngörülmesinde metakarpofalangeal eklem kıkırdak kalınlığının ultrasonografi ile ölçümü kullanılabilir mi?

¹Nevsun İnanç, ²Marwin Gutierrez, ¹Meryem Can, ¹Haner Direskeneli, ²Walter Grassi

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul; ²Università Politecnica Delle Marche, Ancona, Italya

Giriş: Erken Romatoid artritde (RA) radyografik hasarın öngörülmesi önemlidir, bu amaçla araştırılan yöntemlerden birisi kıkırdak hasarının incelenmesi olabilir. Literatürde RA hastalarında metakarpofalangeal eklem (MCP) kıkırdak hasarının ultrason ile değerlendirilmesini araştıran sadece iki kesitsel çalışma bulunmaktadır (Möller B Arth Rheum 2009, Filippucci E ARD 2010).

Amaç: Erken RA hastalarında MKF kıkırdak kalınlığındaki değişimin eklem hasarı ile ilişkisinin değerlendirilmesi.

Metod: Hastalık süresi 1 yılın altında olan ACR 1987 kriterlerine göre RA tanısı konan ve en az bir MKF eklemünde klinik sinoviti bulunan 16 hasta 0., 3., 6. ve 12. aylarda değerlendirildi. Sonografik ölçümler 2. MKF tam fleksiyonda iken dorsal longitudinal kesitte yapıldı. Kıkırdak kalınlığı yüzeysel ve derin kıkırdak iç sınırları arasında kalan anekoik bölümün ölçümü ile saptandı. Sonografik değerlendirmelerde 0. ve 12. ay vizitlerinde her 2 MKF dışında 4 eklem (3. MKF, 5. MKF, 2. PIF ve 5. MTF) bilateral değerlendirilerek GS ve PDS skorları belirlendi, total PDS ve GSPDS skorları hesaplandı. Bilateral 2. MKF, 5. MKF, 2. PIF ve 5. MTF lateral ve transvers kesitlerde erozyon gelişimi 0. ve 12. aylarda değerlendirilerek total erozyon skoru hesaplandı. On hastanın aynı araştırmacı tarafından 7 gün ara ile kıkırdak ölçümleri değerlendirilerek ölçümler arası değişkenlik hesaplandı. My Lab 70 US aleti ve 6-18 MHz lineer prob sonografik inceleme için kullanıldı. DAS28 skoru her vizitte kaydedildi. Tüm hastaların 0. ve 12. aylarda el-ayak grafipleri çekilerek Sharp van der Heijde skorlama yöntemine göre skorlandı.

Sonuç: MKF 2. kıkırdak kalınlığı değişimi 0-6 (0.48-0.45, p=0.026), 0-12 (0.48-0.42, p=0.005) aylarda anlamlı bir değişim gösterirken 0-3 ay (0.48-0.46, p=0.054) vizitlerinde bu değişim anlamlı değerlere ulaşmadı. MKF 2. kıkırdak kalınlığı değişimi ile hastalık aktivite ölçütleri ve sonografik bulguların korelasyonunu değerlendirdiğinde, 0-3, 0-6, 0-12 ay kıkırdak kalınlığı değişimleri ile ilk vizit DAS28 ve erozyon skorları ile 12. ay erozyon skorları orta ve iyi derecelerde korelasyon gösterdi. Kıkırdak kalınlığı değişimi ile total PDS ve total GSPDS skorları arasında korelasyonun zayıf olduğu görüldü. İkinci MKF kıkırdak kalınlığı izleminin geçerliliğini değerlendirmek için 0. ve 12. aylarda radyografik skorlamalarındaki değişim karşılaştırıldı. Bir yıllık değerlendirme sonucuna göre radyolojik progresyonu olan hastaların 0-12 ay kıkırdak kayıpları (0.08 vs 0.01, p=0.03) radyolojik progresyonu olmayanlara göre anlamlı yüksek bulundu. Ancak radyolojik progresyonu olan hastaların 0-3 ay (0.05 vs 0.006, p=0.073) ve 0-6 ay (0.06 vs 0.008, p= 0.079) vizitleri arasındaki kıkırdak kayıpları yüksek olmakla birlikte anlamlılığa ulaşmadı. İkinci MKF eklem kıkırdak kalınlığı ölçümler arası değişkenliği yeterli (kappa değeri 0.897) bulundu.

Tartışma: RA hastalarının 2. MKF eklem kıkırdak ölçümünün eklem hasarının öngörülmesinde geçerli bir yöntem olabileceği düşünüldü.

SB-08

Romatoid artrit hastalarında kanser riskinin hesaplanmasında bir olası hata

¹Koray Taşçılar, ²Yusuf Yazıcı, ³Gülay Kiroğlu, ³Levent Duransoy, ³Aydın Erar, ¹Hasan Yazıcı

¹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; ²Division of Rheumatology, New York University School of Medicine and NYU Hospital for Joint Diseases, New York, NY, ABD; ³Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, İstanbul

Amaç: Romatoid artrit ve kanser arasındaki ilişkinin özellikle anti-TNF grubu ilaçlar kullanılmaya başlandıktan sonra daha da faz-

la tartışma konusudur. Romatoid artritte göreceli kanser sıklığı hesaplanırken paydada genel toplumdaki kanser sıklığının kullanılması halinde bir yanlışlık ortaya çıkabileceğini fark etmiştik (Arthritis Rheum. 2011 doi: 10.1002/art.30447.Epub). Genel toplumda belirli bir zaman aralığında kanser nedeniyle RA olma olasılığı ortadan kalkan bir grup insan olacaktır çünkü a: önemli sayıda hasta RA olmadan kanserden ölecektir b: kanser tedavisi RA'nın ortaya çıkmasını engelleyebilir c: yaşayıp RA olsalar bile kayıt kütüklerine girme olasılıkları düşük olacaktır. Bu 3 nedenden ötürü, genel toplumla RA arasında kanser insidansı açısından fark olmadığını varsayarsak insidans oranı 1'in altında olacaktır. Ayrıca bu oran Tayvan kayıt kütüğünde (Arthritis Rheum. 2011 doi: 10.1002/art.30447.Epub) olduğu gibi zaman içinde azalma gösterecektir. Benzer şekilde veri bildiren çalışmalarda da böyle bir seçme yanlışlığı olup olmadığını anlamak için bir çalışma planladık.

Yöntem: PubMed'i kullanarak "registry", "cancer" ve "rheumatoid arthritis" terimleriyle 2001 ve Mayıs 2001 (dahil) tarihleri arasında Romatoloji'nin impact faktörü en yüksek 7 dergisi içinde arama yaptık. RA hastaları içinde kanser sıklığını bildiren çalışmaları tam metin olarak elde ettik. Bunlar arasında 2 ya da daha fazla zamana ait insidans oranı bildiren yazıları çalışmaya aldık. Çalışmada a: kayıt kütüğüyle genel popülasyon arasında karşılaştırma yapıp yapılmadığına b: ilk ve son zaman arasında insidans oranında değişim olup olmadığına baktık.

Bulgular: 1274 sonuç arasında 36 tam metin makaleyi değerlendirdik. Bunların 6'sında 2 ya da daha fazla zaman noktasında genel toplum ve RA kayıt kütüğü arasında insidans karşılaştırması yapılmıştı. Çalışmalar 3-11 değişik zamanda karşılaştırma bildiriyordu. Veri toplama zamanı 8-40 yıl arasında değişiyordu. Genel toplumla karşılaştırma yapan 6 çalışmanın 5'inde insidans oranında zamanla %29 ile %99 arasında değişen azalma olduğunu gördük.

Sonuç: Özellikle anti-TNF'lerin kullanılmaya başlanmasından beri RA hastaları arasında kanser sıklığının doğru belirlenmesi konusunda pek çok sorun vardır (Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2011;20:119-30). Burada gösterdiğimiz seçim yanlışlığının da RA ile genel toplum arasında kanser sıklığının karşılaştırılması sırasında ortaya çıkabilecek hatalar listesine eklenmesi gerektiğini düşünüyoruz.

18 Ekim 2011 – 10:30-11:30
Salon A

SB-09

Primer Sjögren sendromu tanılı hastalarının tanımlayıcı özellikleri: TURKSSVOÇ grubuna ait 834 hastanın değerlendirilmesi

¹Yasemin Kabasakal, ²TURKSSVOÇ Grubu

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; ²22 Romatoloji Merkezi, Türkiye

Amaç: Türkiye'de 22 Romatoloji Merkezinde Gözden Geçirilmiş Avrupa Kriterlerine (1996) göre, Primer Sjögren Sendromu (pSS) tanısıyla izlenen hastaların, özelliklerini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: TURKSSVOÇ tarafından yapılan veri formuna, 22 Romatoloji merkezinde izlenen, Gözden Geçirilmiş Avrupa Kriterlerine (1996) göre pSS tanılı olguların verileri kaydedilmiş, istatistik paket programa aktararak değerlendirilmiştir.

Sonuç: 834 (K/E: 788/39) hastanın ortalama yaşı 51 ± 11.9 yıl, ortalama hastalık süresi 5 ± 4.6 yıldır. Kadınların ortalama yaşı, erkekler göre daha yüksektir ($p=0.04$). Tanı koymada ortalama gecikme 55.4 ± 56.5 aydır, bu süre kadınlarda daha uzundur ($p=0.02$). Tükürük bezi biyopsi pozitifliği ile, ağız kuruluğu ($p=0.003$), anti-Ro ($p<0.001$) ve anti-La ($p=0.026$) pozitifliği arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. RF ve anti-Ro arasında da ilişki vardır ($p<0.001$). Kadınlarda erkekler göre, yorgunluk, burun kuruluğu, pozitif anti-La, yüksek sedimantasyon (ESH) daha sık oranda saptanmıştır ($p=0.05$). Sigara içenlerde, içmeyenlere göre ANA daha fazla ($p=0.019$), dudak biyopsisi daha az sıklıkta pozitifdir ($p=0.010$). Hastalık süresi <38.7 ay olanlarda, >38.7 ay olanlara göre ESH ve CRP daha yüksek, BUT daha düşüktür. Anti-Ro, RF pozitifliği, C3 düşüklüğü, serum üre düzeyinde yükseklik, hastalık süresi >38.7 ay olan hastalarda daha sık olarak saptanmıştır. Tanıyı 35 yaşından önce alan grupta, göz kuruluğu, BUT kısıtlılığı, RF ve ANA pozitifliği, tanılar 65 yaşından sonra konanlara göre, daha yüksek oranda bulunmuştur ($p=0.016$). Tüm grupta hipokomplementeminin, krioglobulinemi, lenfopeni IgA düşüklüğü, vaskülit ve parotis bezi büyüklüğü ile istatistiksel anlamlı ilişki gösterdiği bulunmuştur ($p<0.0001$ - $p<0.03$). Ekstra glandüler tutulumu (%88.5) olan hastalarda ağız ve göz kuruluğu daha sık orandaydı. Malignite(meme, genital kolon, karsinoid tümör) oranı %1.8, lenfoma %1.0'dir.

Tartışma: Gözyaşı kırıma zamanı pSjS tanısında göz kuruluğunu saptamada Schirmer testinden daha erken bir bulgu gibi görülmektedir. Akut faz göstergeleri, ANA, erken dönemde daha sık görülmektedir. RF, ANA, anti-Ro/La pozitifliğinin, ekstra glandüler tutulum ile ilişkisi bulunmamıştır. Sigara öyküsü olan pSjS hastalarında; ANA pozitifliği daha sık, dudak biyopsisi pozitifliği daha az olarak bulunmuştur. Erkeklerde, kadınlara göre tanı daha erken konulmaktadır.

TURKSSVOÇ Grubu: Yasemin Kabasakal, Gül Kitapçıoğlu, Gonca Karabulut, Mehmet Engin Tezcan, Ayşe Balkarlı, Adem Aksoy, Şule Yavuz, Seema Yılmaz, Timuçin Kaşifoğlu, Umut Kalyoncu, Ediz Dalkılıç, Abdurrahman Turan, Fatih Yıldız, Taşkın Şentürk, Berna Göker, Fatoş Önen, Cemal Bes, Eren Erken, Ercan Tunç, Sevil Kamalı, Figen Tarhan, Ayten Yazıcı, Nurşen Düzgün, Müge Bıçakçıl, Sedat Yılmaz, Mustafa Özmen, Lale Öcal, Fatma Alibaz Öner, Dilek Solmaz, Veli Çobankara, Songül Çildağ, Selim Nalbant, Salih Pay, Esen Kasapoğlu Günel, Derya Kaşkari.

SB-10

Takayasu arteritinde pulmoner hipertansiyon sıklığı artmamıştır

¹Melike Kalfa, ²Oktay Musayev, ¹Hakan Emmungil, ³Özgül Soysal, ¹Zevcet Yılmaz, ¹Vedat İnal, ³Servet Akar, ³Nurullah Akkoç, ³Fatoş Önen, ²Meral Kayıkçıoğlu, ¹Gökhan Keser, ¹Kenan Aksu

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, ²Kardiyoloji Anabilim Dalı; ³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Takayasu arteriti (TA); özellikle aorta ve dallarını tutan, büyük ve orta çaplı arterleri etkileyen inflamatuvar bir hastalıktır. Pulmoner arter tutulumu sık görülmekle birlikte, klinik olarak bu tutulumun yansıması nadirdir. Bu çalışmada; TA hastalarında transtorasik Doppler ekokardiyografik inceleme ile pulmoner arteriyel hipertansiyon sıklığı (PAH) araştırılmıştır.

Hastalar ve Yöntem: 1990 Amerikan Romatoloji Derneği kriterlerini dolduran 70 TA hastası çalışmaya alınmıştır (Ortalama yaş: 42.07 ± 10.44 , K/E: 63/7). Kontrol grubu olarak 67 sistemik skleroz (SSc) hastası (56.66 ± 11.57 ; K/E: 59/8) ve 68 sağlıklı kontrol (39.50 ± 9.53 ; K/E: 61/7) çalışmaya alınmıştır. Aynı kardiyolog tarafından tüm hasta ve kontrol grubunda transtorasik Doppler ekokardiyografik inceleme ile sistolik pulmoner arteriyel basınç (SPAB) hesaplanmıştır. ESC-ERS Kılavuzu'na göre; SPAB >50 mmHg olan, PAH'nu destekleyen ekokardiyografik bulguları olan ya da olmayan hastalar, olası PAH olarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel inceleme yöntemi olarak SPSS 15.0 kullanılmıştır. $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: TA, SSc ve sağlıklı kontrol gruplarında ortalama SPAB değerleri sırası ile 20.93 ± 6.06 , 31.57 ± 12.75 , and 18.88 ± 5.385 mmHg olarak saptandı. SSc grubunda SPAB değeri diğer iki gruba göre anlamlı olarak yüksek saptanmış olsa da ($p<0.001$); TA ve sağlıklı gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0.167$). ESC-ERS Kılavuz tanımlamasına göre, 67 SSc hastasının 5'inde olası PAH saptandı (%7.4). Ancak 70 TA hastasının 4'ünde (%5.6) pulmoner arter tutulumu olmasına rağmen hiçbirinde PAH saptanmadı.

Sonuç: Transtorasik Doppler ekokardiyografik inceleme ve ESC-ERS Kılavuzu kullanılarak yapılan değerlendirme sonucunda TA hastalarımızın hiçbirisi, pulmoner arter tutulumu olanlar da dâhil olmak üzere, olası PAH kriterlerini doldurmamıştır. PAH'nun kesin tanısı klasik anjiyografik yöntemler ile konulmasına rağmen, ekokardiyografik bulgularımız bize TA hastalarında PAH sıklığının yükselmediğini göstermiştir.

SB-11

Uzun süredir takibi sürdürülen Takayasu arteriti kohortunda hasarın vaskülit hasar indeksi ile kesitsel değerlendirilmesi

Ahmet Omma, Burak Erer, Yasemin Şahinkaya, Özlem Pehlivan, Nilüfer Alpay Kanitez, Lale Öcal, Murat İnanç, Sevil Kamalı

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

Giriş: Takayasu arteriti (TA) kronik seyirli bir büyük damar vaskülitidir. Olgular sıklıkla tanı sırasında hasarla başvurur. Sistemik nekrotizan vaskülitlerde (SNV) jenerik hasar değerlendirme gereği olan Vaskülit Hasar İndeksi (VHI) geliştirilme ve başlangıç validasyonu aşamasında, çok az sayıda TA'lı olguda bugüne kadar yalnızca kullanılmıştır.

Amaç: TA'lı olgularda, VHİ ile hasarın özellikleri ve şiddetini kesitsel ve prospektif olarak değerlendirmeyi amaçladık.

Metod: ACR sınıflandırma kriterleri doğrultusunda TA tanısı konulan ve 6 aydan uzun süre takip edilen olgular çalışmaya dahil edildi. Kesitsel olarak, klinik, görüntüleme ve tedavi özellikleri önceden belirlenmiş bir protokole kaydedilerek, göz muayenesi, ekokardiyografi ve kemik mineral dansitometrisi ölçümleri ile VHİ skorları hesaplandı. VHİ ile eş zamanlı hastalık aktivitesi, Kerr kriterleri ve SF-36 ile yaşam kalitesi değerlendirildi. Hasar ve SF-36 skorlarının ilişkisi korelasyon analizi ve Mann Whitney-U testi ile incelendi.

Sonuçlar: TA'lı 50 olgunun (45 kadın), ortalama yaş, takip ve hastalık süreleri, sırasıyla, 29±11 yıl, 86±87 ay ve 129±123 ay idi. Damar tutulumunun yaygınlığı, sıklık sırasına göre, Tip I (46%), V (38%), IV (8%), III (4%), IIa (2%) ve IIb (2%) olarak saptandı. Tutulan damarlar, subklavian arter (86%), karotis arter (66%), renal arter (43%), vertebral arter (38%), superior mezenterik arter (28%), aksiller arter (22%) ve abdominal aorta (36%) idi. Kümülatif glukokortikoid (GK) dozu ve süresi 13±11 g ve 85±81 ay idi. Olgular, metotreksat (72%), azatiyoprin (42%), siklofosfamid (8%), mikofenolat mofetil (4%) ve anti-TNF-alfa (8%) tedavisi almaktaydı. VHİ değerlendirildiği dönemde, %46'sında Kerr kriterleri ile aktif hastalık saptandı. En sık görülen hastalığa bağlı hasar, majör arter stenozu, tedaviye bağlı hasar ise osteoporoz idi. VHİ ile sık (>%10) saptanan hasar unsurları Tablo'da gösterilmiştir. İlk vizitteki ortalama VHİ 5 ±2 (1-10) (hastalık -VHİ 5±2, tedavi-VHİ 0.7±0.9) bulundu. SF-36'nın fiziksel ve mental komponentleri 34±1 ve 43±1 saptandı. SF-36 skorları ile VHİ skoru arasında anlamlı ilişki saptanamadı (p>0.05).

Tablo (SB-11):

Hasar Unsurları	Sıklık (%)
Major damar tıkanıklığı	98
Klodikasyon (> 3 ay)	94
Bir ekstremitede nabız kaybı	86
Diastolik TA ≥95 (antihipertansif gereksinimi)	66
Kapak hastalığı	36
Osteoporoz/vertebra kırığı	28
Katarakt	20
Pulmoner Hipertansiyon	18
Retinal değişiklik	12
Gonadal yetersizlik	12

Tartışma: Hastalık ve takip süreleri oldukça uzun, küçük bir TA kohortunda, SNV'de ulaşılan ciddi hasar skorlarına (VHİ≥5) ulaşıldığı görüldü. Hasarın temel unsuru, periferik vasküler oklüzyonlar idi. Olguların yaklaşık yarısında dirençli hastalık aktivitesi ve yüksek dozda GK maruziyeti mevcuttu. Bu nedenle, osteoporoz, tedaviyle ilişkili en sık hasar bulgusu olarak saptandı. Hasar ve yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki saptanamaması-

nın, hasta sayısının azlığının yanı sıra, TA'da, diğer SNV'den farklı, kronik, sinsi hastalık seyri ile ilişkili olabileceği düşünüldü. TA'da, büyük serilerde, sağkalım ve prognoz verilerinin elde edileceği prospektif çalışmalara ihtiyaç sürmektedir.

SB-12

Dirençli granülo-matozlu polianjiit (Wegener) olgularında rituximab deneyimi

Yasemin Yalçınkaya, Burak Erer, Bahar Artım Esen, Ahmet Omma, Orhan Aral, Murat İnanc, Sevil Kamalı

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Gerekçe: Standart immüno-supresiflere (İS) dirençli granülo-matozlu polianjiit (GPA) (Wegener) olgularında Rituximab'ın (RIT) etkinlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: GPA (ACR kriterleri uyarınca) tanısı ile takipli, standart İS tedavilere dirençli ve RIT infüzyonu (1 kür, 2 kez 15 günde bir 1000 mg veya 4 kez haftada bir 500 mg) uygulanan olgular değerlendirmeye alındı. RIT öncesi ve 24. haftaya ait Birmingham Vaskülit Aktivite Skorları (BVAS), idrar bulguları, serum akut faz yanıtı, kreatinin, immünoglobulin ve ANCA değerleri önceden hazırlanmış bir protokole, retrospektif olarak kaydedildi. RIT öncesi ve 24. hafta değerleri Wilcoxon işaret testiyle karşılaştırıldı.

Sonuçlar: Onbeş olgunun (13 erkek) ortalama yaşı 40±13, hastalık başlangıç yaşı 35±13, tanıya kadar geçen süre (ay) 6±5, hastalık süresi (yıl) 6±4 idi. Ateş/kilo kaybı (%66) yanı sıra üst solunum yolu (burun/ kulak/ sinüs/ subglottik stenoz) (%87), akciğer (%73), göz (parenkim/orbita/dakriyosistit) (%73), böbrek (%47), eklem (%40), cilt-mukoza (%47), merkezi (%20) ve periferik (%1) sinir sistemi, karaciğer, gastrointestinal (%13) ve ürogenital (%13) sistem tutulumları mevcuttu. Tanı sırasında ortalama ESH=82 mm/s, CRP=85 mg/l, c-ANCA/anti-PR3 pozitifliği %87, BVAS 21±8 idi. RIT öncesinde siklofosfamid (SF) (%93), azatiyoprin (%47), metotreksat (%60), siklosporin A (%1), mikofenolat mofetil (%13), intravenöz immünoglobulin (%53), plazmaferez (%1) uygulanan olgularda, ortalama kümülatif glukokortikoid (GK) dozu 19 g, SF dozu 33g hesaplandı. RIT uygulanan olgularda dirençli böbrek (%27), akciğer (%27), göz (%13), üst solunum yolu (%20), merkezi sinir sistemi (%1), ürogenital (%1) sistem tutulumları mevcuttu. RIT kürleri öncesi ile 24. hafta sonrasına ait BVAS, ESH, CRP ve kümülatif GK dozu verileri Tablo'da özetlenmiştir. Böbrek tutulumlu olgularda, başlangıç kreatinin (mg/dl) ve proteinüri (g/gün) stabil seyrederken, tüm olgularda hematüri kayboldu ve ANCA negatifleşti. Ortalama günlük GK ihtiyacının RIT kürleri sonrasında azaldığı görüldü (1 kür sonrası 2 mg, 2 kür sonrası 6 mg, 3 kür sonrası 7 mg). Hipogamaglobulinemi (IgM<50, IgG<500 g/dl), 1 kür uygulanan 3, 3 kür uygulanan 2 olguda saptandı. Bu olguların 3'ünde ciddi infeksiyon (2'sinde 1 kür,

Tablo (SB-12):

RIT Kür Sayısı	BVAS			ESH (mm/s)		CRP (mg/l)		Kümülatif GK (g)	
	PreRIT	24. hafta	p	Pre-RIT	24. hafta	Pre-RIT	24. hafta	Pre-RIT (24 hafta)	Post-RIT (24 hafta)
1 (n= 8)	18±7	9±5	0.042	69	33	44	4	7.4	3
2 (n= 2)	8±3	3	>0.05	15	12	2	2	7.5	2
3 (n= 5)	10±6	7±2	>0.05	37	13	24	5	7.6	2.4

1'inde 3 kür sonrası) geliştiği İVİG replasmanı gerektiği görüldü. Hiçbir olguda infüzyon reaksiyonu saptanmadı. Dirençli üst solunum yolu olan bir olgu nazal krut aspirasyonu, akciğer tutulumu olan bir olgu primeri belli olmayan malign hastalık nedeniyle kaybedildi.

Tartışma: RIT, dirençli GPA'da etkili bir tedavi seçeneğidir. RIT uygulanan olguların yaklaşık üçte birini oluşturan dirençli böbrek tutulumlu olgularda kısa süreli yanıt ümit vericidir. Bununla birlikte, yüksek doz GK ve İS maruziyeti olan bu olguların yaklaşık, üçte birinde gelişen hipogammaglobulineminin, yüksek oranda ciddi enfeksiyona yol açabileceği göz önünde tutulmalıdır.

18 Ekim 2011 – 10:30-11:30
Salon B

SB-13

Ankilozan spondilitli hastalarda sindesmofit gelişimi sigara ile ilişkilidir

Dilek Solmaz, Servet Akar, İsmail Sarı, Özgül Soysal, Vedat Gerdan, Fatoş Önen, Nurullah Akkoç

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Gerekçe: Ankilozan spondilit (AS) hastalarda spinal tutulum şiddeti üzerinde etkili olabilecek risk faktörleri hakkında bilgilerimiz sınırlıdır. Bu kesitsel çalışmada sindesmofit varlığının bazı yazarlarca daha şiddetli hastalık ile ilişkili olduğu gösterilen sigara ile ilişkisini araştırdık. Ayrıca AS'de yeni kemik oluşumunun bir göstergesi olabilecek olan kalkaneal entezofit gelişimi ile sigara arasında ilişki olup olmadığı gözden geçirildi.

Yöntem: Çalışmaya vertebra yanında lateral kalkaneal grafileri de çekilmiş olan 114 AS'li hasta (77 erkek [67.5%], ortalama yaş 40.7±11.4) dahil edildi. Tüm hastalar modifiye New York kriterlerini karşılamakta idi. Lateral kalkaneus ve vertebral grafileri; aşil tendonu veya plantar fasya yapışma bölgelerinde entezofit varlığı ve sindesmofit gelişimi açısından iki bağımsız araştırmacı tarafından değerlendirildi. Uyuşmazlık halinde ikinci bir okuma seansı ile fikir birliği temin edildi. Radyolojik inceleme sırasındaki hastalık aktivite (BASDAI), fonksiyon (BASFI) ve

mobilité (BASMI) dahil tüm klinik ve demografik veriler ile bulunabilen en yüksek ESH ve CRP düzeyleri ve sigara içme durumu hastanın tıbbi kayıtlarından elde olundu. Değişkenlerin sindesmofit formasyonu ile ilişkileri phi coefficient veya Spearman's rho testleri ile değerlendirildi. Vertebral sindesmofit gelişimi için bağımsız risk faktörlerinin tespitinde logistic regresyon modeli kullanıldı.

Sonuçlar: Çalışma grubumuzda ortalama hastalık süresi 6.7±7.9 yıl ve ortalama eğitim süresi 9.2±4.0 yıl idi. 81 hasta (%71.7) herhangi bir dönemde sigara içmişlerdi. Grafilerin elde olduğu dönemde BASDAI ile değerlendirilen hastalık aktivite, fonksiyon (BASFI) ve BASMI skorları sırasıyla 3.1±2.6, 3.5±2.2 ve 3.8±1.9 idi ve ASDAS-CRP skoru 2.7±1.1 olarak hesaplandı. Toplamda 61 hastada (%53.5) sindesmofit ve 73 hastada (%64) kalkaneal entezofit saptandı. İki araştırmacı arasında vertebral sindesmofit ($\kappa=0.706$) ve kalkaneal entezofit ($\kappa=0.846$) varlığı açısından orta ve önemli derecede uyum olduğu görüldü. Tek değişkenli analizde sindesmofit varlığı ile; sigara kullanımı, kalkaneal entezofit ile birlikte yaş, cinsiyet ve en yüksek ESH, BASFI ve BASMI skorlarının ilişkili olduğu görüldü (Tablo). Logistik regresyon analizinde ise sigara kullanımı, erkek cinsiyet, BASMI skoru ve yaş sindesmofit gelişimi ile anlamlı ilişkisini sürdürdü (Tablo).

Tablo (SB-13):

	Rho veya phi	P	OR (% 95 CI)	P
Yaş	0.394	<0.001	1.09 (1.02-1.7)	0.008
Cinsiyet	0.218	0.020	4.95 (1.3-18.7)	0.018
Sigara (herhangi bir dönem)	0.236	0.012	6.26 (1.4-26.7)	0.013
ESH	0.277	0.003	1.01 (0.99-1.03)	0.102
BASFI	0.314	0.001	1.07 (0.85-1.34)	0.534
BASMI	0.467	<0.001	1.63 (1.16-2.30)	0.005
Kalkaneal entezofit	0.254	0.007	1.53 (0.47-4.97)	0.472

Tartışma: Bu çalışmada sigara içimi, erkek cinsiyet ve BASMI skoru AS'de yapısal hasar ile bağımsız ilişkili olarak bulunmuştur. Tek değişkenli analizde bulunmasına rağmen logistic regresyonda kaybolan kalkaneal entezofit ve sindesmofit gelişimi arasındaki ilişki ileride prospektif araştırmalar aracılığı ile tekrar ele alınabilir.

SB-14

Romatoid artritte biyolojik ajanlar ile yapılan klinik çalışmaların eksternal validitesi: Klinik çalışmalara hasta alım süreci

¹İsmail Şimşek, ²Yusuf Yazıcı

¹Gülhane Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara, ²Division of Rheumatology, New York University School of Medicine and NYU Hospital For Joint Diseases, New York, NY, ABD

Gerekçe: Günümüzde hastaların tedavisi ile ilgili en güvenilir bilgilerin randomize kontrollü çalışmalar (RKÇ)'dan elde edildiği görüşü hakimdir. Bununla beraber bireysel bazda, hastamızın RKÇ'ya katılan hasta popülasyonundan ne kadar farklılık gösterdiğini, başka bir deyişle çalışmanın eksternal validitesini de göz önünde bulundurmalıyız. Bir çalışmanın eksternal validitesini değerlendirmenin ilk basamağı, çalışmaya dahil edilen hastaların genel hasta popülasyonu içinden nasıl oluşturulduğunun incelenmesidir. Çalışma popülasyonunun oluşturulma süreci RKÇ'ya ait makalede detaylı bir şekilde tarif edilmelidir. Çalışmamızın amacı romatoid artrit (RA)'de biyolojik ajanlar ile yapılmış RKÇ'lardaki hasta alım sürecinin yeterli bir şekilde rapor edilip edilmediğinin ve hasta alım sürecindeki her bir basamağın kantitatif olarak değerlendirilmesidir.

Yöntem: Romatoid artrit ve etanercept, infliximab, adalimumab, golimumab, certolizumab, abatacept, rituximab anahtar kelimeleri girilerek, PubMed veri tabanı üzerinde 30.07. 2011'den önce yayınlanmış RKÇ'lar araştırıldı. Orijinal çalışmaların açık etiketli fazları, ara analizler, ikincil analizler, ve faz I çalışmalar çalışmamızın dışında bırakıldı. Her bir makaleden şu bilgiler çıkartılarak analize dahil edildi: Çalışma kriterlerini karşılayan hasta sayısının araştırma için taranan hasta sayısına oranı, randomize edilen hasta sayısının çalışma kriterlerini karşılayan hasta sayısına oranı, randomize edilen hasta sayısının çalışma için taranan hasta sayısına oranı ve NNS (Number Needed to Screen, çalışmaya dahil edilen her bir hasta için taranması gereken hasta sayısı).

Sonuçlar: PubMed araştırması sonucunda 289 makale bulundu ve bu makalelerin 66 tanesi analize dahil edildi (ikincil analiz, faz I çalışma vb.'leri dışlandıktan sonra). Çalışmaların 23 tanesi (%35) taranan hasta sayısını, 18'i (%27) çalışma kriterlerini karşılayan hasta sayısını, 13'ü (%20) ise tüm hasta alım sürecini makalede belirtmişti. Hasta alım süreci ile ilgili kantitatif verinin yeterli olduğu makaleler incelendiğinde, taranan hastaların çalışma kriterlerini karşılama oranının %80 (IQR, %71.8-%91.1), çalışma kriterlerini karşılayan hastaların randomize edilme oranlarının %100 (IQR, %88.4-%100), çalışmaya 1 hasta dahil etmek için taranması gereken hasta sayısının (NNS) 1.28 (IQR, 1.18-1.43) olduğu görüldü. Çalışmanın hasta alım sürecini rapor etmesi ile, yayınlandığı dergi, yayın yılı, kullanılan biyolojik ajan arasında bir ilişki bulunmadı.

Tartışma: Romatoid artritli hastalarda biyolojik ajanlar ile yapılan klinik çalışmaların büyük bir bölümünün hasta alım sürecini rapor etmediği ve bu nedenle çalışmaların genellenebilirliği hak-

kında karar verebilmenin zor olduğu gözlemlendi. Hasta alım sürecini rapor eden çalışmalarda NNS değerinin düşük olması çalışmaların eksternal validitesi yönünden olumlu bir sonuç olmakla beraber, bu değerin çok az sayıdaki çalışmadan elde edilmesi güvenilirliğini azaltmaktadır.

SB-15

Romatoid artritte biyolojik ajanlar ile yapılan klinik çalışmaların kayıtlı ve basılı sonlanım ölçütlerinin karşılaştırılması

¹İsmail Şimşek, ²Yusuf Yazıcı

¹Gülhane Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ²Division of Rheumatology, New York University School of Medicine and NYU Hospital for Joint Diseases, New York, NY, ABD

Gerekçe: Randomize kontrollü çalışma (RKÇ)'ların sonuçlarının, elde edilen sonuçların büyüklüğü göz önünde bulundurularak seçici bir şekilde rapor edilmesi (en avantajlı sonlanım ölçütünün primer sonlanım ölçütü olarak sunulması) pek çok disiplinde sık karşılaşılan bir durumdur. Romatoloji alanındaki klinik çalışmalarda benzeri bir durumun varlığını araştıran bir çalışma yoktur. Çalışmamızın amaçları, romatoid artritli hastalarda biyolojik ilaçlar ile yürütülen ve hakemli dergilerde yayınlanan RKÇ'ların ne kadarlık bir bölümünün kayıtlı (registered) olduğunun ortaya konulması ve kayıtlı primer sonlanım ölçütlerinin basılı olanlar ile karşılaştırılarak farklılık olup olmadığının incelenmesidir.

Yöntem: Romatoid artrit ve etanercept, infliximab, adalimumab, golimumab, certolizumab, abatacept, rituximab anahtar kelimeleri girilerek, PubMed veri tabanı üzerinde 30.07. 2011'den önce yayınlanmış RKÇ'lar araştırıldı. Orijinal çalışmaların açık etiketli fazları, ara analizler, ikincil analizler, ve faz I çalışmalar çalışmamızın dışında bırakıldı. Her bir makaleden araştırma kayıt bilgileri elde edilerek ilgili veri tabanları araştırıldı.

Sonuçlar: PubMed araştırması sonucunda 289 makale bulundu ve bu makalelerin 66 tanesi analize dahil edildi (ikincil analiz, faz I çalışma vb.'leri dışlandıktan sonra). Bu çalışmaların 33'ü (%50) araştırma veri tabanlarında kayıtlıydı. Kayıtlı çalışmaların %54 (18/33)'ünün ver tabanındaki bilgileri yeterliydi. Basılı çalışmaların 33 tanesi kayıtlı değildi. Kayıtlı çalışmaların %55'inde (10/18) kayıtlı ve basılı primer sonlanım ölçütleri arasında uyumsuzluk vardı.

Tartışma: Romatoid artrit hastalarında biyolojik ilaçlar ile yapılan çalışmalar romatoloji camiasında yaygın bir şekilde tartışılmasına rağmen, çalışmamızda gösterdiğimiz basılı ve kayıtlı sonlanım ölçütleri arasındaki uyumsuzluğun daha önce fark edilmiş olması ilgi çekicidir. Araştırma sonuçlarının güvenilirliğinin değerlendirilebilmesi için tüm RKÇ'ların uygun bir şekilde denetime açık veri tabanlarına kayıt edilmesi şarttır. Bu şekilde seçici raporların önlenmesi, hakemlerin veri tabanlarında kayıtlı sonlanım ölçütleri ile araştırma makalesindekileri karşılaştırması ile mümkün olabilir.

Önde gelen romatoloji dergilerinde muhalif görüşler azalıyor

Emine Ataç, Koray Taşcılar, Hasan Yazıcı

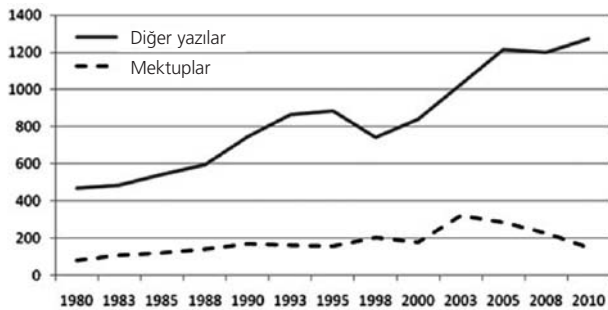
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Tıp dergilerinin editöre mektuplar için yeterince alan ayırmadığına dair endişeler bulunmaktadır. Yakın zamanda yapılan bir çalışmada 1989 ve 2009 yılları arasında Medline taranarak yıllar içinde mektuplar için ayrılan alan miktarının giderek azaldığı tespit edilmiştir. Biz de romatoloji dergilerinin mektuplara yani muhalif görüşlere yeterince önem vermediğini düşünüyoruz. Bu nedenle son 25 yıl içinde 11 zamanda 3 büyük romatoloji dergisinde mektupların diğer yazılara oranının ne şekilde değiştiğini değerlendirdik. Ayrıca editöre mektup bölümlerinde yayınlanan yazılardaki muhalefetin derecesini de değerlendirdik.

Yöntem: Yazarlardan biri (EA) üç yüksek impact faktörlü romatoloji dergisini yirmi beş yıllık bir dönem içinde 11 noktada değerlendirdi. 1985 ve 201 yılları arasında bu 3 dergideki mektup ve diğer türde yazıların sayıları yıllara göre tablollaştırıldı. Kalitatif analiz için, karşıt görüş bildiren mektupların sıklığına bakıldı. Karşıt görüş mektupları ayrıca eleştirinin şiddetine göre 1-3 arası skorlandı. Skorlama öncesinde bir eğitim okuması yapılarak skorlamanın nasıl yapılacağı tartışıldı.

Bulgular: Şekilde her yıl için mektup ve diğer yazıların sayıları görülmektedir. 11 noktada mektupların diğer yazılara oranı ortalama 0.18di (%95 CI: 0.16-0.20). 11 noktadaki oranlar arasında belirgin fark gözlemlendi ($p < 0.001$) ve son gözlenen 0.11 oranı da belirtilen güven aralıklarının dışındaydı. Bu arada gönderilen mektupların sadece %26'sı yayınlanan yazılara karşıt görüş belirtmek için yazılmıştı (%17-%33 arası). Bunlar arasında da 3. derece eleştiriler karşıt görüş yazılarının %25'ini oluşturuyordu. Yani tüm mektupların sadece %6'sı ciddi eleştiri amacıyla yazılmıştı.

Sonuçlar: Önde gelen romatoloji dergilerinde muhalif görüşün başlıca aracı olan mektupların oranı son 25 yıl içinde belirgin olarak azalmıştır. Dahası bunların sadece küçük bir oranı ciddi eleştiri dile getirmektedir.



Şekil (SB-16): Yıllar içinde mektuplar ve diğer yazıların sayılarındaki değişim

SB-17

Behçet hastalığında CD4+ T lenfositlerde tüm-genom ekspresyon profili: Uzamış hücre ölümü ve bozulmuş immün yanıtlar

¹Haner Direskeneli, ²Michael Dosmorov, ³Filiz Türe Özdemir, ⁴Vuslat Yılmaz, ⁵Jonathan Wren, ¹Emel Ekşioğlu Demiralp, ⁴Güher Saruhan Direskeneli, ²Amr Sawalha

¹Marmara Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; ²Oklahoma Üniversitesi Tıp Merkezi, ABD; ³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İmmünoloji Bilim Dalı, ⁴İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Fizyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Gerekçe: Behçet Hastalığı patogeneğinde CD4+ T-yardımcı lenfositlerin Th1/Th17 tipi immün yanıtlar ile ana bir rol aldığı düşünülmektedir. Bu çalışmada CD4+ T-lenfositlerde global gen ekspresyon profilinin değerlendirilmesi ve patogeneşte yer alabilecek immün/inflamatuvar yolların (pathway) değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Behçet Hastaları (n=5), sağlıklı controller (n=3) ile karşılaştırıldı. Periferik kan mononükleer hücrelerinden boncuk yöntemi ile CD4+ T-lenfositler izole edildi, Qiagen m-RNA izolasyon kiti ile m-RNA eldesi gerçekleştirildi. Tüm-genom mikroarray analizi için Affymetrix insan U133 çipleri kullanıldı. Farklı genlerin değerlendirilmesinde (n=54,675) gen ontoloji zenginleştirilmesi (DAVID) ve sırasal yolak analizi (Ingenuity Pathway Analysis) kullanıldı.

Sonuçlar: BH'da 60 gen en az 2 kat artmış ekspresyon, 173 gen azalmış ekspresyon göstermekteydi. Artmış gen gruplarında, lenfosit gelişme süreci (n=11), hematopoez (n=10), transaktivasyon (n=9) ve hücre bölünme önlenmesi (arrest) (n=8) ile ilişkili genler en yüksek oranda eksprese olmaktadır. Aşırı eksprese olan yollar içinde glukokortikoid reseptör (JAK1, TAF15, SMARCA2 ve FKBP4) ve Wnt/β-catenin sinyal ileti yolları (CD44, LEF1 ve TCF7) ile endositik virüs giriş/çıkış yolları (ACTB, ITGA6 ve PRKCH) ön plandaydı. Azalmış ekspresyonlu 173 gen içinde "hücre ölümü" en sık eksprese edilen grup idi (n=52). Ayrıca hücre özelleşmesi (n=34), aktivasyon (n=23) ve migrasyonu (n=19) ile ilişkili genlerde de azalma gözlemlendi. Yolak analizi NFAT, phospholipase C, CTLA4, CD28, CXCR4 ve B hücre sinyal ileti yollarında azalmış ekspresyon gösterdi. Bu grupta "Antibakteriyel yanıt" ilişkili genlerde de azalma vardı (CARD9, CEBPE, FGR ve NLRC4). MHC Sınıf II ailesinden HLA-DQB1 ve HLA-DRB1 ile kostimulatuar molekül CD86'nın da azalmış ekspresyonu gözlemlendi.

Tartışma: Behçet Hastalığında CD4+ T-lenfositlerin tüm-genom mikroarray analizi hücre büyümesi, viral interaksiyon, azalmış anti-bakteriyel yanıtlar ve antijen-sunumu ile ilgili gen ekspresyonlarında değişimler gösterdi. Bu bulgular patogeneşte artmış CD4+ T hücre sağkalımı, viral ve bakteriyel ajanlara azalmış direnç ve immün disregülasyonun rolünü düşündürmektedir.

SB-18

Behçet hastalığı patogeneğinde endoplazmik retikulum stresinin rolü

¹Fulya Coşan, ²Zeliha Emrence, ²Hülya Azaklı, ²Sema Sırma, ³Esin Aktaş, ²Neslihan Abacı, ²Duran Üstek

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli; ²İstanbul Üniversitesi Deneyisel Tıp Araştırma Enstitüsü, Genetik Bilim Dalı, ³İmmunoloji Bilim Dalı, İstanbul

Gerekçe: Endoplazmik retikulumda (ER), proteinlerin yavaş ya da yanlış katlanmaları sonucu ER stres oluşur. ER stres sonucu hücrede katlanmamış protein yanıtı (UPR) oluşturularak ER stres engellenmeye çalışılır. ER stres ve UPR moleküllerinin çeşitli hastalıkların patogeneğinde rol oynadıkları gösterilmiştir. Ankilozan spondilitten sorumlu HLA-B*27'nin UPR'ye yol açarak hastalığa neden olduğu ileri sürülmektedir. Benzer şekilde yavaş katlanma olasılığı olan bir başka molekül HLA-B*51 olup Behçet hastalığında genetik yatkınlığa neden olmaktadır. Bu çalışmada HLA-B*51 UPR arasındaki ilişkinin araştırılması hedeflenmiştir.

Yöntem: HLA-B*51 eksprese eden Thp-1 hücre dizisinin monositlerinde ve bu hücre dizisinden elde edilen makrofajlarda; HLA-B*51 (+) ve (-) hastalardan alınan PKML ve HLA-B*27 (+) ve (-) hastalardan elde edilen PKML hücre kültürlerinde LPS, ATP, IFN ve Tm uyarıları sonrasında 8. ve 24. saatlerde örneklerden mRNA ve protein izole edilmiş ve bu örneklerde ATF-6, IRE-1, PERK, XBP-1, BİP ekspresyonu kantitatif PZR ile ölçülmüş ve SPSS 16.0 ile korelasyon analizi yapılmıştır.

Sonuçlar: Thp-1 monositlerde değişik uyaranlarla HLA-B*51 ve diğer moleküllerin ekspresyonundaki artış değerlendirildiğinde; HLA ekspresyonu ile IRE1 ($r(12)=.957$, $p<0.01$), PERK ($r(12)=.974$, $p<0.01$), ATF6 ($r(12)=.952$, $p<0.01$), BİP ($r(12)=.610$, $p<0.05$) molekülleri arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Thp-1 makrofajlarda HLA ekspresyonundaki artış ile ATF6 ($r(12)=.626$, $p<0.05$) ve BİP ($r(12)=.808$, $p<0.01$) molekülleri arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. HLA-B51(+) PKML kültüründe uyaranlarla HLA ekspresyonundaki artış ile PERK ($r(12)=.535$, $p<0.05$), ATF6 ($r(12)=.622$, $p<0.05$) arasında korelasyon saptanmıştır. HLA-B*51 (+) PKML kültüründen elde edilen makrofajlarda; HLA ekspresyonundaki artış ile IRE1 ($r(12)=.746$, $p<0.01$), PERK ($r(12)=.696$, $p<0.01$) ve ATF6 ($r(12)=.558$, $p<0.05$) molekülleri arasındaki artış arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. HLA-B*27 (+) PKML kültüründe; HLA ekspresyonundaki artış ile PERK ($r(12)=.903$, $p<0.01$) ve ATF6 ($r(12)=.706$, $p<0.01$) molekülleri arasındaki artış arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. HLA-B*27 (+) PKML kültüründen elde edilen makrofajlarda; HLA ekspresyonundaki artış ile BİP ($r(12)=.814$, $p<0.01$) şeparon molekülü arasındaki artış arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Bir uyaranla UPR uyarıldıktan sonra ikinci bir uyaran verildiğinde UPR molekülleri- nin tamamıyla inhibe olduğu gösterilmiştir.

Tartışma: HLA-B*51 ile UPR sinyal moleküllerinin ekspresyonu paralellik göstermektedir. HLA-B*51 ekspresyonu ile UPR yanıtının güçlü korelasyonu HLA-B*51 Behçet hastalığı patogeneğinde ER stres üzerinden etkili olabileceğini düşündürmektedir.

SB-19

Erkek Behçet hastalarında hastalığın erken dönemindeki oral aft sıklığı prognozu öngörmeye yardımcı olabilir

¹Vedat Hamuryudan, ¹Gülen Hatemi, ²Necdet Süt, ¹Serdal Uğurlu, ¹Sebahattin Yurdakul, ¹Hasan Yazıcı

¹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; ²Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biostatistik Bilim Dalı, Edirne

Gerekçe: Behçet hastalarında tedavi seçiminde rol oynayan faktörlerden biri de semptomların sıklığıdır. Ancak hastalığın ilk yıllarındaki mukokütanöz bulguların sıklığı ile prognoz arasında ilişki olup olmadığı bilinmemektedir.

Yöntem: Ekim 1993-Kasım 1996 tarihleri arasında yürütülmüş olan çift kör, plasebo kontrollü 6 aylık bir çalışma ile talidomidin mukokütanöz bulguları baskılamadaki etkinliği gösterilmişti (Hamuryudan V ve ark. Ann Intern Med 1998). Çalışmaya, hastalığının erken döneminde (<3 yıl) olan, ciddi organ tutulumu olmayıp sadece mukokütanöz lezyonları olan erkek hastalar alınmıştır. Çalışma boyunca 4 haftada bir yapılan vizitlerde hastaların aktif lezyon sayıları (oral aft, genital ülser, papülopüstüler lezyon, eritema nodozum) kaydedilmişti. Hastalar, çalışma bitiminden ortalama 11.7 yıl sonra yeniden değerlendirildiğinde %43'ünde (39/91) takip sırasında ciddi organ tutulumu geliştiği görülmüştü (Hamuryudan V ve ark. Rheumatology (Oxford) 2010). Bu kez, talidomid çalışmasının sadece plasebo kolundaki 30 hastanın verileri incelenerek hastalığın erken dönemindeki mukokütanöz lezyon sıklığı ile uzun dönemde ciddi organ tutulumu ortaya çıkması arasındaki ilişki parametrik ve non-parametrik testler ve ROC eğrisi analizi kullanılarak araştırılmıştır.

Sonuçlar: Hastaların 15'inde (%50) çalışmadan çıktıktan sonra ciddi organ tutulumu (göz, damar, nörolojik tutulum) gelişmişti. Ciddi organ tutulumu gelişen hastalarda BS anlamlı olarak daha genç yaşta ortaya çıkmıştı (24.4 ± 5 vs 29.7 ± 3.8 SD yıl; $p=0.003$). Çalışma boyunca kaydedilen toplam oral aft sayısı, ciddi organ tutulumu gelişenlerde, gelişmeyenlere göre anlamlı olarak daha fazlaydı (Tablo). Ancak hastalık başlangıç yaşına göre düzeltildiğinde bu fark kaybolmaktaydı ($p=0.16$). ROC eğrisi analizi ile 6 ay boyunca 9'dan fazla oral aftı olmanın ciddi organ tutulumu gelişimi için duyarlılığının %86.7, özgüllüğünün %53 olduğu görüldü. Ortalama genital ülser, foliküler lezyon ve eritema nodozum sayılarında organ tutulumu gelişmesi açısından bir fark yoktu.

Tablo (SB-19): Talidomid çalışması sırasında kaydedilen mukokütanöz lezyonların, ciddi organ tutulumu olan ve olmayan hastalarda ortalama $\pm$ SD değerleri

	Oral aft*	Genital ülser*	Papülopüstüler lezyon*	Eritema nodozum*
Ciddi organ tutulumu olan (n=15)	2.09 $\pm$ 0.96	0.38 $\pm$ 0.46	7.17 $\pm$ 2.96	0.21 $\pm$ 0.37
Ciddi organ tutulumu olmayan (n=15)	1.43 $\pm$ 0.8	0.44 $\pm$ 0.5	5.88 $\pm$ 4.26	0.29 $\pm$ 0.93
p**	0.029	0.45	0.245	0.61

*Talidomid çalışması sırasındaki 8 vizitin ortalama $\pm$ SD değeri. **Mann-Whitney U testi

Tartışma: Sınırlı sayıda hastadaki bu gözlemimiz, erkek Behçet hastalarında hastalığın ilk yıllarında daha fazla oral aft çıkarmasının ileriki yıllarda ciddi organ tutulumu gelişimini öngörmeye yarayacak bir bulgu olduğuna işaret etmektedir. Daha fazla sayıda hastada yapılacak çalışmalar, oral aft sıklığının ciddi organ tutulumunu öngörmeye genç hastalığın başlamasına ek olarak bağımsız bir risk faktörü olup olmadığını ortaya çıkarabilir.

SB-20

Behçet sendromunda yorgunluk önemli bir sorundur

Deram Büyüktas, Şükran Yüksel Fındıkoğlu, Gülen Hatemi, Koray Taşcılar, Serdal Uğurlu, Sebahattin Yurdakul

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Gerekçe: İnflamatuar hastalıklarda hastaya bağlı değerlendirme ölçütlerinin hastalığı değerlendirmede öneminin anlaşılması ile birlikte yorgunluğun da bu hastalarda önemli bir sorun olduğu, hastaların yaşam kalitesini etkilediği gösterilmiştir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda yorgunluk, hastalık aktivitesini değerlendirmede ve ilaç çalışmalarında etkinliği ölçmede kullanılan ölçütlerden biri haline gelmiştir. Bu çalışmanın amacı Behçet sendromu (BS) hastalarında yorgunluğun önemli bir sorun olup olmadığını değerlendirmek ve bunun organ tutulumu tipleri ile iliş-

kisini, çeşitli inflamatuvar hastalık grupları ve sağlıklı kontrol grubu kullanarak araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya 152 BS, 51 romatoid artrit (RA), 51 sistemik lupus eritematozus (SLE), 51 ankilozan spondilit (AS) hastası ve 65 sağlıklı kontrol (SK) alındı. BS hastaları ağırlıklı organ tutulumuna göre gruplara ayrıldı (42 göz, 30 vasküler, 40 eklem, 40 sadece mukokütanöz). Tüm gruplara yorgunluk şiddet ve etki ölçeği anketleri, fibromiyalji etki ölçeği anketi dolduruldu, SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ve MDHAQ uygulandı, RAPID3 skoru hesaplandı; fibromiyalji açısından muayene edildi. Gruplar arası kıyaslamalar için ANOVA testi kullanıldı. Ayrıca BS hastalarında bahsedilen ölçütler ve Behçet sendromu aktivite skalası (BSAS) skorları göz, vasküler, eklem ve mukokütanöz grupları arasında ANOVA ile karşılaştırıldı.

Sonuçlar: Yorgunluk şiddet skoru BS hastalarında RA, SLE ve AS hastalarına benzer düzeydeydi ve Behçet hastaları dahil tüm hastalıklı gruplarda, sağlıklı kontrollere göre daha yüksekti ($p<0.001$) (Tablo). Yorgunluk etki skoru BS, RA ve SLE gruplarında benzer düzeyde ancak AS ve sağlıklı kontrollerden daha yüksekti ($p<0.001$). Fibromiyalji etki skoru ise RA hastalarında diğer gruplara göre anlamlı şekilde yüksek ($p<0.001$), BS, SLE ve AS gruplarında benzer düzeyde ve sağlıklı kontrollere göre daha yüksekti ($p=0.003$). SF-36'nın mental komponenti RA'da diğer gruplara göre anlamlı şekilde düşük ($p<0.001$), BS, SLE ve AS'de benzer düzeyde ve sağlıklı kontrollere göre daha düşüktü ($p<0.001$). SF-36'nın fiziksel komponentinde ise gruplar arasında anlamlı fark yoktu. RAPID3 skoru RA'da BS ve sağlıklı kontrollerden yüksek ($p<0.001$), SLE ve AS'ye benzer düzeydeydi. BS hastaları tutulumlarına göre karşılaştırıldığında, yorgunluk şiddet ve etki skorlarında gruplar arasında anlamlı bir fark yoktu. Tutulum tipine göre de, BSAS'nin ilgili sorularında farklar olmasına rağmen total skorda gruplar arasında fark bulunmadı.

Tartışma: BS'nda yorgunluk, diğer inflamatuvar hastalıklarda olduğu gibi önemli bir sorundur. Yorgunluk, ağırlıklı olarak göz, vasküler, eklem ve mukokütanöz tutulumu olan hastaları benzer şekilde etkilemektedir. İleride BS için geliştirilecek hastaya bağlı değerlendirme ölçütlerinde ve ilaç çalışmalarında kullanılan ölçütler arasında yorgunluğun da yer alması önemlidir.

Tablo (SB-20):

	BS (n=152)	RA (n=51)	SLE (n=51)	AS (n=51)	SK (n=65)
K:E	79:73	41:10	48:3	12:39	44:21
Yaş	37.5 $\pm$ 11.7	46.2 $\pm$ 13.3	39.1 $\pm$ 13	39.3 $\pm$ 8.7	33 $\pm$ 9.5
Yorgunluk şiddet skoru	32.9 $\pm$ 13.5	36.7 $\pm$ 13.5	34.6 $\pm$ 13	34.2 $\pm$ 12.8	24.1 $\pm$ 12.5
Yorgunluk etki skoru	42.9 $\pm$ 32.1	52.2 $\pm$ 31.8	49.5 $\pm$ 39.3	34.9 $\pm$ 32.5	22.2 $\pm$ 23.2
Fibromiyalji etki skoru	56.2 $\pm$ 33.7	84.5 $\pm$ 43.9	64.6 $\pm$ 40.1	51.2 $\pm$ 32.6	28 $\pm$ 15.8
SF-36 mental komponenti	40.6 $\pm$ 10.5	32.1 $\pm$ 11.9	38.8 $\pm$ 15.6	40.4 $\pm$ 10.6	53.1 $\pm$ 6.6
SF-36 fiziksel komponenti	43.6 $\pm$ 10.7	43.9 $\pm$ 11.8	43.6 $\pm$ 11.3	47 $\pm$ 11.3	45.8 $\pm$ 10
RAPID3 skoru	10.7 $\pm$ 6.3	14 $\pm$ 7.1	11.2 $\pm$ 8.3	10.8 $\pm$ 6.4	3.8 $\pm$ 4.1

SB-21

Ankilozan spondilit, Behçet Hastalığı ve ailevi Akdeniz Ateşi arasındaki ilişki: Türk hastalarda yapılan çalışmaların meta-analizi

Servet Akar, Dilek Solmaz, Vedat Gerdan, Özgül Soysal, Fatış Önen, Nurullah Akkoç

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

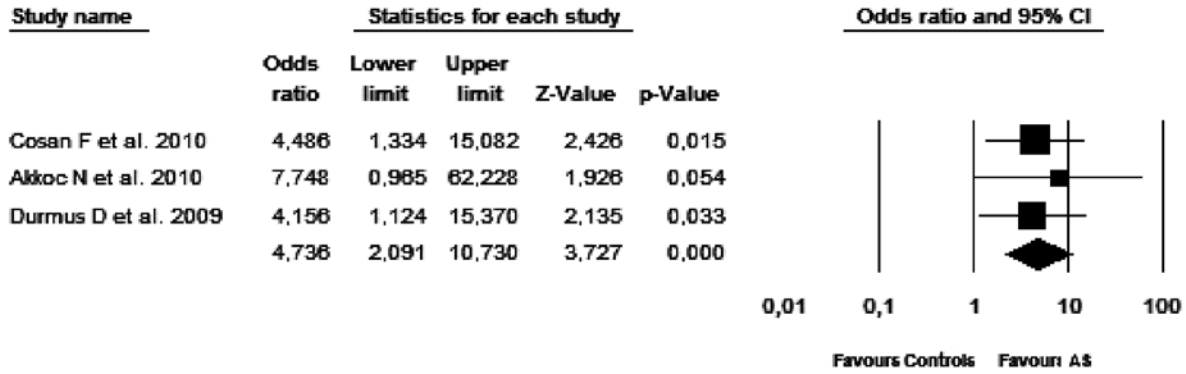
Gerekçe: Ailevi Akdeniz ateşi (FMF) gelişiminden sorumlu olan MEFV gen varyantları çeşitli inflamatuvar hastalıklarda ça-

lışmıştır. Bazı romatizmal hastalıklar ile M694V'nin ilişkisi bulunmuş olmakla birlikte, bu çalışmalarda örneklem büyüklüğü çoğu kez yeterli değildir. Bu çalışmada en sık görülen dört MEFV varyantının (E148Q, M694V, M680I ve V726A) FMF dışı romatizmal hastalıklara yatkınlıktaki rolünü araştırmak için bu çalışmaların meta-analizi yapıldı.

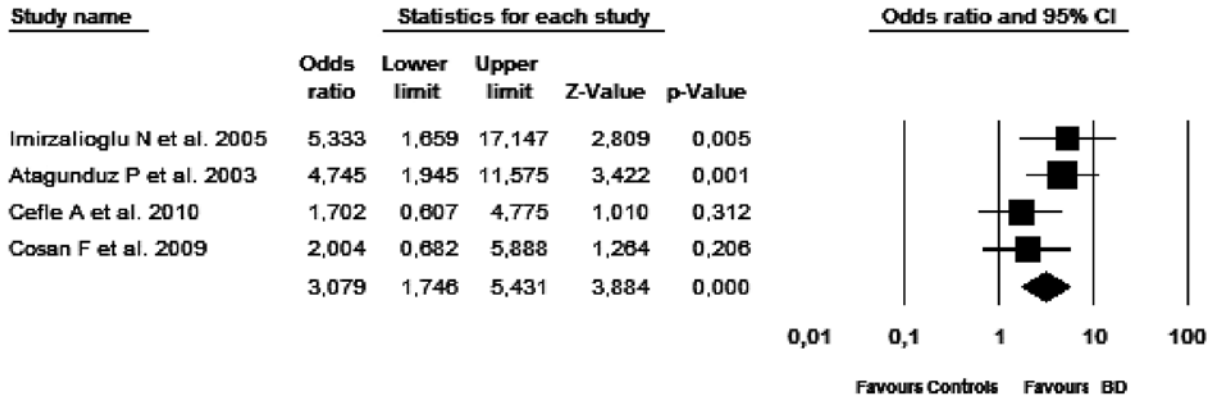
Yöntem: PubMed, Embase ve Cochrane kütüphanesini kullanarak sistematik literatür derlemesi yapıldı. Anahtar kelimeler olarak "MEFV" and "MEFV gene" kullanıldı. Anahtar makalelerin referans listeleri elle, ilişkili konferansların özet kitapları elle veya elektronik olarak tarandı. İstatistiki analizler için Comprehensive Meta-Analysis statistical software (Biosta, Englewood, NJ, USA) ve "random effects" modeli kullanıldı.

Sonuçlar: Çalışmaya sekiz kontrollü çalışma alındı. Üç çalışmada ankilozan spondilit (AS), dört çalışmada Behçet hastalığı

A



B



Meta Analysis

Şekil (SB-21): Türkiye'den bildirilen çalışmalarda ankilozan spondilit (A) ve Behçet hastalığına (B) yatkınlıkta M694V allel sıklığı için odds oranları (OR) ve karşılık gelen %95 güven aralıkları (CI)

(BH) ve 2 çalışmada romatoid artrit (RA) ile MEFV varyantlarının ilişkisi değerlendirilmişti. Bir çalışmada hem AS hem de RA'lı hastalar dahil edilmişti. Bu çalışmaya toplamda 335 AS, 479 BH ve 149 RA hastası ile 793 SK'e ait genotipler dahil edildi. M694V allel sıklığı; sağlıklı kontrollerle kıyaslandığında AS (%6.4), BH (%5.8) gruplarında anlamlı olarak yüksek bulunurken, RA grubunda (%1.0) farklı değildi. M694V taşıyıcılık sıklığı da AS (%12.5) ve BH'ında (%10.9) sağlıklılardan anlamlı şekilde fazla bulundu ($p<0.001$ her iki karşılaştırma için de). Analiz edilen diğer MEFV varyantlarının sıklığı herhangi bir hasta grubunda sağlıklılardan farklı değildi. Kontrol grubu içermemeleri nedeniyle meta-analize alınmayan diğer üç AS çalışmasını da (allel N=608) içerecek şekilde havuzlanmış veride de M694V allel sıklığı artmış bulunuyordu. Yirmi RA hastasının alındığı bir diğer kontrolsüz çalışmada ise hiçbir hastada M694V bulunmamıştı. Dikkat çekici bir diğer bulgu tüm AS (n=639) çalışmalarına alınan 5 ve BH çalışmalarına (n=479) katılan 4 hastanın M694V homozigot olmasıydı.

Tartışma: Bu çalışmanın sonuçları M694V'nin, Türk toplumunda AS ve BH için bir yatkınlık faktörü olabileceğini göstermektedir. Ayrıca literatürde tanımlanan vakalar ve gözlemsel çalışmalarda bildirilen, AS veya BH ve FMF ilişkisi için M694V açıklayıcı bir genetik faktör olabilir.

SB-22

Lumbar disk hernisi tanısı ile opere olan hastalarda spondiloartrit sıklığı

¹Özgül Soysal, ¹Servet Akar, ¹Dilek Solmaz, ¹İsmail Sarı, ¹Gerçek Can, ²Serhat Erbayraktar, ¹Merih Birlik, ¹Fatoş Önen, ¹Nurullah Akkoç

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, ²Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

Gerekçe: Romatolojik hastalıklar içerisinde ankilozan spondilit (AS), radyografik sakroiliitin gelişimi için uzun yıllar gerektiğinden, en geç tanı konulan hastalıktır. Ülkemizde yapılan çok merkezli bir araştırmada AS'li hastaların yaklaşık 1/3'ünün daha önce lumbar disk hernisi tanısı (LDH) aldığı ve %7'sinin bu nedenle opere olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada LDH tanısı ile opere edilen hastalarda inflamatuvar bel ağrısı (İBA), AS ve diğer spondiloartrit (SpA) grubu hastalıklara ilişkin klinik belirti ve bulguların sıklığını araştırmayı amaçladık.

Yöntem: 2008-2010 tarihleri arasında bir üniversite hastanesi "Beyin ve Sinir Cerrahisi" anabilim dalında "LDH" tanısı ile opere edilen tüm hastalar polikliniğe davet edildi. Tüm gönüllüler standart bir protokole uygun olarak muayene edildi. İBA için Calin ve Berlin kriterleri kullanıldı. Tüm hastalarda sakroiliak eklemlerin değerlendirilmesi amacıyla pelvis grafisi çekilmesi planlandı. SpA ve AS için Avrupa Spondiloartrit Çalışma Grubu (ESSG), Amor ve modifiye New York kriterleri kullanıldı. Ge-

lemeyen hastalara kabul etmeleri durumunda standart bir form kullanılarak telefon anketi yapıldı.

Sonuçlar: Çalışma için yapılan taramada uygun 789 hasta tespit edildi. Bunlardan 468 hastaya en az 2 kez denenmesine karşın ulaşılamadı. Ulaşılan 321 hastadan (142 erkek [%44.2], ortalama yaş 49 ± 10.8) 123'ü ile yüz yüze, 198'i ile telefon görüşmesi yapıldı. Poliklinikte görülen ve telefon görüşmesi yapılan hastaların yaş, cinsiyet, semptom süresi ve tanı yaşları benzerdi, yalnızca yüz yüze görüşmeyi kabul eden hastaların eğitim süreleri daha uzundu (9 ± 4.4 vs 7 ± 4.1 ve $p<0.001$) ve daha fazla oranda ağrıların operasyon sonrası devam ettiğini belirttiler (%68 vs %51.7 ve $p<0.001$). Hastaların ortalama bel ağrısı başlangıç yaşı 34 ± 12.5 , ortalama LDH tanı yaşı 41 ± 12.4 olarak bulundu. Calin kriterlerine göre 108 hastada (%33.6) ve Berlin kriterlerine göre 51 (%16.4) İBA saptandı. Çalışma grubundaki 308 kişinin değerlendirilen pelvis grafisi sonucunda sakroiliit saptanan 5 kişi (%1.2) AS tanısı için modifiye New York kriterlerini karşılıyordu. Ek olarak yüz yüze görüşülen ve sakroiliak eklemler manyetik rezonans görüntüleme (MRG) planlanan 34 hastanın 12'inde MRG çekilebildi ve 4'ünde ASAS tanımlamasına uygun olarak aktif sakroiliit saptandı. Böylece radyolojik görüntüleme ile sakroiliit prevalansı minimum %2.8 ($5/4/321=\%2.8$) olarak hesaplandı. Tüm değerlendirmelerden sonra SpA tanısı için ESSG kriterlerini 57 kişi (%17.7) ve Amor kriterlerini de 28 kişi (%8.7) karşılıyordu.

Tartışma: LDH nedeniyle opere edilen hastalar arasında AS veya SpA sıklığının artmış gözükmesi dikkat çekicidir. SpA kriterlerini karşılayan hastaların çoğunda ameliyattan sonra bel ağrısının devam ediyor olması, bu grup hastaların başvurma olasılığı yüksek diğer hekim gruplarının İBA'nın nitelikleri konusunda bilinçlendirilmesinin önemine işaret etmektedir.

SB-23

Ailevi Akdeniz ateşli hastaların birinci derece yakınlarında spondiloartrit sıklığı artmıştır

¹Servet Akar, ¹Özgül Soysal, ¹Dilek Solmaz, ¹Vedat Gerdan, ²Metin Manisalı, ¹Fatoş Önen, ¹Nurullah Akkoç

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, ²Radyoloji Bilim Dalı, İzmir

Gerekçe: Ailevi Akdeniz ateşi (FMF) otoinflamatuvar bir hastalık olup başlıca özelliği tekrarlayan ateşli serozit ataklarıdır. Hastalık MEFV genindeki mutasyonlar ile ilişkilidir. Ankilozan spondilit (AS) dahil spondiloartrit (SpA) grubu hastalıkların FMF'li hastalarda daha sık görüldüğüne dair bazı kanıtlar elde olunmuştur. Bunun yanında daha önce yapılan çalışmalarda biz ve diğer gruplar, bilinen en penetrant MEFV varyasyonu olan M694V'nin AS için bir yatkınlık faktörü olabileceğini göstermiştik. Bu nedenle bu çalışmada FMF'li hastaların birinci derece yakınlarında (BDY) AS ve SpA sıklığını araştırdık.

Yöntem: Akriba olmayan 201 ardışık FMF hastasının, 16 yaş üzerindeki BDY polikliniğe davet edildi. Tüm gönüllüler, SpA'li hastaların belirlenebilmesi için standard bir protokole uygun olarak muayene edildi. İnflamatuvar bel ağrısı (IBA) için Calin ve Berlin kriterleri kullanıldı. Tüm hastalara sakroiliak eklemlerin değerlendirilmesi amacıyla pelvis grafisi çekildi. SpA ve AS için Avrupa Spondiloartrit Çalışma Grubu (ESSG) ve modifiye New York kriterleri kullanıldı.

Sonuçlar: 201 probandin, 16 yaş üzerinde 1039 BDY vardı. Bunların 892'si hayattaydı. 95 BDY'a en az 3 defa denenmesine rağmen ulaşılamadı ve FMF tanısı olan/konulan 84 BDY çalışmaya alınmadı. Geri kalan 713 BDY'dan 319'u çalışmaya katılmayı kabul etti. Bunlar arasında 233 kişide (%73 bel ağrısı) tespit edildi. Calin kriterlerine göre 32 (%13.7) ve Berlin kriterlerine göre 20 kişide (%8.6) IBA saptandı. BDY arasında 5 kişiye AS ve 26 kişiye SpA tanısı konuldu. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen 394 kişinin tıbbi kayıtlarının incelenmesi ile ayrıca bir kişide AS olduğu tespit edildi. 713 BDY arasında SpA ve AS sıklığı %3.6 ve %0.8 olarak hesaplandı. Genel popülasyonda daha önce bölgemizde yapılan bir çalışmada elde edilen %1.09 SpA ve %0.49 AS sıklığı temel alındığında FMF'li hastaların tüm BDY arasında SpA için risk oranı 3.3 (%95 CI; 2.0 to 5.5) ve AS için 1.7 (%95 CI; 0.7 to 4.3) olarak hesaplandı. BDY içinde yalnızca anne-babalar (n=275) göz önüne alındığında söz konusu risk oranları SpA için 4.9 (%95 CI; 2.7 to 9.0) ve AS için 2.94 (%95 CI; 1.02 to 8.41) bulundu. Diğer yandan çalışma grubunda 2 hastada Behçet sendromu, 2 hastada romatoid artrit, ve bir hastada un-diferansiyel artrit tespit edildi.

Tartışma: FMF'li hastaların BDY arasında SpA'nın ve anne-babaları arasında AS'in daha yüksek sıklıkta bulunması, FMF'li hastalarda SpA ve sakroiliitin daha sık olduğu şeklindeki, önceki verileri desteklemektedir. Bu durum iki hastalık arasındaki ilişki için yeni bir kanıt olarak kabul edilebilir.

SB-24

Ankilozan spondilitte hastalık aktivitesinin değerlendirilmesi: BASDAI, BASFI, ASDAS-CRP ve RAPID3 skorlarının karşılaştırılması

¹Muhammet Çınar, ¹Sedat Yılmaz, ¹Süleyman Serdar Koca, ¹Hakan Erdem, ¹Salih Pay, ²Yusuf Yazıcı, ¹İsmail Şimşek

¹Gülhane Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ²Division of Rheumatology, New York University School of Medicine and NYU Hospital for Joint Diseases, New York, NY, ABD

Gerekeç: Diğer romatolojik hastalıklarda olduğu gibi spondilartritlerde de hastalık aktivitesinin kantitatif değerlendirilmesi, romatoloji pratiğinde önemli bir sorun olagelmıştır. Spondilartrit hastalarında hastalık aktivitesinin belirlenmesi amacıyla BASDAI, BASFI ve yakın geçmişte geliştirilen AS hastalık aktivasyon skoru (ASDAS) gibi birçok farklı yöntem kabul edilmiştir ve uygulanmaktadır. Buna karşın gerçek yaşamda, poliklinik şartlarında farklı hastalıkları olan hastalara farklı anketlerin dağıtılmasında güçlükler yaşanmaktadır. Bu nedenle tüm romatolojik hastalıklar için uygulanabilecek tek bir anketin olması, rutin uygulamada hastaların kantitatif değerlendirilmesini kolaylaştırabilecektir. Bu bağlamda, romatoid artrit için kabul edilmiş ve yaygın olarak da kullanılan hasta-temelli bir anket olan RAPID3 uygun bir aday olarak düşünülmektedir. RAPID3, fiziksel fonksiyon, ağrı ve hasta global VAS'ın bulunduğu, çok-boyutlu sağlık değerlendirme anketinin 3 bileşenini temel almaktadır. Bu çalışma, spondilartritli hastaların değerlendirilmesinde, diğer kabul edilmiş yöntemlere kıyasla RAPID3'üm performansını araştırmak için yapılmıştır.

Yöntemler: 1 Mayıs ile 25 Haziran 2011 tarihleri arasında Romatoloji merkezinde ardışık olarak görülen hastalara doldurmaları amacıyla BASDAI, BASFI anketleri ve MD-HAQ verildi ve hastaları takip eden klinisyenler de doktor global VAS değerini kaydetti. Değerlendirmenin yapıldığı gün CRP düzeyleri kaydedildi ve ASDAS-CRP skorlarını hesaplamak amacıyla kullanıldı. Her bir yöntem için tanımlayıcı istatistik ve Pearson korelasyon katsayısı hesaplandı.

Sonuçlar: Tüm değerlendirmeleri 51 hasta (%88 erkek, ortalama yaş 25.5±8.4; hastalık süresi 2.8±4.4 yıl) tamamladı. BASDAI, BASFI, ASDAS-crp ve RAPID-3 için ortalama skorlar sırasıyla 5.5±2.1; 4.1±2.4; 2.6±0.9 ve 14.5±5.7 idi. RAPID3, BASDAI, BASFI ve ASDAS-crp ile iyi düzeyde korele idi (r:0.84, r:0.72, ve r:0.86, her biri için p<0.001)

Tartışma: Yaklaşık 10 yıldır romatoid artrit için kullanılan ve MDHAQ'in bir parçası olan RAPID3'ün, AS hastalarının hastalık aktivitesini belirlemek için geliştirilen yeni bir bileşik indeks olan ASDAS-crp ile güçlü bir pozitif korelasyonu olduğunu saptadık. Sonuçlarımız ayrıca RAPID3'ün AS hastalarında BASDAI ve BASFI ile iyi düzeyde korelasyonun olduğunu gösteren önceki bir çalışmanın bulgularını da doğrulamıştır. Farklı hasta gruplarında kullanılabilen tek bir yöntemin, rutin uygulamada daha kolay kullanılabilmesi gibi ek bir avantajı olabilir.

Poster Bildiriler

(PB-001 — PB-158)

17 Ekim 2011 – 08:00-18:00

Poster Alanı

PB-001

Behçet hastalığında hastalık aktivitesinin değerlendirilmesi: Behçet Hastalığı Güncel Aktivite Formu (BDCAF), Behçet Sendromu Aktivite Skoru (BSAS) ve Hasta İndeks Verilerinin Rutin Değerlendirme (RAPID)-3 skorlarının karşılaştırılması

¹Sedat Yılmaz, ¹İsmail Şimşek, ¹Muhammet Çınar, ¹Hakan Erdem, ³Osman Köse, ²Yusuf Yazıcı, ¹Salih Pay

¹Gülhane Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara, ²Division of Rheumatology, New York University School of Medicine and NYU Hospital for Joint Diseases, New York, ³Gülhane Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara

Gerekeç: Behçet hastalığı (BH), organ tutulumu açısından oldukça farklılıklar gösteren heterojen bir klinik sendromdur. Ayrıca hastalık dalgalı bir seyir gösterir ve bu seyir ile paralellik gösteren herhangi bir özgül laboratuvar belirteç de bulunmamaktadır. Bunların neticesinde, BH’nda hastalık aktivitesinin tanımlanması klinisyenler için önemli bir sorundur ve bir hastalık aktivite göstergesi oluşturulmaya çalışılmaktadır. En yaygın olarak BDCAF kullanılmaktadır fakat bu klinisyen tarafından doldurulmakta ve zaman alıcıdır. Bu sorunun üstesinden gelmek amacıyla hasta-temelli bir değerlendirme yöntemi olan BSAS önerilmiştir. Diğer yandan MD-HAQ indeksinden elde edilen RAPID-3 skorunun her tür romatolojik hastalık için kullanışlı olduğu ileri sürülmektedir. RAPID-3, romatoid artrit (RA) için yaygın olarak kullanılmaktadır ve onaylanmıştır. RAPID-3 fiziksel fonksiyon, ağrı ve hasta global VAS’ı değerlendirmektedir. Bu çalışmanın amacı, hastalık aktivitesinin değerlendirilmesinde BSAS’ı BDCAF ile karşılaştırmak ve ikincil olarak da RAPID3’ün performansını diğer iki yöntemle kıyaslamaktır.

Yöntem: 1 Mayıs ile 25 Haziran 2011 tarihleri arasında Romatoloji merkezinde ardışık olarak görülen hastalara dolduruları için BSAS ve MD-HAQ formları verildi ve hastaları takip eden tüm doktorlar BDCAF’ı doldurdu. BDCAF altın standart olarak kabul edildi ve diğer anketler ve doktor global değerlendirilmesi ile (Dr-VAS) ile karşılaştırıldı. Her bir yöntem için tanımlayıcı istatistik, Pearson korelasyon katsayısı ve Lin’s konkordans korelasyon katsayısı hesaplandı.

Sonuçlar: Her üç değerlendirmeyi de 52 hasta tamamladı. Ortalama BSAS skoru 16.9 ± 10.7 ; ortalama BDCAF skoru 2.6 ± 1.7 ; ortalama RAPID3 skoru 8.9 ± 5.7 , RAPID3 ortalama değeri 12.5 (IQR 18.5); ve Dr-VAS ortalama skoru 3.6 ± 2.1 olarak belirlen-

di. BSAS ve BDCAF skorları arasındaki korelasyon orta düzeyde idi ($r:0.491$, $p<0.0001$), buna karşın BSAS RAPID3 ile iyi düzeyde korele idi ($r:0.65$, $p<0.0001$). RAPID3 ve BDCAF arasındaki korelasyonun zayıf olduğu tespit edildi ($r:0.277$, $p=0.047$).

Tartışma: Sadece hastanın verdiği yanıtlardan oluşan BSAS anketinin, klinisyen tarafından doldurulan bir form olan BDCAF ile güçlü bir pozitif korelasyonu olduğunu saptadık. Sadece hasta temelli gözlemlerden oluşan bir sonuç skorunun, rutin klinik uygulamada daha kolay kullanılabilirliği nedeniyle ek avantajı olabilir.

PB-002

Behçet hastalığında serum interlökin-17 ve interlökin-23 düzeyleri ve diğer aktivite ile ilişkili parametreler

¹Orhan Küçükşahin, ¹Ali Şahin, ¹Murat Turgay, ¹Gülşay Kınıklı

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

Gerekeç: Behçet hastalığı (BH), nedeni tam olarak bilinmeyen, patogeneğinde hücrel immün sistem başta olmak üzere çeşitli sitokinlerin rol oynadığı vaskülitik bir sendromdur. Bu çalışmada BH’da serum IL-17 ve IL-23 seviyeleri ile hastalık tutulumları ve diğer inflamatuvar belirteçlerin ilişkisini göstermek amaçlandı.

Yöntem: Çalışmaya Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları-Romatoloji Bilim Dalı tarafından takip edilen Behçet Hastalığı Uluslararası Çalışma Grubu kriterlerine göre BH tanısı almış 60 hasta (32 kadın, 28 erkek) alındı. Kontrol grubuna 20 sağlıklı (9 kadın, 11 erkek) birey dahil edildi. Hastaların demografik, klinik ve diğer laboratuvar bulguları kaydedildi. Tüm olgularda kan alınarak ELISA yöntemi ile serum IL-17 ve IL-23 düzeyleri belirlendi. Ayrıca hasta grubunda diğer inflamatuvar belirteçler (CRP ve sedimantasyon) ve klinik bulgular ile hastalık aktivasyonu ve organ tutulumu arasındaki ilişki incelendi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşları 37.48 ± 9.8 (ortanca 40, 15-54) yılı. Hastalık süreleri ise 8.13 ± 7.4 (5, 1-30) yıl olarak hesaplandı. 15 hasta (%25) aktif, 45 hasta (%75) inaktif olarak değerlendirildi. Aktif hastalığı olanların ortalama IL-17 seviyeleri 0.07 ± 0.258 pg/ml ve IL-23 seviyeleri 31.27 ± 15.73 pg/ml idi. Yine aktif hastalığı olanların ortalama sedimantasyon değeri 46.53 ± 21.68 mm/h ve CRP değeri 27.82 ± 30.11 mg/dL olarak bulundu. IL-17 ve IL-23 düzeylerinin aktif hastalığa sahip

olanlarda daha yüksek olduğu görüldü (sırasıyla, $p=0.115$ ve $p=0.053$). Hastalık aktivitesi ile sedimantasyon ve CRP değerleri arasında anlamlı ilişki saptandı ($p<0.05$). Hastalık aktivitesi klinik olarak üveit ve retinal vaskülit ile ilişkiliydi (sırasıyla, $p=0.021$ ve $p=0.008$). Yapılan lojistik regresyon analizine göre ise CRP'de 1 birimlik artış hastalık aktivitesinde 1.4 kat, üveit varlığının ise hastalık aktivitesinde 16.23 kat artışa yol açtığı görüldü.

Tartışma ve Sonuçlar: Behçet hastalarında sağlıklı kontrole kıyasla IL-17 ve IL-23 düzeylerinde anlamlı fark saptayamadık. Fakat aktif hastalığı olan Behçet hastalarında IL-17 ve IL-23 düzeyleri daha yüksekti. Çalışmamızda bu sitokin düzeylerinin hastalık aktivitesini izlemede bize çok fazla yardımcı olamayacaklarını gördük. Fakat hastalık izleminde CRP'nin daha değerli bir biyobelirteç (biyomarker) olabileceğini saptadık. Klinik bulgular arasında ise vasküler tutumların ve özellikle üveitin hastalık aktivitesiyle daha ilişkili bir bulgu olabileceğini gördük. Öte yandan IL-17 ve IL-23'ün Behçet hastalığı etiyopatogenezi ve hastalık aktivitesi ile ilişkisini tam olarak ortaya koyabilmek için daha geniş çaplı, kontrollü, tedavi modaliteleri ve tanı zamanına göre yapılmış çalışmalara ihtiyaç vardır.

	P	OR (%95 CI)
CRP	0.002*	1.457 (1.114-1.85)
Uveitis	0.039*	16.23 (1.15-228.19)

PB-003

Behçet hastalarının tedavi deneyimleri klinik aktivite ölçekleri ile uyumludur

¹Gonca Mumcu, ²Nevsun İnanç, ¹Nur Şişman, ³Tülin Ergun, ²Haner Direskeneli

¹Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ²Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, ³Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Gerekçe: Güncel klinik uygulamalarda objektif klinik ölçütlerin yanı sıra hastaların tedaviyle ilgili beklentileri ve deneyimleri de değerlendirilmektedir. Bu araştırmanın amacı, Behçet hastalarında (BH), klinik ölçütler ile mukokutanöz ve BH'nın tüm

şikayetlerine yönelik tedavi ile ilgili deneyimler arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntem: Bu kesitsel araştırmaya, Uluslararası çalışma grubu kriterlerine (ISG, 1990) uygun olarak tanısı konmuş 93 BH'lı hasta (E/K: 35/58, yaş ort: 41.33 ± 11.5 yıl) katıldı. Grubun hastalık siddet skoru (Krause ve ark. 2001) 4.94 ± 2.03 olarak belirlendi. Bu hastaların %73.1'i (n=68) kolşisin ile tedavi edilirken, diğerleri immunsupresif ilaçlarla (n=25, %26.9) tedavi edilmekteydi. Hastaların klinik aktivite durumları; Kompozit indeks (KI, 0-10 puan, Mumcu G ve ark. 2009), Mukokutanöz indeks (MI, 0-30 puan) ve Behçet sendromu aktivite skalası (BSAS, 0-100 puan) ile değerlendirildi. Hastalardan tedavileri ile ilgili deneyimlerini, hem mukokutanöz şikâyetleri, hem de BH'lığının tüm belirtileri olarak 2 ayrı şekilde değerlendirmeleri istendi. Şikâyetleri tamamen, belirgin olarak veya kısmen azaldı ise bu hastalar "iyileşen" grupta, belirtileri hiç değişmedi veya kötüleşti ise "iyileşmeyen" grupta yer aldılar.

Sonuçlar: Mukokutanöz tedavi tedavisi açısından "iyileşmeyen" grupta olanların (36.33 ± 12.02 yıl ve 8.93 ± 3.84 yıl) "iyileşen" gruba (42.8 ± 10.83 ve 6.73 ± 3.94 yıl) göre daha genç oldukları ve eğitim sürelerinin daha uzun olduğu gözlemlendi ($p=0.06$). Cinsiyetin, hastalık süresinin ve tanı süresinin ise etkisinin olmadığı belirlendi ($p>0.05$). BH'larının %74.2'si (n=69) aktif iken %25.8'i (n=24) inaktif idi. Aktif hastaların %72.5'i (n=50) Mukokutanöz tedavi açısından, %55.1'i (n=38) ise Behçet hastalığının tüm belirtileri açısından "iyileşen" grupta yer aldıkları görüldü. İnaktif hastaların ise hepsinin "iyileşen" grupta olduğu belirlendi. Hem mukokutanöz semptomların, hem de BH'lığının tüm belirtilerinin tedavisi açısından "iyileşen" gruptaki hastaların CI, MI ve BSAS puanlarının "iyileşmeyen" gruba göre daha düşük olduğu belirlendi (Tablo) ($p<0.05$).

Tartışma: BH'larda objektif klinik ölçütler olan CI, MI ve BSAS indeksleri ile hastaların subjektif olarak kendi tedavilerini değerlendirmelerinin uyumlu olduğu görüldü. Bu durum, yeni geliştirilen indekslerin hasta beklentilerini de karşılayabileceğini ve klinik araştırmalarda "ana sonlanım" ölçütü olarak kullanılabileceklerini göstermektedir. İlerleyen yaş ile birlikte hastalığın aktivitesinin azalabileceği göz önünde bulundurulduğunda, genç ve eğitim düzeyi yüksek hastaların tedavi beklentilerinin daha fazla olacağı da gözlenmiştir.

Tablo (PB-003):

Mukokutanöz belirtilerin tedavisi	lyileşen grup (n=74)	2.97	2.73	4.11	3.89	13.64	13.23
	lyileşmeyen grup (n=19)	5.56	2.61	6.45	3.94	24.33	15.39
	P	0.019		0.013		0.001	
Tüm Behçet hastalığı belirtilerinin tedavisi	lyileşen grup (n=58)	2.69	2.75	3.42	3.76	11.79	12.45
	lyileşmeyen grup (n=35)	4.71	2.80	6.21	3.80	21.58	14.99
	P	0.007		0.003		0.002	

PB-004

Behçet hastalarında tırnak yatağı videokapillaroskopi bulguları: 82 hastanın analizi

Ayşe Balkarlı, Veli Çobankara

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Denizli

Behçet hastalığı; tüm büyüklükteki venleri ve arterleri tutabilen, tekrarlayan mukokutanöz ve oküler tutulumla karakterize nedeni bilinmeyen sistemik bir vaskülitir. Tırnak yatağı videokapillaroskopi ile Behçet hastalarındaki mikrovasküler anormallikleri tanımlamayı amaçladık.

Metod: Uluslararası tanı kriterlerine göre Behçet hastalığı tanısı almış olan 82 hasta değerlendirildi. Hastalar sigara kullanımı, raynaud fenomeni varlığı ve iskemik ülser açısından sorgulandı. Hipertansiyon dahil ek hastalığı olanlar ve raynaud fenomeni öyküsü olan hastalar değerlendirmeye alınmadı. Kontrol grubu olarak sigara öyküsü olmayan, sağlıklı 30 kişi alındı. Tırnak yatağı videokapillaroskopi ile mikroanevrizma, megakapiller, tortiozite, mikrohemoraji, avasküler alan ve bazaar kapiller varlığı değerlendirildi. Megakapiller, kapiller çapın 0.05 mm üzerinde olması, mikrohemoraji; en az iki farklı parmakta travmatik neden olmaksızın hemoraji saptanması, tortiozite bir milimetrelilik alanda en az 2 cross gözlenmesi olarak tanımlandı.

Sonuç: Hastaların ortalama yaşı 36.9 ± 11.8 (17-63), hastalık başlama yaşı 29.8 ± 9.7 (14-60), hastalık süresi 7 ± 8.3 yıldır. Hastaların 34'ü kadın, 48'i erkekti. 20 hastada aktif, 8 hastada eski sigara kullanımı öyküsü vardı. Bir milimetre alanda ortalama kapiller sayısı 10.17 ± 1.235 (9-13)'ti. 2 (%2.4) hastada megakapiller, 4 hastada (4.9) mikrohemoraji, 75 hastada (%91.5) tortiozite, 8 hastada (%9.8) bazaar kapiller görüldü. Hiçbir hastada mikroanevrizma, avasküler alan ve neoformasyon izlenmedi. Kontrol grubu yaş ve cinsiyet dağılımı açısından Behçet grubu ile benzerdi. Kontrol grubunda kapillaroskopik incelemede patolojik bulgu saptanmadı. Behçet hastalarında saptanan kapillaroskopik patolojik bulgular ile yaş, hastalık başlama yaşı, hastalık süresi ve klinik bulgular arasında ilişki saptanmadı. Hemoptizi öyküsü olan hastalarda tortiozite sıklığında artış (%6.6'ya karşılık %33) saptandı ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0.08$). Kapillaroskopi ile saptanan anormal bulgular Behçet Hastalığının vaskülitik doğasından kaynaklanıyor olabilir. Ancak bulguların Behçet Hastalığı'na spesifik bulgular olmayıp, prediktif değeri olmadığı düşünüldü.

PB-005

Behçet hastalığında santral sinir sistemi tutulumu: Olgu serisi

Sibel Üreyen, İrem Kor, Uğur Karasu, Ali Berkant Avcı, Ender Terzioğlu

Akdeniz Üniversitesi

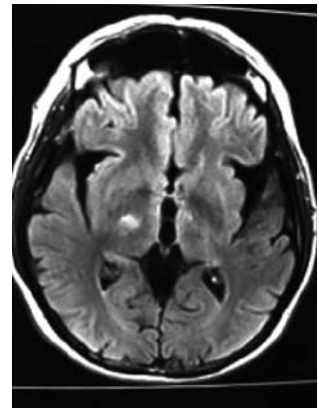
Gerekçe: Behçet Hastalığı (BH) etiyolojisi tam olarak bilinmeyen, multisistemik vasküler inflamatuvar bir hastalıktır. Nöro-

behçet ise BH'ı olan olguların %10'unda görülmektedir. Dünyada nadir ancak ülkemizde göreceli olarak daha sık görülen BH'nın sinir sistemi tutulumuna ilişkin veriler sınırlıdır. Bu nedenle Nörobeçet hastalığı bulunan olgu serimiz sunuma değer bulunmuştur.

Yöntem: Çalışmaya kliniğimizde takip edilen 9 nörobeçet hastası dahil edilmiştir. Hastaların tutulum paternleri, klinik bulguları, aldıkları tedaviler kaydedilmiş ve tedaviye verdikleri yanıtlar, hem klinik hem de radyolojik olarak değerlendirilmiştir. Klinik yanıt, başvuru şikayetlerinin azalması veya kaybolması, radyolojik yanıt ise başvuru anında görüntüleme yöntemleri ile tespit edilen lezyonların tedavi sonrası takip görüntülerinde kaybolması veya azalması olarak değerlendirilmiştir.

Sonuçlar: Bu dokuz Nörobeçet hastasının 5'inde parankimal tutulumlu Nörobeçet (PTNB) ve diğer 4'ünde ise Serebral Venöz Sinüs Trombozu (SVST) saptanmıştır (Tablo). Olguların 2'si kadın, 7'si erkekti. PTNB'li olan 5 hastanın 4'ü, kuvvet kaybına bağlı yürüme bozukluğu ve konuşma bozukluğu, biri kişilik değişikliği ile başvururken, SVST'si olan 4 hasta ise baş ağrısı ve çift görme şikayetleri ile kliniğimize başvurmuştur. PTNB'li olan hastaların hepsinde pons ve mezensefalonda lezyon gözlenmiştir. Hastaların 4'ünde HLA B51 bakılmış ve 3'ünde pozitif saptanmıştır. Olguların 8'inin tedavisinde siklofosfamid(cyp) + steroid (s) kullanılmıştır. SVST'u olan bir hasta yan etkilerinden dolayı cyp tedavisini kabul etmemiştir. Hastaların 7'sinin idame tedavisinde azatiopürin(aza)+ steroid kullanılmıştır. Kalan 2 olguya ise yeni tanı almaları nedeniyle henüz idame tedavi başlanmamıştır. Hastaların tümünde klinik yanıt gözlenmiştir. Radyolojik yanıt değerlendirilmesi 9 olgunun 4'ünde yapılabilmıştır, bu olguların 2'sinde düzelme tespit edilmiştir.

Tartışma: Santral sinir sistemini (SSS) tutan BH'nın en sık görülen klinik bulguları; SVST için baş ağrısı (%82,5), PTNB de ise konuşma ve yürüme bozukluğudur. Serideki bu oranlar literatürde bildirilen oranlar ile uyumludur. Literatürde SSS tutan Behçet Hastalığı ile ilgili kabul gören kesin bir tedavi bulunmamaktadır. Tedavide farklı protokoller önerilmektedir. Bu çalışmada olgulara erken dönemde cyp ve steroid tedavisi başlanmış, idame tedavisi olarak aza ve steroid tedavisi uygulanmıştır. Nörobeçetli olgularda immüno-supresif tedavinin erken dönemde başlanması ile gerek klinik, gerekse radyolojik olarak tedavide daha yüksek başarı oranları sağlandığı görülmektedir. BH'ında, baş ağrısı, nörolojik ve psikiyatrik bulguların varlığı, SSS'i tutulumunun erken tanınması açısından değerli olup hastalığın erken döneminde tedavinin başlanması, klinik ve radyolojik yanıtının başarısı açısından önemlidir.



Mezensefalonda sağ taraftaki lezyon

Tablo (PB-005):

	1. hasta	2. hasta	3. hasta	4. hasta	5. hasta	6. hasta	7. hasta	8. hasta	9. hasta
Yaş	26	43	23	28	24	37	53	39	41
Hastalık yaşı	13	18	2	6	1	11	25	3	12
Tanı anında behçet bulguları	oa+ga+ppl	oa+ga+ppl+en	oa+en+ppl+ptj+	oa+trombüs	oa+ga+ppl	üveit+oa	oa+ga	oa+ga+en	oa+ga+ppl
Nörolojik bulgu belirtileri	+	+	+	+	+	+	+	+	+
BT de pons ve mezensefalonda lezyon	+	-	-	-	-	+	+	+	-
MR-venografide serebral ven sinüs trombüsü	-	+	+	+	+	-	-	-	-
Aldığı tedaviler	cyp+s	cyp+s	-	cyp+s	cyp+s	cyp+s	cyp+s	cyp+s	cyp+s
İdame tedavi	aza+s	aza+s	aza+s	aza+s	aza+s	aza+s	-	-	aza+s
Tedaviye radyolojik yanıt	-	-	?	?	+	+	Yeni tanı	Yeni tanı	?
Tedaviye klinik yanıt	-	+	+	+	+	+	Yeni tanı	Yeni tanı	+
HLA-B51	+	+	+	-	-	-	-	-	-
Trombofili risk faktörleri		N	N	N	N				
N.B tanısı ile beraber									
Tedavi başlanan hastalar	+	14 yıl sonra	-	+	+	5 yıl sonra	+	+	+

oa: Oral aft; ga: Genital aft; en: Eritema nodozum; ppl: Papülü-püstüler lezyon; ptj: Paterji; N: Normal; ?: Radyolojik yanıt değerlendirilmesi yapılamayan hastalar

PB-006

Behçet hastalığı ve ailevi Akdeniz ateşinde serum osteoprotegerin ve RANKL düzeyleri

Aşkın Ateş, Fulya Dörtbaşı, Cem Özışler, Kubilay Şahin, Nesibe Yeşil, Yaşar Karaaslan

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

Giriş ve Amaç: Romatoid artrit, sistemik lupus eritematoz, sistemik skleroz gibi kronik inflamatuvar hastalıklarda ve sistemik vaskülitlerde endotelial aktivasyon/disfonksiyonun göstergesi olarak serum osteoprotegerin (OPG) ve RANKL düzeylerinin arttığı gösterilmiş ve hastalık patogenezinde önemli olduğu ileri sürülmüştür. Behçet hastalığında (BH) özellikle vasküler lezyonlarda endotelial aktivasyon/disfonksiyon karakteristik bulgudur. Ayrıca, otoinflamatuvar hastalıklardan en sık görüleni ailevi Akdeniz ateşinde (AAA) kronik inflamasyona sekonder endotelial aktivasyon/disfonksiyonun vasküler inflamasyona ve aterogeneze yol açtığı ileri sürülmüştür. Bu çalışmada, BH ve AAA hastalarında serum OPG ve RANKL düzeylerinin hastalık patogenezi, aktivitesi, klinik ve laboratuvar parametreleri ile ilişkisinin araştırılması amaçlandı.

Hastalar ve Yöntem: Çalışmaya 40 BH (14 K, 26 E, ortalama yaş 35.4±9.2 yıl) ve 32 AAA (10 K, 22 E, ortalama yaş 31.2±9.8 yıl) hastası ve 20 sağlıklı kontrol (7 K, 13 E, ortalama yaş 32.4±8.6 yıl) alındı. BH hastaları mukokutanöz ve vasküler tutulumu ve hastalık aktivitesine göre gruplandırıldı. Son 1 ay içerisinde en az iki klinik bulgunun eşlik ettiği BH hastaları aktif kabul edildi. AAA'lı 10 hasta atak döneminde ve 22 hasta ataksız dönemde değerlendirildi. Serum OPG ve RANKL düzeyle-

ri ELİZA yöntemiyle ölçüldü. Ayrıca, her iki hasta grubunda akut faz yanıtı (ESH, CRP, fibrinojen düzeyleri) ile AAA'lı olgularda MEFV gen mutasyonları tayin edildi.

Bulgular: Serum OPG düzeyi BH (20.41±18.07 pg/ml) ve AAA (7.12±5.85 pg/ml) gruplarında sağlıklı kontrollerden (3.14±1.28 pg/ml) anlamlı yüksek bulundu (sırasıyla p<0.001 ve p=0.001). BH hastalarındaki düzey AAA grubundan anlamlı olarak yüksek idi (p<0.001). BH ve AAA hastalarında serum RANKL düzeyi sağlıklı kontrollerden farklı değildi. Serum OPG düzeyi vasküler tutulumlu (n=13) BH hastalarında (29.46±23.10 pg/ml) hem mukokutanöz tutulumlu (n=12) olgulardan (12.87±5.92 pg/ml), hem de vasküler tutulumu olmayan (n=27) olgulardan (16.05±13.51 pg/ml) anlamlı olarak yüksek bulundu (p<0.05). Paterji testi pozitif BH hastalarındaki serum OPG düzeyi (31.12±24.46 pg/ml) negatif hastalara (14.44±4.6 pg/ml) göre anlamlı yüksekti (p<0.05). BH grubunda serum OPG ve RANKL düzeyleri ile hastalık aktivitesi, ESH ve CRP düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmadı. AAA grubunda serum OPG ve RANKL düzeyleri ESH, CRP, fibrinojen düzeyleri ve MEFV gen mutasyonları ile ilişkili bulunmadı. Ayrıca, atak döneminde olan ve olmayan AAA hastalarında serum OPG ve RANKL düzeyleri farklı değildi.

Sonuç: Serum OPG düzeyi AAA hastalarında muhtemelen kronik inflamasyona sekonder olarak artmıştır. Serum OPG düzeyinin BH hastalarında sağlıklı kontroller ve AAA hastalarından yüksek olması ve vasküler tutulumlu BH hastalarında en yüksek seviyeye ulaşması, vasküler lezyonların ortaya çıkışında endotelial aktivasyon/disfonksiyonun rolünün önemli olduğunu göstermektedir.

PB-007

Behçet hastalığı ve ailevi Akdeniz ateşi olan hastalarda ultrasonografi ile entezit sıklığının belirlenmesi

¹Fuat Özkan, ²Gözde Yıldırım Çetin, ¹Betül Bakan, ¹Mürvet Yüksel, ²Mehmet Sayarlıoğlu

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, ²İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, ³Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

Amaç: Behçet hastalığı ve Ailevi Akdeniz ateşi (AAA) olan hastalarda entezit sıklığının ultrasonografi ile değerlendirilmesi. **Yöntem ve Gereçler:** 35 Behçet hastası (16 kadın, 19 erkek), 34 AAA hastası (10 erkek, 24 kadın) çalışma grubu olarak ve 26 sağlıklı birey (14 erkek, 13 kadın) kontrol grubu olarak çalışmaya alındı. Tüm hastaların bilateral proksimal plantar fasya, aşil tendon, proksimal ve distal patellar ligament, distal kuadriceps ve brakial triceps tendonlarına ultrasonografi yapıldı. Entezal bölgeler kalınlık, yapı, kalsifikasyon, erozyon, bursit ve power doppler sinyallerine göre değerlendirilip Madrid Sonografik Entezit İndeksine (MASEI)'ye göre skorlandı.

Bulgular: Maksimum olası toplam 136 puan üzerinden total entezit puanı Behçet hastalarında ortalama 12.2±6.2 AAA hastalarında 8.5±4.8 sağlıklı bireylerde 2.6±2.4 olarak bulundu. MASEI'ne göre Behçet hastaları ile AAA hastaları arasında, Behçet hastaları ile kontrol grubu arasında ve AAA hastaları ile kontrol grubu arasında anlamlı fark tespit edildi (sırasıyla p=0.006, p=0.00, p=0.00). Brakial triceps entezit puanları Behçet hastalarında 3.5±2, AAA hastalarında 2.2±1.7, kontrol grubunda 1 olarak tespit edildi, ancak istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Tartışma ve Sonuçlar: Ultrasonografi entezit teşhisinde etkili ve güvenilir bir yöntemdir. Çalışmamızda MASEI'ne göre Behçet hastalarında, AAA ve sağlıklı kontrol gruplarına göre entezit daha sık tespit edildi. Literatürde Behçet hastalarında entezit sıklığında artış tespit edilmiştir. Diğer bir çalışmada Behçet hastalarında daha fazla olmak üzere triceps tendonunda entezopatik değişiklikler bulunmuştur. Bizim çalışmamızda, triceps tendonunda Behçet hastalarında diğer gruplara göre daha yüksek puanlar tespit edilmesine rağmen istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

PB-008

Behçet hastalığı olan bir hastada soliter rektal ülserle bağlı masif alt gastrointestinal kanama

¹Cemal Bes, ²Ülkü Dağlı, ¹Ahsen Zeyrek, ¹Pınar Memedoğlu, ¹Mehmet Soy

¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, ²Gastroenteroloji Bilim Dalı, Bolu

Giriş: Soliter rektal ülser, rektal kanama, ağrı, mukuslu dışkılama, tenezm, konstipasyon ve rektal prolapsus gibi semptomlarla

kendini gösteren bir klinik tablodur. Behçet Hastalığı gastrointestinal sistemin, ağızdan anüse kadar herhangi bir bölgesini tutabilir. Behçet Hastalığı ile soliter rektal ülser birlikteliği günümüze kadar hiç bildirilmemiştir. Burada Behçet Hastalığı tanısıyla izlenirken soliter rektal ülserle bağlı masif alt GIS kanama geçiren bir olgu sunulmuştur.

Olgu: 7 yıldır Behçet Hastalığı tanısıyla izlenen 39 yaşındaki erkek hasta rektal kanama yakınmasıyla başvurdu. Bir hafta önce konstipasyon yakınması olması nedeniyle parmaklarıyla defekasyonu başlatmak için rektumunu zorladığı ve ardından rektal kanamanın başladığını ifade eden hasta bu şikayetle bir hastaneye başvurmuş ve burada kendisine 7 ünite kan transfüzyonu yapılmış. Rektal muayenesinde anal kanaldan rektuma doğru uzanan 5-6 cm'lik sert kitle palpe edildi. Kolonoskopide rektumda 7-8 cm'lik polipoid lezyon görüldü. Kitleden alınan biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesi soliter rektal ülser ile uyumluydu. Hastaya soliter rektal ülser tanısı konarak metil prednisolon lavman tedavisi ve dışkılama eğitimi verilerek poliklinik takibine alındı.

Tartışma: Behçet Hastalığı olanlarda gastrointestinal kanama durumlarında soliter rektal ülser de göz önünde bulundurulmalıdır.

PB-009

Behçet hastalığında bronşial arter tutulumuna bağlı bronkopulmoner arter arasında fistül gelişimi

Veli Çobankara, Ayşe Balkarlı

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Denizli

Gerekeç: Behçet hastalığı (BH) etiyolojisi bilinmeyen, multisistemik bir vaskülitir. Her büyüklükteki arteri ve veni etkileyebilir. Literatür bilgilerine göre Behçet hastalarının %1-18'inde pulmoner tutulum görülmektedir. Pulmoner tutulum genellikle pulmoner arter anevrizması ve trombüsü şeklindedir. Bronşial arter tutulumu sık değildir. Bu çalışmada bronşial arter tutulumuna bağlı gelişen bronko-pulmoner arter fistül sunulmaktadır.

Yöntem: 6 aydır hemoptizi yakınması olan 31 yaşında erkek hasta abondan hemoptizi yakınması ile acil servise başvurdu. Özgeçmişinde tüberküloz temas öyküsü yoktu ve sigara aktif (15 paket yıl) içiciydi. Fizik muayenesinde yüz ve konjunktivalarda solukluk, taşikardi, oral aft, aktif genital aft ve genital ülser skatrisi, bilateral akciğer alt zonlarda solunum seslerinde azalma saptandı. PA AC grafide bilateral alt zonlarda infiltratif görünüm nedeniyle çekilen toraks BT tetkikinde sağ alt ve orta lopta yaygın tomurcuklanan ağaç görünümü saptandı. Pulmoner arter ve dallarını incelemeye yönelik yapılan anjiyografide T4-5 düzeyinden çıkan sağ bronşial arter oklüde izlendi. Sol bronşial arter distalinde de anormal vasküler yatak ve arteriopulmoner şantlar görüldü. Bu alanda pulmoner arteriyal parankimal boyanma saptandı. Aynı işlem sırasında sol bronşial arter embolizasyonu yapıldı. Oral ve genital aftları ve cilt lezyon öyküsü olan hastada

Behçet hastalığı düşünüldü. Göz muayenesinde patoloji saptanmadı. Behçet hastalığı pulmoner tutulum tanısı ile immünsüpresif tedavi başlandı (1000 mg pulse siklofosfamid + 1 mg/kg'dan metilprednizolone). Takipte hemoptizi yakınması tekrarlamadı.

Sonuçlar ve Tartışma: Behçet hastalığı tanısı ile izlenmekte olan hastalarda hemoptizi yakınması gelişmesi durumunda pulmoner artrite bağlı anevrizma gelişimi öncelikli düşünülmelidir. Vakamız hemoptizi etiyoloji araştırılırken pulmoner arter anevrizma dışında bronşial arter tutulumuna bağlı hemoptizi şikayeti ile gelmiştir. Seyrekte olsa bronşial arter tutulumu akılda tutulmalıdır. Hastada İmmünsüpresif tedavi sonrası klinik bulguları kontrol altına alınmıştır.

PB-010

Behçet hastalıklı ve sağlıklı kişilerin fiziksel fonksiyon, ağrı ve genel sağlık algılamalarının değerlendirilmesi

¹Raziye Nesrin Demirtaş, ²Yasemin Kavlak, ³Nazife Şule Yaşar Bilge, ¹Cengiz Korkmaz

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, ²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Yüksekokulu, Evde Bakım Bölümü, ³Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

Gerekçe: Behçet Hastalığı (BH), özellikle genç yaş grubunu etkileyen, pek çok organ ve sistem tutulumuna yol açabilen, relapslarla seyreden, orijini bilinmeyen vasküler-inflamatuvar özellikli kronik bir hastalıktır. Bu araştırmada, BH olan hastaların algıladıkları fiziksel fonksiyon, ağrı ve genel sağlığı değerlendirmeyi ve elde edilen verileri BH olmayan kişilerinkilerle karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: Uluslararası Çalışma Grubu kriterlerine göre BH tanısı konan hastalar ve BH olmayan sağlıklı kişiler kontrol grubu olarak bu çalışmaya dahil edildi. Her iki gruptaki olgulara demografik özellikleri, Fiziksel Fonksiyon, Ağrı ve Genel Sağlık alt alanları olan Rutin Hasta Değerlendirme İndeks Verisi 3 (RAPID3) ve SF-36'yı içeren anket uygulandı. Ayrıca Behçet Hastalığı Şiddeti Değerlendirme Formu kullanılarak skoru belirlendi.

Sonuçlar: Bu çalışmaya BH olan 30 hasta (ortalama yaş: 39.7013±8.23 yıl) ile kontrol grubundaki 25 olgu (40.39 ±9.18 yıl) katıldı. Her iki grupta yaş, boy, kilo ve BMI değerleri benzerdi (p>0.05) Behçet hastalığı şiddet skoru, RAPID3 Genel Sağlık ve SF-36 Ağrı parametreleri ile ilişkiliydi (p<0.05). Behçet hastalığı olanlarda RAPID3 ve SF-36'nın Fiziksel Fonksiyon (p<0.001), Ağrı (p<0.001) ve Genel Sağlık (p<0.01) alt alanları arasında anlamlı ilişkiler vardı. RAPID3 değerleri incelendiğinde; BH olanlarda kontrol grubuna göre Fiziksel Fonksiyon ve Genel Sağlık skorları daha düşüktü (p<0,01), ağrı skoru ise farklı değildi (p>0.05). SF-36 değerleri incelendiğinde ise; BH olanlarda kontrol grubuna göre Fiziksel Fonksiyon (p<0.05) ve

Genel Sağlık (p<0.01) skorları daha az, Ağrı skoru daha fazla idi (p<0.05). Behçet hastalığı süresi, RAPID3'ün üç alt alanı ve SF-36'nın Fiziksel Fonksiyon ve Genel Sağlık alt alanlarıyla ilişkilidi (p<0.05; p<0.01).

Tartışma: Bu sonuçlar doğrultusunda, BH olan olgularda kontrol grubundakilere göre, özellikle fiziksel fonksiyon ve genel sağlık algılamalarında azalma olduğu belirlenmiştir. Behçet hastalığı süresi artarken ağrıda artma, fiziksel fonksiyon ve genel sağlık algılamalarında azalma olduğu saptanmıştır. Ayrıca, SF-36'nın Fiziksel Fonksiyon, Ağrı ve Genel Sağlık alt alanlarının da bu değerlendirmeler için diğer ölçeklere alternatif olarak kullanılabileceği düşünülmüştür.

PB-011

Behçet hastalığı mı? Çölyak mı? İki hastalık birlikte mi?

¹Timuçin Kaşifoğlu, ¹Emel Gönüllü, ²Serhat Özkan, ³Tuncer Temel, ¹Şule Yaşar Bilge, ¹Tuğçe Nur Türközü, ¹Cengiz Korkmaz

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, ²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, ³Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Eskişehir

Giriş: Behçet Hastalığı ve Çölyak Hastalığının tekrarlayan aftöz stomatit, üveit, gastrointestinal sistem, kas iskelet sistemi, nörolojik tutulum gibi bazı ortak bulguları vardır.

Olgu: Otuz iki yaşında, erkek hasta sağ hemiparezi ve konuşamam şikayetleri ile acil servise başvuruyor. Muayenede motor afazi, sağ üst ekstremitede pleji ve sağ alt ekstremitede 4/5 kas gücü tespit ediliyor. MR anjiyografide orta serebral arterde 0.5 cm'lik bir segmentte fokal bir darlık saptanıyor. Hastaya anti ödem tedavi, asetil salisilik asit ve warfarin tedavisi başlanıyor. Protombotik laboratuvar değerleri normal olan hastanın daha önce sol gözden 3 kez üveit atağı geçirdiği, çocukluk yaşlarından beri ağızda iki ayda bir oluşan aftlarının olduğu öğrenildi. Hastada genital ülser ya da cilt lezyonları mevcut değildi. Paterji testi negatif olarak tespit edildi. Behçet hastalığı olabileceğini düşündü, endoksan ve steroid tedavisi verildi, antikoagülan tedaviye devam edildi. Nörolojik bulgular tama yakın düzeldi. Hastada normositik, normokrom anemi ile, ferritin, vitamin B12 ve folik asitin her üçünde birlikte düşüklük tespit edildi. Üst gastrointestinal sistem endoskopisi yapıldı. Endoskopide duodenum mukozası ödemliydi ve alınan biyopsinin patolojisinde villuslarda küntleşme, düzleşme, kronik aktif inflamasyon olduğu bunun da çölyakla uyumlu olduğu tespit edildi. Anti-gliadin antikor negatif anti-endomisyum antikoru pozitif. Malabsorbsiyon bulguları, endoskopik biyopsi bulguları ve antikor birlikteliği ile Çölyak hastalığı tanısı konuldu. Hasta çölyak diyeti planlanarak taburcu edildi.

Sonuç: Behçet hastalığından alışık olduğumuz oral aft, üveit gibi bulgular Çölyak hastalığında da görülebilmektedir. Behçet hastalarında sık gördüğümüz, üveit ve oral afta nazaran daha az görülen nörolojik tutulum da benzer karakterde Çölyak hastala-

rında olabilmektedir. Tanıda akla gelen bir durum da her iki hastalığın birlikte olabileceğidir. Yapılan sınırlı sayıdaki çalışmalarda Behçet hastalarında Çölyak hastalığı prevalansının arttığı gösterilememiştir. İki hastalığın ayırıcı tanısı bazen zor olmakla beraber önemlidir çünkü Çölyak hastalığında çoğu zaman glutensiz diyet tek tedavi yöntemi iken, Behçet Hastalığına ciddi immun supresif tedavi ihtiyacı olabilmektedir. Hastaların gereksiz immün supresif tedavi almaması ve Çölyak hastalığının seyrinde görülebilecek osteoporoz, demir ve vitamin eksikliklerinin tedavi edilebilmesi için doğru tanı koymak önemlidir. Biz mevcut bulgular ile hastamızda öncelikle Çölyak hastalığı olduğu kanaatindeyiz. Ancak net ayırmanın hastanın takibinde gelişebilecek diğer klinik bulgular eşliğinde yapılacağını düşünüyoruz. Romatoloji kliniklerinde çok sık görmeye alıştığımız Behçet hastalığına benzer klinik bulgularla seyredebilen başka bir hastalığın olabileceğinin bilinmesi ve öyküde sorgulanması önemlidir.

PB-012

Juvenil idyopatik artrit tanılı çocuklarda D vitamini düzeyi: Hastalık aktivitesi ile ilişkili olabilir mi?

Elif Comak, Arife Uslu Gökçeoğlu, Çağla Serpil Doğan, Mustafa Koyun, Sema Akman

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı, Antalya

D vitamini, iskelet sağlığı ve kalsiyum metabolizması için gerekli olduğu gibi immünmodülatör ve antiinflamatuvar etkilere de sahiptir. Epidemiyolojik veriler, genel popülasyonda D vitamini eksikliğinin sık olduğunu ve romatoid artrit, inflamatuvar barsak hastalığı ve multiple sclerosis gibi otoimmün hastalıklarda D vitamini düzeylerinin düşük olduğunu göstermektedir.

Amaç: Bu araştırmanın amacı, juvenil idyopatik artrit (JİA) tanısı ile izlenen çocuklarda D vitamini durumunu değerlendirmek ve hastalık aktivitesi ile olası korelasyonu araştırmaktır.

Metod: Kliniğimizde JİA tanısı ile izlenen, mart ve nisan aylarında kontrole gelmiş olan çocuk hastaların tıbbi kayıtları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik bilgileri, hastalık süresi, almakta oldukları tedaviler, fizik muayene bulguları, hastalık aktivitesi, tam kan sayımı, sedimentasyon, CRP ve D vitamini düzeyleri değerlendirildi. D vitamini düzeyi yüksek performanslı sıvı kromatografisi (HPLC) yöntemi ile çalışıldı.

Bulgular: Araştırmaya dahil edilen 46 hastanın 28'i kız (%60), 18'i erkek (%40); yaş ortalaması 9.3±3.9 yıl; izlem süresi 28.7±28.8 ay idi. 11 hasta (%24) D vitamini desteği alıyordu. D vitamini düzeyi ortalama 18.14±11.86 ng/ml bulundu. 8 hastada (%17.4) D vitamini yetersizliği (15 -20 ng/ml), 24 hastada (%52.2) D vitamini eksikliği (<15 ng/ml) saptandı. Yalnızca 14 hastanın D vitamini düzeyleri yeterli (> 20 ng/ml) idi. Hastalık aktivitesi düşük (13 hasta, %28.3) ve yüksek (33 hasta, %71.7) olan hastaların D vitamini düzeyleri karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulundu (sırasıyla 20.08±13.1, 13.2±5.7,

p=0.04). Tutulan eklem sayısı ile D vitamini düzeyi arasında anlamlı negatif korelasyon vardı (p=0.04).

Sonuç: JİA'lı çocuk hastalarda D vitamini eksikliği siktir. D vitamini düzeyi ile hastalık aktivitesi arasında ilişki bulunmaktadır. Klinisyenler, JİA'lı hastaları D vitamini eksikliği yönünden taramalıdır.

PB-013

Kalsinozis kutis lezyonları olan ve eklem içinde 'Chalky effüzyon' saptanan juvenil başlangıçlı dermatomyozitis tanılı olgu sunumu

¹Soner Senel, ²Köksal Deveci

¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, ²Biyokimya Anabilim Dalı, Sivas

Gerekeç: Juvenil dermatomyozitis (JDM) birçok sistemi tutabilen nedeni tam olarak bilinmeyen özellikle kas ve cildin küçük damarlarının inflamasyonuna neden olan otoimmün bir hastalıktır. Hastalık milyonda 2-3 çocukta görülmektedir. Kalsinozis kutis ise her üç JDM'li hastadan birinde görülebilmektedir. JDM hastalığında, eklem içinde kalsifik effüzyon ise literatürde henüz bildirilmemiş bir komplikasyondur. Biz, yaygın cilt tutulumlu kalsinozis kutis lezyonları ve beraberinde daha önce hiç bildirilmemiş, her iki dizde non-inflamatuvar kalsifiye tebeşir rengi eklem effüzyonu olan juvenil başlangıçlı bir dermatomyozitis olgusu tanımladık.

Yöntem: Yirmi üç yaşında bayan hasta, 8 göz kapaklarında şişlik-kızarıklık, dirsek-dizlerde oluşan sertlik-ciltte beyazlaşma ve kaslarda güçsüzlük şikayetleri ile başvurduğu klinikte skleroderma teşhisi ile takip edilmekteydi. Hasta 8 yıl boyunca kolşisin ve



Diz eklem içi ve çevre yumuşak dokuda kalsifikasyon

indometazin tedavileri almıştı. Takip olduğu merkez tarafından yapılan cilt biyopsisi kalsinozis kutis olarak raporlanmıştı. Hastanın fizik muayenesinde, dirseklerde, gluteal bölgelerde, dizlerde eklem çevresinde eklem yapışık cilt kalsifikasyonu ile uyumlu görünümlem mevcuttu. Heliotropik raş bulgusu ve gottron papülleri çok belirgin değildi. Yaygın kas atrofileri nedeniyle hasta 43 kg olarak tartıldı. Bilateral dizlerde patellar şok testi pozitif, orta düzeyde effüzyon ile uyumlu idi ve eklemde ısı artışı veya hassasiyet yoktu. Romatolojik sorgulamasında yorgunluk, halsizlik ve kilo alamama şikayetleri vardı. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Laboratuvar bulgularında sedimentasyon 26 mm/h, CRP 5.71 mg/l (0-8), total kreatinin kinaz 80 U/L (26-140) idi. Ayırıcı tanı ve overlap sendromları açısından gönderilen ANA (İFA) 1/80 granüler pozitif, dsDNA (Eliza) negatif, ANA profilinde Jo-1, Scl-70, PM-Scl, SS-A, SS-B, Sm, RNP/Sm, Sentromer B, histon antikorları saptanmadı. Sol dizden yapılan ponksiyonda tebeşir (Chalky) beyazı renginde 20 ml yoğun eklem sıvısı aspire edildi. Aspirasyon sıvısının gram boyamasında bakteri görülmedi, kültüründe üreme olmadı. Biyokimyasal analizinde kalsiyum apatit olarak rapor edildi.

Sonuç: Dermatomyozitis (Juvenil) tanılı hastalarda kalsinozis, sistemik inflamatuvar yanıtın bir sonucu olup ciltte, kaslarda ve tendonlarda görülebildiği bildirilse de diz eklemine Chalky effüzyona neden olduğu ilk defa bildirilmiştir. Literatürde, progresif sistemik sklerozlu bir hastanın diz eklemine Chalky effüzyon saptanan benzer bir olgu bildirilmiştir.

Tartışma: Juvenil başlangıçlı uzun hastalık süresine sahip dermatomyozitis tanılı hastada, yaygın kalsinozis kutis ile beraber her iki diz eklemi içinde de saptanan Chalky effüzyonu rapor eden ilk bildiri olması nedeni ile ilgi çekicidir.

PB-014

İyi bilinen ölümcül bir klinik antite:

Hemoptizisi olan kresentik nefritli bir adölesan

Elif Çomak, Çağla Serpil Doğan, Arife Uslu Gökçeoğlu, Mustafa Koyun, Sema Akman

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı, Antalya

Pulmoner kanama ve glomerülofrit birlikteliği ile giden çok sayıda hastalığı tanımlamak için kullanılan bir terim olan "Pulmoner-Renal Sendrom", çocukluk çağında nadir görülmesine rağmen acil müdahale edilmesi gereken bir durum olarak ortaya çıkar.

Olgu: 13 yaşında kız hasta, öksürük, nefes darlığı, ateş, öksürükle beraber kan gelmesi ve idrar renginde koyulaşma yakınmaları ile getirildi. 22 yaşındaki ablasının 2 ay önce SLE tanısı (renal biopsi clas IV, diffüz proliferatif tip lupus nefriti) aldığı öğrenildi. Fizik muayenede boy persentili 25-50, ağırlık persentili 3-10, vücut ısı 37.6 °C, TA 110/70 mmHg bulundu. Genel durumu orta-kötü, takipneik (52/dk) ve taşikardik (134/dk), soluk görünümde idi. Dinlemekle yaygın krepitan raller saptandı. Labora-

tuvar incelemesinde hemoglobin 6.3 gr/dl, sedimentasyon 26 mm/saat, CRP 8.6 mg/dl, BUN 52 mg/dl, kreatinin 2.7 mg/dl, Sistatin C 1.9 mg/L, eGFR 21 ml/dak/1.73 m² bulundu. İdrar incelemesinde pH 6.5, dansite 1010, Hb 3+, protein 1+, mikroskopide her sahada 25-30 eritrosit, 10-15 lökosit vardı. 24 saatlik idrarda protein 2.4 gr/gün (83 mg/m²/saat) idi. PA akciğer grafisinde sağ akciğer orta ve alt alanda pulmoner kanama ile uyumlu olabilecek opasite görüldü. C3 116 mg/dl (90-180), C4 22 mg/dl (10-40), ANA (-), Anti-DsDNA (-), ANCA IF cANCA (+), Anti-glomerüler bazal membran antikorları 160 U/ml (0-20) olarak saptandı. Böbrek biyopsisinde 18 glomerülün 17'sinde kresent görüldü; IF incelemede glomerül kapiller duvarında lineer IgG birikimi saptandı. Bu bulgularla hasta "Goodpasture Sendromu" olarak kabul edildi. Tedavi olarak pulse metilprednizolon 30 mg/kg/günaşırı, toplam 6 doz; plazmaferez gün aşırı 6 seans ve siklofosfamid 500 mg/m² iv verildi. Hasta halen tedavinin 8. ayında 10 mg/gün steroid ve 100 mg/gün azatiyoprin alarak izlenmektedir. Son kontrolünde BUN 6 mg /dl, kreatinin 0.5 mg /dl ve proteiniüri düzeyi 58 mg/m²/saat'dir.

Sonuç: Goodpasture sendromlu hastalarda, akut dönemde akciğer tutulumu, kronik dönemde ise renal tutulumla ilişkili sorunlar ortaya çıkmaktadır. Çocukluk çağında nadir görülmesine rağmen erken tanı ve tedavinin hayatı önemi vardır.

PB-015

Erişkin Still hastalığı: 17 vakayı içeren klinik deneyimimiz

¹Veli Çobankara, ¹Ayşe Balkarlı, ²Şerife Akalın

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Denizli

Amaç: Erişkin Still hastalığı (ESH), yüksek ateş, çabuk kaybolan döküntü, artralji ve lökositoz ile karakterize etiyolojisi bilinmeyen bir hastalıktır. Erişkin Still hastalarında klinik ve laboratuvar özellikleri, hastalık seyri ve sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 2000-2011 yılları arasında Yamaguchi kriterlerine dayanarak ESH tanısı koyduğumuz hastalar alındı. Tedavi ve prognoz retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 17 hasta (9 kadın, 8 erkek) dahil edildi. Hastalık median başlangıç yaşı 33 (20-63) olarak bulundu. En sık görülen klinik bulgular artralji (%100), ateş (%100), boğaz ağrısı (%76.5) ve döküntü (%76.5) idi. Hastalarımızın %47.05'inde lenfadenopati, %23.52'inde splenomegali, %23.52'inde hepatomegali, %11.8'inde plevral efüzyon, %11.8'inde perikardiyal efüzyon saptadık. Laboratuvar bulgularının median değerleri sırasıyla; C reaktif protein 15 (8-21) mg/dl, eritrosit sedimentasyon hızı 98 (75-120) mm/saatt, hastaların tamamında lökositoz mevcuttu. Hastalarımızın 11'inde WBC sayısı $\geq$ 15,000 / μ l idi. Hastalarımızın tamamında serum ferritin düzeyi artmıştı. Ortanca takip süresi 43 (17-140) ay, tanıya kadar geçen ortalama süre 45 (16-135) gündü. Takipte 12 hastada remisyon, 3 hastada nöks, 2 hastada progresyon izlendi.

Sonuç: Önceki çalışmalara göre tanıya kadar geçen sürenin kısa olması, erken ve uygun tedavinin başlanmış olması nedeniyle hastalık gidişatı önemli ölçüde selim idi. Erişkin Still hastalığı erken tanınır ve uygun tedavi verilirse göreceli olarak iyi seyirli bir hastalıktır sonucuna varılabilir.

PB-016

Erişkin başlangıçlı Still hastalığında PET-CT görüntüleme: Bir olgu

¹Veli Yazısız, ¹İbrahim Bilen, ²Hatice Yazısız, ¹Yüksel Aslı Gökbelen, ¹Mehmet Hurşitoğlu, ¹Fatih Borlu

¹Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ²Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Pozitron emisyon tomografi (PET), görüntüleme yöntemlerinin en yenisidir ve bilgisayarlı tomografi (CT) ile birlikte kullanıldığında başarı oranı daha yüksektir. PET-CT malign hastalıkların teşhisi, evrenmesi ve tedavi yanıtı değerlendirilmesinde başarılı olduğu için onkoloji pratiğinde kullanımı yaygındır. PET-CT ile inflamasyon bölgeleri de tespit edilebilmektedir. Bu özelliğinden dolayı inflamatuvar hastalıkların erken teşhisinde kullanılabileceği yönündeki kanaatler artmaktadır. Bu bildiride erişkin başlangıçlı Still hastalığı tanısı konulan bir vakanın PET-CT görüntüleri paylaşılmıştır. 4 gündür yüksek ateş, boğaz ağrısı, cilt döküntüleri ve eklem ağrıları olan 25 yaşında kadın hasta. Fizik muayene; 40,1 °C ateş, göğüs ve alt ekstremitelerde daha fazla olan pembemsi makülopapüler döküntüler, periferik ve aksiyel eklemlerinde hassasiyet, el bilek eklemlerinde hareket kısıtlılığı, karaciğer kot altında midklavikular hatta 2 cm ve traube aralığı kapalı. Hastaneye kabulünde Hb: 10.3 gr/dl, Wbc: 6.900/mm³ (%83 PNL), Platelet 127,000/mm³, ALT: 18 IU, AST:37 IU, LDH: 290 mg/dl ESR:90 mm/h, CRP: 379 mg/dl, PT-PTT ve serum bilirubin düzeyleri normal. Ampirik olarak ampisilin-sülbaktam ve klaritromisin tedavisine yanıt alınamamış. Kan ve idrar kültürleri steril, boğaz kültürü normal flora; Transtorasik EKO normal; Brucella ve salmonella aglütinasyon ile viral serolojik testler (HBV, HCV, HIV, CMV, EBV, Rubella ve Parvovirüs) negatif; ANA, ANCA, RF negatif, serum kompleman dü-



Lenf nodları, karaciğer, dalak, eklemler ve kemik iliğinde artmış 18-FDG tutulumu

zeyleri normal; serum ferritin düzeyi 4.354 mg/dl. Lenfoma olasılığı nedeni ile yapılan PET-CT incelemede sol tonsil bölgesinde; bilateral üst-orta juguler zincir, posterior ve lateral servikal zincir, sol supraklaviküler, bilateral aksiler, batında paraçöliak, peripankreatik, prekaval lenfatik istasyonlarda (SUVmax:5.3); dalak (SUVmax:3.6), karaciğer (SUVmax:1.6) ve iskelet sisteminde (vertebral kolon, bilateral humerus, pelvis kemikleri ve her iki femurda) artmış 18-FDG tutulumu (SUVmax:6.7) saptandı. Klinik takibinde her gün 1-2 kez pik yapan, 39 C geçen ateş atakları, lökositoz (18,990 mm³), enzimlerde artış (ALT:187, AST:211, LDH:1420, Ferritin: 22,848 mg/dl) gelişti. Mevcut bulguları ile Yamaguchi kriterlerini karşıladığı için erişkin başlangıçlı Still hastalığı tanısı konuldu. 1 gr pulse takiben 1 mg/kg oral steroid ve 2 m/kg siklosporin başlandı ve tedavi yanıtı elde edildi. Erişkin başlangıçlı Still hastalığı, başta lökomotor sistem olmak üzere birçok organ ve dokuyu etkileyen inflamatuvar bir hastalıktır. Hastalığın tanısı için kullanılan herhangi bir görüntüleme yöntemi bulunmamaktadır. Ayırıcı tanıda yer alan diğer hastalıkların ekartasyonu için görüntüleme yöntemlerine başvurulmaktadır. Erişkin başlangıçlı Still hastalığında PET-CT görüntüleme ile ilgili literatür bilgisi çok sınırlıdır. Bu vakadaki 18-FDG tutulumunun dağılımı, hastalıkta klinik olarak etkilendiği bilinen organların dağılımı ile paralellik göstermektedir.

PB-017

Erişkin başlangıçlı Still hastalığında karaciğer fonksiyon testleri

¹Gökhan Erbağ, ¹Fulya Coşan, ²Gözde Yıldırım Çetin, ¹Barış Yılmaz, ²Mehmet Sayarlıoğlu, ¹Ayşe Cefle

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli; ²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Kahramanmaraş

Gerekeç: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı (ESH), ateş, deri bulguları, artralji/artrit, lökositoz ve yüksek ferritin düzeyleri ile karakterize kronik sistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Karaciğer tutulumu hastalığın temel bulgularından olmamakla birlikte karaciğer enzim yükseklikleri hastalık seyrine sıklıkla eşlik edebilmektedir. Bu çalışmada ESH olgularında karaciğer enzim değişikliklerinin araştırılması hedeflenmiştir.

Yöntem: Yamaguchi sınıflandırma kriterlerini dolduran ve 2007-2011 yılları arasında Romatoloji polikliniklerinden takip edilen 35 ESH hastası (11 erkek, 24 kadın) çalışmaya alınmıştır. Hastaların hiçbirinin alkol veya hepatotoksik ilaç kullanımı öyküsü yoktur. Hastaların biyokimyasal ve serolojik incelemeleri, batın USG ya da BT (kolestaz için MR, MRCP) ile batın görüntülemeleri yapılmıştır. Sonuçlar SPSS 16.0 ile analiz edilmiştir.

Sonuçlar: 21 hastada (%60) karaciğer enzim değerlerinden en az birinde yükseklik saptanmıştır. 19 hastada (%54,3) AST ve ALT enzim yüksekliği saptanmıştır (ortalama AST:88.9±5.4 IU/L, ortalama ALT: 84; ortalama ALT: 184.8±78, ortalama

ALT: 148 IU/L). 10 hastada (%28.6) kolestaz enzimlerinde (ortalama GGT: 152+-201, ortalama GGT: 54, ortalama ALP 229+-159 U/L, ortalama ALP: 174 U/L) yükseklik saptanmıştır. 8 hastada da (%22.9) hem karaciğer enzimlerinde, hem de kolestaz enzimlerinde yükseklik saptanmıştır. Sadece 2 hastada (%5.7) izole kolestaz enzim yüksekliği görülmüştür. Hastaların viral ve otoimmün serolojik göstergeleri negatif bulunmuştur. Radyolojik görüntülemelerinde hepatomegali dışında bulgu saptanmamıştır (%30.8). Üç aylık steroid tedavisi sonrasında tüm hastaların karaciğer enzim düzeyleri normal düzeye gelmiştir.

Tartışma: ESH tanısı ile izlenen hastalarda hastalık aktivitesi ile ilişkili karaciğer enzim yüksekliği olabilmektedir. Radyolojik bulgu olmaksızın kolestaz enzimleri yükselebilir ve sadece ESH tedavisi ile normal düzeylerine gerileyebilir.

PB-018

Kolşisin tedavisine dirençli ailevi Akdeniz ateşi hastalarında tanının doğruluğunun, tedaviye uyumun ve kolşisin direncine etki edebilecek faktörlerin değerlendirilmesi

¹Gözde Yıldırım Çetin, ²Hayriye Sayarlıoğlu, ³Özlem Orhan, ⁴Yavuz Pehlivan, ⁵Ayşe Bakarlı, ⁶Hasan Sabit Sağlıker, ⁷Bünyamin Kısacık, ⁸Ahmet Mesut Onat, ⁹Veli Çobankara, ¹⁰Mehmet Sayarlıoğlu

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı; ²Nefroloji Bilim Dalı; ³Psikiyatri Anabilim Dalı, Kahramanmaraş; ⁴Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep; ⁵Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Denizli; ⁶Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

Amaç: Kolşisin tedavisine dirençli ailevi Akdeniz ateşi (AAA) hastalarında tanının doğru olup olmadığını, tedaviye uyumu ve kolşisin direncine sebep olabilecek demografik, klinik, sosyoekonomik, laboratuvar ve psikiyatrik nedenleri araştırmak. Yöntem ve gereçler: Üç ayrı romatoloji merkezinden 59 AAA hastası (38 kadın, 21 erkek) prospektif olarak çalışmaya alındı. 2 mg/gün kolşisini düzenli kullanmasına rağmen 6 ayda iki veya daha fazla atağı olan hastalar kolşisin tedavisine dirençli (KD) olarak kabul edildi. KD hasta grubuna 18 hasta (9 erkek, 9 kadın), kontrol grubuna 41 hasta (12 erkek 29 kadın) alındı. Kontrol grubuna 6 ayda ikiden az atağı olan AAA hastaları alındı. Tüm hastalar Livneh tanı kriterlerine göre yeniden sorgulandı. Tedaviye uyumu, demografik, klinik, laboratuvar ve sosyoekonomik durumları Beck depresyon skalası ile birlikte önceden hazırlanmış protokole göre değerlendirildi.

Bulgular: Kontrol grubu ve çalışma grubu arasında demografik özellikleri açısından fark yoktu. İki gruptaki hastaların AAA tanısı Livneh tanı kriterlerine göre doğrudu. Hastalık başlangıç yaşı KD hasta grubunda anlamlı olarak düşük saptandı (12 ve 17, p=0.03). Hastalık süresi KD grupta anlamlı olarak daha uzundu (p=0.01). Tanı yaşı, hastalık başlangıç yaşı ve tanı yaşı arasındaki süre açısından iki grup arasında anlamlı fark tespit

edilmedi. İki grup atak özellikleri açısından kıyaslandığında yan ağrısı, egzersizle oluşan bacak ağrısı KD grupta anlamlı olarak daha fazlaydı (sırasıyla, %83 ve %51 p=0.02 ile %88 ve %60 p=0.04). AAA atağı sırasında hematüri ve proteinüri sıklığı çalışma grubunda anlamlı yüksek tespit edildi (p=0.006). Hastaların tedaviye uyumu arasında anlamlı fark vardı (p=0.01). Çalışma grubunda 17 ve üzerinde olan Beck depresyon puanları anlamlı olarak daha yüksek tespit edildi (p=0.00).

Tartışma ve Sonuçlar: Çalışmamızda KD grubun hastalık başlangıç yaşının daha düşük, hastalık sürelerinin daha uzun olduğu, ayrıca plörit ataklarının ve atak sırasında eşlik eden hematüri ve proteinürinin KD grupta daha fazla olduğu saptanmıştır. Bir çalışmada KD AAA hastalarında sosyoekonomik durum ve eğitim durumu anlamlı düşük tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda bu açıdan farklılık saptanmamıştır. KD grup tedaviye uyumluydu, kontrol grubunda ise %40 hasta kolşisini düzenli kullanmıyordu. Her iki grup Beck depresyon skalası ile değerlendirildi, KD grupta 17 ve üzerinde çıkan depresyon puanı daha yüksek tespit edildi. Literatüre baktığımızda yapılan çalışmalarda FMF'li hastalarda depresyon daha sık tespit edilmiştir, aynı zamanda depresyon için tedavi verilen kolşisin dirençli hastalarda atak sıklığının azaldığı tespit edilmiştir.

PB-019

Ailesel Akdeniz ateşi hastalarının ailelerindeki son dönem böbrek hastalığı sıklığı

¹Süheyla Kaya, ²Bünyamin Kısacık, ³Türker Taşlıyurt

¹Tokat Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Tokat; ²Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep; ³Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat

Gerekeç: Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA) Türkler, Yahudiler, Ermeniler ve Araplar arasında sık görülen otoinflamatuvar hastalıklar grubundan bir hastalıktır. Genetik geçiş, otozomal resesif patern göstermekte olup ataklar halinde seyreden ateş, karın ağrısı, artrit, plörit, perikardit ve erizipel benzeri eritemin görüldüğü bir klinik durumdur. Hastalıktan sorumlu olan gen MEFV geni olup Türklerde en fazla görülen, M694V mutasyondur. Hastalığın en önemli ve mortalite nedeni amiloidozdur ve amiloid en fazla böbreklerde birikir ve son dönem böbrek yetmezliğine neden olur. Çalışmamızda AAA hastalarının ailelerindeki kronik böbrek yetmezliği (KBY) oranını araştırmayı amaçladık.

Yöntem: İç hastalıkları polikliniğine 2005-2010 yılları arasında başvuran 219 hasta tarandı. Bu hastalar içerisinde ailesinde hakkında bilgi sahibi olduğumuz 93 hasta çalışmaya alındı. Ailesinde diyalize giren en az bir birey olan hastalardan, KBY nedeni AAA olmayan bireyler çıkarılıp, nedeni bilinmeyen ya da AAA'ne bağlı kronik böbrek hastalığı sonucu renal replasman tedavisine ihtiyaç duyulan bireyler alındı.

Sonuçlar: Hem değerlendirilen 219 AAA hastası hem de çalışma grubunda en çok M694V mutasyonu görüldü. 93 hastanın

yaş ortalaması 36.51±12.77, semptom başlangıç yaşı 20±13.14, tanı sırasındaki yaş ortalaması 30±13.37 olup AAA'li hastaların yaş ortalamalarından yüksekti (sırayla 32.44±12.52, 19.02±12.24 ve 27.26±13.05). Ateş 73 hastada (%78), peritonit 79 hastada (%84.9), artrit 24 hastada (%25.8), plöretik vasıflı ağrı 28 hastada (%30.1) ve erizipel benzeri eritem 5 (%5.3) hastada görülen semptomlardı. 93 hastadan 23'ünde (%24.7) ailesinde diyalize giren kendisi hariç en az bir kişi vardı, geri kalan 70 hastanın (%75.3) ailesinde diyalize giren birey yoktu. Bu 23 hastanın 8'inde en yakın birinci derece akrabaları, 7 sinde en yakın ikinci derece akrabaları, 4'ünde en yakın üçüncü derece akrabaları, 1'inde en yakın dördüncü derece akrabaları ve 3'ünde en yakın beşinci derece akrabaları KBY' e sahipti.

Tartışma: Çalışmamızdaki AAA hastalarının akrabalarında %24.7 oranında en az bir diyalize giren hasta saptadık. Bir kısmı AAA'e bağlı KBY olmakla birlikte bazılarında diyabet, hipertansiyon gibi KBY oluşturabilecek bir hastalıkları yoktu. Özellikle AAA hastalarının 1. ve 2. derece akrabalarının da AA-A açısından sorgulanması gelişebilecek komplikasyonlar açısından büyük önem taşımaktadır.

Tablo (PB-019): AAA hastaları ve ailesinde KBY'li birey olanların özellikleri ve dağılımları

	AAA hastaları (n:219)	Ailesinde KBY öyküsü bilinen hastalar (n:93)
Yaş ortalaması	32.44±12.52	36,51±1277
Semptomların başlangıç yaşı	19.02±12.24	20±13.14
Tanı sırasındaki yaş	27.26±13.05	30±13.37
Ailesinde kendisi hariç KBY' li en az bir birey olanların sayısı	23 (%24.7)	
Ailesinde KBY'li birey olmayanların sayısı	70 (%75.3)	
En az bir birey KBY'li akrabası olan AAA hastalarının sayısı		
1. derece	8	
2. derece	7	
3. derece	4	
4. derece	1	
5. derece	3	

PB-020

Ailesel Akdeniz ateşi hastalığında serum vitamin D düzeylerinin

Şükran Erten, Alpaslan Altunoğlu, Gülay Güleç Ceylan, Yüksel Maraş, Cemile Koca, Aydan Yüksel

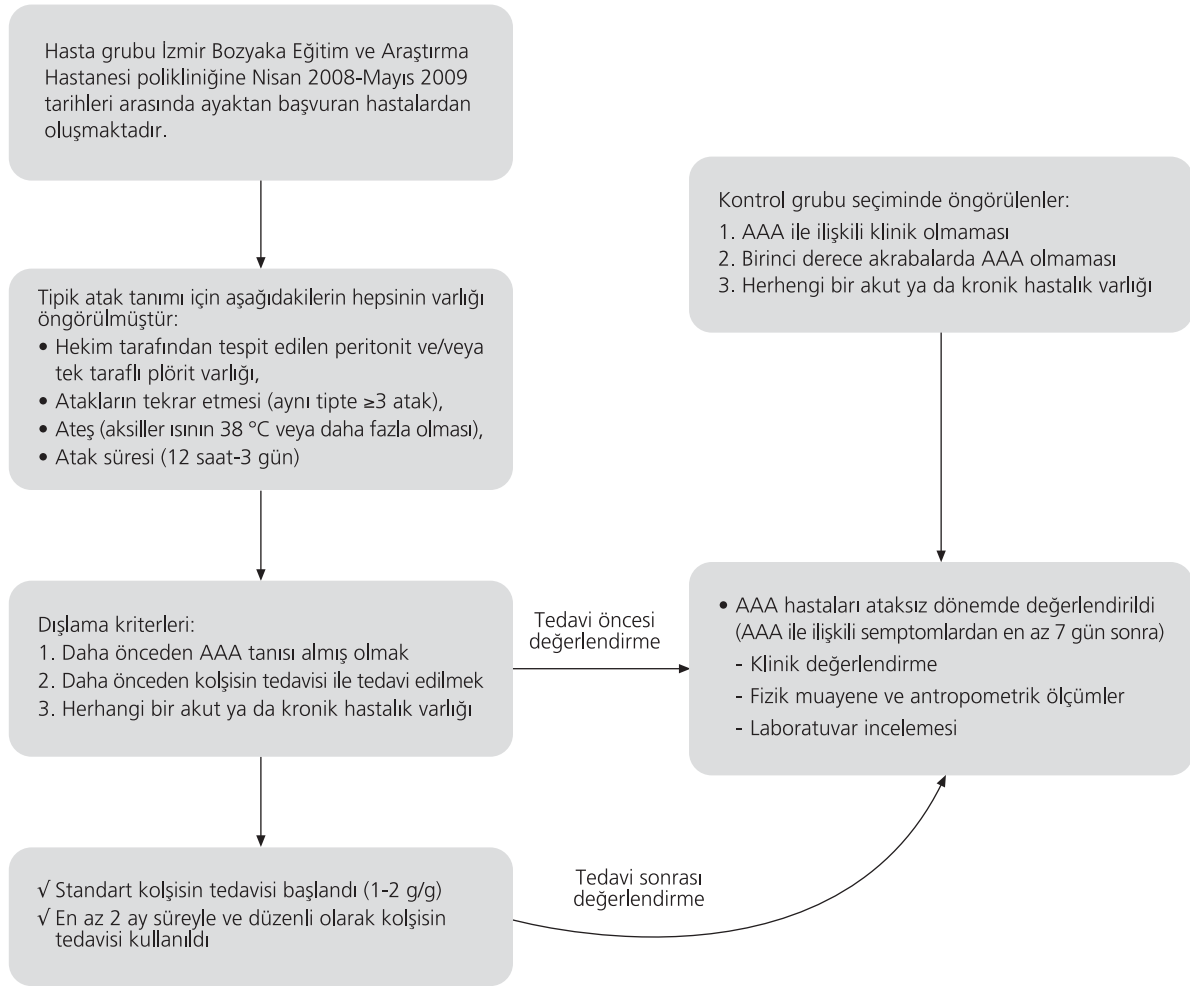
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Ailesel Akdeniz ateşi(AAA), ateş ve serozal yüzeylerin tekrarlayan ve kendi kendini kısıtlayan inflamasyonu ile karakterize otozomal resesif, kalıtsal otoinflamatuvar bir romatizmal hastalıktır (BEN-ZVI I Nat Rev Rheumatol 2010) . MEFV genindeki mutasyonlar IL-1 Beta düzeyinde yükselme ve immün sistem yanıtlarında artmaya neden olmaktadır (OZEN S Clin Exp Rheumatol 2009). AAA'de inflamatuvar markırlar ve kronik inflamasyonun klinik etkileri üzerinde araştırmalar de-

vam etmektedir (BEN-ZVI I Nat Rev Rheumatol 2010). Vitamin D kalsiyum-fosfor metabolizmasında önemli bir rol oynamaktadır (RUIZ-IRASTORZA G Rheumatology (Oxford) 2008). Vitamin D'nin otoimmün hastalıkların başlaması ve ilerlemesinde rol oynadığına dair çeşitli araştırmalar mevcuttur (BEN-ZVI I Nat Rev Rheumatol 2010). Bu çalışmanın amacı AAA hastalarında serum vitamin D düzeylerini saptamaktır. Çalışmaya AAA tanısı ile Romatoloji ve Nefroloji Bölimlerinde takip edilen 99 hasta dahil edildi. Bilinen kronik hastalığı olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Kontrol grubu 51 sağlıklı yaş ve cinsiyeti hastalarla uygun bireylerden oluşturuldu. AAA tanısı Livneh ve ark. kriterlerine göre yapıldı. Serum 25-OH vitamin d düzeyleri Agilent 1100 Sıvı Chromatografi kullanılarak HPLC metodu ile ölçüldü. Hastalar ve kontrol grubu yaş ve cinsiyet açısından benzerdi. AAA hastalarında serum vitamin D düzeyleri kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde düşüktü (p<0.05, Tablo). Serum eritrosit sedimentasyon hızı ve fibrinogen düzeyinin yüksekliği vitamin D düzeyindeki düşme ile anlamlı olarak ilişkiliydi(sırasıyla r=0.233, p=0.028, r=0.213, p=0.047). İlk şikayeti eklem bulgusu olan hastaların plazma vitamin D düzeyleri diğer gruplara göre anlamlı ölçüde düşüktü (p=0.021). AAA hastalarında serum vitamin d düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde düşük olduğunu tesbit ettik. Kadınlarda bu düşüklük daha da anlamlıydı. AAA inflamatuvar ataklarla giden episodik hastalık olmasının yanında ataksız dönemlerde de inflamasyon devam etmektedir. Bu aktivasyon yüksek düzeyde inflamatuvar proteinler, kronik inflamasyonda rol oynayan diğer faktörlerin yanında, lökosit aktivasyonu ve çeşitli kemoatraktan salınımına neden olan sitokinlerin neden olduğu subklinik inflamasyon ile sonuçlanır . Hastalarda kronik inflamasyonun indirekt göstergeleri olan kronik normositik normokrom anemi, splenomegali gibi bulgular gelişmektedir (BEN-ZVI I Nat Rev Rheumatol 2010). Mevcut çalışmada serum vitamin D düzeylerinin düşüş çıkması devam eden inflamasyonun diğer bir indirekt göstergesi olabilir. Bu sonuçlar göstermektedir ki AAA hastalarında vitamin D eksikliği sıklıkla görülmektedir. AAA hastalarında serum vitamin D düzeylerine bakmak ve gereğinde replasman tedavisi yapmak uygun olur.

Tablo (PB-020): AAA hastaları ve ailesinde KBY li birey olanların özellikleri ve dağılımları

Karakteristik	Ortalama±SD
Hastalık süresi (ay)	130.77±104.76
Tanı süresi (ay)	47.64±62.8
Tanı gecikmesi (ay)	82.72±80.27
Eklem tutulumu (n, %)	42 (%42.4)
Böbrek tutulumu (n, %)	23 (%23.2)
Aile öyküsü (n, %)	57 (%57.6)
Genetik test (n)	
M694V/M694V	20
M694V/diğer	37
Diğer/diğer	30
Negatif	12



Şekil (PB-022): Çalışma akım şeması

PAi-1 ve fetuin-A çalışıldı. Şekil'de çalışma ile ilişkili akım şeması gösterilmektedir.

Sonuçlar: Hasta ve kontrol grupları yaş, cinsiyet dağılımı, bel çevresi, vücut kitle indeksi, sigara kullanımı ve serum lipidleri açısından benzer özellikteydiler ($p>0.05$). Ortalama hastalık süresi 12.7 ± 14.3 yıldır. Hücre yüzey belirteçleri (sCD146 ve siCAM-1)

yeni tanı almış AAA hastaları ve kontroller arasında farklı değildi ($p>0.05$), bununla birlikte yd-CRP, fetuin-A ve PAİ-1 hasta grubunda kontrollere göre belirgin olarak yüksek bulundu ($p<0.05$). Tedavi öncesi ve tedavi sonrası değerler karşılaştırıldığında, ydCRP, PAİ-1, fetuin A, sCD146 ve siCAM-1 değerlerinde tedavi sonrasında anlamlı oranda azalma tespit edildi ($p<0.05$, Tablo).

Tablo (PB-022):

	AAA hastaları (n=19)	Sağlıklı kontroller (n=19)	P1	Tedavi öncesi değerler (n=19)	Tedavi sonrası değerler (n=19)	P2
Yd-CRP (µg/mL)	3.58±4.8	0.8±1.4	0.02	3.58±4.8	1.18±1.4	0.02
siCAM-1 (µg/mL)	2.27±1.5	1.57±0.6	0.08	2.27±1.5	1.66±0.97	0.02
sCD146 (ng/mL)	299±99	351±115	0.1	299±99	214±96	0.01
Fetuin-A (µg/mL)	0.52±0.11	0.40±0.11	0.003	0.52±0.11	0.43±0.12	0.04
PAi-1 (ng/mL)	12.3±2.3	10.1±1.23	0.001	12.3±2.3	11±2.7	0.04

Değerler ortalama±SD olarak verilmiştir. Sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında "Student t testi" kullanılmıştır. P1 yeni tanı AAA hastaları ve sağlıklı kontrollerin karşılaştırılması ile ilişkili P değeridir. Tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırmalarda "bağımlı gruplarda t" testi kullanılmış olup P2 bu grubun karşılaştırmalarında kullanılan P değeridir.

Tartışma: Sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında yeni tanı AAA hastalarında artmış bulunan fetuin-A ve PAI-1 değerleri hasta gurubunda subklinik vasküler hasarı düşündürmektedir. Öte yandan ydCRP, PAI-1, fetuin A, sCD146 ve siCAM-1 değerlerinin tedavi sonrası azalması düzenli kolşisin tedavisinin vasküler hasarı subklinik olarak azalttığı ve olumlu etkide bulunduğunu düşündürmektedir.

PB-023

Ailevi Akdeniz ateşi hastalığında inflamasyon ile rezistin ve kalprotektin arasındaki ilişki

Emrah Kılıçaslan, Fatih Tangı, Serkan Çelik, Çağatay Öktenli, Cihan Top

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, İç Hastalıkları Servisi, İstanbul

Giriş: Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) tekrarlayan ateş, peritonit, plörit, artrit ile karakterize otoinflamatuvar bir hastalıktır. AAA'indeki inflamatuvar sürecin MEFV genindeki mutasyon ile anormal aktive olan IL- β ve NF- κ B, vasıtasıyla olduğuna inanılmaktadır. Rezistin ve kalprotektin inflamasyonla seyreden hastalıklarda yüksek saptanmaktadır. Her ikisinin sentez ve etki mekanizmasının NF- κ B yolğunun aktivasyonu vasıtasıyla olduğu düşünülmektedir. Bu çalışma; AAA hastalarında rezistin ve kalprotektinle inflamasyon arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Yöntem: Çalışma; atak döneminde 34, ataksız dönemde 34 AA-A hastası ile 20 sağlıklı kontrol grubu üzerinde yapıldı. Çalışmamızda rezistin ($p<0.01$) ve kalprotektin ($p<0.001$) AAA hastalarında sağlıklı kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ataklı hastalarda; ataksız hastalara göre kalprotektin ($p<0.01$) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir yükseklik saptanmışken, rezistin ($p>0.05$) düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Hem rezistin hem de kalprotektin ile lökosit, fibrinojen, eritrosit sedimentasyon hızı ve C-reaktif protein arasında da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olduğu saptandı. Ayrıca rezistin ve kalprotektin arasında tüm gruplarda istatistiksel olarak anlamlı bağlantı saptanmıştır. ($r=0.35$; $p<0.01$).

Tablo (PB-023):

	Yaş	BMI	CRP	ESH	Fibrinojen	Beyaz küre	Kalprotektin
Rezistin	$r=-0.73$ $p>0.05$	$r=-0.08$ $p>0.05$	$r=0.36$ $p<0.01^*$	$r=0.3$ $p<0.01^*$	$r=0.35$ $p<0.01^*$	$r=0.3$ $p<0.01^*$	$r=0.35$ $p<0.01^*$
Kalprotektin	$r=0.09$ $p>0.05$	$r=-0.09$ $p>0.05$	$r=0.48$ $p<0.001^*$	$r=0.42$ $p<0.001^*$	$r=0.51$ $p<0.001^*$	$r=0.34$ $p<0.01^*$	
Beyaz küre	$r=0.22$ $p>0.05$	$r=0.07$ $p>0.05$	$r=0.47$ $p<0.001^*$	$r=0.38$ $p<0.001^*$	$r=0.424$ $p<0.001^*$		
Fibrinojen	$r=0.22$ $p>0.05$	$r=0.08$ $p>0.05$	$r=0.79$ $p<0.001^*$	$r=0.87$ $p<0.001^*$			
ESH	$r=0.12$ $p>0.05$	$r=0.03$ $p>0.05$	$r=0.7$ $p<0.001^*$				
CRP	$r=0.07$ $p>0.05$	$r=0.004$ $p>0.05$					
BKI	$r=0.29$ $p<0.01^*$						

Sonuç: Çalışmamızın sonucunda AAA hastalarında rezistin ve kalprotektinin hastalığın patogeneğinde rol oynayabileceği düşünülmüştür. Saptadığımız bu ilişki sayesinde AAA hastalarında ortaya çıkan inflamasyondan sorumlu olan birçok moleküle rezistin ve kalprotektinin de eklenebileceğini düşünmekteyiz. Ancak bu ilişkinin net olarak ortaya konması için daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

PB-024

Erişkin ailevi Akdeniz ateşi ataklarındaki perikardiyal efüzyonun sıklığı ve şiddetinin değerlendirilmesi

¹Soner Senel, ²İbrahim Gül, ³Hilmi Ataseven, ⁴Ali Uğur Uslu

¹Cumhuriyet Üniversitesi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı ²Kardiyoloji Anabilim Dalı; ³İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, ⁴İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sivas

Gerekçe: Ailesel Akdeniz Ateşi (FMF), ateş, tekrarlayan peritonit, plörit ve perikardit atakları ile karakterize otoinflamatuvar bir hastalıktır. FMF ataklarında gerçekte ne kadar sıklıkta ve ne şiddette perikardiyal efüzyonun (PE) olduğunu tespit etmek kolay değildir. Buna dair ekokardiografik çalışma sayısı da oldukça kısıtlıdır gerçek PE sıklık ve şiddeti bilinmemektedir. Bu çalışmada, kliniğimizde FMF hastalarının atakları esnasında PE sıklığı ve şiddetini belirlemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Merkezimizde Ekim 2010-Ağustos 2011 tarihleri arasında gözden geçirilmiş Tel Hashomer kriterlerine göre tanı konulan gönüllü hastalar çalışmaya dahil edildi. FMF atağı; klinik ve labaratuvar olarak (CRP >8 mg/L) romatolog kararı ile kesinleşen ve atağın başlangıcı ve bittiği gün (minimum 1, maksimum 5 gün) arası dönem olarak kabul edildi. Ekokardiografide PE miktarı, hangi duvar komşuluğunda efüzyon olduğu araştırıldı. Diyastol sırasında en geniş yerinde 1 cm'den daha az olan efüzyonlar hafif, 1-3 cm arasında olanlar orta, 3 cm'den daha büyük olanlar geniş efüzyon olarak kabul edildi. PE olan ve olmayan hastalar, kolşisin kullanımı (düzenli-düzensiz), kolşisine yanıt (tam, kısmi, yanıtsız) ve MEFV mutasyonları açısından karşılaştırıldı. Laboratuvar olarak, sedimentasyon, CRP düzeyleri, serum kalsiyum düzeyleri açısından gruplar karşılaştırıldı.

Sonuçlar: Yaş ortalaması 33 ($SS\pm 12$) olan 37 (11 erkek, 26 kadın) erişkin FMF tanılı hastanın toplam 43 atağının 13 (%30)'ünde PE saptandı. Şiddetine göre sınıflandırmada ise orta ve geniş efüzyon hiç saptanmazken saptanan tüm efüzyonlar hafif gruptandı. FMF hastalık süreleri ortalama 13 ($SS\pm 9$) yıl idi. PE saptananlar ve saptanmayanlar karşılaştırıldığında PE olan grup (31 ± 12 vs 39 ± 7.5) anlamlı olarak yaşları daha büyüktü ($p=0.012$). PE olan grubun hastalık süreleri ve FMF tanı yaşları daha uzundu ve istatistiksel anlamlılık sınırda idi (sırasıyla, $p=0.058$, $p=0.055$). PE olan ve olmayan hastalar, cinsiyet, kolşisin kullanımı, kolşisine yanıt ve MEFV mutasyonları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı. Laboratuvar olarak, sedimentasyon ve CRP serum kalsiyum düzeyleri açısından da anlamlı fark bulunmadı. Bulgular Tablo'da sunulmuştur.

Tablo (PB-024): Plevral effüzyona göre grupların karşılaştırması

	PE olmayan grup n=30	PE olan grup n= 13	P
Cinsiyet (K/E)	21/9	9 / 4	0.969
Yaş (yıl)	31±12	39±7.5	0.012
Hastalık süresi (yıl)	11.5±8.5	18.4±10.2	0.058
Tanı yaşı (yıl)	24±15	34.±12	0.055

Tartışma: Bu çalışmada atakta FMF hastalarında %30 minimal PE sıklığı saptandı. Bu oran, literatürdeki bazı yayınlarda bildirilenlere göre (Kees %0.7, Tutar %1.4) çok daha yüksek oranda gözüktü de bazı yayınlarla (Dabestani %27, Hakan %23.3) örtüşmektedir. PE saptanan hastalarımızın yaşlarının anlamlı derecede yüksek olması, hastalık sürelerinin anlamlılık sınırına ulaşmasa da daha uzun olması ve tanı yaşlarının geçikmesi, bize daha geç kolşisin kullanımına başlamış oldukları için tedavi sürelerinin az olmasından ve/veya tedavisiz sürelerinin daha çok olması şeklinde yorumlanabilir. Daha fazla hasta ve atağında yapılacak yeni çalışmalar PE nedenlerinin daha aydınlatacaktır.

PB-025

Ailevi Akdeniz ateşinde mean platelet volumü (MPV) etkileniyor mu?

¹Soner Senel, ²Hilmi Ataseven, ³İlker Yalçın

¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, ²İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, ³İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sivas

Gerekçe: Ailesel Akdeniz ateşi (FMF) tanılı hastalarda trombosit aktivasyon göstergesi olan MPV değerlerinin sağlıklı kontrol grubu ile ve FMF atak esnasında ve atak dışında retrospektif olarak karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Merkezimizde takipli erişkin FMF tanılı hasta ve 75 sağlıklı kontrol grubu verileri değerlendirmeye alındı. Hasta ve kontrol grubunda; trombosit fonksiyon veya sayısını direk veya indirekt yollarla etkileyecek karıştırıcı faktörler olan, sigara içim öyküsü olan veya Hb> 16.5 g/dl olan, anemisi olan, kolşisin dışında ek ilaç kullanan, kardiyovasküler veya eşlik eden enflematuvar hastalığı olanlar veya amiloidozis tanılı hastalar değerlendirme dışı bırakıldı. FMF atağı; klinik ve laboratuvar olarak (CRP >8 mg/L) kesinleşen ve atağın başlangıcı ve bittiği gün arası dönem kabul edildi. Atak-dışı değerlendirme; FMF atağından en az 10 gün geçtikten sonra alınan kan değerleri kayıtlı edildi. FMF hastalarının dosya kayıtlarından atak esnasındaki veya rutin kontrolleri esnasında periferik kandan çalışılan trombosit sayısı, MPV, hemoglobin, sedimentasyon ve CRP değerleri kaydedildi.

Bulgular: Çalışmada, atak esnasında 60, atak dışı dönemde 120 FMF hastasında ve 75 sağlıklı kontrol gruplarından elde edilen veriler değerlendirmeye alındı. Her üç grup arasında, yaş açısından istatistiksel fark yoktu fakat cinsiyet açısından gruplar arasında fark saptandı (Pearson Ki-Kare, p= 0.028). MPV değerlerinde, atak ve atak dışı karşılaştırmada fark bulunmazken (p=0.279) kontrol grubu ile hem atak hem de atak dışı grup arasında anlamlı fark tespit edildi (sırayla p=0.004, p=0.016). Trombosit sayısı ataktaki FMF grubunda sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek saptandı (p=0.010). Ataktaki grubun atak dışına göre trombosit değerleri daha yüksekti ve istatistiksel fark anlamlılık sınırında bulundu (p=0.054). Çalışma sonuçları Tablo'da sunulmuştur.

Tablo (PB-025): FMF'li hasta ve sağlıklı kontrol grubu çalışma verileri

	Sağlıklı kontrol grubu n=75	FMF atak dışı grup n=120	FMF atak grubu n=60	P ^a	P ^b	P ^c
Cinsiyet (K/E, %)	56/19 (75/25)	38/13 (69/31)	32/28 (53/47)	0.028	0.997	0.028
Yaş (yıl)	33±8	29.5±11	30±10	0.791	0.220	0.294
MPV (fl)	8.31±0.83	7.93±0.94	7.79±1.06	0.279	0.004	0.002
Hemoglobin (g/dl)	14.1±1.06	13.9±1.27	14.0±1.45	0.924	0.657	0.735
Beyazküre (x10 ³ /µL)	8.4±1.8	7.8±2.0	9.8±2.7	0.007	0.014	0.077
CRP (mg/L)	-	2.9 1.8	42.2±44.4	0.0001	-	-
ESH (mm/s)	-	7.1±5.3	25±12.5	0.0001	-	-

Cinsiyet dışında ortalama ± SD kullanıldı, MPV: Mean platelet volümü, CRP: C reaktif protein, ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı, ^a: Atak ile atak dışı FMF, ^b: Kontrol ile atak dışı FMF, ^c: Kontrol ile atak FMF karşılaştırması

Tartışma: FMF hastalarında trombosit aktivasyon göstergesi olan MPV'nin atakta veya sağlıklı kontrol grubu arasında fark olup olmadığını gösteren çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Makay ve arkadaşları Türkiye'de çocuk yaş grubunda yaptıkları çalışma ile bizim bazı bulgularımız örtüşmektedir. Aynı çalışmada, MPV atakta anlamlı olarak azalmıştır ve sağlıklı kontrol grubu ile atak dışı dönem FMF grubu arasında MPV anlamlı bulunmazken bizim çalışmamızda anlamlı olduğu gösterilmiştir. Çoban ve arkadaşları 35 FMF hastası ile 35 sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırıldığı çalışmada, MPV'nin FMF hastalarında anlamlı olarak daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir ve ataktaki artmış inflamasyonun trombosit aktivasyonuna neden olduğu iddia edilmiştir. Oysa bizim daha fazla sayıda hastadaki çalışmamız, MPV'nin atakta anlamlı değişmediğini sağlıklı kontrol grubu ve atak dışı dönemde anlamlı olarak daha düşük olduğunu göstermiştir. Bu durum, atakta trombosit sayısının artmasına...

PB-026

Ailesel Akdeniz ateşli hastalarının yaşam kalitesinin kısa form-36 ile değerlendirilmesi ve hastalık parametreleri ile ilişkisi

¹Soner Senel, ²İlker Yalçın, ³Hilmi Ataseven

¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, ²İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ³İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Sivas

Gerekçe: Çalışmamızda, merkezimiz iç hastalıkları Romatoloji kliniğinde takip edilen Tel Hashomer tanı kriterlerine veya Livnech kriterlerine göre tanı almış Ailesel Akdeniz Ateşi (FMF) hastalarının yaşam kalitesinin kısa form 36 (SF-36) ile değerlendirilmesi ve klinikopatolojik parametreleri ile ilişkisine bakılması amaçlandı.

Yöntem: Çalışmaya 100 FMF hastası (ortalama±ss: 31±12 yaş) ve 100 sağlıklı kontrol (ortalama±ss: 29±9 yaş) alındı. Hasta ve kontrol grubundaki erkek/ kadın oranları (31/69) aynı idi. Yaşam kalitesi ölçeği olarak SF-36 anket formu hastalarla yüz yüze görüşme metodu ile dolduruldu. SF-36 skorlaması ile her bir alt ölçeğe ait belirlenmiş soruların puanları hesaplandı. Ham skala puanı hesaplaması yapıldı. Elde edilmiş ham skala puanları dönüştürülmüş puanlara çevrilerek 0-100 arasında bir değer elde edildi ve SF-36 ölçeğinin standart değerlendirilmesi yapıldı. Hastaların cinsiyetine göre medeni durumuna göre, kolşisin kullanımı ve kolşisine cevap durumuna göre, gelir düzeyine göre yaşam kalitesi bileşenlerinin ilişkisine bakıldı.

Sonuç: FMF hastaları ve kontrol grubu arasında cinsiyet, yaş, medeni durum ve gelir düzeyi arasında anlamlı fark saptanmadı. SF-36 parametrelerinden dönüştürülmüş fiziksel fonksiyon (FF) (p=0.001), fiziksel rol fonksiyonu (FRF) (p=0.001), emosyonel rol fonksiyonu (ERF) (p=0.001), mental sağlık (p=0.001), genel sağlık (p=0.036) skoru FMF hastalarında kontrol grubundan daha düşük saptandı (Tablo). FMF hastaları arasında evli hastalarda zindelik puanı bekar hastalarinkine ile karşılaştırıldığında daha yüksek idi (p=0.001). Erkek FMF hastalarının, bayan FMF hastalarına göre FF puanı (p=0.008) daha yüksekti. Kolşisine yanıtı tam olanların kısmi ve yanıtı olmayanlara göre FF puanı (p=0.007), FRF (p=0.001), ERF puanları (p=0.022) anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Çalışmada atak sayısı ve hastalık aktivite skoru ile yaşam kalitesi skoru arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı. FF, ERF ve FRF skorları ilköğretim mezunlarında anlamlı derecede daha düşük idi (sırasıyla p=0.008; p=0.011; p=0.040).

Tablo (PB-026): Plevral effüzyona göre grupların karşılaştırması

	Hasta (n=100) Ortalama±SS	Kontrol (n=100) Ortalama±SS	P
DÖNFF	76.6±14.3	85.5±16.6	0.001*
DÖNSF	38.7±9.7	36.8±9.6	0.174
DÖNFRF	43.4±47.5	73.5±39.3	0.001*
DÖNERF	45.6±46.1	71.6±40.3	0.001*
DÖNMS	58.6±11.1	61.48±9.6	0.001*
DÖNZIN	55.2±1.9	54.10±9.3	0.437
DÖNAĞRI	43.7±25.8	26.40±20.7	0.001*
DÖNGS	47.65±8.60	50.11±7.90	0.036*

DÖN: dönüştürülmüş, FF: Fiziksel fonksiyon, SF: Sosyal Fonksiyon, FRF: Fiziksel Rol fonksiyonu, ERF: Emosyonel Rol fonksiyonu, MS: Mental Sağlık, ZIN: Zindelik, GS: Genel Sağlık, SS: standart sapma *p<0.05 önemli

Tartışma: Bu çalışmada, FMF hastalarının sağlıklı kontrol grubuna göre yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği SF-36 kullanılarak göstermiştir. Ayrıca, bulgularımız hayat kalitesinin FMF hastalarında çok sayıda klinikopatolojik parametrelerden etkilendiğini göstermektedir.

PB-027

Ailesel Akdeniz ateşinde videokapillaroskopi bulguları: 29 hasta analizi

Ayşe Balkarlı, Veli Çobankara

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Denizli

Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA); ateş, peritonit, sinovit ve plörit atakları ile karakterize, otozomal resesif geçişli, sebebi tam bilinmeyen inflamatuvar bir hastalıktır. Hastaların %7'sinde Henoch-Schönlein purpurası ve poliarteritis nodoza görülebilir. Tırnak yatağı videokapillaroskopi ile AAA hastalarında mikrovasküler anormallikleri tanımlamayı amaçladık.

Metod: Ek hastalığı ve raynaud fenomeni olmayan 29 AAA hastası değerlendirildi. Sigara ve ek hastalık öyküsü olmayan 30 sağlıklı bireyden kontrol grubu oluşturuldu. Her bir hasta iki farklı hekim tarafından tırnak yatağı kapillaroskopi ile değerlendirildi ve görüntüleri kaydedildi. Megakapiller, kapiller çapın 0.05 nm üzerinde olması, mikrohemoraji; en az iki farklı parmakta travmatik neden olmaksızın hemoraji saptanması, tortiozite bir milimetrelık alanda en az 2 cross gözlenmesi olarak tanımlandı.

Sonuç: Hastaların yaş ortalaması 29.5±12 (16-60) yıl, hastalık başlama yaşı 20.9±9.66 (7-49), hastalık süresi ortalama 8.69±8 (1-33) yıldır. Bir hastada megakapiller ve mikrohemoraji (farklı 8 parmakta), 11 hastada tortiozite ve 7 hastada bazaar kapiller saptandı. Saptanan patolojik bulgular ile hastalık başlama yaşı, süresi, cinsiyet ve klinik bulgular arasında ilişki saptanmadı. Çalışmamızda saptadığımız kapillaroskopik patolojik bulgular nonspesifik bulgular olup, AAA hastalarında bu bulguların önemini açıklamamaktadır. Saptanan bulguların AAA hastalarında önemini açıklamaya yönelik daha geniş hasta grubunu içeren çalışmalar yapılabilir.

PB-028

Serum kalsiyum düzeyleri ile ailevi Akdeniz ateşi atakları arasında ilişki var mı?

¹Soner Senel, ²Köksal Deveci, ³Ali Uğur Uslu

¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, ²Biyokimya Anabilim Dalı, ³İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sivas

Gerekçe: Ailesel Akdeniz Ateşi (FMF), ateş, tekrarlayan peritonit, plörit ve perikardit atakları ile karakterize bir hastalıktır. Otoinflamatuvar zeminde, atakları hangi etkenlerin tetiklediği ve patofizyolojisi halen tam olarak aydınlatılabilmemiş değildir ve buna dair yeni çalışmalara ihtiyaç vardır. Serum kalsiyum düzeyleri ve FMF arasında ilişkiyi değerlendiren hiçbir çalışmaya

rastlanmadık. Dolayısı ile bu çalışmada, serum kalsiyum düzeyleri ile FMF atakları arasında ilişki olup olmadığı sorusuna cevap araştırılmıştır.

Yöntem: Merkezimizde takip edilen, gözden geçirilmiş Tel Hashomer kriterlerine göre tanı konulan hastalar çalışmaya dahil edildi. FMF atağı; klinik ve laboratuvar olarak (CRP>8 mg/L) romatolog kararı ile kesinleşen ve atağın başlangıcı ve bittiği gün (minimum 1, maksimum 5 gün) arası dönem olarak kabul edildi. Hastaların hepsi sadece kolşisin alıyordu. Kalsiyum metabolizmasını etkileyen hastalığı olanlar veya ilaç alanlar değerlendirme dışı bırakıldı. Normal değerler aralığı 8.5-10.5 mg/dl olarak alınarak, bu aralığa uyan, atak geçiren aynı hastaların, atak esnasındaki ve atak sonrasındaki serum kalsiyum değeri geriye dönük olarak kaydedildi beraberinde serum fosfor ve CRP değerleri de toplandı. İstatistiksel analizde, veriler normal dağılıma uymadığı için median değerleri kullanıldı ve bağımlı değişkenler arası farkı saptamak için Wilcoxon testi uygulandı.

Bulgular: Yaş ortalaması 28 (SS±7) olan 20 (13 kadın, 7 erkek) erişkin FMF tanılı hasta değerlendirmeye alındı. Aynı hastaların ataktaki median kalsiyum değeri 8.9 mg/dl (minimum-maksimum 8.5-9.6) iken atak dışında bu değer 9.4 mg/dl (minimum-maksimum 8.8 - 9.8) saptandı ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (p= 0.004). Gruplar arasında fosfor düzeylerinde anlamlı fark saptanmadı. Ataktaki CRP değerleri beklenildiği üzere anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Bulgular Tablo'da sunulmuştur.

Tartışma: FMF hastalarında atağı tetikleyen stres, menstrasyon gibi bildirilmiş risk faktörlerinden bahseden çalışmalar mevcuttur. Fakat bu çalışma atakta serum kalsiyum düzeylerinin normal sınırlar içinde de olsa anlamlı düzeyde azaldığını gösteren ilk çalışma olması açısından önemlidir. Bu bulgumuzun bir sebep mi yoksa sonuç mu olduğu bilinmemektedir. Bu bulgu, eğer bir sebep ise kalsiyum düzeylerin yükselmesi ile atak olup olmayacağı veya atak sayılarının azalıp azalmayacağını gösteren yapılacak yeni çalışmalara ışık tutmaktadır.

Tablo (PB-028): FMF atakta ve dışında serum kalsiyum düzeylerinin karşılaştırılması

	Atak dışı median (min-maks)	Atak median (min-maks)	P
Kalsiyum (mg/dl)	9.4±(8.8-9.8)	8.9±0.4	0.004
CRP (mg/L)	2.8 (1.0-7.8)	54.8 (14.8-197)	0.0001

PB-029

Ailevi Akdeniz ateşi hastalarında işitme fonksiyonlarının değerlendirmesi

¹Kerem Polat, ²Soner Senel, ¹İsmail Uysal, ³Şafak Şahin, ¹Suphi Müderris

¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, KBB Anabilim Dalı, ²İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas; ³Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat

Gerekeçe: Ailesel Akdeniz ateşi (FMF), ateş, tekrarlayan peritonit, plörit ve perikardit atakları ile karakterize bir otoenflamatuvar hastalıktır. Muckle Wells sendromu gibi otoenflamatuvar hastalıkların bazılarında işitme kayıpları olduğu iyi bilinmektedir. Ancak FMF hastalarında işitme kaybı olabileceğine veya sıklığına dair az sayıda vaka bildirimleri dışında böyle bir çalışmaya literatürde rastlanılmamıştır. Otoakustik emisyon (OAE), son yıllarda önem kazanan bu yöntemin esası, kohleanın ürettiği seslerin dış kulak yolunda kaydedilmesidir. Bazı durumlarda, bariz işitme kaybı olmadan da farklı frekanslarda işitme kayıpları saptanabilmektedir. Yüksek frekans odyometrisi ile kohlear hasarın erken dönemde fark edilmesi mümkündür ve işitme kaybı riski taşıyan kişilerin rutin odyolojik değerlendirilmesinde kullanılabilir. Bu nedenden ötürü bu çalışmada, FMF hastalarının ataksız dönemlerinde işitme kayıpları veya kohlear fonksiyon bozukluğu olup olmadığı sorusuna cevap araştırılmıştır. Bu bildiri, devam eden çalışmanın ön bulgularıdır.

Yöntem: Merkezimizde takip edilen, gözden geçirilmiş Tel Hashomer kriterlerine göre tanı konulan gönüllü hastalar çalışmaya dahil edildi. Amiloidozisli veya atak esnasındaki hastalar çalışmaya dahil edilmedi. İşitmeyi olumsuz yönde etkileyebilecek hastalık, operasyon veya gürültüye maruziyet öyküsü olan hastalar çalışma dışında bırakılmıştır. Bizim çalışmamızda klinikte kohlear fonksiyonların tarama testi olarak kullanılan Transient Evoked OAE (TEOAE) kullanıldı. TEOAE, 20-30 dB'e kadar normal işiten kişilerin hemen hepsinde mevcuttur. Bu değerler üzerindeki sensörinöral işitme kayıplarında TEOAE alınmaz. Çalışma hastalarından TEOAE ile 8, 12 ve 16 kHz frekanslarını içeren yüksek frekans odyometri testleri yapıldı.

Bulgular: Yaş ortalaması 30 (SS±12) olan 45 (34 kadın, 11 erkek) erişkin FMF tanılı hasta ve yaş ortalaması 34 (SS±20) olan 25 (18 kadın, 6 erkek) sağlıklı kontrol grubu çalışmaya alındı. Hasta ve kontrol grupları yaş ve cins olarak uyumlu idi. TEOE-A testlerindeki tüm ölçümlerde yapılan karşılaştırmada fark anlamsız bulundu. Bulgular Tablo'da sunulmuştur.

Tartışma: FMF hastalarında OAE ölçümlerinde ve TEOEA testlerindeki mevcut bulgularla patoloji saptanmadı. Bu ön bulgumuz, FMF hastalarında işitme problemi olmadığını göstermektedir. Ancak daha çok sayıda hasta ve kontrol ile bu bilginin doğrulanması daha doğru olacaktır.

Tablo (PB-029): FMF hastalarında ve kontrol grubunda işitme ve kohlear testlerin karşılaştırması

	FMF median (min-maks) n=45	Kontrol median (min-maks) n=25	P
Cinsiyet (K/E)	34 / 11	18 / 6	0.959
Yaş (yıl)*	30 ± 12	34 ± 20	0.191
8 kHz	15 (5-55)	20 (5-70)	0.411
12 kHz	20 (5-65)	20 (5-80)	0.191
16 kHz	30 (5-60)	35 (10-60)	0.327

*: Ortalama ± standart sapma; kHz: Kilo Hertz

PB-030

Ailevi Akdeniz ateşinde prodromal dönem: Bir fırsat penceresi olabilir mi?

Abdurrahman Tufan, Rıdvan Mercan, Mehmet Engin Tezcan, Arif Kaya, Şeminur Haznedaroğlu, Berna Göker, Mehmet Akif Öztürk

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

Giriş: Ailevi Akdeniz ateşi (FMF) rekürren febril serozit atakları ile karakterize kalıtsal bir hastalıktır. Ataklar hastalarda belirgin morbiditeye, yaşam kalitesinde azalmaya ve iş gücü kaybına neden olur. Kolşisin atakların sıklık, süre ve şiddetini azaltır ve düzenli kullanımda hastaların tamamında amiloidoz gelişimini önler. Buna rağmen hastaların %5-10'unda kolşisin tedavisine direnç görülür. Anti-interlökin-1 β (anti-IL-1 β) tedavisinin dirençli FMF ve FMF dışı otoinflamatuvar hastalıklarda etkili olduğunu bildiren birkaç bildirileri bulunmaktadır. Bu hastalarda IL-1 β antagonistlerinin nasıl kullanılacağı araştırma konusudur. Yakın zamanda çıkan bir çalışmada otoinflamatuvar hastalığı olan bireylerde atak döneminde Anakinra'nın gerektiğinde (on demand) kullanımının etkili olabileceği bildirilmiştir. FMF hastalarında atak öncesi prodrom dönemi bu açıdan bir fırsat penceresi olabilir. Bu nedenle atak prodromunun özelliklerinin belirlenmesi önem taşımaktadır.

Amaç: FMF hastalarının atak prodromunun özelliklerinin belirlenmesi

Metodlar: çalışmaya 24 kadın 15 erkek olmak üzere toplam 39 hasta alındı. Demografik verileri, hastalık özellikleri, hastane-deki daha önceden geçirdikleri atak kayıtları ayrıntılı olarak kaydedildi. Bunu yanında özellikle son 6 ayda atak geçiren hastalar olmak üzere tüm hastaların atak tipi, süresi, şiddeti, paterni, provoke edici faktör olup olmadığı gibi atak özellikleri sorgulandı. Bunun yanında her bir atağın geleceğini anlama, atağın geleceğini tahminde yanılma, atağın geleceğini anlama ile atağın gelmesi arasındaki süre kaydedildi. Sonuçlar istatistiksel yöntemlerle analiz edildi.

Sonuçlar: Hastaların ortalama yaşı 34,5 $\pm$ 15,3 ve hastalık süresi 19,1 $\pm$ 15,3 yıldır. 35 hastada (%89,7) peritonit, 18 hastada (%46,1) plörit, 30 hastada (%76,9) artrit, 13 hastada (%33,3) erezipeloid eritem (ELE) öyküsü mevcuttu. Kolşisin direnci 3 hastada (%7,7) vardı. Hastaların %65,7 si peritonit, %44,4'ü plörit, %33,3'ü artrit ve %38,5'i ELE ataklarını önceden büyük olasılıkla anlayabildiklerini belirtti. Atak öncesi ortalama prodrom süresi peritonitte 3,3 plöritte 3,9, artritte 5,5 ve ELE'de 3,3 saat olarak bulundu.

Kararlar: FMF hastalarının önemli bir kısmı atak başlamadan önce atak geleceğini görece uzun sayılabilecek bir süre önce kestirebilmektedir. Bu süre kolşisine dirençli FMF hastalarında IL-1 β antagonistleri gibi yeni ilaçların gerektiğinde (on demand) kullanımı için fırsat dönemi oluşturabilir. Bu sayede özellikle biyolojikler olmak üzere diğer ilaçların sürekli kullanımlarından kaynaklanabilecek yan etkiler ve ilaç kullanım maliyeti azaltılabilir. Bu konuda ileri araştırmalara gereksinim vardır.

Tablo (PB-030): FMF atakta ve dışında serum kalsiyum düzeylerinin karşılaştırılması

		Peritonit	Plörit	Artrit	ELE
Atak geleceğini anlama, n (%)	Her zaman/sıklıkla	23 (65,7)	8 (44,4)	10 (33,3)	5 (38,5)
	Orta sıklıkla	3 (8,6)	2 (11,1)	3 (10)	1 (7,7)
	Nadir-hiç	9 (25,7)	10 (55,5)	17 (56,7)	7 (53,8)
Atak geleceğinde yanılma, n (%)	Her zaman/sıklıkla	1 (3,8)	0	1 (7,7)	1 (16,7)
	Orta sıklıkla	3 (11,5)	2 (20)	3 (23,1)	2 (33,3)
	Nadir-hiç	22 (84,6)	8 (80)	9 (69,2)	3 (50)
Prodrom süresi, saat					
Ortalama		3,3 $\pm$ 2,7	3,9 $\pm$ 4,0	5,5 $\pm$ 7,5	3,3 $\pm$ 3,9
Minimum/maximum		0,5-12	0,5-12	1-24	0,5-10

PB-031

Ailevi Akdeniz ateşi hastalarında oral sağlık ve yaşam kalitesi

¹Elif Soğur, ¹Erinç Önem, ²Melike Kalfa, ²Hakan Emmungil, ²Kenan Aksu, ¹B. Güniz Baksı, ²Gökhan Keser, ³Haner Direskeneli, ⁴Gonca Mumcu

¹Ege Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı, ²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; ³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, ⁴Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Bilişimi ve Teknolojileri Anabilim Dalı, İstanbul

Gerekeçe: Oral sağlık ve oral sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi hem genel sağlığın, hem de genel yaşam kalitesinin bir parçasıdır. Bu çalışmanın amacı, uluslararası tanı kriterlerine göre Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) tanısı konmuş hastaların oral sağlıklarının incelenmesi, genel ve oral sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Bu kesitsel araştırmaya 50 AAA hastası (E/K:21/29 yaş ort.: 35,4 $\pm$ 10,2 yıl), hasta kontrol grubu olarak 50 Behçet hastası (BH, E/K:21/29, 35,38 $\pm$ 11,01 yıl) ve 50 sağlıklı kontrol (SK, E/K:21/29, 32,9 $\pm$ 9,9 yıl) katıldı. Oral sağlık dental ve periodontal indeksler ile değerlendirildi. Oral sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi Oral health impact profile-14 (OHIP-14; 0-56 puan) ile genel yaşam kalitesi ise Short form-36 (SF-36) ile değerlendirildi.

Sonuçlar: Çekilmiş diş sayısının AAA'lı (4,30 $\pm$ 5,01) ve BH'lı hastalarda (3,95 $\pm$ 4,17) benzer olduğu (p=0,79), ancak SK'lara (1,55 $\pm$ 3,60) göre yüksek olduğu belirlendi. (p=0,005 ve p=0,017). OHIP-14 puanının AAA'lı hastalarda (29,66 $\pm$ 8,48) BH'lı hastalara (21,74 $\pm$ 13,60) ve SK'lara (8,54 $\pm$ 7,56) göre yüksek olduğu belirlendi (p=0,001 ve p=0,000). OHIP-14 puanı ile çekilmiş diş sayısının ilişkili olduğu da görüldü (r=0,5 p=0,000). Ayrıca AAA'lı hastalarda; plak indeks skorunun (1,12 $\pm$ 0,67) SK'lara (0,91 $\pm$ 1,01) benzer olduğu (p=0,315) ancak BH'lara (1,58 $\pm$ 1,1) göre düşük olduğu gözlemlendi (p=0,067). AAA'lı hastaların SF-36 Fiziksel fonksiyon (67,18 $\pm$ 27,53), Rol güclüğü (61,45 $\pm$ 37,52), Genel sağlık (45,35 $\pm$ 25,11) ve Ağrı (48,79 $\pm$ 6,96) alt-grup puanlarının, SK'lara (90,71 $\pm$ 12,45; 81,12 $\pm$ 29,10;

67.76±18.57; 71.46±20.89) göre yüksek olduğu (p=0.000; p=0.033; p=0.000; p=0.000) ancak BH'lara (67.70±31.68; 53.50±46.01; 43.79±21.24; 57.43±28.87) benzer olduğu belirlendi (p=0.99; p=0.56; p=0.93; p=0.10). SF-36 Sosyal fonksiyon alt-grup puanının AAA'da (49.47±10.30) BH (67.73±23.02) ve SK'ya (77.25±21.23) göre daha düşük olduğu da görüldü (p=0.000). Ancak gruplar arasında SF-36 Enerji ve Emosyonel durum alt grup puanları arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi (p>0.05). Ayrıca SF-36'nın tüm alt- grup puanlarının OHIP-14 puanı ile ilişkili olduğu da belirlendi (p<0.05).

Tartışma: AAA'lı hastalarda çekilmiş diş sayısındaki artışa bağlı olarak oral sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyinin düştüğü görüldü. Genel yaşam kalitesi düzeyinin SK'lere göre düşük olduğu, buna karsın BH'lı hastalara büyük ölçüde benzediği de belirlendi. Ayrıca oral ve genel yaşam kalitesi düzeyinin ilişkili olduğu da gözlemlendi.

PB-032

Büyük ve geniş keloidal lezyonları olan ve ailesel Akdeniz ateşi tanılı iki olgunun değerlendirilmesi

¹Soner Senel, ²Salper Yılmaz, ²Mürsel Çepni

¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, ²Plastik ve Rekonstruktif Cerrahi Anabilim Dalı, Sivas

Gerekçe: Ailesel Akdeniz ateşi (FMF) inflamatuvar yanıtın zamanında ve normal şekilde baskılanamamasıyla oluşan otoinflamatuar bir hastalıktır. Keloid bütünlüğü bozulmuş deri dokusunun abartılı ve hızlı iyileşmesi, bununla birlikte iyileşme tamamlanmadığında durması gereken iyileşme sürecinin zamanında durmamasından kaynaklanan bir yara iyileşmesi sorunudur. Literatürde, FMF hastalığı ile keloid birlikteliği ve aralarındaki olası ilişki henüz bildirilmemiştir. Bu raporda, FMF ve keloidli iki vaka tartışılmıştır.

Vaka 1: Yirmi bir yaşında bayan hasta tekrarlayan karın ağrıları ve eşlik eden ateş şikayetleri ile FMF açısından değerlendirmeye alındı. Hikayesinde, 8 yaşından itibaren yılda 2-3 kez tekrarlayan karın ağrıları tarifliyordu. Karın ağrılarına 38 C'yi geçen ateş eşlik etmekte ve şikayetleri 3-4 gün sürmekte olduğu öğrenildi. Hastaya bu şikayetleri nedeniyle FMF veya başka hastalık tanısı konulmamıştı. Özgeçmişinde sol koldan keloid operasyonu öyküsü vardı. Soygeçmişinde anneannesinde ve kuzeninde FMF tanısı olduğu öğrenildi. Sol omzunda BCG aşısının olduğu yere lokalize ciltten kabarık büyük bir keloid nedeniyle operasyon tariflemekteydi. Fakat operasyondan sonra da yara kenarlarından nüks keloidal lezyon büyümeye başlamıştı. Hastanın önceden çalışılan MEFV gen analizinde homozigot M680I (G/C) mutasyonu saptandı. Tel Hashomer kriterlerine göre hastaya FMF tanısı konuldu ve Kolşisin 1.5 mg/gün tedavi başlandı.

Vaka 2: Yirmi altı yaşında bayan hasta yaklaşık 5 yıldır devam eden zamanla artan bel ağrısı şikayeti ile başvurdu. Bel ağrısı, hareketle azalıp istirahatle artan, geceleri ağrı ile uyandıran karakterde olup çekilen sakral grafide bilateral evre 1-2 sakroiliit bul-



Resim: FMF tanılı hastada abartılı keloid skarı

gusu vardı. Romatolojik sorgulamasında ara gelen yılda 3-4 kez tekrarlayan 2-3 gün süren ateş ve yan ağrısı atakları tariflemekteydi. Belirgin karın ağrısı atakları veya periferik artritis atakları tariflemiyordu. Ailede birinci derece yakınarda FMF tanısı alan yoktu. Özgeçmişinde, 11 yaşından sonra sol koldan BCG aşısı sonrası başlayan ve daha sonra göğüs ön yüzüne doğru yayılan ve omuz bölgesini kuşatan, geniş ve büyük keloidal skarları mevcuttu. MEFV gen analizinde heterozigot M694V ve F469L mutasyonu saptandı. Tel Hashomer kriterlerine göre hastaya FMF tanısı konuldu ve Kolşisin 1.5 mg/gün tedavi başlandı.

Sonuç: Keloid ve FMF benzer patogenetik mekanizmalara sahip gibi görünmektedir. Bunun patogenik mekanizması henüz net değildir. FMF'deki MEFV mutasyonlarının Behçet hastalığı, Romatoid artritis, Spondiloartropatiler, iltihabi barsak hastalıkları gibi birçok hastalıkta artmış hastalık aktivitesi veya sistematik inflamatuvar yanıt ile ilişkileri bilinmektedir.

Tartışma: FMF ile keloid birlikteliği olan iki vaka nedeniyle, olası IL-1 üzerinden mekanizmalar ile daha büyük ve geniş keloidal skarlara neden olabileceğini rapor eden ilk bildiri olması nedeni ile ilgi çekici ve önemlidir

PB-033

Ailevi Akdeniz ateşi ve peritoneal malign mezotelyoma birlikteliğine dair olgu sunumu ve literatür derlemesi

¹Soner Senel, ²Saadettin Kılıçkap

¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, ²İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Sivas

Gerekçe: Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA=FMF) otozomal resesif kalıtmımlı otoinflamatuar bir hastalıktır. En sık tekrarlayan serozal inflamatuvar ataklar ve eşlik eden ateş şeklinde karşımıza çık-

maktadır. Malign mezotelyoma serozal zarların primer tümörü olup en sık asbest maruziyetine sekonder görülür. Etiyolojisinde, diğer fiberler, mineral artıkları ve çeşitli kimyasal ve iyonizan radyasyon ve FMF yer almaktadır. AAA ile malign mezotelyoma birlikteliği nadir olup arasında bağlantı olup olmadığı net olarak bilinmemektedir. Biz de bu iki antiteye sahip literatürdeki beşinci vakayı ve diğer vakaların derleyerek sunmayı amaçladık.

Yöntem: Elli bir yaşında erkek hasta 20 yıldır tekrarlayan karın ağrısı ateş atakları olması nedeni ile FMF tanısı almış. Yapılan genetik analizinde heterozigot M694V mutasyonu saptandı. Kolşisin tedavisini düzenli kullanmadığını ifade ediyordu. Yılda 15-20 kez olmak üzere yaklaşık 5-6 gün kadar süren atak geçirme öyküsü vardı. Son bir yıl içinde, FMF ataklarına benzemeyen süreklilik gösteren ve sabit şiddette devam eden karın ağrıları ve karında şişlik tarifliyordu. Özgeçmişinde asbest maruziyeti veya sigara içme öyküsü tanımlanmadı. Soygeçmişinde ailede malignite tariflenmiyordu. Amiloidozis lehine bulgu saptanmadı. En son acil servise başvurduğunda yatırılan hastanın batın US' de asit tespit edildi. Asit mayi sitolojisi şüpheli malign olarak rapor edildi. Sonrasında yapılan peritoneal biyopsisi malign mesotelyoma (epitelyal tip, kalretinin pozitif WT: %30 nükleer pozitif, sitokeratin 5/6:%70-80 sitoplazmik pozitif, meztelin: %40-50 luminal pozitif) olarak rapor edildi.

Sonuç: FMF ve malign peritoneal mezotelyoma (MPM) birlikteliği çok nadir olarak bildirilmiştir. Bizim vakamızdan önce toplam 4 vaka yayınlanmıştır (1-3). Literatürde yayınlanan vakaların ve bizim vakamızın (Olgu-5) önemli bilgileri Tablo'da sunulmuştur. Daha önceden bildirilen 4 vakanın 3'ünün erkek ve biri kadındır ve bizim vakamız da erkek cinsiyettedir. Hastaların ikisi Türk, ikisi Fas kökenli Yahudi ve biri de Ürdün kökenli Arap idi. Hastalık süreleri ise en az 20 ile en çok 45 yıl arasında idi. Bir hastanın hastalık süresi, yaş, kolşisin kullanım ve genetik mutasyon bilgisine ulaşılamadı. Elimizdeki veriler, kolşisin kullanımının MPM gelişimine etkisini yorumlamaya yeterli gözükmemektedir.

Tablo (PB-033):

	Olgu 1	Olgu 2	Olgu 3	Olgu 4	Olgu 5
Yaş (yıl)	Bilinmiyor	49	61	38	51
Cinsiyet	Erkek	Erkek	Erkek	Kadın	Erkek
Hastalık süresi (yıl)	Bilinmiyor	25	45	30	20
İrk	Türk	Arap (Ürdün)	Yahudi (Fas)	Yahudi (Fas)	Türk
MEFV mutasyonu	Bilinmiyor	Bilinmiyor	Homozigot M694V	Homozigot M694V	Heterozigot M694V
Kolşisin kullanımı	Bilinmiyor	Bilinmiyor	Kullanıyor	Düzensiz	Düzensiz
Asbest maruziyeti	Yok	Var	Yok	Yok	Yok

Tartışma: FMF'e eşlik eden malignite vaka bildiririmleri dışında, artmış malignite riski henüz kanıtlanmamıştır. Ancak kronik inflamatuvar hastalıklarda malignite riskinin artmış olduğu na dair bilgiler bulunmaktadır. Bizim vakamız diğer vakalarla

karşılaştırıldığında, orta yaş grubunda olması ve ortalama hastalık sürelerinin uzun olması ve M694V mutasyonu taşıyor olması bakımından da benzerlik göstermektedir. Hastamızda, asbest maruziyeti olmaması, 20 yıl gibi uzun hastalık süresi olması, sık peritoneal atak geçirme öyküsü olması FMF ile peritoneal mezotelyoma arasında ilişki olabileceğini destekler gözükmemektedir.

PB-034

Ailevi Akdeniz ateşli çocuklarda atak sıklığı ve şiddetine genotip dışı faktörlerin etkisi

¹Süleyman Kalman, ¹Cengiz Zeybek, ¹Türker Türker, ¹Halil Orman, ¹Faysal Gök

¹Gülhane Askeri Tıp Akademisi, ²Çocuk Nefroloji Bilim Dalı; ³Halk Sağlığı Anabilim Dalı; ⁴Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Ailevi Akdeniz ateşi, doğal immun sistemde oluşan doğuştan bir anormalliğin neden olduğu sık görülen bir kalıtsal otoenflamatuvar hastalıktır. Hastalığın şiddeti aynı etnik kökende olmalarına karşın farklı coğrafyalarda yaşayanlarda farklılıklar gösterebilmekte, bu durum prognoza genetik faktörler yanında çevresel faktörlerin de etkisi olduğunu düşündürmektedir. Farklı mikrobiyal çevrenin etkisinin önemli olduğu, anne sütünün doğal immunité üzerine olan koruyucu etkilerinin önemi üzerinde durulmaktadır.

Amaç: Ailevi Akdeniz ateşli çocuk hastalarda çevresel ve sosyodemografik faktörlerin atak sıklığı ve şiddetine etkilerini ortaya koymaktır.

Yöntem: GATA Çocuk Nefroloji BD'da izlenen 67'si kız, 71'i erkek 2-19 yaş arasındaki 138 AAA'lı olgu, dosya tarama ve anket doldurma yöntemi ile araştırıldı. Olguların ailelerinin ekonomik durumunun, memleketlerinin, akrabalık durumlarının, yaşadıkları yerin, mesken büyüklüğünün, gestasyonel yaş ve doğum ağırlıklarının, anne sütü alma sürelerinin ve kolşisin dozunun prognoza olan etkileri SPSS 15.0 paket programı ile değerlendirildi. Atak sıklığını değerlendirirken yılda bir ve daha az atak geçirenler Grup I, yılda 2 defaya dek atak geçirenler Grup II, yılda ikiden fazla atak geçirenler Grup III olarak değerlendirildi. Atak süreleri yönünden bir günden az atak süresi olanlar Grup A, 1-2 gün arasında olanlar Grup B, 2 günden fazla sürenler Grup C olarak ayrıldı.

Bulgular: Grup I'de 49, Grup'de 29, Grup III'te 60 hasta vardı. Bu üç grup arasında ailelerinin ekonomik durumu, memleketleri, akrabalık durumları, yaşadıkları yer, mesken büyüklüğü, gestasyonel yaş ve doğum ağırlıkları ve anne sütü alma açısından fark bulunmadı. Atak süreleri açısından yapılan değerlendirmeye göre oluşturulmuş gruplarda sırasıyla 52, 44, 42 olgu vardı. Bunlar arasında da aynı parametreler açısından fark bulunmadı. Yalnızca atak sıklığı ve kolşisin dozu açısından sık atak geçirenler de kolşisin dozu yüksek saptandı (p=0.004), aynı şekilde atak süresi uzun sürenlerde kolşisin dozu yüksek bulundu (p=0.039).

Sonuç: Ailevi Akdeniz ateşinde yaşanan coğrafyanın, MEFV genotipinden daha çok amiloidoz gelişimi için risk içerdiği, düşük sosyoekonomi, yüksek bebek ölümü gibi sosyodemografik faktörlerin amiloidoz oluşumunda çevresel faktörlerin önemini gösterdiği bildiren çalışmalar vardır. AAA'da etken değişkenlerin çok fazla olması genotipin, prognoz üzerine olan olumsuz etkisi konusunda soru işareti oluşturmakla birlikte biz hasta grubumuzda genetik dışı faktörlerin prognoza etkisini göstere-medik.

PB-035

Ailevi Akdeniz ateşi hastalarının klinik özellikleri ve genotip fenotip ilişkisi

¹Sabri Güncan, ²Nazife Şule Yaşar Bilge, ³Emel Gönüllü, ²Timuçin Kaşifoğlu, ²Cengiz Korkmaz

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

Gerekçe: Ailevi Akdeniz Ateşi'nde (AAA) genotip-fenotip ilişkisi konusunda çelişkili çalışma sonuçları bulunmaktadır. Bu çalışmada; AAA hastalığı tanısı ile kliniğimizde takip ettiğimiz hastaların yaş, cins dağılımı, gen mutasyonları ve bu mutasyonların hastalığın fenotipi üzerinde etkilerinin olup olmadığı değerlendirildi.

Yöntem: 2009–2010 yılları arasında Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji kliniğine başvuran 156 AAA tanılı hasta incelendi. Tanı Tel Hashomer kriterlerine göre koyuldu. Hastaların klinik ve demografik özellikleri kayıt edildi. Mutasyon analizi yapılabilenlerde mutasyonlar ile klinik bulgular ve hastalık şiddet skoru arasındaki ilişkiler araştırıldı. Mutasyonlar ile klinik bulgular ve hastalık şiddet skoru arasındaki ilişkiler değerlendirilirken mutasyon analizi yapılan 142 kişilik hasta grubu dikkate alındı. Klinik ve epidemiyolojik özellikler belirlenirken ise 156 kişilik tüm çalışma grubu göz önünde bulunduruldu.

Sonuçlar: Hastaların ortalama yaşı 32.85±12.78; K/E oranı 1,6 olarak saptandı. 156 hastanın 14'ünde mutasyon bakılmadı, 13'ünde mutasyon negatif gelirken 129'unda mutasyon pozitif saptandı. Hastalarda en sık görülen mutasyon M694V mutasyonu (%46.8) ve en sık görülen genotip M694V/M694V olarak saptandı (%23.7). Mutasyon saptananlarda saptanmayanlara göre, M694V homozigot veya heterozigot mutasyon bulunanlarda diğer mutasyon bulunanlara göre hastalık şiddet skoru daha yüksekti. Mutasyon saptanan hastalarda, ateş ve karın ağrısının erken başlangıç gösterdiği, artrit, artralji, plörit ve EBE (erizipel benzeri eritem)'nin daha sık görüldüğü saptandı. Hastalarımızın %5.7'sinde amiloidoz saptandı.

Tartışma: Çalışmamızda literatürle benzer şekilde M694V mutasyonunun klinik belirtilerin erken ortaya çıkması ve şiddetli hastalık ile ilişkili olduğu saptanmıştır. M694V homozigot veya heterozigot mutasyonu saptanan hastaların diğer mutasyonlara sahip hastalara kıyasla amiloidoz gelişmesi açısından anlamlı düzeyde yüksek riskli olduğu görüldü.

PB-036

Üç kardeşte kronik rekürren osteomyelit 5 (CRMO)

¹Arife Uslu Gökçeoğlu, ¹Erdem Durmaz, ¹Çağla Serpil Doğan, ¹Elif Çomak, ¹Mustafa Koyun, ¹Sema Akman

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nefrolojisi Bilim Dalı, ²Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı, Antalya

Giriş: Kronik rekürren osteomyelit (CRMO), çocukluk çağında görülen otoinflatuar bir hastalıktır. Genellikle iyi seyirlidir. Az sayıda olguda uzun dönemde sekel, büyüme geriliği ve kemik deformiteleri tanımlanmıştır. Radyolojik olarak osteolitik veya sklerotik kemik lezyonları, multifokal yerleşim, akut faz reaktanlarının artışı, 6 aydan uzun süreli seyir, kemik biopsisinin steril olması ile karakterizedir. CRMO tanısı ile izlenen üç kardeş sunulacaktır.

Olgular: 11.5 yaşında kız hasta çenede şişlik, eklemelerde hareket kısıtlılığı ve yürüyememe nedeni ile başvurdu. 5 yıl önce başlayan şikayetleri giderek artış göstermiş ve son 8 aydır yürüyemiyordu. Dış merkezde çenedeki lezyondan 3 defa biopsi alınmış, spesifik bulgu saptanmamıştı. Enfeksiyona yönelik çeşitli tedaviler almıştı. Fizik muayenede çenede şişlik, ayak bileklerinde, dizlerde, el bileklerinde, dirseklerinde artrit mevcuttu. Direkt grafide tibia da sklerotik görünüm, yaygın osteoporoz vardı. Tüm vücut kemik sintigrafisinde mandibulada difüz tutulum, sağ femurda aktivite tutulumu saptandı. Sedimentasyonu 120 mm/saat, DEXA'da osteoporoz, ANA tarama-tanımlama negatif bulundu. Temporomandibular eklem ve ekstremit MR'ları CRMO ile uyumlu bulundu. Olguya pamidronat, 20 mg/gün prednisolon ve kolşisin başlandı. 30 günlük tedavi sonrası sedimentasyon 35 mm/saat geriledi. 3 aylık tedavi sonunda destekli yürümeye başladı. Steroid dozu 10 mg/gün'e azaltılarak azatiyopurin başlandı. 6 aylık steroid ve kolşisin, 3 aylık azatiyopurin ve 3 kür pamidronat tedavisi sonunda olgu desteksiz yürümeye başladı. 1 yıllık takibi sonunda 5. kür pamidronat tedavisini alan olgu steroid, kolşisin, azatiyopurin almaktadır. Olgunun 9 yaşındaki erkek kardeşinde son 4 yıldır olan her iki bacakta ağrısı vardı. Fizik muayenesi normaldi. Laboratuar değerlendirmede sedimentasyonu 102 mm/saat saptandı. Direkt grafide osteopetrozis ile femurda sklerotik kemik lezyonu mevcuttu. Alt ekstremit MR'ı CRMO ile uyumluydu. NSAİİ, ardından steroid ve pamidronat başlandı. 1.5 aylık steroid tedavisi sonunda ağrı yakınması yoktu ve sedimentasyon değeri normaldi. İzleminde steroid azaltılarak siklofosfamid verildi. 4 aylık siklofosfamid tedavisi sonunda remisyona sağlandı. İzleminde azatiyopurin başlandı. Toplam 5 kür pamidronat tedavisi aldı. 13 yaşındaki diğer erkek kardeşin ise son 6 aydır bacak ağrıları vardı. Fizik muayenesi normal, sedimentasyonu 90 mm/saat bulundu. Ayak grafisinde sklerotik kemik değişiklikleri bulundu. Alt ekstremit MR'ı CRMO ile uyumluydu. NSAİİ ile izleme alındı. Sedimentasyon değerinde artış olması ve ağrıları nedeni ile steroid tedavisi verildi. 1 aylık tedavi ile klinik ve laboratuar remisyona sağlandı. Steroid yan etkileri nedeni ile kesilerek azatiyopurin başlandı. Her iki erkek kardeş remisyonda izlenmektedir. Üç kardeşin Majeed Sendrom açısından çalışılan LPIN2 mutasyonu negatif bulundu.

Sonuç: Kronik seyir ve sklerotik kemik değişiklikleri saptandığında CRMO akıld tutulmalıdır. Aile bireyleri de semptom açısından sorgulanmalıdır.

PB-037

Ailevi Akdeniz ateşine bağlı renal amiloidoz gelişiminde potansiyel risk faktörlerinin değerlendirilmesi

Timuçin Kaşifoğlu, Şule Yaşar Bilge, Emel Gönüllü, Filiz Bekdemir, Cengiz Korkmaz

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

Giriş: Ailevi Akdeniz ateş (AAA) hastalarındaki temel böbrek etkilenimi, amiloidoza bağlı proteinüri ve son dönem böbrek yetmezliği gelişmesidir.

Amaç: Çeşitli araştırmacılar M694V özellikle de homozigot varlığının amiloidoz gelişimi için bir risk faktörü olduğunu ileri sürmektedirler. Ancak bu ilişkinin olmadığını ileri süren görüşlerde vardır. Türkiye’den yapılmış olan çalışmalarda ise sınırdan bir ilişki olabileceği ifade edilmektedir. Biz çalışmamızda temel olarak MEFV mutasyonları ve diğer potansiyel risk faktörlerinin amiloidoz gelişimi üzerine etkisini araştırmayı hedefledik.

Materyal ve Metod: Kliniğimizde izlenen 396 AAA hastasının bulguları retrospektif olarak değerlendirildi. Amiloidoz varlığı, MEFV mutasyonu, cinsiyet, klinik özellikler, ailede AAA varlığı, semptomların başlama ve tanı yaşı ile kolşisin kullanım süresinin renal amiloidoz gelişimi açısından etkisi değerlendirildi. Amiloidoz tanısı 24 saatlik idrarda 500 mg/gün’den fazla proteinüri olan hastalarda rektal veya renal biyopsi yapılarak tecrübeli bir patoloğun örnekleri kristal viyole ve Kongo kırmızısı ile boyanması sonrası değerlendirilmesi ile konuldu.

Sonuç: AAA ile izlenen 396 hastamızın 33’de (%8.3) amiloidoza bağlı renal tutulum saptandı. Amiloidozu olan ve olmayan hastaların cins, klinik özellikleri, ailede AAA varlığı, semptomların başlama yaşı, tanı yaşı ve kolşisin kullanım süreleri açısından farklılık saptanmadı. Amiloidozu olmayan 363 hastadan MEFV mutasyonu çalışılan 159 hasta saptandı. Amiloidozu olan 33 hastanın ise 27’de MEFV mutasyonu çalışıldığı görüldü. İki grup MEFV mutasyonlarının varlığı açısından değerlendirildiğinde. M694V homozigot varlığı amiloidozu olan ve olmayan hastalarda en yüksek oranda saptanan mutasyondur (%59.3’ya karşın %32). M694V homozigot sıklığı amiloidozu olan ve olmayan hastalarda karşılaştırıldığında amiloidozu olan hastalarda M694V homozigot varlığı istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olarak yüksek saptandı ($p<0.001$, güç %95). Ancak diğer mutasyonlar açısından bir farklılık saptanmadı.

Tartışma: M694V homozigot varlığının farklı etnik gruplarda amiloidoz gelişimine dair etkileri bilinmektedir. Ancak Türk hastalarda bu ilişkinin diğer etnik gruplardaki kadar güçlü olmadığını yönünde bir görüş bulunmaktadır. Bizim çalışmamız göstermiştir ki M694V homozigot varlığı Türk AAA hastalarında bilinen tek ve en önemli risk faktörüdür. Ancak M694V homozigot mutasyon taşıyan her AAA hastasında amiloidoz gelişmemesi ve farklı mutasyonlara sahip hastaların da amiloidoz olduğu gerçeği düşünülürse, etnisite ve M694V homozigot varlığının oynadığı kuvvetli rol dışında başka faktörlerin de amiloidoz gelişimine katkıda bulunabileceği açıktır. Bu nedenle ülke-

mizden yapılacak daha geniş vaka serilerinin potansiyel risk faktörlerinin tespiti açısından önemli olabileceği açıktır.

PB-038

Ailesel akdeniz ateşi hastalarının atak ve dışındaki oral ve periodontal bulgularının karşılaştırılması

¹Soner Senel, ²Vildan Bostancı, ³Hülya Tokar

¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı; ²Diş Hekimliği Fakültesi, Periodontoloji Anabilim Dalı, Sivas

Gerekeç: Ailesel Akdeniz ateşi (FMF), Akdeniz kökenli bazı etnik gruplarda görülen oto-inflamatuvar bir hastalıktır. Klinik tablo tekrarlayan ateş, karın ağrısı, göğüs ağrısı, artrit ve erizipel benzeri deri lezyonu ile karakterizedir. FMF hastalarında oral bulgularla ilgili klinik çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Bu çalışmanın amacı, FMF hastalarında görülen oral bulguları araştırmak ve atak ve atak dışı dönemlerdeki bulguları karşılaştırmaktır.

Yöntem: Romatoloji kliniğimizde Tel Hashomer kriterlerine göre tanı almış, atakta veya atak dışı dönemdeki gönüllü FMF hastaları çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen toplam 79 FMF hastası (18 [% 22.8] atak, 61 [% 77.2] atak dışı) diş hekimliği fakültesi periodontoloji bölümünde oral muayeneleri ve periodontal değerlendirmeleri yapıldı. Plak indeksi, gingival indeksi, sondalama cep derinliği, ataşman seviyeleri, radyografik bulgular değerlendirilerek hastalar periodontal durumlarına sağlıklı grup, gingivit saptanan grup ve periodontit saptanan grup olmak üzere göre üç gruba ayrıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılan 79 hastanın periodontal durumu değerlendirildiğinde, 18’si (%21.5) sağlıklı, 34’ü (%43) gingivitisli ve 28’i (%35.5) periodontitisli saptandı. Atakta olan ve olmayan hastaların yaş ve cinsiyet açısından aralarında anlamlı fark yoktu. Atakta ve atak dışı plak indeksi, gingival indeks, sondalama cep derinliği, ataşman seviyeleri, radyografik bulgular karşılaştırmasında da istatistiksel anlamlı fark bulunmadı. Tablo’da bulgular verilmiştir.

Tablo (PB-038): FMF hastalarının atak ve dışındaki periodontal bulguları

Periodontal bulgular		Atak				Total	
		Var	%	Yok	%		
Grup	Sağlıklı	5	27.8	12	19.7	17	21.5
	Gingivitis	8	44.4	26	42.6	34	43
	Periodontitis	5	27.8	23	37.7	28	35.5
Total		18	100	61	100	79	100

Tartışma: Bu ön çalışma sonucunda, FMF hastalarının oral ve periodontal hastalık bulguları açısından ancak %21.5’i sağlıklı kalabilmiş diğer %78.5’inde gingivit ile periodontit saptanmıştır. Çalışmamızda kontrol grubu henüz tamamlanmadığından FMF hastalarındaki bulguların yorumu yapılamamıştır. FMF hastalarının atakta olup olmama durumu arasında bir ilişki saptanamamıştır.

PB-039

Ailevi Akdeniz ateşli hastada plastrone appendisit nedeniyle açılan ilestomi sonrası gelişen reaktif poliartrit Veli Çobankara, Tuba Erürker, Ayşe Balkarlı, Can Özlü

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Denizli

Ailesel Akdeniz ateşi (AAA) yineleyen ateş ve serozit ataklarıyla karakterize bir hastalıktır. Artrit diğer klinik bulgulara göre daha az görülür. Artrit bicimi genelde akut veya subakut, alt ekstremitelerde tek eklem veya oligoartrit şeklindedir. AAA hastalarında akut el eklemlerinde simetrik poliartrit tutulum nadirdir. Burada ileostomi sonrası gelişen simetrik poliartritli AAA hastası sunulmuştur. Otuz altı yaşında erkek hasta ateş ve karın ağrısı ile romatolojiye başvurdu. Hastanın 17 yıldır ayda bir kez 2-3 gün süren ateş ve karın ağrısı oluyormuş. Beş yıl önce M694V homozigot mutasyonu tespit edilerek AAA tanısı konulmuş ve kolşisin başlanılmış. Tedaviden sonra atakları tamamen geçmiş. Mayıs 2010'da 20 günü geçen karın ağrısı ve ateş şikayeti ile başvurdu. Muayenesinde rebound hassasiyet saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit: 9,460/mm³, CRP: 9.6 mg/dL, fibrinojen: 700 mg/dL, ESH 43 mm/saat olarak saptandı. Batın ultrasonografisinde terminal ileumda duvar kalınlaşması, çevre mezenter doku-da inflamasyon bulguları saptandı. Plastrone appendisit düşünülen hasta antibiyotik tedavisinden sonra elektif şartlarda dış merkezde opere olmuş. Operasyon sonrası şikâyetleri artan hasta merkezimize tekrar başvurdu. Genel cerrahi bölümünde değerlendirilen hastanın çekilen batın BT'sinde operasyona ikincil ileum ve kolonda perforasyonlar tespit edildi. Acil şartlarda opere edilen hastaya ilestomi açıldı. İlestomi sonrası genel durumu düzelen hastanın operasyonun 4. haftasında el PIF ve MKF eklemlerde simetrik poliartrit gelişti. İlestomi'ye bağlı beslenme sorunları da yaşayan hasta parenteral nutrisyon için genel cerrahi bölümünde yatırıldı. Bu dönemde Romatoloji kliniğinde değerlendirilen hastada M694V mutasyonun zemininde ilestominin tetiklediği reaktif artrit olarak değerlendirildi. Hastada bakılan HLA B27 antijeni negatif olarak geldi. Akut poliartrit olması nedeniyle hastaya kısa süreli steroid verildi. Tedaviden 1 hafta sonra şikâyetleri geçti. Steroid dozu da azaltılarak 1 ay içinde kesildi. AAA hastalarında M694V mutasyonu artrit ile ilişkilidir. Bu hastada ilestomi AAA artritinden farklı bir eklem tutuluşuna neden olmuş gibi görülmektedir.

PB-040

Gut mikrovasküler hastalık için bir risk faktörü müdür?

¹Hasan Ali Tufan, ³Arif Kaya, ³Abdurrahman Tufan,

²Ahmet Murat Hondur, ³Mehmet Engin Tezcan,

³Şeminur Haznedaroğlu, ³Berna Göker, ³Mehmet Akif Öztürk

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Oftalmoloji Anabilim

Dalı, Çanakkale; ²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Oftalmoloji Anabilim

Dalı, ³İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Gutun altta yatan nedeni olan hiperürisemi birçok nedenle gelişebilmektedir. Gut hastalarının %60-75'inde tip 2

diabet, hipertansiyon ve metabolik sendrom gibi eşlik eden metabolik hastalıklar mevcuttur. Gutlu hastalarda eşlik eden hastalıklar ve hiperüriseminin kendisi kardiyovasküler hastalık riskini arttırmaktadır. Hiperüriseminin makrovasküler hastalıklar açısından iyi bilinen bir risk faktörü olmasına rağmen mikrovasküler komplikasyonlar üzerine etkileri şimdiye dek incelenmemiştir. Retina incelemesi mikrovasküler komplikasyonlarla giden hastalıkların tanı ve izleminde önemli bir yöntemdir. Bu çalışmada gut hastalarında retina incelemesi ile mikrovasküler olayların saptanması amaçlanmıştır.

Amaç: Gutlu olan hastalarda olası mikrovasküler değişiklikleri saptamak.

Metodlar: Romatoloji bölümünde gut tanısı ile izlenmekte olan ve ACR kriterlerine göre gut tanısı almış olan hastalar çalışmaya alındı. Her hastanın demografik özellikleri, eşlik eden hastalıkları ve gutla ilgili klinik özellikleri kaydedildi. Hastalara görme keskinliği, göz içi basıncı, biyomikroskopik inceleme ve pupil dilatasyonu sonrası fundus incelemesi yapıldı.

Sonuçlar: Çalışmaya 25 erkek 4 bayan olmak üzere toplam 29 hasta alındı. Hastaların median yaşı 57 (minimum 31, maksimum 79) bulundu. Gut tanısı ile göz muayenesi arasındaki süre 1 ay ile 20 yıl arasında, median 4.7 yıldır. Eşlik eden hastalıklar olarak 4 hastada tip 2 diabet, 10 hastada hipertansiyon, 2 hastada koroner arter hastalığı, bir hastada serebrovasküler olay vardı. Hastalar ortalama 3.5 yıldır ürik asit düşürücü tedavi almaktaydı. Hastalarda en sık görülen oftalmolojik bulgu kronik kırmızı göz oldu. Hastalarda tansiyon okuler, schirmer ve break up time testler normal bulundu. Biyomikroskopik incelemede konjunktival ve episkleral hiperemi görüldü. Hastaların hiç birinde tofus görülmezken bir hastada korneal kristaller izlendi. Hastaların hiç birinde retinal vaskülopati izlenmedi.

Kararlar: Gut hastalarında mevcut çalışmada da gözleendiği gibi makrovasküler komplikasyonlar sık olmakla beraber, hastaların hiç birinde mikrovasküler retinal değişiklikler izlenmemesi hiperüriseminin mikrovasküler hasarla ilişkili olmadığını düşündürmektedir.

PB-041

Dev abdominal kitle ile başvuran ve tedavi sonrası küçülen kronik tofuslu gut vakası

¹Soner Senel, ²Ali Uğur Uslu, ³Şafak Şahin

¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, ²İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sivas; ³Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat

Gerekçe: Gut hastalığı, mono sodyum urat (MSU) monohidrat kristallerinin tetiklediği tekrarlayan artrit atakları ile karakterize metabolik bir hastalıktır. Klinik tablo akut artrit, interkritik gut ve kronik tofuslu gut dönemlerini içerir. Kronik tofuslu gut kliniğinde kulak kepçesi ve eklem periferlerinde tofuslar görülebilmektedir. Bu raporda, abdomende cilt altında dev kitle şeklinde gelen ve tedavi sonrası küçülen kronik tofuslu gut vakası sunulmuştur.

Yöntem: Yaklaşık 30 yıldır gut hastalığı tanısı olan 71 yaşında erkek hasta, sağ ayak bileğinde, sağ dirseğinde, bilateral diz eklemine ve 1. metatarsofalangeal (MTF) eklemine şişliklik, kızarıklık ve hassasiyet şikayeti ile başvurdu. Beraberinde bilateral metakarpofalangeal (MKF), MTF, proksimal interfalangial (PİF) ve distal interfalangial (DİF) eklemlerde, sol ayak lateral malleol üzerinde fistülize olmaya meyilli tofusları ve karın sağ üst kadranda kitlesi mevcuttu. Hikayesinde ilk atağının sağ ayak 1. MTF ekleminde ani gelişen şişlik, kızarıklık ve hassasiyet şeklinde tarifliyordu. Hasta takipleri sırasında kolşisin ve allopurinol tedavisini düzensiz almaktaydı. Hastanın özgeçmişinde nefrolitiazis nedeni ile 3 defa operasyon öyküsü mevcuttu.

Sonuç: Muayenesinde MKF, MTF, PİF ve DİF eklemlerde kronik tofuslar ve karında flüktüasyon veren kitle saptandı. Her iki kulak kepçesinde 0.5 cm çaplı tofus mevcuttu. Hastanın sağ ayak bileğinde, sağ dirseğinde, bilateral diz eklemine ve 1. MTF eklemine şişlik kızarıklık ve hassasiyet vardı Hastanın laboratuvarında ürik asit 16 mg/dl, kreatinin 2.4 mg/dl, sedimentasyon 86 mm/h, CRP 312 mg/l ve beyaz küre 11,010 mm³ olarak saptandı. Hastaya yapılan abdomen yüzeyel ultrasaundda cilt altı kristaloid yerleşimli ekolar içeren 17x15.5 cm çapta kistik alan izlendi. Hastanın eklem aspiratının ve dev abdominal kitleden (Resim) yapılan insizyonel sıvı ponksiyon polarize ışık mikroskopisinde MSU kristalleri saptandı. Hastamızın tedavi sonrası takiplerinde akut artrit kliniği geriledi. Laboratuvarında; ürik asit 6.7 mg/dl, kreatinin 1.4 mg/dl, CRP 15 mg/l ve sedimentasyon 21 mm/h değerlerine geriledi. Tedavi sonrası kontrollerinde abdominal ve tüm diğer tofuslarda gözle görülür yumuşama ve küçülme tespit edildi. Dört ay sonra yapılan abdominal US'de 17x15.5 cm çaplı tofus 13x11.5 cm'e gerilediği tespit edildi.

Tartışma: Gut hastalığının terminal fazı olan kronik tofuslu gut günümüzde giderek azalan sıklıkta karşımıza çıkmaktadır. Bizim olgumuz, akut poliartrit tablosu ile başvuran, iyi takip ve tedavi edilmemiş eklem çevrelerinde çok sayıda iri-dev tofusları ve daha önce hiç bildirilmemiş dev abdominal tofusu olması nedeniyle sunulmuştur. Olgunun dört aylık tedavi sonrası ürik

asit düzeylerinin normale dönmesi sonrasında tofuslerinde gözle görülür küçülme saptanması kayda değer bulunmuştur.

PB-042

Ailesel geçişli kalsiyum pirofosfat artrit tanısı alan kardeş iki olgunun sunumu

¹Soner Senel, ³Ali Uğur Uslu, ²Zekeriya Öztemur

¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, ²Ortopedi Anabilim Dalı, ³İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sivas

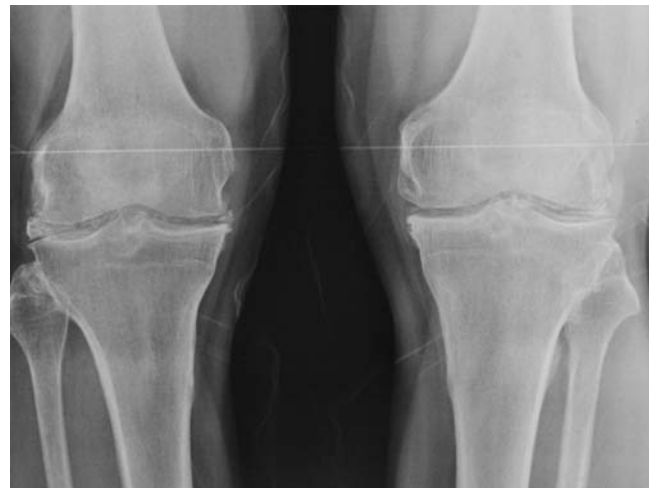
Gerekçe: Kalsiyum pirofosfat dihidrat kristal depolanma hastalığı (CPPD) kristal artropatiler içerisinde ikinci sıklıkla görülür. CPPD akut gut, romatoid artrit, osteoartrit ve nöropatik artropati gibi birçok hastalığın kliniğini taklit edebilir. Hastalık sürecinde kondrokalsinozis ve ileri düzeyde eklem hasarı sıklıkla görülür. Bu raporda, başka merkezde romatoid artrit (RA) tanısıyla takip edilen akut poliartrit atağı ile başvuran ve CPPD tanısı alan, kardeş, iki erkek hasta sunulmuştur.

Yöntem: Birinci vakamız, 4 yıldır RA tanısı ile oral steroid ve metotreksat tedavisi alan akut poliartrit atağı ile başvuran 45 yaşında erkek hastaydı. Hasta ilk defa sağ metakarpofalangeal (MKF) eklemde ağrı ve şişlik şikayeti ile başvurmuş. Özgeçmişinde yaklaşık 20 yıldır şikayetleri mevcuttu. Benzer şikayetler 7 kardeşinin bazılarında da vardı. İkinci vakamız, ilk olgunun kardeşi olup, 41 yaşında erkekti ve 2 yıldır RA nedeni ile düzensiz oral steroid tedavisi almaktaydı. Özgeçmişinde ilk şikayeti 20 yıl önce sağ diz eklemine ağrı ve şişlik semptomları mevcuttu.

Sonuç: Birinci vaka, bilateral diz, ayak bileği, dirsek, sağ MKF eklemde ve belde artrit atağı ve ateş şikayeti ile bize başvurdu. Hastaya bilateral diz (Resim), omuz, pelvis ve el grafilerinde belirgin tipik kondrokalsinozis bulguları gözlemlendi. Hastanın laboratuvar değerlerinde CRP 173 mg/l, sedimentasyon 61 mm/h, beyaz küre 9,900 mm³, ürik asit 2.7 mg/dl olarak saptandı. Hastanın ek-



Resim (PB-041): Ellerde ve karında tofuslar



Resim (PB-042): Her iki dizde kondrokalsinozis bulgusu

lem aspiratının polarize ışık mikroskopunda incelenmesi sonrası romboid kristaller saptandı. Hastadan, ayırıcı tanısı için çalışılan PTH ve troid fonksiyon testleri normal idi. Hastanın 24 saatlik idrarda kalsiyum ve ürik asit düzeyleri normal düzeyde saptandı. Medikal tedavi sonrası sağ diz ağrı ve hareket kısıtlılığı nedeni ile ortopedi ile konsülte edildi artroskopik sinevektomi ve intraartiküler yıkama yapıldı. Artroskopik sinovektominin patolojik incelenmesi sonucu kondrokalsinozis doğrulandı. Medikal ve cerrahi tedavi sonrası semptomatik tedavi sağlandı. İkinci vakamız bire bir kardeşi ile benzer şikayetler ve klinik ile başvurdu. Diz ve el direk grafilerinde belirgin kondrokalsinozis bulguları gözlemlendi. Eklem aspiratının polarize ışık mikroskopunda incelenmesi sonrası kristaloidler gösterildi. Hastaya klorokin 200 mg/gün, kolisişin 1 mg/gün ve NSAİİ tedavisi başlandı.

Tartışma: CPPD kristal depo hastalığı olup özellikle yaşlı bireyleri etkileyen inflamatuvar kristalartropatidir. CPPD’de osteoartrit, pseudoromatoid artrit veya pseudogut atakları şeklinde değişik klinik görünümmler olabilir. Bizim her iki vakamızda RA tanısı almıştı. Bizim her iki vakamızda artrit ataklarının yirmili yaşlarda başlaması, diğer aile fertlerinde de öykünün pozitif olması pseudoromatoid artrit formunda ailesel geçiş gösteren CPPD’yi düşündürmektedir.

PB-043

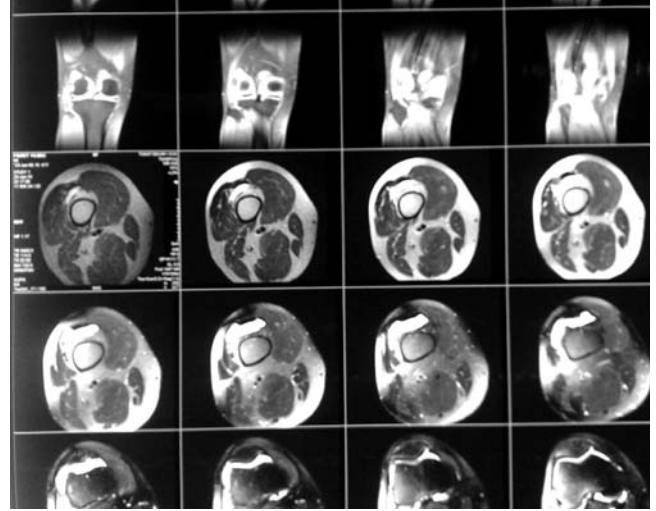
Büyük eklem tutulumu ile tanı alan gut artriti: Olgu sunumu

²Yalçın Erdoğan, ¹Murat Korkmaz, ³Nilsen Yıldırım Erdoğan, ⁴Aylin Okur, ⁵İlhan Günaydin

¹Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, ²Aile Hekimliği Anabilim Dalı, ³Patoloji Anabilim Dalı, ⁴Radyoloji Anabilim Dalı, ⁵İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Yozgat

Giriş: Gut, monosodyum urat kristallerinin sinoviyumda ve yumuşak dokularda birikimi ile karakterize, tipik olarak ayak başparmağını tutan ve sıklıkla orta yaşlı erkek hastalarda görülen inflamatuvar bir artrit tablosudur. Gut artritinin ilk bulgusunu diz eklemi gibi büyük eklemleri tutarak vermesi ise nadir bir durumdur. Biz de burada suprapatellar poş yerleşimli bir gut tofus olgusunu sunmak istedik.

Olgu sunumu: Olgumuz 41 yaşında, 15 gündür sağ dizde ağrı, şişlik ve hareket kısıtlılığı şikayetleri ile polikliniğe baş vuran erkek hastadır. Yapılan direkt grafi, ultrasonografi ve magnetik rezonans görüntüleme tetkiklerinde “suprapatellar yerleşimli benign kitle” saptanması üzerine, hasta bu ön tanı ile operasyona alındı (Resim). Hastanın sağ dizinin suprapatellar bölgesindeki kitleye total eksizyon uygulandı. Kitleye yapılan patolojik incelemede histopatolojik bulguların “gut tofusu” ile uyumlu olması sonucu olguya “gut artriti” tanısı konuldu. Olgunun postoperatif anamnezi derinleştirildiğinde 1 yıl önce sağ metakarpofalangeal eklemlerinde ağrı yakınması olduğu ancak buna yönelik bir teşhis ve tedavisinin bulunmadığı öğrenildi. Postoperatif bakılan kan ürik asit seviyesi normal sınırların üzerinde tespit edildi.



Resim (PB-043): Preoperatif manyetik rezonans görüntüsü

Tartışma: Gut artriti inflamatuvar artritlerin en sık görülen formlarından biridir. Sıklıkla küçük eklemleri tutar ancak olgumuzdaki gibi nadiren ilk atağını büyük eklem tutulumu ile yapabilir. 1 yıl önceki sağ metakarpofalangeal eklemlerindeki ağrının gut artriti ile ilişkilendirilmediği olguda radyolojik görüntüleme tetkiklerinin “benign kitle” yönündeki ön tanısı ve kan ürik asit düzeylerinin ölçülmemesi bu olguda tanının klinik değil cerrahi eksizyon sonrası histopatolojik değerlendirme ile konulmasına neden olmuştur.

Sonuç: Büyük eklem tutulumlu artrit olgularında radyolojik görüntüleme yöntemlerinin kesin tanı koydurucu olmadığı, bu gibi olgularda “gut artriti”nin de ayırıcı tanıları içine alınması ve kanda ürik asit düzeyine bakılması unutulmamalıdır.

PB-044

Anti-TNF kullanan hastalarda tüberküloz sıklığı. Çok merkezli Türkiye deneyimi

¹Büyümin Kısacık, ¹Ahmet Mesut Onat, ²Ömer Nuri Pamuk, ³Burak Erer, ⁴Levent Kılıç, ⁵Sedat Yılmaz, ⁶Mehmet Sayarlıoğlu, ⁶Ayşe Cefle, ⁷Süleyman Özbek, ⁹Ali Berkant Avcı, ¹⁰Gökhan Keser, ³Ahmet Gül

¹Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep; ²Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne; ³İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; ⁴Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ⁵Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ⁶Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli; ⁷Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Adana; ⁸Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Kahramanmaraş; ⁹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı, Antalya; ¹⁰Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Gerekçe: Tümör nekrozis faktör α (TNF- α) inflamatuvar hastalıkların patogeneğinde önemli rolü olan, başta romatoid artrit

ve ankilozan spondilit olmak üzere bir çok hastalığın patogene-
zinde de virtüöz olarak görev yapan bir sitokindir. Son 10 yıldır
anti-TNF ilaçların romatoid artrit (RA) ve ankilozan spondilit
(AS) tedavilerinde başarılı ve yoğun kullanılmaları ile birlikte,
tüberküloz (tbc) dahil ikincil sorunlar da görülmeye başlanmıştır.
Bu ilaçları kullanan hastalarda tbc'nin ne kadar sıklıkla ge-
liştiğine dair yayınlar bulunmakla birlikte eldeki veriler kısıtlı-
dır. Ülkemizde tbc'nin endemik olması ve halen kendi verileri-
mizin kesin bir biçimde bilinmemesi nedeniyle bu çalışmamız-
da anti-TNF tedavi kullanan ve tbc gelişen hastaların demogra-
fik özelliklerini sunmayı amaçladık.

Yöntem: 10 romatoloji merkezinden toplam 5,878 hasta çalış-
maya alındı. Bu hastalar içerisinde 2,235 hasta infliximab, 2,305
hasta etanercept ve 1,338 hasta adalimumab kullanmaktaydı.
Hastaların yaş, cinsiyet, hastalık süreleri, tanı gecikmeleri, be-
raberinde kullandıkları ilaçlar ve tüberküloz gelişimi sonrası
durumları kaydedildi.

Sonuçlar: Tbc gelişen 21 hasta AS, 16 hasta RA ve 2 hasta da
psöriatik artrit. Çalışmaya alınan 5878 hastadan 39 hastada
(%0.66) tbc geliştiği saptandı. Anti-TNF kullanan hastalar kul-
landığı ilaçlara göre ayrıldığında; infliximab kullanan 21/2,235
hasta (%0.93), etanercept kullanan 8/2,305 hastada (%0.34) ve
adalimumab kullanan 10/1,338 hastada (%0.74) tbc geliştiği
saptandı. Tablo'da çalışma grubunun demografik özellikleri
gösterilmiştir. Otuzdokuz olgunun %79.5'inde (31 hasta) akci-
ğer ve %20.5'inde (8 hasta) extrapulmoner tbc (4 tbc lenfadeni-
t, 1 hasta mesane, 1 hasta periton, 1 hasta endometrium, 1
hasta eklem tbc) saptandı. Beş hasta (%12.8) tbc nedeniyle kay-
bedildi. Tbc gelişen 5 hastaya da, 12 ay tbc tedavisi aldıktan
sonra yeniden anti-TNF başlandı ve takiplerinde herhangi bir
sorun olmadı. Anti-TNF başlangıcı ile tbc arasında geçen süre-
ler infliximab grubunda 19.8±18.2 ay, etanercept grubunda
13±12.3 ay, adalimumab grubunda 13.7±11.1 ay olarak hesap-
landı.

Tartışma: Tüberkülozun endemik olduğu ülkemizde anti
TNF kullanan hastalar arasında tbc gelişim sıklığı %0.66 olarak
saptandı. İngiliz romatoloji cemiyetinin veri tabanı verilerinde
tbc 27/14096 (%0.19) oranında saptanmış olup, en son kullani-
lan anti-TNF olarak bizimle benzer sıralama söz konusuydu.
Fransız kayıt sisteminde bildirilen 69 vaka arasındaki en son kul-
lanılan ilaç sıralaması da bizim sıralamamızla benzerlik gösteri-
yordu.

Tablo (PB-044):

	Toplam n=5878	Etanercept n=2305	Infliximab n=2235	Adalimumab n=1338
Tbc gelişen hasta	39 (%0.66)	8 (%0.34)	21 (%0.93)	10 (%0.74)
Cinsiyet (erkek/kadın)	18/21	2/6	12/9	4/6
Yaş (yıl)	45.1±13.1	43.6±11.2	53.1±12.8	38±16.9
Tbc hastalarının tanısı (AS/RA/PsA)	21/16/2	3/4/1	15/6/0	3/6/1

PB-045

Düşük-orta hastalık aktivitesine sahip romatoid artritli hastalarda hastalığın seyrini değiştiren antiromatizmal ilaçlara yetersiz yanıt sonrası sertolizumab pegolün etkinliği ve güvenilirliği: Faz IIB CERTAIN çalışmasının sonuçları

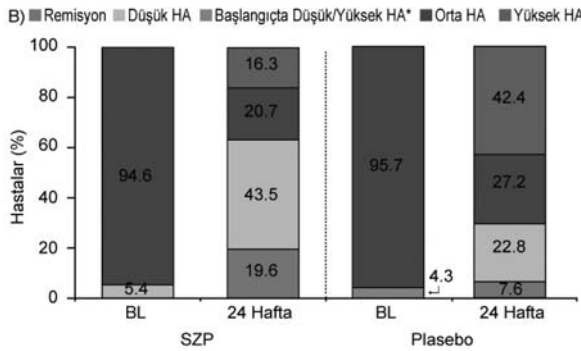
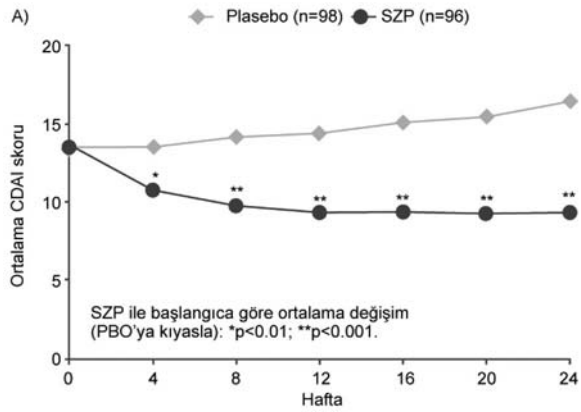
¹Josef Smolen, ²Paul Emery, ³Gianfranco Ferraccioli,
⁴Włodzimierz Samborski, ⁵Francis Berenbaum, ⁶Owen Davies,
⁶Johann Ambrugeath, ⁷Barbara Bennett, ⁸Herald Burkhards,
⁹Bülent Yıldırım

¹Medical Univ of Vienna, Avusturya; ²Univ of Leeds, İngiltere; ³Catho-
lic Univ of Sacred Heart, Rome, İtalya; ⁴K. Marcinkowski Univ Sch of
Med Sci, Poznan, Polonya; ⁵Ap-hp St-Antoine Hospital, Paris, Fransa;
⁶Ucb, Belçika, ⁷UCB, Amerika; ⁸Johan Wolfgang Goethe Univ, Frank-
furt am Main, Almanya; ⁹UCB, Türkiye

Gerekçe: Anti-TNF'ler ile tedavinin düşük-orta hastalık akti-
vitesine (HA) sahip RA hastalarında terapötik yarar sağlayıp
sağlayamadığını bilme gereksinimi vardır. Bu çalışmada HA dü-
şük-orta olan hastalarda biyolojik olmayan hastalığın seyrini de-
ğiştirici antiromatizmal ilaçlar (HSDAİ) ile sertolizumab pegol
(SZP) kombinasyonu değerlendirilmiştir.

Yöntem: CERTAIN (RA tedavisinde sertolizumab pegol: HA dü-
şük hastalarda remisyon indüksiyonu ve idamesi) çalışması düşük-
orta HA'ne sahip hastalarda tasarlanmıştır (Klinik HA İndeksi-
CDAI >6 ve ≤16) (NCT00674362). Hastalar mevcut HSDAİ'lara
ek SZP (0, 2 ve 4. hafta 400 mg, ardından 2 haftada bir 200 mg)
veya plasebo (PBO) almak üzere 1:1 randomize edilmiştir. Birincil
etkinlik analizi hem 20. hem de 24. haftada CDAI remisyonu yüz-
desiydi. Diğer analizler DAS28 ve Basileştirilmiş HA İndeksi
(SDAI) remisyonu, ACR20/50/70 yanıtları ve 24.haftada Sağlık
Değerlendirme Anketi-Özürülük İndeksi (SDA-Öİ)'nde başlan-
gıca göre değişim ve güvenilirlik değerlendirmelerini içermiştir.
CDAI/SDAI/DAS28 remisyonu ve ACR yanıtları NRI (cevapsız-
lara dayanarak), SDA-Öİ ise LOCF (son gözlemin ileri taşınma-
sı) analizi ile değerlendirilmiştir. 20. ve 24. haftalarda CDAI re-
misyonuna (≤2.8) ulaşan hastalar SZP'yi bırakmış ve 52. haftaya
kadar izlenmiştir. Burada 24. haftaya ait verileri bildirmektediriz.

Sonuçlar: 194 hasta randomize edilmiştir (SZP:96, PBO: 98;
ortalama (ort.) yaş 54, hassas eklem sayısı 3.8, şiş eklem sayısı,
3.3, CRP 7.9 mg/L). Ort. RA süresi SZP; 4.5 yıl, PBO; 4.7 yıl-
dı. SZP ve PBO'nun ort. başlangıç skorları CDAI (13.5 ve 13.3),
SDA-Öİ (1.1 ve 1.0) ve DAS28 (4.50 ve 4.47) için benzerdi. Baş-
langıçta, hastaların >%90'ında HA orta düzeydeydi. 20. ve 24.
haftalarda CDAI remisyonuna ulaşan SZP hastalarının sayısı
PBO'dan >2 kat daha fazlaydı (%18.8 ve %7.1, p<0.05). DAS28
(%19.8 ve %3.1, p<0.01) ve SDAI remisyonuna (%14.6 ve
%4.1, p<0.05) ulaşan SZP hastaları daha fazlaydı. Ort. CDAI,
SZP hastalarında 9.4'e iyileşme gösterirken PBO hastalarında
16.5'e kötüleşme gösterdi (değişim: -4.2 ve 2.71, p<0.001; Şekil
A). 24. haftada, daha fazla SZP hastasında CDAI remisyonu/dü-
şük HA (%63.1 ve %30.4, p<0.001) ve daha az SZP hastasında
orta/yüksek HA (%37 ve %69.6, Şekil B) görülmüştür. Başlan-
gıçta ort. eklem sayısı düşük olmasına karşın 24. haftada ACR
yanıtları SZP alanlarda daha yüksekti (ACR20: %36.5 ve %16.3,
p<0.01; ACR50: %20.8 ve %8.2, p<0.05; ACR70: %9.4 ve



*Körlemenin bozulmasına yönelik yüksek risk nedeniyle, başlangıçta düşük ve yüksek hastalık aktivitesine ait sonuçlar gösterilmemiştir.

Şekil (PB-045): (A) 24. haftaya kadar CDAS skorları ve **(B)** başlangıçta (BL) ve 24. haftada CDAS (LOCF)

%3.1, $p=AD$). SZP hastalarında SDA-Öİ iyileşmeleri 24. haftada daha fazlaydı (ort. değişim: -0.25 ve -0.06 , $p<0.01$). SZP iyi tolere edilmiştir ve SZP ile PBO arasında advers olay (AO) ve ciddi AO oranları benzerdir (%66.7 ve %66.3; %4.2 ve %4.1).

Tartışma: Uzun süreli düşük-orta HA'ne sahip RA hastalarında biyolojik olmayan HSDA'lara SZP eklenmesi remisyon ve düşük HA oranlarını yükseltmiş ve yüksek HA'ne progresyonu inhibe etmiştir.

Tablo (PB-046): 12. haftadaki etkinlik sonuçları, SZP'ye karşı kontrol

Grup (n: SZP'ye karşı kontrol)	ACR20, yanıt %'si	ACR50, yanıt %'si	ACR70, yanıt %'si	DAS28(CRP)'de başlangıça göre en küçük kare (LS) ortalama değişim	SDA-Öİ'de başlangıça göre LS ortalama değişim
Toplam (n:851 ve 212)	51.1** ve 25.9	26.6*** ve 9.9	13.0*** ve 2.8	-1.64*** ve -0.79	-0.43*** ve -0.21
TNFi kullanana ^a (n:320 ve 80)	47.2* ve 27.5	21.6 ve 11.3	9.1 ve 3.8	-1.64 ve -1.01	-0.37 ve -0.27
TNFi kullanmayana ^a (n:531 ve 132)	53.5** ve 25.0	29.6 ve 9.1	15.4 ve 2.3	-1.73 ve -0.74	-0.45 ve -0.16
Monoterapi ^b (n:168 ve 48)	47.6 ve 20.8	23.8 ve 12.5	9.5 ve 2.1	-1.65 ve -0.85	-0.47 ve -0.19
1 DMARD ^b (n:574 ve 144)	51.9 ve 27.8	26.7 ve 9.0	14.3 ve 2.8	-1.64 ve -0.76	-0.42 ve -0.22
≥2 DMARD ^b (n:109 ve 20)	52.3 ve 25.0	30.3 ve 10.0	11.9 ve 5.0	-1.47 ve -0.69	-0.41 ve -0.21

*Birincil son nokta: SZP'ye karşı kontrol, $p<0.001$; **ikincil son nokta: SZP'ye karşı kontrol, $p<0.001$; *ikincil son nokta: SZP'ye karşı kontrol, $p<0.01$. aACR20/50/70 yanıtları için etkileşimler anlamlı değildi; DAS28 ve SDA-Öİ için etkileşimler anlamlıydı; bTüm klinik yanıtlar için etkileşimler anlamlı değildi. #Birincil analiz; *ikincil analizler; *Post-hoc analizler. Alt gruplar arasında tedavi etkisi bakımından farklar etkileşimlere bakılarak %10 anlamlılık düzeyinde analiz edilmiştir. p değerleri sadece, önceden belirlenmiş analizlerde kontrol ile SZP arasında farklar için bildirilmektedir; etkileşimler ise gruplar arasında etkinliğin tutarlılığını test etmek amacıyla alt grup analizleri için bildirilmiştir. ACR yanıtları NRI (cevapsızlara dayanarak) ile DAS28 ve SDA-Öİ ise LOCF (son gözlemin ileri taşınması) analizi ile belirlenmiştir.

PB-046

Daha önce TNF inhibitörü kullanan veya kullanmayan aktif romatoid artritli hastalarda monoterapi olarak veya eş zamanlı hastalığın seyrini değiştirici antiromatizmal ilaçlar ile birlikte sertolizumab pegol: 12 haftalık faz IIIB randomize, kontrollü REALISTIC çalışmasının analizleri

¹Michael Weinblatt, ²Roy Fleischmann, ³Ronald Van Vollenhoven, ⁴Paul Emery, ⁵Tom Huizinga, ⁶Ruth Goldermann, ⁷Benjamin Duncan, ⁸Owen Davies, ⁹Maxime Dougados, ¹⁰Bülent Yıldırım

¹Brigham & Women's Hosp, Boston, ²Mcrc, Univ. of Texas, Amerika; ³Karolinska Institute, İsveç; ⁴Univ of Leeds, İngiltere; ⁵Leiden Univ. Med Centre, Hollanda; ⁶UCB, Almanya; ⁷UCB, Amerika; ⁸UCB, Belçika; ⁹Rene Descartes Univ, Fransa; ¹⁰UCB, Türkiye

Gereke: REALISTIC (TNF İnhibitörü Sertolizumab Pegol (SZP) alan Hastalarda RA Değerlendirmesi) adlı 12 haftalık faz IIIB çalışmasında SZP aktif RA'lı geniş bir hasta popülasyonunda hızlı tutarlı klinik yanıt sağlamış ve yeni güvenlik sorunlarına dair bulgu sergilememiştir (Weinblatt M, et al. A&R 2010; 62, s10: S752-3). Bu çalışmada, daha önce TNF inhibitörü (TNFi) kullanan veya kullanmayan hasta alt gruplarında monoterapi veya hastalığın seyrini değiştirici antiromatizmal ilaçlar (HSDAİ) ile eş zamanlı SZP alımı araştırılmıştır.

Yöntem: REALISTIC (NCT00717236) çalışmasında, 1 veya daha fazla HSDAİ'a yetersiz yanıt veren aktif RA'lı hastalar 0, 2 ve 4. haftalarda 400 mg SZP ve ardından 2 haftada bir 200 mg SZP ya da aldıkları tedaviye ek olarak 2 haftada bir plasebo enjeksiyonu (kontrol) almak üzere 4:1 oranında randomize edilmiştir. Birincil sonuç 12. haftadaki ACR20 yanıtı idi. Randomizasyonda önce TNFi, eş zamanlı metotreksat (MTX) kullanımı ve hastalık süresine (>2 yıl veya 2 yıl 4) göre sınıflama yapılmıştır. Alt gruplar arasında tedavi etkisi bakımından farklar etkileşimlere bakılarak (tedavi ile eş değişken) %10 anlamlılık düzeyinde incelenmiştir.

Sonuçlar: 1063 hastadan (SZP=851; kontrol=212), %37.6'sı daha önce TNFi kullanmış ve %20.3'ü (n=216) başlangıçta SZP monoterapisi almıştı. Başlangıçta ortalama Sağlık Değerlendir-

me Anketi-Özürölülük İndeksi (SDA-Öİ) ve DAS28(CRP) skorları SZP grubunda 1.50 ve 5.71 kontrol grubunda 1.61 ve 5.71'di. Başlangıçtaki yaş, hastalık süresi, SDA-Öİ ve DAS28 bakımından alt gruplar tüm grup ile benzerdi. Birincil sonuç anlamlıydı (12. haftada ACR20, SZP ve kontrol için sırasıyla %51.1 ve %25.9); 2. haftada yapılan ilk değerlendirmede anlamlı farklar kaydedilmişti (%31.8'e karşı %8.5; p<0.001). 12. haftada tüm klinik sonuçlar anlamlıydı (Tablo). Alt gruplarda yanıtlar benzerdi. 12. haftada ACR20 yanıtları TNFi kullanan ve kullanmayan SZP hastalarında kontrolden anlamlı farklıydı. ACR20/50/70 yanıtları da alt gruplarda benzerdi ancak TNFi kullanan hastalarda kullanan hastalara göre sayısal eğilim olmasına karşın anlamlı değildi. Alt gruplarda DAS28 ve SDA-Öİ iyileşmeleri benzer; daha önce TNFi kullanımı ile tedavi için etkileşimler anlamlıydı. 12. haftada ACR20 yanıtları etkisizlik veya toleranssızlık nedeniyle önceki TNFi'ni bırakan SZP hastalarında (%49.7'ye karşı %52.6) önceki TNFi sayısından bağımsız olarak (1'e karşı 2: %46.7'ye karşı %48.3) ve monoterapi veya kombine HSDAİ alan hastalarda (%47.6'ya karşı %52.0) eş zamanlı HSDAİ'ların tipinden (MTX: %52.2; leflunomid: %55.1; sulfasalazin: %56.9) veya sayısından bağımsız olarak benzerdi. SZP ve kontrol gruplarında toplam advers olay (AO) ve ciddi AO oranları birbirine yakındı.

Tartışma: Bu 12 haftalık çalışmada, monoterapi veya eş zamanlı HSDAİ'larla birlikte SZP tedavisi daha önce TNFi kullanan veya kullanmayan geniş bir RA'lı hasta grubunda hızlı ve tutarlı klinik yanıtlar sağlamış ve fiziksel fonksiyonu iyileştirmiştir.

PB-047

Romatolojik hastalıklarda siklofosfamid kullanımı

¹Ali Berkant Avcı, ¹M. Yener Akpınar, ²Veli Yazısız, ¹Ender Terzioğlu

¹Akdeniz Üniversitesi, Antalya; ²Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Gerekçe: Siklofosfamid DNA'yı alkileyerek hücrelerin bölünmesini engelleyen ve ölümlerine yol açan bir ajandır. Bu ilaç hem hücrel hem de humoral immün yanıtı baskılayarak güçlü bir immünsüpresif özellik göstermekte olup bu özelliğinden romatolojik hastalıkların tedavisinde sıkça yararlanılmaktadır. Biz bu çalışmada Akdeniz Üniversitesi İç Hastalıkları Romatoloji Bölümünde siklofosfamid tedavisi almış hastaların verilerini derleyerek tanımlarını, tedaviye yanıt oranlarını ve ilaca bağlı yan etkileri ortaya koymayı hedefledik.

Yöntem: 2000-2011 yılları arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Romatoloji Bölümünde siklofosfamid tedavisi almış hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Siklofosfamid tedavisine yanıt, sistemik lupus eritematozus (SLE) hastalarında tam yanıt veya parsiyel yanıt, vaskülit olanlarda vaskülitte ait organ tutulumlarında radyolojik veya fonksiyonel klinik anlamlı düzelme, skleroderma akciğer tutulumu hastalarında stabil hastalık veya hastalıkta düzelme ve Behçet

hastalarında vasküler veya parankimal tutulumda radyolojik veya klinik düzelme olarak değerlendirildi.

Sonuçlar: Siklofosfamid tedavisi almış toplam 63 hastanın dosyası incelendi. Hastaların 16 tanesi SLE, 17 tanesi vaskülit, 15 tanesi skleroderma, 15 tanesi Behçet hastasıydı. Siklofosfamid tedavisine hastaların yanıt verme oranları Behçet'te %60, lupus nefritinde %93, Wegener granülomatozu olanlarda %67, diğer vaskülitli olan hastalarda %88 ve skleroderma akciğer tutulumunda %87 idi (Tablo). Yan etki olarak bulantı, lökopeni ve karaciğer enzim yüksekliği, ciddi yan etkiler olarak hemorajik sistit, osteomyelit ve pnömoni izlendi.

Tablo (PB-047): Siklofosfamid kullanan hastanın tanıları, tedaviye yanıt ve yan etki oranları

Tanı	Hasta sayısı	Yanıt	Yan etki %	Ciddi yan etki %
Nörobeçet	7	%71	%29	%14
Behçet vasküler tutulum	8	%50	%25	%25
Skleroderma akciğer tutulumu	15	%87	%20	%7
Wegener granülomatozu	9	%67	%33	%22
Diğer vaskülitler	8	%88	%14	%14
Lupus nefriti	14	%93	%14	%7
Lupus akciğer tutulumu	2	%100	yok	yok

Tartışma: Siklofosfamid steroidlerle birlikte birçok romatolojik hastalığın organ tutulumu ile seyreden formlarında geçerliliğini koruyan etkin bir tedavidir. Vaskülitler, Behçet hastalığı, lupus nefriti, skleroderma akciğer tutulumu gibi romatolojik hastalıklarda yeni tedavilerin etkinliği siklofosfamidle karşılaştırılarak değerlendirilmektedir ve siklofosfamid bu alanda transplantasyon immünolojisi ve onkoloji deneyimlerinden kazanılan yeni ilaçlarla karşılaştırıldığında hem yanıt hem de toksisite olarak yeni ilaçların birçoğu ile benzer özellikler taşımaktadır. Bizim verilerimiz hem etkinlik hem de yan etki olarak literatürdeki oranlara benzerlikler sergilemekte ve siklofosfamidin aradan geçen yıllara ve yeni gelişmelere rağmen halen romatoloji pratiğindeki önemine işaret etmektedir.

PB-048

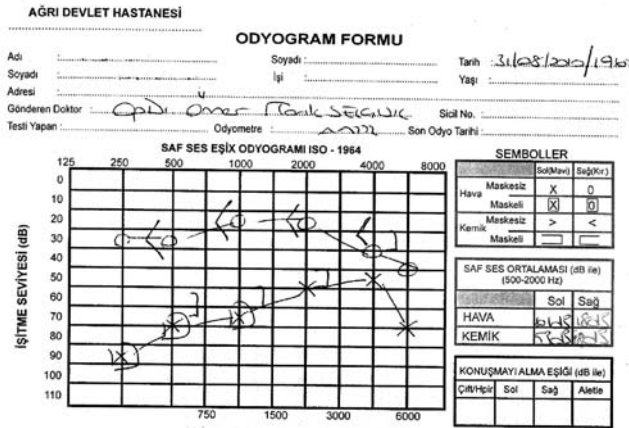
Etopenamata bağılı ani işitme kaybı gelişen olgu sunumu eşliğinde nonsteroid antiinflatuvar ilaçların işitme kaybı yapıcı etkileri

¹Şule Şahin Onat, ¹Ömer Tarık Selçuk, ²Sibel Ünsal Delialioğlu, ³Demet Uçar, ⁴Burcu Karaca

¹Ağrı Devlet Hastanesi, Ağrı; ²Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara; ³Diyarbakır Devlet Hastanesi, Diyarbakır; ⁴Biga Devlet Hastanesi, Çanakkale

Gelişmiş ülkelerde romatizmal hastalıkların giderek artan yaygınlığı ve artan yaşam beklentisi nonsteroidal antiinflatuvar ilaçların reçetelenmesinde ciddi bir artışa yol açmıştır. Bu ilaçların gastrointestinal sistem, karaciğer, böbrek, kalp ve damar sistemi, cilt gibi organlardaki yan etkileri daha sıklıkla bilinme-

sine rağmen işitme kaybı yapıcı etkileri çok bilinmemektedir. 55 yaşında bayan hasta lomber diskopati nedeniyle intramüsküler uygulanan etofenamatın ikinci dozundan sonra sağ kulağında ani gelişen çınlama ve işitme kaybı şikayetleri ile başvurdu. Odyogram tetkikinde sağ kulakta orta-ileri derecede sensorörial işitme kaybı tespit edilirken 1 mg/kg/gün prednizon, Pirasetam (Nootropil) ve dextran tedavisi uygulandıktan sonra altıncı ay sonra yapılan odyogramında işitme kaybının devam ettiği gözlemlendi. Ani sensorörial işitme kaybı yapan nedenler arasında aspirin, naproksen, piroksikam, ketorolak, indometazin gösterilmiş olan non-steroid antiinflatuvar ilaçlar olarak literatürde yer almaktadır. Bu ajanların yaptığı lokalize ilaç birikimi ve antiprostoglandin aktiviteleri aracılığı ile PGE2 ve PGI2 gibi vazodilatör prostoglandinlerin üretiminin inhibisyonunun ve kulak mikrovaskularitesinde yaptığı vazokonstriksiyona sekonder kokleadaki kan akımının azalmasının, kokleanın dış saçlı hücrelerinin ve stereosilyaların eğilme hareketlerinin hasarlanmasının da vakamızdaki etofenamatın ototoksitesini açıkladığı kanaatindeyiz. Sonuç olarak literatürde etofenamatın ani işitme kaybı yaptığına dair bir bilgiye ulaşamamamıza rağmen klinikte oldukça sık kullandığımız için ve diğer nonsteroid antiinflatuvar ilaçların da işitme kaybı yan etkilerine dikkat çekmek için bu olguya yer verdik.



Resim (PB-048): Hastanın odyogramı

PB-049

Topikal etofenamat kullanımına bağlı allerjik kontakt dermatit olgusu

¹Şule Şahin Onat, ²Sibel Ünsal Delialioğlu, ³Demet Uçar

¹Ağrı Devlet Hastanesi, Ağrı; ²Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara; ³Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Diyarbakır

Topikal kullanılan nonsteroid antiinflatuvar ajanlarda en sık görülen cilt reaksiyonu allerjik kontakt dermatittir. Allerjik kontakt dermatitte allerjen madde ile ilk temas sonrası organizmada bu allerjene karşı duyarlılık gelişmesi ve duyarlanmış kişilerde ay-

nı madde ile ikinci veya daha sonraki temaslardan 24-48 saat sonra ortaya çıkan gecikmiş tip (IV) aşırı duyarlılık reaksiyonu söz konusudur. 34 yaşında bayan hasta servikal diskopati nedeniyle kullanılan etofenamat spreyden sonra boynun sağ yan tarafında deri seviyesinde tabanı eritemli, üzerinde yer yer squamaların olduğu plak tarzı yaygın makülopapüler lezyon, lezyona eşlik eden şişlik ve yoğun kaşıntı şikayeti ile başvurdu. Allerjik kontakt dermatit düşünüldü ve Patch (yama) testiyle allerjenin etofenamat sprey olduğu teyit edildi. Mevcut ilaç kullanımını kesip, kortikosteroidli krem ve oral antihistaminik ilaç tedavisinden sonra hastanın yoğun kaşıntı, batma, yanma şikayetleri rahatladı, üç gün içerisinde lezyonlar geriledi. Allerjik kontakt dermatit önceden herhangi bir allerjen maddenin teması ile duyarlanmış deriye aynı maddenin tekrar temas etmesi ile ortaya çıkan immünolojik bir reaksiyondur Akut irritan kontakt dermatit ise deriye dışardan temas eden bir takım irritan maddelerin oluşturduğu lokal inflamatuvar ve immünolojik olmayan bir reaksiyondur. Her ikisi de epidermiste intertisyal ödeme neden olurken patofizyolojilerinin farklı olması ayırıcı tanıda yardımcı olmaktadır. Allerjik kontakt dermatit, akut irritan kontakt dermatit dışında fotoallerjik kontakt dermatit, eksfoliatif dermatit, anjioödem topikal etofenamat kullanımına bağlı bildirilmiş yan etkilerdir. Sonuç olarak klinikte çok sık kullandığımız topikal ilaçların yaptığı cilt lezyonları yakından takip edilmelidir. Klinik tablolar benzer olsa da tanılarının ve tedavilerinin farklı olabileceği unutulmamalıdır. Bu sunudaki amacımız da etofenamatın lokal kullanımında olabilecek cilt reaksiyonlarına dikkat çekmektir.



Resim (PB-049): Hastanın boynunun sağ tarafındaki lezyon

PB-050

Naproksen kullanımı sonrasında periorbital ödem ve vücutta yaygın ödemle gelen vaka sunumu

Şule Şahin Onat

Ağrı Devlet Hastanesi, Ağrı

Non steroidal antiinflatuvar ilaçlarla (NSAİİ) oluşan ürtiker, anjioödem gibi hipersensitif reaksiyonların prevalansı %0.1-0.3 arasında değişmektedir. Periorbital ödem anjioödem en yaygın klinik presentasyonudur ve hastaların üçte birinde üst solu-

num sisteminde ödem, rinore, öksürük, nefes alamamakla birlikte cilt bulgularının da olduğu miks bir klinik tablo olarak karşımıza çıkmaktadır. 62 yaşında bayan hasta osteoartrit nedeniyle kullandığı naproksenden sonra periorbital ödem ve solunum sıkıntısı şikayetiyle başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde tansiyonu 140/80 mmHg, çok yoğun periorbital ödemi, her iki akciğer bazallerinde bilateral ralleri ve ++ pretibial ödemi vardı. Laboratuvar incelemesinde herhangi bir anormallik saptanmadı. Çekilen akciğer filminde kardiyotorasik oranı artmış, bilateral retiküler lineer yer yer konsolide görünümü vardı. EKG'sinde herhangi bir anormallik saptanmazken yapılan transtorasik eko-kardiyografisinde EF %45-50 ve posterior duvar arkasında 0.8 cm perikardiyal effüzyon gözlemlendi. Hastada naproksene bağlı hipersensitivite reaksiyonu düşünülüp intravenöz (iv) 40 mg metilprednizolon ve feniramin maleat yapıldı fakat hastanın kliniğinde rahatlama olmaması üzerine iv 40 mg furosemid yapıldı. Günlük 20 mg iv furosemid ile devam edildip 1800 mg/gün ibuprofen başlandı. Bu tedaviden sonra önce solunum sıkıntısı, sonra da günler içinde periorbital ödemi azaldı. Prostaglandin sentezini inhibe ederek mast hücrelerin stabilizasyonunun bozulması ve histamin gibi vazodilatör aminlerin salınımı ile ortaya çıkan hipersensitivite reaksiyonlarının tüm NSAİİ'lerle olabileceği bilinmektedir. Yine NSAİİ'ler böbrekte vazodilatör etkili olan PGE2 ve PGI2 sentezini inhibe ederek renal kan akımını, renin salgılanmasını, glomerül filtrasyon hızını azaltarak, su ve tuz atılımını azaltıp retansiyona neden olurlar. Bronkodilatör etkili prostoglandin sentezini inhibe ettikleri için de bronkospazma yol açabilirler. Periorbital ödem daha çok ilaç allerjisi durumunda, pretibial ödem ise sodyum ve tuz retansiyonuna bağlı olmaktadır. Solunum sıkıntısı NSAİİ'lerin yaptığı allerjik reaksiyonda akciğerlerde bronkospazm yaparak ya da sodyum ve tuz retansiyonuyla bronkospazm yapmadan da akciğerde konsolidasyon yaparak da oluşmaktadır. Perikardiyal effüzyonun ise daha çok sodyum ve tuz retansiyonuna bağlı olduğu düşünülmektedir. Hasta naproksen kullanımından sonra ortaya çıkan periorbital ödem, pretibial ödem, perikardiyal effüzyon, akciğerlerde konsolidasyon kliniği ile NSAİİ allerjisi olarak değerlendirildi. Ancak steroid uygulamasıyla semptomların azal-



Resim (PB-050): Tedaviden önceki periorbital ödem

mamasına rağmen diüretik tedavisi ile dramatik düzelme olmasından dolayı NSAİİ allerjisinden çok kliniğin NSAİİ'lere bağlı böbrekten sodyum ve su retansiyonuyla tüm vücutta yaygın ödeme bağlı olduğu düşünüldü. Bizim vakamızda da klinik değerlendirmeye naproksenin yol açtığı etiyolojiyi çok netleştirememize rağmen tedaviden tanıya ulaşılmış olduk.

PB-051

Gaziantep Erken Artrit Çalışması (GREAT) aile hekimi eğitim programı sonuçları

Bünyamin Kısacık, Ahmet Mesut Onat, Yavuz Pehlivan

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

Gerekeçe: Romatoid artrit (RA) kalıcı eklem ve kemik hasarına yol açan inflamatuvar bir hastalıktır. RA tedavisinde son yıllarda büyük gelişmeler yaşanmaktadır. Ancak tüm gelişmelere rağmen ortak görüş erken tanı ve tedavinin en önemli köşe taşı olduğudur. Bir çok ülkede erken artrit kliniklerinin en büyük kuruluş amacı da budur. Erken artrit kliniği işleyişinde aile hekimleri büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmamızda Gaziantep Erken Artrit çalışması (GREAT) ile ulaşılan 268 aile hekimi (AH) ile romatoloji alanında günlük pratik bilgileri ve hasta çeşitliliği konusunda yapılan anketin sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Yöntem: Gaziantep'te halen 400 aile hekimi çalışmaktadır. Bu grup içerisinde 268 AH erken artrit ve erken spondilit eğitim programımıza katıldı. Şubat- Nisan tarihleri arasında 40-50 kişilik gruplar halinde eğitim toplantılar yapıldı. Toplantı başlamadan önce AH' lerine anket yapıldı. Bu ankette romatoloji hakkındaki bilgi seviyeleri, tıp fakültesinde romatoloji eğitimi alıp almadıkları, daha önce romatoid artrit ve ankilozan spondilit tanısı koyup koymadıkları, günlük pratiklerinde baktıkları hasta sayıları ve günlük pratikte steroid kullanıp kullanmadıkları soruldu.

Sonuçlar: 268 aile hekiminin %73'ü fakültesinde romatoloji eğitimi almıştı, %65 kadarı romatolojik hastalıklar hakkındaki bilgilerini orta düzeyde bulurken, %30 AH düşük seviyede olduğunu belirtti. Günlük pratikte gördükleri hastaların %25 kadarında romatolojik semptomlar mevcuttu, %57 aile hekimi romatoid artrit tanısı koymuşken, %28 AH ankilozan spondilit tanısı koymuştu. Romatolojik hastalık deyince %56 AH'nin aklına ilk olarak romatoid artrit gelmekteydi. %43 AH günlük pratiklerinde steroid kullanmakta olup, steroid kullananlar içerisinde %95 aile hekimi <10 mg dozda steroid kullanmaktaydı.

Tartışma: AH'lerinin günlük pratiklerinde karşılaştıkları romatolojik vakalar azımsanmayacak kadar çoktur. Hem erken artrit klinikleri hem de romatoloji pratiğinde AH lerinin romatoloji hakkındaki bilgi ve becerileri büyük önem taşımaktadır. Bizim bölgemizdeki AH'lerinin romatolojik hastalıklar konusundaki bilgileri %95 orta ve alt seviyede idi. Bu yüzden romatolojik vakalarda tanı gecikmesinin önlenmesi için aile hekimlerine yönelik eğitim programları büyük önem taşımaktadır.

PB-052

Brucella artrit ve anti CCP pozitifliği

¹Bünyamin Kısacık, ²Musa Aydın, ¹Yavuz Pehlivan, ²Muhammed Sait Dağ, ³Kenan Uğurlu, ³Özge Kaya Mercan, ⁴Mehmet Sayarlıoğlu, ¹Ahmet Mesut Onat

¹Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, ²Gastroenteroloji Bilim Dalı, ³25 Aralık Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Gaziantep; ⁴Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Kahramanmaraş

Gerekçe: Brucella dünyada en yaygın zoonotik hastalıktır. Romatolojik hastalıklar, nörolojik hastalıklar ve diğer enfeksiyöz hastalıklarla benzer bulgular sergileyebilirler. Romatolojik semptomlardan artralji, artrit, sakroileit, inflamatuvar bel ağrısı gibi bulgular yapabilir. Ayrıca romatolojik hastalıkları düşündüren akut faz testlerinde yükseklik ve romatoid faktör pozitifliği yapabilir. Bu çalışmamız da romatolojik semptomlarla gelen ancak brucella tanısı alan hastalarımızı sunmayı ve bu hastalardaki Anti-siklikstrüline peptid (Anti-ccp) ve romatoid faktör (RF) testlerini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya romatolojik semptomları olan 113 brucella hastası (erkek/kadın:37/76), kontrol grubu olarak 63 kronik hepatit B hastası (HBV), 59 kronik hepatit C (HCV) hastası, 46 romatoid artrit (RA) hastası ve 49 sağlıklı kontrol alındı. Brucella tanısı standart tüp aglütinasyon testi ≥ 160 ile konuldu.

Sonuçlar: Brucella, HCV, HBV, RA ve sağlıklı kontrol grubunun yaş ortalaması sırasıyla 32.2 ± 10.1 , 34.2 ± 8.2 , 35.1 ± 9.5 , 46.6 ± 11.1 , 33.1 ± 7.6 olarak saptandı. 113 brucella hastasındaki romatolojik bulgular; 74 hasta da artrit (23 monoartrit, 44 oligoartrit, 7 poliartrit), 20 hastada artralji, 19 hasta da sakroileit. 113 brucella hastasının 10 unda RF pozitifliği (%8.8) ve 13 hasta da (%11.5) anti-CCP pozitifliği saptandı. Anti-CCP pozitifliği açısından brucella ve sağlıklı kontrol grubu arasında fark saptanmadı. Ancak Romatoid artrit, HCV hastalarında brucella ile karşılaştırıldığında anlamlı olarak pozitif anti-CCP değeri saptandı. Hastaların demografik verileri ve laboratuvar verileri Tablo'da gösterilmiştir.

Tartışma: Gaziantep coğrafi olarak brucella'nın yaygın olarak saptandığı bir yer. Brucella artrit her türlü romatolojik hastalıkta gördüğümüz artrit ile karışabilir. Brucella hastalarında anti-CCP pozitifliği olabilir ancak bu sağlıklı bireyler kadardır.

Tablo (PB-052): Çalışma grubunun demografik ve laboratuvar özellikleri

	Brusella n=113	Kronik Hepatit B n=63	Kronik Hepatit C n=59	Romatoid Artrit n=46	Sağlıklı Kontrol n=49
Yaş (yıl)	32.2 ± 10.1	35.1 ± 9.5	34.2 ± 8.2	46.6 ± 11.1	33.1 ± 7.6
Cinsiyet (E/K)	37/76	30/33	11/48	16/30	20/29
RF (IU/ml)	20.3 ± 60.6	14.4 ± 11.1	16.8 ± 16.1	81.1 ± 100.7	7.8 ± 4.04
RF pozitifliği	10 (8.8%)	8 (12.7%)	10 (16.9%)	28 (60.9%)	1 (2%)
Anti CCP (U/ml)	13.3 ± 30.3	22.2 ± 24.4	28.3 ± 23.1	281.7 ± 592.2	18.7 ± 4.3
Anti CCP pozitifliği	13 (11.5%)	13 (20.6%)	20 (33.9%)	35 (76.1%)	4 (8.2%)

RF: romatoid faktör, anti-CCP: anti-cyclic citrullinated peptide, RF normal değer: 0-20 IU/ml, anti CCP normal değer: ≤ 25 U/ml

PB-053

Paraneoplastik artrit. Çok merkezli Türkiye deneyimi

¹Ahmet Mesut Onat, ¹Bünyamin Kısacık, ²Timuçin Kaşifoğlu, ¹Yavuz Pehlivan, ³Ömer Nuri Pamuk, ⁴Ediz Dalkılıç, ²Şule Yaşar Bilge, ⁵Sedat Yılmaz, ⁵Hakan Erdem, ⁶Mehmet Akif Öztürk, ⁷Soner Senel, ⁸Mehmet Sayarlıoğlu

¹Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep; ²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir; ³Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne; ⁴Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa; ⁵Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ⁶Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ⁷Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı, Sivas; ⁸Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Kahramanmaraş

Gerekçe: Paraneoplastik sendrom (PS) malign hücrelerin direkt invazyonu olmadan, malign hastalıkla ilişkili klinik, laboratuvar ve radyolojik bulguların var olması olarak tanımlanır. PS romatolojik, hematolojik, nörolojik bir çok hastalığa benzer bulgular sergileyebilir. PS patogenezi halen bilinmemektedir ancak hormonlar, immunglobulinler, sitokinler ve diğer mediyatör proteinlerin sorumlu olduğu varsayılmaktadır. PS artrit, artralji, perikard efüzyonu, lökopeni, trombositopeni ve vaskülitik lezyonlar gibi bir çok romatolojik semptoma yol açabilir. Burada ülkemizdeki 8 romatoloji merkezinde derlediğimiz 40 hastanın laboratuvar, klinik ve patolojik tanımlarını sunmayı amaçladık.

Yöntem: 8 romatoloji merkezinden toplam 40 hastaya çalışmaya alındı (erkek/kadın: 29/11). Ayrıca laboratuvar ve demografik verilerini karşılaştırmak amacıyla kontrol grubu olarak 35 romatoid artrit (RA) hastası da çalışmaya dahil edildi. PS hastalar hematolojik maligniteler, solid tümörler olarak ayrıca iki gruba ayrıldı. Hastaların yaş, cinsiyet, semptom süreleri yanında bakılmış olan hastaların sedimentasyon (ESR), C-reaktif protein (CRP), romatoid faktör, siklik strüline peptid antikor ve laktat dehidrogenaz (LDH) testleri kaydedildi.

Sonuçlar: Solid tümörler, hematolojik maligniteler, ve RA hastalarının ortalama yaşları sırasıyla 53.2 ± 12.7 , 43.2 ± 15.5 , 51.9 ± 12.1 olarak saptandı. Hematolojik malignite grubunun yaş ortalaması solid tümörlere göre anlamlı olarak düşüktü ($p=0.04$). Solid tümör grubunda en yaygın malignite akciğer adenokarsinom (Akciğer ca: 13 hasta, meme ca: 4 hasta, prostat, pankreas, endometriim ve mesane ca: 1 hasta) hematolojik maligniteler içerisinde en sık lösemi tanısı hakimdi (AML: 4 hasta, ALL: 3 hasta, MDS: 4 hasta, lenfoma: 5 hasta, multibl myeloma: 3 hasta). Hematolojik ve solid tümörlerin ESR ve CRP değerleri belirgin olarak yüksekti. LDH değeri de hematolojik malignite grubunda solid tümörler ve RA göre anlamlı olarak yüksekti. PS tanı süresi 4.2 ± 4.1 ay iken RA bu süre 18 ± 13 ay olarak saptandı. RA ile karşılaştırıldığında malignite grubu hastalar, daha az simetrik artrit, romatoid faktör ve anti-CCP pozitifliğini anlamlı olarak daha az gördü. Solid tümörler ile romatoid artrit arasında anlamlı bir fark yoktu. Hastaların demografik ve laboratuvar özellikleri Tablo'da gösterilmiştir.

Tablo (PB-053): Hastaların demografik ve laboratuvar özellikleri

	Tüm maligniteler n=40	Hematolojik maligniteler n=19	Solid tümörler n=21	Romatoid artrit n=35
Yaş (yıl)	48.7±14.7	43.2±15.5	53.2±12.7	51.9±12.1
Cinsiyet (E/K)	29/11	14/5	15/6	21/14
Polyartrit	11	9	2	33
Oligoartrit	12	3	9	2
Monoartrit	10	2	8	0
Vaskülitik lezyon	5	2	3	0
Sedimentasyon	64.2±30.7	66.2±33.2	62.5±29.4	39.3±24.1
C-reaktif protein	69.1±60.1	68.8±56.5	69.3±66.4	23.4±11.8
Laktat dehidrogenaz	735±1391	1206±2015	362±246	314±117
Anti-nükleer antikor	6	2	4	8
Romatoid faktör	4	2	2	20
Anti-CCP	4	0	4	21

Tartışma: Bizim çalışmamızda romatolojik semptom oluşturan PS arasında en sık lösemi ve akciğer maligniteleri saptandı. Asimetrik artrit, LDH yüksekliği, RF ve anti-CCP negatifliği paraneoplastik sendrom lehine değerlendirilebilir.

PB-054

Pernio bir mikrodamar hastalığı mıdır?

¹Mustafa Özmen, ²Volkan Kurtoglu, ¹Gerçek Can, ¹Emine Figen Tarhan, ²Dilek Soysal, ³Sakine Leyla Aslan

¹İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Polikliniği; ²İç Hastalıkları 1. Kliniği; ³İç Hastalıkları 3. Kliniği, İzmir

Pernio, dondurucu olmayan sıcaklıklardaki soğuk ve nemin korunmasız deri bölgelerini etkilemesi ile ortaya çıkan bir bozukluktur. Patofizyolojide anormal vazokonstriksiyon, vaskülit ve hiperviskoziteyi içeren çeşitli teoriler önerilmiştir. Tırnak yatağı video kapilleroskopi tekniği mikrosirkülasyondaki organik veya fonksiyonel değişiklikleri gösterir. Bu çalışmanın amacı romatoloji polikliniğine başvuran ve idiyopatik pernio tanısı alan hastaların tırnak yatağı kapillerlerini video kapilleroskopik yöntemle incelemek ve pernio hastalığının damarsal yönünü değerlendirmektir. Çalışmaya; romatoloji polikliniğine 2008-2011 yıllarında başvuran ve pernio tanısı alan 53 hasta (kadın:erkek 35:18, yaş ortalaması 25±9 yıl) ve yaş ve cinsiyet uyumlu 38 gönüllü (kadın:erkek 30:8, yaş ortalaması 24±4 yıl) alındı. Hastaların 47'sinin, kontrol grubunun tamamının tırnak yatağı kapillerleri videokapilleroskopik yöntem ile değerlendirildi. İnceleme sırasında kapiller mimari, tortiozite, avasküler saha ve hemoraji varlığı değerlendirildi ve apikal kapiller ve kapiller çap ölçüldü. Hasta grubunun kapiller çap ortalaması 56±15 mikron, apikal kapiller çap ortalaması 24±7 mikrondu. Kontrol grubunun ise kapiller çap ortalaması 37±8 mikron, apikal kapiller çap ortalaması 15±4 mikron olarak saptandı (p değerleri iki karşılaştırma için <0.001). Hastaların 28'inde (%60), kontrol grubunun ise 7'sinde (%18) tortiozite varlığı tespit edildi (p değeri <0.001). Tüm bu farklar aktivite-

den, sigara içiminden ve ilk atak olup olmamasından bağımsızdı. Bu çalışmada pernio hastalarının tırnak yatağı kapiller çap ve apikal çap değerlerinin ve tortiozite varlığının, hastalık aktif olsun veya olmasın, artmış olduğunu bulduk. Bu sonuç mikrosirkülasyondaki organik hasarlanmaya işaret etmektedir.

PB-055

Akut sarkoidozlu (Löfgren sendromu) hastalarımızın klinik özellikleri ve idiyopatik eritema nodozumla karşılaştırılması

¹Salim Dönmez, ²Büyüamin Kısacık, ¹Ömer Nuri Pamuk, ²Yavuz Pehlivan, ²Ahmet Mesut Onat

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne; ²Gaziantepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

Amaç: Sarkoidozun akut formu Löfgren sendromu olarak ta bilinir ve bilateral hiler lenfadenopati yanında eritema nodozum karakteristik klinik bulgudur. Çalışmamızda 2 merkezde akut sarkoidoz tanısı alan hastaların klinik özelliklerini, tedavilerini ve sonuçlarını retrospektif olarak değerlendirmeyi amaçladık. Ayrıca aynı dönemde idiyopatik eritema nodozum (İEN) ile başvuran olgularla farklarını bulmaya çalıştık.

Metod: 2 merkezde son 8 yılda akut sarkoidoz nedeniyle tanı alan ve takip edilen 30 hasta (10E,20K) değerlendirildi. Kontrol olarak aynı dönemde başka bir hastalıkla ilişkili olmadan İEN nedeni ile romatoloji polikliniğine başvuran 30 olgu (4E,26K) çalışmaya alındı. Olguların ilk tanındaki klinik özellikleri, hemogram, biyokimya ve antikor sonuçları dosyalarından kaydedildi. Akut sarkoidozlulara verilen tedaviler, sonuçları ve izlem sonuçları belirlendi.

Bulgular: Akut sarkoidozluların 25'inde (%83.3) akciğer grafisinde BHL gözlendi, 1 olguda izole sağ hiler genişleme mevcuttu. 4 olgunun (%13.3) akciğer grafileri normal olarak değerlendirildi. Olguların hepsinde tomografide lenfadenopati saptandı, sadece 2 olguda ever II'yi gösteren parankimal tutulum bulguları gözlendi. İEN grubunda anlamlı akciğer grafisi bulgusu saptanmadı. Akut sarkoidozlu 4 hastada üveit, 4 olguda cilt lezyonu, 1 olguda kemik kisti, 1 olguda da hiperkalsemi saptandı, 3 olguda ANA, 1 olguda anti-dsDNA, 2 olguda ise RF pozitifliği. İEN grubunda bu bulgular yoktu. Akut sarkoidoz grubunun özellikleri İEN ile karşılaştırıldığında sarkoidozda artrit ve/veya artralji oranının daha fazla (%80 vs. %30, 0.001), lökositozlu (%60 vs %30, p=0.02) lenfopenili (%36.7 vs. %6.7, p=0.005) ve trombositozlu (%23.3 vs. %3.3, p=0.05) hasta oranının daha fazla olduğu ortalama ESR düzeyinin de yüksek (69.9±33.2 vs. 43.7±28.3, p=0.02) olduğu gözlendi. Ayrıca akut sarkoidozlularda erkek hasta oranı İEN'a göre artma eğilimindeydi (%33.3 vs. %13.3, p=0.067) (Tablo). Olguların 24'üne (%80) 20-60 mg oral steroid verildi. Kortikosteroidler 6 ay-1 yıl içerisinde azaltılarak kesildi. Erken dönemde steroid azaltılmasını tolere edemeyen 4 olguya AZA, 1 olguya MTX, 1 olguya da hidroksiklo-rokin verildi. 1 yıl sonra kontrolü yapılabilen 23 olgunun hepsinde BHL'nin gerilediği, 3 olguda minimal sınırdaki hiler lenf

büyümesi kaldığı gözlemlendi. Medyan 54 aylık izlemde akut sarkoidoz ve veya EN nüksü saptanmadı.

Tablo (PB-055):

	Akut Sarkoidoz	İEN	p
n (K/E)	30	30	-
Erkek	10 (33.3)	4 (13.3)	0.067
Yaş (yıl)	41.8±11.9	42.1±13.9	0.76
Artrit ve veya artralji, n (%)	24 (80)	9 (30)	<0.001
ESR (mm/hr)	69.9±33.2	43.7±28.3	0.002
CRP (mg/dl)	5.5±3.8	4.2±5.3	0.29
WBC >10,000/mm ³	18 (60)	9 (30)	0.02
Hgb (g/dl)	12.1±1.9	12.5±1.7	0.49
Platelet >450,000/mm ³	7 (23.3)	1 (3.3)	0.05
Lenfosit <1,500/mm ³	11 (36.7)	2 (6.7)	0.005

Sonuçlar: Akciğer grafisinde hiler genişleme yanında, lökositoz, lenfopeni, trombositoz ve belirgin ESR artışı akut sakoidozun İEN'dan ayırt edilmesine katkıda bulunan faktörler olarak değerlendirildi. Steroid bu hastalarda oldukça etkili bir tedavi yöntemi olarak görülürken, az sayıda hasta steroid azalmasına tolere edemediğinde AZA etkili tedavi görülmektedir. Medyan 54 aylık izlemde nüks saptanmaması akut semptomların kontrolün kullanımıyla kullanılan steroidlerin güvenli olduğunu göstermektedir.

PB-056

Sonozaki sendromu (püstülotik artro-osteitis) ve sakroileit birlikteliği olan olgu sunumu

¹Soner Senel, ²Bahattin Aydın, ³Ali Uğur Uslu, ⁴Melih Akyol

¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, ²İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ⁴Dermatoloji Anabilim Dalı, Sivas

Gerekçe: Sonozaki sendromu (Püstülotik artro-osteitis), ilk Sonozaki tarafından tariflenen nadir görülen, palmar ve plantar püstüler lezyonlar, kostokondrit ve artrit ile seyreden kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Bu sendrom, seronegatif artritler içerisinde özellikle psöratik artrit alt tipi olarak daha çok kabul görmektedir. Klinik olarak distal ekstremitelerin palmar ve plantar yüzlerinde püstüler lezyonlar ile birlikte sternum, klavikula, spinal kordda ve kostokondral eklemlerde artrit, sık olmayarak da sakroiliit bulguları saptanabilir. Bizim vakamızda, ellerde ve ayaklarda püstüller lezyonlar ve sternokostal eklemlerde şişlik ve ağrı şikayeti ile gelen Sonozaki sendromu tanısı konulup beraberinde sakroileit saptanan hasta sunulmuştur.

Yöntem: Elli üç yaşında bayan hasta 15 gündür devam eden ateş, halsizlik, sternal bölgede ağrı şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın kardiyak enzimleri, elektrokardiografisi ve telekardiografisi normaldi. Hasta romatoloji kliniğine başvuru esnasında şikayetleri devam ediyordu.

Bulgular: Fizik muayenede el (Resim) ve ayak tabanlarında çok sayıda erken püstüler lezyonlar, sternokostal eklemlerde ödem ve hassasiyet tespit edildi. Hastanın başvuru esnasındaki labora-



Resim (PB-056): Elde erken püstüler lezyonlar. Sonozaki sendromu

tuvarında, sedimantasyon 23 mm/h, CRP 13.9 mg/l idi. Püstüler cilt lezyonlarından, psöriazis ve diğer hastalıkların ayırıcı tanısı açısından cilt biyopsisi yapıldı. Bazal çizgide, ortokeratotik epidermis altında polimorfonükleer hücreler ile birlikte spongiosis ve diskeratotik hücre infiltrasyonu saptandı. Kostokondrit açısından çekilen sterno-costal BT'de sternokostakondral eklemlerinde düzensizlik ve destrüksiyon, MDP-TC 99m tüm vücut kemik sintigrafisinde kosto-sternal ve sol sakroiliak eklemlerde fokal artmış aktivite akümüasyonu tespit edildi. Yaklaşık 1 aydır olan inflamatuvar bel ağrısı şikayeti nedeni ile çekilen sakroiliak grafide sağda evre 0, solda evre 1-2 sakroiliit saptandı. Sakroiliit açısından sakroiliak MR'da kemik iliği ödemi ile uyumlu sinyal değişikliği, subkondral skleroz tespit edildi. HLA-B 27 ile ilişkili antitelerin ayırıcı tanısı açısından istenen test beklenildiği üzere negatif saptandı. Mevcut bulgular ve görüntüleme ışığında hastaya Sonozaki sendromu ve eşlik eden sakroiliit tanısı konuldu. Tedavisinde, metotreksat ve 0.5 mg/kg/gün oral metilprednisolon ile kısa sürede steroid dozu düşerek cilt lezyonları ve eklemlerinde şikayetlerinde düzelme sağlandı.

Tartışma: Sonozaki sendromu nadir görülen kronik seyirli psöriatik artrit alt grubundan inflamatuvar bir hastalıktır. Püstüler el-ayak lezyonu ve göğüs ağrısına eşlik eden bel ağrısı şikayeti ile gelen hastalarda Sonozaki sendromu ve buna sekonder sakroiliit olasılığı akla gelmelidir.

PB-057

Generalize hipermobilitate varlığında tırnak batması sıklığında artış

¹Fatma Gülru Erdoğan, ²Abdurrahman Tufan, ¹Münevver Güven, ²Berna Göker, ¹Aysel Gürlü

¹Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı; ²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Tırnak batması (onychocryptosis) hayat kalitesinde bozulma, belirgin ağrı ve morbidite ile ilişkili bir hastalıktır. Has-

talığın nedeni tam olarak anlaşılamamış olmakla beraber genetik alt yapı, yanlış ayakkabı seçimi, tırnak bakımının yanlış yapılması, hiperhidrozis ve kötü ayak hijyeni tanımlanmış risk faktörleridir. Hipermobilité sendromu (HMS), romatolojik olarak kendini yaygın kas iskelet sistemi ağrısı ile gösteren bir sistemik hastalıktır. HMS, ayak biyomekaniğini bozma, ciltte incelleme ve frajilite, otonomik ve proprioseptif sinir fonksiyon bozukluğu yapması gibi eşlik eden bulgular itibarıyla tırnak batmasına meyil oluşturabilecek bir durumdur. Bu çalışmada, HMS ile tırnak batması ilişkisinin araştırılması planlanmıştır.

Amaç: Tırnak batması olan bireylerde HMS sıklığının belirlenmesi, bu yolla tırnak batması ve HMS arasındaki olası ilişkinin araştırılması.

Metodlar: Onikokriptozis nedeniyle dermatoloji bölümünde tedavi görmekte veya görmüş olan, ağrısız dönemdeki, 16-50 yaş arası ardışık hastalar çalışmaya alındı. Bilinen romatizmal hastalığı olan hastalar çalışma dışında bırakıldı. Cinsiyet ve yaş eşlenik tırnak batması öyküsü olmayan bireyler kontrol grubunu oluşturdu. Generalize hipermobilitenin değerlendirilmesinde Brighton kriterleri kullanıldı. Lokal mobilitenin değerlendirilmesi için etkilenen parmağın nötral ve dorsifleksiyon açıları gonyometre ile ölçüldü.

Sonuçlar: Çalışmaya toplam 39 hasta (17 erkek, 22 kadın, ortalama yaş 31.9 ± 11.3) ve 32 sağlıklı birey (12 erkek, 20 kadın, ortalama yaş 31.7 ± 10.4) alındı. HMS, tırnak batması olan bireylerde sağlıklı kontrol grubuna göre daha sık bulundu (%35.9 vs. %9.4, $p=0.009$). Tırnak batması olan parmakların maksimum dorsifleksiyon açıları sağlıklı bireylerin parmak açılarına göre daha düşük bulundu ($p<0.001$, Tablo).

Tablo (PB-057): Tırnak batması olanlar ve sağlıklı bireylerde generalize ve lokal hipermobilité

	Hastalar n=39 (78 parmak)	Sağlıklı kontroller n=32 (64 parmak)	p
Yaş, yıl	31.9 ± 11.3	31.7 ± 10.4	>0.05
Cinsiyet, kadın/erkek, n	22/17	18/11	>0.05
Başparmak nötral açı, derece	24.7 ± 13.2	33.0 ± 9.9	<0.001
Başparmak maksimal dorsiflexion açısı, derece	63.1 ± 19.5	79.6 ± 12.8	<0.001
Beighton total skoru, median (IQR)	2 (5)	0 (6)	0.018
Generalize hipermobilité, n (%)	14 (35.9)	3 (9.4)	0.009

IQR: interquartile range

Kararlar: Çalışmanın sonuçları tırnak batmasının generalize HMS ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Ancak lokal olarak incelendiğinde tırnak batması olan parmakların hareket açıklığının daha kısıtlı olduğu görüldü. Bu durum hipermobilitenin neden olduğu hızlı dejeneratif süreç ile ilişkili olabilir.

PB-058

Werner sendromlu hastalarımızın klinik özellikleri

Emel Gönüllü, N. Şule Yaşar Bilge, Timuçin Kaşifoğlu, Cengiz Korkmaz

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

Giriş: Romatoloji klinik çalışmalarında cilt ve bağ dokusu değişiklikleri nedeniyle başvuran ya da diğer kliniklerden sevk edilen hastalarda, özellikle skleroderma benzeri cilt değişiklikleri saptanırsa ayırıcı tanıda Werner sendromu da akla gelmelidir. Erken yaşlanma benzeri belirti ve bulgularına neden olan Werner Sendromu WRN geninde mutasyon sonucu meydana gelen otozomal resesiv bir hastalıktır. Oldukça nadir rastlanmaktadır ve insidansı milyonda bir civarındadır. Burada Werner sendromu ile takip ettiğimiz üç olgunun klinik özellikleri sunulacaktır (Tablo).

Tablo (PB-058): Tırnak batması olanlar ve sağlıklı bireylerde generalize ve lokal hipermobilité

	1. hasta 47 yaş erkek	2. hasta 45 yaş kadın	3. hasta 29 yaş erkek
Bağ dokusu	Kısa boy, gri saç rengi ve kellik, kuş görüntüsü benzeri yüz yapısı, boğuk ses yapısı, yüz kollar ve bacaklarda atrofik cilt yapısı, hipopigmentasyon alanlar, subkutan kalsifikasyon, osteoporoz	Kısa boy, zayıflık (25 kg), boğuk ses yapısı, Kuş görüntüsü benzeri yüz yapısı, gri saç rengi ve kellik, atrofik cilt yapısı, katarakt, osteoporoz, cilt ülseri (sol ayak lateral kenarı)	Kısa boy, kuş görüntüsü benzeri yüz yapısı, yüz cildi gergin, önkol ve el cildinde atrofik değişiklikler, Klippel Feil sendromu, Katarakt
Endokrin-metabolik	Nodüler guatr, hiperlipidemi	Nodüler guatr, hiperlipidemi, hipogonadizm	Diyabet, hipotiroidi, hipogonadizm, hiperlipidemi
Immun sistem		Sjögren	
Nörolojik		Meningiom	Pons ve bilateral serebral hemisferlerde iskemik değişiklikler
Karışık sistem (malignite ve ateroskleroz)	Sağ diz lateral ve posterior alanda Squamoz hücreli kanser	Periferik arter hastalığı	

Tartışma: Werner sendromu başlıca 4 sistemi etkileyerek hayatın erken dönemlerinde normal yaşlanma benzeri özellikler gösterir. Bunlar nörolojik sistem, immun sistem, bağ dokusu ve endokrin metabolik sistemlerdir. Nadir görülmesi nedeniyle bazen tanıda geç kalınmaktadır. Kliniğimizde takip ettiğimiz hastaların belirti ve bulguları çocukluk döneminde başlamasına rağmen hastaların birine bu dönemde tanı konulmuş, diğer ikisine erişkin yaşta tanı konulmuştur. Hastaların skleroderma benzeri deri bulguları yanı sıra skleroderma tanısının konmasına ve bazen de gereksiz immunsupresif tedavi almasına neden

olabilmektedir. Hastalarımızın skleroderma benzeri görüntüler ve bağ dokusu değişiklikleri dışında endokrin anormallikleri de göze çarpmaktadır. Her üç hasta da tiroid anormalliği varken bir hastada diyabet vardır. Werner’li hastaların ölümüne en çok malignite ve aterosklerotik değişiklikler neden olur. Bizim iki hastamızda malign hastalık ve bir hastada da merkezi sinir sisteminde iskemik değişiklikler mevcuttur. Werner sendromunu önemli yapan bir durum da neden ve nasıl yaşlandığımız sorularının yanıtına ışık tutabilecek bir hastalık olmasıdır.

PB-059

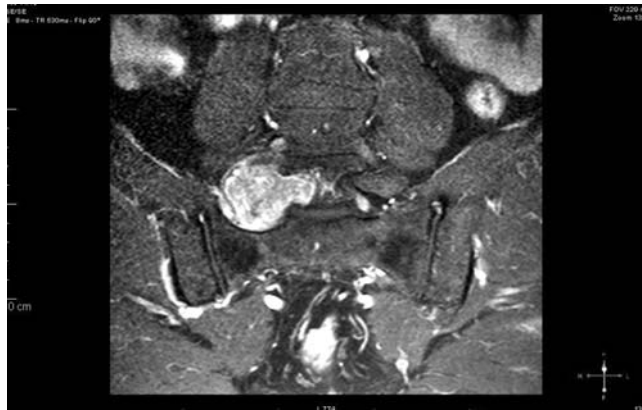
Tek bulgusu mekanik bel ağrısı olan Schwannom olgusu

Şule Şahin Onat, Fikret Başkan, Necat Köseoğlu

Ağrı Devlet Hastanesi, Ağrı

Giriş: Bel ağrısı soğuk algınlığından sonra en sık görülen rahatsızlıktır. Bel ağrısı ile başvuran bir hastada yeterli bir öykü alınıp ve amaca yönelik fizik inceleme yapıp bu değerlendirmede kırmızı bayrak kriterleri varsa ileri tetkik önerilmektedir.

Olgu Sunumu: 55 yaşında erkek hasta beş aydır olan mekanik tipte bel ağrısının kullandığı medikal tedavilerle geçmemesi şikayetiyle geldi. Öncesinde travma hikayesi, kilo kaybı, gece ağrısı, gece terlemeleri, ilaç kullanımı, sistemik hastalığı bulunmamaktaydı. Yapılan muayenesinde bel inspeksiyon, palpasyonla normal, eklem hareket açıklıkları tam fakat ağrılı, nörolojik muayenesi tamamen normal, düz bacak kaldırma testi, kontralateral düz bacak kaldırma testi, çift bacak kaldırma testi ve femoral sinir germe testleri normal olarak değerlendirildi. Radiküler ağrısı, siyatik hassasiyeti mevcut değildi. Laboratuvar incelemelerinde anormallik saptanmadı. Hastanın çekilen magnetik rezonans görüntülemesinde L4-5 düzeyinde sağ lateral reses düzeyinden sağ L5 sinir kılıfı boyunca foraminal uzanım gösteren, 5x4 cm boyutlarında T1A sekansta hipointens, T2A sekansta heterojen mikst sinyal intensitesinde, kontrast verilmesini takiben diffüz kontrast tutan oval şekilli ekspansif solid kitle tespit edildi. Bunun üzerine operasyona alınan hastaya total kitle ekzizyonu yapıldı. Histopatolojik olarak schwannom tanısı konuldu.



Resim (PB-059): Koronal kesitteki görüntü

Tartışma: Kronik bel ağrılarının çok büyük bir kısmını mekanik nedenler oluştururken tümörler etiyojide nadir olmalarına rağmen tanı konulmakta gecikilen gruptaki hastalıklardandır. Bel ağrısı yakınmasının çok yaygın görülen bir klinik tablo olması, birçok olguda yakınmanın konservatif yaklaşımla sınırlı bir süre içinde ortadan kalkabilmesi ve özellikle bu olgularda görüntüleme yöntemlerinin klinik sonuca belirgin bir etkisinin olmadığına ortaya konması ile birlikte, son yıllarda çeşitli klinik kılavuzlarda görüntüleme yöntemlerinden yararlanma konusunda daha akılcı bir yaklaşımı öngören kırmızı bayrak-red flag- kriterlerinin kullanımı önerilmektedir. Fakat tümör yerleşim yerine göre her zaman tipik klinik bulgu vermeyebilmektedir ve omirilik tümörü gece ağrısı, istirahat ağrısı, ateş, kilo kaybı gibi kırmızı bayraklar olmadan sessiz seyredebilmektedir. Tümörün yavaş büyümesi nedeniyle kliniğin sessiz seyredip, tanı konulduğunda total ekzizyonla tam kür sağlanması, rekürrens oranının olmaması teselli edici olmaktadır. Enfeksiyon, tümör veya kırık gibi önemli bir patolojiden şüphe edilmediğinde bel ağrılı olguların büyük bir çoğunluğunda ileri tetkik yapmaya gerek yok genellemenin istisnası olarak bu vaka sunulmaya değer bulunmuştur. Tümörün anatomik lokalizasyonu ile kliniği maskeleyebileceği akıld tutularak, kırmızı bayrak kriterleri olmadan tek bulgu olarak mekanik tipte bel ağrısıyla spinal tümör olabileceğine dikkat çekmek istedik.

PB-060

Pakiderma periostitis ve nonsteroid antiinflamatuvar yanıtı: İki olgu sunumu

Abdurrahman Tufan, Mehmet Engin Tezcan, Arif Kaya, Rıdvan Mercan, Mehmet Akıf Öztürk, Şeminur Haznedaroğlu, Berna Göker

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

Giriş: Pakiderma periostitis (PDP, primer hipertrofik osteoartriti), cilt ve kemikleri etkileyen nadir bir otozomal dominant hastalıktır. PDP, genelde pubertede başlar, yüz cildinde progresif kalınlaşma ile seyreder. Uzun kemiklerde periostit ve parmaklarda çomaklaşma görülür. PDP’ nin majör komplikasyonu periostite bağlı gelişen artralji, artrit ve hidrartrozdur. PDP patogenezi net olmamakla beraber araştırmalar majör prostaglandin olan PGE2’yi yıkan 15-hidroksiprostaglandin dehidrogenaz geninde mutasyon olduğunu ortaya koymuştur. Artmış PGE2’ nin sitokin aracılı doku yeniden yapılanmasına ve vasküler stimulasyon yoluyla hiperhidrozis, pakiderma, periostit ve artrit yol açtığı ileri sürülmüştür. Bu çalışmada, inkomplet PDP olan iki kardeşin kliniği ve nonsteroid anti-inflamatuvar ilaç (NSAİİ) yanıtları sunulmuştur.

Vaka 1: 24 yaşında erkek hasta ayak bileği ve dizde artrit şikayeti ile bölümümüze başvurdu. Hikâyesinde çocukluktan beri parmaklarda çomaklaşma ve 18 yaşında başlayan ayak bileği, diz ve el bileklerinde artrit ve zamanla kalınlaşma vardı. Muayene- de, parmaklarda çomaklaşma ve hiperhidrozis, el, ayak bilekleri

ve dizlerde kalınlaşma ve artriti mevcuttu. Laboratuvar incelemede eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) 52 mm/h ve C-reaktif protein (CRP) düzeyi 50.7 mg/l (N, <6) bulundu. Hemogram ve biyokimyası normaldi. Romatoid faktör (RF), Antinükleer antikor (ANA) negatif bulundu. Direkt grafilerde uzun kemiklerde periostit ve yumuşak doku ödemi vardı. Ekokardiyografisi ve akciğer grafisi normal bulundu. Eklem MR incelemesinde uzun kemiklerin shaft ve diafizinde tüylü periost reaksiyonu ve effüzyon saptandı. Meloksikam 15mg/gün ile artriti bir ayda geriledi, akut faz cevabı normalleşti. Üçüncü ay kontrolünde rekürrens saptanmadı ve günlük işlevlerini rahat yapabildiği öğrenildi. NSAİİ ile hiperhidrozisinde değişim izlenmedi.

Vaka 2: 22 yaşında bayan hasta artrit şikâyeti ile başvurdu. Hastanın çocukluktan beri parmaklarda çomaklaşması ve 19 yaşından sonra başlayan ayak bileği ve diz eklemlerinde artrit öyküsü vardı. Muayenesinde el ve ayaklarda çomaklaşma ve hiperhidrozisi, bilateral ayak bilekleri ve sol dizde artriti ve eklemde hareket kısıtlılığı mevcuttu. Laboratuvar incelemede ESR 35 mm/h, CRP 59 mg/l bulundu. Hemogram, biyokimya normal, RF ve ANA negatifti. Direkt grafide periost reaksiyonu ve yumuşak doku ödemi, MR incelemesinde kemik diafiz ve shaftunda kalın periost reaksiyonu, artmış sıvı bulundu. Hastaya 15 mg/gün meloksikam başlandı, 1 ay sonra şikâyetleri ve akut fazı düzelen hasta gebelik istemi için ilacı kestğinde rekürrens gözlemlendi. İlaç tekrar başladığında eklem şikâyetleri geriledi ancak hiperhidroziste değişim olmadı.

Sonuçlar: PDP, prostaglandin yıkımında bozukluk sonucu geliştiği düşünülen bir hastalıktır. Sunulan her iki olguda da has-

talığın eklem tutulumunun kontrolünde prostaglandin sentezini azaltan NSAİİ'nin etkili olduğu ancak hiperhidrozise yarar sağlamadığı gözlenmiştir.

PB-061

Dirsek eklem tüberkülozu: Olgu sunumu

¹Ayten Yazıcı, ²Gökçen Öztürk, ³Selçuk Yaylacı, ⁴Engin Karakeçe, ⁵Abdullah Kirbiz, ³Ali Tamer, ²Oğuz Karabay

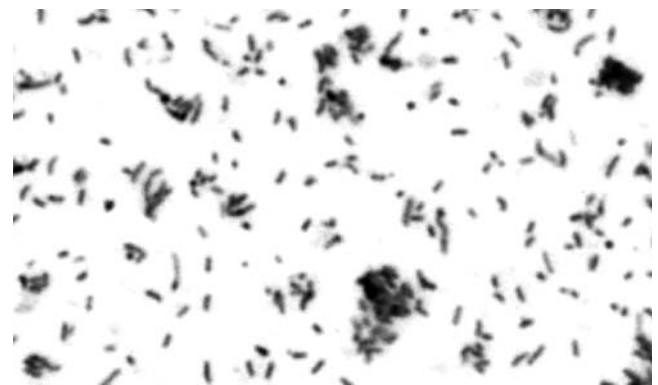
¹Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği; ²Enfeksiyon ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği; ³İç Hastalıkları Kliniği; ⁴Klinik Mikrobiyoloji Kliniği; ⁵Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Sakarya

Bu yazıda septik artrit kliniği ile başvuran 57 yaşında dirsek tüberkülozu olan bir hasta sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: 57 yaşında erkek hasta, sağ dirsekte ağrı, şişlik, kızarıklık ve hareket kısıtlılığı yakınmaları ile başvurdu. Yakınmalarının iki ay önce başladığı, travma öyküsünün olmadığı öğrenildi. Hasta yakınmaları nedeniyle ortopedi polikliniğine başvurmuş ve septik artrit ön tanısı ile yaklaşık bir ay süresince sefuroksim-aksetil, nonsteroid antiinflatuar kullanmış. Şikâyetleri düzelmeyen ve romatoloji polikliniğine yönlendirilen hastanın fizik muayenesinde; sağ dirsekte ağrı, şişlik, kızarıklık, ısı artışı ve hareket kısıtlılığı mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri olağandı. Geçirilmiş akciğer tüberküloz anamnezi olan hastanın tetkiklerinde ESH: 105 mm/saat, CRP: 51 mg/L (normal değer: 0-5), RF: 32.8 IU/ml (normal değer: 0-20) saptandı; diğer rutinlerinde bir özellik yoktu. Dirsek grafisinde eklemde daralma, ulna proksimal uça dejeneratif-erozif değişiklikler; akciğer grafisinde ise bilateral apekslerde sekel değişiklikler ve sağ orta lobda yaklaşık 0.5 cm'lik nodül görüldü. Dirsek ekleminden aspirasyon yapıldı; pürülan görünümde olan sıvıdan gram boyama, hücre sayısı, kültür ile birlikte ARB ve mikobakteri kültürü de istendi. Bu arada almakta olduğu antibiyoterapiye devam edildi. Eklem sıvısında sayılamayacak miktarda lökosit saptanan hastanın ARB boyamasının pozitif olduğu öğrenildi. Hasta enfeksiyon hastalıkları ile konsülte edildi ve tüberküloz artrit tanısı ile enfeksiyon servisine yatırıldı; dörtlü anti-tüberküloz tedavisi başlandı (izoniazit, rifampisin, pirazinamid,



Resim (PB-060): (A) Çomaklaşma ve hiperhidrozis; (B) Tüyü periost reaksiyonu



Resim (PB-061): Eklem sıvısında mikobakteri kültürü

etambutol). Takibinde renkli görme kaybı saptanması üzerine tedavinin beşinci gününde etambutol kesilerek tedaviye streptomisin eklendi. Bu esnada çekilen sağ dirsek MR'ında dirsek eklemi ni oluşturan kemik yapılar da yoğunlukta değişiklik, sinoviyal yapılar da kalınlaşma, efüzyon, medüller kemik iliğinde ve sinovyal yapılar da belirgin kontrast madde tutulumu gözlemlendi. Uygulanan tüberküloz tedavisine rağmen klinik düzelme olmaması, efüzyonun artması üzerine yeni kültürler alındı ve septik artr it düşünülerek antitüberküloz tedavinin sekizinci gününde tedaviye vankomisin eklendi. Vankomisin ve antitüberküloz tedaviye rağmen şikayetleri gerilemeyen hastaya ortopedi konsültasyonu sonrası drenaj uygulandı. Operasyon sırasında görünümün septik artr it ile uyumlu olması üzerine vankomisin kesilerek tedaviye daptomisin ve siprofloksasin başlandı. Takibinin 30. gününde mikobakteri kültüründe üreme olması ve kültürden yapılan boyamada tüberküloz basili görülmesi üzerine tüberküloz artr it tanısı kesinleştirilen hastanın diğer tedaviler kesilerek dördü tüberküloz tedavisi ile hasta taburcu edildi (Resim). On gün sonraki poliklinik kontrolünde hastanın dirseğinde hareket kısıtlılığı dışında bir şikayetinin olmadığı görüldü. Hastanın tedavisi devam etmektedir.

PB-062

Infliximab tedavisine bağı lökositoklastik vaskülit gelişen spondilit olgusu

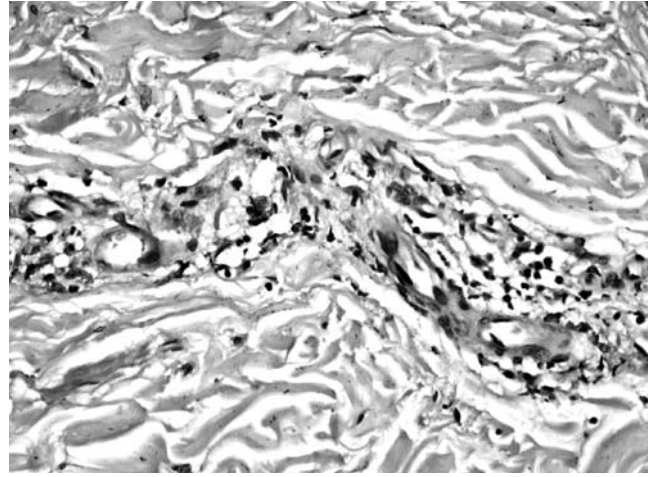
¹Ayten Yazıcı, ²Aysun Sikar Aktürk, ³Ayşegül Tohumcu

¹Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Sakarya;

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, ³Patoloji Anabilim Dalı, Kocaeli

TNF α inhibitörleri romatoid artr it, ankilozan spondilit, psöriatik artr it ve psöriazis tedavisinde son yıllarda kullanılan biyolojik bir ajanlardır. Remicade tedavisi sırasında en sık görülen yan etki infüzyon reaksiyonu, etanercept ve adalimumab için ise enjeksiyon yerinde kızarıklık tır. Burada remicade tedavisi sonrası lökositoklastik vaskülit gelişen spondilitli bir olgu bildirilmiştir.

Olg u: 34 yaşında bayan hasta. 8 yaşından beri eklem ağrıları olan ve bu nedenle dış merkezde ARA tanısı ile aylık penadur tedavisi alan hastanın 2006 yılında ayak bileğinde şişlik gelişmiş. Bu şikayetle başvurduğu merkezde yapılan tetkikler sırasında sakroiliit saptanması üzerine spondilit tanısı ile NSAİİ başlanmış. HLAB27'si negatif olan hastanın takiplerinde CRP: 18 mg/dl, ESH: 96 mm/h saptanmış ve ayak bileği artr iti devam eden hastanın tedavisine Salazoprin eklenmiş. Başlandıktan bir hafta sonra salazoprin alerjisi gelişmesi üzerine ilaç kesilmiş ve tedaviye deltacortil 5 mg ve NSAİİ ile devam edilmiş. Şikayetlerinin devam etmesi üzerine Nisan 2010'da etanercept tedavisi başlanan hastanın ilk 6 ay şikayetlerinde belirgin düzelme olmasına rağmen takiplerinde CRP değerleri hep yüksek seyretmiş. Sonrasında sadece sırt ve ayak bileği ağrısı olan hastanın Nisan 2011'de sağ ayak bileğinde artr itinin tekrarlaması ve akut faz reaktanlarının yüksek olması nedeni ile (CRP: 29.3 mg/dl, ESH: 27 mm/h) etanercept tedavisi infliximab ile değiştirildi. Infliximab tedavisine



Resim (PB-062): Cilt biyopsisi; dermiste perivasküler nötrofilik lökosit infiltrasyonu, lökositoklazis ve seyrek nükleer kırıntılar

başlandıktan 2 hafta sonra 2. dozunu almak üzere gelen hastanın her 2 bacağına diz altından bileğe kadar uzanan, basmakla solmayan, simetrik, soluk kırmızı, bazıları birleşme eğiliminde olan lezyonlar saptandı. Dermatoloji ile konsülte edilerek cilt biyopsisi alınan hastanın tedavisine ara verilerek steroid dozu artırıldı ve atarax başlandı. Alınan biyopsi sonucunda dermiste perivasküler nötrofilik lökosit infiltrasyonu, lökositoklazis ve seyrek nükleer kırıntılar izlenmiş olup lökositoklastik vaskülit şeklinde yorumlandı. ANA, ANCA, ENA değerleri negatif olan hastanın ESH: 60 mm/h, CRP: 180 mg/dl, WBC: 9,600/mm³, lenf: 2,800/mm³, Hgb: 10.2 gr/dl, HCT: %31.3, PLT: 195,000/mm³ olup biyokimyasal parametrelerinde anormallik saptanmadı. Infliximab kesildikten 2 hafta sonra döküntüleri kaybolan hastanın CRP: 33.8 mg/dl, ESH:19 mm/h bulundu. BASFİ: 6.31, BASDAİ: 9.74 olan hastaya son olarak adalimumab başlandı. Adalimumab tedavisi sonrası şikayeti olmayan hastanın tedavisi devam etmektedir. Yayınlarında infliximab alan RA'lı birkaç olguda lökositoklastik vaskülit bildirilmiştir. Spondiitli vakalarda da anti-TNF'lere bağı l vaskülit lezyonların gelişebileceği akılda tutulmalıdır.

PB-063

Akut püstüler psöriazis ve poliartiküler psöriatik artr iti olan kronik C hepatitli hastada etanercept tedavisi: Olg u sunumu

¹Ali Uğur Uslu, ¹Bahattin Aydın, ¹Serpil Usta Çiftel,

²Hilmi Ataseven, ³Soner Senel

¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, iç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, ³İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas

Gerekçe: Psöriatik artr it (PsA), kutanöz psöriazise eşlik eden enflamatuvar bir hastalıktır. Hepatit C virusu (HCV), siroza ilerlemesi, hepatoselüler karsinom gelişmesi ve tedavisi zor kronik bir hepatittir. Bu raporda, tüm tedavilere dirençli psöriazis ve aktif poliartiküler tutulumlu PsA olan beraberinde hepatit C

enfeksiyonu olan olgu ve etanercept (ETN) tedavisini içeren bir olgu sunulmuştur.

Yöntem: Üç yıldır kronik hepatit C tanısı bilinen ve PsA nedeni ile takip edilen 66 yaşında erkek hasta, akut poliartrit atağı ve tüm vücutta yaygın püstüler psöriazis lezyonları ile başvurdu. Hasta 3 aydır hepatit C nedeni ile pegile interferon alfa 180 mcg/hafta ve ribavirin 1000 mg/gün tedavisi almaktaydı. Tedavi için metotreksat, sulfasalazin ve düşük doz oral steroid tedavisine yanıt yoktu ve karaciğer enzim yüksekliği 3 katı geçtiğinden alternatif tedavilere gereksinim duyulmaktaydı.

Bulgular: Fizik muayenede, bilateral ayak parmakları, ayak bileği, diz, el, el bileği ve belde ağrı şişlik, kızarıklık, hareket kısıtlılığı, her iki koksofemoral eklem tutulumu saptandı. Cilt değerlendirilmesinde, tüm vücutta yaygın eritematöz psöriatik döküntüler mevcuttu. Hastamızın başvuru anındaki laboratuvar değerleri sedimantasyonu 60 mm/h, CRP 48 mg/dl, HCV-RNA 6.73x105 IU/mL, KC enzimleri ALT 185 U/L, AST 164 U/L idi. Hastanın tedavisinde hem psöriazis hem PsA'ye etkili ve aynı zamanda hepatit C'yi reaktif etmeyecek tedavi alternatifi olarak ETN tercih edildi. Hastamıza püstüler psöriazisteki doz olan, haftada iki kez 50mg subkutan ETN tedavisi başlandı. HCV açısından sadece ribavirin tedavine devam etmesi önerildi. Takiplerinde ciltteki döküntülerinde gerileme oldu ve tedavinin 10. ayında tamsa yakın remisyon sağlandı. Aktif poliartriti bir ay içinde kontrol altına alındı ve 6 ay sonra bakılan HCV-RNA 3.08 x 105 IU/mL (%50'den fazla azalma), CRP 1 mg/dl, sedimantasyon 1 m/h olarak bulundu. Hastanın ribavirin tedavisini düzensiz kullandığı öğrenildi. Hasta toplam 19 aylık tedavi süresinde etanercepte bağlı herhangi bir yan etki veya etkisizlik gözlenmedi.

Tartışma: PsA ve kutanöz psöriaziste tedaviye yanıtız veya dirençli vakalarda DMARD tedavisi eklenmelidir. DMARD tedavisine dirençli ve/veya kullanılamadığı durumlarda anti-tümör nekroz faktörü tedavisi düşünülmelidir. ETN PsA hastalarında hem cilt hem de eklem tutulumu üzerine olumlu etkileri bulunmaktadır ve ayrıca HCV replikasyonu üzerine olumsuz etkisi olmadığı bilinmektedir. Hepatit C enfeksiyonunun patogeneğinde sitokinlerin rolü aydınlatılamamıştır, ama enfeksiyon sırasında dolaşımında TNF-alfa ve TNF-alfa reseptörlerinin arttığı saptandığı vakalar bildirilmiştir. Bizim vakamızda ETN tedavisi altında viral yükte, psöriaziste ve PsA'de düzelmeye gözlemlendi. HCV enfeksiyona eşlik eden PsA durumlarında ETN tedavisinin kısa ve orta vadede viral yük üzerine olumsuz etkisi gözlenmemiştir.

PB-064

Ellerde fleksiyon kontraktürü ve özefagusta striktür ile başvuran lokalize epidermolizis bülloza olgusu

¹Fulya Coşan, ¹Burak Can, ¹Özlem Özdemir Işık, ¹Barış Yılmaz, ²Aysun Şikar Aktürk, ¹Ayşe Çefle

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, ²Dermatoloji Anabilim Dalı, Kocaeli

Gerekçe: Epidermolizis bülloza (EB), deride ve mukozal membranlarda bül oluşumu ile karakterize kronik bir hastalıktır.

Hastalığın geç dönemlerinde fleksiyon kontraktürü görülebilmekle birlikte, bu tablo genellikle ağır bülöz oluşumları olan hastalarda ortaya çıkmaktadır. Hastalığın sadece distal ekstremiteleri tutan lokalize formu oldukça nadirdir. Bu özette, herhangi bülöz deri bulgusu olmadan, her iki elde ağır fleksiyon kontraktürü ve özefagusta striktür ile kliniğimize başvuran distal ekstremiteleri tutan lokalize EB olgusu sunulmuştur.

Olgu sunumu: 57 yaşında kadın hasta, yutma güçlüğü şikayeti ile Gastroenteroloji polikliniğine başvurmuş. Endoskopik incelemesinde özefagusta iki cm uzunluğunda striktür tespit edilmiş ve buji dilatasyonu uygulanmış. Elllerinde ağır deformiteleri olan hasta skleroderma ön tanısı ile Romatoloji polikliniğine yönlendirilmiş. Hastanın anamnezinde Raynaud fenomeni öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde her iki elde ağır fleksiyon kontraktürü olmakla beraber, cilt atrofik idi ve tırnakları yoktu. Ciltte sertleşme, pitting ülser saptanmadı. Laboratuvar incelemesinde akut faz yanıtı, idrar tahlili, kan sayımı ve biyokimya değerleri normal bulundu. Hastanın atipik bulguları nedeni ile yapılan deri biyopsisi sonucunda saptanan subepidermal veziküller dermatoz bulgusu epidermolizis bülloza ile uyumlu bulundu. Hastanın Dermatoloji polikliniğinden takibi planlandı.

Sonuç: Ellerde ağır fleksiyon deformitesine yol açan hastalıkların ayırıcı tanısında lokalize epidermolizis bülloza da akla gelmelidir.

PB-065

Çoklu atipik kırıkla seyreden bir Madelung sendromu olgusu

Abdurrahman Tufan, Arif Kaya, Mehmet Engin Tezcan, Rıdvan Mercan, Şeminur Haznedaroğlu, Mehmet Akif Öztürk, Berna Göker

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

Giriş: Madelung sendromu (MS, multipl simetrik lipomatozis) mediasten, boyun ve ekstremiteler proksimalinde simetrik yerleşimli, ağrısız, non-enkapsüle, infiltratif lipomlarla karakterize nedeni bilinmeyen bir hastalıktır. Hastaların çoğunluğunu orta yaş erkekler oluşturur ve alkolizmi olanlar risk altındadır. MS'nun diğer klinik özellikleri polinöropati, proksimal kas güçsüzlüğü, rekürren atipik kemik kırıklarıdır. Lipomatöz doku basısına sekonder hava yolu obstruksiyonu ve ani kardiyak ölüm sık görülen mortalite nedenleridir. Hastalığın bilinen tedavisi olmayıp, alkolün kesilmesi ve düzeltici cerrahilerin etkili olabileceği ileri sürülmektedir. Burada atipik lokalizasyonlarda multipl kırığı olan bir MS hastası sunulmuştur.

Olgu: 56 yaşında erkek hasta son 1 yıldır progresif artan kol ve bacak proksimal kas gücü kaybı ile bölümümüze başvurdu. Özgeçmişinde 20 yıldır günlük 35-70 cl rakı kullanımı, gençliğinden beri olan psöriyazisi vardı. 7 yıl önce minör travmatik sol tibia ve 1 yıl önce spontan klavikula kırığı gelişmişti. 6 aydır kas güçsüzlüğü nedeniyle yatağa bağımlıydı. Son 1.5 yıldır sırt, ense, pectoral alan ve kol proksimallerinde yumru oluşumu olduğunu belirtti. Son 1 yıldır tüm gövdede eritematöz, kaşıntılı ve ekzfoliatif



Resim (PB-065): Üst ekstremitelerde proksimal, boyun ve pektoral lipomatosis

lezyonları olduğu ve topikal steroidlere iyi yanıt verdiği bilgisi alındı. Fizik muayenesinde solunum seslerinde kabalaşma ve ronküsler, abdominal obezite, pektoral, sırt ve üst ekstremitelerde proksimal lezyonlar (Resim), bilateral alt ve üst ekstremitelerde proksimal 3-4/5 kas gücü ve ciltte yaygın eritematöz lezyonlar vardı. Sedimantasyonu 41 mm/h, CRP 8.2 mg/l (n<6), hemoglobin 12,1 g/dl ve karaciğer enzimleri 2-4 kat yüksek bulundu. Direk grafilerinde bilateral klavikülada, sol tibia proksimalinde, pubik ramusta ve sağ femur boynunda kırık sekelleri görüldü. Serum kalsiyum, fosfor, magnezyum düzeyleri normaldi. Vitamin D düzeyi 5.4 mg/ml (N, 15-60), paratroid hormon 311 pg/ml (N, 12-72), bazal kortizolu 2.3 mg/dl (N, 6-30) bulundu. Paratroid sintigrafisi, 24 saatlik idrarda kalsiyum atılımı normaldi. Kemik mineral dansitometrisinde total femur T skoru -2.8, lomber total T skoru -4.3 bulundu. Toraks tomografisinde bilateral kosta yaylarında, skapula gövde kesiminde, torakal ve lomber vertebra transvers proseslerinde multipl fraktür hatları, karaciğer konturlarında düzensizlik ve kaudat lob hipertrofisi saptandı. Endoskopide ösefagus varisleri vardı. EMG' de periferik nöropati saptanmadı. Hasta nutrisyonel destek, D vitamini replasmanı, alkol kesilmesi ve fizyoterapi ile kendi mobilize olabilecek duruma geldi. Uzun dönem tedavi olarak teriparatid, D vitamini tedavileri planlandı, düşük doz oral steroid ve siklosporin ile generealize psöriyazisi remisyona girdi.

Sonuç: MS kronik alkolizmle ilişkili patogenezi bilinmeyen bir hastalıktır. Alkol kesilmesi, nutrisyonel destek ve fizyoterapi hastaların tedavisinde etkili olabilir.

PB-066

Non-randomize çalışmalarda yapılması gereken grup karşılaştırmaları yapılmıyor

Koray Taşçılar, Emine Ataç, Fehim Esen, Hasan Yazıcı

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

Giriş ve Amaç: Randomize kontrollü çalışmaların bildirilmesi-ne yönelik kılavuzlarda randomize gruplar için başlangıçta ista-

tistik karşılaştırma yapılmaması önerilir (J Pharmacol Pharmacother. 2010;1:100-7). Burada görülecek istatistik farklar randomizasyon sonucu şans eseri ortaya çıkmış olduğu için istatistik karşılaştırma gereksiz olarak kabul edilir (Lett Ed Rheumatol 1:e110002. doi:10.2399/ler.11.0002.). Randomize olmayan çalışmalarda ise bunun aksine çalışma gruplarının başlangıç özellikleri karşılaştırılmalıdır, çünkü buradaki farklar sonuçlarla doğrudan ilişkili olabilir. Bu çalışmanın amacı randomize ve non-randomize çalışmalarda başlangıç grup karşılaştırmalarının ne kadar uygun yapıldığı ya da yapılmadığını değerlendirmektir.

Yöntem: Pubmed'de Annals of the Rheumatic Diseases, Arthritis and Rheumatism ve Rheumatology (Oxford) dergilerinde Ocak 2010 ve Haziran 2011 arasını içeren bir tarama yapılarak yayınlanmış gözlemsel ya da girişimsel çalışmalar toplandı. Toplanan çalışmalar randomize ya da non-randomize olarak gruplandı. Her çalışmada grupların başlangıç özelliklerinin nasıl bildirildiği değerlendirildi. Çalışmaların ne kadarında istatistik karşılaştırmaların gerektiği gibi yapıldığı ya da yapılmadığı belirlendi.

Bulgular: Taramada 205 çalışma bulundu, 107'si dahil edildi. Bunlar arasında 60 randomize, 47 non-randomize çalışma vardı. Randomize çalışmalar içinde 6/60 (%10) çalışma yapmaması gerektiği halde grupların başlangıç özellikleri arasında istatistik karşılaştırma yapıyordu. Öte yandan non-randomize çalışmalar arasında ise 27/47'i (%57) aslında yapması gerektiği halde grupların başlangıç özelliklerini istatistik olarak karşılaştırmıyordu. Bu 27 çalışmanın 10 tanesinde grupların başlangıç özelliklerini bildiren bir tablo dahi yoktu. Diğer 17 çalışma ise karşılaştırılan grupların başlangıç özellikleri karşılaştırılması gerekmesine rağmen karşılaştırılmıyordu.

Sonuçlar: Randomize kontrollü çalışmaların bildirilmesinde yazarların CONSORT bildirisine uyduğunu gördük. Diğer taraftan non-randomize çalışmaların önemli bir kısmında başlangıç özelliklerinin karşılaştırılması gerektiği halde karşılaştırılmadığını gösterdik. Buradan, TREND bildirisine uyumun artırılması gerektiği ortaya çıkmaktadır (Am J Public Health. 2004; 94: 361-366.)

PB-067

Osteoartrite bağlı synovitte glukozamin sülfat ve diklofenak sodyumun antienflamatuar etkisinin karşılaştırılması

¹Murat Korkmaz, ²Yalçın Erdoğan, ³Birsen Kutbay,

⁴İlhan Günaydin

¹Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, ²Aile Hekimliği Anabilim Dalı, ³Ameliyat Hemşiresi, ⁴İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Yozgat

Giriş: Osteoartrit (OA) sık görülen bir hastalıktır. OA de bazı dönemlerde synovit ve buna bağlı fonksiyon kaybı ve ağrı şikayeti gelişebilir. Bir çok tedavi yöntemi mevcuttur. Bunlardan en sık kullanılanı antienflamatuar ilaç tedavisi ve soğuk uygulamadır. Bu tedavi yöntemlerinin etkisi tam olarak kanıtlanmamış-

tır. Synoviti olan OA'lı hastalarda glukozamin sülfatın etkisi diklofenek sodyumla karşılaştırıldı.

Yöntem: Ocak 2007-Aralık 2010 arası Amerikan Romatizma Birliği kriterlerine göre diz osteoartrit tanısı konulmuş ve synoviti olan 52 hastaya tedavide rastgele glukozamin sülfat 1500 miligram (mg) günde tek doz (Grup 1) veya diklofenak sodyum 75 mg günde 2 doz (Grup 2) oral olarak verildi. Hastaların başlangıçta ve 6 ay sonundaki Western Ontario and McMaster Universities Index For Osteoarthritis (WOMAC) ağrı ve fonksiyon skorlamasına bakıldı. Tüm guruplardaki hastaların bir ay sonundaki synovit miktarı klinik olarak değerlendirildi.

Bulgular: Glukozamin sülfat verilen 25 hastanın başlangıçtaki WOMAC ağrı ve fonksiyon skorları ile 36. hafta sonuçlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiştir ($p<0.05$). Grup 2'de diklofenak kullanan osteoartritli, 27 hastanın tedavi başındaki ağrı ve fonksiyonel WOMAC skorları ile 36 hafta sonu ağrı ve fonksiyonel skorlar ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0.05$). Bir ay sonunda grup 1'deki hastaların 12'sinde (%48) synovitin azaldığı ve 14'ünde (%56) klinik olarak yakınmalarda azalma gözlemlendi. Grup 2 hastaların bir ay sonunda 16'sında (%59.2) synovitin azaldığı ve 17'sinde (%62.9) yakınmalarda düzelme izlendi. Grup 2'deki synovitin düzelme oranı, grup 1'e göre istatistik olarak anlamlı bulundu ($P<0.05$). Gruplar arasında ağrı ve fonksiyon skorları açısından bir farklılık gözlenmedi ($p:0.35$)

Sonuç: Osteoartrit tedavisinde glukozamin sülfatın ağrı ve fonksiyona etkisi diklofenak sodyuma benzerdir. Ancak OA' e bağlı synovit tedavisinde glukozamin sülfat diklofenak sodyum kadar etkili bulunmadı.

PB-068

Türkiye romatoid artrit hasta veritabanından ilk veriler: Romatoid artritlerin hastalık aktivitesi ve ilaç kullanımı

¹Nevsun İnanç, ²İsmail Şimşek, ³Gülen Hatemi, ¹Meryem Can, ²Salih Pay, ²Hakan Erdem, ²Sedat Yılmaz, ²Muhammet Çınar, ⁴Necati Çakır, ⁵Recep Tunç, ¹Haner Direskeneli, ⁶Yusuf Yazıcı
¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, ²GATA Romatoloji Bilim Dalı, ³İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, ⁴Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul; ⁵Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Konya; ⁶New York Üniversitesi, New York, ABD

Gerekçe: "Hedefe yönelik tedavi" yaklaşımının gerçek hayattaki başarısı ancak farklı popülasyonları, farklı özellikteki hastaları ve ilaç kullanımlarını içeren hasta kayıt kütükleri ile değerlendirilebilir. 2010 yılında günlük uygulamada izlenen romatoid artritli (RA) hastalara ilişkin veri toplamak amacıyla oluşturulan Türkiye Romatoid Artrit Hasta Veritabanı (TRAV), basvuran her RA hastasının, her vizitini kaydetme amacı ile kurulan ve bu alanda bildiğimiz ilk kayıt kütüğüdür.

Yöntem: TRAV kapsamında 5 merkezde hasta kaydı gerçekleştirilmektedir. Bu merkezlerden üçünün verileri bu analize dahil edildi. Hastalar, her ziyarette fiziksel fonksiyon, ağrı, hasta global

değerlendirmesi, yorgunluk, anksiyete, depresyon ve uyku kalitesi ölçeklerini içeren çok boyutlu sağlık değerlendirme anketini (MDHAQ) doldurdu ve cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyi gibi demografik verileri kaydedildi. Hekim global değerlendirme için görsel analog ölçek (VAS) kullanılıp, hassas ve şiş eklem sayımları gerçekleştirildi. RAPID3, DAS28 ve CDAI (Klinik Hastalık Aktivitesi İndeksi) skorları hesaplandı. Ölçümlerdeki merkezler arasındaki farklar, son ziyaret değerlendirmeleri ve biyolojik ilaç kullanımına göre karşılaştırıldı. Sürekli ve sıralı ölçümler için Kruskal-Wallis testi ve kategorik ölçümler için ki kare testi kullanılmıştır.

Sonuçlar: Hasta veritabanına 140 RA hastası kaydedildi (ortalama yaş 54.0, hastalık süresi 9.4 yıl, %79'u kadın, eğitim süresi 7.5 yıl). Genel olarak, RAPID3 skorlarına göre hastaların %21'inde remisyon ya da düşük hastalık aktivitesi sağlandı. DAS28 ve CDAI skorları karşılaştırıldığında oranlar biraz daha yüksek olmakla birlikte, her hastanın her ziyaret için DAS28 değerlendirmesi bulunmamaktaydı. Hastaların %25'i biyolojik ilaç kullanmakta olup, merkezler arasında biyolojik ilaçların kullanımı açısından bazı farklılıklar bulunmaktadır. Aynı durum, düşük hastalık aktivitesi olan hasta sayıları ile birlikte, MTX (toplam %51) ve prednizon kullanımı (toplam %50) için de geçerlidir (Tablo). Biyolojik ilaç kullanan hastalarda ($n=32$), hastalık modifiye edici ilaçlar (DMARD) kullanan hastalar ($n=108$) ile karşılaştırıldığında hastalık süresi anlamlı olarak uzundu ve fiziksel fonksiyonlar daha kötüydü. Bu durum, olasılıkla bu hasta popülasyonunda biyolojiklerin kullanım gerekçesini yansıtmaktadır.

Tablo (PB-068):

	Cerrahpaşa	GATA	Marmara	Toplam	p
N	24	44	72	140	0.298
Yaş (yıl)	50.8 (13.1)	54.2 (13.2)	55.1 (13.2)	54.0 (13.2)	0.298
Hastalık süresi (yıl)	9.8 (7.6)	8.0 (5.6)	10.2 (8.5)	9.4 (7.5)	0.561
RAPID3 [0-30]	10.3 (7.1)	10.6 (5.7)	12.2 (6.4)	11.4 (6.3)	0.176
Yorgunluk [0-30]	5.6 (3.7)	5.4 (3.2)	4.4 (2.9)	4.9 (3.2)	0.146
Şiş eklem [0-28]	1.8 (4.5)	1.5 (3.4)	1.5 (2.8)	1.6 (3.3)	0.724
Hassas eklem [0-28]	2.9 (6.6)	5.2 (8.2)	1.1 (3.0)	2.7 (6.0)	0.005
Hekim global değerlendirmesi [0-10]	2.1 (2.2)	3.1 (2.6)	3.0 (1.4)	2.8 (2.2)	0.076
DAS28 [0-10]	3.6 (1.5)	3.9 (1.6)	3.1 (1.1)	3.5 (1.4)	0.152
CDAI [0-76]	11.3 (12.8)	14.7 (13.9)	10.9 (6.5)	12.6 (11.7)	0.443
Prednizon [N (%)]	20 (%83)	22 (%50)	28 (%39)	70 (%50)	0.001
Metotretsat [N (%)]	19 (%79)	27 (%61)	26 (36)	72 (%51)	<0.001
Hidroksiklorokin [N (%)]	2 (%8)	10 (%23)	13 (%18)	25 (%18)	0.367
Leflunomid [N (%)]	3 (%13)	15 (%34)	20 (%28)	38 (%27)	0.150
Sulfasalazin [N (%)]	2 (%8)	6 (%14)	17 (%24)	25 (%18)	0.188
Adalimumab [N (%)]	4 (%17)	6 (%14)	4 (%6)	14 (%10)	0.152
Etanercept [N (%)]	2 (%8)	2 (%5)	7 (%10)	11 (%8)	0.694
İnfliksımab [N (%)]	3 (%13)	0 (%0)	2 (%3)	5 (%4)	0.039
Ritüksımab [N (%)]	0 (%0)	0 (%0)	4 (%6)	4 (%3)	0.295

RAPID3: Routine Assessment of Patient Index Data, DAS28: Disease Activity Score, CDAI: Clinical Disease Activity Index

Tartışma: Türkiye'deki bu RA popülasyonunda, hastaların yaklaşık dörtte birinde remisyon ya da düşük hastalık aktivitesi bulunmuştur ve yine hastaların dörtte biri biyolojik ilaç kullanmaktadır.

Bu biyolojik ilaç kullanım oranı çoğu Avrupa ülkesine göre daha yüksektir. Tedavi merkezleri arasındaki farklılıklar, görülen hasta tiplerini ve farklı tedavi yaklaşımlarını yansıtır olabilir. Bu veriler, Türkiye'deki güncel RA tedavilerine ve rutin hasta veritabanı kayıtlarına ilişkin bir bakış sağlamaktadır ve veritabanına eklenen hastalar ve artan izlem süresi ile daha fazla bilgi edinilecektir.

PB-069

Ratlarda kollajen ile uyarılan artrit modelinde pemetreksed tedavisinin etkinliği

¹Metin Özgen, ¹Süleyman Serdar Koca, ¹Ahmet Karataş, ¹Adile Ferda Dağlı, ³Fazilet Erman, ⁴Nurhan Şahin, ⁴Kazım Şahin, ¹Ahmet Işık

¹Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, ²Patoloji Anabilim Dalı, ³Fırat Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, ⁴Fırat Üniversitesi Veteriner Fakültesi, Hayvan Besleme Anabilim Dalı, Elazığ

Amaç: Metotreksat (MTX), romatoid artrit (RA) tedavisinde 'altın standart' olarak kabul edilmektedir. Pemetreksed (PMTX), MTX gibi antifolat bir ilaçtır. Ancak, PMTX, MTX'ten farklı olarak, birçok folat bağımlı enzimi inhibe etmektedir. Bu nedenle, çok hedefli antifolat olarak adlandırılmıştır. Bu çalışmanın amacı, ratlarda kollajen ile uyarılan artrit (CIA) modelinde PMTX'in etkinliğini değerlendirmektir.

Yöntem: 40 adet Wistar albino dişi rat, dört gruba randomize edildi (her grupta n=10). Grup-I kontrol grubu, Grup-II artrit grubu, Grup-III düşük doz PMTX grubu, Grup-IV yüksek doz PMTX grubu olarak belirlendi. Artrit oluşturmak için, Grup-II, III ve IV ratlara, intradermal inkomplet Freund adjuvanı ile kombine edilen tavuk tip II kollajeni uygulandı. Artrit gelişikten bir gün sonra, 14. gün, Grup III ve Grup IV ratlara, sırasıyla 0.2 ve 1 mg/kg/hafta dozlarında intraperitoneal PMTX başlandı. Ratlar, artrit gelişiminden 15 gün sonra sakrifiye edildi. Analizler için, ratların gövde kanları ve arka pençeleri alındı. Serum tümör nekroz faktör (TNF)- α , interlökin (IL)-17, malondialdehid (MDA) düzeyleri ve süperoksit dismutaz (SOD), katalaz (CAT), glutatyon peroksidaz (GPx) aktivite, eklem dokusunda nuclear factor erythroid 2-related factor 2 (Nrf2) ve hem oksijenaz-1 (HO-1) ekspresyonları, pençelerde perisinovyal inflamasyon ve kırık-kemik destrüksiyonu değerlendirildi.

Bulgular: Grup-I ile karşılaştırıldığında, Grup-II'de TNF- α , IL-17 ve MDA düzeylerinde artış, SOD, CAT, GPx aktivite, Nrf2, HO-1 ekspresyonlarında azalma vardı. Histopatolojik değerlendirmelerde, Grup-II rat eklemlerinde yaygın perisinovyal inflamasyon ve belirgin kırık-kemik destrüksiyonu vardı (Tablo). PMTX tedavisi ile TNF- α , IL-17, MDA düzeylerinde azalma, SOD ve GPx aktivite, Nrf2, HO-1 ekspresyonlarında artış, perisinovyal inflamasyon ve kırık-kemik destrüksiyonunda azalma belirlendi.

Sonuç: Bu çalışma, CIA modelinde PMTX'in kırık-kemik destrüksiyonunu önlediğini gösteren ilk çalışmadır. Bu sonuçlar, PMTX'in RA tedavisinde yeni bir hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç olabileceğini düşündürmektedir.

Tablo (PB-069): Çalışma gruplarının klinik ve laboratuvar verileri*

	Grup-I (Kontrol) (n=10)	Grup-II (Artrit) (n=10)	Grup-III (PMTX 0.2 mg/kg) (n=10)	Grup-IV (PMTX 1 mg/kg) (n=10)
14. gün artrit skoru	-	1.4 $\pm$ 0.7	1.9 $\pm$ 1.3	1.4 $\pm$ 0.5
29. gün artrit skoru	-	2.4 $\pm$ 0.5	1.0 $\pm$ 0.6 ^d	0.4 $\pm$ 0.5 ^{e,f}
İnflamasyon skoru	-	4.0 $\pm$ 0.0	3.2 $\pm$ 0.9 ^c	2.4 $\pm$ 0.9 ^e
Destrüksiyon skoru	-	3.9 $\pm$ 0.3	3.3 $\pm$ 0.7 ^d	2.0 $\pm$ 0.0 ^{e,g}
TNF- α (pg/mL)	25.6 $\pm$ 5.0	62.7 $\pm$ 12.9 ^b	31.7 $\pm$ 7.1 ^d	30.7 $\pm$ 10.4 ^d
IL-17 (pg/mL)	29.5 $\pm$ 8.3	65.7 $\pm$ 8.9 ^b	42.3 $\pm$ 4.8 ^{b,d}	47.0 $\pm$ 5.6 ^{b,d}
MDA (μ mol/L)	0.58 $\pm$ 0.23	1.60 $\pm$ 0.20 ^b	0.69 $\pm$ 0.14 ^d	0.70 $\pm$ 0.16 ^d
SOD (U/mL)	12.0 $\pm$ 7.3	3.4 $\pm$ 1.6 ^b	6.5 $\pm$ 2.7 ^{b,d}	6.5 $\pm$ 1.8 ^{b,d}
CAT (nmol/dk/mL)	0.33 $\pm$ 0.07	0.12 $\pm$ 0.08 ^b	0.23 $\pm$ 0.08 ^{a,c}	0.13 $\pm$ 0.10 ^b
GPx (nmol/dk/mL)	335 $\pm$ 179	179 $\pm$ 45 ^b	292 $\pm$ 126 ^c	322 $\pm$ 198 ^d

*Değerler ortalama $\pm$ standart sapma olarak verildi. PMTX: Pemetreksed, TNF: Tümör nekroz faktör, IL: Interlökin, MDA: Malondialdehid, SOD: Süperoksit dismutaz, CAT: Katalaz, GPx: Glutatyon peroksidaz. Grup I ile karşılaştırıldığında: *p<0.05, ^bp<0.01 Grup II ile karşılaştırıldığında: ^cp<0.05, ^dp<0.01, ^ep<0.001 Grup III ile karşılaştırıldığında: ^fp<0.05, ^gp<0.01

PB-070

Romatoit artrit hastalarında anti-CCP ve romatoit faktör pozitifliğinin tedavi yanıtına etkisi

Yavuz Pehlivan, İsmail Dilli, Fatih Göktepe, Bünyamin Kısacık, Ahmet Mesut Onat

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

Gerekeçe: Özellikle son yıllarda Romatoit Artrit (RA) hastalarında antikor pozitifliği olanların anti-TNF tedavisine olumlu yanıt verdiği gösterilmiştir. Ancak bu konuda ülkemizde RA tanısı ile anti-TNF tedavisi alan hastalarla ilgili her hangi bir veri bulunmamaktadır.

Yöntem: Çalışmaya Romatoloji Kliniğinde RA tanısı konulan anti-TNF tedavisi alan 163 RA hastası dahil edilmiştir. Hastaların hastalık aktivite, DAS28, HAQ ve VAS skorlama yöntemi ile ölçülmüştür.

Sonuçlar: Hastaların yaş ortalaması 48.40 $\pm$ 13.21 idi. Dahil edilen hastaların 34'ü (%20) erkek, 129'u (%80) ise kadın idi. Hastaların %70.6'sının anti-CCP'si pozitifken, %72.4'ünün Romatoit Faktörü (RF) pozitif idi. Hastaların tamamı tedaviye başlamadan önce biri metotrexate olmak üzere en az bir DMARD tedavisi almıştı. Biyolojik tedavi öncesi RF ve CCP pozitifliğinin DAS28, CRP, HAQ ve VAS skorları ile arasında istatistiksel derecede anlamlı fark bulunmadı. MTX yanıtsız RA hastalarına 62 hastaya Adalimumab, 50 hastaya Etanercept ve 51 hastaya Infliximab tedavisi başlandı. Anti-TNF tedavisi öncesi hastalık aktivite, HAQ skorunun Infliximab tedavisi alan hastalarda anlamlı olarak daha yüksek olduğu (p<0.001), DAS28 skorları arasında istatistiksel fark bulunmazken, VAS skorları açısından Infliximab kullanan hastaların skorlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (p<0.001). Laboratuvar verilerine bakıldığında, CRP skorlarının Infliximab ve Etanercept tedavisi alan hastalarda (p<0.001), ESH'nin ise

Etanercept tedavisi alan grupta ($p<0.001$) anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür. 16 haftalık anti-TNF tedavi sonuçları değerlendirildiğinde, RF negatif olan hastaların HAQ skoru başlangıçta 1.83 ± 0.41 iken tedavi sonrasında 0.89 ± 0.39 'a, DAS28 skorunun 5.80 ± 0.76 'dan 4.18 ± 0.89 'a gerilediği görüldü. Diğer yandan RF pozitif RA hastalarında HAQ skoru başlangıçta 1.76 ± 0.34 iken tedavi sonrasında 0.94 ± 0.50 'ye, DAS28 skorunun 5.70 ± 0.71 'den 4.22 ± 0.81 'e gerilediği görüldü. Anti-CCP negatif olan hastaların HAQ skoru başlangıçta 1.80 ± 0.39 iken tedavi sonrasında 0.85 ± 0.39 'a, DAS28 skorunun 5.73 ± 0.83 'den 4.17 ± 0.84 'e gerilediği görüldü. Anti-CCP'si pozitif olan hastalarda ise HAQ skoru başlangıçta 1.77 ± 0.35 iken tedavi sonrasında 0.96 ± 0.50 'ye, DAS28 skorunun 5.74 ± 0.68 'den 4.23 ± 0.83 'e gerilediği görüldü. Ayrıca RF pozitif olan hastaların tedavide kalma süresi ortalama 16.22 ± 13.72 ay iken negatif olan hastalarda 19.06 ± 12.97 ay, anti-CCP'si pozitif olan hastalarda 16.01 ± 13.39 ay, negatif olan hastalarda ise 19.40 ± 13.73 ay olarak saptanmış ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. 16 haftalık anti-TNF tedavisi sonrası elde edilen yanıtlar değerlendirildiğinde, RF ve anti-CCP'si pozitif olan hastaların ilaç türünden bağımsız olarak negatif olan hastalara kıyasla daha yüksek klinik tedavi yanıtı verdiği gözlemlenmiştir.

PB-071

Gaziantep Erken Artrit Taraması (GREAT) ilk sonuçları

Bünyamin Kısacık, Ahmet Mesut Onat, Yavuz Pehlivan

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

Gerekçe: Romatoid artrit tedavisinde son 10 yılda belirgin gelişmeler olmakla birlikte, tüm dünyadaki romatologların vurgusu romatoid artrit erken tanı ve tedavisi olmuştur. Bu amaçla dünyanın farklı ülkelerinde romatoid artrit tanısının erken konulması amacıyla erken artrit klinikleri kurulmuştur. Bu klinikler aile hekimleri ile ortaklaşa yapılan projelerdir. Ülkemizde son birkaç yıldır aile hekimliği sistemine geçilmesi ile erken artrit kliniklerinin yaygınlaşabileceği ve eroziv inflamatuvar artritlerinin erken teşhisinde ve tedavisinde ciddi ilerlemeler sağlanabileceği akla gelmektedir. Biz burada Gaziantep erken artrit kliniğine (GREAT) aldığımız ilk hastaların sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Yöntem: GREAT projesi Eylül 2010 tarihinde uygulanmaya başladı. Gaziantep Valiliği ve Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü desteği de alınarak ilimizde bulunan 450 aile hekimi ile tek tek görüşüldü. Aile hekimleri 40-45 kişilik gruplar halinde erken artrit ve erken spondilit eğitimine tabi tutuldu ve 268 hekim gönüllülük esası ile çalışmaya katıldı. Projenin başlangıcından önceki 6 aylık dönemde web tabanlı hasta kayıt programı kuruldu ve hasta takibini ve programın koordinasyonunu sürdüreceği çalışma hemşiresi eğitildi. Her hafta 2 gün erken artrit polikliniği düzenli olarak sürdürüldü.

Sonuçlar: 24 Ağustos 2011 tarihine kadar 165 hasta erken artrit kliniğine başvurdu. Hastaların 56'sına (%33.9) inflamatuvar romatolojik hastalık tanısı konuldu. Bu 54 hastanın 22'si anki-

lozan spondilit, 20'si romatoid artrit, 4'ü psöriatik artrit, 3'ü polimiyalji romatika, 2'si ailesel Akdeniz ateşi ve birer hasta Sjögren sendromu, sistemik lupus eritematozus, skleroderma, Behçet hastalığı ve Takayasu arteriti tanısı aldı.

Tartışma: Mevcut literatür esas alındığında erken artrit kliniklerinde de yıllık olarak 100-400 arasında hasta görülmektedir. Burada hem başvuran hasta sayısı hem de doğru tanı alan hasta sayısı ve doğru tanı konma yüzdeleri ilk dikkat edilen sonuçlardır. Genellikle 1/3 doğru tanı oranı kabul edilirken, GREAT'te de aynı oran dikkati çekmiştir. Erken artrit kliniklerinin devamı başlangıçta ortaya konan heves ile değil, kurumsal kimlikle devamlılık esasına dayandırılmalıdır ve eğitimin sürekliliği ve aile hikimi ile interaktif kesintisiz diyalog, projenin başarısındaki temel noktadır.

PB-072

İnflamatuvar artritli olan hepatit B hastalarında tedavi yaklaşımları (A+HBV): Çok merkezli çalışma

¹Umut Kalyoncu; A+HBV Çalışma Grubu* adına,

²Hakan Emmungil, ³Mesut Onat, ⁴Sedat Yılmaz, ⁵Servet Akar, ⁶Nevsun İnanç, ⁷Fatih Yıldız, ⁸Orhan Küçükşahin, ⁹Ömer Karadağ, ¹⁰Rıdvan Mercan, ¹¹Cemal Bes, ¹²Veli Yazısız

¹Hacettepe Üniversitesi Romatoloji Ünitesi, Ankara; ²Ege Üniversitesi Romatoloji Ünitesi, İzmir; ³Gaziantep Üniversitesi Romatoloji Ünitesi, Gaziantep; ⁴GATA Romatoloji Ünitesi, Ankara; ⁵Dokuz Eylül Üniversitesi Romatoloji Ünitesi, İzmir; ⁶Marmara Üniversitesi Romatoloji Ünitesi, İstanbul; ⁷Çukurova Üniversitesi Romatoloji Ünitesi, Adana; ⁸Ankara Üniversitesi Romatoloji Ünitesi, Ankara; ⁹Diyarbakır Devlet Hastanesi Romatoloji Ünitesi, Diyarbakır; ¹⁰Gazi Üniversitesi Romatoloji Ünitesi, Ankara; ¹¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi Romatoloji Ünitesi, Bolu; ¹²Antalya Üniversitesi Romatoloji Ünitesi, Antalya

Gerekçe: İnflamatuvar artritli (İA) hastalardan HBsAg (+) olanlarda DMARD/biyolojik ajan kullanımıyla ilgili bir fikir birliği yoktur. Bu çalışmada günlük pratikte takip edilen bu hastalardaki anti-viral tedavi, DMARD/biyolojik ajan kullanım durumu ve HBV viral yükündeki değişikliklerin incelenmesi amaçlanmıştır. Yöntem: HBsAg(+) bulunan İA hastalarının retrospektif verileri 12 farklı merkezden alınmıştır. Demografik veriler, ilaç öyküsü (DMARD, anti-TNF, anti-viral), transaminazlar (TA), hepatit belirteçleri, HBV viral yükü (kopya/ml) kaydedilmiştir. Başlangıç noktası olarak hastadaki ilk HBV viral yük tarihi alınmış, takip süreleri bu tarihe göre belirlenmiştir. HBV viral yükünün 104 kopya/ml'dan yüksek olması aktif HBV olarak tanımlanmıştır.

Sonuçlar: Ortalama yaşları 44 ± 12 , ortalama takip süreleri 31 ± 22 ay olan 80 hasta (K/E: 40/40) değerlendirildi (Tablo). HBsAg 80 (%100), HBeAg 7 (%8.7), anti-HBs 0 (%0), anti-HBe 49 (%61.3), anti-HBc 50 (%62.5) hastada vardı. 56 hastaya (%70) antiviral tedavi ortanca olarak 18.5 (2-84) ay verildi. Mtx 48 (%60), SSZ 45 (%56), Lef 13 (%16), ETN 18 (%22), INF 14 (%18) [6/14 (%43) hastada INF kesildi, 2'sinde kesilme nedeni HBV-DNA yükselmesi idi. 4'ünde ETN'e geçildi] ve ADA 9 (%11) hastada kullanılıyordu. 63 hastanın HBV-DNA'sı başlangıçta normaldi (Şekil). 11'inde (%17.4) 21 ± 15 aylık takip sonunda HBV-DNA'da yükselme görüldü, bunların

Tablo (PB-072): HBs Ag (+) hastaların akış şeması

	Tüm hastalar (n=80) n (%)	Anti-viral tedavi başlanmayanlar (n=24) n (%)	DMARD/anti-TNF ile antiviral başlananlar (n=38) n (%)	DMARD/anti-TNF sonrasında anti-viral başlananlar (n=18) n (%)	p
Takip süresi ay	31 ± 22	39 ± 27	21 ± 16	43 ± 21	<0.001 ^{1,2}
RA	38 (47)	10 (42)	15 (39)	13 (72)	>0.05
SpA	39 (49)	12 (50)	22 (58)	5 (28)	
JRA	3 (4)	2 (8)	1 (3)	0 (0)	>0.05
MTX	48 (60)	14 (58)	20 (53)	14 (78)	
SSZ	45 (56)	17 (71)	20 (53)	8 (44)	>0.05
Lef	13 (16)	3 (12)	6 (16)	4 (22)	
ETN	18 (22)	6 (25)	6 (16)	6 (33)	>0.05
INF	14 (18)	4 (17)	4 (11)	6 (33)	
ADA	9 (11)	1 (4)	7 (18)	1 (6)	0.03 ³
Ttransaminazlar (Başlangıç/takip) normal	71 / 68	23 / 20	35 / 33	13 / 15	
1-1.5x	3 / 2	1 / 0	1 / 1	1 / 1	0.047 ²
1.5-3x	3 / 5	0 / 2	2 / 3	1 / 0	
3-5x	3 / 5	0 / 1	0 / 1	0 / 1	>0.05
>5x	3 / 2	0 / 1	0 / 0	3 / 1	
Takip süresi ay					>0.05
n / n	52 (65)	16 (67)	26 (68)	10 (56)	
n / ↑	11 (13)	3 (12)	3 (8)	5 (28)	>0.05
↑ / n	10 (12)	1 (4)	6 (16)	3 (16)	
↑ / ↑	7 (10)	4 (17)	3 (8)	0 (0)	

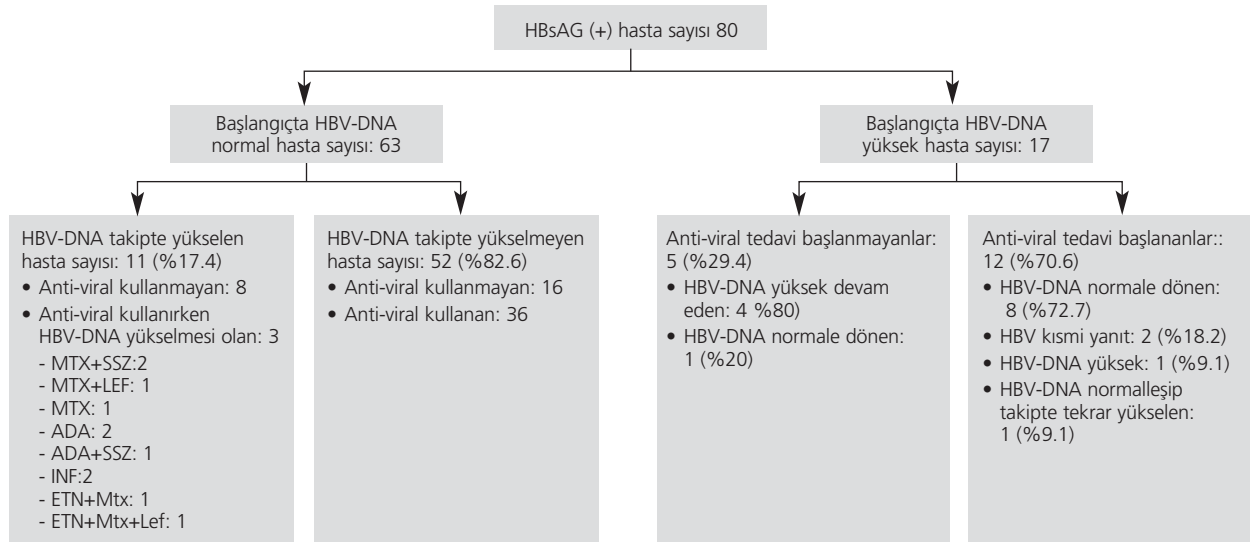
¹Antiviral başlanmayanlara karşı baştan antiviral başlananlar, ²Baştan antiviral başlananlara karşı sonradan antiviral başlananlar, ³Antiviral başlanmayanlara karşı sonradan antiviral başlananlar

3'ünde TA'da yükselme vardı. HBV-DNA'da yükselme görülen hastaların 7'si (%63.6) anti-TNF kullanıyordu; 2/18 (%11) ETN (1'i anti-viral alıyor, birisi almıyorken), 2/14 (%14.2) INF (anti-viral almıyorlardı), 3/9 (%33) ADA (1'i antiviral almıyor, 2'si alıyordu). DMARD/anti-TNF başlangıcında 17 (%21.3) hastada (8'sinde HBV-DNA>105) HBV-DNA yüksekti, bunların 2'sinde (%11.8) TA da yüksekti. Bu 17 hastanın 12'sine anti-viral tedavi verildi (Şekil).

Tartışma: Bu çok merkezli çalışma HBV-DNA düzeyinin takipte kullanıldığı literatürdeki en geniş serilerden birisidir. Ro-

matoloji uzmanlarının HBsAg(+) olan hastalara farklı yaklaşımları olduğu görüldü. Hastaların yaklaşık yarısına DMARD/anti-TNF öncesinde anti-viral tedavi başlanmamıştı. Transaminazların takip değeri oldukça düşüktür, HBV-DNA düzeyi takipte mutlaka yer almalıdır. HBV-DNA'sı başlangıçta normal olan hastaların yaklaşık %17'sinde viral replikasyon görülmüştür, bu durum özellikle anti-TNF tedavi alan hastalarda fazladır.

*A+HBV Çalışma Grubu üyeleri: ¹İhsan Ertenli, ¹Sedat Kiraz, ¹Kenan Aksu, ¹Bünyamin Kısacık, ¹Yavuz Pehlivan, ⁴Ayhan Dinç, ⁶Haner Direskeneli, ⁷Eren Eken, ⁸Murat Turgay, ¹⁰Mehmet Akif Öztürk, ¹¹Mehmet Soy.

**Şekil (PB-072):** HBs Ag (+) hastaların akış şeması

PB-073**Romatoid artrit ve ankilozan spondilitli hastalarda hepatit B ve hepatit C virusu infeksiyonlarının sıklığı- Çok merkezli çalışma**¹Ömer Karadağ, ¹Neslihan Yılmaz, ²Ayten Yazıcı,³Bünyamin Kısacık, ⁴Sema Yılmaz, ⁵Timuçin Kaşifoğlu,⁶Umut Kalyoncu, ⁷Hakan Temiz, ⁸Birol Baysal,¹Ahmet Mesut Onat¹Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği,Diyarbakır; ²Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği,Sakarya; ³Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı,Gaziantep; ⁴Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Romatoloji BilimDalı, Konya; ⁵Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi RomatolojiBilim Dalı, Eskişehir; ⁶Hatay Devlet Hastanesi Romatoloji Kliniği, Hatay;⁷Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mikrobiyoloji Kliniği, ⁸Gas-

troenteroloji Kliniği, Diyarbakır

Gerekçe: Anti-romatizmal ilaçlar ve özellikle anti-TNF ajanlar, hepatit B (HBV) ve hepatit C (HCV) virusu ile enfekte hastalarda reaktivasyonlara yol açabilmektedir. Viral hepatit sıklığının coğrafi bölgelere göre farklılık gösterdiği saptanmıştır. Romatoid artrit (RA) ve ankilozan spondilitte (AS) HBV ve HCV prevalansının genel popülasyona benzerlik gösterdiği söylenebilir de literatür taramasında bu konuda geniş ölçekli bir çalışma bulunamamıştır. Bu çalışmada 6 farklı romatoloji merkezindeki RA ve AS hastalarında HBV ve HCV (+) sıklığının araştırılması ve Türkiye’deki genel popülasyon ile karşılaştırılması amaçlanmaktadır.

Yöntem: Çalışmaya ACR 2010 Romatoid artrit veya 1984 Ankilozan spondilit veya ASAS-EULAR Spondilartirit tanı kriterlerini karşılayan ardışık hastalar dahil edildi. Hepatit B yüzey antijeni (HBsAg) ve Anti-HCV antikoru sonuçları kaydedildi. Sonuçlarının karşılaştırılmasında Türk Karaciğer Araştırmaları Derneği tarafından yapılan 2009-2010 içerisinde 23 farklı ilde 5465 gönüllü ile yaptığı “Türkiye hepatit prevalans çalışması” sonuçları ile Diyarbakır EAH Mikrobiyoloji Laboratuvarının 2010-2011 yılları arasındaki verileri kullanıldı.

Sonuçlar: Çalışmaya toplam 1515 RA (K/E:1177/338) ile 854 AS hastası (K/E: 388/466) alındı. Ortalama yaş RA grubunda 48.7±13.9, AS grubunda 36.9±10.8 yıl idi. Hastalık süreleri sırasıyla 6.4±6.1 ve 6.3±5.9 yıl idi. HBs Ag (+)’liği RA hastalarının 33(%2.2)’ünde, AS hastalarının 25(%2.9)’inde saptanırken; Anti HCV (+)’liği RA’da 15(% 1), AS’de 8(% 0.9) hastada saptandı. RA’da HBs Ag (+)’liği erkeklerde kadınlara göre daha sık bulunurken (sırasıyla %3.9 ve %1.7, p=0.017), Anti-HCV sadece kadın hastalarda (+) saptandı. (%1.3 ve %0, p=0.037). AS’de HBs Ag ve Anti HCV (+)’liği açısından cinsiyetler arasında istatistiksel farklılık saptanmadı (HBs Ag; %3.5 ve %2.6; Anti HCV %0.8 ve %1.1, p>0.05). HBs Ag (+)’liği her iki hasta grubunda da genel popülasyondan düşük bulundu (Tablo).Coğrafi dağılımda ise hem RA hem de AS grubunda Diyarbakır’da HBs Ag, Hatay’da ise anti HCV (+)’liği Türkiye ortalamasından daha yüksek saptandı (Tablo). HBs Ag (+)’liği 60 yaş üzeri RA (%5.7) ve AS (%6.7) hastalarında, antiHCV (+)’liği ise sadece AS hastalarında(%5.7) genel popülasyondan daha yüksek bulundu.

Tablo (PB-073):

	Genel popülasyon	Romatoloji kliniğinde izlenen RA hastaları			Romatoloji kliniğinde izlenen AS hastaları		
	HBs Ag %	Hasta sayısı	HBs Agn %	Anti HCVn (%)	Hasta sayısı	HBs Agn (%)	Anti HCVn (%)
Diyarbakır	10.4*	353	15 (4.2)	3 (0.8)	156	7 (4.5)	2 (1.3)
Eskişehir	-	150	5 (3.3)	2 (1.3)	48	1 (2.1)	0
Gaziantep	9.9	313	2 (0.6)	3 (1.0)	305	8 (2.6)	4 (1.3)
Hatay	2.5	202	3 (1.5)	4 (2.0)	83	3 (3.6)	2 (2.4)
Konya	2.1	213	4 (1.9)	1 (0.5)	102	3 (2.9)	0
Sakarya	-	283	4 (2.1)	2 (0.7)	160	3 (1.9)	0
Total	3.99	1514	33 (2.2)	15 (1.0)	854	25 (2.9)	8 (0.9)

Tartışma: RA ve AS hastalarında HBs Ag (+)liği sıklığı, genel popülasyondan daha düşük bulunurken, anti HCV sıklığında farklılık gözlenmemiştir. HBsAg (+)’liğindeki düşüklüğün nedenlerinin (etyolojik, metodolojik vs.) daha ileri çalışmalarla araştırılması gerekmektedir. Hijyen kurallarının göreceli olarak düzelmesi ve hepatit B aşısının daha yaygın kullanılması genç hastalardaki sıklıktaki azalmada rol oynamış olabilir. HBs Ag (+)’liğinin erkeklerde ve Güneydoğu bölgesinde daha yüksek çıkması, bu kişilere yönelik hepatitten korunma bilgilendirme çalışmalarına ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir.

PB-074**Romatoid Artritli Hastaları Anketlerle Tanıma (RAHAT): Türk RA hastalarının kesitsel bir analizi****RAHAT Çalışma Grubu***

Türkiye

Gerekçe: Romatoid Artrit (RA) hastalarının hastalıkla ilgili deneyimlerinin uluslararası hazırlanmış bir anket ile değerlendirilmesi.

Yöntem: Çalışmaya 15 merkezden (n=200, K/E: 164/36, ortalama yaş: 50.5 yıl) ≥18 yaşında, erozif hastalığı ve DAS28 >3.2 olan RA hastaları dahil edildi. Her merkezde çalışmaya dahil edilenlerin yarısının en az 6 aydır biyolojik tedavi almakta olan hastalardan oluşması sağlandı. Anket uygulamasında aşağıdaki başlıklara ilişkin bilgiler sorgulandı: demografik özellikler, tanı ve sevk, bilgi gereksinimi ve destek, RA ile yaşamak, mevcut ve önceki tedaviler, biyolojik ilaç seçimine giden karar, biyolojik ilaç kullanımı, kullanılan tedaviden memnuniyet ve karşılanamamış ihtiyaçlar, cilt altı enjeksiyon ile uygulanan ilaçları ve yeni tedavileri kabul etme istekliliği.

Sonuçlar: Hastaların %54’ü ilköğretim, %14.2’si lise üstü eğitime sahipti. Ancak %16 hasta aktif çalışmaktaydı. RA hastalarının ilk şikayetlerinin başlama yaşı ortalama 36.2 yıl, tanı gecikmesi 6 yıl idi; en sık Romatoloji uzmanı tarafından tanılarını konmuş-

tu (%30.4). Sevk sonrası Romatoloji uzmanına ulaşma süresi 20.3 gündü. Hastaların %51.5'i tanı sonrası doktora/kliniğe kolay ulaştıklarını ifade ederken, %25'i "zor/çok zor" olarak tanımladı. Hastaların çoğunun doktoru ile hastalığın seyri ve tedavilerini konuştuğu (%61-89); hastalığın iş ve sosyal yaşamla, ruh sağlığı üzerine etkileri hakkında ise az konuşulduğu (%15-52) belirlendi. Hastalığa ilişkin bilgilerin çoğunlukla doktordan alındığı (%55) ancak bu bilgilerin hastalar tarafından yeterli görülmediği (yeterli:%28.9) saptandı. Hastaların çoğu varolan durumlarından daha iyi olabileceklerini düşünüyor (%76), ancak tamamen iyileşecekleri umudunu taşıyorlardı (%71.5). Hastaların büyük kısmı iş hayatında olumsuz etkiler yaşadığını bildirdi (İş bırakma: %19, erken emeklilik: %12.1, işyerinde verimsizlik: %17.2, kariyer değişikliği: %8.6, daha fazla mazeret izni: %6.9). Hastaların en fazla rahatsızlık duyduğu ilk üç yakınma: el ve/veya ayak ağrısı (%72.5), eklem hassasiyeti/şişliği (%59) ve halsizlik/güçsüzlük (%58.5) idi.

Tartışma: Bulgularımız Türk hastalarda RA tanı ve tedavi sürecinin hala uzun ve sorunlu olduğunu göstermektedir. Hastalar doktorları dışındaki bilgi kaynaklarını sınırlı kullanmakta, ancak hastalık seyri ve tedavi-dışı konuları doktorları ile az konuşmaktadırlar. RA iş ve sosyal yaşamı sıklıkla ağır etkilemekte ve hastaları iş yaşamı dışına itmektedir. Bulgularımız RA'lı hastaların tedavi-dışı gereksinimlerinin yeterince karşılanmadığını düşündürmektedir.

Bu çalışma MSD Firmasının koşulsuz desteği ile gerçekleştirilmiştir.

*RAHAT Çalışma Grubu (Alfabetik sırayla): Akkoç N, Çakır N, Dinç A, Dirsenkeneli H, Ertenli İ, Hamuryudan V, İnanç M, İnanç N, Gül A, Karaaslan Y, Keser G, Keskin G, Kiraz S, Masatlıoğlu S, Pamuk Ö, Pay S, Oksel F, Özbek S, Öztürk MA, Şentürk T, Taşan D, Terzioğlu E, Yazıcı A, Yücel E

PB-075

Romatoid artritli hastalarda Fas/FasL gen polimorfizmi

¹Şenol Kobak, ²Afif Berdeli

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı, Çanakkale;

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Moleküler ve Genetik Laboratuvarı, İzmir

Giriş: Fas/FasL, RA patogenezinde önemli bir rol oynamaktadır. Fas/FasL gene polimorfizmi, RA yatkınlığı ve hastalık ağırlığı ile ilişkili olabilir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, RA'lı hastalarda Fas 670 G/A ve FasL 843 C/T genotip ve allel sıklığını araştırmak, hastalık yatkınlık ve klinik parametrelerle ile olası ilişkisini tespit etmek.

Material ve Metod: Çalışmaya 101 RA hastası ve 105 sağlıklı kontrol alındı. PCR-RFLP metodu ile Fas 670A/G ve FasL 843C/T genotip polimorfizmi bakıldı. Genotip dağılımı ve allel sıklığı için Ki-kare testi kullanıldı.

Sonuçlar: Fas/FasL genotip dağılımı ve allel sıklığı, RA hastalar ve sağlıklı kontroller arasında istatistik olarak anlamlı fark

bulunmadı.(p>0.05). Hastalık ağırlığı ve bazı klinik parametrelerle de anlamlı istatistik fark bulunmazken, Fas 670 polimorfizmi ile anti-CCP antikor ve anemi arasında ilişki tespit edildi.(p<0.01, p<0.03 sırasıyla).

Tartışma: Fas 670 ve FasL 843 promoter gen polimorfizmleri, RA yatkınlık ve hastalık ağırlığı açısından major bir genetik risk faktör olarak görülmemektedir. Fakat, Fas 670 promoter polimorfizmi ile anemi ve anti-CCP antikor gelişmesi arasında ilişki tespit edildi.

PB-076

Metotreksat ilişkili nötropeni gelişiminde sosyal faktörler, mental fonksiyon bozukluğu ve stres ne kadar etkili?

¹Salim Dönmez, ²Büyüamin Kısacık, ¹Ömer Nuri Pamuk,

²Ahmet Mesut Onat, ³Mehmet Sayarlıoğlu,

⁴Gülsüm Emel Pamuk, ²Yavuz Pehlivan, ³Gözde Yıldırım

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne;

²Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep;

³Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı,

Kahramanmaraş; ⁴Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji Bilim Dalı, Edirne

Gerekçe: Metotreksat (MTX)'ın romatoid artrit (RA)'li hastalarda etkin olduğu kadar güvenli olduğu da bildirilmektedir. Ancak klinik pratikte MTX toksisitesi RA'lilerin acil servise başvurusuna yol açan önemli bir sorundur. Yanlış ilaç kullanımı bu olgularda önemli bir problemdir. MTX toksisitesi ile yaş, MTX dozu ve genetik faktörlerin ilişkili olduğu bildirilmektedir. Çalışmamızda MTX'a bağlı nötropeni ile başvuran olgularda toksisite gelişimine mental fonksiyon bozukluğu ve stresin katkısını araştırdık.

Yöntem: 3 merkezde MTX kullanımı ile nötropeni gelişen 28 RA'lı hasta (14K, 14E) çalışmaya alındı. Kontrol grubu olarak, en az 3 ay süredir MTX kullanan hastalar alındı (74 hasta, 63K, 11E). MTX toksisitesi kontrol RA'lilere Mini mental test (MMT) ve "hospital anxiety and depression scale" (HADS) uygulandı.

Sonuçlar: MTX ilişkili nötropeni ile başvuran olguların 26'sında (%92.9) oral mukozit, 9'unda (%32.1) hepatotoksisite ve 1'inde de MTX ilişkili akciğer toksisitesi saptandı. Hepatotoksisite 7'sinde <3 kat, 2 olguda 3-5 kat arası ALT artışı gözlemlendi. MTX ilişkili pansitopeni ile gelen hastaların 4'ü öldü (14.3%). Bunların 1'i sekonder amiloidozlu, diğer 3'ü ise takip dışı kalan ve bu dönemde kronik böbrek yetersizliği gelişen ve MTX almaya devam eden olgulardı. Olguların hepsi de febril nötropeni ve septik şoktan kaybedilmişti. MTX ilişkili nötropeniler kontrol RA'lilerle kıyaslandığında nötropeni grubunda erkek hasta sıklığı (50% vs 14.9%, p=0.001), okuma yazma bilmeme prevalansı (32.1% vs. 6.8%, p=0.002), yalnız yaşama sıklığı (%28.6 vs %5.4, p=0.003), ciddi görme bozukluğu oranları (%25 vs. %6.8, p=0.017), düşük gelirli hasta sıklığı (%21.4 vs %2.7, p=0.005) ve kreatinin düzeyleri (1.2±0.7 vs. 0.92±0.8, p=0.035) kontrolden

yüksekti. MTX ilişkili nötropeni grubunda yaş yüksek olma eğilimindeydi (62.4±17.2 vs 56.9±11.1, p=0.069). Sorgulama sonuçlarına göre, MTX ilişkili nötropeni grubunda MMT skorları anlamlı düşük (22.6±5 vs. 25.3±5, p=0.023), HADS-A (10.4±4.7 vs. 7.5±3.7, p=0.013) ve HADS-D skorları (10.5±4.5 vs. 5.7±4.1, p=0.003) anlamlı yüksek bulundu. Olguların 19'unda (%67.9) yanlış kullanım sonucu (hergün) nötropeni gelişmişti. Rutin-yanlış kullanım karşılaştırıldığında; yanlış kullanım grubunda yanlış yaşama oranı fazla %89.5 vs. %33.3, p=0.003) bulundu.

Sonuçlar: MTX ilişkili nötropeni gelişiminde erkek cinsiyet, yanlış yaşama, düşük gelir düzeyi ve görme bozukluğunun risk faktörleri olduğunu gözlemledik. Yanlış kullanımın önemli problem olduğu ve bunun da yanlış yaşama ile ilişkili olduğu görülmektedir. MTX başlanması düşünülen hastaların sosyo-kültürel durumlarının gözden geçirilmesi gereklidir. Özellikle ileri yaşlı olgularda bunların yanında bilişselfonksiyonları değerlendiren MMT ve anksiyete, depresyon durumunun değerlendirilmesi MTX başlanacak hastalarda faydalı olabilir.

PB-077

Ratlarda kollajen ile uyarılan artrit modelinde epigallocatechin-3-gallate (EGCG)'ın preventiv ve terapötik etkileri

¹Metin Özgen, ¹Süleyman Serdar Koca, ¹Adile Ferda Dağlı, ¹Ahmet Karataş, ¹Cemal Orhan, ¹Hasan Gençoğlu, ¹Nurhan Şahin, ¹Kazım Şahin, ¹Ahmet Işık

¹Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, ²Patoloji Anabilim Dalı, ³Fırat Üniversitesi Veteriner Fakültesi, Hayvan Besleme Anabilim Dalı, ⁴Fırat Üniversitesi Fen Fakültesi, Biyoloji Anabilim Dalı, Elazığ

Amaç: Romatoid artrit (RA), sinovyumun hücreyel infiltrasyonu ve proliferasyonu ile karakterize, infiltre eden hücreler ve ürettikleri mediatörler arasındaki etkileşim ile eklemlerin progresif yıkımına yol açan kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Kronik eklem hastalıklarının gelişiminde, inflamasyon ve oksidatif stres gibi birçok faktör rol almaktadır. Yeşil çay kaynaklı epigallocatechin-3-gallate (EGCG), güçlü antioksidan, antiinflamatuvar, anti-anjiyogenik ve anti-onkogenik özellikleri olan bir bileşiktir. Bu çalışmanın amacı, kollajen ile uyarılan artrit (CIA) modelinde EGCG'nin preventiv ve tedavi edici etkilerinin belirlenmesidir.

Yöntem: 40 adet Wistar albino dişi rat, dört gruba randomize edildi (her grupta n=10). Grup-I kontrol grubu, Grup-II artrit grubu, Grup-III preventiv EGCG grubu, Grup-IV terapötik EGCG grubu olarak belirlendi. Artrit oluşturmak için, Grup-II, III ve IV ratlara, intradermal inkomplet Freund adjuvanı ile kombine edilen tavuk tip II kollajeni uygulandı. Grup-III ratlara artrit indüksiyonundan bir gün önce, Grup-IV ratlara ise artrit oluştuktan sonra, 14. günde, orogastrik sonda ile 50 mg/kg/gün dozunda EGCG başlandı. Ratlar, artrit oluşumundan 15 gün sonra sakrifiye edildi. Analizler için, ratların gövde kanları ve pençeleri alındı. Serum tümör nekroz faktör (TNF)-α, inter-

löklin (IL)-17, malondialdehid (MDA) düzeyleri ve süperoksit dismutaz (SOD), katalaz (CAT), glutatyon peroksidaz (GPx) aktiviteleri, eklem dokusunda nuclear factor erythroid 2-related factor 2 (Nrf2) ve hem oksijenaz-1 (HO-1) ekspresyonları, pençelerde perisinovyal inflamasyon ve kırık-dak-kemik destrüksiyonu değerlendirildi.

Bulgular: Grup-I ile karşılaştırıldığında, Grup-II'de TNF-α, IL-17 ve MDA düzeylerinde artış, SOD, CAT, GPx aktivitelerinde ve Nrf2, HO-1 ekspresyonlarında azalma vardı. Histopatolojik değerlendirmelerde, Grup-II rat eklemlerinde yaygın perisinovyal inflamasyon ve belirgin kırık-dak-kemik destrüksiyonu vardı. Grup-III ve IV'te TNF-α, IL-17, MDA düzeylerinde azalma, SOD, CAT, GPx aktivitelerinde ve Nrf2, HO-1 ekspresyonlarında artış, perisinovyal inflamasyon ve kırık-dak-kemik destrüksiyonunda azalma vardı (Tablo). Grup-IV ile karşılaştırıldığında, Grup-III'te 14. gün artrit skorunda anlamlı ve 29. gün artrit skorunda ise göreceli azalma vardı.

Sonuç: Bu sonuçlar, RA'da EGCG'nin eklem destrüksiyonunu önleyici ve tedavi edici etkileri olabileceğini düşündürmektedir.

Tablo (PB-077): Çalışma gruplarının klinik ve laboratuvar verileri*

	Grup I (Kontrol) (n=10)	Grup II (Artrit) (n=10)	Grup III (EGCG1) (n=10)	Grup IV (EGCG2) (n=10)
14. gün artrit skoru	-	1.4±0.7	1.0±0.6	1.6±0.5 ^f
29. gün artrit skoru	-	2.4±0.5	0.6±0.5 ^e	0.9±0.3 ^e
İnflamasyon skoru	-	4.0±0.0	3.0±0.5 ^e	3.1±0.7 ^d
Destrüksiyon skoru	-	3.9±0.3	2.4±0.5 ^e	3.0±0.8 ^d
TNF-α (pg/mL)	25.6±5.0	62.7±12.9 ^b	44.6±18.8 ^{b,c}	31.6±8.4 ^d
IL-17 (pg/mL)	29.5±8.3	65.7±8.9 ^b	44.8±4.5 ^{b,d}	47.0±4.6 ^{b,d}
MDA (µmol/L)	0.58±0.23	1.60±0.20 ^b	0.96±0.43 ^d	0.77±0.14 ^d
SOD (U/mL)	12.0±7.3	3.4±1.6 ^b	8.5±5.2 ^d	10.6±5.0 ^e
CAT (nmol/dk/mL)	0.33±0.07	0.12±0.08 ^b	0.27±0.04 ^d	0.28±0.04 ^e
GPx (nmol/dk/mL)	335±179	179±45 ^b	403±88 ^e	461±99 ^e

*Değerler ortalama±standart sapma olarak verildi. EGCG: Epigallocatechin-3-gallate; TNF: Tümör nekroz faktör; IL: İnterlöklin; MDA: Malondialdehid; SOD: Süperoksit dismutaz; CAT: Katalaz; GPx: Glutatyon peroksidaz. EGCG1: Artrit indüksiyonundan 1 gün önce EGCG başlanan grup. EGCG2: Artrit gelişikten sonra, 14. günde EGCG başlanan grup. Grup I ile karşılaştırıldığında: ^ap<0.05, ^bp<0.01. Grup II ile karşılaştırıldığında: ^cp<0.05, ^dp<0.01, ^ep<0.001. Grup III ile karşılaştırıldığında: ^fp<0.05.

PB-078

Ratlarda kollajen ile uyarılan artrit modelinde gempitabin'in terapötik etkisi

¹Metin Özgen, ¹Süleyman Serdar Koca, ²Adile Ferda Dağlı, ¹Ahmet Karataş, ³Cemal Orhan, ⁴Mehmet Tuzcu, ³Nurhan Şahin, ³Kazım Şahin, ¹Ahmet Işık

¹Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı; ²Patoloji Anabilim Dalı, ³Fırat Üniversitesi Veteriner Fakültesi, Hayvan Besleme Anabilim Dalı, ⁴Fırat Üniversitesi Fen Fakültesi, Biyoloji Anabilim Dalı, Elazığ

Amaç: Romatoid artrit (RA) patogeneğinde, sinovyal inflamasyonun başlatılması ve/veya sürdürülmesinde T ve B lenfositlerin önemli rolleri olduğu bilinmektedir. Gemsitabin (GEM, 2',2'-difluorodeoxycytidine), T ve B lenfositler üzerine antiproliferatif ve apoptotik etkileri olan antimetabolit bir ilaçtır. Bu çalışmanın amacı, ratlarda kollajen ile uyarılan artrit (CIA) modelinde GEM'in terapötik etkisinin belirlenmesidir.

Yöntem: 40 adet Wistar albino dişi rat, dört gruba randomize edildi (her grupta n=10). Grup-I kontrol grubu, Grup-II artrit grubu, Grup-III düşük doz GEM grubu, Grup-IV yüksek doz GEM grubu olarak belirlendi. Artrit oluşturmak için, Grup-II, III ve IV ratlara, intradermal inkomplet Freund adjuvanı ile kombine edilen tavuk tip II kollajeni uygulandı. Artrit oluştuktan bir gün sonra, 14. gün, Grup III ve Grup IV ratlara sırasıyla 5 mg/kg ve 20 mg/kg dozlarında, haftada iki kez, intraperitoneal GEM tedavisi başlandı. Ratlar, artrit oluştuktan 15 gün sonra sakrifiye edildi. Analizler için, ratların gövde kanları ve arka pençeleri alındı. Serum tümör nekroz faktör (TNF)- α , interlökin (IL)-17, malondialdehid (MDA) düzeyleri ve süperoksit dismutaz (SOD), katalaz (CAT), glutatyon peroksidaz (GPx) aktiviteleri, eklem dokusunda nuclear factor erythroid 2-related factor 2 (Nrf2) ve hem oksijenaz-1 (HO-1) ekspresyonları, pençelerde perisinovyal inflamasyon ve kırık-kemik destrüksiyonu değerlendirildi.

Bulgular: Grup-I ile karşılaştırıldığında, Grup-II'de TNF- α , IL-17 ve MDA düzeylerinde artış, SOD, CAT, GPx aktivitelerinde ve Nrf2, HO-1 ekspresyonlarında azalma vardı. Histopatolojik değerlendirmelerde, Grup II rat eklemlerinde yaygın perisinovyal inflamasyon ve belirgin kırık-kemik destrüksiyonu vardı (Tablo). GEM tedavisi ile TNF- α , IL-17, MDA düzeylerinde azalma, SOD, CAT, GPx aktivitelerinde ve Nrf2, HO-1 ekspresyonlarında artış, perisinovyal inflamasyon ve kırık-kemik destrüksiyonunda azalma belirlendi.

Tablo (PB-078): Çalışma gruplarının klinik ve laboratuvar verileri*

	Grup I (Kontrol)	Grup II (Artrit)	Grup III (GEM 5 mg/kg)	Grup IV (GEM 20 mg/kg)
14. gün artrit skoru	-	1.4 $\pm$ 0.7	1.4 $\pm$ 0.5	1.7 $\pm$ 0.4
29. gün artrit skoru	-	2.4 $\pm$ 0.5	0.0 $\pm$ 0.0 ^e	0.0 $\pm$ 0.0 ^e
İnflamasyon skoru	-	4.0 $\pm$ 0.0	1.8 $\pm$ 0.6 ^e	1.3 $\pm$ 0.6 ^e
Destrüksiyon skoru	-	3.9 $\pm$ 0.3	1.1 $\pm$ 0.6 ^e	0.5 $\pm$ 0.5 ^{e,f}
TNF- α (pg/mL)	25.6 $\pm$ 5.0	62.7 $\pm$ 12.9 ^b	25.8 $\pm$ 4.9 ^d	30.8 $\pm$ 5.5 ^d
IL-17 (pg/mL)	29.5 $\pm$ 8.3	65.7 $\pm$ 8.9 ^b	47.4 $\pm$ 4.6 ^{b,d}	44.7 $\pm$ 5.6 ^{b,d}
MDA (μ mol/L)	0.58 $\pm$ 0.23	1.6 $\pm$ 0.2 ^b	0.91 $\pm$ 0.28 ^{a,d}	0.76 $\pm$ 0.32 ^d
SOD (U/mL)	12.0 $\pm$ 7.3	3.4 $\pm$ 1.6 ^b	4.9 $\pm$ 1.3 ^{b,c}	4.8 $\pm$ 1.4 ^b
CAT (nmol/dk/mL)	0.33 $\pm$ 0.07	0.12 $\pm$ 0.08 ^b	0.26 $\pm$ 0.05 ^d	0.30 $\pm$ 0.07 ^e
GPx (nmol/dk/mL)	335 $\pm$ 179	179 $\pm$ 45 ^b	362 $\pm$ 208 ^c	351 $\pm$ 243 ^c

*Değerler ortalama $\pm$ standart sapma olarak verildi. GEM: Gemsitabin; TNF: Tümör nekroz faktör; IL: Interlökin; MDA: Malondialdehid; SOD: Süperoksit dismutaz; CAT: Katalaz, GPx: Glutatyon peroksidaz. Grup I ile karşılaştırıldığında: ^ap<0.05, ^bp<0.01. Grup II ile karşılaştırıldığında: ^cp<0.05, ^dp<0.01, ^ep<0.001. Grup III ile karşılaştırıldığında: ^fp<0.05

Sonuç: Deneyel CIA modelinde, GEM tedavisi inflamatuvar yolakları ve oksidatif stresi baskılamakta, klinik semptomları düzeltilmekte ve kırık-kemik destrüksiyon skorunu azaltmaktadır. Bu sonuçlar, RA'daki eklem destrüksiyonunun inhibisyonunda GEM'in potansiyel bir terapötik ajan olabileceğini düşündürmektedir.

PB-079

Türk romatoid artrit hastalarında anti-CCP ve RF pozitifliği ile klinik sonuçlar arasındaki ilişki: Ara analiz sonuçları

¹Nurullah Akkoç, ²Ediz Dalkılıç, ³Yüksel Karakoç, ⁴Bünyamin Kısacık, ⁵Sedat Kiraz, ⁶Haner Direskeneli, ⁷Gökhan Keser, ⁸Ayhan Dinç, ⁴Ahmet Mesut Onat, ⁵İhsan Ertenli, ⁹Süleyman Özbek

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; ²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, ³Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Bursa; ⁴Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep; ⁵Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ⁶Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; ⁷Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; ⁸Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ⁹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Adana

Gerekçe: Romatoid Artrit (RA) hastalarının çoğu hastalığın ilk 20 yılında çeşitli yetersizlikler geliştirdiğinden, erken tanı ve tedavi önemlidir. Ancak geç başvuru, RA belirtilerinin spesifik olmaması nedeniyle 1. basamak sağlık hizmetindeki zaman kayıpları erken tanı ve tedaviyi geciktirmektedir. Romatoid Faktör (RF) ve anti-CCP hastalığın tanısında yardımcı olan testlerdir. Çalışmamızda, RA hastalarındaki anti-CCP ve RF pozitifliği ile tanıya kadar geçen süre ve bazı klinik sonuçlardaki ilişkiyi araştırdık.

Yöntem: Pazarlama sonrası, ulusal, kesitsel, çok merkezli, girişimsiz çalışmamıza kesin RA tanısı almış, en az 1 DMARD veya biyolojik tedavi alan, 18 yaşından büyük, çalışan ve bilgilendirilmiş onam veren 350 hastanın alımı planlandı. Demografik özellikler, hastalıkla ilişkili diğer klinik veriler tek vizitte toplandı. Ara analiz 218 hastada yapıldı. Normal dağılım gösteren veriler parametrik, normal dağılım göstermeyenler non-parametrik testlerle analiz edilmiş, demografik ve klinik bulgular tanımlayıcı istatistiklerle verilmiştir. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare, Student-T test kullanılmıştır. İstatistik anlamlılık seviyesi 0.05'dir.

Sonuçlar: 218 hastanın yaş ort. 41 $\pm$ 10.2 yıl ve %61.5'i kadındı (n=134). %78.4'ü evli; %30.7'si üniversite, %25.7'si lise ve %24.3'ü ilköğretim mezunuydu. Kohortun %76.6'sının aylık geliri ort. gelirin altındaydı (Tablo). Ort. ESR değeri 29.6 $\pm$ 23.0 idi. Anti-CCP pozitiflik oranı %70.3 (n=155), RF pozitiflik ise %71.5 (n=214) bulundu. Hem anti-CCP hem de RF değerlendirmesi yapılan toplam 154 hastanın %59.7'sinde her iki test pozitif bu-

PB-080

Erken-ayrılanmamış inflamatuvar artritli hastalardaki hastalık sonlanım ölçütleri ve romatoid artrit için önerilen yeni ve eski sınıflandırma kriterlerinin performansının değerlendirilmesi

¹Sedat Yılmaz, ¹Muhammet Çınar, ²Ömer Karadağ, ¹İsmail Şimşek, ¹Hakan Erdem, ¹Salih Pay, ¹Ayhan Dinç

¹Gülhane Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ²Diyarbakır Devlet Hastanesi, Romatoloji Bölümü, Diyarbakır

Gerekeçe: Romatoloji klinik pratiğinde, yakın geçmişte ortaya çıkan artrit ile gelen hastaların çoğunluğunda, daha kesin bir teşhis için önerilmiş sınıflama kriterlerini tam olarak karşılamayan artrit şekli olarak tanımlanan ayrılmamış artrit (AA) vardır. Bu hastaların yaklaşık üçte birinde spontan remisyon ortaya çıkarken diğerlerinin AA olarak sebat ettiği veya özel bir romatolojik hastalık olarak sınıflandırılabilir hale geldiği gösterilmiştir. Bununla birlikte, Ailevi Akdeniz ateşi (AAA) ve Behçet hastalığı (BH) gibi bazı artrit ile seyredilen hastalıklar belirli bir coğrafi bölgeye özgüdür ve bu hastalıklar diğer ülkelerdeki erken artrit gruplarında bulunmamaktadırlar. Bu çalışmanın amacı, yakın geçmişte ortaya çıkan ayrılmamış artritli hastaların hastalık sonlanımlarını belirlemek ve romatoid artrit (RA) sınıflamasına yönelik kullanılan ACR 1987 ve ACR/EULAR 2010 kriterlerinin duyarlılıklarını değerlendirmektir.

Yöntem: Temmuz 2009 ile Nisan 2010 tarihleri arasında, 6 aydan kısa süre ile en az bir eklemde artrit olan ve özel bir hastalık için önerilen sınıflama kriterlerini karşılamayan hastalar çalışmaya alındı. Çalışma başlangıç döneminde ACR/EULAR 2010 sınıflama kriterleri yayınlanmadığından RA için ACR 1987 revize kriterleri kullanıldı. Tüm hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri kaydedildi. Tüm hastalar 6 ve 12 aylarda tekrar değerlendirildi. Hastalık sonlanımları belirlendi ve RA için önerilen eski ile yeni kriterleri karşılayan hastaların oranları karşılaştırıldı.

Sonuçlar: Başlangıçta, çalışmanın tanımı gereği hiçbir hasta ACR 1987 kriterlerini karşılamazken, 16 hasta (%17.8) ACR-EULAR 2010 sınıflama kriterlerini karşılamakta idi. 12-aylık takip sonunda, eski ve yeni kriterleri karşılayan hastaların sayıları sırasıyla 28 ve 45 idi. Takip sonunda spondilartirit, BH ve AAA olarak tanı konulan hastaların sayıları sırasıyla 2, 2 ve 3 iken 22 hastada (%24.4) remisyon olduğu gözlemlendi. RA ve RA olmayan hastaların başlangıç klinik ve laboratuvar özellikleri karşılaştırıldığında, küçük eklem tutulumu, RF ve anti-CCP pozitifliği, simetrik patern, hassas ve şiş eklem sayılarının RA grubunda daha yüksek olduğu saptandı (her biri için $p<0.05$). Diğer yandan, büyük eklem tutulumu, RA olmayan grupta anlamlı düzeyde yüksek idi ($p<0.05$).

Tartışma: Bu çalışma, erken artritli olan hastalarda yeni RA sınıflandırma kriterlerinin tatmin edici düzeydeki duyarlılığını

lunmuştur. Anti-CCP pozitif hastaların ($n=109$) %84.4'ünün RF sonucu da pozitif; RF sonucu pozitif hastaların ($n=153$) %81.4'ünün anti-CCP sonucu da pozitif. RF negatif olanların %41.5'inin ($n=17$) anti-CCP sonucu pozitif iken; anti-CCP sonucu negatif olan hastaların %46.7'sinin ($n=21$ hasta) RF sonucu pozitif. HAQ-DI skorlarıyla, (anti-CCP/RF) (+/+) arasında anlamlı ilişki saptandı (Anti-CCP ve RF pozitif olan hastaların ort. HAQ-DI skoru= 1.196; testlerden en az biri negatif olan hastaların ort. HAQ-DI skoru= 1.012; $p=0.038$). RA hastalarındaki biçimsizlik sayılarıyla anti-CCP(+) arasında da ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Anti-CCP bakılan 155 hastada RA tanısına kadar geçen ort. süre 13.1 ay iken, bakılmayan 62 hastada ort. süre 23.0 aydı ve aralarında anlamlı ilişki vardı ($p=0.05$). RF değerlendirmesi tanıya kadar geçen süreyi klinik olarak kısaltmış (ort. 15.4 aya karşı 55.5 ay), ancak istatistik anlamlılık yoktur ($p=0.125$).

Tartışma: Serolojik testler RA tanısını hızlandırmakta ve klinik sonuçları etkilemektedir. Serolojik olarak negatif olan hastalarda tanının daha erken konması için yeni testlere ihtiyaç vardır. Geciken tanı etkin tedaviye geç başlanmasına, yapısal hasara yol açabilir. Bu durum, çalışan hastalarda iş verimliliği ve yaşam kalitesinde kayıplara neden olabilir.

Tablo (PB-079):

Demografik özellikler	Hasta sayısı (n)	Geçerli %
Cinsiyet		
Erkek	84	38.5
Kadın	134	61.5
Evlilik durumu		
Bekar	41	18.8
Evli	171	78.4
Dul	3	1.4
Boşanmış	3	1.4
Eğitim seviyesi		
İlkokul	53	24.3
Ortaokul	19	8.7
Lise	56	25.7
Meslek lisesi	20	9.2
Üniversite	67	30.7
Master	3	1.4
Yaş aralığı		
<30 yıl	34	15.6
30-40 yıl	70	32.1
41-50 yıl	76	34.9
51-60 yıl	29	13.3
>60 yıl	8	3.7
Gelir aralığı		
0-500 TL	6	2.8
500-1000 TL	87	39.9
1000-2000 TL	80	36.7
2000-3000 TL	25	11.5
3000-5000 TL	10	4.6
DAS28 skorları		
< 2,6	46	21.1
2,6-3,2	30	13.8
3,2-5,1	88	40.4
> 5,1	52	23.9
Anti-CCP		
Pozitif	109	70.3
Negatif	46	29.7
Romatoid faktör		
Pozitif	153	71.5
Negatif	61	28.5

teyit etmiştir. Büyük eklem tutulumu olan hastalarda, özellikle ülkemiz coğrafyasında AA ayırıcı tanısında AAA ve BH akılda tutulmalıdır. Küçük eklem tutulumu ve pozitif serolojik testler, gelecekteki RA gelişimi için önemli göstergelerdir.

PB-081

Romatoid artrit klinik semptomatik amiloidoz sıklığı ve RA sekonder amiloidozlu olgularda tedavi cevapları

¹Salim Dönmez, ¹Ömer Nuri Pamuk, ²Gülsüm Emel Pamuk, ³Necati Çakır

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, ²Hematoloji Bilim Dalı, Edirne; ³Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Sekonder amiloidoz (AA) romatoid artrit (RA) geç dönem bir komplikasyondur. Uzun dönem hastalığı olanlarda tarama yapılması önemlidir. RA ilişkili AA amiloidoz tedavisinde ise yeni ilaçlarla belirgin ilerleme kaydedilmekle birlikte halen ideal tedavi yöntemi kanıtlanmış değildir. Çalışmada 10 yıllık dönemde merkezimizde RA tanısı alan hastalarda retrospektif olarak klinik semptomatik AA amiloidoz sıklığını ve ilişkili faktörleri değerlendirmeyi ve sürviyi belirlemeyi amaçladık.

Metod: 2001-2011 yılları arasında merkezimizde 1200 hastaya RA tanısı konuldu. Çalışmada bu hastaların dosyalarını AA amiloidoz gelişimi yönünden değerlendirdik. 10 hastada klinik semptomatik amiloidoz saptadık. RA'lı 92 hasta kontrol grubu olarak alındı. İdrarda dipstick yöntemi ile (++) protein haftanın olgularda protein kantite edilmiş ve 500 mg/gün üzerinde proteinini olanlardan AA tanısı için rektal biyopsi yapılmıştı.

Bulgular: RA hasta grubumuzda klinik semptomatik AA amiloidoz sıklığını %0.83 (10 hasta) olarak saptadık. Bu olguların 3'ünde nefrotik proteinüri ve böbrek fonksiyon bozukluğu, 3 olguda nefrotik proteinüri, 3 olguda nefrotik olmayan proteinüri ve 1 olguda ise nefrotik olmayan proteinüri ve böbrek fonksiyon bozukluğu vardı. Amiloidozlu grubun özellikleri kontrol RA'lilerle karşılaştırıldığında bu grupta ekstremiteler (%80 vs %26.4, p=0.001), akciğer tutulumu (%30 vs. %4.4, p=0.02), eroziv hastalık (%100 vs. %58, p=0.012) sıklıklarının ve ortalama RA hastalık süresi (11.9±6 vs. 7.2±6.7, p=0.04), amiloidoz tanısı esnasındaki ESR (90.5±38 vs 49.3±33.8, p<0.001) değerlerinin ve RF pozitifliği (%90 vs %53.3, p=0.04) anlamlı yüksek olduğu saptandı. Çoklu regresyon analizinde ise sadece AA tanısı sırasındaki ESR düzeyinin amiloidoz gelişimi ile ilişkili bağımsız faktör olduğu gözlemlendi (OR:1.034, %95CI: 1.004-1.065, p=0.027). TNF blokeri öncesi dönemdeki 2 hastanın 1'i SDBY, diğeri uygunsuz MTX kullanımı ve febril nötropeni ile kaybedildi. TNF sonrası dönemde 6 olguya TNF blokeri verildi. İlk olgu TNF sonrası 2.ayda ciddi böbrek yetersizliği nedeniyle kaybedildi. 5 olgunun 1'i tedaviyi düzenli takip etmedi SDBY gelişti. Tedaviyi düzenli alan 4 olguda (2'si 2'şer yıl, 1 olgu 6 yıl, diğeri 8 yıllık izlemde) proteinüriler geriledi, renal fonksiyonlar stabil kaldı veya iyileşti. İleri evre kalp yeter-

sizliği olan bir olguda Rituximab tedavisi verildi, 6. ayda proteinüri geriledi, böbrek fonksiyonları düzeldi. Son olguya TNF blokeri planlandı.

Sonuçlar: Çalışmada eklem dışı tutulum bulgusu, AA amiloidoz sırasında ESR yüksekliği, eroziv hastalık varlığı, RF pozitifliği ve hastalık süresinin RA'te amiloidoz gelişimi ile ilişkili olduğunu saptadık. Özellikle CRP'i normal ESR yüksek hastalarda amiloidoz yönünden dikkatli olmak gereklidir. TNF blokeri tedavisi bu hastalarda oldukça etkili görülmektedir. TNF sonrası dönemde tedavi alan hiçbir hastada SDBY gelişmemesi proteinürilerin azalması dikkat çekici bulgularıdır.

PB-082

Romatoid artrit tedavisinde hidroksiklorokin-metotreksat-leflünomid kombinasyonu

Ömer Karadağ, Neslihan Yılmaz

Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Diyarbakır

Gerekeç: Romatoid artrit (RA) tedavisinde metotreksat ve leflünomid hastalık modifiye edici etkin ilaçlardır. Literatürde bu ilaçların kombine kullanımında yan etkiler nedeniyle kısıtlılıklar olduğu belirtilmektedir. Biyolojik tedavilerin maliyet ve yan etkileri göz önüne alındığında, klinik pratikte biyolojik tedavi öncesi hidroksiklorokin-metotreksat-leflünomid kombinasyonunun kullanımı akla gelmektedir. Bu çalışmada şiddetli hastalık aktivitesi nedeniyle hidroksiklorokin-metotreksat-leflünomid kombinasyon tedavisi kullanan hastaların etkinlik ve yan etki durumlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Şubat 2010- Temmuz 2011 tarihleri arasında görülen ve ACR 2010 RA tanı kriterlerini karşılayan hastalardan şiddetli hastalık aktivitesi olan ve hidroksiklorokin (400 mg/gün)- metotreksat (10 mg/hf) -leflünomid (20 mg/gün) kombinasyonu alan hastalar çalışmaya alındı. Hastalık aktivitesi doktor global değerlendirme ölçeğine (remisyon, hafif, orta, şiddetli hastalık aktivitesi) göre yapıldı. En az 3 ay süreyle kombinasyon tedavisine rağmen orta ve şiddetli hastalık aktivitesi olan veya yan etki nedeniyle tedaviye devam edemeyen hastalarda kombinasyon tedavisi kesildi. Çalışmada hastaların hastalık süresi, daha önceden kullandığı ilaçlar, hastalık aktivite durumları ile tedavi sürecinde yan etki ve hastalık aktivitesi değişimleri incelendi.

Sonuçlar: Çalışmaya 41 (kadın/erkek: 29/12) hasta dahil edildi. Ortalama yaş hastalık süresi sırasıyla 44.7±12.1 yıl ve 57.4±49.6 ay idi. Başvuru öncesi kullandığı tedavilerin dağılımı ise hidroksiklorokin %52.6, sülfasalazin %50.0, metotreksat %92.1, leflünomid %63.2, steroid %92.1, NSAİİ %71.1 hasta şeklinde idi. Ortalama 8.0±3.8 ay kombinasyon tedavisi sonrası 17 hastada (%41.5) kombinasyon tedavisine devam edildi. 21 hastada (%51.2) aktif hastalık, 3 (%7.3) hastada yan etki (2 hastada bulantı, 1 hastada karaciğer fonksiyon testleri yüksekliği) nedeniyle tedavi kesildi. Ayrıca 10 (%24.4) hastada tedavi değişikliği gerektirmeyen hafif yan etkiler saptandı. 7 hastada bulantı, 2

hastada cilt döküntüsü, 1 hastada baş dönmesi gözlemlendi. Hematolojik anormallikler gözlenmedi.

Tartışma: Romatoid artritte daha önceden metotreksat + leflünomid kombinasyonu almamış şiddetli hastalık aktivitesi olan hastaların %40'ında hidroksiklorokin 400 mg/gün + Metotreksat 10 mg/hf + Leflünomid 20 mg/gün kombinasyonu hastalık aktivite kontrolünü sağlamada etkin bulunmuştur. Tedavi değişikliği gerektirecek yan etki sıklığı düşük saptanmıştır.

PB-083

Romatoid artritli hastalarda hepatit B ve C pozitifliğinin romatoid faktör düzeyleri ile ilişkisi

Songül Çildağ, Taşkın Şentürk, İkbāl Yılmaz Akdam, İrfan Karagöz

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İmmünoloji-Romatoloji Bilim Dalı, Aydın

Amaç: Romatoid artrit (RA), eklem hasarı ve destrüksiyonu ile karakterize kronik inflamatuvar otoimmün bir hastalıktır. Etiyolojide suçlanan enfeksiyonlar içerisinde Hepatit B ve C enfeksiyonları da yer almakla birlikte bu hipotezi destekleyecek kanıtlar mevcut değildir. Gerek RA etyopatogenezinde suçlanması gerekse kullanılan immünsüpresif tedavilerin reaktivasyona yol açabilmesi nedeniyle, RA'lı hastalarda hepatit B ve C virüs enfeksiyon varlığı önem arz etmektedir. Çalışmamızda hem RA'lı hastalarda hepatit B ve C virüs enfeksiyon sıklığını hem de romatoid faktör (RF) düzeyleri ile ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: İmmünoloji-Romatoloji polikliniğinde takip edilen RA tanısı almış 190 hastanın bilgileri incelendi ve 114 hastanın hepatit serolojisi açısından tetkik edildiği gözlemlendi. Hastalar RF sonucuna göre seropozitif ve seronegatif olmak üzere iki gruba ayrıldı. Kontrol grubunda gastroenteroloji kliniğinde endoskopi yapılan romatizmal hastalığı olmayan ve immünsüpresif tedavi almayan 100 kişinin hepatit serolojisi sonuçları alındı.

Sonuçlar: RA'lı hasta grubu ile kontrol grubu arasında HBsAg, Anti-HBs, Anti-HCV pozitifliği açısından anlamlı bir fark gözlenmedi (sırasıyla p=0.726, 1.000, 0.687). RF pozitifliğine göre sınıflandırıldığında, 68 hasta seropozitif (%59.6), 46 hasta seronegatif (%40.4) idi. RF pozitif ve negatif hasta grupları arasında HBsAg, Anti-HBs, Anti-HCV pozitifliği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmedi (sırasıyla p=0.647, 0.329, 1.000).

Tartışma: Ülkemizde HBsAg prevalansı %3.9-12.5 arasında değişmektedir. Çalışmamızda HBsAg pozitifliği kontrol grubunda %3, hasta grubunda %4.3 idi. Aydın bölgesinde normal popülasyonda Türkiye prevalansına göre daha düşük oranda HBsAg pozitifliğinin eğitim ve aşılamanın yüksek olmasından kaynaklanabileceğini düşündük. Hasta grubunda normal popülasyona göre daha yüksek oranda HBsAg pozitifliği mevcuttu. Ülkemizde HCV pozitifliği ortalama %0.0-1.8 civarında bildirilmiştir. Çalışmamızda kontrol grubunda %2 ve RA'lı

hasta grubunda %3.5 gibi daha yüksek oranda HCV pozitifliği saptanmıştır. Aydın bölgesinde her iki grupta da yüksek bulunan HCV pozitifliğinin sosyokültürel farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Seropozitif hasta grubunda HBsAg pozitifliği %5.8 ve anti-HCV pozitifliği %2.94 iken seronegatif grupta %2.17 ve %4.34 saptandı. Bu sonuçlarla Hepatit B virüsünün seropozitif, Hepatit C virüsünün seronegatif RA hasta grubunda etyolojide yer alabileceği düşüncesi doğmaktadır. Romatizmal hastalıklarda kullanılan immünsüpresif tedaviler esnasında Hepatit B ve C reaktivasyonu gözlenebilir. İmmünsüpresif tedavi başlamadan önce HBV ve HCV açısından gerekli serolojik tetkikler yapılmalı gerekli görülürse profilaksi başlanmalıdır.

PB-084

Tümör nekrozis faktör alfa inhibisyon tedavisine bağlı pulmoner aspergillozis gelişimi

Veli Çobankara, Ayşe Balkarlı

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Denizli

Giriş: Tümör Nekrozis Faktör alfa (TNF- α), çeşitli otoimmün hastalıkların patogenezinde rol alan önemli bir proinflamatuvar sitokindir. Romatoid artrit (RA) de içeren bazı inflamatuvar ve otoimmün hastalıkların tedavisinde klinik faydaları gösterilmiştir. TNF- α 'nın fırsatçı enfeksiyonlarda koruyucu olması nedeniyle anti TNF tedavi komplikasyonu olarak fırsatçı enfeksiyonlar görülebilmektedir. TNF- α inhibitörleri ile ilişkili çeşitli enfeksiyon vakaları bildirilmiştir. Adalimumab ilişkili bildirilmiş aspergillus enfeksiyonu nadirdir. Bu çalışmada adalimumab tedavisi sonrası gelişen pulmoner aspergillus gelişen RA vakası sunulmuştur.

Olgu: Yetmiş yaşında 19 yıl önce el küçük eklemlerinde ağrı ve şişlik şikayeti ile yaşadığı Almanyada romatoid artrit tanısı alan erkek hasta başlangıçta metotreksat 15 mg/hafta ve prednizolone 20-40 mg/gn kullanmış. Dört yıl önce öksürük ve nefes darlığı şikayeti ile Pamukkale Üniversitesi Romatoloji polikliniğine başvuran hastanın değerlendirilmesinde metotreksata bağlı akciğer toksisitesi düşünülerek metotreksat kesilerek leflunomide 20 mg/güne geçildi. Son dönemlerde eklem bulgularında artış ile beraber halsizlik, nefes darlığı, kanlı balgam gelişen hastanın bulgularının romatoid artrit aktivasyonu ve akciğer tutulumu olarak değerlendirildi. Hastaya anti TNF tedavi (adalimumab 40 mg/2 haftada bir) başlandı. Prednizolone dozu göğüs hastalıklarının önerisi ile 60 mg/güne cıkkıldı. Bu arada ağızda kandidiyel lezyonları çıkan hastaya flukonazol tedavisi başlandı. Bakteriyel enfeksiyon ekarte edilemediği için sulbaktam ampicilin ve klaritromisin tedavisi başlandı. Adalimumab 2. uygulamasından sonra pulmoner bulguları ve halsizliği kötüleşen hastayı Romatoloji kliniğine yatırıldı. Yatışının dördüncü gününde ateşi yükseldi. Hipoksi nedeniyle bir gün sonra entübe edilen hasta yoğun bakım bölümüne alındı. Flukonazol tedavisi kesilerek amfoterisin B deoksikolat başlanan hastada, bir gün

sonra kreatinin yüksekliği nedeniyle kaspofungin tedavisine geçildi. Hastanın balgam kültürü sonucuna göre zigomiçet küf şüphesi üzerine lipozomal amfoterisin B başlandı. Serum galaktomannan antijeni 3.3 olarak saptandı. Hasta bir gün sonra kaybedildi. Hastanın farklı balgam kültür örneklerinde *Aspergillus flavus* tanımlandı.

Sonuç: Romatoid artrit gibi romatolojik hastalıkların tedavi protokollerinde bulunan steroid ve anti-TNF-alfa ilaç uygulamaları invaziv aspergillozun gelişmesine neden olabilir. Anti-TNF-alfa tedavisinin başlanmasından sonraki ilk aylarda enfeksiyöz komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır. Sunulan olguda uzun süreli steroid kullanımının ve anti-TNF-alfa tedavisinin invaziv aspergillozun ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünüldü. Steroid ve anti-TNF-alfa kullanan romatolojik hastalarda aspergilloz gibi fırsatçı enfeksiyonların gelişme olasılığı nedeniyle klinik ve laboratuvar bulguları yakın takip edilmelidir.

PB-085

Hızlı rituximab infüzyon deneyimi: Güvenilirlik ve tolerans sorunu yaşanmamaktadır

Meryem Can, ¹Fatma Alibaz Öner, Sibel Öner, Pamir Atagündüz, Güzide Nevsun İnanç, Haner Direskeneli
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Kimerik monoklonal anti-CD20 antikorlu rituksimab (RTX) romatoid artritli (RA) ve diğer endikasyonlu hastalarda infüzyon reaksiyonu riski nedeniyle yavaş infüzyon hızıyla (255 dakika- 4.25 saat) verilmektedir. Ancak, uzun infüzyon süresi ve yakın takip zorunluluğu uygulama güçlüğü yaratmaktadır. Yakın zamanda Kanada'dan yapılan bir çalışmada kısa süreli infüzyon (2 saat) protokolu uygulanmış ve yan etkilerde bir artış saptanmamıştır.

Gerekeç: Hızlı RTX infüzyon protokolünün güvenilirlik ve tolerabilitesini değerlendirmek.

Yöntem: Merkezimizde RTX tedavi kriterlerini sağlayan hastalar çalışmaya alındı. Birinci tedavi infüzyonu eski protokole göre uygulandı. İkinci ve daha sonraki infüzyonlarda 2 saatlik yeni protokol uygulandı: 0-30 dk: 100 mg, 30-60 dk: 200 mg, 60 -90 dk: 300 mg, 90-120 dk: 400 mg. Asetaminofen 1000 mg PO, difenhidramin 50 mg IV ve metilprednisolone 100 mg IV ile premedikasyon bütün infüzyonlar öncesi yapıldı.

Sonuçlar: Çalışmaya Haziran 2011 tarihinde başlandı. Toplam 11 RA (K/E: 10/1) hastası, 2 SLE, 1 Wegener granulatamatosusu hasta protokole alındı. Toplam 19 hızlı infüzyon uygulandı. RA'lı hastaların ortalama hastalık süreleri 13.4 (6.8) ve yaşları 55.6 (9.5) yılı. RTX tedavisi öncesinde 5 hasta bir anti-TNF tedavi, 5 hasta 2 anti-TNF tedavi almıştı. %63.6 (n=7) hasta da anti-TNF tedavi etkisizliğinden ve 3 hasta da anti-TNF yan etkisinden dolayı RTX tedavisine geçildi. Hızlı infüzyon tedavisi tüm hastalar tarafından iyi tolere edildi ve sadece 1 hastada infüzyonun 5. dakikasında hafif başdönmesi oldu.

Tartışma: Hızlandırılmış RTX infüzyonu RA'lı hastalarda güvenli ve tolerabilitesi yüksek gözükülmektedir. İnfüzyon süresindeki bu azalma ilacın uygulanabilirliğini kolaylaştıracaktır.

PB-086

Aile Hekimlerine kas-iskelet sistemi şikayeti ile başvuran hastaların romatoid artrit ve ankilozan spondilit ön tanılarıyla sevk edilmesi ve 3 basamakta tanılarının doğrulanma oranları

Fatih Yıldız, Eren Erken

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

Amaç: Birinci basamak hekimlerine (AH) romatoid artrit (RA) ve ankilozan spondilit (AS) ile ilgili eğitim vererek, RA ve AS ön tanı formları ile birlikte hastaların romatoloji uzmanlarına sevk edilmesi ve aynı hastaların uzman görüşü ile doğru tanı konulma oranlarını tespit etmek.

Metod: Bu amaçla Adana'da toplam 4 toplantı yapıldı. 57 farklı AH'ne RA ve AS hakkında seminerler verildi. RA için; en az bir şiş eklem, pozitif sıkma testi ve 30 dk üzerinde sabah tutukluk, ön tanı formu olarak düzenlendi. AS için ön tanı formu olarak İBA eksperleri (ASAS) kriterleri kullanıldı. Üç ve üzerinde İBA kriteri olan ve RA ön tanı kriterini sağlayan hastaların polikliniğimize sevk istendi. Hastaların öyküsü alındı ve fizik muayeneleri yapıldı. Şikayetine göre X ray grafileri çekildi. Tam kan sayımı, sedimentasyon hızı (ESR), C-reaktif protein (CRP) çalışıldı. RA ön tanısı olan hastalara romatoid faktör ve/veya anti CCP testi yapıldı. RA tanısı için ACR/EULAR 2010 sınıflama kriteri kullanıldı. RA kriterini karşılamayan ancak erken artrit (EA) semptomu olan hastalara ek tetkikler yapıldı. AS ön tanısı olan hastalara; AS için modifiye New York kriteri, aksiyel SPA tanısı için ASAS kriterleri kullanıldı. Radyolojik kriteri karşılamayan ancak SPA şüphesi olan hastalardan sakroiliak MR istedi. Tüm veriler SPSS 14,0 programına girilerek istatistikleri çalışıldı.

Sonuçlar: Ortalama yaşları 47±13.5 olan 127 hasta B/E:106/21 hasta değerlendirildi. Eğitime gelen farklı 57 AH'den 42'si (%73) en az 1 hasta en fazla 7 hasta gönderdi. Ön tanı formunda 43 (%33.9) hasta AS, 83 (%65.4) RA ve 1 (%0.8) hastada her ikisi işaretlenmişti. Bu hastaya PSA tanısı konuldu. ESR yüksekliği 46 (%36.2) ve CRP yüksekliği olan 39 (%30) hastada bulundu. Radyografide NY kriterlerine göre 27 hastada (%67) sakroiliit vardı. 10 (%23) hastada MR pozitifliği vardı. Önceden 10 (%7.8) hasta AS, 10 (%7.8) RA tanılarıyla izlenirken sevk edilmiş. İki (%1.6) hastanın öyküsünde İBH vardı. Üç (%2.4) hastanın fibromiyalji, 12 (%9.5) disk hernileri öyküsü olup, 88 (%69.3) hasta her hangi bir hastalık öyküsü yoktu. 32 (%72) hastaya yeni SpA-AS tanı kondu. RA ön tanı formu olan hastaların 7 (%8.4) yeni tanı RA, 14 (%16) hastaya EA kondu. RA-EA toplamda 21 (%25) yeni tanı konuldu. 40 (%48) OA, 3 (%3.6) diğer bağ dokusu hastalıkları, 2 (%2.4) SpA, 1 ürtiker, 1 hastaya tenosinovit tanısı kondu. Üç hastaya tanı konmadı.

Tartışma: AS-RA'nin erken teşhisi ile etkin tedavisinin yapılması kalıcı yapısal hasarın önlenmesinde veya durdurulmasında için önemlidir. Çoğunlukla hastalara geç tanı konulmaktadır. Bu çalışmada AS-SpA hastalarına daha fazla doğru tanı konulmuştur. Bu, hastaların İBA kriterine göre yönlendirmesine bağlı olabilir. RA tanısında çok düşük oran olması, osteoartrit vakalarının sevk edilmesidir. Bu AH'liği-Üniversite iş birliğinin gösterildiği örnek çalışmanın bir yıllık sonucudur. *Bu çalışma da aile hekimlerine verilen eğitim süreci Abbott firması tarafından koşulsuz desteklenmiştir.

PB-087

Romatoid artritli hastalarda aterosklerozun değerlendirilmesinde lipoprotein ilişkili fosfolipaz A2 düzeyi ile karotis intima media kalınlığının karşılaştırılması

¹Cemal Bes, ²Safiye Gürel, ³Güler Buğdaycı, ⁴Oğuz Dikbaş, ¹Mehmet Soy

¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı; ²Radyoloji Bilim Dalı, ³Biyokimya Bilim Dalı, ⁴Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı, Bolu

Giriş ve Amaç: Romatoid artrit (RA) hastalarında mortalite sağlıklı insanlara göre artmıştır ve bu mortalite artışının en önemli nedenini kardiyovasküler hastalıklar oluşturur. Son zamanlarda yapılan çalışmalarda, RA hastalarında bazı inflamatuvar göstergelerin ateroskleroza katkıda bulunduğu gösterilmiştir. Bu göstergelerden biri de lipoprotein ilişkili fosfolipaz A2 (Lp-PLA2)'dir. Lp-PLA2, lisofosfatidilkolin ve LDL oksidasyonundan okside serbest yağ asitleri gibi güçlü proinflamatuvar ve proaterojenik ürünler oluşmasını sağlayan fosfolipaz A2 ailesine ait bir enzimdir. Bu çalışmadaki amacımız RA hastalarında Lp-PLA2 aktivite düzeyine bakmak ve aterosklerozun gösterilmesinde kullanılan noninvaziv testlerden biri olan karotis intima media kalınlığına (CIMT) bakarak Lp-PLA2 aktivite düzeyi ile CIMT arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır.

Hastalar ve Yöntem: Çalışmaya, RA tanısı almış 25 hasta ile kontrol grubu olarak 20 Tip2 Diabetes Mellitus (DM) hastası ve 20 sağlıklı kontrol alındı. Tüm olgularda rutin laboratuvar tetkiklerinden tam kan sayımı, biyokimyasal tetkikler, total kolesterol, LDL-kolesterol, HDL-kolesterol, CRP ile sedimentasyon düzeyleri çalışıldı. RA'lı hastaların hastalık aktivitesi DAS28 ile hesaplandı ve her hastanın HAQ skoruna bakıldı. Tüm olgularda total serum Lp-PLA2 aktivite düzeyi ve sağ ve sol CIMT ölçümleri yapıldı.

Bulgular: DM grubunda, RA ve sağlıklı kontrol grubuna göre Lp-PLA2 aktivite düzeyinde anlamlı bir yükseklik görüldü (p:0.006). LDL-kolesterol düzeyleri RA olgularında ve sağlıklı olgularda Diyabetiklere göre anlamlı olarak daha düşüktü (sırası ile p: 0.001 ve p:0.029). Karotis intima media kalınlığı (CIMT) karşılaştırıldığında sadece Diyabetik hastalarda sağ CIMT değerinde sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı bir fark

olduğu (p:0.047), sol CIMT açısından ise gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü (p>0.05).

Sonuç: RA olgularımızda Lp-PLA2 aktivitesi sağlıklı kontrollere göre değişmemiştir. DM olgularında Lp-PLA2 aktivitesi RA olgularına göre daha yüksek saptanmıştır. RA olgularımızda CIMT sağlıklı kontrollerden farklı saptanmamıştır. RA hastalarında Lp-PLA2 aktivitesinin normal olması çalışmaya alınan hastaların ilaç tedavisi altında ve düşük hastalık aktivitesine sahip olmaları ile açıklanabilir.

PB-088

Romatoid artrit hastalarında tanı alma süreci ve tanı konulan klinikler: Bir mecburi hizmet deneyimi

Ömer Karadağ, Neslihan Yılmaz

Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Diyarbakır

Gerekeç: Romatoid artrit (RA) erken tanısı ve tedavinin erken başlaması uzun dönem mortalite ve morbiditenin azalmasında büyük önem taşımaktadır. RA hastalarının tanı ve takibi Romatoloji uzmanları dışında, İç Hastalıkları ile Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (FTR) uzmanları tarafından yapılabilmektedir. RA hastalarının çeşitli disiplinlerde tanı ve takipleri arasındaki farklılıklar olabilir. Çalışmamızda yeni açılan bir Romatoloji Kliniği'ne başvuran RA hastalarının tanı alma süreci, takip ve tedavi özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Şubat 2010-Temmuz 2011 tarihleri arasında Romatoloji Kliniği'ne başvuran, ACR 2010 RA tanı kriterlerine göre tanı almış hastaların kayıtları incelendi. Hastaların tanı aldığı klinikler, tanı öncesi semptom süresi, laboratuvar ve klinik bulguları ile tedavileri kaydedildi. Hastalık aktivitesi doktor global değerlendirme ölçeğine (remisyon, hafif, orta, şiddetli hastalık aktivitesi) göre yapıldı. Farklı kliniklere göre hastalık aktivite durumları ve tedavi seçimleri arasındaki farklar incelendi.

Sonuçlar: Çalışmaya 434 (kadın/erkek: 351/83) hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 47.4±14.1 idi. Hastaların tanı öncesi semptom süresi ve tanı sonrası hastalık süresi ortalaması sırasıyla 25.7±29.1 ay ve 54.2±58.8 ay idi. Hastaların %5.9'unda aile öyküsü bulunmaktaydı. RF pozitifliği %74.7 (%38.5 düşük titre, %36.2 yüksek titre) iken, başvuru anında sedimentasyon yüksekliği %61.0, CRP yüksekliği %56.5 hastada saptandı. Hastaların 315 (%72.5) tanesi daha önce RA tanısı almış iken 119 (%27.5) hastaya yeni tanı konulmuş idi. Daha önceden RA tanısı almış olan hastalar tanı aldıkları kliniklere göre değerlendirildiğinde; 206 (%65.4) hastaya FTR, 102 (%32.3) hastaya Romatoloji ve 7 (%2.3) hastaya İç Hastalıkları uzmanları tarafından tanı konulduğu saptandı. Tanı öncesi semptom süresi yeni tanı alan hastalarda daha kısa idi (sırasıyla 19.9±22.0 ay vs. 28.1±38.4 ay, p=0.011). Yeni tanı alan hastalardaki semptom süresinin %30.4 kişide 4-6 ay, %61.4 kişide ≤12 ay olduğu görüldü. Başvuru anındaki hastalık aktivite durumlarına bakıldığında,

Romatoloji kliniği'nde izlenmiş olan hastaların %51.2 orta-şiddetli aktif, %48.8 hafif aktif-remisyonunda iken, FTR klinikleri tarafından izlenen hastaların %74.7 orta-şiddetli aktif, %25.3 hafif aktif-remisyonunda olduğu görüldü (Tablo).

Tablo (PB-088):

	Romatoloji Klinikleri (n:102)	FTR Klinikleri (n:206)
Tanı öncesi semptom süresi (ay) (ortalama ± standart sapma)	27.7±22.1	26.7±28.7
Hastalık süresi, (ay) (ortalama ± standart sapma)	61.7± 52.2	55.8± 61.2
Başvuru anındaki doktor aktivite değerlendirme (%)*		
Şiddetli aktif	18.6	25.3
Orta aktif	32.6	49.4
Hafif aktif	44.2	23.6
Remisyon	4.2	1.7
Başvuru öncesi aldıkları ilaçlar (%)		
Hidroksiklorokin**	62.8	46.6
Sülfasalazin	61.6	52.9
Metotreksat	82.6	84.5
Leflunomid***	50.0	36.8
Glukokortikoid	93.0	85.0
NSAİ	68.2	56.1
Biyolojik tedavi	6.9	0.7

*p=0.002, **p=0.014, ***p=0.042

Tartışma: RA'da tanı öncesi geçen sürenin 2 yıldan uzun olması, yeni tanı alan hastaların %70'inin 6 aydan uzun süre semptomlarının bulunması, RA tanısında geç kalındığının göstergesidir. RA hastalarının tanı ve takibi İç Hastalıkları uzmanları tarafından nadiren yapılmaktadır. Erken artrit kliniklerinin organizasyonu ve iç hastalıkları uzmanlarının RA tanı ve takibinde daha aktif rol almasına çaba gösterilmesi RA'da erken tanı ve tedavi hedefi için akılcı yaklaşım olacaktır.

PB-089

Tümör nekroz faktör (TNF)-alfa tedavisi sonrası romatoid artrit hastasında gelişen tüberküloz artriti: Olgu sunumu

¹Selim Nalbant, ²Mustafa Özyurt, ²Murat Yıldırım,
²Mesih Kuşkucu

¹Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, ²GATA Haydarpaşa, İstanbul

Özellikle son yirmi yıl içinde romatoid artrit (RA) tedavisinde yeni tedavi yöntemlerini gündeme gelmiştir. Bunların içinde en çok öne çıkan anti-TNF tedavileridir. Ancak, anti-TNF tedavilerin tüberküloz enfeksiyonlarına yol açıyor olması en önemli sorunumuzdur. Biz de daha önce rastlanmayan anti-TNF tedavi sonucu tüberküloz artritin geliştiği bir olguyu sunuyoruz.

Olgu sunumu: Seropozitif romatoid artrit tanısı olan 72 yaşında kadın, kliniğimize dizde şişlik ve ateş nedeniyle yatırıldı. Hastanın kayıtlı tıbbi geçmişine göre 2008 yılına kadar birçok farklı modifiye edici antiromatizmal ilaçlar (DMARD) kullan-

mış. Bu tarihten sonra 2008 ve 2010 yılları arasında hastaya iki ayrı anti-TNF tedavisi (adalimumab ve etanercept sırasıyla) aralıklı olarak kullanmış. Tüberkülin deri testi (TDT) her iki uygulamadan önce de 5 mm olarak ölçülmüş. Hastanın 2010 mayıs ayında dizinde şişme, halsizlik ve eklem ağrısı gelişmesi üzerine gittiği merkez RA alevlenmesi olarak değerlendirilmiş ve eklem içi steroid enjeksiyonu yapılmış. 2010 yılının Temmuz ayında hastanın şikayetlerine bir de popliteal fossadan kötü kokulu bir akıntı gelmeye başlaması üzerine merkezimize yatırıldı (Resim). Hastanın laboratuvarında hemoglobin:11.2 gr/dL, beyaz küre 7300, C-reaktif protein 64 mg/dL ve eritrosit sedimentasyon hızı: 103 mm / saat olarak tespit edildi. TST'si 20 mm. Bu bulgularla hastanın ayırıcı tanısında RA alevlenmesi, septik artrit, tüberküloz artrit ve osteomyelit düşünüldü. Yapılan eklem sıvı incelemesinde eklem sıvısının makroskopik görünümü serohemorajik olup, beyaz küre sayısı 12600/dL olarak saptandı. Üç balgam ve eklem sıvı örneğinde AARB pozitif bulundu. Bilgisayarlı toraks tomografisinde sağ üst paratrakeal, prekarineal çok sayıda lenfadenopati ve aktif tüberküloz düşünülen 4x3 cm çaplarında sağ akciğer apikal bölge kaviter lezyon mevcuttu. Sonuç olarak, hastamıza biyolojik tedavi sonrası gelişen eklem ve akciğer tüberkülozu tanısı konuldu. Hastaya üçlü anti-tüberküloz tedavisi verildi. Diz eklemi çapları (sol diz 56'dan, 52 cm'ye, sağ diz 49'dan 46 cm'ye), sedimentasyon ve CRP değerleri ilk tedavinin ilk ayı sonunda geriledi.

Sonuç: RA hastalarında yükselen inflamatuvar belirteçler, yorgunluk, efüzyon ve hatta ateş her zaman RA alevlenmesi olarak kabul edilebilir ve bizim olgumuzda olduğu gibi eklem içi steroid enjeksiyonlarına varan yanlışlıklar yapılabilir. İlginçtir ki, bu olguda her iki anti-TNF tedavisi öncesi TST ölçümleri normal sınırlarda (5 mm) bulunmuş. Yani, mevcut kılavuzlara göre anti-TNF tedavinin güvenli olması beklenir. Sonuç olarak, RA alevlenmeleri değerlendirilirken her zaman dikkatli davranmak tüberküloz da dahil olmak üzere enfeksiyonlar da göz önünde bulundurulmalı.



Resim (PB-089): Popliteal fossada oluşan fistül ağzı

PB-090

Haftada 5 mg ya da 15 mg folik asit desteğinin metotreksat yan etkileri üzerine etkisi

Aslı Gencay Can, Zafer Günendi, Gönen Mengi, Özlem Aslan, Feride Göğüş

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

Gerekçe: Metotreksat tedavisine eşlik eden folik asit desteğinin dozu ve sıklığı konusunda kesin bir fikir birliği yoktur. Bu çalışmada metotreksat tedavisi başlanan aktif romatoid artritli hastalarda haftada bir gün 5mg ile haftada 6 gün 2.5 mg folik asit desteğinin metotreksat yan etkilerini önleme üzerindeki etkilerinin karşılaştırılması amaçlandı.

Yöntem: Aktif romatoid artritli 36 hasta (9 erkek, 27 kadın, ortalama yaş 47) çalışmaya alındı. Metotreksat tedavisi başlanan hastalar folik asit desteğine göre iki gruba randomize edildi. Birinci gruptaki hastalara (n:18, 3 erkek, 15 kadın) metotreksat tedavisinin ertesi günü haftada 1 kez 5 mg folik asit (haftada 5mg folik asit grubu) almaları önerildi. İkinci gruptaki hastalara (n:18, 6 erkek, 12 kadın) ise folik asidi metotreksat kullanmadığı günlerde 2.5 mg/gün (haftada 15 mg folik asit grubu) alması önerildi. Hastalar 6. aydaki değerlendirmelerinde rutin laboratuvar testlerine ek olarak gastrointestinal semptomlar, saç dökülmesi ve stomatit açısından sorgulandı.

Sonuçlar: Her iki gruptaki hastalar arasında yaş (sırasıyla 49±11, 45±16; p:0.52), hastalık süresi (sırasıyla 38±59ay, 16± 22ay; p:0.18) ve başlanan metotreksat dozu (sırasıyla 11.25±1.55 mg/hf, 10.28±1.18 mg/hf; p: 0.10) açısından anlamlı fark yoktu. Altıncı aydaki değerlendirmede her iki grupta da abdominal ağrı, bulantı, diyare veya saç dökülmesi yan etkisi görülmedi. Haftada 5 mg folik asit desteği alan grupta bir hastada stomatit şikayeti gelişirken, diğer grupta stomatit şikayetine rastlanmadı. Her iki grupta da 6. aydaki laboratuvar değerlendirmelerinde sitopeniye rastlanmadı. Haftada 5 mg folik asit grubunda iki hastanın GGT değeri ve bir hastanın AST değerinin 6. aydaki değerlendirmede hafif (normal üst sınırının 2 katından daha düşük) düzeyde yükseldiği gözlemlendi. Haftada 15 mg folik asit alan grupta ise bir hastanın GGT değerinde hafif düzeyde yükseklik saptandı.

Tartışma: Folik asit desteğinin haftada 5mg uygulanması durumunda metotreksata bağlı yan etkilerde artış saptanmamıştır.

PB-091

İnflamatuvar artritlerde sirkadyen ritm

¹Cengiz Karacaer, ²Erdiç Serin, ¹Cemal Beş, ¹Çiğdem Arslan, ¹Mehmet Soy

¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, ²Biyokimya Bilim Dalı, Bolu

Giriş ve Amaç: Melatonin öncelikle pineal glanddan ışığa duyarlı olarak sirkadyen ritimde salgılanan bir hormon olup serum se-

viyeleri gün içinde değişim gösterir. Melatonin, immün sistemdeki reseptörleri aracılığı ile immünmodülatör etkileri olan bir hormondur. Romatoid artrit olgularında sabah saatlerinde daha belirgin olan eklem tutukluğu ana özelliklerden biridir. Bu bulgu, romatoid artritteki sabah tutukluğu gibi sirkadyen özelliklerin melatoninin sirkadyen salınımı ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştür. Diğer inflamatuvar artritlerde konu ile ilgili yeterli çalışma yoktur. Bu çalışmada romatoid artrit ve diğer inflamatuvar artrit grubu olan seronegatif spondiloartrit (ankilozan spondilit ve psöriatik artrit) olgularında diüurnal ritme uygun olarak serumda melatonin, Th-1 kökenli sitokin olan interferon gama ve Th-2 kökenli sitokin olan IL-10 ve serum kortizol düzeyleri bakılarak klinik parametrelerle ilişkilerine bakılması amaçlanmıştır.

Hastalar ve Yöntem: Romatoloji kliniğinde yatarak tedavi görmekte olan 20 romatoid artrit (RA), 17 seronegatif spondiloartrit (SNSPA) (9 AS, 8 Psöriatik artrit), 20 sağlıklı kontrolde akşam saat 20:00, gece yarısı saat 03:00 ve sabah saat 08:00 de serum melatonin, İnterferon gama, IL-10 ve kortizol düzeylerine bakıldı. Eş zamanlı olarak RA olgularında hastalık aktivite skoru (DAS28) ve SNSPA olgularında BASDAI indeksleri hesaplandı. Bulunan serum melatonin ve sitokin düzeyleri bakımından gruplar arasında fark olup olmadığı ve klinik bulgular ile ilişkilerine bakıldı.

Bulgular: RA'lı hastalarda saat 20:00'de ve 03:00'te bakılan melatonin değerleri sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düşük tespit edildi (sırasıyla p=0.003; p=0.001). RA olgularında sabah 08:00'de ölçülen kortizol değerlerinin SNSPA ve sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak daha düşük olduğu görüldü (sırası ile p:0.047 ve p:0.006). SNSPA hastalarda da saat 03:00'de bakılan MLT değerleri sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu (p=0.017). SNSPA olgularında da kortizol düzeyleri sabah 08:00 de diğer saatlere göre anlamlı olarak daha yüksekti (p:0.001).

Sonuç: RA olgularında melatonin gece saatlerinde SNSPA ve sağlıklı kontrollere göre daha yüksek saptanmamıştır. RA'da kortizol SNSPA olgularına ve sağlıklı kontrollere göre daha düşük saptanmıştır. SNSPA olgularında ise kortizol düzeylerinde etkilenme saptanmamıştır; ancak gece yarısı 03:00 de ölçülen melatonin düzeyleri sağlık kontrol grubuna göre SNSPA olgularında anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır. Bu bulgular, SNSPA patogenezinde hipotalamopituitar adrenal aksın etkilenmediğini ancak gece salınan melatonin salgısında azalmanın hastalığın ana yakınması olan gece ortaya çıkan bel ağrısı gibi yakınmaları ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştür.

PB-092

Jüvenil başlangıçlı romatoid artrit bir hastada sternoklavikular eklem septik artrit: Olgu sunumu

Cemal Beş, Büşra Akın, Mehmet Soy

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Bolu

Giriş: Sternoklavikular eklem sağlıklı bir insanda septik artrit için hiç alışık olmadığımız bir bölgedir. Ancak intravenöz ilaç,

uyuşturucu kullananlarda görülmesi olasıdır. Juvenil başlangıçlı romatoid artrit olan ve sternoklavikular eklem septik artrit gelişen bir olguyu sunuyoruz.

Olgu: Juvenil başlangıçlı romatoid artrit tanısıyla polikliniğimizden takip edilen 37 yaşında kadın hasta, 10 gündür olan sağ omuzda ağrı şikâyetiyle başvurdu. Fizik muayenede: sağ omuz gövdeye yapışık ve abduksiyon yaptırılmıyordu, sağ sternoklavikular eklem üzerinde palpasyonla şiddetli hassasiyet mevcuttu. Aksiller ateş 37,8 °C, lökosit 22,000 K/uL (nötrofil: 17,800 K/uL), CRP 288 mg/dl, sedimentasyon 54 mm/saat bulundu. Servise yatırılan hastanın ertesi gün yapılan fizik muayenesinde sağ sternoklavikular eklem üzerinde şişlik ve kızarıklık geliştiği görüldü. Sternoklavikular eklem USG’de sağ sternoklavikular eklem komşuluğunda yoğun içerikli loküle koleksiyon, komşu cilt ve cilt altı dokuda ekojenite artışı izlendi. MR görüntülemeye; sağ ikinci kostokondral eklemden multiloküle, paramediastinal alana uzanan koleksiyon, sağ 1. ve 2. kosta ile manubriumda sinyal artışı ve toraks sağ ön duvarından sağ aksilla ve infraklavikular fossaya uzanan inflamasyonla uyumlu değişiklikler görüldü. Bu bulgularla hastaya sternoklavikular eklem septik artrit tanısı kondu ve BT eşliğinde biyopsi denendi ancak materyal alınamadı. Cerrahi girişim yönünden ilgili branşlar tarafından riskli bir bölge olduğu ifade edilmesi üzerine hastaya sefazolin 3x2 gram İV tedavisi başlandı. Bu tedavi başladıktan 1 hafta sonra hastanın kliniğinde ve laboratuvar parametrelerinde dramatik düzelme oldu. Hastanın antibiyoterapisi 6 haftaya tamamlanarak kesildi. Tedavi bitiminden 3 ay sonra çekilen kontrol MR tamamen normal bulundu.

Tartışma: Sternoklavikular eklem septik artrit nadir görülen ve dikkatli bir fizik muayene yapılmazsa çoğu kez tanısı geç konabilen bir hastalıktır. Çoğu olgu omuz ağrısı olarak başvurur. Omuz ağrısı olan olgularda sternoklavikular eklem de değerlendirilmelidir.

PB-093

‘Kontakt lens kornea’ tablosu ile erken tanı alan anti-CCP pozitif romatoid artritli vaka sunumu

¹Soner Senel, ²Serpil Usta Çiftel, ³Haydar Erdoğan

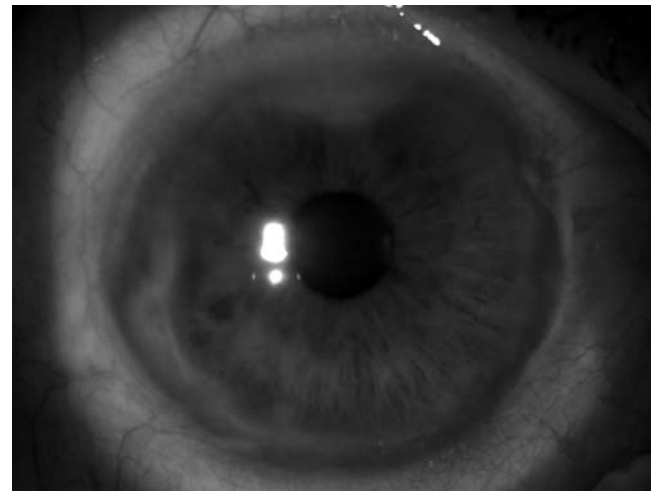
¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, ²İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ³Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Sivas

Gerekçe: Romatoid artrit (RA) nedeni bilinmeyen, kronik, multisistemik tutulumlu bir hastalıktır. RA’da eklem dışı bulgular da hastalığa eşlik eder. En sık göz tutulumu keratokonjunktivitis sika olmasıyla birlikte, korneal incelmeye, periferik korneal ülser gibi korneal tutulumlar da görülebilmektedir. Oküler yüzey RA’in sıklıkla etkilediği dokulardan biridir. Eğer korneal limbal incelmeye çepeçevre olursa sağlam kornea ortada kontakt lens gibi kalmakta ve buna ‘kontakt lens kornea’ denilmektedir. Bu raporda küçük eklem artraljisi dışında eklem şikayeti olmayan ve klinik olarak ilk tutulumu ‘kontakt lens kornea’ olan ve anti-CCP pozitif olan bir vaka sunulmuştur.

Yöntem: Gözlerinde ağrı şikayeti ile göz kliniğine başvuran 60 yaşında erkek hasta romatoloji polikliniğine spesifik göz bulgusu olan ‘Kontakt lens kornea’ ile yönlendirildi. Hastanın özgeçmişinde; tip 2 diyabetes mellitus, geçirilmiş myokard infarktüsü, koroner by-pass operasyonu, peyronie hastalığı öyküsü vardı sigara kullanım öyküsü yoktu. Hastanın romatolojik sorgulamasında, el eklemlerinde hafif şişlik ve ağrıları olduğu ve bu şikayetlerinin yaklaşık 2 yıldır sürdüğü öğrenildi. Hastanın bu en son göz muayenesinde kornea sağ üstte band keratopati, bilateral kornea periferinde incelmeye, kontakt lens kornea (Resim) ve tespit edildi. Spesifik bir bulgu olması nedeniyle hasta RA şüphesi ile romatoloji kliniğinde değerlendirilmeye alındı.

Sonuç: Hastanın fizik muayenesinde el küçük eklemlerinde (6 adet) sinovitle uyumlu hassasiyet ve hafif şişlik saptandı. El grafileri periartiküler osteoporoz görünümü ile uyumlu idi. RA ön tanısıyla istenen anti-CCP tetkiki 51 U/ml (0-12) titrede pozitif, RF negatif, sedimentasyon 8 mm/saat, CRP: 2.5 mg/L olarak ölçüldü. Dört ile 10 arası küçük eklemden sinovit olması (3 puan), anti-CCP pozitif olması (normalin 3 kat üzerinde=3 puan), 6 haftadan uzun süren eklem ağrıları olması (1 puan), tipik göz bulgusu olması ve radyolojik olarak periartiküler osteoporoz bulgularının olması nedeni ile yeni ACR/EULAR klasifikasyon kriterlerine göre (≥6 puan kesin RA) hastaya romatoid artrit tanısı konuldu. Metotreksat 15 mg/hafta, plaquenil 200 mg/gün, folbiol 10 mg/hafta ile RA tedavisi başlandı. Hastaya şiddetli artraljisi olmaması nedeniyle ve skleromalazia perforans riski nedeniyle kortikosteroid tedavi başlanmadı.

Tartışma: Yaşlanma, korneal patolojiler, korneal cerrahiler ve bağ doku hastalıkları da güçlü bir antijen –antikor reaksiyonu ile kornea stromasında kollajen lizisine ve incelmeye neden olmaktadır. Bizim hastamızda bu spesifik bulgunun romatoid artrit sekonder olduğu doğrulanmıştır ayrıca anti-CCP yüksek titrede pozitif olması ve sigara içimi olmaması korneal incelmeye ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu vakamızda da nadir ama ciddi bir göz komplikasyonu olan kontakt lens korneanın RA başlangıç bulgusu olarak ortaya çıkması sunulmuştur.



Resim (PB-093): RA’lı hastanın sağ gözünde “Kontakt lens kornea” görünümü

PB-094

Romatoidli artritli hastada azatioprine bağı gelişen aspergiloma

¹Alper Şener, ²Şenol Kobak, ³Timuçin Alar, ⁴Üğur Gönlügür

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Romatoloji Bilim Dalı, ³Göğüs Cerrahi Anabilim Dalı, ⁴Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Çanakkale

Giriş: RA'in en önemli ekstraartiküler bulgularından birisi, akciğer tutuluşudur. İmmunosupresif ilaçların önemli yan etkilerinden biri, çeşitli enfeksiyonların gelişmesidir. Bunların arasında, invaziv fungal enfeksiyonlar önemli yer tutmaktadırlar.

Amaç: Bu bildiride, RA akciğer tutuluşu nedeniyle, orta doz KS ve Azatioprin alan hastada, AC'de Aspergiloma gelişmesini rapor ettik.

Olgu sunumu: 64 yaşında, erkek hasta, yaklaşık 3 hafta önce başlayan ateş yüksekliği, öksürük, nefes darlığı ve kanlı balgam çıkarma şikayetleri ile Göğüs hastalıkları polikliniğine başvurmuş. Burada hastaya pnömoni tanısı konulmuş ve ikili antibiyotik tedavi başlanmış. Fakat şikayetleri gerilemeyen olgu, Romatoloji polikliniğimize başvurdu. Sorgulamasında 15 yıldan beri RA tanısı ile takip edilen hasta, ilk kez 2 ay önce polikliniğimize başvurdu. Yapılan tetkikler sonucu RA ve akciğer (bal peteği yanı sıra, buzlu cam alanları) tutuluşu nedeniyle, hastaya orta doz kortikosteroid ve Azatioprin 2 mg/kg/gün başlandı. Daha sonra kontrollere gelmeyen hasta, 3 hafta önce başlayan şikayetleri ile hospitalize edildi. Yapılan ilk değerlendirmede ateş: 38.9 °C, sedimantasyon: 144 mm/saat, RF: 96 ng/, CRP: 13.7 mg/dl, WBC: 18,000 olarak saptandı. Serolojik testlerde anti-CCP: 98 (N<5), ANA: negatif olarak tespit edildi. AC grafisinde sağ AC orta zonlara kadar uzanan yaygın infiltrasyon alanları izlendi. Toraks BT'de ise sağ AC üst lob lateral pleural tabanlı 58x51x86 mm boyutlarında kalın düzensiz cidarlı kaviter lezyon rapor edildi. Göğüs hastalıkları konsultasyonu yapıldı, bronkoskopi yapıldı. Bronkoskopi ile alınan sıvı kültüründe Aspergillus Fumigatus ve Candida Kefry üremesi oldu. Patolojiye gönderilen örnekte, malign hücreye rastlanmadı, direk ARB bakısı yine negatif olarak geldi. Enfeksiyon hastalıkları birimimize danışıldı ve hastaya Cancidas 70 mg (ilk gün) ve 50 mg idame tedavi ile değiştirildi. Bu tedavinin 5. gününde ateş kontrol altına alındı, hemoptizi geriledi, hastanın genel durumunda iyileşme gözlemlendi. Takip hemogramlarda lökosit değerleri, akut faz yanıtları (ESH, CRP) normale geldi, AC grafilerinde ise belirgin regresyon sağlandı. Tedavinin 6. ayında değerlendirildiğinde, hastanın şikayetleri yok, akut faz yanıtları normal, çekilen kontrol toraks BT'de ise kaviter lezyonun neredeyse kaybolduğu gözlemlendi. Bunun üzerine Göğüs cerrahi ile görüşüldü, kaviter lezyona yönelik cerrahi girişim yapıldı. Cerrahi ile tamamen alınan kaviter lezyonun patolojik değerlendirmesinde, Aspergiloma tanısı desteklendi. Hasta, poliklinik kontrolleri ile takip edilmektedir.

Sonuç: İnvaziv fungal enfeksiyonlar, sadece anti-TNF-alfa alan değil, klasik immunosupresif tedavisi altında olan hastalarımızda da gelişebilmektedir. AC'de kaviter lezyon ve/veya enfeksiyöz tablosu ile başvuran romatolojik hastalarda, tüberküloz ve malignite yanı sıra, fungal enfeksiyonu da düşünülmalıdır.

PB-095

Romatoid artritli hastada adalimumab'a bağı gelişen candida larinjit

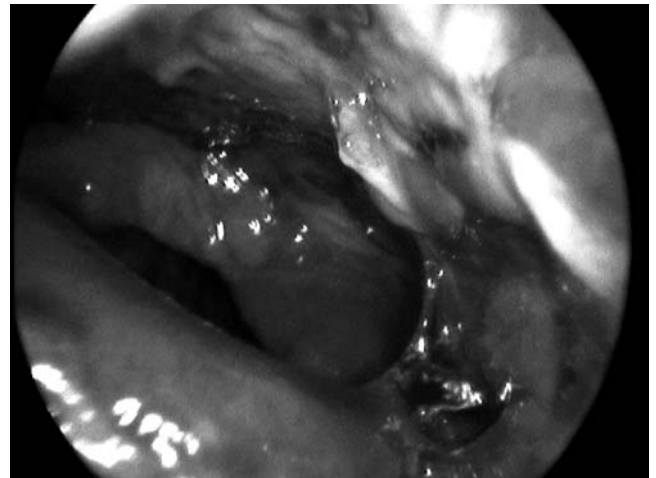
¹Şenol Kobak, ¹Sezai Kalkan, ²Oğuz Güçlü, ³Zerrin Öğretmen

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı, ²KBB Anabilim Dalı, ³Dermatoloji Anabilim Dalı, Çanakkale

Giriş: Romatoid artrit tedavisinde kullanılan anti-TNF-alfa ilaçların en önemli yan etkileri arasında, farklı enfeksiyonlar gelişimi gelmektedir. Fungal enfeksiyonlar da bunların arasında yer almaktadırlar. En sık İnfliximab (%80) kullanımı ile ilişkili bulunurken, tüm fungal enfeksiyonların %23'ünde Candida tespit edilmiştir. Bu bildiride, RA'lı hastada adalimumab kullanıma bağı gelişen Candida larinjiti rapor edilmiştir.

Vaka: 52 yaşında erkek hasta, yaklaşık 6 yıldan beri RA tanısı ile izlenmekte. Aldığı klasik tedaviye (3'lü TEİ) rağmen hastalık aktivasyonu devam eden hastaya, başka bir Romatoloji merkezinde anti-TNF-alfa (Adalimumab) başlanmış. Tedaviden yaklaşık 2 ay sonra, yaygın ağız içi yaraları, yutma güçlüğü ve ses kısıklığı şikayetleri ile Romatoloji polikliniğine başvurdu. Burada yapılan muayenesinde her iki el bilek, diz ve ayak bilek eklemlerde sinovit, sabah tutukluğu ve hareket kısıtlılığı bulundu. Ağız içinde bulunan lezyonlarına yönelik Dermatoloji ve KBB konsultasyonu yapıldı. Laringoskopik muayenesinden alınan örneklerinde Candida üremesi oldu. Hastaya sistemik ve lokal anti-fungal tedavi başlandı, anti-TNF-alfa ilacı kesildi. Bu tedavi ile bir miktar şikayetlerinde gerileme gözlemlendi. RA aktivasyonu için düşük doz KS, Colchicum dispers, Leflunomid, SLZ başlandı. Bu tedavi ile belirgin klinik ve laboratuvar regresyon gözlemlendi. Hastalığı remisyonunda olan hasta, poliklinik kontrolleri ile takip edilmektedir.

Tartışma: Anti-TNF-alfa kullanıma bağı çeşitli enfeksiyonlar gelişmektedir. Fungal patojenler arasında en sık histoplazmozis (%30) görülürken, Candida enfeksiyonları da ikinci sırada gelmektedirler. Başka bir immunosupresif ilaç (örn. KS) kullanımı da, adalimumab kullanan bir hastada, fungal enfeksiyon gelişmesini tetikleyebilir.



Resim (PB-095): Posterior farengeal duvarda hiperemik zeminde beyazgri renkte plak formasyonu

PB-096

Sistemik lupus eritematozuslu hastalarda anti-nükleer antikor paternleri ve ekstraktabl nükleer antijen subgrupları

¹Ömer Nuri Pamuk, ¹Salim Dönmez, ²Gülsüm Emel Pamuk, ³Elif Gülsüm Ümit, ⁴Aytıben Aksoy

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, ²Hematoloji Bilim Dalı, ³Edirne Devlet Hastanesi, ⁴Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi İmmünfloresan Laboratuvarı, Edirne

Gerekçe: Antinükleer antikorlar (ANA) otoimmün romatolojik hastalıkların önemli bir belirticidir. HEp-2 hücreleri kullanan indirekt immunfloresan (IIF) yöntemi (ANA-HEp-2) günümüzde ANA tespiti için standart yöntemdir. Çalışmamızda sistemik lupus eritematozuslu (SLE) olgularda ANA-HEp-2 özelliklerini ve ekstraktabl nükleer antijen (ENA) subgruplarını değerlendirmeyi amaçladık. Aynı zamanda antikor tipi ile SLE klinik özelliklerinin ilişkisini belirlemeye çalıştık.

Yöntem: Merkezimizde son 10 yılda SLE tanısı alan 237 hastayı (211 kadın, 26 erkek) retrospektif olarak değerlendirdik. Klinik özellikler, elverişli hastaların tanıdaki SLEDAI skorları kaydedildi. ANA-HEp-2 testi tecrübeli bir teknisyen tarafından yapıldı ve 1/80 dilüsyonda 2 farklı HEp-2 slaytta belirgin pozitiflik anlamlı kabul edildi. Tüm ANA-HEp-2 pozitif serumlar ENA'ye karşı antikorlar yönünden double immunodifüzyon yöntemi ile tarandı (Sm, U1-RNP, SS-A/Ro, SS-B/La, histon, nükleozom, sentromer, topoizomerez-1, Jo-1). Tüm örnekler anti-native DNA için 1/10 dilüsyonda IIF yöntemi ile Crithidia luciliae kullanılarak değerlendirildi.

Sonuçlar: ANA, 227 hastada pozitifliği (95.8%), anti-DNA 81 hastada (%34.2) pozitifliği. SLE'lu hastaların ANA boyanma paternleri ve ENA subgruplarının dağılımı Tablo'da görülmektedir. Homojen boyanma paterni olanlarda renal tutulum riski belirgin artmıştı (OR: 2.6, %95CI: 1.4-4.7, p=0.002). Speckled boyanma paterni (OR: 1.74, %95CI: 1.08-3.1, p=0.048) ve nükleoplazmik boyanma (OR: 3.8, %95CI: 1.6-9.3, p=0.002) raynaud fenomeni ile ilişkiliydi. Sitoplazmik boyanma paterninde nörolojik tutulum artmıştı (OR: 3.9, %95CI: 1.6-9.3, p=0.004). Anti-dsDNA pozitifliği ise renal tutulum (OR: 8.3, %95CI: 4.49-15.5, p<0.001), serozit (OR: 2.53, %95CI: 1.17-5.5, p=0.016) ve SLE ilişkili hematolojik bozuklukla (OR: 2.4, %95CI: 1.27-4.56, p=0.004) ilişkiliydi, diskoid lupus riski ise bunlarda daha azdı (OR: 0.44, %95CI: 0.22-0.87, p=0.016). Anti-dsDNA pozitif grupta ortalama yaş daha düşük, tanıdaki SLEDAI skoru ve ESR düzeyleri ise daha yüksekti (p'ler sırasıyla 0.013, 0.004 ve 0.001). Anti-Sm pozitifliği raynaud fenomeni ile (OR: 6.9, %95CI: 0.96-55.7, p=0.048), Anti-SmRNP varlığı ise raynaud (OR: 3.6, %95CI: 1.2-11.1, p=0.017) ve renal tutulumla (OR: 2.8, %95CI: 1.16-6.8, p=0.019) ilişkiliydi. Anti-nükleozom varlığında renal tutulum artmış bulundu (OR: 3.9, %95CI: 1.4-11.1, p=0.007). Anti-nükleozom pozitif grupta tanıdaki SLEDAI skoru da daha yüksekti (p=0.048).

Tablo (PB-096):

Patern	n (%)
Homojen	90 (38)
Benekli	88 (37.2)
Nükleoplazmik	37 (15.6)
Nükleor	6 (2.5)
Sitoplazmik	15 (6.3)
Nükleoli	19 (8)
Diğer	6 (2.5)

ENA tipi	n (%)
SS-A	51 (21.5)
SS-B	23 (9.7)
Anti-Sm	10 (4.2)
Anti-SmRNP	22 (9.3)
Anti-Nükleozom	17 (7.2)
Anti-Ribozomal P	6 (2.5)
Anti-Histon	13 (5.5)
Anti-Mitokondriyal	6 (2.5)
Anti-PCNA	1 (0.4)
Anti-PM-Scl	1 (0.4)
Anti-Topoizomerez I	1 (0.4)
Anti-Sentromer	2 (0.8)

Tartışma: IIF ANA testi SLE hastalarımızda oldukça iyi tanısal duyarlılık gösteriyordu (%95.6). Anti-dsDNA ve anti-nükleozom pozitifliği de renal tutulum ve yüksek SLEDAI skoru ile ilişkili antikorlar olarak gözlemlendi.

PB-097

Romatoid artritli hastada adalimumab'a bağlı gelişen seboreik dermatit

¹Şenol Kobak, ¹Sezai Kalkan, ²Zerrin Öğretmen

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı, ²Dermatoloji Anabilim Dalı, Çanakkale

Giriş: Romatoid artritin tedavisinde anti-TNF-alfa ilaçların önemli bir yeri vardır. Hastalık progresyonu ve radyolojik hasarı önlemekle beraber, başlıca enfeksiyon ve/veya malignite en önemli yan etkileri arasında gelmektedir. Bu ilaçların, farklı deri lezyonları (psoriasis benzeri, vaskulit, pustulozis) da yapabildikleri gösterilmiştir.

Amaç: Bu bildiride, klasik tedaviye dirençli aktif RA hastada, Adalimumab kullanıma bağlı, seboreik dermatit gelişimi rapor edilmiştir.

Vaka: Yaklaşık 19 yıldan beri RA tanısı ile izlenen, 54 yaşında bayan hasta, ilk kez Ekim 2010'da Romatoloji polikliniğine başvurdu. Her iki el bilek, MKF, PİF, diz ve ayak bilek eklemlerinde ağrı, sabah tutukluğu ve hareket kısıtlılığı yanı sıra, her iki diz, sağ el bilek ve ayak bileklerinde artrit bulguları mevcuttu. Başvurudan 3 ay önce tedavileri kesen hastaya, düşük doz kortikosteroid, MTX 20 mg/hafta, SLZ 2 g/gün, HQ 400 mg/gün başlandı. Bu tedavi ile şikayetlerinde ve laboratuvar bulgularında bir

miktar gerileme oldu. Poliklinik kontrollerinde belirgin regresyon gözlenmeyen hastaya, yaklaşık 6 ay önce anti-TNF-alfa (Adalimumab 40 mg/2 haftada bir) başlandı. Bu tedavi ile hastalığı kontrol altına alınan hasta, tedavinin 1. ayın sonunda, tüm vücutta kaşıntılı deri lezyonları başladı. Bunun üzerine Dermatoloji ile konsülte edildi. Seboreik dermatit tanısı alan hastaya, lokal kortikosteroid ve antihistaminik başlandı, anti-TNF-alfa stoplandı. Takiplerinde hastanın deri lezyonları kaybolduğu gözlemlendi. Adalimumab'a bağlı gelişen bu yan etki nedeniyle, hastaya Rituximab başlandı. Bu tedavi ile hastalığı kontrol altına da, poliklinik takipleri devam etmektedir.

Sonuç: Anti-TNF alfa ilaçlar, RA'nın tedavisinin köşe taşları olmuşlardır. Bilinen yan etkileri yanı sıra, farklı deri lezyonları da yapabilmektedirler. Adalimumab kullanan ve deri lezyonları gelişen bir olguda, seboreik dermatit de akla gelmelidir.

PB-098

Otoimmün romatizmal hastalıklarda serozit sıklığı ve tedaviye yanıtı

Fulya Coşan, Atalay Doğru, İlhan Dolaşık, Seda Erem, Özlem Özdemir Işık, Ebru Karcı, Ayten Yazıcı, Barış Yılmaz, Ayşe Cefle

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

Gerekçe: Otoimmün romatolojik hastalıklarda plevral ve perikardiyal efüzyon görülebilmektedir. Serozit patogenezi bilinmemektedir. Serozit temel olarak SLE'nin bir bulgusu olarak kabul edilse de tüm otoimmün bağ dokusu hastalıklarında görülebilmekte ve tedaviye yanıtı farklılık göstermektedir. Bu çalışmada otoimmün hastalıklardaki serozit sıklığı ve tedaviye yanıtının değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

Yöntem: Çalışmaya 2004-2011 tarihleri arasında Romatoloji BD polikliniğinden en az 6 ay süre ile takip edilmiş 1193 romatoid artrit hastası (932 kadın, 261 erkek, yaş ortalaması: 53±14 (9-91), 101 primer Sjögren sendromu hastası [97 kadın, 4 erkek, yaş ortalaması: 49.7±12.3 (20-80)], 191 SLE hastası [160 kadın, 31 erkek, yaş ortalaması: 41.4±13.2 (21-75)], 88 skleroderma hastası [76 kadın, 12 erkek, yaş ortalaması: 51±13 (20-77)], 25 miyozit hastası [19 kadın, 6 erkek, yaş ortalaması: 42.8±16 (22-80)] dahil edilmiştir. Her hasta ekokardiografi ve akciğer grafisi ile değerlendirilmiş, bulgusu olan hastalara toraks BT uygulanmıştır. Hastaların serozit açısından klinik bulguları SPSS 16.0 ile analiz edilmiştir.

Sonuçlar: Romatoid artrit tanısı ile takip edilen hastaların %4.2'sinde (%64.4 plevral efüzyon, %46.7 perikardiyal efüzyon), SLE tanısı ile takip edilen hastaların %18.8'inde (%62.5 plevral efüzyon, %68.8 perikardiyal efüzyon), primer Sjögren sendromu tanısı ile takip edilen hastaların %1'inde (plevral efüzyon), skleroderma tanısı ile takip edilen hastaların %11.4'ünde (%44.4 plevral efüzyon, %77.8 perikardiyal efüzyon), miyozit tanısı ile takip edilen hastaların %20'sinde (%100

perikardiyal efüzyon) serozit tespit edilmiştir. Tüm hastalar kortikosteroid tedaviden fayda görmüş olup, 2 romatoid artrit hastasının plevral efüzyonu rituximab tedavisi ile gerilemiştir. Romatoid artritli hastalarda erkeklerde serozit sıklığı anlamlı olarak artmış bulunmuştur (p=0.000, OR: 3.24, %95 GA, 1.82-5.75). Skleroderma ve miyozit hastalarında perikardiyal efüzyon sıklığı anlamlı olarak artmıştır. Serozit gelişimiyle yaş arasında hiçbir hastalık grubunda fark saptanmamıştır.

Tartışma: SLE dışındaki otoimmün romatolojik hastalıklarda da serozit sıklığı artmıştır. Skleroderma ve özellikle miyozitte hastaların perikardiyal efüzyon açısından incelenmesi gerekir. Romatoid artrite bağlı serozit bulguları diğerlerine göre tedaviye daha dirençli olabilmektedir.

PB-099

Sistemik lupus eritematozuslu hastalarda yaşam kalitesi, anksiyete, depresyon, somatizasyon ve klinik bulgularla ilişkisi

¹Ömer Nuri Pamuk, ¹Salim Dönmez, ²Bünyamin Kısacık, ²Ahmet Mesut Onat, ³Gülsüm Emel Pamuk

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne;

²Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep;

³Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji Bilim Dalı, Edirne

Gerekçe: Sistemik Lupus Eritematozuslu (SLE) hastalarda yaşam kalitesi (QoL) belirgin olarak bozulmuştur. Son dönemde aktivite ve hasar indekslerinin yanı sıra SLE'da QoL'ı değerlendiren yeni skorlamalar gündeme gelmektedir. Çalışmamızda SLE'lu hastalarımızda test edilmiş Lupus-QoL skorunun Türkçe versiyonunun geçerliliğini göstermek ve klinik bulgular ve aktivite indeksleri ile ilişkisini belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya ACR 1987 kriterlerine göre SLE tanısı almış hepsi kadın 64 hasta alındı (yaş ort.: 38.2±11.7). Hastaların klinik ve demografik özellikleri, biyokimyasal verileri dosyalarından kaydedildi. Lupus-QoL sorgulaması ile eşzamanda SLE hastalık aktiviteleri belirlendi (SLEDAI). Lupus-QoL fiziksel sağlık (8 soru), emosyonel sağlık (6 soru), vücut imajı (5 soru), ağrı düzeyi (3 soru), gelecek planlamasındaki belirsizlik (3 soru), halsizlik (4 soru), yakın ilişki (2 soru) ve başkalarına yük olma (3 soru) ile ilişkili olmak üzere toplam 34 sorudan oluşuyordu. Hastalar bu parametrelerle ilgili soruları son 1 haftalık dönem için "hiçbir zaman, arada, fena olmayan bir zaman, zamanımın çoğunda ve her zaman" şeklinde cevapladı (0-4 puan). Ayrıca hastalara hospital anxiety (HADS-A) and depression skalası (HADS-D) ve somatizasyon semptom skorları (SSC) sorgulandı.

Sonuçlar: SLE'lu olgularımızın 23'ünde renal tulum, 10'unda nörolojik, 30'unda ise hematolojik tutulum vardı. Hasta yaşıyla HADS-A skoru (r=0.38, p=0.011) ve SSC skoru (r=0.3, p=0.05) koreleydi. Hastalık süresiyle de ağrı ilişkili skor (r=0.37, p=0.015), yakın ilişki (r=0.39, p=0.01) ve HADS-A skoru (r=0.32, p=0.05) korele bulundu. SLEDAI skoru ise yakın ilişki ile negative korele bulundu (r=-0.34, p=0.025). Raynaud tanımlayan SLE'lu hastalarda

HADS-D skoru diğerlerine göre anlamlı yüksekti (7.03 ± 4.3 vs. 3.7 ± 3.8 , $p=0.016$). Renal tutulum olan SLE'lularda gelecek planlamasının belirsizliği skoru (42.6 ± 23.4 vs. 27 ± 22.9 , $p=0.033$) ve HADS-D (7.4 ± 4.9 vs. 4.2 ± 3.1 , $p=0.016$) skoru anlamlı yüksekti. Anti-dsDNA pozitif SLE lilerde ise SLEDAI anlamlı yüksek, fiziksel sağlık (48.8 ± 41.3 vs. 77.4 ± 51.7 , $p=0.049$), yakın ilişki (43.5 ± 49.6 vs. 85.7 ± 67.7 , $p=0.023$), başkalarına yük olma (34.5 ± 33 vs. 60.9 ± 38.8 , $p=0.028$), HADS-A skorları (6.14 ± 3.9 vs. 10.04 ± 4.1 , $p=0.003$) ve SSC skoru (1.14 ± 1.5 vs. 3.04 ± 1.9 , $p=0.001$) anlamlı düşüktü. Anti-nükleozom pozitif grupta ise SSC skoru anlamlı düşüktü (0.7 ± 1 vs. 2.4 ± 2 , $p=0.003$).

Tartışma: SLE'lularda böbrek tutulumu varlığı depresyon ve gelecekle ilgili plan yapmada belirsizlikle ilişkili yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Anti-dsDNA pozitifliği ise olumsuz yaşam kalitesi skoru ile ilişkili görülmektedir. Ancak ilginç olarak Anti-dsDNA pozitif SLE'lularda düşük anksiyete ve somatizasyon varlığı dikkat çekici idi.

PB-100

Sistemik lupus eritematozus tanısı ile izlenen çocuk hastalarda D vitamini düzeyi ve hastalık aktivitesi ile ilişkisi

¹Elif Çomak, ¹Arife Uslu Gökçeoğlu, ¹Çağla Serpil Doğan, ¹Mustafa Koyun, ¹Halide Akbaş, ¹Sema Akman

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı,

²Biyokimya Anabilim Dalı, Antalya

Amaç: İmmün sistem dengesinin korunmasında 25 (OH) D3'ün (D vitamini) önemli rolü vardır ve eksikliği ile bazı otoimmün hastalıklar arasında ilişki bulunduğu gösterilmiştir. Sistemik Lupus Eritematozus (SLE) tanısı ile izlenen çocuk hastalarda güneşten korunma için alınan önlemler D vitamini eksikliğini hazırlayan diğer bir faktör olabilir. Amacımız SLE'li çocuklarda D vitamini düzeyini ölçmek ve D vitamini düzeyleri ile hastalık aktivitesi arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Metod: Kliniğimizde SLE tanısı ile izlenen hastaların tıbbi kayıtları retrospektif olarak değerlendirildi. Bu hastalardan D vitamini düzeyi çalışılmış olanlar araştırmaya dahil edildi. D vitamini düzeyi HPLC yöntemi ile çalışıldı. SLE hastalık aktivite skoru (SLEDAI) eş zamanlı olarak hesaplandı.

Bulgular: D vitamini düzeyi çalışılmış olan 11 hastanın 9'u kız, 2'si erkek; yaş ortalaması 15.09 ± 2.73 yıl; izlem süresi 23.8 ± 18.54 ay idi. SLEDAI skoru ortalama 6.72 ± 3.35 , D vitamini düzeyi 23.9 ± 17.41 ng/ml bulundu. D vitamini düzeyi belirgin olarak düşük (<10 ng/ml) olan 4 hastada hastalık aktivitesi daha yüksekti. Bu hastalarda hematolojik tutulum, akciğer tutulumu ve ikisinde de aktif renal tutulum vardı. Akut böbrek yetmezliği kliniği ile başvuran ve yeni tanı alan bir hastada D vitamini düzeyi 4.9 ng/ml idi. 4 hasta 400 IU/gün D vitamini desteği alıyor olmasına rağmen en yüksek D vitamini düzeyi 62.7 ng/ml olarak bulundu. SLEDAI skoru ile D vitamini düzeyi arasında negatif korelasyon saptandı ($p=0.001$).

Sonuç: Bu bulgular SLE'li çocuk hastalarda D vitamini düzeyi ile hastalık aktivitesinin ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Bu hastalarda D vitamini düzeyi düzenli olarak değerlendirilmeli ve D vitamini desteği verilmelidir.

PB-101

Sistemik lupus eritematozlu ve sistemik sklerozlu hastalarda serum osteoprotegerin ve RANKL düzeyleri

Aşkın Ateş, Nesibe Yeşil, Cem Özişler, Kubilay Şahin, Fulya Dörtbaşı, Yaşar Karaaslan

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

Giriş ve Amaç: Osteoprotegerin (OPG)/RANK/RANKL sisteminin özellikle osteoklast farklılaşması ve fonksiyonları üzerine etkisinin yanısıra immün sistemde dendritik hücre sağkalımına ve T hücre aktivasyonuna yol açtığı, endotelial aktivasyon/disfonksiyonunda rol oynadığı gösterilmiş ve romatoid artrit, ankilozan spondilit, Crohn ve Kawasaki gibi inflamatuvar hastalıklarda serum OPG ve RANKL düzeylerinin arttığı bildirilmiştir. Sistemik lupus eritematoz (SLE) ve sistemik sklerozda (SSc) OPG/RANKL sisteminin rolüne ait yeterli veri mevcut değildir. Bu çalışmada, SLE ve SSc'li hastalarda serum OPG ve RANKL düzeylerinin hastalık patogenezi, aktivitesi, organ tutulumları ve laboratuvar parametrelerle ilişkisinin araştırılması amaçlandı.

Hastalar ve Yöntem: Çalışmaya 40 SLE (38 K, 2 E, ortalama yaş 37.2 ± 10.6 yıl) ve 28 SSc (27 K, 1 erkek, ortalama yaş 38.2 ± 11.6 yıl) hastası ile 20 sağlıklı kontrol (18 K, 2 E, ortalama yaş 34.2 ± 8.1 yıl) alındı. Hasta ve kontrol gruplarında serum OPG ve RANKL düzeyleri ELİZA yöntemiyle ölçüldü. SLE'li hastalarda spesifik organ tutulumları, otoantikör pozitiflikleri (anti-dsDNA, anti-Ro, anti-La, anti-Sm/RNP, antikardiyolipin IgM ve IgG), serum C3 ve C4 düzeyleri ve akut faz yanıtı (ESH ve CRP) değerlendirildi. Hastalık aktivitesi SLEDAI skoru kullanılarak hesaplandı. SSc'li hastalarda sınırlı veya yaygın hastalık, pulmoner hipertansiyon, aktif dijital ülser, akciğer, GIS ve kardiyak tutulum varlığı belirlendi. Ayrıca, otoantikör pozitifliği (anti-Scl70 ve antisentromer), serum C3 ve C4 düzeyleri ve akut faz yanıtı değerlendirildi.

Bulgular: Serum OPG düzeyi hem SLE'li (5.17 ± 3.66 pg/ml), hem de SSc'li (8.48 ± 8.39 pg/ml) hastalarda sağlıklı kontrollerden (3.06 ± 1.44 pg/ml) anlamlı olarak yüksek bulundu (sırasıyla $p=0.002$ ve $p<0.001$). Serum RANKL düzeyi bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi ($p>0.05$). SLE'li hastalarda serum OPG düzeyi ile SLEDAI skoru ($r=0.547$, $p<0.001$) ve ESH ($r=0.383$, $p=0.016$) arasında anlamlı pozitif ilişki saptandı. Serum OPG düzeyi proteinürisi (8.40 ± 7.77 ve 4.60 ± 2.11 pg/ml, $p=0.017$) ve trombositopenisi (8.59 ± 6.25 ve 4.45 ± 2.43 pg/ml, $p=0.005$) olan hastalarda olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek idi. SLE grubunda serum RANKL düzeyi ile klinik ve laboratuvar parametreler arasında ilişki saptanmadı. SSc grubunda sınırlı veya yaygın hastalık, organ tutu-

lumlari ve laboratuvar parametreleriyle serum OPG ve RANKL düzeyleri arasında ilişki tespit edilmedi.

Sonuç: SLE'li hastalarda serum OPG düzeyinin sağlıklı kontrollerden anlamlı yüksek olması, hastalık aktivitesi, proteinüri ve trombositopeni ile ilişkili bulunması, bu belirtecin hastalık patogenezi ve klinik seyrinde önemli olduğunu düşündürmektedir. SSc'li hastalarda serum OPG düzeyi sağlıklı kontrollerden anlamlı yüksek bulunmakla birlikte, serum OPG ve RANKL düzeylerinin klinik önemini gösterecek daha fazla olguyu içeren ilave çalışmalara ihtiyaç vardır.

PB-102

Sistemik lupus eritematozus'un nadir bir formu: Pseudo-pseudo Meigs sendromu: Tjalma sendromu

¹Cemal Beş, ²Ülkü Dağlı, ¹Pınar Memedoğlu, ¹Mehmet Soy

¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, ²Gastroenteroloji Bilim Dalı, Bolu

Giriş: Pseudo-Pseudo Meigs Sendromu (Tjalma Sendromu), Sistemik Lupus Eritematozus hastalarında over tümörü olmak-sızın assit, plevral effüzyon ve CA-125 yüksekliği bulunması ile karakterize bir tablodur. Bu hastalar sıklıkla over tümörü tanısı araştırılır hatta opere edilirler. Bu yazıda over tümörü ön tanısıyla opere edilen ancak over tümörü bulunmayan ve Pseudo-Pseudo Meigs sendromu tanısı konan bir olguyu sunuyoruz.

Olgu: 42 yaşında, kadın hasta bulantı, kusma, ishal ve karın ağrısı şikayetiyle başvurdu. 6 aydır el eklemlerinde şişlik ve ağrı yakınması olan hastanın 10 gün önce karın ağrısı şikayetiyle acil polikliniğimize başvurduğu; akut batın tablosu olması, batın USG'de asist ve sol overde kistik lezyon tespit edilmesi üzerine over tümörü-akut batın ön tanısıyla total abdominal histerektomi + salpingooferektomi + appendektomi operasyonu geçirdiği öğrenildi. Özgeçmişinde 8 sene önce İTP nedeniyle splenektomi geçirdiği ve ilk trimestirde 2 düşüğü olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde, batın distandü, takipneik, her iki bacakta pretibial ödem (+), aksiller ateş 38.3 °C, Nb: 114/dk, TA: 150/95 mmHg. Dinlemekle sağ akciğer alt zonda solunum sesleri alınmıyordu. Laboratuvar testlerinde WBC: 16,900 (%85.6 nötrofil), PLT: 85,000, CRP: 124mg/dl, ESR: 7 mm/h, Albumin: 2.7 g/dl Proteinüri: 1.2 gram/gün, CA-125: 91.3 (N: 0-35). P-A akciğer grafisi: sağda plevral effüzyon (+): EKO: perikardiyal effüzyon (+): Batın USG: kolelityazis ve assit (+): Kranial BT: ileri derecede hidrosefali(+): Kranial MR-anjio: normal. Poliseroziti olan ve CA-125 yüksekliği bulunan ancak over tm ya da enfeksiyon tespit edilemeyen hastada eklem şikayetleri olması, düşük anamnezi bulunması, trombositopenisi olması nedeniyle SLE ve antifosfolipid sendromu düşünüldü ve buna yönelik testler istendi. ANA: +++ (PATTERN), antidsDNA: pozitif, ENA profili negatif, C3: 41 mg/dl (N: 83-193), C4: 2.9 mg/dl (N:15-57), Antikardiyolipin IgM, IgG: Negatif, Lupus antikoagülan: Negatif. Bu bulgular eşliğinde hastaya Pseudo-Pseudo Meigs Sendromu tanısı kondu ve 3 gün boyunca 1gram/gün metilprednisolon pulse; ardından 1gram pulse siklofosfamid ve-

rildi; idame tedavi olarak da 1 mg/kg/gün metilprednisolon tedavisi başlandı. Bu tedavi sonrası hastanın bulantı ve kusma şikayeti geçti, ateşi geriledi, CRP normale döndü; 1 hafta sonra plevral effüzyon ve assit tamamen kaybolmuştu. 3 ay sonraki kontrollerinde sol bacakta derin ven trombozu gelişmesi üzerine hasataya antikoagülan tedavi başlandı. Hasta halen remisyonda olup siklofosfamid 1gram/ayda, metilprednisolon, hidrokliklorokin, warfarin tedavisi ile takip edilmektedir.

Tartışma: Özellikle kadın hastalıkları kliniğinde nedeni açıklanamayan assit, plevral effüzyon ve CA-125 yüksekliği olan ya da over tm tanısıyla opere olmasına rağmen halen bu bulguları devam eden hastalarda Pseudo-Pseudo Meigs Sendromu akla gelmelidir.

PB-103

Esansiyel trombositemili bir hastada sistemik lupus eritematozus gelişimi: Olgusu

¹Gökhan Erbağ, ¹İbrahim Hakkı Dursun, ¹Yıldıray Topçu, ¹Fulya Coşan, ²Abdullah Hacıhanefioğlu, ¹Ayşe Çefle

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, ²Hematoloji Bilim Dalı, Kocaeli

Gerekçe: Sistemik lupus eritematozus (SLE) multisistemik kronik otoimmün bir hastalıktır. SLE'de anemi, trombositopeni, lökopeni ve lenfopeni sık görülen hematolojik bulgulardır. Trombositoz SLE'de beklenmeyen bir bulgudur. Burada esansiyel trombositemi ve SLE'nin birlikte görüldüğü bir olgu sunulmuştur.

Olgusu: 69 yaşında erkek hasta tekrarlayan burun kanaması atakları ile 2007 yılında hastaneye başvurmuş. Yapılan tetkiklerinde trombosit sayısı $1,200 \times 10^3/\mu\text{L}$ bulunmuş. Trombositoz nedeni açısından yapılan incelemeler sonucunda esansiyel trombositemi (ET) tanısı konmuş ve hidroksiüre tedavisi altında izlenmeye başlanmış. 2 yıl sonra yaygın artralji, el bileği artrit, ateş, fotosensitivite, malar raş bulguları ile başvuran hastanın tetkiklerinde ANA ve anti-ds DNA pozitifliği tespit edilerek SLE tanısı konuldu. Organ tutulumu saptanmadı. Tetkiklerinde, otosplenektomiyle uyumlu bir bulgu saptanmadı. Hastanın JAK mutasyonu pozitif bulundu. Hasta azatioprin, hidrokliklorokin ve kortikosteroid tedavisi ile izleme alındı.

Sonuçlar ve Tartışma: SLE, lenfoproliferatif ve myeloproliferatif hastalıklarla birlikte görülebilir. Atipik bulguların varlığında eşlik eden hematolojik malignite varlığı araştırılmalıdır.

PB-104

Sistemik skleroz: dijital ülser

¹Ali Akdoğan, ¹Levent Kılıç, ¹İsmail Doğan, ²Yüksel Maraş, ¹Şule Apraş Bilgen, ¹İhsan Ertenli, ¹Meral Çalgüneri, ¹Sedat Kiraz

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Ünitesi, ²Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Dijital ülser sistemik sklerozun (SSk) önemli komplikasyonlarından biridir. Dijital ülser gelişimi için hastalık başlangıç yaşı, cinsiyet gibi risk faktörleri varlığı öne sürülmüşse de, dijital ülserli hastaların klinik seyri konusunda tahminde bulunmak güçtür.

Amaç: SSk'lı hastalarda digital ülser seyri ve risk faktörlerinin belirlenmesi

Metod: Romatoloji ünitesi kliniğinde SSk'lı hastalar rutin kontrolleri sırasında ayrıntılı olarak digital ülser varlığı ve öyküsü hakkında sorgulandı. Hastaların diğer klinik tutulumları hakkındaki laboratuvar verilerine hastane dosya kayıtlarından ulaşıldı.

Sonuçlar: Çalışma 79 SSk (K/E:71/8) hastası ile yapıldı. Fizik muayenede 19(%24.1) hastanın dijital ülseri vardı. Hastaların 49 (%62.0)'unun herhangi bir zamanda dijital ülser yakınması olmuştur. Dijital ülserli hastaların 46 (93.8)'inde birden fazla tekrarlayan dijital ülser hikayesi vardı. Fizik muayenesinde aktif dijital ülseri olan hastalarda son 1 yıl içinde diğer bir ülser öyküsü olan hasta sayısı daha fazla idi (%89.5'e karşı %33.3; p<0.01). Dijital ülser öyküsü olan SSk hastalarının 22 (44.9)'unun son bir yıl içerisinde ülseri olmamıştı (minimum 13 ay, maksimum 18 yıl). Dijital ülserli hastaların hastalık süresi daha uzundu (12.0±7.2 yıla karşı 6.4±3.1 yıl; p<0.001), cinsiyet dağılımı dijital ülseri olan ve olmayan gruplar arasında farklı değildi (p>0.05). Diffüz SSk hastalarında digital ülser olan hasta sayısı daha fazla idi (%74.3 vs %52.3; p=0.045). Dijital ülseri olan ve olmayan SSk grupları arasında arasında gastrointestinal, pulmoner parenkimal tutulumlu, pulmoner arteriyel hipertansiyon veya artriti olan hasta sayıları arasında fark yoktu (Hepsi için p>0.05). Anti-Scl 70 veya anti sentromer antikor pozitifliği gruplar arasında farklı değildi (Hepsi için p>0.05). Ortalama modifiye Rodnan skorları ve zorlu vital kapasite iki grup arasında farklı değildi (p>0.05). Bu çalışmada SSk hastalarının yarıdan fazlasında hastalık süresince dijital ülseri olduğu, diffüz SSk hastalarında dijital ülser sıklığının daha fazla olduğu bulunmuştur. Aktif dijital ülserli hastalarda son bir yıl içinde bir başka ülserin daha sık görülmesi yanında tekrarlayan ülseri olan ancak uzun süredir benzer şikayeti olmayan hastaların bulunması dijital ülser klinik seyri üzerine birçok faktörün etkisi olabileceğini düşündürmektedir.

PB-105

İnflamatuvar romatizmal hastalıklarda pulmoner arteriyel hipertansiyonun erken dönemde tanısı mümkün mü?

¹Ali Akdoğan, ²Sercan Okutucu, ¹Levent Kılıç, ²Bariş Kaya, ²Banu Evranos, ²Kudret Aytemir, ¹Lütfü Çöplü, ¹İhsan Ertenli, ¹Meral Çalgüneri, ²Ali Oto, ²Lale Tokgözoğlu

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, ²Kardiyoloji Anabilim Dalı, ³Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Pulmoner hipertansiyon (PH) inflamatuvar romatizmal hastalıkların önemli komplikasyonlarından biridir. İnflamatuvar

romatizmal hastalık seyrinde birçok neden pulmoner hipertansiyon (PH) gelişimine neden olabilir. PH nedenlerinden biri olan pulmoner arteriyel hipertansiyonun (PAH)'un erken tanı ve uygun tedavisi klinik seyri olumlu yönde etkilemektedir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı inflamatuvar romatizmal hastalıkta PAH'un erken tanısına yönelik taramanın rolünü değerlendirmektir.

Metod: Son 4 yıl içinde Hacettepe Üniversitesi Pulmoner Hipertansiyon Çalışma Grubu tarafından değerlendirilmiş olan hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Doppler ekokardiyografi ile sistolik pulmoner arter basıncı (sPAB) ≥40 mmHg ve/veya pulmoner hipertansiyon (PH) ilişkili semptomları olan tüm inflamatuvar romatizmal hastalığa sahip hastalar eğer pulmoner hipertansiyon nedeni net olarak saptanamamışsa sağ kalp kateterizasyonu ile değerlendirilmisti. PH istirahat- te ortalama pulmoner arter basıncının (mPAB)≥25 mmHg olması olarak kabul edildi. Hastalarda PH nedeninin belirlenmesine yönelik ek laboratuvar testleri ve görüntüleme yöntemi sonuçları hasta dosyalarından elde edildi.

Sonuç: 56 hasta pulmoner hipertansiyon nedeni ile değerlendirilmisti. Hastaların altısında (3 hastada interstisiyel akciğer hastalığı, 1 hastada interstisiyel akciğer hastalığı ve koroner arter hastalığına bağlı diastolic kalp yetmezliği, 2 hastada akut pulmoner tromboembolizm) PH nedeni klinik-laboratuvar veriler ile belirlenmişti. 50 (K/E 42/8) hastanın sağ kalp kateterizasyonu (SKK) ile değerlendirilmesi kararlaştırılmış; 47'sinde SKK gerçekleştirilmişti. SKK sonrası 13 (%27.7) hastada mPAB <25 mmHg altında idi. Doppler ekokardiyografi ile hesaplanan sPAB ve SKK esnasında saptanan sPAB arasında pozitif korelasyon saptandı (r=0.66; p<0.001). PAH ve kronik tromboemboliye bağlı pulmoner hipertansiyon (KTEPH) sırasıyla 19 (%40.4) ve 5 (%10.6) en sık PH nedenleri idi. PAH'lı hastaların %79.0'u New York Heart Association fonksiyonel sınıflandırmasına (NYHA FC) göre sınıf III ya da IV idi. PAH tanısı alan hasta sayısı NYHA FC sınıf III-IV olanlarda, NYHA FC sınıf I-II olanlara göre daha fazla idi (%58.7 (15) hasta vs %19.0 (4) hasta; p=0.009).

Tartışma: Bu çalışmada inflamatuvar romatizmal hastalıklı ve PAH'lı hastaların %80'inde tanı NYHA FC sınıf III veya IV olarak geç dönemde konulmuştu. Günümüzde halen inflamatuvar romatizmal hastalıklar ilişkili PH tanı ve tedavisinde çözülmemiş sorunlar vardır. Disiplinler arası işbirliği bu alandaki zorlukların üstesinde gelmede anahtardır.

PB-106

Sklerodermalı hastalarda serum galektin-3 düzeyi

¹Metin Özgen, ¹Süleyman Serdar Koca, ¹Fatma Akbaş, ²Nevin İlhan, ¹Ahmet Karataş, ¹Ahmet Işık

¹Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, ²Biyokimya Anabilim Dalı, Elazığ

Amaç: Skleroderma (sistemik skleroz, SSc), deri ve iç organların ilerleyici fibrozu ile karakterize, etyolojisi bilinmeyen oto-

immün bir hastalıktır. SSC'deki fibroz gelişiminin başlıca sorumlusu, aktive fibroblastlardır. Galektin-3 proliferasyon, apoptoz, inflamasyon ve doku fibrozu gibi fizyolojik ve patolojik süreçlerde önemli düzenleyici rolleri olan, β -galaktozid bağlayıcı bir lektindir. Daha önceki çalışmalarda, galektin-3'ün fibroblast aktivasyonu ve fibroz gelişimine önemli katkı yaptığı gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı, SSC hastalarında serum galektin-3 düzeyinin belirlenmesi ve hastalık aktivitesi ve hastalık şiddet indeksleri ile olan ilişkisini değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmaya 37 SSC, 23 sistemik lupus eritematoz (SLE) (hasta kontrol grubu) tanıli hasta ve 28 sağlıklı gönüllü alındı. Hastalık aktivite ve şiddet skorları, SSC'li hastalarda Valentini hastalık aktivite indeksi ve Medsger hastalık şiddet skalası, SLE'li hastalarda SLE Hastalık Aktivite İndeksi (SLEDAI) ve Systemic Lupus International Collaborating Clinics/American Collage of Rheumatology (SLICC/ACR) hasar indeksi ile değerlendirildi. Serum galektin-3, vascular endothelial growth factor (VEGF), transforming growth factor (TGF)-beta ve interlökin (IL)-6 düzeyleri belirlendi.

Bulgular: Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, SSC ve SLE gruplarında galektin-3 düzeyleri yüksekti (Tablo). Her iki hasta grubunda, galektin-3 düzeyleri ile hastalık aktivite ve şiddet indeksleri arasında korelasyon yoktu. Ancak, serum galektin-3 düzeyleri aktif SSC ve SLE alt gruplarında inaktif SSC (4.6 ng/mL karşı 1.3 ng/mL $p=0.015$) ve SLE (17.4 ng/mL karşı 6.5 ng/mL $p=0.019$) alt gruplarından daha yüksekti.

Sonuç: Bu sonuçlar, fibroz ile karakterize SSC ve inflamasyon ile karakterize SLE patogeneğinde galektin-3'ün rolü olabileceğini düşündürmektedir. Önceki çalışmalarda, fibroz ve inflamasyon belirtici olarak sunulan galektin-3, SSC ve SLE hastalık aktivitelerinin tanımlanmasında yeni bir belirteç olabilir.

Tablo (PB-106): Çalışma gruplarının demografik ve laboratuvar verileri*

	SSc	SLE	HC	P
Yaş (yıl)	46±13	37±10	42±14	0.110*
Cinsiyet (Kadın/Erkek)	32/5	21/2	22/6	0.302**
BMI (kg/m ²)	24.2/5.1	25.2±4.1	26.9±4.8	0.980*
Hastalık süresi (yıl)	4.19±4.57	5.13±4.38	-	0.079*
ESR (mm/h)	26±20b	32±26c	9±4	0.001*
CRP (mg/L)	12±20	6±6	3±0	0.056*
IL-6 (pg/mL)	11.4±5.6	18.5±20.4	14.9±26.1	0.116*
TGF-, (ng/mL)	42.7±14.8	32.8±11.7	35.5±12.2	0.085*
VEGF (pg/mL)	337±242	210±175a	330±195	0.023*
Galectin-3 (ng/mL)	3.5±4.9a,d	14.0±11.6c	1.25±1.08	0.001*

*Değerler ortalama ± standart sapma olarak verildi. SSC: Skleroderma, SLE: Sistemik Lupus Eritematoz, HC: Sağlıklı kontrol, BMI: Vücut kitle indeksi, ESR: Eritrosit sedimentasyon hızı, CRP: C-reaktif protein, IL: Interlökin, TGF: Transforming growth factor, VEGF: Vascular endothelial growth factor. *ANOVA ve **Chi-square p değeri; Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında: ap<0.05, bp<0.01, cp<0.001; SLE grubu ile karşılaştırıldığında: dp<0.001.

PB-107

Skleroderma hastalarının klinik ve laboratuvar bulguları ile umutsuzluk ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişki

¹Yavuz Pehlivan, ²Seda Pehlivan, ³Yonca Çağatay, ¹Gülçimen Güven, ⁴Gözde Yıldırım Çetin, ⁴Mehmet Sayarlıoğlu, ¹Bünyamin Kısacık, ¹Ahmet Mesut Onat

¹Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı; ²Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Gaziantep; ³Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; ⁴Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı, Kahramanmaraş

Gerekeç: Skleroderma gibi kronik hastalığı olan bireylerde, fiziksel aktivitenin kısıtlanmasına bağlı olarak günlük yaşam aktiviteleri bozulmaktadır. Bu durum hastalarda umutsuzluk ve depresyon gibi duygusal sorunlara neden olmaktadır. Hastayı umutsuzluğa iten faktörlerden en önemlisi çevresinde ona yardımcı olabilecek kişilerin olmamasıdır. Kronik hastalara verilen psikolojik ve sosyal destek ile semptomların şiddetinin ve komplikasyonların azaldığı, tedaviye uyum ve yaşam kalitesinin arttığı bildirilmiştir. Bu doğrultuda çalışmamız skleroderma hastalarının umutsuzluk ve sosyal destek düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı.

Yöntem: Romatoloji polikliniğinde takip edilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 97 skleroderma hastası ile tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın verileri, sosyodemografik ve klinik özellikleri içeren anket formu, Prociano ve Heller'in geliştirdiği, Eskin'in Türkçe'ye uyarladığı "Algılanan Aile/Arkadaş Desteği Ölçeği (AADÖ)", Seber ve Durak tarafından Türkiye'ye uyarlanmış olan "Beck Umutsuzluk Ölçeği" ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde; SPSS yardımıyla Mann-Whitney U ve Spearman korelasyon analizleri yapıldı. Sonuçlar: Hastaların yaş ortalaması 50.4±13.5 yıl ve %88.7'si kadındı. Skleroderma hastalarının umutsuzluk ve sosyal destek puan ortalaması sırasıyla; 6.9±0.5, arkadaş: 10.4±0.6 ve aile: 12.8±0.7 idi. Erkeklerin ve ailesinde romatolojik hastalığı olanların arkadaşlardan algılanan sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$). Özgeçmişinde düşük/ölü doğum hikayesi olanların aileden algılanan sosyal destek düzeylerinin daha düşük olduğu saptandı ($p<0.05$). Yaş, hastalık tipi, aktivitesi, şiddeti ve süresi ile umutsuzluk ve sosyal destek arasında ilişki bulunamadı ($p>0.05$). Fonksiyonel skor ile umutsuzluk arasında pozitif korelasyon saptanırken, sosyal destek puanları arasında negatif korelasyon saptandı ($p<0.05$). Ayrıca sosyal destek puanları arttıkça umutsuzluk puanının düştüğü belirlendi ($p<0.05$).

Tartışma: Skleroderma hastalarının fonksiyonel durumları kötüleştikçe umutsuzluk puanlarının arttığı ve sosyal destek puanlarının düştüğü belirlendi. Ayrıca sosyal destek puanı yüksek olan hastaların umutsuzluk puanlarının düşük olduğu saptandı. Yapılan çalışmalar kronik hastalığı olan bireylerin aldığı sosyal destek ile umutsuzluk düzeyleri arasında negatif bir ilişki oldu-

ğunu göstermektedir. Pehlivan ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada romatolojik sorunu olan hastaların fiziksel semptom şiddeti arttıkça yaşam kalitelerinin düştüğü saptanmıştır. Hastaların fonksiyonel durumu kötüleştikçe daha fazla sosyal desteğe ihtiyaç duydukları, bağımlılık duygusu ve rol kaybına bağlı olarak daha fazla umutsuzluk yaşadıkları söylenebilir. Sosyal desteğin hastanın fiziksel ve ruhsal durumu üzerindeki olumlu etkileri düşünüldüğünde; hastaya destek verebilecek kişilerin bu konuda bilgilendirilmesi önemlidir.

PB-108

Sistemik sklerozis hastalarında maligniteye eğilim artmıştır

Timuçin Kaşifoğlu, Şule Yaşar Bilge, Emel Gönüllü, Cengiz Korkmaz

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

Giriş: Sistemik sklerozis (SSc), kronik, otoimmün bir hastalıktır. SSC hastalarında artmış malignite insidansı yansıtan çok sayıda vaka bildirimi bulunmaktadır.

Materyal ve Metod: Kliniğimizde takip edilen hepsi sınırlı SSc olan 55 hastaya ait en eski 1998 yılından, en yeni 2010 yılından başlayan veriler retrospektif olarak değerlendirildi.

Sonuç: Toplam 4 hastada 5 farklı kanser türü saptandı. Malignite tanısındaki ortalama yaş 54.1 ve ortalama hastalık süreleri 9.2 yıldır. Tespit edilen malignite türleri şunlardı; kronik myeloid lösemi (n=1), Squamöz hücreli kanser (n=1), Papiller tiroid kanseri (n=1), Primeri belli olmayan adeno kanser (n=1), multipl myelom (n=1). Bir hastada papiller tiroid kanser ve primeri belli olmayan adeno kanser eş zamanlı olarak saptandı.

Tartışma: SSc hastalarında maligniteye karşı artmış eğilim vardır. Özellikle diffüz SSc hastalarında bu eğilim daha belirgindir. SSc ve malignite arasındaki potansiyel ilişki açık değildir. Hücre içi düzeyde sinyal iletim yollarında düzensizlikle olabilir. Özellikle de konnektif proteinlerin dokularda artmış birikiminde rol oynayan transforming growth factor-beta'nın artmış tümörögenezde rolü olduğu düşünülmektedir. SSc ile ilişkisi en iyi bilinen malignite türü akciğer kanseri olmasına rağmen bizim serimizde akciğer kanserli olgumuz yoktu. Çeşitli çalışmalarda gösterilmiş olan SSc hastalarında artmış kromozomal fragmentasyon, doğal öldürücü T lenfosit fonksiyonlarının azalması malignite gelişiminde rol oynayabilir. Diğer bir olasılık ise SSc hastalarının tedavisinde kullanılan ilaçların özellikle de siklofosfamidin maligniteye yol açma olasılığıdır.

Sonuç: Bizim sınırlı sayıdaki serimizde bile birbirinden farklı tiplerde gelişen malignitelerin varlığı dikkat çekicidir. SSc hastalarının takibinde artmış malignite eğilimine dikkat edilmesi belki de hastaların belirli sıklıklar ile sık görülen malignite için tanınması tedavi edilebilir dönemde tanı almalarını sağlayacaktır.

PB-109

Skleroderma hastalarında işitme fonksiyonunun değerlendirilmesi

¹Neslihan Yılmaz, ²Aytuğ Altındağ, ¹Ömer Karadağ

¹Dişarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği, ²KBB Kliniği, Dişarbakır

Gerekçe: Skleroderma (SSc), cilt, kalp, akciğer, böbrek ve gastrointestinal sistemi etkileyebilen endotelial hasar ve interstisyel fibrozis ile karakterize bir bağ dokusu hastalığıdır. Skleroderma hastalarında işitme fonksiyonlarını araştıran çalışmalar sınırlı sayıda çalışmada hastaların %20-40 oranında odiovestibuler tutulum ve bunun sonucunda sensorinöral ve mikst tipte işitme kaybı olabileceği belirtilmiştir. Ancak ülkemizde yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada, SSc hastalarında odyometrik ve timpanometrik incelemeler yaparak olası odyolojik patoloji varlığının araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 2010-2011 yılları arasında Dişarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde takip edilen, ACR 1980 tanı kriterlerine göre SSc tanısı almış 22 hasta (limited/diffüz: 21/1) ile 23 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Bilinen bir odiovestibuler patolojisi olmayan tüm hasta ve sağlıklı gönüllülere uzman tarafından odyometrik ve timpanometrik ölçümler yapıldı. İşitme düzeyleri ve impedans ölçümleri; odyometrik testler (saf ses odyometrisi, konuşulanı ayırt etme, tone decay, SISI, yüksek frekans ölçümleri), timpanogram ve akustik reflex testleri yapılarak değerlendirildi.

Sonuçlar: Çalışmaya alınan SSc hastaları (K/E:19/3) ile sağlıklı gönüllüler (K/E:21/1) arasında yaş açısından farklılık saptanmadı (sırasıyla 42.5±10.1 ve 39.0±11.6, p>0.05). Ortalama hastalık süresi 6.2±4.8 yıl idi. SSc hastalarının 16(%72.2)'sında interstiyel akciğer hastalığı, 10(%45.4)'unda gastrointestinal tutulum ve 7(%31.8)'sinde dijital ülser mevcuttu. 12 hasta (%54.4) immunsupresif tedavi (azatiyopurin 4 hasta, siklofosfamid 4 hasta, Mikofenolat mofetil 2 hasta, metotreksat 2 hasta) almakta idi. Odyometrik değerlendirmelerde SSc hastalarının 2(%9)'sinde orta-hafif düzeyde mikst tipte, sağlıklı kontrollerin ise 1(%4.3)'inde hafif şiddette sensorinöral tipte işitme kaybı saptandı. SSc hastaları ile sağlıklı kontrollerin hava ve kemik yolu ses iletimi ortalamaları, konuşulanı ayırt etme, tone decay, SISI ve yüksek frekanslı ses eşikleri ölçümlerinde gruplar arasında fark bulunmadı (p>0.05) (Tablo). İmpedans değerlendirmesinde, timpanometri ve stapedius refleksi ölçümlerinde gruplar arasında fark gözlenmedi (p>0.05).

Tablo (PB-109): Odyometrik değerlendirme (Saf ses odyometrisi)

	Skleroderma	Sağlıklı
Sol kulak hava yolu ile ses iletimi (dB)	10.6±7.1	11.4±5.1
Sol kulak kemik yolu ile ses iletimi (dB)	6.8±5.3	6.3±2.9
Sağ kulak hava yolu ile ses iletimi (dB)	10.8±5.8	12.9±9.6
Sağ kulak kemik yolu ile ses iletimi (dB)	6.5±4.3	8.6±7.9

p>0.05, Mann Whitney U

Tartışma: Çalışmamızda SSC hastalarında işitme kaybı oranı sağlıklı kontrollere göre farklı bulunmamıştır. Önceki çalışmalardaki hastalar daha yaşlı ve daha uzun süreli hastalığa sahip hastalardır. Uzun süreli hastalıkta kronik inflamasyona bağlı olarak işitme fonksiyonlarında bozukluk görülebilir. Bu konuda ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

PB-110

Skleroderma ile yaşamak: Hastaların bakış açıları

²Fatma İlknur Çınar, ²Vesile Ünver¹, Sedat Yılmaz,
¹Muhammet Çınar, ¹Fatma Yılmaz, ¹İsmail Şimşek,
¹Hakan Erdem, ¹Salih Pay, ¹Ayhan Dinç,
¹Gülhane Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı; ²Gülhane Tıp Fakültesi, Hemşirelik Yüksek Okulu, Ankara

Gerekeç: Skleroderma, klinik belirti ve bulguları ile homojen bir hastalık değildir ve bu yüzden hemen her hasta kendine özgüdür. Hastalıkla ilişkili semptomlar, tutulum bölgesi, şiddeti, hastalık süresi ile ilişkili olarak hastalar arasında oldukça değişkendir. Bu değişkenliğe bağlı olarak hastalığın bireyler üzerine olan etkisinin de aynı olmayacağı tahmin edilebilir bir gerçektir. Bununla birlikte, hastaların gerçekte ne hissettiği ve kendi algılarını ve deneyimlerini nasıl ifade ettikleri hakkında bilinenler çok azdır. Kısacası, hastaların hastalıkları ile ilgili deneyimleri, bu bireylerin tedavisinde sağlık bakım çalışanlarına yol gösterici olacaktır. Bu çalışmadaki amacımız skleroderma hastalarının kendi ifadeleri ile günlük yaşam deneyimlerini belirlemektir.

Yöntem: 2010 yılı içerisinde, bir romatoloji merkezinde takip edilen 16 skleroderma hastası bu kalitatif çalışmaya kaydedildi. Veriler, her demografik veri formu, hem de yarı-yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak toplandı. Çalışma, her bir hasta ile yüz yüze görüşme şeklinde yapıldı. Veriler, Colaizzi'nin fenomenolojik veri analiz yöntemi kullanılarak değerlendirildi.

Sonuçlar: Veri analizi sonucunda dört kategori ve dokuz konu başlığı ortaya çıkardı. Bu kategoriler; (1) hastalığın duygusal etkisi, (2) hastalığı fiziksel etkisi, (3) hastalığın sosyal etkisi ve (4) hastalıkla başa çıkmada hastaların davranışları idi. Duygusal etki olarak, hastalar hayal kırıklığı yaşadıklarını, iyileşmeyi umduklarını ve gelecekle ilgili korkuları olduğunu belirtti. Fiziksel etki kategorisinde, sertleşmiş deri, el fonksiyonlarında kötüleşme, el ve ayaklardaki şişlik, yutma sorunları ve vücutlarındaki şekil bozukluğu baskın özelliklerdi. Farkedilebilir düzeyde hastalığı olan hastalarda, sosyal aktivitelere katılmadaki zorluklar artmakta ve nihayetinde izole olmalarına yol açmakta idi. Ayrıca, aileleri ve yakın akrabaları tarafından desteklenmekte olan hastaların hastalıkları ile ilgili olarak daha iyimser olduklarını düşündüren kanıtlar da mevcuttu. Birçok hasta, özellikle daha ilerlemiş safhada hastalığı olanlar olmak üzere diğer hastalarla iletişim kurmakta istekli değildi.

Tartışma: Skleroderma hastaları duygusal, fiziksel ve sosyal bağlamda çeşitli güçlükler yaşadıklarını vurgulamaktadırlar. Hastalıkla baş etme anlamında bireysel beceriler, sürekli sosyal destek alan hastalarda daha gelişmiştir. Aşkar deformiteleri

olan daha ileri dönem hastalar için etkin bir sosyal destek sistemi başlatılmalıdır.

PB-111

Silikozisin tetiklediği mikst bağ doku hastalığı:

Olgu sunumu

Cemal Beş, Ahsen Zeyrek, Çiğdem Arslan, Mehmet Soy

Abant İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Bolu

Giriş: Silika, silikozis denen ve progresif pulmoner fibrozis ile karakterize pnömokonyoz'a neden olan partiküllerdir. Silika tozuna maruz kalan kişilerde otoimmün hastalıkların daha sık görüldüğü de bilinmektedir. Burada silikozis hastalığının tetiklediği bir mikst bağ doku hastalığı olgusu sunuyoruz.

Olgu Sunumu: 35 yaşında erkek hasta, nefes darlığı, yaygın eklem ağrısı şikayetiyle başvurdu. Şikâyetlerinin 3 yıldır olduğu ve nefes darlığı yakınmasının progressif olarak arttığı öğrenildi. Özgeçmişinde, 20 yıl önce 8 yıl süreyle cam kumlama işiyle uğraştığını ifade etti. Fizik muayenesinde ellerde Raynaud (+), her iki akciğerde dinlemekle expirum uzamış ve yer yer ronküsler duyulmaktaydı. Laboratuvar testlerinde CRP<3.41, ESR 7 mm/h, RF 59.2 (N: 0-15), anti CCP negatif, c-ANCA negatif, p-ANCA negatif, ANA granüler (+++), anti Ds-DNA negatif, anti-Sm (+), anti-SS-A negatif, anti-SS-B (+), anti-RNP (+++), anti-Scl-70 (+) bulundu. Solunum fonksiyon testlerinde FEV1 %78, FVC %88, FEV1/FVC %81, DLCO %23.1, P-A akciğer grafisinde bilateral yaygın retikülönodüler dansite artışı, Toraks BT'de her iki akciğerde yaygın milier tarzda infiltrasyon alanları ve peribronşial kalınlaşmalar görüldü. Hastada en az 10 yıl süreyle silika tozlarına maruziyet (cam kumlama işi), 2 yıldır progresif olarak artan dispne, diz, dirsek ve omuzlarda ağrı, Raynaud Fenomeni (+), ANA, anti-Sm, anti-SS-B, anti-RNP, anti-Scl-70 otoantikorlarının pozitifliği olması nedeniyle silikozisin tetiklediği mikst bağ dokusu hastalığı tanısı kondu. Tedavi olarak metilprednizolon 40 mg/gün, azatiyoprin 100 mg/gün, INH 300 mg 1x1 (PPD'sinin 22 mm olması nedeniyle TBC profilaksisi için) başlandı.

Tartışma: Silika tozlarına maruz kalan bireylerde pnömokonyoz dışında otoimmün hastalıkların görülme sıklığı artmış olduğundan bu olgularda pnömokonyozun yanısıra akciğeri de etkileyebilen otoimmün hastalıkların da göz önünde bulundurulması gereklidir.

PB-112

Sklerodermalı hastada clomifen'e bağlı gelişen skleroderma renal krizi ve ovarian hiperstimulasyon sendromu

¹Şenol Kobak, ¹Selen Güngör, ²Servet Hacivelioglu

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, ²Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Çanakkale

Giriş: Skleroderma renal krizi (SRK), ani malign hipertansiyona bağlı gelişen klinik bulguları ile seyreden, nadir, fakat ölümcül bir komplikasyondur.

Amaç: Bu bildiride, progresif sistemik skleroz ile takip edilen 28 yaşında bayan hastada, Kломifen kullanımı sonrası gelişen skleroderma renal krizi ve over hiperstimulasyon sendromu rapor ettik.

Vaka: 28 yaşında bayan hasta, yaklaşık 2 hafta önce başlayan bulantı, kusma şiddetli baş ağrısı ve bilinç değişikliği şikayetleri ile Nisan 2011 tarihinde Üniversite hastanemizin romatoloji polikliniğine başvurdu. 2007 yılında her iki ellerinde şişlik, 1 saatten fazla süren sabah tutukluğu, deride sertlik ve Raynaud fenomeni şikayetleri ile başvurduğu Romatoloji doktor tarafından Skleroderma tanısı almış. Mart 2011’de hasta kadın hastalıkları ve doğum uzmanına başvurmuş. Over stimulasyonu için hastaya Clomifen 100 mg/gün başlanmış. Tedavinin 3.haftasında, bulantı, kusma ve şiddetli baş ağrısı şikayetleri başlamış. Nisan 2011’de Romatoloji polikliniğimize yönlendirilmiş. Hastanın ilk başvurusunda kan basıncı 190/110 mmHg olarak, tespit edildi. Laboratuvar tetkiklerde yeni başlamış mikroanjiyopatik hemolitik anemi, trombositopeni ve artmış böbrek fonksiyon testleri tespit edildi. Rutin idrar tahlilinde hafif proteinüri ve hematüri yanı sıra granüler silindere tespit edildi. Hormonal tetkiklerde estradiol: 80.6 ng/dl (normal <160 ng/dl) ve beta HCG <1.0 mIU/mL (negatif 0-5.3) olarak geldi. Serolojik testlerinde ANA: pozitif, dsDNA: negatif, C3: normal, C4: normal, anti-cardiolipin antikor IgG: normal, ACA IgM: normal, anti-Scl70: pozitif olarak tespit edildi. Batın USG yapıldı, bilateral renal parankim ekojenitesi artmış olup tip 1 renal parenkimal hastalık ile uyumlu, bilateral overlerin boyutları artmış rapor edildi. Batın USG sonucu ile Kadın Doğum konsultasyon istendi. Estradiol ve beta-HCG sonuçları ile tekrar değerlendirildi. Bu bulgular ile, KHD doktor tarafından Kломifen kullanıma bağlı, ovarian hiperstimulasyon sendromu düşünüldü, destek ve sıvı-elektrolit tedavi önerildi. Klinik ve laboratuvar bulguları ile değerlendirildiğinde ise, hipertansif skleroderma renal krizi tanısıyla, acil ACE inhibitörü ve Ca kanal blokleri başlandı. TA takibi için hasta monitörize edildi. Tedavinin 5. gününde tansiyon değerleri 130/90 mmHg kadar geriledi, birinci haftanın sonunda ise hastanın baş ağrısı, bulantı ve kusma şikayetlerinde belirgin bir gerileme gözlemlendi. 3. ayın sonunda, hastanın şikayetleri tamamen kayboldu, laboratuvar tetkiklerinde ise patoloji saptanmadı. Yapılan kontrol AC grafisi, batın USG ve eko-kardiyografi ise normal olarak rapor edildi.

Sonuç: Bu bildiri, kortikosteroidlerin yanı sıra, selektif estrogen reseptör modülatörlerin (SERM) kullanımı da skleroderma renal krizi tetikleyebileceğini göstermektedir.

PB-113

Primer Sjögren sendromlu hastalarda artmış el osteoartriti sıklığı; iki hastalık arasında ilişki var mı?

¹Adem Aksoy, ¹Dilek Solmaz, ¹Özgül Soysal, ¹Servet Akar, ¹Merih Birlik, ¹İsmail Sarı, ²Dinç Özaksoy, ¹Nurullah Akkoç, ¹Fatoş Önen

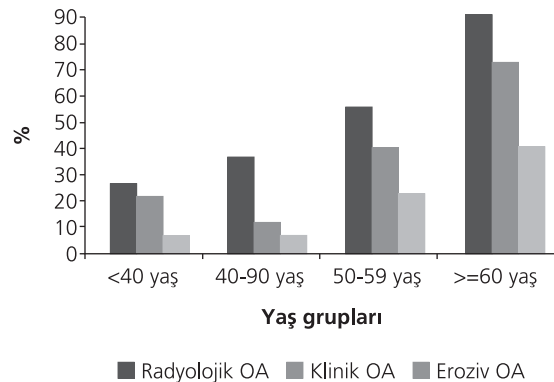
¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı,

²Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Gerekeçe ve amaç: Sjögren sendromu (SjS) olan hastalarda ortaya çıkan eklem bulguları genellikle romatoid artrite (RA) benzer yerleşim göstermekte ancak hem klinik hem de radyolojik olarak çok daha hafif seyretmektedir. Klinik pratikte primer SjS tanısıyla izlenen hastalarda sık olarak el osteoartriti (OA), özellikle eroziv el OA bulgularının varlığı dikkati çekmiştir. Literatürde; atipik eroziv artritle seyreden primer SjS’lu 5 olgunun ve nodal OA’e eşlik eden kronik sialadenit ve kserostominin tanımlandığı 2 makale dışında veri yoktur. Bu çalışmada primer SjS’lu hastalarda el OA sıklığının araştırılması amaçlanmıştır.

Metod: Bir üniversite hastanesi romatoloji kliniğinde primer SjS tanısıyla izlenen hastalar hastaneye davet edildi. Kayıtları incelenen ve ayrıntılı öykü ve fizik muayeneleri yapılan hastalardan Amerikan-Avrupa sınıflandırma kriterlerine göre primer SjS tanıları doğrulanmış olanlar çalışmaya alındı. Her hastanın verileri standart bir kayıt formu kullanılarak kaydedildi. Hastalardan elde edilen iki yönlü el-el bileği grafileri deneyimli bir romatoloji uzmanı tarafından değerlendirildi. Kellgren-Lawrence (KL) sınıflamasına göre eklem düzeyinde KL grade (KLG) ≥ 2 “radyografik el OA”; KLG ≥ 2 +eklemde ağrı/sızı/tutukluk “semtomatik el OA” olarak tanımlandı. “Eroziv el OA” için EULAR alt komitesi tarafından 2009’da önerilen tanım kullanıldı. Bu tanımlara göre bir veya daha fazla eklemde OA olan hastalar “olgü düzeyinde el OA” olarak kabul edildi.

Sonuçlar: Çalışmaya 119 primer SjS’lu hasta alındı. 114 hastanın radyolojik incelemeleri elde edildi. Hastaların (110 kadın ve 4 erkek) ortalama yaşları 51.6 olarak saptandı. İlk yakınma sıklıkları sırası ile, artralji (%62.3), göz kuruluğu (%19.3) ve ağız kuruluğu (%14.9) idi. Antinükleer antikor (ANA) 72 hastada (%66.2), romatoid faktör (RF) 31 hastada (%32) ve anti-CCP antikor 3 hastada (%5.4) pozitif olarak bulundu. Radyografik el OA 62 hastada (%54.5), semptomatik el OA 44 hastada (%38.6) ve eroziv el OA 23 hastada (%20.2) saptandı. Yalnız bir hastada el bilek eklemlerinde daralma ve bir başka hastada 3. metakarpofalangeal eklemde marginal erozyon şeklinde RA benzeri tutulum vardı. Yaşla birlikte el OA sıklıklarının da arttığı görüldü (Şekil). Eroziv el OA olan hastaların ortalama yaşları olmayanlardan daha fazla



Şekil (PB-113): Yaş gruplarına göre OA sıklıkları

idi ($p<0.001$). Eroziv el OA ile inflamasyon göstergeleri ve seropozitiflik arasında herhangi bir ilişki saptanmadı.

Tartışma: Bu çalışmanın sonuçları, primer SjS'lu hastalarda el OA, özellikle eroziv el OA bulgularının genel popülasyonda saptanandan (%8.4*) daha sık olduğunu düşündürmüştü ve bu konudaki gözlemlerimizi desteklemiştir. Ancak çalışma yöntemleri ve coğrafi bölge farklılıkları gibi çalışmalar arasındaki farklılıkların sonuçları etkileyebileceği göz önüne alınmalıdır.

*Ankara, Gölbaşı ilçesinde semptomatik el OA sıklığı (X. Ulusal Romatoloji Kongresi, 2009)

PB-114

Ankilozan spondilit hastalarında anti-TNF alfa ajanlarla tedavi hemoglobin düzeyini artırmaktadır

¹Cemal Beş, ²Serkan Şimşek, ¹Mehmet Soy

¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, ²Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bilim Dalı, Bolu

Giriş ve Amaç: Kronik hastalık anemisi, ankilozan spondilit gibi kronik inflamatuvar hastalıklarda sık görülen bir komplikasyondur. Bu çalışmadaki amacımız, ankilozan spondilit tanısıyla izlenen hastalarda, biyolojik ajan tedavisi ile biyolojik ajan dışı tedavilerin hemoglobin değerleri üzerine etkisini incelemektir.

Hastalar ve Yöntem: Çalışmaya romatoloji polikliniğinden takipli anti-TNF alfa tedavisi alan 31 hasta ile non-steroid anti-inflamatuvar ilaç ve/veya non-biyolojik DMARD alan 26 hasta olmak üzere toplam 57 ankilozan spondilit hastası alındı. Hastalar mevcut tedavilerini en az bir yıldır almaktaydı. Bilinen demir eksikliği anemisi olan, gastrointestinal kanama geçirmiş olan, malignitesi olan ya da anemi tedavisi alan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Sonuçlar: Her iki grupta kadın ile erkek cinsiyet bakımından aralarında fark yoktu ($p>0.05$). Anti-TNF alfa tedavi alan hastalarda yaş ortalaması 36.03 ± 9.35 yıl, hastalık yaşı ortalaması 11.94 ± 8.87 yıl, anti-TNF alfa dışı tedavi alanlarda ise yaş ortalaması 35.31 ± 12.62 , hastalık yaşı ortalaması 10.15 ± 8.77 yıldır. Hasta yaşı ve hastalık yaşı bakımından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Anti-TNF alfa tedavisi alan hastalarda tedavi öncesi ortalama CRP 32.23 ± 31.03 mg/dl, ortalama eritrosit sedimentasyon hızı 28.65 ± 22.01 mm/h, ortalama BASDAI 6.21 ± 0.89 , ortalama hemoglobin değeri 13.46 ± 1.47 mg/dl

iken 1 yıllık tedavi sonrası ortalama CRP 5.97 ± 6.57 mg/dl, eritrosit sedimentasyon hızı 7.16 ± 6.05 mm/h, BASDAI 2.27 ± 0.85 , hemoglobin değeri 14.39 ± 1.48 mg/dl bulundu (sırası ile $p<0.05$, $p<0.05$, $p<0.05$). Anti-TNF alfa tedavisi sonrası hastalık aktivitesi baskılanmakla kalmamış aynı zamanda hemoglobin değerinde anlamlı bir yükselme olmuştu. Anti-TNF alfa dışı ajanlarla tedavi alan grupta ise hastalık aktivitesi baskılanmış olmasına rağmen hemoglobin değerleri üzerine anlamlı olumlu bir etki izlenmedi.

Tartışma: Ankilozan spondilit hastalarında anti-TNF alfa ajanlarla tedavi anemisi olan hastalarda hemoglobin değerlerini konvansiyonel tedavilere göre anlamlı olarak daha fazla yükseltmektedirler.

PB-115

Primer ve sekonder Sjögren sendromuna bağlı kuru göz hastalarında topikal %0.05'lik siklosporin A'nın etkinliği

¹Hülya Deveci, ²Şenol Kobak

¹Manisa Devlet Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Manisa; ²Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Çanakkale

Giriş: Sjögren sendromu (SS), ağız ve göz kuruluğu ile seyreden, bir otoimmün epitelit. Göz kuruluğunun tedavisinde sistemik ilaçların yeri tartışılırken, bazı topikal ilaçların etkinliği gösterilmiştir. Topikal siklosporin A ile ilgili çelişkili sonuçlar mevcuttur.

Amaç: Primer ve sekonder Sjögren sendromuna bağlı kuru göz hastalarında topikal %0.05'lik siklosporin A tedavisinin etkinliğinin araştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, romatoloji polikliniğine başvuran primer ve sekonder Sjögren sendromu tanılı 26 olgu ile gerçekleştirildi. Göz polikliniğindeki muayeneleri sonucunda tüm hastalarda kuru göz hastalığı saptandı. Hastalara bilateral topikal %0.05'lik siklosporin A emülsiyonu (Restasis; Allergan Inc, Irvine, California) başlandı. Tüm hastalar, 1. hafta ve 1. ay olmak üzere yapılan takipler sırasında değerlendirildi. Objektif bulgular, kızarıklık, Schirmer testi ve gözyaşı kırılma zamanı ile değerlendirildi. Subjektif bulgular ise yanma-batma, ışık hassasiyeti ve ağrı yakınmaları ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 26 hasta (19 kadın, 7 erkek; ortalama yaş 47.5 ± 10.2) dahil edildi. Hastaların ilk muayenelerinde, 23'ünde yanma-batma, 24'ünde ağrı, 23'ünde ışık hassasiyeti, 24'ünde kızarıklık tespit edildi. Hastaların tedavilerinin 1. hafta

Tablo (PB-115):

var	ilk muayene				1. hafta				1. ay			
	yok		var		yok		var		yok		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Yanma-batma	23	88.5	3	11.5	13	50	13	50	15	42.3	11	57.7
Ağrı	24	92.3	2	7.7	13	50	13	50	10	38.5	16	61.5
Işık hassasiyeti	23	88.5	3	11.5	13	50	13	50	9	34.6	17	65.4
Kızarıklık	24	92.3	2	7.7	12	53.8	14	46.2	9	34.6	17	65.4

ve 1. ay muayenelerinde, tüm subjektif bulgularda (yanma-batma, ışık hassasiyeti ve ağrı) istatistiksel olarak anlamlı düzelme saptandı (p=0.0001). Hastaların tedavilerinin 1. hafta ve 1. ay muayenelerinde, tüm objektif bulgularda (Schirmer testi, göz-yası kırılma zamanı ve kızarıklık) istatistiksel olarak anlamlı düzelme tespit edildi (p=0.0001) (Tablo).

Sonuç: Sjögren sendromuna bağlı kuru göz hastalarında 4 haftalık izlem sürecinde topikal %0.05'lik siklosporin A tedavisinin etkili bir tedavi seçeneği olabileceği sonucuna varıldı.

PB-116

Primer Sjögren sendromlu hastalarda pulmoner hipertansiyon sıklığı

¹Senol Kobak, ¹Sezai Kalkan, ²Bahadır Kırılmaz,

²Ertuğrul Ercan

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, ²Kardioloji Anabilim Dalı, Çanakkale

Giriş: Primer Sjögren sendromu (pSS), bir otoimmün epiteli-tidir. Akciğer tutulmuş,önemli ekstrasglendüler tutulşarındandır.Pulmoner arter hipertansiyon ise, başta skleroderma olmak üzere,birçok bağ doku hastalıklarında görölmektedir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, pSS'lu hastalarda, pulmoner arter hipertansiyon (PAH) sıklığını tespit etmek, laboratuvar ve klinik bulguları ile korelasyonu ortaya koymak.

Materyal ve Metod: ÇOMÜ Romatoloji kliniğinde takip edilen, Amerika-Avrupa Çalışma grubuna göre pSS tanısı almış, 47 hasta çalışmaya dahil edildi. Tüm hastaların klinik ve laboratuvar değerlendirilmesi yapıldıktan sonra, kardioloji kliniğinde ekokardiyografileri yapıldı. İstirahatte yapılan ölçümlerde, SPAP>30mm Hg değerleri, PAH için anlamlı kabul edildi.

Sonuçlar: Çalışmaya 47 (45'i kadın) pSS'lu hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 48, ortalama hastalık süresi 5.3 yıl idi. 47 hastanın, 11'de (%23.4) PAH tespit edildi. Onbir hastanın 5'inde SPAP >35 mmHg üzerindeydi, 6 hastanın ise SPAP 30-35 mmHg arasındaydı. PAH tespit edilen tüm hastalar kadındı.

Tartışma: Bu çalışmada, pSS'lu hastalarda yüksek PAH sıklığı tespit ettik. Literatürde farklı veriler olması, geniş hasta grupları içeren, çok merkezli çalışmalara ihtiyaç olduğu aşıkardır.

PB-117

Primer Sjögren sendromunda pulmoner arteriyel hipertansiyon: Ekokardiyografik değerlendirme

¹Pınar Talu Ocakçı, ¹Gonca Karabulut, ²Meral Kayıkçıoğlu,

¹Yasemin Kabasakal

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları, Romatoloji Bilim Dalı,

²Kardioloji Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Primer Sjögren sendromu (pSS) esas olarak egzokrin bezleri etkileyen, yavaş ilerleyen sistemik, otoimmün bir hasta-

lıktır. Pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH), pulmoner arterlerde vazokonstriksiyon, vasküler "re-modeling", fibrozis ve tromboz ile karakterizedir ve sonucunda pulmoner vasküler dirençte artışa neden olur. İnflamatuar mekanizmalar PAH patofizyolojisinde rol oynar.

Amaç: Primer Sjögren sendromu olan hastalarda PAH varlığını araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya Amerika-Avrupa Konsensus Kriterlerine göre pSS tanısı almış 104 kadın hasta (ortalama yaşı; 52±10 yıl, ortalama hastalık süresi; 7±5 yıl) dahil edilmiştir. Kontrol grubu olarak yaş uyumlu 114 sağlıklı kadın alınmıştır. Tüm hastalar ve kontrol grubu, transtorasik ekokardiyografi ile PAH'nun direkt ve indirekt bulguları yönünden araştırılmıştır.

Sonuçlar: Tablo'da hastaların ekokardiyografik bulgularının kontroller ile karşılaştırılması görölmektedir. Sağ ventrikül çapı ve sistolik pulmoner arter basıncı, her iki grupta da benzer saptanmıştır. Hastaların hiçbirinde PAH'un direkt veya indirekt bulguları bulunmamıştır.

Tablo (PB-116):

	Kontrol	pSS	p değeri
Sol atrium çapı (cm)	3.5±0.6	3.4±0.4	AD
Sol ventrikül diyastol sonu çapı (cm)	4.3±0.4	4.3±0.4	AD
Sol ventrikül sistol sonu çapı (cm)	2.6±0.5	2.7±0.4	AD
Sağ ventrikül diyastol sonu çapı (cm)	2.3±0.29	2.4±0.24	AD
TAPSE	24±3.4	23±3.9	AD
Sistolik Pulmoner arter basıncı (mmHg)	20±6.5	21±6	AD

Tartışma: PAH gelişmesinde otoimmün mekanizmaların varlığı öne sürülmesine rağmen, pSS hastalarında PAH varlığında artış saptanmamıştır.

PB-118

Primer Sjögren sendromlu hastalarda otonomik tutulum değerlendirmesinde sempatik cilt yanıtları ölçümü

²Sibel Karaca, ¹Emine Duygu Ersözölü Bozkırlı,

²Vahide Deniz Yerdelen, ¹Ahmet Eftal Yücel

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, ²Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara

Sjögren sendromu (SS); kronik, enflamatuvar ve otoimmün bir ekzokrinopatidir. Hastalığın tek başına bulunması primer SS (PSS) olarak tanımlanır. SS'de distal simetrik polinöropati, duysal nöronopati, mononöropati, otonomik nöropati, mononöritis multipleks, küçük lif nöropatisi, motor nöropati ve bu tabloların değişik kombinasyonlarından oluşan periferik sinir sistemi tutulumu ile karşılaşılabilir. Sempatik cilt yanıtı (SCY) otonomik işlev bozukluğunu kolaylıkla ve doğru olarak değerlendirebilen non-invaziv bir tanı yöntemidir. SCY'de, bir internal ve-

ya eksternal stimulus (derin inspirasyon, öksürme, ağrılı uyaran, periferik sinirlere elektrik uyaran verilmesi) ile cildin derin katmanlarından türeyen elektrik potansiyellerdeki geçici değişikliği gösteren dalga kaydedilmektedir. SCY, birçok hastalıkta sudomotor sempatik işlevlerin değerlendirilmesinde kullanılmıştır. Bilgimiz dahilinde SS'de otonom sinir sistemi (OSS) işlevlerini göstermek üzere SCY'nin incelendiği bir çalışma yoktur.

Gereç ve Yöntem: Amerika-Avrupa Konsensus Kriterlerine göre PSS tanısı konulan 27 (26 ♀, 1 ♂) hasta çalışmaya alındı. Otonomik tutulum yapabilecek başka hastalığı olan olgular çalışma dışı bırakıldı. Kontrol grubu için, sağlıklı benzer yaş ve cinsten 10 yetişkin incelendi. SCY kaydı avuç içinden yüzeysel elektrotlarla yapıldı. Avuç içine aktif elektrot, referans elektrod el sırtında bilek üzerine yerleştirildi. SCY parametreleri olarak latans ve amplitüd değerleri esas alındı. Dört farklı tip uyaranla SCY uyarımı yapıldı ve geçerli değer, bu 4 latans ve amplitüd değerinin ortalaması hesaplanarak saptandı.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı $47,2 \pm 12$ ve ortalama tanısı süresi $37,3 \pm 38,5$ idi. PSS olan hastalar kontrol grupla karşılaştırıldığında SCY amplitüd ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark ($p:0,009$) saptanırken SCY latansında fark saptanmadı. Test sırasında vaka 4 ve vaka 19'da uyaranlara hiç yanıt saptanmadı. Vaka 4'ün tedavisinde 2,5 mg prednizolon dozu 5 mg'a çıkıldı. Vaka 19 tedavisizken 1x200 mg hidroksiklorokin başlandı. Üç hafta sonra 2 hastasında SCY tekrarı yapıldı ve 2 hastada da yanıtın belirginleştiği (Vaka 4: SSR amplitüd: $0,27 \pm 0,12$ mV latans: $1,44 \pm 0,17$ ms, Vaka 19: SSR amplitüd: $1,68 \pm 0,34$ mV latans: $1,47 \pm 0,12$ ms) saptandı.

Tartışma: PSS'de periferik sinir sisteminin bir çok şekilde etkilendiği bilinmektedir. Ancak SS'de bilgimiz dahilinde OSS'nin etkilenmesini gösteren bir SCY çalışması yoktur. Bu amaçla yaptığımız çalışmada elde ettiğimiz sonuçlar; SCY amplitüdlerrinin PSS'de normal popülasyondan anlamlı derecede düşük olduğunu gösterdi. Ayrıca 2 hastamızda hiç SCY elde edilemezken, tedavi düzenlemesi yapıldıktan sonra yanıtlar elde edilebilmiştir. Bu bulgularla PSS'de OSS'nin de etkilenmekte olduğu, bu etkilenmeyi göstermek ve de tedaviye yanıtı değerlendirmek için SCY çalışmasının kullanılabileceği düşünülebilir.

PB-119

Primer Sjögren sendromunda arteriyel sertlikte artış var mıdır?

¹Meltem Seziş Demirci, ²Gonca Karabulut, ¹Özkan Güngör, ¹Aygül Çeltik, ¹Ercan Ok, ²Yasemin Kabasakal

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, ²Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Primer Sjögren sendromu (pSS) esas olarak ekzokrin bezleri etkileyen, yavaş ilerleyen sistemik, otoimmün bir hastalıktır. Otoimmün hastalıklarda ateroskleroz daha erken ve sık olabilmektedir. Arteriyel sertliğin ultrasonografi ile değerlendirilmesi, ateroskleroza bağlı kardiovasküler olayların erken bir işaret olarak değerlendirilmektedir. Arteriyel sertlik durumun-

da, ileri doğru giden nabız dalgaları daha hızlı olup, periferden yansıyan dalgalar kalbe sistolde ulaşır ki, bu da yüksek sistolik düşük diastolik kan basıncına yol açıp kalbin iş yükünü artırır ve koroner perfüzyon basıncını azaltır. Aortik nabız dalga hızı (NDH) santral arterlerdeki damar sertliğini yansıtmaktadır.

Amaç: Otoimmün bir hastalık olan pSS ile arteriyel sertlik arasında ilişki olup olmadığını araştırmaktır.

Yöntem: Bu çalışmaya Amerika-Avrupa Konsensus Kriterlerine göre pSS tanısı almış 75 kadın hasta dahil edilmiştir. Kontrol grubu olarak, yaş, cinsiyet ve beden kitle indeksi uyumlu 68 sağlıklı kişi seçilmiştir. Arteriyel sertlik, arttırma indeksi (AI) ve karotid femoral NDH (SphygmoCor: Atcor Medical, West Ryde, NSW, Avustralya) ölçümü ile değerlendirilmiştir.

Sonuçlar: Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, NDH, pSS'lu hastalarda daha yüksek saptanmıştır. ($8,2 \pm 1,5$ m/s vs. $7,5 \pm 1,4$ m/s; $p=0,01$). NDH $>7,5$ (sağlıklı kontrollerin ortalama değeri) olan pSS'lu hastalar, NDH $4,7,5$ olan hastalar ile karşılaştırıldığında, daha yaşlı, daha yüksek kan basıncı, kolesterol, LDL ve CRP düzeylerine sahip oldukları bulunmuştur. Arteriyel sertlik pSS'lu hastalarda yaş, ortalama arter basıncı ve LDL-Kolesterol düzeyleri ile ilişkili olarak saptanmıştır.

Tartışma: pSS'lu hastalarda arteriyel sertlik artmış olarak görülmesine rağmen bu hastalardaki artmış arteriyel sertlik ile ilgili risk faktörleri genel popülasyona benzer olarak saptanmıştır.

PB-120

Kanamamanın nadir bir nedeni: Primer Sjögren sendromu

¹Yunus Ugan, ¹Mehmet Şahin, ¹Şevket Ercan Tunç, ²Emine Güçhan Alanoğlu, ³Abdullah Tokuç, ³Hümeysra Yıldırım

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, ²Hematoloji Bilim Dalı, ³İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Isparta

Giriş: Sjögren sendromu etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamış, başta gözyaşı ve tükürük bezleri olmak üzere tüm ekzokrin bezlerin lenfositik hücre infiltrasyonu ile karakterize kronik otoimmün bir hastalıktır. Ekzokrin bezler dışında sistemik tutulumda yapabilmektedir. Hematolojik tutulum primer sjögren sendromlu (pSS) hastaların yaklaşık %40'ında görülebilmektedir. Trombositopeni hastaların %5-15'inde görülürken trombosit sayısı 50.000'in altında çok daha nadir olarak görülmektedir (%0,4). Burada, vücutta yaygın peteşiyal lezyonları olan ve 10 gündür geçmeyen adet kanamasıyla başvuran, trombosit sayısının 26,000 olarak saptandığı pSS'lu bir hasta takdimi yapılmıştır.

Olgu: 30 yaşında kadın hasta, yaklaşık 1 aydır ekstremitelerde ve göğsünün ön yüzünde kaşıntısız peteşiyal lezyonları ortaya çıkmış. Daha önceleri 3-4 gün süren adet kanamasının 10 gündür geçmemesi ve giderek artması nedeniyle polikliniğe başvurdu. Daha önce buna benzer bir klinik tablo tariflemeyen hastanın bu şikayetlerine ek olarak dönem dönem el eklemleri başta olmak üzere artraljileri oluyormuş. Fizik muayenede; TA: 130/80 mmHg, nabız: 82/dk, ateş: 36,7 derece olarak ölçüldü. Cilt mu-

ayenesinde ekstremitelerde ve göğsün ön yüzünde peteşiyal lezyonları mevcut idi. Lenfadenopati ve organomegali saptanmayan hastanın diğer sistem muayeneleri de normal olarak saptandı. Laboratuvar değerleri: Hb: 6.4 g/dl, Htc: 18%, Plt: 26,000 µL, WBC: 2,800 µL, MCV: 78.9 fL, serum Fe: 12 (60-180) µg/dl, SDBK: 331 (155-300) µg/dl, ferritin: 8.7 (4.6-204) ng/ml olarak saptandı. Periferik yaymada atipik hücre görülmedi. Pansitopeni yapabilecek nedenlerden TORCH paneli gönderildi ve negatif olarak saptandı. Ayrıca EBV VCA IgM (-), brucella (-) olarak saptandı. Hastaya lenfoproliferatif hastalıklar açısından kemik iliği aspirasyonu yapıldı. Kemik iliğinde megakaryositik seride artıştan başka patoloji saptanmadı. Batın ultrasonografisi normal olarak değerlendirildi. Bağ doku hastalığı açısından anti-nükleer antikor (ANA) ve diğer otoantikorlar istendi. ANA: +4 pozitif granüler, SS-A: +3 pozitif, RO52: +3 pozitif, SS-B: +1 pozitif diğer antikorlar negatif olarak saptandı. Hastanın klinik olarak tekrar irdelenmesiyle ağız kuruluğunun olduğu ve gözlerinde batma, yanma tarzı şikayetler tariflediği anlaşıldı. Schirmer testi sağ gözde 2 mm, sol gözde 3 mm olarak değerlendirildi. Hastaya tükrük bezi biyopsisi yapıldı ve diffüz lenfosit infiltrasyonu (Chisholm evre 4) saptandı. Bu bulgular ışığında hastaya pSS tanısı konularak hidroksiklorokin 400 mg/gün ve 1 mg/kg/gün metil-prednizolon tedavisi başlandı. Tedaviyle klinik ve laboratuvar olarak düzelen hasta romatoloji poliklinik takibine alındı.

Sonuç: Primer sjögren sendromlu hastalarda hafif anemiden lenfomaya kadar uzanan spektrumda hematolojik bozukluklar görülebilir. Bu bozukluklar arasında çok nadiren de olsa kanamaya yol açabilen derin trombositopenilerin olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır.

PB-121

Primer Sjögren sendromlu hastada metastatik meme kanseri

¹Şenol Kobak, ¹Selen Güngör, ²Arzu Çömez, ³Oğuz Güçlü

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, ²Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, ³KBB Anabilim Dalı, Çanakkale

Giriş: Primer Sjögren sendromu (pSS), sikka semptomları ve ekstraplanduler bulgular ile seyreden kronik, otoimmün hastalıktır. pSS'lu hastalarda, lenfoma gelişimi artmıştır. pSS seyrinde gelişen solid maligniteler ile ilgili bilgiler çelişkilidir. Bu bildiride, pSS tanısı ile takip edilen 56 yaşında bayan hastada, metastatik meme kanseri rapor ettik.

Vaka: 52 yaşında, kadın hasta, yaklaşık 6 ay önce başlayan orbita çevresinde ve nazal kökte ödem, kilo kaybı, iştahsızlık, ağız ve göz kuruması, yaygın artralji ve sabah tutukluğu şikayetleri ile başvurdu. Hasta yaklaşık 1 sene önce yaygın artralji şikayeti ile başvurduğu doktor tarafından RA? tanısı almış ve KS 4 mg/gün, MTX 10 mg/hafta, SLZ 2g/gün ile tedavi başlanmış. Bu tedavi ile şikayetleri biraz gerileyen hasta, takiplerini aksatmış ve ilaçlarını kesmiş. Yatışında yapılan sorgulamasında, yaklaşık 10 yıldan beri ağız ve göz kuruluğu yanı sıra, el bilek, MKF, PİF eklemlerde ağrılı olmak üzere yaygın artralji ve sabah tutukluğu tarif edi-

yordu. İncelemede burun kökü ve sağ göz çevresinde şişlik mevcuttu. Sistemik muayenesi normal idi. Laboratuvar tetkiklerinde kronik hastalık anemisi yanı sıra, sedimentasyon: 59 mm/s (0-20), CRP: 2.78 mg/dl (0- 0.8), RF:22.1 (0-20), LDH: 379U/L (100-190), CA 15-3>300 U/mL (6.4-58) olarak tespit edildi. Sero-lojik testlerde ANA:1/160 granüler, anti-Ro ve anti-La pozitifliği, anti-CCP negatifliği tespit edildi. Göz konsültasyonu sonucu her iki göz Shirmer testi: 2/3 mm, BUT: 4/7 sn tespit edildi, ayrıca orbitada ki şişliğin kemik metastazından kaynaklandığı şüphesi ile orbita MR'ı çekilmesini önerildi. Her iki el ve el bilek grafisi normal idi. Dudak biopsi grade 4 olarak geldi. Cranial ve orbita MR'da nazal kemikte crista Galliye uzanım gösteren 33*31 mm expansil kitle saptandı. Hastanın KBB konsültasyonu sonucu nazal dorsumundan kitlenin alınması ve patolojik inceleme yapılması kararlaştırıldı. İncelenen kesitlerde tümör hücrelerine rastlandı. Bu bulgular metastatik tümör ile uyumlu olduğu rapor edildi. Primer tümöre yönelik araştırmalar yapıldı. Yapılan meme USG'de sol meme üst dış kadranda ele gelen lokalizasyonda sınırları düzensiz, glandüler parankim ile ara sınırı net olarak seçilmeyen yaklaşık 39*16 mm boyutlarında kitlesaptandı. Genel Cerrahi ile konsülte edildi ve sol meme ve axillada ki kitlelerden biyopsi yapıldı. Patolojik değerlendirmede invaziv duktal karsinom olarak rapor edildi. Hasta medikal onkoloji bölümüne yönlendirildi.

Sonuç: pSS'lu hastalarda lenfoma gelişim riski artmıştır. Solid tümörler ile ilgili kısıtlı bilgiler olmakla beraber, pSS ile farklı malignitelerle birlikteliği tanımlanmıştır. Bu birliktelik, hastalık-sonuç ilişkisi olabileceği düşündürmekle beraber, tamamen tesadüf de olabilir. pSS'da solid tümör gelişiminde rol oynayabilecek predispozan faktörlerin ve risklerin ortaya koyulması için, geniş hasta popülasyonu içeren çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

PB-122

EULAR insiyatifinde psöriatik artrit skoru (PsAID): 1 aşama sonuçları

¹Umut Kalyoncu, ²Laure Gossec, ³Andra Balanescu, ⁴Peter Balint, ⁵Jürgen Braun, ⁶Juan Canete, ⁷Kurt De Vlam, ⁸Philip Helliwell, ¹⁰Rossana Scivo, ⁹Ronan Mullan, ¹¹Josef Smolen, ¹²Tore K. Kvien

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bölümü, Ankara; ²Cochin Hospital, Rheumatology B Department, Paris, Fransa; ³"sf. Maria" Hospital, Bükreş, Romanya; ⁴National Institute of Rheumatology and Physiotherapy, Budapeşte, Macaristan; ⁵Herne and Ruhr-Universität, Bochum, Almanya; ⁶Rheumatology Department, Hospital Clinic, Barselona, İspanya; ⁷Department of Rheumatology, University Hospitals Leuven, Belçika; ⁸Section of Musculoskeletal Disease, Leeds Institute of Molecular Medicine, University of Leeds, Leeds, İngiltere; ⁹St Vincent's University Hospital, Dublin, İrlanda; ¹⁰Dipartimento Di Medicina Interna E Specialità Mediche, Reumatologia - Sapienza Università Di Roma, Roma, İtalya; ¹¹Division of Rheumatology, Medical University of Vienna, Viyana, Avusturya; ¹²Department of Rheumatology, Diakonhjemmet Hospital, Oslo, Norveç

Gerekçe: Romatoloji alanında bir hastağın, hastalar üzerinde etkisini göstermek amacıyla yapılan birçok skorlama sisteminde

Tablo (PB-122):

		Ortalama sıra	Öncelik (%)	İlk 8 parametre içerisinde yer alma (%)
1	Ağrı (Eklem, omurga veya deride ağrı)	2.56	84.4	94.7
2	Deri sorunları (Kaşıntı da dahil olmak üzere deri problemleri)	6.23	52.7	64.8
3	Yorgunluk (Fiziksel ve zihinsel olarak yorgun olmak, enerjinin kaybolması)	6.43	43.4	74.1
4	İşinde çalışabilme (İşinde çalışabilme ve/veya boş zaman aktivitelerini (hobilerini) yapabilme)	6.67	50.4	66.9
5	Sakatlık (Fonksiyonlarında ve/veya günlük aktivitelerini yapabilme kapasitesinde azalma, bağımsızlığın kaybedilmesi)	7.23	45.7	64.0
6	Rahatsızlık hissetme (Hergün yaptığı işlerde rahatsızlık duyma ve kızgınlık)	7.58	25.6	64.0
7	Uyku Sorunları (Uyku kalitesi, uykunun bölünmesi)	7.96	36.4	56.1
8	Anksite (Kaygı), korku ve belirsizlik (Gelecek, tedaviler ve yalnızlık hakkında korku)	8.42	33.3	50.4
9	Başa çıkabilme yeteneği (hastalığa uyum sağlayabilmek ve hastalığın üstesinden gelebilmek, sorumlu olmak, hastalıkla birlikte yaşayabilmek)	8.45	34.9	53.2
10	Görünümünden dolayı sıkıntı ve/veya utanç duyma (Görünümünden dolayı sıkıntı/utanma hissetme)	9.74	24.0	39.6
11	Sosyal katılımcılık (Sosyal aktivitelere tam olarak katılabilme)	10.01	23.2	33.1
12	Depresyon (Üzgün veya depresif hissetme)	10.06	24.0	38.9
13	Aile üyeleriyle iletişim	10.51	30.2	34.5
14	Konsantrasyon zorluğu (Konsantrasyonda veya hatırlamada zorlanma)	10.61	18.6	31.7
15	Görünümünden dolayı reddedilme ve ayrımcılık (Görünümünden dolayı reddedilme ve ayrımcılığa uğrama)	11.60	12.4	22.3
16	Cinsel yaşam (cinsel yaşamda zorluk veya mutsuzluk)	11.61	14.7	25.1

"hastaların bakış açısı" göz ardı edilmektedir. Bu çalışmada Psöriatik artrit (PsA) hastalar üzerine olan etkilerini göstermek amacıyla EULAR insiyatifinde, farklı Avrupa ülkelerinde, hasta perspektifi üzerinden bir skorlama sistemi (PsAID) oluşturulmaya çalışılmıştır. İlk aşamada hastaların kendi hastalık alanlarında en önem verdiği semptomların belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Onüç farklı Avrupa ülkesinden 11 PsA hastası (6 erkek, 5 kadın) Zürih'de 1 gün içerisinde, iki farklı PsA hastası liderliğinde grup toplantısına katıldılar. Hastalıkları ile ilgili önem verdikleri 16 farklı alanı belirlediler. Aynı gün içerisinde bu 16 alanda belirtilen sorular klinisyenler eşliğinde formülize edilerek düzenlendi. Katılan her ülkede en az 10'ar PsA hastasında (toplam 139 hasta) belirtilen bu 16 parametrenin önem sırasına göre yukardan aşağıya doğru sıralanması ve hastalar için öncelikli olan parametrelerin belirtilmesi istendi. Sonuçlar her bir parametre için ortalama değer, öncelik sırası ve ilk 8 içerisinde girme oranına göre analiz edildi.

Sonuçlar: Hastalar tarafından seçilen 16 parametrenin (Tablo 4)'ü fiziksel, 7'si psikolojik, 2'si sosyal ve 3'ü karışık/diğer parametrelerden oluşmaktaydı. Sıralama anketinde fiziksel sorunlar en önemli parametreler olarak seçildi, bunlar içerisinde ağrı birinci sıradaydı. Yorgunluğun da %43.4 hastada öncelikli parametre olduğu görüldü. Psikolojik parametrelerin de önemli olduğu, endişe ve hastalığın üstesinden gelebilme kapasitesinin önemli olduğu saptandı. Sosyal parametrelerde çalışma ve boş zaman aktivitelerinin öncelikli olduğu görüldü. Cinsel yaşam ve görünümünden dolayı ayrımcılık daha az önemli parametreler olarak belirlendi.

Tartışma: "Hasta bakış açısının" kullanılmış olması açısından birçok diğer skorlama sisteminden ayrılan bu skorlama sisteminin 1. aşamasına göre Psöriatik artrit skoru açısından ağrı, deri sorunları, yorgunluk, işinde çalışabilme, sakatlık, rahatsızlık hissetme, uyku sorunları, kaygı ve hastalıkla başa çıkabilme yeteneği öncelikli parametreler olarak kabul edilmiştir. Her katılımcı merkezde 40 hasta üzerinde geçerlilik çalışmasına halen devam edilmektedir. Ülkemizde RAED öncülüğünde, ailesel Akdeniz ateşi ve/veya Behçet hastalığı için benzer yöntemlerle hastalık skorlama sistemi oluşturulmaya çalışılabilir.

PB-123

Ankilozan spondilitli erkek hastalarda endotel ve trombosit mikropartiküllerinin değerlendirilmesi

¹İsmail Sarı, ⁴Giray Bozkaya, ³Halil Kırbıyık, ³Ahmet Alacacıoğlu, ²Halil Ateş, ³Gülten Sop, ⁵Gerçek Can, ⁶Ali Taylan, ²Özden Pişkin, ³Yaşar Yıldız, ¹Nurullah Akkoç

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, ²Hematoloji Bilim Dalı, ³İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Klinik Şefliği, ⁴İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Biyokimya Klinik Şefliği, ⁵İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bölümü, ⁶İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bölümü, İzmir

Gerekeçe: Mikropartiküller (MP) çeşitli fizyolojik ve patolojik süreçlerde görev alan, temel olarak endotel ve trombositlerden hücre aktivasyon veya apoptoz esnasında salınan moleküllerdir.

MP'ler endotel fonksiyonlarını çeşitli mekanizmalarla etkileyebilirler. Ankilozan spondilit (AS) hastalarında son yıllarda artmış erken ateroskleroz ve onunla ilişkili bulgular artan sıklıkta bildirilmektedir. Daha önce AS hastalarında tanımlanmış olan endotel disfonksiyonunun patogenezi halen net değildir. Biz bu çalışmada erkek AS'li hasta ve sağlıklı kontrollerde endotel mikropartikülleri (EMP) ve trombosit mikropatikül (PMP) seviyelerini, ve bu moleküllerin hastalık aktivite, fonksiyon ve mobilite indeksleri ile ilişkilerini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: AS dışında bilinen hastalığı olmayan 82 erkek hasta ve 53 sağlıklı kontrol çalışmaya alındı. Hasta ve kontrol grubunun venöz kanları önce düşük hızda, daha sonra yüksek hızda santrifüj edilerek trombositten fakir plazma elde edildi (TFP). MP'lerin mutlak sayısını belirlemek için belli sayı ve büyüklükte mikrobuncuk içeren TruCount™ tüpleri kullanıldı. TFP'lerle spesifik monoklonal antikor ilave edilerek akım sitometri cihazında EMP'ler ve PMP'ler tanımlandı. CD42a+/CD31+ ve total CD42a+ MP'ler PMP olarak; CD42a-/CD31+, ve total CD144+ olanlar ise EMP olarak tanımlandı. Hasta grubunda ayrıca BASFİ, BASDAİ, ve BASMI hesaplandı.

Bulgular: 1- Gerek EMP ve gerekse PMP düzeyleri erkek AS hastaları ve sağlıklı kontroller arasında benzer düzeylerdeydi ($p>0.05$, Tablo). 2- Aktif (BASDAİ ≥ 4) AS hastaları inaktif AS hastaları ile karşılaştırıldığında her iki grupta EMP ve PMP'ler arasında herhangi bir fark tespit edilemedi ($p>0.05$). 3- Anti-TNF tedavisi alan hastalar ile klasik tedavi alan hastalar karşılaştırıldığında PMP'lerin ve CD42a-/CD31+ EMP'lerin biyolojik ilaç tedavisi alan hastalarda anlamlı oranda daha düşük olduğu gözlemlendi ($p<0.05$). 4- CRP seviyeleri PMP'ler, ve CD42a-/CD31+ EMP'ler ile anlamlı ilişki göstermekteydi ($p<0.05$; $r=0.4$ ve 0.3).

Tablo (PB-123):

	AS hastaları (n=82)	Sağlıklı kontroller (n=53)	p değeri
Yaş (yıl)	39 (17-63)	35 (24-60)	0.7
Bel çevresi (cm)	89 (64-110)	92 (62-112)	0.6
Glukoz (mg/dL)	88 (65-120)	87 (50-123)	0.2
LDL Kolesterol (mg/dL)	106 (34-157)	116 (54-155)	0.07
CRP (mg/dL)	0.9 (0.1-10)	0.26 (0.08-0.86)	<0.001
Sigara içimi (%)	40.4	50.6	0.3
Total CD42a+ PMP	7371 (938-230565)	8472 (364-22552)	0.5
CD42a+/CD31+ PMP	5896 (390-21947)	6571 (158-21824)	0.7
CD42a-/CD31+ EMP	959 (107-3259)	1006 (72-3107)	0.07
Total CD144+ EMP	1125 (341-6912)	1391 (489-4039)	0.07

Tartışma: Vasküler hasarın bir belirtici olan EMP ve PMP konsantrasyonları herhangi bir ek hastalığı bulunmayan erkek AS hastalarında değişiklik göstermemektedir. CRP düzeyleri ile MP'ler arasında gözlenen pozitif ilişki enflamasyonun MP'ler

üzerine olan etkisini göstermesi açısından önemlidir. Biyolojik ilaç kullanan hastalardaki anlamlı oranda düşük MP'ler bu ilaç tedavilerinin vasküler yapıya olumlu etkide bulunduğunu düşündürmektedir.

PB-124

Andiferansiye spondiloartritler ile ankilozan spondilitin klinik, demografik özellikler ve HLA B27 sıklığının karşılaştırılması

¹Şükran Erten, ²Orhan Küçükşahin, ¹Gülşay Güleç Ceylan

¹Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi; ²Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi, Ankara

Gerekçe: Ankilozan spondilit dahil seronegatif spondiloartritler inflamatuvar bel ağrısı, sakroiliit, periferik artrit, entezit ve sabah tutukluğu ile karakterize, human lökosit antijeni (HLA) B27 ve ailesel yatkınlık ile ilişkili bir hastalık grubudur. Hastalığın sınıflandırılmasında Avrupa Spondiloartrit Çalışma Grubu'nun (ESSG) sınıflandırma kriterleri, Amor kriterleri ve son olarak da aksiyel spondiloartritlerin sınıflandırılmasında ASAS'ın kriterleri kullanılmaktadır (Dougados M et al 1991, Amor B et al 1990, Rudwaleit et al 2009). Bu çalışmanın amacı andiferansiye spondiloartritlerin genel özellikleri, klinik bulguları ve HLA B 27 sıklıklarının AS hastaları ile karşılaştırılmasıdır.

Yöntem: Bu çalışmaya 91 AS ile 134 SPA hastası dahil edildi. Aksiyel spondilit tanısı ASAS kriterlerine göre, uSpA tanısı ESSG kriterlerine göre yapıldı. Çalışmanın etik kurul onayı hastanemiz etik kurulu tarafından verildi. Parametrik test olarak Student T Testi (Independent Sample T Testi) ve Non-parametrik test olarak Mann-Whitney U Testi kullanıldı. 3'lü grup karşılaştırmaları Kruskal-Vallis analizi ile yapılmıştır. 2'li karşılaştırmalardan önce Bonferroni düzeltmesi yapılarak anlamlılık düzeyi ($p<0.017$) olarak kabul edildi. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında çapraz tablo istatistikleri kullanıldı (Ki-kare ve Fisher).

Sonuçlar: Hastaların bulguları Tablo'da özetlenmiştir. 91 AS hastalarının 26'sı kadın 65'i erkek iken, 134 uSpA'ların 115'i kadın 19'u erkekti ($p<0.001$). AS hastalarının aile öyküsü, HLA B27 pozitifliği, inflamatuvar bel ağrısı göz tutulumu ve sakroiliak MR'da sakroiliit varlığı uSpA hastalarına göre anlamlı olarak yüksekti ($p<0.001$).

Tartışma: Mevcut spondiloartrit sınıflandırma kriterlerinde uSpA, diğer spondiloartritlerden ayrı bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Çalışmamızda da saptadığımız gibi, AS genç erkeklerin hastalığı iken, uSpA'lar daha yaşlı ve kadın hastalarda ağırlıklı olarak görülmektedir ve bu hastalar daha hızlı tanı almaktadırlar. uSpA'larda inflamatuvar bel ağrısı şeklinde kendini belli eden aksiyel tutulum sıklığı yüksek iken, sakroiliak MR'ın tanısallık değeri düşüktür. Göz tutulumu ve HLAB27 sıklığı ve aile öyküsü, AS'de uSpA'ya göre oldukça yüksek çıkmıştır. AS'li hastalar daha çok bel/kalça ağrısı, uSpA'lı hastalar da-

ha çok eklem şikayetleri ile başvurumaktadırlar. FABER testinin her iki grupta tanısı değerleri yüksektir. Hastalarımızın büyük çoğunluğu tedavide Sulfasalazine kullanmaktaydılar.

Tablo (PB-124):

	AS (91)	SPA (134)	P
Cinsiyet			
Kadın	26 %28.6	115 %85.8	<0.001
Erkek	65 %71.4	19 %14.2	
Yaş	39.06±11.73	45.85±10.29	<0.001
Hastalık süresi(yıl)	9.85±0.85	6.67±0.43	0.001
Tanı süresi(ay)	15.82±2.17	5.91±0.31	<0.001
Aile öyküsü	%63.7	%37.3	<0.001
HLA B27poz	%51.6	%14.9	<0.001
Aksiyel tutulum	%98.9	%74.6	<0.001
Periferik tutulum	%74.7	%97	<0.001
Topuk diken	%49.5	%44.8	0.49
Göz tutulumu	%20.9	%3.7	<0.001
Sakroiliak MR	%98.9	%9.7	<0.001
Geliş semptomu			
Bel ağrısı	%41.8	%9.7	<0.001
Eklem ağrısı	%15.4	%49.3	<0.001
Bel ve eklem	%31.9	%38.1	>0.001
Göz tutulumu	%11	%3	<0.001
Enfeksiyon öyküsü			
İshal	%9.9	%3.7	0.06
Servisit	%0	%1.5	0.35
Sistit	%2.2	%8.2	0.05
Tonsilit	%8.8	%15.7	0.13
Muayene bulguları			
Faber	%81.3	%81.3	0.99
SLKT poz	%68.1	%39.6	<0.001
İlaç kullanımı			
SLZ	%36.6	%45.5	>0.05
SLZ+MTX	%23	%20.8	>0.05
Diğer	%37.4	%33.7	>0.05

PB-125

Andiferansiye spondiloartritler ve ankilozan spondilitte serum vitamin D düzeyleri

¹Şükran Erten, ²Orhan Küçükşahin, ¹Alpaslan Altunoğlu, ¹Cemile Koca

¹Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi; ²Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi, Ankara

Tablo (PB-125):

	AS median (min-max)	uSpA median (min-max)	Kontrol median (min-max)	p
Yaş (yıl)	37(17-66)	46.5(17-72)	38(16-65)	p<0.001, p=0.76, p<0.001
Ca (mg/dl)	8.9(8.4-9.5)	8.9(8.4-9.5)	9.2(7.2-9.8)	p=0.15, p<0.001, p<0.001
P (mg/dl)	3.2(2.6-4.5)	3.2(2.6-4.6)	3.4(1.4-5.3)	p=0.2, p=0.18, p=0.002
VitD µg/L	18(8-38)	20(4-92.3)	24.3(7.2-76.8)	p=0.3, p=0.001, p=0.006
PTH (pg/ml)	75(30-145)	66.85(31.1-232)	40.1(24-106.4)	p<0.001, p<0.001
P<0.001				
CRP (mg/dl)	12(1-121)	3.5(3-104)		p<0.001,
ESR (mm/sa)	30(2-90)	18.5(2-96)		p<0.001

Gerekeç: Spondiloartrit grubu hastalıklar içinde ankilozan spondilit(AS), psöriyatik artrit, inflamatuvar barsak hastalıkları ile beraber olan artrit/spondilit, reaktif artrit ve andiferansiye spondiloartrit(uSpA bulunmaktadır (Rudwaleit M et al 2009). AS'deki osteopeni/osteoporoz gelişimine ilaç tedavileri, hormonal bozukluklar ve azalmış mobilite ve fiziksel inaktivite katkıda bulunmaktadır. Ayrıca yüksek miktarlardaki interlökin-1 ve tümör nekrozis faktör alfa gibi proinflamatuvar sitokinler kronik inflamasyonda önemli rol oynarlar ve osteoblast ve osteoklastlar üzerine etki gösterirler (Lange U et al 2005). Bu çalışmanın amacı uSpA'lı hastalarda serum vit D düzeylerini saptamaktır.

Materyal ve Metod: Bu çalışmaya 91 AS ile 134 SPA hastası dahil edilmiştir. AS tanısı ASAS kriterlerine göre, uSpA tanısı ESSG kriterlerine göre yapılmıştır. Çalışmanın etik kurul onayı hastanemiz etik kurulu tarafından verilmiştir. Serum bazal 25-hidroksi vit D düzeyleri Agilent1100 Likid kromatografi kullanılarak HPLC metodu ile ölçüldü. İstatistiksel inceleme SPSS for windows 17.0 programında yapıldı. Parametrik test olarak Student T Testi (Independent Sample T Testi) ve non-parametrik test olarak Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. 3'lü grup karşılaştırmaları Kruskal-Vallis analizi ile yapılmıştır. 2'li karşılaştırmalardan önce Bonferroni düzeltmesi yapılarak anlamlılık düzeyi (p<0.017) olarak kabul edilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında çapraz tablo istatistikleri kullanılmıştır (Ki-kare ve Fisher).

Sonuçlar: AS'li hastalar uSpA'lara göre daha genç iken (p<0.001), uSpA'lı hastalar kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yaşlı idi (p<0.001). İki grup seronegatif spondiloartritli hastaların (AS ve uSpA) Ca değerleri kontrol grubuna göre düşüktü (p<0.001). Vitamin D düzeyleri AS grubunda belirgin olmak üzere her iki grupta kontrollere göre anlamlı olarak düşüktü (p=0.001, p=0.006). AS'li hastalarda uSpA'lara göre yüksek ESR ve CRP değerlerinin olduğu daha belirgin bir inflamatuvar yanıt mevcuttu (p<0.001).

Tartışma: Otoimmün hastalıkların başlaması ve ilerlemesinde vit D'nin rol oynadığını gösteren çeşitli çalışmalar vardır (Ben-Zvi I et al 2010). AS ile birlikte uSpA, spondiloartritler içerisinde en sık görülen hastalıklardan biridir (%0.7-2) (Zochling J et al 2005). AS'de vit D düzeylerinin hastalık aktivitesi ile ilişkili olarak düştüğü gösterilmiştir(Lange I et al 2001). Bu çalışmada

hem AS hastalarında ve hem de uSpA'larda serum vit D düzeylerinin düşük olduğunu gösterdik. Seronegatif spondiloartrit grubu hastalıklarda serum vitamin D düzeyine bakmak ve Vit D düşüklüğünü düzeltmek tedavi açısından uygun olur.

PB-126

Preradyografik evredeki spondilartrit hastalarında ASDAS skorunun yerinin değerlendirilmesi

Muhammet Çınar, Sedat Yılmaz, Umut Kalyoncu, Mehmet Derya Demirağ, Süleyman Serdar Koca, İsmail Şimşek, Hakan Erdem, Salih Pay, Ayhan Dinç

Gülhane Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Gerekçe: ASDAS skoru ankiroz spondilit (AS) hastalarında aktivasyonu değerlendirmek amacıyla yakın geçmişte geliştirilen bir aktivite skorlama sistemidir. Her ne kadara ASDAS skoru kesin AS hastalarında valide edilmiş olsa da hastalığın preradyografik dönemindeki performansı değerlendirilmemiştir. Bu çalışmadaki amacımız ASDAS skorunu pre-radyografik evredeki spondilartrit (SpA) hastalarında değerlendirmek ve radyografik evredeki hastaların sonuçları ile karşılaştırmaktır.

Yöntem: İnflamatuar bel ağrısı olan hastalar çalışmaya alındı ve homojenizasyonun sağlanması amacıyla sadece erkek hastalar çalışıldı. Demografik özellikler, hastalık süresi, ailede SpA varlığı, periferik artrit ve entezopati varlığı kaydedildi. Tüm sakroiliak grafiler tek bir doktor tarafından New York kriterlerine göre evrelendirildi. Hastalar iki gruba ayrıldı: radyografik ve pre-radyografik evre. ESH, CRP, BASDAI, BASFI, BASMI, hasta global değerlendirme (HGD), doktor global değerlendirme (DrGD), Ağrı-VAS ve ASDAS-C skorları belirlendi. 4 cm²-den büyük BASDAI skoru aktif hastalık olarak kabul edildi. ASDAS skorları da şu şekilde hesaplandı ve sınıflandırıldı: ASDAS <2.1 inaktif veya hafif hastalık aktivitesi, ASDAS >2.1 yüksek veya çok yüksek hastalık aktivitesi.

Sonuçlar: Altmış altı (49 radyografik, 37 pre-radyografik) hasta çalışıldı. Ortalama yaş 24±5 ve ortalama hastalık süresi 5.9±4.2 yıl idi. Hastaların üçte birinde (%33) periferik artrit ve %35'inde ailede SpA hikayesi vardı. Laboratuvar ve klinik parametreler şöyledi; ortalama ESH, 9 mm/saat (1-90), ortalama CRP, 3.9 mg/L (1-174), ortalama BASDAI, 4.6±2.0, ortalama BASFI, 3.6±2.5, ortalama BASMI 1,0 (0-5), ortalama HGD 5.3±2.7, ortalama DrGD 4.3±2.0 ve ortalama ASDAS 2.2±0.8 idi. Ailede SpA hikayesi radyografik grupta daha yaygındı (%45'e karşı %22, p=0.025) ve entezopati pre-radyografik grupta daha sıkı (%35'e karşı %14, p=0.023). BASDAI, BASFI, BASMI, HGD, DrGD, CRP, Ağrı-VAS ve ASDAS skorları gruplar arasında benzerdi. BASDAI ve ASDAS skorları radyografik grupta iyi düzeyde (kappa: 0.66), fakat pre-radyografik grupta orta düzeyde korele idi (kappa: 0.39). ASDAS skoru ile klinik ve laboratuvar parametreler arasındaki korelasyon Tablo'da gösterilmiştir.

Tablo (PB-126):

	Radyografik grup (n=49)	Pre-radyografik grup (n=37)
Sol BASDAI	0.89	0.83
BASFI	0.66	0.76
BASMI	NS	AD
DrGD	0.71	0.60
HGD	0.84	0.75
Ağrı-VAS	0.80	0.78
Şiş eklem sayısı	NS	0.36
Hassas eklem sayısı	NS	AD
ESH (mm/sa)	0.29	0.38
CRP (mg/L)	0.37	0.34

AD: Anlamlı değil

Tartışma: Daha önceden ASDAS skoru kesin AS hastalarında valide edilmişti. Biz bu çalışmada, bu yöntemin pre-radyografik evre hastalarında da kullanılabileceğini gösterdik.

PB-127

Kronik bel ağrısı: Aile Hekimleri ve romatoloji uzmanları arasında eğitimin iş birliğinin kısa dönem sonuçları; Adana-Hatay deneyimi

¹Fatih Yıldız, ²Umut Kalyoncu, ¹Eren Erken

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji-İmmünoloji Bilim Dalı, Adana; ²Antakya Devlet Hastanesi Romatoloji Ünitesi, Hatay

Amaç: Spondiloartropatilerin (SpA) tanısındaki gecikmeler birçok hastada yılları bulmaktadır. Bu çalışmanın amacı aile hekimlerine (AH) verilen eğitim sonrasında hastalara SpA tanı konulma sürecinin incelenmesidir.

Metod: Adana'da 57, Hatay'da 25 olmak üzere toplam 82 aile hekimine Ankiroz spondilit (AS)-SpA hakkında seminer verildi. Bu hekimlerden İBA eksperleri (ASAS) sorgu formu doldurularak 3 ayın üstünde bel ağrısı olan ve en az 3 İBA kriterine karşılayan hastaların AH'ne dağıtılan bu form ile romatoloji uzmanlarına sevk istendi. Hastaların romatoloji merkezlerinde; Öyküleri alındı, muayeneleri yapıldı. İBA kriterleri tekrar sorgulanarak not edildi. Tam kan sayımı, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH), C-reaktif protein (CRP) çalışıldı. X ray (sakroiliak spot) grafileri değerlendirildi. Radyolojik (New York) kriterini karşılamayan hastalardan eğer SpA şüphesi varsa sakroiliak MR istendi. Aksiyel SpA için ASAS radyolojik sınıflama kriterleri kullanıldı. Tüm veriler SPSS 14.0 programına girilerek istatistikleri çalışıldı.

Sonuçlar: Ortalama yaşları 38±10 olan 67 (K/E: 48/19) hasta değerlendirildi. Bel ağrısı başlangıç yaşı 31±9 olarak saptandı. Hastaların 41'inde (%61) İBA kriteri 4/5 ve üzerindeydi. Periferik artrit hastaların 10'unda (%15), entezit 5'inde (%8), Psöriasis öy-

küsü 2'sinde (%3), üveit öyküsü 1'inde (%2), İBH öyküsü 3'ünde (%5), SpA aile öyküsü 16 (%24), NSAİ iyi yanıt 27 (%40), ESH yükseklik 26 (%39), CRP'de yükseklik 27 (%40) hastada vardı. NY kriterlerine göre 45 hastada (%67) sakroiliit vardı. Radyolojik olarak kriterleri karşılamayan 22 hastanın 16'sından sakroiliak MR istendi, 9'u normal, 5'inde kronik ve 2'sinde aktif sakroiliit ile uyumlu. AS 2010 radyoloji tanı kriterlerine göre 50 hastada (%74.6) SpA saptandı. Bu 50 hastanın 12'sinde (%24) daha önceden SpA-AS tanısı vardı, 38/55 (%69) hastaya yeni tanı konuldu. Bu hastaların ortalama bel ağrısı süresi 3 (0.6-38) yıldır. Radyoloji kriterlerini dolduran hastaların klinik bulguları pozitifliği ortalama 2 (1-5) olarak saptandı.

Tartışma: SpA tanısındaki gecikmeler hastaların uzun süre ağrı ile yaşamalarına ve ciddi morbiditelere neden olmaktadır. Dünyada ve Türkiye'de tanıda gecikme süresi ortalama 6-8 yıl arasında değişmektedir. Bu çalışmada iki merkezde yaklaşık 80 AH'ne verilen eğitim sonrasında doğru tanı konulma oranı yaklaşık %70'lere ulaşmıştır. Yeni tanı konulan hastaların ortalama bel ağrısı süresinin 3 yıldır. Tanı konulma süresinde belirgin düzelme görülmesi önemli bir sonuçtur. Bu çalışma romatoloji uzmanlarının illerindeki AH'lerine eğitim vermelerinin SpA tanı koyma sürecindeki önemini ortaya koymuştur. *Bu çalışmada aile hekimlerine verilen artrit ile yaşam platformu eğitim süreci Abbott firması tarafından koşulsuz desteklenmiştir.

PB-128

Ankilozan spondilit hastalarında anti-TNF ajanlar ile yapılan klinik çalışmaların genellenebilirliği

İsmail Şimşek, Sedat Yılmaz, Muhammet Çınar, Hakan Erdem, Salih Pay

Gülhane Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Gerekçe: Herhangi bir hastalık ile ilgili RKÇ'ların sonuçlarının genellenebilirliğinin dolaylı bir ölçütü de günlük pratikte görülen hastaların ne kadarlık bir bölümünün RKÇ'nın hasta alım kriterlerini karşıladığıdır. Ankilozan spondilit (AS) hastalarında anti-TNF ajanlar ile yapılan randomize kontrollü çalışma (RKÇ)'ların çoğu aktif hastaları çalışmaya dahil etmek için benzer hasta alım kriterlerini kullanmaktadır: spinal inflamasyon >30 mm (süre ve şiddetinin ortalaması, 100 mm'lik VAS üzerinden) ve 3 ölçütün (hasta global değerlendirme, BASFI, omurga ağrısı) 2 tanesinin >30 mm olması. Çalışmamızın amaçları; (1) bölümümüzde takip edilen AS hastalarının ne kadarlık bir kısmının RKÇ'lara alınma kriterlerini karşıladığının ortaya konması, (2) aynı hasta kohortunun ne kadarlık bir bölümünün Sağlık Uygulama Talimatına (SUT) göre anti-TNF ajan başlanabilmesi için gerekli koşulları sağladığının belirlenmesidir.

Yöntem: 01 Haziran 2011-15 Ağustos 2011 tarihleri arasında romatoloji polikliniğinde görülen ve modifiye New York kriterlerini karşılayan ardışık AS hastalarının tümüne (n=84), AS ile ilgili sorgular uygulandı (BASDAI, omurga ağrısı, BASFI). Hastalar 4 hasta alım kriteri ve SUT koşullarını (BASDAI>5 ve

CRP veya ESH yüksekliği) sağlamaları yönünden değerlendirildi.

Sonuçlar: Romatoloji polikliniğinde görülen 84 AS hastasının 20 tanesi halihazırda biyolojik ilaç ve 4 tanesi de leflunomid kullanmakta olduğu için her iki ilaç grubunu kullanıyor olmak çalışmalarda dışlanma nedeni analize dahil edilmedi. Çalışmaya dahil edilen 60 hastanın %85'i erkek, yaşlarının ortalaması 26 yıl, ortalama hastalık süresi 2 yıldır. Hastaların 38'i (%61) 1- spinal inflamasyon + omurga ağrısı + BASFI, 45'i (%75) 2- spinal inflamasyon + omurga ağrısı + hasta global, 37'si (%60) 3- spinal inflamasyon + BASFI + hasta global kombinasyonlarında çalışmaya alınma kriterlerini karşılıyordu. Hastaların %48'i (29/60) anti-TNF için geri ödeme koşullarını karşılamaktaydı. 1 no'lu kombinasyonda çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan hastaların %36'sı, 2 no'lu kombinasyonda kriterleri karşılayanların %64'ü, 3 no'lu kombinasyonda kriterleri karşılayanların %37'si anti-TNF'ler için SUT geri ödeme koşullarını karşılamıyordu.

Tartışma: Bölümümüzde takip edilen AS hastalarının büyük çoğunluğunun anti-TNF'ler ile yapılan RKÇ'lara alınma kriterlerini karşılıyor olması bu çalışmaların AS popülasyonuna genellenebilirliğinin iyi olduğu şeklinde değerlendirilebilir. Hastaların yaklaşık yarısının geri ödeme / çalışmaya dahil olma koşullarını sağlamasına rağmen biyolojik ilaç kullanmıyor olması ise, çalışmaya dahil olma ya da geri ödeme kriterlerinin hekim değerlendirmesini içermemesi, ya da çalışmamızın kesitsel olmasının bir sonucu olabilir. Benzer şekilde, çalışmaya alınma kriterlerini karşılamasına rağmen hastaların bir bölümünün SUT koşullarını sağlamama nedeni, çalışma kriterleri arasında olmayıp SUT koşulları arasında bulunan akut faz yanıtının yüksek olma şartıdır.

PB-129

Ankilozan spondilitte kemik yapım ve yıkım belirteçlerinin çeşitli klinik ve laboratuvar değişkenlerle ilişkisi

¹Ali Taylan, ²İsmail Sarı, ¹Barış Akıncı, ¹Şafak Bilge, ³Didem Kozacı, ²Servet Akar, ¹İşıl Çoker, ¹Hülya Yalçın, ³Necati Günay, ²Nurullah Akkoç

¹Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi; ²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir; ³Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aydın

Gerekçe: Osteoprotegerin (OPG), RANKL ve WNT yolları kemik yapım ve yıkımını değerlendirmede kullandığımız önemli belirteçlerdir. Genel anlamda OPG ve WNT sinyalizasyonu osteoblastik aktivite; RANKL, WNT proteinleri (SFRP-1 [Secreted frizzled-related protein-1]) ve WNT inhibitörleri (sklerostin, DKK-1 [Dickkopf-related protein-1]) osteoklastik aktivite ile ilişkilidir. Osteoprotegerin (OPG) çözünür tuzak reseptör olarak osteoklastlar için önemli bir sitokin olan receptor activator of nuclear κ B ligand (RANKL)'ı etkisizleştirir. Bizim bu çalışmadaki amacımız AS hastalarında bu sinyal yolları ile ilişkili kemik yapım ve yıkım belirteçlerinin, hasta-

lık aktivitesi, radyolojik hasar, tedavi etkisi, kemik mineral yoğunluğu (KMY) gibi çeşitli değişkenlerle ilişkisini araştırmaktır.

Yöntem: Bilinen osteoporotik risk faktörü bulunmayan 55 AS ve 33 sağlıklı kontrol çalışmaya alındı. OPG, RANKL, SFRP-1, DKK-1, sklerostin, N-terminal telopeptide (NTX), bone alkaline phosphatase (BAP), ESH, hs-CRP, İL-6 uygun ELİSA kitleri ile çalışıldı. BASDAİ, BASFI ve BASMI hesaplandı. Radyolojik skorlama için BASRI kullanıldı. DEXA ölçümü ile elde edilen femur boynu ve toplam omurga kemik mineral yoğunlukları (KMY) kaydedildi.

Bulgular: 1- AS hastalarının, sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmasında ESH, hs-CRP, İL-6 düzeylerinin anlamlı olarak yüksek; OPG ve femur boynu KMY değerinin anlamlı olarak düşük olduğu tespit edildi ($p<0.05$). 2- Klasik tedavi ($n=32$) ve anti-TNF ilaç kullanan ($n=23$) AS hastalarının karşılaştırılmasında ESH, İL-6 ve OPG seviyesi klasik tedavi alanlarda anlamlı derecede yüksek; DKK-1 ise düşük saptandı ($p<0.05$). 3- Aktif ($n=38$) ve inaktif ($n=17$) AS hastalarının karşılaştırılmasında OPG düzeylerinin hastalık aktivitesi yüksek olanlarda daha yüksek olduğu görüldü ($p<0.05$). 4- Korelasyon analizinde OPG ile ESH ($r=0.4$) ve hs-CRP ($r=0.3$); femur boynu KMY ile ESH ($r=-0.2$); lomber KMY ile BASMI ($r=0.4$) ve sklerostin ($r=0.2$) arasında anlamlı ilişki tespit edildi.

Tablo (PB-129):

	Hasta (n=55)	Kontrol (n=33)	p
Yaş	36 (19-61)	39 (23-48)	0.9
Cins (E/K)	48/7	24/9	0.1
VKI	25 (18-37)	25 (20-31)	0.9
Bel çevresi	92 (66-120)	89 (65-104)	0.2
Hastalık süresi	13.4±9.2	-	-
HLA-B27+ (%)	64.9	-	-
BASFI	3.7±2.2	-	-
BASDAI	4.9±2.2	-	-
BASMI	3.7±2.4	-	-
BASRI-kalça	0.66±1.1	-	-
BASRI-omurga	6.6±3.2	-	-
ESH	16 (3-72)	9 (1-30)	0.0001
hsCRP	8.5 (1-24)	2.5 (0-10)	0.0001
İL-6	18.5 (5-545)	8.1 (4-69)	0.0001
KMD-lomber	0.9 (0.7-1.6)	1 (0.8-1.2)	0.1
KMD-femur boynu	0.8 (0.5-1)	0.9 (0.6-1.1)	0.003
BAP	29 (13-107)	26.1 (2-51)	0.1
Kalsiyum	10 (9-11)	9.9 (9.3-11)	0.6
Fosfor	1.3 (1.7-4.7)	3.4 (2.2-4.5)	0.9
Vitamin D	87(4-266)	102 (10-303)	0.5
NTX	82 (52-188)	84 (57-106)	0.3
PTH	46 (44-170)	78 (45-180)	0.01
RANKL	284 (101-1598)	292 (143-783)	0.7
OPG	339.5 (52-1118)	527.3 (16-1030)	0.02
OPG/RANKL	1 (0.2-22.7)	0.7 (0.1-25)	0.04
Sklerostin	73 (48-126)	77.1 (49-110)	0.1
sFRP1	0.14 (0-17)	0.15 (0-1)	0.3
DKK-1	97 (17-771)	114.6 (29-278)	0.6

Tartışma: AS hastalarının kemik mineral yoğunluğu, femur boynu ölçümlerinde belirgin olmak üzere azalmış ve OPG/RANKL aksı bozulmuştur. OPG, AS te genel olarak azalsa da kemik döngünün daha fazla olduğu aktif hastalık veya inflamasyon varlığında göreceli olarak artabilmektedir. Wnt yolağı inhibitörleri AS te genel olarak bizim çalışmamızda normal sınırlardaydı ve bu moleküllerin kemik yoğunluğu dahil çeşitli klinik ve radyolojik parametrelerle ilişkisi zayıf bulundu. Wnt sinyali yolağı ve β katenin erken osteoblast gelişimi için önemlidir ve AS te ektopik kemik oluşumundan sorumlu tutulmaktadır. Wnt yolağının osteoporotik belirteçlerden bağımsız olarak sindesmotit, ankiloz gibi patolojilerle olan ilişkisi için yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

PB-130

Ankilozan spondilitte klinik semptomatik amiloidoz sıklığı ve sekonder amiloidozlu olgularda tedavi sonuçları

¹Salim Dönmez, ¹Ömer Nuri Pamuk, ²Gülsüm Emel Pamuk

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, ²Hematoloji Bilim Dalı, Edirne

Amaç: Sekonder amiloidoz (AA) kronik inflamatuvar hastalıkların önemli bir komplikasyonudur. AS'te amiloidoz sıklığına ilişkin yeterince veri yoktur. Hastalık aktivitesinin baskılanması, önerilen AA amiloidoz tedavisi olmakla birlikte standart bir veri bulunmamaktadır. Çalışmada 10 yıllık dönemde merkezi-mizde AS tanısı alan hastalarda retrospektif AA amiloidoz sıklığı ve ilişkili faktörlerinin yanında tedavi ve sonuçlarını tespit etmeyi amaçladık.

Metod: 2001-2011 yılları arasında merkezimizde 600 hastaya modifiye New York kriterlerine göre AS tanısı konuldu. Hasta dosyalarını AA amiloidoz yönünden değerlendirdik. 8 hastada AA amiloidoz saptadık. Kontrol grubu olarak 80 AS'li hasta alındı. İdrar tetkikinde dipstick yöntemi ile (++) protein saptanan olgularda protein kantite edilmiş ve 500 mg/gün üzerinde proteini olanlardan amiloidoz tanısı için rektal biyopsi yapılmıştı.

Bulgular: AS hasta grubumuzda klinik semptomatik AA amiloidoz sıklığını %1.33 (8 hasta) olarak saptadık. Bu olguların 4'ünde biyopsiyle AA amiloidoz tanısı sırasında son dönem böbrek yetersizliği (SDBY) vardı (Hemodiyalize giriş süreleri, 2 olguda 2 yıl, 1 olguda 6 ay, 1 olguda 2 ay). 3 olguda nefrotik sınırdaki proteinüri ve böbrek fonksiyon bozukluğu saptandı. Bu olguların 1'inde AS yanında AA amiloidoz nedeni olarak 15 yıllık kronik protez infeksiyonu vardı. Bir olguda ise nefrotik sınırdaki olmayan proteinüri vardı. AA amiloidoz olan ve olmayan AS'liler karşılaştırıldığında amiloidoz grubunda yaşın (48 ± 13.4 vs 37.5 ± 9.1 , $p=0.004$), hastalık süresinin (18.6 ± 8.1 vs 11.8 ± 7.4 , $p=0.016$), başvuru BASDAI skorunun (6.9 ± 2.2 vs 4.5 ± 2.1 , $p=0.007$), amiloidoz tanısı sırasında ESR düzeyinin (88.7 ± 37.4 vs 57 ± 34.6 , $p=0.023$) daha yüksek ve periferik artrit sıklığının artmış olduğu (%75 vs 35.7%, $p=0.022$) gözlemlendi. Çoklu reg-

resyon analizinde sadece başlangıç BASDAI düzeyinin AA amiloidoz gelişimi ile ilişkili bağımsız faktör olduğu gözlemlendi (OR: 2.36, %95CI: 1.02-5.5, p=0.046). İzlemde olguların 2'si izlem dışında kaldı. AA amiloidozlu AS'li 6 olguya TNF blokleri başlandı. SDBY'li olgularda klinik cevap alındı, komplikasyon gelişmedi (median izlem 6 ay). Renal disfonksiyon ve nefrotik sendromu olan bir olguda, klinik bulgular düzeldi, böbrek fonksiyonları stabil kaldı, proteinüri azaldı. Böbrek fonksiyonu normal, nefrotik proteinürisi olan 1 olguda ise proteinüri azaldı.

Sonuçlar: AS'de ileri yaş, uzun hastalık süresi, başvurudaki ESR ve BASDAI yüksekliği ve periferik artrit varlığının AA amiloidoz gelişimi için risk faktörleri olduğunu saptadık. AS'li-lerde dikkat çeken bir bulgu RA'lılara göre amiloidoz tanısının daha geç, SDBY gelişikten sonra konulması ihtimalinin daha yüksek olduğu şeklindeydi. TNF blokleri tedavisi SDBY olsun olmasın AS'lilerde iyi tolere edildi ve erken dönemde başlanan hastalarda proteinüriyi azalttı. Bu nedenle TNF blokleri AS amiloidozlular için umut verici bir tedavi olarak görülmektedir.

PB-131

Anti-TNF tedavi alan ankilozan spondilit olgularının cinsiyete göre farklılıkları

¹Yasemin Yalçınkaya, ¹Özlem Pehlivan, ¹Bahar Artım Esen, ²Fulya Coşan, ¹Burak Erer, ¹Nihat Hüseyinsinoğlu, ¹Ahmet Omma, ¹Sevil Kamalı, ¹Murat İnanç, ¹Orhan Aral, ¹Ahmet Gül, ¹Lale Öcal

¹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, ²İstanbul Üniversitesi Deneyel Tıp Araştırma Enstitüsü, İstanbul

Gereke: Ankilozan Spondilit (AS) tanısıyla anti-TNF tedavi alan olguların cinsiyete göre genel özellikleri ve tedaviye yanıtları değerlendirildi.

Yöntem: 2001-2011 yılları arasında anti-TNF tedavi ile izlenen, Modifiye New York kriterlerini karşılayan 146 AS'li olgu incelendi. Demografik veriler, klinik semptom ve bulgular, HLA B27 varlığı, fizik muayene (Schober, el-yer mesafesi, göğüs ekspansiyonu), laboratuvar bulguları (- ESH, CRP), gelişen komplikasyonlar ve aldıkları tedavi kaydedildi. Bulguların cinsiyete göre değişimleri student's T test ile hesaplandı.

Sonuç: Anti-TNF tedavi alan olguların yaş, hastalık başlangıç yaşı, tanı süresi, hastalık süresi (yıl) ortalaması kadınlarda (n:44) sırasıyla 43.6±11.6, 28.3±11, 7.2, 15.3 iken, erkeklerde (n:102) sırasıyla 38.5±10.2, 22.7±10.2, 5.3, 16 idi. Erkeklerde hastalık başlangıç yaşı anlamlı olarak düşüktü (*p<0.01). Anti-TNF tedaviye kadar geçen süre erkeklerde >10 yıl, 5-10 yıl, <5 yıl sırasıyla %54, %34, %12 ve kadınlarda sırasıyla 50%, 27%, 23% idi. Aksiyel tutulum ve yüksek akut faz yanıtı nedeniyle biyolojik tedaviye geçilmesi oranları erkeklerde ve kadınlarda benzerdi; periferik artrit ve dirençli üveit nedeniyle tedavi kadınlarda (66%/37% vs 4,5%/2%), proteinüri veya amiloidoz nedeniyle tedavi erkeklerde (4%/2%) daha sıkı. Ortalama tedavi süresi (ay) infliximab (IFX) (n:79) için 23.2, etanercept

(ETA) (n:85) için 21.4, adalimumab (ADA) (n:18) için 19.8 idi. Anti-TNF tedavi ajanı değişimi 27 olguda yanıtızsızlık, 5 olguda infüzyon reaksiyonu, 2 olguda üveit, 1 olguda pulmoner tüberküloz ve 1 olguda psöriazis nedeniyle olup; ikinci biyolojik ajana geçiş 18% (n:26), üçüncü biyolojik ajana geçiş 3% (n:5) olarak saptandı. Tedavi öncesi ortalama el-yer mesafesi erkeklerde anlamlı olarak yüksekti (23.6 vs 11.5 cm, p:0.001). Tedavi sonrasında akut faz yanıtı (ESH-mm/s, CRP-mg/l) iki grupta anlamlı olarak düzeldi (45.5, 33.7 ve 19, 9.2, p:0.001). Erkeklerde HLA-B27 pozitifliği daha sıkı (%90/75). Tedavinin iyi yanıtı nedeniyle sonlandırılması kadınlarda (%7/1), komplikasyonlar nedeniyle sonlandırılması erkeklerde daha sık olarak gözlemlendi (%2.3/5.9). Kadın ve erkeklerde tedavi endikasyonu, doz azaltılması, tedavinin sonlandırılması, tedavi değişimi ayrıntıları Tablo'da özetlenmiştir.

Tablo (PB-131):

		Kadın (n:44)	Erkek (n:102)
Anti-TNF Tedavi Kararı			
Aksiyel aktivite		42 (96%)	101 (99%)
Periferik artrit		29 (66%)	38 (37%)
Proteinüri / amiloidoz		1 (4%)	4 (2%)
Dirençli Üveit		2 (4.5%)	2 (2%)
Yüksek Akut Faz Yanıtı	21 (48%)	53 (52%)	
Tedavi dozunun Azaltılması			
İyi Yanıt		1 (2 %)	7 (7%)
Tedavinin Sonlandırılması			
Remisyon		3 (7 %)	1 (1 %)
Komplikasyon		1 (2.3 %)	6 (5.9 %)
İkinci Ajana Geçiş (n:26)		7 (16%)	19 (19%)
IFX→ETN (n:13)	2 infüzyon reaksiyonu 1 tüberküloz 8 etki kaybı 2 yanıtızsızlık	3	10
ETN→IFX (n:6)	2 Üveit 3 etki kaybı 1 yanıtızsızlık	2	4
IFX→ADA (n:3)	2 infüzyon reaksiyonu 1 etki kaybı	-	3
ADA→IFX (n:2)	etki kaybı	1	1
ETN→ADA (n:1)	etki kaybı	1	-
ADA→ETN (n:1)	psöriazis	-	1
Üçüncü Ajana Geçiş (n:5)	2 (5%)	3 (3%)	
ETN→IFX→ADA (n:3)	5 etki kaybı 1 infüzyon reak	1	2
IFX→ADA→ETA (n:1)	etki kaybı	-	1
IFX→ETA→ADA (n:1)	etki kaybı	1	-

Tartışma: Biyolojik tedavi alan AS'li erkeklerde hastalık başlangıç yaşı daha genç ve aksiyel tutulum ön plandaydı. Kadınlarda anti-TNF tedaviye daha erken dönemde geçilmişti. Ortalama tedavi süresi tüm ajanlar (IFX, ETA, ADA) için benzerdi. Kadınlarda ve erkeklerde benzer olumlu yanıt elde edilmiş olup, komplikasyonlar nedeniyle tedavinin sonlandırılması erkeklerde daha sıkı.

PB-132

Ankilozan spondilitli hastalarda infliksimab tedavisinin kardiyovasküler risk parametreleri ve metabolik sendrom parametreleri üzerine etkileri

¹Emine Duygu Ersözülü Bozkırlı, ²Emre Bozkırlı,
¹Ahmet Eftal Yücel

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, ²İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Enflamatuvar romatizmal hastalıklarda hızlanmış ate-ro-skleroz (As) ve buna bağlı kardiyovasküler (KV) mortalitede artış olduğu bilinmektedir. KV hastalıklarının (KVH) ve insülin rezistansının (İR) gelişiminde rolü olduğu düşünülen TNF- α 'nın Ankilozan spondilitli (AS) hastalarda daha fazla eksprese edildiği gözlenmiştir. AS'nin İR, Metabolik sendrom (MS) ve KVH'nın artmış riski ile ilişkili bir hastalık olduğu bilinmektedir. Bir TNF- α antagonisti olan İnflksimab'ın bu parametreler üzerine pozitif etkilerinin gösterilmesi beklenmektedir. Literatürde İnflksimab tedavisinin AS'li hastalarda İR, lipid parametreleri ve KV risk faktörleri üzerine etkilerini gösteren sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Framingham risk skorlama (FRS) sistemi KVH'ların 10 yıllık risk hesaplamasında kullanılan güvenilir bir yöntemdir. AS'li hastalarda bilginiz dahilinde İnflksimab'ın tedavi öncesi ve sonrasında FRS'ye olan etkisini inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır.

Yöntem: Bu çalışmada 1984 Modifiye New York Kriterleri'ne göre AS tanısı almış ve İnflksimab tedavisine başlanması planlanan 30 hasta değerlendirildi. Başlangıçta ve 0.-2.-6. haftada 5 mg/kg dozda ilaç uygulandıktan 6 hafta sonra (12. hafta) Açlık kan şekeri (AKŞ), insülin düzeyi, lipid profili, bel çevresi, bel/kalça oranı, vücut kitle indeksi (VKİ), HOMA-IR, BASDAI, BASFI, ASQL, FRS değerlendirildi.

Bulgular: Tedavi öncesi ve sonrasında bel çevresi, bel/kalça oranı, VKİ, lipid parametreleri, insülin, HOMA-IR düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. AKŞ'de anlamlı bir artma (p:0.001), TG/HDL oranı (p:0.043) ve TKol/HDL (p:0.041) oranında ise hafif anlamlı artma saptandı. Hem sistolik (p:0.000) hem de diyastolik tansiyonlarda (p:0.003) anlamlı azalma saptandı. FRS'de ise hafif anlamlı (p:0.028) bir azalma saptandı. Tedavi öncesi hastaların 3'ü MS(+), 3'ü IR(+) ve 3'ünde hem MS(+) hem de IR(+) olarak saptandı. Tedavi öncesi MS(+) IR(-) olan hastaların 3'ünde tedavinin 12. haftasında MS tanı kriterlerini doldurmadığı ve MS(-) olduğu gözlemlendi. MS(+) IR(+) olan hastaların 3'ünün de tedavi sonrasında MS(+) IR(+) olduğu saptandı. IR(+) MS(-) olan 2 hastanın tedavi sonrası IR'si düzeldi.

Tartışma: İnflksimab tedavisinde MS parametrelerinden sadece tansiyonda anlamlı pozitif azalma saptandı. Bu azalma hastalık aktivasyonunun azalmasına bağlı olarak hastaların daha az NSAİİ kullanımı ile ilişki olabileceği gibi ilacın direkt etkisi ile de ilişkili olabilir. FRS'deki hafif anlamlı azalma ilacın KVH riskine olan etkisi açısından anlamlıdır. MS(+) ve IR(-) olan 3 hastanın 3'ünde de tedavi sonrası MS(-) olarak saptanmış

olması ilacın MS pozitif hastalardaki etkisi açısından anlamlı olabilir. Sonuç olarak; en önemli mortalite nedeni KVH olan AS hastalarında tedavi sonrası saptanan tansiyon ve KV riskteki azalma çok önemli olabilir.

Tablo (PB-132):

	Tedavi öncesi ortalama değerler	Tedavi sonrası ortalama değerler
BASDAI	7.0 $\pm$ 0.9	1.8 $\pm$ 1.0
BASFI	6.1 $\pm$ 1.4	2.1 $\pm$ 1.5
ASQL	15.4 $\pm$ 2.	5.2 $\pm$ 4.8
VAS ağrı	8.7 $\pm$ 0.7	2.7 $\pm$ 1.8
VAS genel	7.2 $\pm$ 2.1	2.9 $\pm$ 2.3
Sabah tutukluğu	92.6 $\pm$ 26.6	15.6 $\pm$ 10.6
M. Schober	2.7 $\pm$ 1.3	4.2 $\pm$ 1.9
G. ekspansiyonu	3.1 $\pm$ 1.1	4.6 $\pm$ 1.7
Sistolik tansiyon	119 $\pm$ 9.9	110.3 $\pm$ 11.5
Diastolik tansiyon	75 $\pm$ 10.4	68 $\pm$ 7.1
Bel çevresi	83.8 $\pm$ 15.6	82.7 $\pm$ 14.6
Kalça çevresi	98.5 $\pm$ 11.1	97.8 $\pm$ 11.0
Bel/Kalça oranı	0.8 $\pm$ 0.8	0.8 $\pm$ 0.8
Kilo	72.0 $\pm$ 17.0	72.9 $\pm$ 17.0
BKİ	26.4 $\pm$ 6.7	26.7 $\pm$ 6.7
TKol	158.1 $\pm$ 41.0	164.7 $\pm$ 37.5
TG	110.5 $\pm$ 59.2	129.4 $\pm$ 89.3
HDL	40.7 $\pm$ 8.8	40.8 $\pm$ 9.3
LDL	95.7 $\pm$ 35.2	95.1 $\pm$ 28.4
TG/HDL	2.9 $\pm$ 1.9	3.3 $\pm$ 3.1
TKol/HDL	3.9 $\pm$ 1.1	4.2 $\pm$ 1.3
AKŞ	87.3 $\pm$ 7.1	92.2 $\pm$ 6.9
İnsülin	8.7 $\pm$ 6.6	9.9 $\pm$ 7.5
HOMA	1.9 $\pm$ 1.4	2.3 $\pm$ 1.8
ESH	26.3 $\pm$ 19.6	10 $\pm$ 10.3
CRP	26.0 $\pm$ 46.0	6.4 $\pm$ 5.8
10 yıllık risk	4.0 $\pm$ 3.7	3.0 $\pm$ 2.2

PB-133

Ankilozan spondilit hastalarında HLA B27 pozitifliğinin tedavi yanıtı ve süresine etkisi

¹Ahmet Mesut Onat, ¹İsmail Dilli, ¹Yavuz Pehlivan,
¹Fatih Göktepe, ¹Büyüamin Kısacık

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

Gerekçe: Ankilozan Spondilit'te (AS) HLA B27'nin hastalık aktivitesi ile ilişkisi bilinmektedir ancak bu konuda ülkemize ait her hangi bir veri bulunmamaktadır.

Yöntem: Kliniğimizde 2007-2011 yılları arasında takip edilen ve anti-TNF tedavisi alan 303 AS hastasından HLA B27 testi bakılan 115 hasta incelenmiştir. Hastalık Aktiviteleri BASDAI ve BASFI skorlama yöntemiyle ölçülmüştür.

Sonuçlar: HLA B27 testi bakılan 115 hastadan 56 hastanın sonucu pozitif iken 59 hastanın sonucu negatif olarak saptanmıştır. Hastaların yaş dağılımlarına bakıldığında yaş ortalamaları

36.35±10.36 olarak saptanmıştır. Cinsiyet dağılımlarına bakıldığında HLA B27'si pozitif olan hastaların 29'u erkek 27'si kadın, negatif ise 34'ü erkek 25'i kadın idi. HLA B27 pozitif olan hastalarda Adalimumab (ADA), Etanercept (ETA) ve Infliximab (INF) kullanan hasta sayıları sırasıyla 6/8/42 ve negatif olan hastalarda 10/9/40 şeklindedir (p<0.05). HLA B27'si pozitif olan hastaların 27/56'sı ve negatif hastaların 35/59'u Sulfasalazine (SSZ) tedavisi alıyordu (p>0.05). HLA B27'si pozitif olan hastaların tedavi bırakma nedenleri değerlendirildiğinde 4 hasta etkisizlik, 5 hasta etki kaybı ve 1 hasta diğer nedenlerle tedaviyi bırakırken, negatif olan hastalarda 5 hasta etkisizlik, 9 hasta etki kaybı ve 2 hasta da diğer nedenlerle tedaviyi bırakmıştır (p>0.05). HLA B27 bakılan 115 hastadan toplam 30 hastada ikinci biyolojik tedaviye geçiş yapılmış, bu hastalardan 12'si pozitif iken 18'inin sonucu negatif olarak saptanmıştır. Biyolojik öncesi HLA B27'si pozitif olan hastaların BASDAI skoru 6.8±1.4 iken negatif olan hastaların skoru 6.5±1.4'tir, pozitif olanların BASFI skoru 6.6±1.7 iken negatif olanların skoru 6.5±1.5, pozitif olanların CRP skoru 23.84± 26.71, negatif olanların 18.82±27.01, pozitif olan hastaların ESH skoru 30.57±24.99 ve negatif olan hastaların skoru 22.47± 21.94 olarak bulunmuştur. Tedavinin 16. haftasında tedavi yanıtları değerlendirildiğinde HLA B27'si pozitif olan hastaların BASDAI skoru 2.7±1.6 ve negatif olanların skoru 3.1±1.9, pozitif olan hastaların BASFI skoru 2.8±2.0 iken negatif olanların skoru 3.0±1.9, pozitif olan hastaların CRP skoru 7.81±15.0 ve negatif olanların CRP skoru 8.49±10.78, pozitif olan hastaların ESH skoru 13.0±14.6 ve negatif olanların ESH skoru 13.57± 12.1 olarak bulunmuştur. Tüm bu değerlerdeki azalmalar istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.001). Tedavide kalım süreleri değerlendirildiğinde HLA B27'si pozitif olan hastaların birinci biyolojik tedavide kalma süresi ortalama 20.50±16.03 ay iken, bu oran negatif olan hastalarda ortalama 15.02±10.84 ay olarak bulunmuştur (p<0.05). HLA B27 pozitifliği olan hastalarda tedavide kalım süreleri anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar HLA-B27 pozitifliğinin hastalık aktivitesinden bağımsız olarak tedavide kalım süresini etkilediği görüldü.

PB-134

Aksiyel ve periferik tutulumlu ankilozan spondilit hastalarının tedavisinde sülfasalazin ve anti-TNF'lerin birlikte kullanımı tedavide kalım sürelerini uzatır mı?

Yavuz Pehlivan, İsmail Dilli, Taner Babacan, Bünyamin Kısacık, Ahmet Mesut Onat

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

Gerekçe: Aksiyel ve Periferik Ankilozan Spondilit (AS) hastalığının tedavi rejimi, hastalığın şiddeti ve tutulum türüne bağlıdır. Yapılan klinik çalışmalara göre, AS tedavisinde, non-steroid anti-enflamatuvar ilaçlar (NSAID), hastalığı modifiye edici anti-romatizmal ilaçlar (DMARD) ve anti-TNF ilaçların etkinliği kanıtlanmıştır. Ancak bu ilaçların birlikte kullanımının tedavi süresi üzerine etkisi ile ilgili yeterli çalışma yoktur.

Yöntem: Çalışmaya kliniğimizde anti-TNF tedavisi alan toplam 303 AS hastası dahil edilmiştir. Dahil edilen 303 hastadan, 98 hasta periferik ve 205 aksiyel tutulumlu olarak tanı almıştır. Hastaların tedaviye yanıt oranları Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAI), Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi (BASFI) ile ölçülmüştür.

Sonuçlar: Çalışmaya dahil edilen tüm hastalar değerlendirildiğinde yaş ortalaması 37.86±10.89 idi ve bu hastalardan 177'si erkekken (%58), 126'sı kadın (%42) idi. Çalışmaya alınan hastaların yaklaşık olarak üçte biri daha önce NSAID tedavisi almıştı (n:110). NSAID alan 110 hastadan 100'ü aynı zamanda SSZ tedavisi de alıyordu. Tedaviye dahil edilen 303 hastadan, 271 hasta biyolojik tedaviye başlamadan önce SSZ tedavisi almıştır. SSZ tedavisi alan hastaların medyan DMARD kullanım süresi 21.72±31.26 ay idi. Hastalık tipleri açısından değerlendirildiğinde 205 Aksiyel AS hastasının 180'i SSZ kullanıyorken, Periferik AS hastalarının 98 tanesinden 92'sinin SSZ kullandığı saptanmıştır. Periferik tip AS'de daha yüksek oranda SSZ kullanımına karşın bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0.05). Hastalardan Adalimumab tedavisi alan 50 hastanın 46'sı, 45 Etanercept hastasının 43'ü ve 208 INF hastasının 183'ü konkomitan SSZ tedavisi alıyordu. Tercih edilen tedavi seçenekleri açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel anlamlılık bulunmuyordu (p>0.05). 303 AS hastasından 271 hastada anti-TNF tedavisi ile birlikte SSZ tedavisi alırken, 32 hasta tedavisine SSZ olmadan devam etmiştir. Tedaviye dahil edilen hastaların tedavide kalım süreleri değerlendirildiğinde, anti-TNF tedavisi ile birlikte SSZ tedavisi alan hastaların SSZ tedavisi almayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (p>0.05). Aynı anda anti-TNF tedavisine ek olarak NSAID ve SSZ tedavisi alan hastalarda tedavi süresi ortalama 21.34±14.89 iken tek başına SSZ ve anti-TNF tedavisi alan hastalarla bu oran 18.40±13.90 bulunmuştur. Gruplar arasında tedavide kalım süreleri karşılaştırıldığında SSZ+NSAID tedavisi alanların tedavide kalım süreleri daha uzun olmasına karşın, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05). Yapılan güncel klinik çalışmalarda olduğu gibi anti-TNF tedavi seçenekleri arasında tedavide kalım süreleri açısından anlamlı fark olmasına karşın, tedaviye eklenen konkomitan SSZ kullanımının tüm tedavi gruplarında tedavide kalım süresini etkilemediği görülmüştür.

PB-135

Romatoloji kliniğinde anti-TNF tedavisi alan ankilozan spondilit hastalarının demografik ve klinik verileri

İsmail Dilli, Yavuz Pehlivan, Halil İbrahim Türkbeyler, Ahmet Mesut Onat

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

Gerekçe: Bölgemizde özellikle Ankilozan Spondilit'in (AS) daha sık görüldüğüne olan yaygın inancımız ve ülkemizde anti-TNF tedavisi alan bu hastaların demografik olarak incelenmesi nokta-

sında var olan kısıtlı çalışma sayısı önemli bir eksiklik olarak görülmüştür. Bu amaçla kliniğimizde anti-TNF tedavisi alan hastaların klinik ve demografik verilerinin incelenmesi planlanmıştır.

Yöntem: Romatoloji Kliniğinde ASAS Tanı Kriterlerine göre tanı almış ve anti-TNF tedavisi alan 303 AS hastası çalışmaya dahil edildi. Hastaların tedaviye yanıt oranları Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAI), Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi (BASFI) ile ölçümlendi.

Sonuçlar: Çalışmaya dahil edilen 303 hastadan 177'si erkekken (%58), 126'sı (%42) kadın idi. Tüm AS hastalarının yaş ortalaması 37.86 ± 10.89 idi. Çalışmaya dahil edilen 303 hastada 115 hastaya HLA B27 testi uygulanmış, bu hastalardan 56 hastanın sonucu pozitif çıkmıştır. Anti-TNF tedavisi alan AS hastalarının %24'ünde ailede romatizmal hastalık öyküsü varken diğer %76'lık grupta herhangi bir romatizmal hastalık öyküsü belirtilmemiştir. Hastaların %58.5'i hiç sigara kullanmamışken, %41.5'i daha önce sigara kullanmış veya halen kullanmaktadır. AS tanısı alan hastaların %73'ünün tanısı bir romatolog tarafından konmuşken, %27'sinin tanısı başka bir branş uzmanı tarafından konmuştur. Çalışmaya dahil edilen 303 hastadan beşinde kronik hepatit-B, dördünde ise kronik hepatit-C tanısı bulunmaktaydı. Hastalık aktivitesi açısından değerlendirildiğinde, aksiyel AS hastalarında BASDAI skoru 6.8 ± 1.46 , preferik AS hastalarında ise 6.9 ± 1.46 idi. Diğer taraftan aksiyel AS hastalarında BASFI skoru 7.2 ± 6.13 , preferik AS hastalarında ise 6.8 ± 1.42 idi. Hastaların laboratuvar bulgularına bakıldığında tedavi öncesi hastaların CRP değerleri 20.13 ± 23.11 ve ortalama ESH skoru ise 26.07 ± 20.55 olarak bulunmuştur. Hastaların eğitim durumları değerlendirildiğinde, %8.5'i okur yazar değil, %16'sı üniversite ve %75.5'i ise ilk ve orta öğretim kurumlarından mezun idi. Ayrıca hastaların %85.5'i evli idi. Çalışmaya alınan hastaların yaklaşık olarak yarısı daha önce NSAID tedavisi almıştı (n:110). NSAID alan 110 hastadan 100'ü aynı zamanda SSZ tedavisi de alıyordu. Tedaviye dahil edilen 303 hastadan, 271 hasta biyolojik tedaviye başlamadan önce SSZ tedavisi almıştır. Tedaviye dahil edilen 303 hastadan, 50 hasta Adalimumab, 45 hasta Etanercept ve 208 hasta INF tedavisi alıyordu. Bu veriler ışığında anti-TNF tedavisi alan AS hastalarının komorbid hastalıklar, demografik, klinik ve laboratuvar bulgularının değerlendirilmesi için daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

PB-136

Ankilozan spondilit hastalarında uyku hali halinin araştırılması - Erken sonuçlar

Ömer Karadağ, Neslihan Yılmaz, Medine Çiçek Girgin, Tuğba Ünver

Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Diyarbakır

Gerekçe: Uykuda solunum bozukluğu, yorgunluk ve gündüz uyku hali haline yol açmaktadır. Ankilozan spondilitte (AS) servikal ve torakal tutulumlar nedeniyle uykuda solunum bo-

zukluğu sıklığının yüksek olduğu düşünülmektedir. Ancak bu konuda sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada AS hastalarının gündüz uykululuk hali açısından değerlendirilmesi ve gerekli hastaların polisomnografi ile ileri tetkik edilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Romatoloji Polikliniği'nde AS tanısı ile izlenen 60 hasta ile kontrol grubu olarak nöbet sisteminde çalışmayan 100 hastane personeli dahil edildi. Rutin klinik değerlendirmeye (metrolojik ölçümler, BASDAI, BASFI) ek olarak hastaların gündüz uykululuk hali Epworth indeksi ile incelendi.

Sonuçlar: Çalışmaya alınan AS hastaları (Kadın/erkek: 12/38) ve sağlıklı kontrol (kadın/erkek: 27/73) grubu arasında yaş ve cinsiyet açısından farklılık saptanmadı ($p > 0.05$). AS hastalarının yaş ve hastalık süresi ortalaması sırasıyla 35.6 ± 12.0 ve 6.5 ± 6.4 yıldır. AS hastalarının Epworth skoru ortalaması kontrol grubundan fazla olmasına rağmen istatistiksel anlamlılığa erişmedi (4.31 ± 3.87 vs 3.83 ± 3.13 , $p > 0.05$). Epworth skoru ≥ 10 olması nedeniyle polisomnografi ile ileri tetkik edilmesi gereken hasta sayısı AS grubunda 8 (%13.3), kontrollere 6 (%6) göre daha fazla bulundu ($p = 0.104$). AS hastalarında Epworth skoru ile BASDAI arasında pozitif korelasyon bulunurken ($r = 0.349$ ve $p = 0.007$). AS hastalarında Epworth skorunda cinsiyet açısından farklılık saptanmadı ($p > 0.05$).

Tartışma: Çalışmanın erken sonuçlarına göre Epworth skoru ve polisomnografi gerektiren hasta sayısı AS grubunda kontrollere göre daha yüksek olsa da istatistiksel anlamlılığa erişmemiştir. Çalışmanın AS grubuna hasta alınması ve polisomnografilerin yapılması süreci devam etmektedir. Erken sonuçlara göre özellikle hastalığı aktif AS hastalarının bu açıdan takip edilmesi ve gerekli uyarılarda bulunulması yaşam kalitesi açısından önemli olabilir.

PB-137

Sakroiliak eklem MRG skorları, ASDAS skoru dahil klinik hastalık aktivite ölçüm yöntemleri ile korele değildir

¹Sedat Yılmaz, ²Hatice Tuba Sanal, ¹Muhammet Çınar, ¹Umut Kalyoncu, ¹İsmail Şimşek, ¹Hakan Erdem, ¹Salih Pay, ¹Ayhan Dinç

¹Gülhane Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, ²Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Gerekçe: Spondilartiritte (SpA), hastalık aktivitesini değerlendirmek için BASDAI, BASFI, hasta global VAS gibi çeşitli yöntemler vardır fakat bunların hemen hepsi subjektiftir ve hastanın değerlendirmesini temel almaktadır. Artık, biyolojik çağda hala doktorlar, hastalarının tedavi planlamasında karar verirken klinik aktivite değerlendirmelerini destekleyecek veya yol gösterecek bir gerece ihtiyaç duymaktadırlar. Magnetik rezonans görüntüleme (MRG), kronik değişikliklere ek olarak aktivite bulgularını da gösterebildiği için son dönemlerde AS hastaları için hem ilk değerlendirmede, hem de hastalık seyrinin izlenmesinde pivotal bir rol kazanmıştır. Bu çalışmadaki amacımız

MRG skorları ile diğer kabul edilmiş hastalık aktivite yöntemleri arasındaki korelasyonun araştırmaktır.

Yöntemler: ASAS kriterlerini karşılayan ve aksiyel tutulumu olan AS hastaları çalışmaya alındı. Tüm hastaların demografik özellikleri, ESH, CRP, BASDAI, BASFI, BASMI, hasta global değerlendirme (HGD), doktor global değerlendirme (DrGD), Ağrı-VAS ve ASDAS-C skorları kaydedildi. Tüm hastalara 1,5 ünite sakroiliak MR çekildi. Semikoronel düzlemde T1-ağırlıklı spin-eko sekansı, gadolinyum kontrast madde enjeksiyonundan önce ve sonra T1-ağırlıklı yağ-baskılamalı sekans ve STIR sekans görüntüleri elde edildi. Tüm görüntüler, daha önce tanımlanmış parametrelere göre 10 yıl tecrübesi olan bir radyolog tarafından kör olarak değerlendirildi (1). Bu yöntemde, aktivite ve kronisite skorları sırasıyla 0-20 ve 0-24 puan arasında değişmektedir. Toplam aktivite skoru "sıfır" olan hastalar inaktif olarak değerlendirildi.

Sonuçlar: Toplam 23 erkek SpA hastası çalışmaya alındı. Hastaların ortalama yaşı 23.6 ± 3.6 ve ortalama hastalık süresi 4.5 ± 2.7 yıldır. Aktivite parametreleri şu şekilde idi; ESH (ortalama) 6 mm/saat (1-36), CRP (ortalama) 4 mg/L (0-3), HGD (ortalama) 5.3 ± 2.4 cm; DrGD (ortalama) 4.1 ± 1.3 cm ve ASDAS (ortalama) 2.24 ± 0.65 idi. MR görüntülerinin aktivite ve kronisite skorları (ortalama) sırasıyla 3 (0-39) ve 10 (0-53) arasında idi. MR bulgularına göre 14 hasta aktif olarak kabul edilirken 9 hastada inaktif olarak kabul edildi. Klinik aktivite değerlendirme yöntemleri açısından aktif ve inaktif MRG grupları arasında herhangi bir farklılık saptanmadı. Tüm gruplarda MRG aktivasyon skorları, tüm klinik aktivite parametreleri ile anlamlı bir korelasyon göstermemekle birlikte DrGD'deki p değeri en düşük olarak gözlemlendi ($p=0.06$).

Tartışma: Her ne kadar SpA hastalarında aktivite değerlendirilmesindeki en umut vadeden yöntem MRG olsa da, hastalarımızda MRG skorları kabul edilen klinik değerlendirme yöntemleri ile anlamlı bir korelasyon göstermedi. Bunun nedeni potansiyel olarak tip II hata olabileceği düşünüldü ve hasta sayısının artırılması uygun görüldü.

PB-138

Ankilozan spondilitli hastalarda anti-TNF tedavinin kemik mineral yoğunluğu üzerindeki etkisi

İlhan Dolaşık, Fulya Coşan, Barış Yılmaz, Hakan Demir, Ayşe Çefle

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, ²Nükleer Tıp Anabilim Dalı, Kocaeli

Gerekçe: Osteoporoz gelişimi, ankilozan spondilitli (AS) hastalarda sık görülen bir komplikasyondur. Bu çalışmada anti-TNF tedavinin kemik mineral yoğunluğu üzerindeki etkisi araştırıldı.

Yöntem: Çalışmaya, 6 aydan uzun süreli anti-TNF ilaç tedavisi kullanmakta olan 49 AS hastası ile benzer yaş ve cinsiyete sahip olup anti-TNF tedavi hiç kullanmamış olan 47 AS hastası

alındı. Steroid tedavisi veya kemik mineral yoğunluğunu etkileyecek ilaç kullanan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Tüm hastalara kemik mineral dansitometrisi (KMD) yapıldı. Sonuçlar SPSS 16.0 kullanılarak analiz edildi.

Sonuçlar: AS hastalarında femur total T skorları anti-TNF tedavi kullanan grupta daha yüksek bulundu ($p=0.033$; ortalama T skorları (sırasıyla): -0.97, -1.53). Lomber total T skorları anti-TNF tedavi kullanan AS grubunda kontrol grubuna göre artmış bulundu ($p=0.046$, ortalama T skorları: -0.01, -0.81, sırasıyla). Ortalama femur KMD değerleri anti-TNF kullanan grupta 0.92 g/cm^2 ve anti-TNF tedavi almayan grupta 0.78 g/cm^2 bulundu; bu değer istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0.002$). Lomber vertebra KMD değerleri de anti-TNF tedavi kullanan grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0.001$, ortalama KMD değerleri: 1.20 g/cm^2 , 1.03 g/cm^2 sırasıyla).

Tartışma: AS hastalarında anti-TNF tedavi kullanımı osteoporoz riskini azaltmaktadır.

PB-139

İzotretinoin ile tedavi edilen hastalarda inflamatuvar bel ağrısı

Yavuz Pehlivan, Bünyamin Kısacık, Zeynel Sayiner, Ahmet Mesut Onat

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

Cilt hastalıklarının tedavisinde kullanılan izotretinoinin kas-iskelet sistemi üzerine çeşitli yan etkiler rapor edilmiştir. Reaktif seronegatif artrit ve sakroileit izotretinoinin nadir görülen yan etkilerdir. Burada izotretinoin tedavisi sonrası sakroileit olmadan ortaya çıkan inflamatuvar bel ağrısı gelişen 4 vaka sunduk.

Vaka 1: 32 yaşında bayan hastaya akne vulgaris tedavisi için izotretinoin tedavisi başlandı. Tedavinin 15. gününde şiddetli bel ağrısı, kalça eklemi ağrısı ve 1-2 saat süren sabah tutukluğu ortaya çıktı. Direkt grafi ve laboratuvar incelemesi normaldi.. Sakroiliak MRI'da; sakroileit saptanmadı ve HLA B27 test sonucu negatifti. Hastanın şikayetleri indometazin ve ibuprofen tedavisiyle azaldı. Fakat 1-2 saat süren sabah katılığı ve gece ağrıları devam etti. izotretinoin tedavisinin 5. ayında hastanın ilacı bırakmasından 20 gün sonra tüm şikayetleri kayboldu ve bir daha tekrar etmedi.

Vaka 2: 22 yaşında akne vulgaris tanısıyla günde 15 mg izotretinoin tedavisi alan erkek hasta, tedavinin 20. gününde uyku bozukluğuna sebep olan bel ve kalça eklemi ağrısıyla polikliniğimize başvurdu. Sabahları 2 saat süren tutukluk şikayetinin gün içinde azalarak devam ettiği öğrenildi. Direkt grafi ve laboratuvar incelemesi normaldi. Sakroiliak MRI'da sakroileit saptanmadı ve HLA B27 test sonucu negatifti. Şikayetleri naproksen sodyum tedavisi ile azalan hasta, 6 aylık tedavi süresini tamamlamadan izotretinoin bıraktıktan 1 ay sonra tüm şikayetleri kayboldu.

Vaka 3: 19 yaşındaki erkek hasta bel ve kalça eklemi ağrısı, sabah tutukluğu şikayetleri ile romatoloji polikliniğine başvurdu. Anamnezinde 4 ay önce akne vulgaris tedavisi için izotretinoin başlanan hastanın, tedavinin 1. ayında şikayetlerinin başladığı

öğrenildi. Direk grafi değerlendirmeleri normaldi ve MRI'da sakroileit saptanmadı. Laboratuvar testleri normaldi ve HLA B27 test sonucu negatifti. NSAID kullanımı hastanın şikayetlerini kısmen iyileştirdi. İzotretinoin tedavisi 4. ayda sonlandırıldıktan 15 gün sonra hastanın tüm şikayetleri kayboldu.

Vaka 4: 35 yaşındaki bayan hasta akne vulgaris için başlanan izotretinoin tedavisi sonrasında gece ortaya çıkan şiddetli bel ve gluteal ağrı ile polikliniğimize başvurdu. Anamnezi dikkate alınan hastanın MRI'si normaldi ve HLA B27 test sonucu negatifti. Üç farklı NSAID almasına rağmen şikayetleri düzelmeyen hasta, izotretinoin tedavisinin 3. ayında ilacını bıraktı. İlacı bıraktıktan 20 gün sonra şikayetleri azalarak yok oldu.

Sonuç olarak; burada izotretinoin tedavisi sonrası ortaya çıkan inflamatuvar bel ağrısı şikayeti olan 4 vaka sunduk. Sakroileit, izotretinoin tedavisinin nadir görülen bir yan etkisi olmasına rağmen, sakroileit olmadan oluşan inflamatuvar bel ağrısına sıklıkla rastlanılmaktadır.

PB-140

Ankilozan spondilitte HLA-B27 sıklığı ve klinik bulgularla ilişkisi

¹Sevdnur Fırat, ¹Barış Yılmaz, ¹Fulya Coşan, ²Hakan Savlı, ¹Ayşe Çefle

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, ²Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Kocaeli

Gereke: Ankilozan spondilitli (AS) hastalarda HLA-B27 sıklığının tespit edilmesi ve hastaların demografik, klinik ve radyolojik özellikleri ve tedavi şekilleri ile HLA-B27 arasındaki ilişkinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: AS tanısı konulan 163 olgu çalışmaya alındı. Hastaların poliklinik takip dosyaları taranarak demografik özellikleri, klinik ve radyolojik bulguları, tedavi şekilleri ve HLA-B27 gen analizi sonuçları kaydedildi. Hastaların HLA-B27 analizleri Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı'nda real-time PCR yöntemiyle yapılmıştı.

Sonuçlar: 163 AS'li hastanın 116'sı (%71) erkek, 47'si (%29) kadındı. Hastaların yaş ortalaması 37.37±11.53 (min-max:18-65) yıl idi. Hastalığın başlangıç yaşı ortalaması 28.31±9.05 (min-max: 10-55) yıl, tanı yaşı ortalaması 32.42±10.38 (min-max: 15-63) yıl olup başlangıç ile tanı arasında geçen süre 4.16±4.23 (min-max: 0.1-20) yıl olarak tespit edildi. 163 hastanın 115'inde (%70.55) HLA-B27'nin pozitif olduğu saptandı. Sindesmotit varlığı ile HLA-B27 pozitifliği arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.044). Diğer demografik (yaş, hastalık başlangıç yaşı, tanı yaşı, aile anamnezi) ve klinik (periferik artrit, entezit, kalça tutulumu, üveit, protez varlığı gibi) bulgularla HLA-B27 varlığı arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

Tartışma: AS grubunda HLA-B27 pozitiflik oranı Türk popülasyonunda daha önce bildirilen oranlara benzer bulundu. HLA-B27 pozitifliği ile demografik, klinik ve radyolojik bulgular arasında sindesmotit varlığı dışında anlamlı ilişki saptanmadı.

PB-141

Ankilozan spondilit ve hipermobilitesi olan eş yumurta ikizi olan iki olgu

Rıdvan Mercan, Abdurrahman Tufan, Arif Kaya, Mehmet Engin Tezcan, Mehmet Akif Öztürk, Şeminur Haznedaroğlu, Berna Göker

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gazi Hastanesi Dahiliye Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Ankilozan spondilit (AS) çoğunlukla sakroiliak eklemleri ve omurgayı, daha az olmak üzere periferik eklemleri tutan, bunun yanı sıra eklem dışı tutulumların olduğu inflamatuvar bir hastalıktır. Hastalığın prevalansı %0.1-0.2 düzeyindedir. Eklem hipermobilitesi, periferik ve aksiyal eklemlerde fizyolojik hareket sınırlarının ötesinde anormal artmış eklem hareket açıklığı olarak tanımlanır. Genetik özellik taşımakta olup toplum prevalansı %10 düzeyindedir. Bu bildiride birbirine zıt gibi görünen iki hastalığın birlikteliğini sunmayı amaçladık.

Olgu 1: 28 yaşında bayan hasta 3 yıldır devam eden inflamatuvar tipte bel ağrısı, topuklarda ağrı ve sabah tutukluğu nedeniyle gittiği doktor tarafından AS tanısı konularak indometazin 75 mg /gün ve sulfasalazin 1.5 gr / gün başlanmış. Hasta 2 aydır bu tedaviyi alırken kontrol amacıyla polikliniğimize başvurdu. Yapılan değerlendirmesinde; inflamatuvar tipte bel ağrısı, sabah tutukluğu, gece uyandıran ağrı ve topuk ağrısı olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde Beighton skoru 6/9, el yer mesafesi -10 cm, oksiput duvar mesafesi 0 ve topuk hassasiyeti saptandı. Yapılan tetkiklerinde sakroiliak MR normal (dış merkez kontrastsız). HLA B27 pozitif, sedim 18, CRP 5.7, ayak grafisinde solda epin kalkaneı mevcuttu. Hastanın hafif hastalık aktivitesi olması nedeniyle egzersizle takip önerildi.

Olgu 2: 28 yaşında bayan hasta 2 yıl önce bel ağrısı ve sırtta ağrı nedeniyle gittiği doktor tarafından fibromiyalji tanısı konularak anti depresan başlanmış. 1 yıl boyunca ilacı kullanmış ağrıları azalmakla beraber bel ağrısı ve sabah tutukluğu devam etmiş. 3 ay önce aynı şikayetlerle gittiği başka bir doktor tarafından AS tanısı konmuş ve sulfasalazin 1.5 gr /gün ve indometazin başlanmış. Tedaviden fayda gören hasta kontrol için polikliniğimize başvurduğunda yapılan değerlendirmesinde Beighton skoru 5/9, el yer mesafesi -5 cm, oksiput duvar mesafesi 0 ve topuk hassasiyeti saptandı. Yapılan tetkiklerinde HLA B27 pozitif, sedim 28, CRP 11.1, ayak grafisinde bilateral epinkalkaneı mevcuttu. Hastanın aktivitesi düşük olması nedeniyle egzersiz ve nonsteroid anti-inflamtuvar ilaç tedavisi verildi.

Tartışma: Hipermobilité sendromu ve AS temelde birbirine zıt iki tanı gibi gözükmemektedir. AS hastalarında spinal hareketlilik azalırken, hipermobilité sendromunda aksiyal hipermobilité tanı kriterlerinden bir tanesidir. Her iki hastalığın prevalansının yüksek olması nedeniyle birliktelikleri beklenen bir durumdur. Bu hastalıklardan birinin varlığı diğerinin tanısını zorlaştırabilir. Hipermobilitesi olan AS hastalarında bel sırt ağrısı şikayetleri yanlışlıkla aktif hastalık olarak yorumlanabilir. Bunun yanında spinal mobilitenin beklenenden fazla olması AS tanısını ekarte ettirmemelidir.

PB-142

Anti-TNF alfa altında karaciğer fonksiyon testi yüksekliğinde karaciğer biyopsisi gerekli midir?

¹Döndü Üsküdar Cansu, ²Ayhan Hilmi Çekin

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bölümü, ²Gastroenteroloji Bölümü, Antalya

Olgu: 22 yaşında erkek hasta, 10 aydır her iki topukta ağrı olması üzerine başvurdu. Hastaya aşıl tendiniti nedeniyle 3 ay önce lokal steroid enjeksiyonu uygulanmış. Yapılan fizik muayene lomber hareketler açık, modifiye Schober testi 17 cm, el yer mesafesi 5 cm idi. Kalça ve lomber hareketleri normal sınırlarda idi. Bilateral aşıl tendiniti ve plantar fasciit saptandı. Hasta sadece NSAİİ alıyordu. Laboratuvar tetkiklerinde hemogram normal, eritrosit sedimentasyon hızı 10 mm/saat, CRP 7.3 (0-6), AST: 31, ALT: 78, HBsAg (-), antiHCV (-), antiHBcIgG (-), antiHBs (-) idi. Pelvis AP grafisinde sağda iliak hafif düzeyde skleroz izlendi. Çekilen sakroiliak MR'ında sağda kronik sakroiliit, solda aktif sakroiliit bulguları saptandı. Hastaya Sülfasalazin (SSZ) 2x500 mg ve İndometasin 3x25 mg başlandı. Tedavinin 2. haftasında karaciğer fonksiyon testleri için kontrole çağrılan hastada AST: 69, ALT: 153 saptanması üzerine SSZ kesildi, indometasin 1x25 mg'a inildi. PPD 1 mm gelen hastaya INH profilaksisi verilmedi. BASDAI: 6.4 olan hastaya adalimumab (ADA) başlandı. ADA öncesi AST: 53, ALT: 137 olan hastanın indometasini kesildi. ADA sonrası AST: 104 ALT: 266 olan NSAİİ, DMARD, bitkisel ilaç veya alkol kullanımı da olmayan hastanın ADA'ya bağlı hepatotoksisite olabileceği düşünülerek ADA'ya ara verildi. Hastadan Gastroenteroloji konsültasyonu istendi. İlaç kesilmesine rağmen AST: 113, ALT: 281 olan ve aktif şikayetleri devam eden hastaya Gastroenterolojinin de önerisiyle ADA'ya tekrar başlandı. Vücut kitle indeksi 32.8 olan diabetes mellitusu olmayan, açlık glukoz: 89 trigliserid: 199, total kolesterol: 199, HDL kolesterol: 35, LDL-kolesterol: 124 olan hastanın yapılan batın USG'sinde karaciğerde yağlanma dışında bir patoloji saptanmadı. Yapılan karaciğer biyopsisinde grade IV makroveziküler yağlı değişim, parankimde yer yer PMNL, perisellüler ve santral ven etrafında hafif fibrozis saptandı, steatohepatit olarak rapor edildi. ADA'ya devam edilen hastanın en son AST düzeyi: 82, ALT: 186 iken hasta yaklaşık 2-3 ayda diyet ve egzersiz ile 11 kilo verdi. ADA altın da en son AST: 19, ALT: 42 olarak geldi.

Tartışma: Anti-TNF alfa ajanların minör karaciğer anormalliklerinden nadir görülen ciddi hepatik reaksiyonlara kadar çeşitli yan etkileri vardır. Anti-TNF alfa ajanların hepatotoksisite yarattığına dair birkaç olgu bildirisi mevcuttur. Bugüne kadar literatürde anti-TNF alfa ajanların (infliximab) indüklediği ve karaciğer biyopsisi ile gösterilmiş olan bir toksik hepatit olgusu mevcuttur. Anti-TNF alfa altında hepatotoksisite gözlenen ve/veya artan hastalarda anti-TNF alfa ile ilişkili hepatotoksisite göz önünde bulundurulmalı ancak ilaç veya ilaç dışı nedenlerin ayırıcı tanısı/tanısı için mutlaka karaciğer biyopsisi yapılmalıdır.

PB-143

Ankilozan spondilitli hastalarda pozisyon değişiminin kardiyopulmoner sistem üzerine etkisi: Ön çalışma

Elif Balevi, Özden Özyemişçi Taşkıran, Zafer Günendi, Gülçin Kaymak Karataş, Feride Göğüş

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

Gerekçe: Ankilozan spondilitli (AS) hastalarda yüzüstü yatış pozisyonunun oturma ve sağ yan yatış pozisyonlarına göre kardiyopulmoner sistem üzerine etkisini değerlendirmek hedeflendi.

Yöntem ve Gereçler: Çalışmaya AS tanısı almış 3 kadın, 7 erkek (yaş: 38.8±10.4 yıl, hastalık süresi: 9.1±8.3 yıl) alındı. Göğüs ekspansiyonunu içeren ayrıntılı kas iskelet sistemi muayenesi yapılarak hastalık aktiviteleri BASDAI kullanılarak ölçüldü. Hastaların oturma, yüzüstü yatış ve yatarken en çok tercih ettikleri sağ yan yatış pozisyonlarının 10. dakikasında kalp hızı, sistolik ve diastolik kan basıncı, solunum sayısı ve O₂ saturasyonları ölçüldü. Ayrıca her pozisyon sonrası nefes darlığı ve ağrı yakınmaları vizuel analog skala (VAS) ile değerlendirildi.

Sonuçlar: Beden kitle indeksleri 24.8±4.1 kg/m² ve göğüs ekspansiyonları 3.5±1.6 cm olan hastaların ortalama BASDAI skorları 3.9±2.6 idi. Test edilen üç pozisyonda da tüm kardiyopulmoner ölçümler normal sınırlarda idi. Sağ yan yatış pozisyonunda oturma ve yüzüstü yatış pozisyonları ile karşılaştırıldığında O₂ saturasyonu dışındaki tüm ölçümler ile ağrı ve nefes darlığı yakınmaları daha düşük saptanmasına rağmen sadece kalp hızındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (sırasıyla p=0.005, p=0.033) (Tablo).

Tablo (PB-143):

	Kalp hızı (/dk) Ort±SS	Sistolik KB (mmHg) Ort±SS	Diastolik KB (mmHg) Ort±SS	O ₂ saturasyon (%) Ort±SS	Solunum sayısı (/dk) Ort±SS	Ağrı (VAS-mm) Ort±SS	Nefes darlığı (VAS-mm) Ort±SS
Oturma	78.3±10.1	110.5±13.3	76.0±8.8	95.3±2.4	19.1±2.6	20.0±31.2	15.0±26.8
Yüzüstü yatış	70.5±10.8	111.0±11.8	71.2±9.1	95.4±2.5	18.3±2.3	30.0±38.3	13.8±29.3
Sağ yan yatış	65.7±7.3	104.5±17.9	68.0±12.3	95.3±1.3	18.0±3.1	7.0±22.2	7.5±22.1
p değeri	<0.0001	0.368	0.187	0.104	0.289	0.154	0.257

Tartışma: Ankilozan spondilitli hastalara egzersiz amacıyla önerilen yüzüstü yatış pozisyonunda hastalarda ağrı ve nefes darlığı yakınmasında istatistiksel anlamlı ya da kardiyopulmoner ölçümlerde klinik anlamlı değişiklik bulunmamıştır. Hasta sayısının artırılması ile ölçümler arasındaki ilişki hakkında daha doğru yorum yapılabileceği düşünülmektedir.

PB-144

Piyoderma gangrenozumun eşlik ettiği bir ankilozan spondilit olgusu

¹Yunus Ugan, ¹Mehmet Şahin, ¹Şevket Ercan Tunç, ¹Dilara Bayram, ²Onur Kaya, ³Ali Murat Ceyhan

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, ²Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, ³Dermatoloji Anabilim Dalı, Isparta

Giriş: Piyoderma gangrenozum (PG) nedeni tam olarak bilinmeyen, patogeneğinde anormal nötrofil kemotaksisinin rol aldığı düşünülen bir deri hastalığıdır. PG'lu hastaların %50'sinden fazlasının sistemik hastalıklarla beraberlik gösterdiği bildirilmektedir. Bunlar arasında en sık olarak inflamatuvar barsak hastalığı, romatolojik ve hematolojik hastalıklar, maligniteler görülmektedir. Burada PG'a çok nadiren eşlik eden bir ankilozan spondilitli hasta bildirilmiştir.

Olgu: 32 yaşında erkek hasta, yaklaşık 17 yıldır ankilozan spondilit tanısıyla takip ediliyorken 2 ay önce sağ dizde ağrı ve şişlik olması nedeniyle ortopedi kliniğine başvurmuş. Hastaya septik artrit ön tanısıyla antibiyotik tedavisi verilerek sağ dize dren konulmuş. Eklem sıvısından yapılan direkt bakı ve kültürde patoloji saptanmamış. Tedavinin 7. gününde sağda tibia ön yüzünde 2 adet ülserle akıntılı lezyonu ortaya çıkan hasta osteomyelit ön tanısıyla enfeksiyon hastalıklarına sevk edilmiş. Burada yapılan kemik sintigrafisinde osteomyelit tanısından şüphelenilerek linezolid + meropenem tedavisi başlanmış. Tedavinin 35. gününde



Resim (PB-0144): Tibia ön yüzünde 2 adet ülserle lezyon

klinik olarak düzelme saptanmayan hasta romatoloji bölümüyle konsülte edildi. Hastanın sağ dizde ve sol kalça ekleminde yoğun ağrıları mevcuttu. Fizik muayenede; TA: 130/80 mmHg, nabız: 76/dk, ateş: 37.2 °C olarak ölçüldü. Sağ dizde ve sol kalçada artrit bulguları mevcut. Schober testi 11.5 cm, göğüs ekspansiyonu 3 cm olarak ölçüldü. Sağ bacakta tibia ön yüzünde biri 3x5cm, diğeri 2x3 cm büyüklüğünde olmak üzere 2 adet lezyonu mevcut idi (Resim). Diğer sistem muayeneleri normal olarak saptandı. Laboratuvar değerleri: Hb: 10.5 g/dl, WBC: 9,200 µL, MCV: 81 fL, CRP: 191 mg/l (0-6), ESH: 140 mm/h olarak saptandı. Batın ultrasonografisi normal olarak değerlendirildi. Lezyondan alınan yara yeri kültüründe üreme olmadı. Kemik sintigrafisinde sağ tibia'da her 3 fazda aktivite tutulumu izlendiğinden enfeksiyon başta olmak üzere inflamatuvar bir patolojinin ön planda düşünülmesi gerektiği bildirildi. Hastanın uzun süre antibiyotik tedavisi almasına rağmen bulgulara geri leme olmaması ve yara yeri kültüründe mikroorganizma üretilmemesi nedeniyle enfeksiyon tanısından uzaklaşılarak antibiyotikleri kesildi. Hasta dermatolojiye konsülte edildi ve PG olduğu söylenerek cilt biyopsisi yapıldı. Biyopsi sonucunda hastaya PG tanısı konularak hem sistemik olarak hem de lezyon içine glukokortikoid tedavi başlandı. Tedavi sonrası lezyonda belirgin bir düzelme görüldü. Sistemik hastalıklar açısından öyküsünde karın ağrısı, ishal, kilo kaybı, ateş gibi semptomları olmadığından intestinal görüntüleme yapılmadı. Ayrıca malignite yönünden değerlendirilen hastada herhangi bir patoloji saptanmadı.

Sonuç: Piyoderma gangrenozum klinik olarak tanısı çok zor konulan bir hastalık olup genellikle sistemik bir hastalığa sekonder ortaya çıkmaktadır. Tedaviyle tamamen düzelen bu hastalığın çok nadiren de olsa ankilozan spondilite de eşlik edebileceği unutulmamalıdır.

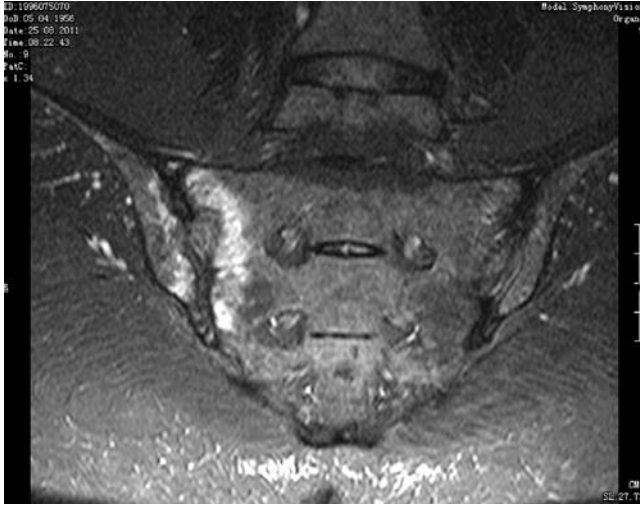
PB-145

Sistemik lupus eritematozus tanılı bayan hastada sonradan gelişen ankilozan spondilit

¹Emine Figen Tarhan, ²Mehmet Argın, ¹Gerçek Can, ¹Mustafa Özmen

¹Izmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, ²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Sistemik lupus eritematoz birçok sistemi tutabilen otoimmün bir bağ dokusu hastalığıdır. Ankilozan Spondilit (AS) ve Sistemik Lupus Eritematoz (SLE) birlikteliği oldukça nadir olarak görülmektedir (1). 55 yaşında SLE tanısı ile tedavi edilen bayan hastada AS varlığını tespit ettik. 2003 yılında el eklemlerinde ağrı ve şişlik, yüzde kelebek şeklinde döküntü nedeniyle polikliniğe başvurmuş. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde; Lokopeni, anemi, ANA pozitifliği, Antids DNA pozitifliği, düşük C3 ve C4 değerleri tespit edilmiş. SLE tanısı ile hidroklorokin ve metilprednizolon başlanmış. 2009 yılında idrarda +++ protein tespit edilmesi üzerine yapılan böbrek biopsisi Class 5 lupus nefriti olarak yorumlanmış ve azotipyrin, metilprednizolon,



Resim (PB-145): Sağda daha belirgin olmak üzere bilateral aktif sakroiliit

steroid ile tedaviye devam edilmiş. 3 hafta önce 4-5 aydan bu yana devam eden enflamatuvar karakterde bel ağrısı ve 6-7 saat süren sabah tutukluğu yakınması ile polikliniğine başvurdu. Fizik muayenede sakroiliak eklem bölgesine yapılan bası ağrılı, malar raş, belde anterior fleksiyon kısıtlı olarak bulundu. Sakroiliak eklem (SİE) grafisinde bilateral sakroiliit tespit edilmesi üzerine SİE MR istendi. SİE MR radyoloji hekimi tarafından kronisite bulgularına göre bilateral evre 2 sacroiliit, dinamik MR bulgularına ve kemik iliği ödem bulgularına göre sağda daha belirgin olmak üzere bilateral aktif sakroiliit olarak yorumlandı (Resim). HLA B27 pozitif bulundu. Üre, Kreatinin değerleri normal sınırlarda idi. Hepatit B antijen, hepatit C antijen, HIV virus, Brucella negatif bulundu. Akciğer grafisi olağandı. NŞAE tedavi sonrası semptomları geriledi. Aile öyküsünde AS ve SLE hastalığı öyküsü tespit edilmedi. AS ve SLE hastalarında farklı genetik yapılar suçlanmasına rağmen bizim olgumuzda da olduğu gibi bu iki hastalık birlikte görülebilir.

PB-146

TNF engelleyici tedavi gören bir psöriatik artritli hastada toksokara enfeksiyonu

¹Yasemin Kabasakal, ¹Gökhan Keser, ¹Murat Korkmaz, ¹Kenan Aksu, ¹Fahrettin Oksel, ¹Bilgin Arda, ¹Didem Dirim Erdoğan, ¹Feza Bacakoğlu

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, ²Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, ³İntaniye Hastalıkları Anabilim Dalı, ⁴Parazitoloji Bilim Dalı, ⁵Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

Romatoid artrit, ankilozan spondilit ve psöriatik artrit gibi sistemik inflamatuvar romatizmal hastalıklara ek olarak, daha bir çok otoimmün hastalığın tedavisinde de kullanılan tümör nekrotizan faktör engelleyici (anti-TNF) ajanların klasik yan etkileri arasında başta tüberküloz (TB) olmak üzere çeşitli enfeksiyonlar, bazı

maligniteler, lupus ve demiyelinizan hastalıklar bulunmaktadır. İnsanlarda olan toksokara enfeksiyonu, *Toxocara canis*'in (T. Canis) neden olduğu ve yeryüzünde yaygın olarak bulunan zoonotik parazitik bir hastalıktır. Köpek yavrularının gaitasından ortama saçılan parazit ile kirlenen besinlerle alınan parazit, insanları enfekte edebilir ve gastrointestinal sistemden akciğer, karaciğer, göz ve beyin gibi organlara geçebilir (viseral larva migrans) ve ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Tedaviye dirençli beş yıllık psöriatik artrit/spondilit tanısı ile TNF engelleyici ilaç (infliximab) tedavisi alan 53 yaşındaki bir kadın hastada, iki yıl sonra ateş, deri döküntüsü, assit ve plörezi gelişmiştir. Akut faz yanıtları, karaciğer fonksiyon testleri, serum alkalen fosfataz ve globulin düzeyleri yüksek bulunan bu hastada lökositoz, sola kayma, eosinofili ve trombositoz da saptanmıştır. Öncelikle TB araştırılan, ancak TB bulunamayan bu hastada yapılan kapsamlı incelemeler sonucunda toksokara kanis enfestasyonu bulunmuş ve bu tanı moleküler biyolojik tekniklerle doğrulanmıştır. Albendazol tedavisi ile klinik tablo tamamen düzelmiştir. Literatürde TNF engelleyici tedavi sırasında toksokara kanis enfestasyonunun geliştiği bildirilen bir olgu sunumu yoktur ve bizim olgumuz bu komplikasyonun geliştiği ilk olgudur. TNF engelleyici tedavi sırasında ortaya çıkan ateş, ağrılı serozit, deri döküntüsü ve şiddetli eozinofilin önne çıktığı klinik durumlarda, toksokara kanis ve benzeri parazitik enfeksiyonlar akılda tutulmalıdır.

PB-147

Romatoid spondilitli bir hastada rituximabın etkinliği ve güvenilirliği

¹Şenol Kobak, ²Fahrettin Oksel

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı, Çanakkale; ²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Giriş: RA bir bağ dokusu hastalığı olarak kabul edilirken, AS ise spondilartritlerin bir prototipidir. Bu iki hastalığın birlikte görülmesi son derece nadirdir. Ayrıca, RA'nin tedavisinde Rituximabın etkinliği kanıtlanmışken, ankilozan spondilitin tedavisindeki rolü net değildir. Bu bildiride, 43 yaşında erkek olguda, RA ile AS birlikteliği yanı sıra, Rituximabın etkinliğini ve güvenilirliğini tartışmak istedik.

Olgu sunumu: 43 yaşında erkek hasta, ilk kez 1987 yılında sağ kalça eklem ağrı ve hareket kısıtlılığı, inflamatuvar bel ağrı ve sabah tutukluğu şikayetleri ile AS tanısı almış. Hastaya KS 4 mg/gün, MTX 15mg/hafta, SLZ 2 g/g ve NSAİİ başlanmış. Bu tedavi ile şikayetlerinde gerileme olması üzerine, zaman zaman ilaçlarını kesmiş ve kontrollerini aksatmış. 1997 yılına gelindiğinde, her iki kalça protezi uygulanmış, 2002 yılında ise ilk kez aktif hastalık nedeniyle Infliximab başlanmış. 2006 yılına kadar bu tedavi altında olan hasta, şikayetleri artması ve yapılan tetkiklerde hastalık aktivasyonu tespit edilmesi üzerine, Etanercept almasına karar verilmiş. Son 5 yıldan beri de Etanercept kullanan hasta, Ocak 2011 yılında, polikliniğimize başvurdu. Tedavi almasına rağmen, inflamatuvar bel ağrısı ve öğleye kadar süren sabah tutukluğu, her iki el bilek ve ayak bileklerinde

ağrı ve hareket kısıtlılığı, sağ diz ekleminde artrit şikayetleri mevcuttu. Yapılan ilk değerlendirmede, AS postür geliştiği, yanı sıra her iki el bilek ağrı ve hassasiyet, el MKF eklemlerde ulnar deviasyon, ayak bileklerinde hassasiyet ve deformiteler, sağ diz ekleminde sinovit vardı. Laboratuvar ESR: 98 mm/h, CRP: 14.3 mg/dl, RF: negatif, CCP: 41 IU/ml (normal<5), ANA, anti-Ro ve anti-La antikorları negatif, serum amiloid A protein 1,260 mg/L (normal <7 mg/L), protein elektroforezinde poliklonal gamopati saptandı. Sakroiliak eklem grafisinde bilateral SİE kapalı ve ankiloze olduğu gözlemlendi. Servikal ve torako-lomber grafisinde bambo kamışı görüntüsü tespit edildi. El ve el bilek direk grafilerinde, periartiküler osteoporoz, subkondral skleroz ve yer yer erozyonlar tespit edildi. Ayak bileği MR'da ise, RA ile uyumlu bulundu. Klinik ve laboratuvar bulguları ile birlikte değerlendirildiğinde, AS ile birlikte seyreden RA olgusu olduğu düşünüldü. Klasik tedavi ve anti-TNF alfa almasına rağmen, aktif hastalığı olan hastaya Rituximab verilmesi planlandı. Hasta onam formu alındıktan sonra, 1000mg Rituximab/15 gün ara ile 5 saat i.v. infüzyon şeklinde verildi. Tedavinin 2. ayında yapılan değerlendirmesinde, şikayetlerinde gerileme olduğu tespit edildi. Laboratuvar tetkiklerde ise ESR: 49 mm/h, CRP: 1.02, dışında patolojik bulguya rastlanmadı.

Sonuç: Rituximab, RA'li hastalarda önemli ve etkili tedavi seçeneklerinden birisidir. AS olgularda ise, daha önce anti-TNF-alfa kullanmamış hastalarda etkili bir tedavi modalitesi olabileceği düşünülmektedir. Bu konuda literatürde kısıtlı verileri destekleyecek, yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

PB-148

Ankilozan spondilitli hastada toksoplazma üveiti

¹Hülya Deveci, ²Şenol Kobak

¹Manisa Devlet Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Manisa; ²Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı, Çanakkale

Giriş: Ankilozan spondilit (AS), spondilartropatilerin prototipidir. Göz tutuluğu, genelde anterior üveit şeklinde olup, önemli bir ekstraartiküler bulgudur. Toksoplazma enfeksiyonu esnasında ise posterior üveit sıklıkla görülmektedir.

Olgu sunumu: 28 yaşında erkek hasta. 6 yıldan beri AS tanısı ile takip edilmekte olup, yaklaşık 3 ay önce başlayan sağ gözde ağrı ve görme azalması ile başvurdu. Sorgulamasında, herhangi bir şikayeti yoktu. İncelemede sağ gözde kızarıklık mevcuttu. Sistemik ve lokomotor sistem muayeneleri normal idi. Yapılan laboratuvar tetkiklerde akut faz reaktan (sedimentasyon: 56 mm/h, CRP: 3.6 mg/dl) yüksekliği dışında, patoloji saptanmadı. Bunun üzerine Göz hekimi tarafından değerlendirildi. Göz muayenesinde Snellen eşeliyle görme keskinliği sol gözde tam olup, sağ gözde 0.05 düzeyinde idi. Ön segment muayenesinde ön kamarada +/++ hücre bulunmaktaydı. Anterior ve posterior sineşileri bulunmamaktaydı. Lens saydam ancak vitreusda yoğun hücre bulunmakta olup retina ayrıntıları flu olarak seçilmekteydi. Hasta Romatoloji hekimi tarafından, hastalığının aktivasyonunu açısından değerlendiril-

di. Klinik ve radyolojik olarak, hastalık aktivasyonu düşünülmeydi. Akut faz reaktan yüksekliği ise, üveit tablosuna bağlandı. Ayrıca, AS'te genelde anterior üveit görülmesi nedeniyle, hastamızda oluşan posterior üveit nedenleri araştırılması düşünüldü. Genç, erkek hasta olmasından dolayı, olası bir Behçet hastalığı açısından sorgulandı. Tetkikler sonuçları ile değerlendirildiğinde, Behçet hastalığından uzaklaşıldı. Toksoplazma testleri istendi. Toksoplazma IgM negatif ve IgG pozitif olarak tespit edildi. Parazitoloji ile de konuşulup Trimetoprim (160 mg) – Sulfametaksazol (800 mg) 2x2 ve Klindamisin 4x300 mg tedavisine başlandı. Hastanın 1 ay sonraki muayenesinde göz bulgularında herhangi bir düzelme olmadığı tespit edildi. Hastaya, sistemik ve intravitreal medikal tedaviden fayda görmemesi üzerine vitrektomi uygulandı. Kontrol göz muayenesinde hastanın şikayetlerinde gerileme, ayrıca görme keskinliğinde belirgin iyileşme olduğu gözlemlendi.

Sonuç: İmmün supresif tedavi uygulanan hastalarda posterior üveit geliştiğinde, Toksoplazma öncelikle düşünmemiz gereken enfeksiyon ajanlarından biridir. Tanı ve tedavide gecikme medikal tedaviden istediğimiz yanıtı alamayıp cerrahi tedaviye geçmemize yol açabilir.

PB-149

Ailevi hiperkolesterolemide migratuar poliartrit: (Tip IIa hiperlipoproteinemi)

¹Melike Kalfa, ¹Hakan Emmungil, ²Meral Kayıkçı, ¹Yasemin Kabasakal

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, ²Kardiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

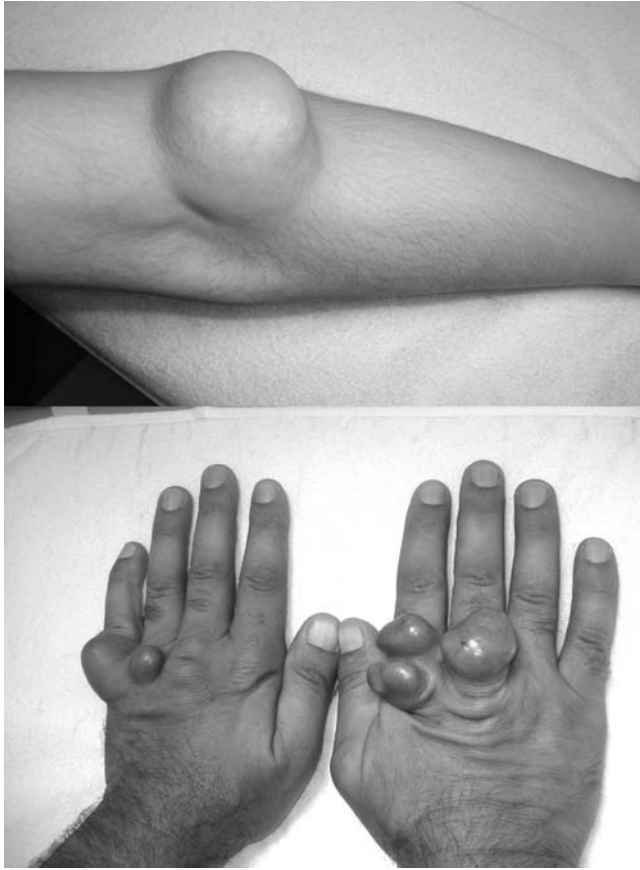
Giriş: Ailevi hiperkolesterolemi, yüksek koroner arter hastalığı riski taşıyan kalıtsal bir lipid metabolizma hastalığıdır. Kas-iskelet sistemi bulguları, bazen altta yatan kalıtsal lipoprotein metabolizma bozukluklarının ilk bulgusu olarak ortaya çıkabilir. Hastalar, akut mono-oligoartrit, Aşil tendiniti veya migratuar poliartrit tablosu ile başvurabilirler. Lipid düşürücü tedaviler ile bazı hastalarda romatizmal atakların gerilediği gösterilmiştir. Ailevi hiperkolesterolemi tanısı olan ve migratuar poliartrit tablosu ile seyreden, statin, ezetimib ve lipid aferezi ile lipid düzeyleri geriledikten sonra, artrit atakları gerileyen, birbirleri ile akraba (dayı-yeğen) iki olgu sunulmuştur.

Olgu 1: 40 yaşında erkek hasta, 20 yıldır ataklar halinde olan, 1-2 günde gerileyen, el küçük eklemlerini, dizleri ve ayak bileklerini gezici olarak tutan migratuar poliartrit tablosu ile hastanemize başvurdu. Dirseklerinde, metakarpofalangeal eklemlerin ekstansör yüzünde, dizlerinde ve Aşil tendonunun üzerinde görülen subkutan ksantomların 20 yıldır sürdüğü öğrenildi. Ailede koroner arter hastalığı (KAH) öyküsü (iki erkek ve 4 kız kardeşi erken KAH ile eksitus) olan hastaya, 1 yıl önce ailevi hiperkolesterolemi Tip IIa tanısı konulmuş ve yüksek doz statin tedavisi başlanmıştı. Sorgu ve laboratuvar tetkikleri ile spondilartropati, Behçet Hastalığı, Ailevi Akdeniz Ateşi dışlandı. Serum ürik asit, RF düzeyleri normal sınırlarda olan, akut faz yanıt yüksekliği olan hastanın, 3 Tesla MR ile yapılan el MR gö-

rüntülerinde, proksimal interfalangeal eklemlerin ekstansör tendonlarını çevreleyen yumuşak doku nodulleri olduğu, erozyon olmadığı saptandı. Almakta olduğu statin tedavisine, ezetimib ve lipid aferezi eklenerek, lipid düzeyleri düşürülen hastada, artrit ataklarının gerilediği görüldü. Migratuar poliartrit ataklarının hiperlipidemiye bağlı olduğu düşünüldü.

Olgu 2: 30 yaşında kadın hasta (ilk olgunun yeğeni), 5 yıldır el küçük eklemleri ve alt ekstremiteleri ataklar halinde tutan, migratuar poliartrit tablosu ile hastanemize başvurdu. Dirsekler, metakarpofalangeal ve proksimal interfalangeal eklemlerin ekstansör yüzünde, dizlerde ve Aşil tendonu üzerinde bulunan subkutan ksantomların 5 yıldır devam ettiği öğrenildi. 1 yıl önce ailevi hiperlipidemi Tip IIa tanısı konularak yüksek doz statin tedavisi başlanmıştı. Biyokimyasal olarak akut faz reaktanları ve lipid değerleri yüksekti. 3 Tesla MR ile alınan el görüntülerinde, proksimal interfalangeal ve metakarpofalangeal eklemlerin ekstansör tendonlarını çevreleyen yumuşak doku nodulleri olduğu, erozyon olmadığı saptandı. Almakta olduğu statin tedavisine, ezetimib ve lipid aferezi eklenerek, lipid düzeyleri düşürülen hastada, artrit ataklarının gerilediği görüldü. Migratuar poliartrit ataklarının hiperlipidemiye bağlı olduğu düşünüldü.

Sonuç: Ailevi hiperkolesterolemili hastalarda romatolojik bulgular ortaya çıkabilir. Bu hastalarda kas-iskelet sistemi bulguları ve hiperlipidemi arasında ilişki kurmak, doğr...



Resim (PB-149): Olgulardaki ksantomlar

PB-150

Takayasu arteritinde fonksiyonel kayıp, yaşam kalitesi ve ruhsal değerlendirme hastalık aktivitesi ile ilişkilidir

¹Neslihan Yılmaz, ¹Meryem Can, ²Melike Kalfa, ²Hakan Emmungil, ³Fatih Yıldız, ⁴Vedat Gerdan, ⁴Fatoş Önen, ³Eren Erken, ²Kenan Aksu, ²Gökhan Keser, ¹Haner Direskeneli

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; ²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; ³Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Adana; ⁴Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Takayasu arteriti (TAK) hastalarında hastalığa bağlı fonksiyonel kayıp, ruhsal durum ve yaşam kalitesini hasta kökenli ölçütler (patient-reported outcomes, PRO) ile değerlendirmek.

Metod: Çalışmaya TAK tanısıyla izlenen 110 hasta ile 55 sağlıklı gönüllü (SK) dahil edildi. Yaşam kalitesi ve ruhsal durum ölçeği olarak SF36 ve hastane anksiyete ve depresyon ölçekleri, fonksiyonel değerlendirme için Sağlık değerlendirme ölçütü (HAQ) skorlaması kullanıldı.

Sonuçlar: TAK hastalarının (K/E:105/5) median yaşı 43 (19-74) yıl iken sağlıklı kontrollerin (K/E:50/5) yaşı 40 (20-73) yıl idi. Ortalama hastalık süresi 8.6±7.8 yıl saptandı. TAK hastalarının 41 tanesinde (%37.3) tip 1.11 (%10) tanesinde tip 2.1 (%0.9) tanesinde tip 3.5 (%4.5) tanesinde tip 4.50 (%45.5) tanesinde tip 5 hastalık tespit edildi. Doksan dört (%85.5) hasta immunsupresif ve kortikosteroid kombine tedavi almakta iken, 5 (%4.5) hasta sadece kortikosteroid tedavi kullanmakta, 11 (%10) hasta ise tedavisiz izlenmekteydi. Doktor görüşüne göre 71 (%64.5) hasta inaktif, 30 (%27.3) persistan, 9 (%8.2) aktif olarak değerlendirildi. TAK hastalarının sedimentasyon değeri 22 (2-110) mm/saat, CRP değeri 0.5 (0.1-54.5) mg/dl saptandı. Ruhsal durum değerlendirmesinde TAK hastaları ile SK arasında anksiyete ve depresyon skorları açısından fark bulunmadı (7.9±4.0 ile 6.5±3.5 ve 6.6±4.1 ile 5.8±3.9, p>0.05). HAQ skorlarının ise hastalarda sağlıklılara göre daha yüksek olduğu saptandı (0.39±0.49 ile 0.05±0.13, p<0.05). Doktor görüşüne göre aktif/persistan olarak değerlendirilen TAK hastalarının depresyon ve HAQ skorlarının, inaktif olan hastalara göre daha yüksek olduğu (7.9±3.9 ile 5.9±4.1 ve 0.59±0.62 ile 0.28±0.35, p<0.05) saptanırken, anksiyete skorları arasında farklılık bulunmadı (8.5±3.5 ile 7.5±4.2, p>0.05). SF 36 ölçeğinin tüm alt bileşen skorlarının TAK hastalarında sağlıklılara göre belirgin derecede düşük olduğu tespit edildi (p<0.05) (Tablo). Doktor görüşüne göre aktif/persistan olarak değerlendirilen TAK hastalarının SF 36 skorlarının değerlendirmesinde fiziksel fonksiyon, rol kısıtlanması, sosyal fonksiyon, enerji ve genel sağlık alt bileşenlerinin inaktif hastalara göre daha düşük olduğu saptanırken (p<0.05); emosyonel rol kısıtlanması, ağrı ve genel sağlık parametrelerinde ise fark gözlenmedi (p>0.05). Sedimentasyon ve CRP değerleri ile anksiyete- depresyon, HAQ ve SF 36 skorları arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0.05). Farklı hasta kökenli ölçütlerimiz arası değerlendirmelerde ise depresyon skoru ile anksiyete ve HAQ skoru arasında pozitif korelasyonlar saptandı (sırasıyla r=0.69 ve

Tablo (PB-150): Takayasu arteritli hastalar ile sağlıklı gönüllülerin SF36 ölçeğinin alt bileşenleri

	Fiziksel fonksiyon	Rol kısıtlanması (fiziksel)	Rol kısıtlanması (emosyonel)	Sosyal fonksiyon	Ağrı	Enerji	Mental sağlık	Genel sağlık
Hasta	60.9± 26.2	52.2± 43.2	55.0 ±34.0	61.7 ± 27.1	57.2 ± 31.5	48.2± 24.0	61.8 ± 19.4	46.0 ± 25.3
Sağlıklı	83.5± 20.6	73.6± 31.7	67.8 ± 30.0	83.2 ± 19.1	71.4 ± 24.9	61.1 ±19.4	68.0 ±19.6	69.3 ±22.1

P<0.05 , Mann Whitney U

$r=0.54$, $p<0.05$.Anksiyete-depresyon ve HAQ skorları ile tüm SF36 alt bileşenleri arasında ise negatif bağlantı bulundu ($p<0.05$).

Tartışma: Takayasu arteritinin hasta-kökenli ölçütler ile değerlendirilmesi genel sağlık yanında fiziksel ve sosyal fonksiyonlar ile fiziksel rol kısıtlanmalarının ve mental sağlık parametrelerinin hastalarda sağlıklı kontrollere göre kötü olduğunu göstermektedir.

PB-151

Takayasu arteritinde hastalık aktivitesini değerlendirmede yeni geliştirilen ITAS DEI.Tak'a üstün mü?

Neslihan Yılmaz, Sibel Zehra Aydin, Haner Direskeneli

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Takayasu arteriti hastalarında, hastalık aktivitesini ortaya koymada yeni geliştirilen ITAS (Indian Takayasu-activity Score) ile daha önce kullanılan Disease Extent Index-Takayasu (DEI.Tak) indeksleri ve Kerr aktivite kriterlerini karşılaştırmak.

Metod: Çalışmaya Takayasu arteriti tanısıyla MÜTF Romatoloji Polikliniği'nde izlenmekte olan 40 (K/E: 37/3) hasta dahil edildi. Hastalık aktivitesi ölçekleri olarak ITAS, DEI-Tak ve Kerr indeksleri kullanıldı. Tüm hastaların bazal ITAS indeksi ile DEI-Tak arasındaki korelasyon değerlendirildi. Ayrıca 35 hastanın ITAS ve DEI-Tak indeksleri bazal ve 6. aylarda ölçülerek takipteki değişim ile Kerr aktivite kriterleri ve doktor global görüşü karşılaştırıldı.

Sonuçlar: Takayasu hastalarının yaş ortalaması 42 (20-74) yıl, ortalama hastalık süresi 8.2 ± 8 yıl bulundu. Takayasu arteritli hastaların 19 (%47.5) tanesinde tip I, 21 (%52.5)'inde tip V hastalık tespit edildi. Otuz beş (%87.5) hasta immunsupresif ve kortikosteroid kombine tedavi almakta iken, 1(%2.5) hasta sadece kortikosteroid tedavi kullanmakta ve 4 (%10) hasta tedavisiz izlenmekte idi. Takayasu hastalarının bazal ESR değeri 28.6 ± 17.7 mm/h, CRP değeri 6.5 ± 8.2 mg/L idi. Bazal ITAS skoru 9.6 ± 4.4 , DEI-Tak skoru 6.0 ± 3.3 saptandı. Bazal ITAS indeksi ile DEI-Tak'ın karşılaştırmasında ölçütler arasında güçlü korelasyon olduğu görüldü ($r=0.83$, $p<0.01$). Otuz beş hastanın ITAS indeksinin bazal ve 6. aylardaki değişimine bakıldığında, 12 (%34.2) hastanın ITAS skorlarında ≥ 1 parametrede artış olduğu gözlemlendi. Eş zamanlı olarak hesaplanan Kerr skoru 10 (%28.5) hastada aktif (≥ 2) olarak değerlendirildi. Doktor global değerlendirmesine göre 13 (%37.1) hasta aktif/persistan iken, 22 (%62.8) hasta inaktif olarak yorumlandı. Kerr aktivite indeksi ile hem ITAS skorundaki değişim, hem de doktor global değerlendirmesi ara-

sında güçlü korelasyon olduğu görüldü (sırasıyla $r=0.74$ ve $r=0.56$, $p<0.01$). ITAS'daki değişim ile doktor global görüşü arasında ise düşük korelasyon saptandı ($r=0.31$, $p=0.06$).

Tartışma: Yeni geliştirilen ve DEI.Tak'a göre vasküler parametrelere daha "ağırlıklı" puan verilen ITAS uygulaması daha kolay bir indeks niteliğindedir. Ancak doktor global değerlendirmesine ana etki eden yeni anjiyografik bulgular ve akut-faz yanıtının skorlamada yer almaması nedeni ile ITAS'ın, klinik uygulamada, DEI.Tak'a üstünlüğü gözlenmemiştir.

PB-152

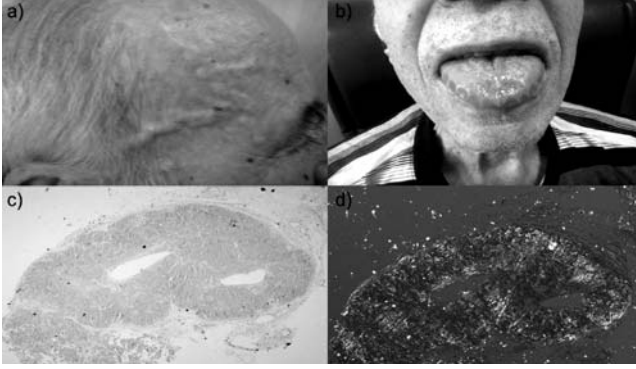
Temporal arteriti taklit eden AL tipi amilodozisli olgu

¹Hakan Emmungil, ¹Kalfa Melike, ²Burcu Başarık, ³Hasip Kahraman, ⁵Ferhat Tanhan, ⁴Yaman Banu, ⁵Atiye Öztürk, ⁵Zehra Erdemir, ⁵Hasan Horozcu, ⁴Gülşen Kandiloğlu, ¹Vedat İnal, ¹Yasemin Kabasakal

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, ²Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, ³Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, ⁴Patoloji Anabilim Dalı, ⁵Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir

Giriş: Dev hücreli arterit baş ağrısı, kafa derisinde hassasiyet, görme bozuklukları ve eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) yüksekliği ile karakterize sistemik bir vaskülitir. Tanısında temporal arter biyopsisi altın standarttır. Burada temporal arterit (TA) kliniğini taklit eden AL tipi amiloidozisli bir olgu sunulacaktır.

Olgu: 67 yaşında erkek hasta, Haziran 2010'da halsizlik, yürüme güçlüğü, çene kladikasyonu, baş ağrısı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Beş yıldır süren, nedeni bulunamayan kas ağrıları olan olgunun öyküsünde, yaklaşık 2 ay önce inflamatuvar iskemik optik nöropati nedeniyle kortikosteroid tedavisi almakta olduğu ve bu tedavi ile görmesinin düzeldiği öğrenildi. Hastanın fizik bakışında temporal arterler bilateral kalın, nodüler yapıdaydı ve nabızları alınamıyordu. Hastada TA düşünülüp metotreksat 15 mg/hf eklendi. İki aydan uzun süredir kortikosteroid tedavisi almakta olduğundan damar biyopsisi düşünülmeydi. Takiplerinde güçsüzlüğü artan hasta değerlendirilmek üzere kliniğimize yatırıldı. Yapılan tetkiklerinde Doppler USG ile incelenen alt ekstremiteler, karotis ve temporal arterlerde damar duvarı kalınlaşması, EKO'da biatrial dilatasyon ve global biventriküler hipokinezi ve pulmoner hipertansiyon (PAB:55 mmHg) saptandı. Makroglossi ve dudaklarda nodüler sertlikler olması nedeniyle dudak biyopsisi yapıldı ve sonuç amiloid anjiyopati AL tipi amiloidozis olarak bildirildi. Olgunun serum protein elektroforezi ve immünofiksasyon testinde Ig G lambda monoklonal



Resim (PB-152): Olgunun fizik bakı bulguları ve dudak biyopsi patolojisi. a) Kalınlaşmış ve nodüler temporal arter; b) Hipertrofik dil; c) Minör tükürük bezi çevresinde homojen madde birikimi, kas dokusu içinde ven niteliğindeki damarda Kongo kırmızısı ile pozitif boyanan özel boyasın-da belirgin homojin madde birikimi ve duvar kalınlaşması (+); d) Polari-ze ışık mikroskopisinde yeşil renkli amiloid birikmesi

ve lambda serbest hafif zincir artışı tespit edildi. Kemik iliği biyopsisinde atipik plazma hücrelerine ve direk grafilerinde litik lezyonlara rastlanan olguya multiple myelom ve primer sistemik amiloidozis tanıları konuldu.

Tartışma: Burada çene kladikasyonu, temporal arter kalınlaşması ve nabızın alınmaması, oküler bulgular gibi temporal arterite özgü klinik bulgularla seyreden bir primer sistemik amiloidozis olgusu sunulmuştur. Primer amiloidozis genellikle karpal tünel sendromu, konjestif kalp yetmezliği, nefrotik sendrom, periferik nöropati gibi karakteristik bulgularla seyreder. Fakat seyrinde nadiren de olsa çene kladikasyonu, görme bozuklukları gibi bulguların geliştiği bildirilmiştir. Literatürde AL tipi amiloidozis hastalığı olan fakat TA kliniği gösteren vaka raporları mevcuttur. Bir raporda temporal baş ağrısı, bulanık görme, alt ekstremitelerde kladikasyonu ve proksimal kas güçsüzlüğü olan olgu yapılan kas biyopsisi sonucu AL tipi amiloidozis tanısı almıştır. Diğer bir raporda önce miyelom ilişkili amiloidozis daha sonra TA geliştiren görüldüğü bir olgu bildirilmiştir. Temporal arterit ve AL tip amiloidozis anemi, ESH yüksekliği ve hatta normal serum protein elektroforezi gibi benzer laboratuvar bulgularına sahip olduğundan tanı daha da karıştırmaktadır.

Sonuç: TA ve AL amiloidozis benzer klinik ve laboratuvar bulguları ile seyredebilirler. Özellikle TA biyopsisinde granülomatöz inflamasyon saptanmayan olgularda AL amiloidozis te göz önünde bulundurulmalıdır.

PB-153

Takayasu arteriti olan hastalarda endotel fonksiyonlarının ve karotis intima media kalınlığının değerlendirilmesi

¹Selen Yurdakul, ²Fatma Alibaz Öner, ¹Yelda Tayyareci, ²Haner Direskeneli, ¹Saide Aytekin

¹Istanbul Florence Nightingale Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü; ²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bölümü, İstanbul

Giriş ve Amaç: Takayasu arteriti, büyük arterlerin granülomatöz tutulumu ile karakterize, idiyopatik, kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Bu hastalardaki kronik inflamasyon vasküler hasara neden olmaktadır. Çalışmamızın amacı, Takayasu arteriti olan hastalarda, endotel fonksiyonlarının brakiyal arter ultrasonografisi (USG) ve karotis intima media kalınlığı ölçümü (KİMK) yapılarak değerlendirilmesidir.

Yöntem: Çalışmaya Takayasu arteriti tanısı konmuş olan 25 hasta (ortalama yaş: 35.7±5.5 ve %92 kadın) ve 20 sağlıklı kontrol (ortalama yaş: 33.7±5.0, %75 kadın) dahil edildi. Brakiyal arter akım aracılı dilatasyon (FMD) ve nitratla indüklenmiş dilatasyon (NİD) değerlendirmeleri yapıldı. Aynı zamanda, sağ ve sol ana karotis arterlerden KİMK ölçümü yapıldı.

Bulgular: Hasta ve kontrol gruplarında bazal brakiyal arter çapı değerleri benzer idi. Hasta grubunda %FMD değerlerinin kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük olduğu görüldü, fakat %NİD değerlerindeki azalma istatistiksel anlamlılığa ulaşmıyordu (Tablo). Ortalama KİMK kalınlığı değerlerinin ise hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede artmış olduğu gözlemlendi (0.11±0.03 cm vs 0.06±0.009 cm, p=0.0001).

Tablo (PB-153):

	Bazal çap (cm)	% FMD	%NİD
Hasta (n=25)	0.27±0.005	6.52±4.3	12.92±7.6
Kontrol (n=20)	0.28±0.03	15.54±2.02	16.07±2.36
p değeri	0.341	0.0001	0.085

Sonuçlar: Literatürdeki çalışmalarda, Takayasu arteritinde endotel fonksiyonlarının bozulabileceği bildirilmiştir. Çalışmamızda, kardiyovasküler risk faktörü ve bilinen koroner arter hastalığı olmayan Takayasu arteriti olan kişilerde, vasküler hasarın varlığı, brakiyal arter Doppler ultrasonografisi ve KİMK ölçümleri ile gösterilmiştir.

PB-154

Takayasu arteritinde büyük arterlerde elastikiyet kaybı, sertlikte artış ve mekanik özelliklerde bozulma gözlenmektedir

¹Selen Yurdakul, ²Fatma Alibaz Öner, ¹Yelda Tayyareci, ²Haner Direskeneli, ¹Saide Aytekin

¹Istanbul Florence Nightingale Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü; ²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bölümü, İstanbul

Giriş ve Amaç: Takayasu arteriti (TA), aort ve büyük dallarını tutan kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Takayasu arteritinde, büyük arterlerin elastik özelliklerinde değişiklikler olduğu bilinmektedir. Çalışmamızdaki amaç, Takayasu arteriti olan hastalarda aortik gerilim, esneklik ve sertlik, aynı zamanda karotis arter sertlik parametrelerinin değerlendirilmesidir. Çalışmada ayrıca karotis arterlerin bölgesel hareket özelliklerinin, yeni bir “strain” inceleme yöntemi olan, “Hız Vektör Görüntüleme” metodu ile değerlendirilmesi de yapıldı.

Yöntem: Çalışmaya TA tanısı konmuş olan 25 hasta (ortalama yaş: 35.67 ± 5.5 ve %92 kadın) ve 20 sağlıklı kontrol (ortalama yaş: 33.7 ± 5.02 ve %75 kadın) dahil edildi. Transtorasik ekokardiyografide asandan aorta çapları ve aortik elastisite parametreleri ölçüldü. Aynı zamanda, karotis arter Doppler ultrasonografisi ile, sağ ve sol ana karotis arterlerden, karotis sertlik indeksi hesaplandı ve ortalaması alındı. Sağ ve sol ana karotis arterlerden, uzun aks ve kısa aks görüntülerden, zirve akım hızı, strain, strain rate, toplam longitudinal yer değiştirme ve zirve radyal akım hızına kadar olan zaman hesaplamaları yapıldı ve her iki ana karotis arterdeki sonuçların ortalaması alındı.

Bulgular: Takayasu arteriti olan hastalarda, sağlıklı kontrol grubuna göre, aortik sertlik artmış (8.41 ± 4.5 vs 2.6 ± 1.33 , $p=0.0001$), aortik gerilim (4.65 ± 2.8 vs 13.91 ± 4.77 , $p=0.0001$) ve aortik elastikiyet (0.72 ± 0.5 vs 1.64 ± 0.77 , $p=0.0001$) ise anlamlı olarak azalmış bulundu. Karotis arter sertlik indeksinin ise belirgin olarak artmış olduğu görüldü (6.24 ± 3.4 vs 1.96 ± 0.72 , $p=0.0001$). Karotis arterlere ait longitudinal "strain" ve "strain rate" değerleri ise hastalarda, kontrol grubuna göre anlamlı olarak azalmış bulundu (Strain için: 1.23 ± 0.67 vs 4.77 ± 0.63 , $p=0.007$; Strain rate için: 0.22 ± 0.11 vs 0.67 ± 0.28 , $p=0.0001$). Hasta ve kontrol grupları arasında toplam longitudinal yer değiştirme açısından anlamlı bir fark gözlenmedi ($p=0.16$). Radyal zirve akım hızı, hasta grubunda, belirgin olarak azalmış iken, (0.12 ± 0.03 cm/s vs 0.27 ± 0.03 cm/s, $p=0.0001$), zirve radyal akım hızına olan zaman, TA grubunda, sağlıklı gruba göre, anlamlı olarak artmış bulundu (210 ± 56 ms vs 135 ± 33.9 ms, $p=0.0001$).

Tartışma: Takayasu arteriti olan hastalarda, büyük arterlerde, kronik inflamasyona bağlı olarak elastikiyet kaybı, sertlikte artış ve mekanik özelliklerde değişimler görülmektedir. Aort ve karotis arterlerde esneklik kaybı ve sertlik artışından, Takayasu arteritindeki vasküler hasar sorumlu tutulabilir.

PB-155

Propiltiourasil ile ilişkili vaskülitler: Farklı seyir gösteren 4 olgu

Nazife Şule Yaşar Bilge, Timuçin Kaşifoğlu, Cengiz Korkmaz

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

Gerekçe: Antinötrofil sitoplazmik antikorlarla (ANCA) ilişkili vaskülitler nadir görülür ve kimyasal ajanlar, enfeksiyonlar ve ilaçlar ile tetiklenebilir. Antitiroid ilaçlar, özellikle de propiltiourasil (PTU) ANCA ilişkili vaskülitlerin önemli nedenlerinden biridir. PTU'ye bağlı ANCA ilişkili vaskülitler cilt, böbrek ve akciğer tutulumuyla seyredebilir. Burada farklı seyreden 4 PTU'ye bağlı ANCA ilişkili vaskülit olgusu bildiriyoruz.

Olgu 1: 56 yaşında bayan hasta boyun ve kulak evresinde yaygın nekrotizan lezyonlar nedeniyle KBB Bölümü'nde yatmaktaydı. Sorgulamasından toksik nodüler guatr nedeniyle 18 yıldır PTU 100-150 mg/gün kullandığı öğrenildi. Eksize edilen lez-

yonların patolojik incelemesi akut nekrotizan inflamasyon olarak sonuçlandı. Hastanın p-ANCA ve c-ANCA pozitif olarak geldi. PTU'ye bağlı ANCA ilişkili vaskülit düşünüldü, PTU kesildi. 6 yıl sonra yapılan tetkiklerinde 1247 mg/gün proteinüri saptandı, hastalığın renal tutulumla relaps olduğu düşünülerek azatiopürin 150 mg/gün başlandı, lökopeni nedeniyle endikasyon dışı kullanım için onay alınarak mikofenolat mofetil başlandı.

Olgu 2: 44 yaşında erkek hasta bacaklarında döküntü şikayetiyle başvurdu. Fizik muayenede her 2 bacakta yaygın peteşiel ve nekrotizan döküntüler saptandı. Lezyonların 7 aydır olduğu ve 4 yıldır multinodüler guatr nedeniyle PTU 100 mg/gün kullandığı öğrenildi. Biyopsi lökositoklastik vaskülit olarak sonuçlandı ve c-ANCA pozitif saptandı. PTU kesildi ve ek tedavi ihtiyacı olmadı.

Olgu 3: 24 yaşında bayan hasta kulak ve yanaklarında nekrotik lezyonlar nedeniyle hospitalize edilmişti. Sorgulamasından 5 yıldır toksik nodüler guatr tanısı olduğu ve 3 aydır PTU 150 mg/gün aldığı öğrenildi. Punch biyopsi sonucu lökositoklastik vaskülit olarak rapor edildi ve c-ANCA pozitifliği. Lezyonlar steroid tedavisi ile geriledi.

Olgu 4: 30 yaşında bayan hasta 9 yıldır toksik multinodüler guatr nedeniyle takip edilmekte ve PTU 150-300 mg/gün kullanmaktaydı. Yapılan tetkikler sırasında 8 g/gün proteinüri saptandı, renal biyopsisi kresentrik glomerulonefrit olarak sonuçlandı. İmmüsupresif tedavi altında dializ ihtiyacı gelişti. Kronik böbrek yetmezliği olarak kabul edilen hastaya renal transplantasyon yapıldı.

Tartışma: Ülkemizde hipertiroidinin en sık nedeni toksik multinodüler guatr olup PTU sık kullanılan bir tedavi seçeneğidir. Hepatotoksite, lökopeni, raş, artralji veya poliartrit, lupus benzeri sendrom ve otoimmün hepatit gibi pek çok yan etkisi vardır. Vaskülit nadir görülen, ciddi yan etkilerinden biridir. Yapılan çalışmalarda PTU alan hastaların %41.3'ünde ANCA pozitifliği geliştiği bildirilmiştir. Literatüre ve kendi tecrübelerimize dayanarak vurgulamak istediğimiz nokta PTU'ya bağlı ANCA ilişkili vaskülitlerin farklı klinik seyir gösterebileceği, ancak hangi hastalarda ANCA pozitifliğinin gelişebileceği veya kimlerde vaskülitte sebep olacağını öngörebilmenin mümkün olmadığıdır.

PB-156

Wegener granülamatozunun pozitron emisyon tomografi bulguları akciğer kanseri ile karışabilir

Berna Yıldırım Şık, Fulya Coşan, Barış Yılmaz, Ayşe Çeçle

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

Gerekçe: Wegener granülamatozu (WG) granülamatöz lezyonlar ve küçük damar vaskülit ile karakterize sistemik bir hastalıktır. En sık olarak üst solunum yolları, akciğer ve böbrek tutulumu görülmektedir. Patogeneze proteinaz3'e karşı oluş-

muş antinötrofilik sitoplazmik antikorlar (ANCA) sorumludur. Burada PET bulguları nedeniyle akciğer karsinomu tanısı konmuş olan bir WG olgusu sunulmuştur.

Olgu sunumu: 64 yaşında erkek hasta ateş, kilo kaybı, öksürük ve hemoptizi yakınması ile başvurdu. Hasta aynı yakınmalarla daha önce başka bir hastaneye başvurmuştu ve yapılan toraks BT görüntülemesinde bilateral multipl nodüller saptanmıştı. Hastaya yapılan bronkoskopide endobronşial kütle tespit edilmişti ve biyopsi sonucunda nonspesifik kronik bronşit dışında patolojik bulgu saptanmamıştı. Akciğer kanseri şüphesi nedeniyle yapılan FDG/PET BT'de her iki akciğerde multifokal artmış FDG tutulumu saptanmıştı ve bu görüntüler akciğer kanseri ile uyumlu parankimal malign lezyonlar olarak değerlendirilmişti. Sonrasında kanser tanısını doğrulamak amacıyla yapılan açık akciğer biyopsisinde nükleer atipi gösteren alveolar makrofajlar ve reaktif hücreler tespit edilmişti. Hastaya yapılan ikinci bronkoskopik biyopsi sonucunda da malignite lehine bulgu saptanmamıştı. Romatoloji kliniği ile konsülte edilen hastanın anamnezinde üst ve alt solunum yolu infeksiyonu öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde göz bulgusu, deri bulgusu, organomegali ve lenfadenopati saptanmadı. Serolojik incelemesinde c-ANCA ve anti-PR3 antikorları yüksek titrede pozitif bulundu. Bu bulgularla hastaya WG tanısı konularak siklofosamid pulse ve steroid pulse tedavisi verildi. Tedavi sonrasında 3. ayda her iki akciğerdeki nodüllerde belirgin regresyon izlendi.

Sonuçlar ve Tartışma: FDG PET/BT sistemik otoimmün hastalıklarda da tutulum gösterebilmektedir ve kanser ayırıcı tanısında kronik inflamatuvar hastalıklar da düşünülmelidir. FDG PET/BT WG lezyonlarının lokalizasyonunda ve takibinde bir inceleme aracı olarak kullanılabilir.

PB-157

Takayasu arteriti pulmoner hipertansiyon olgu sunumu: PAH spesifik ajanlara yanıt alınabilir mi?

¹Ali Akdoğan, ¹Levent Kılıç, ²Sercan Okutucu, ¹Meral Çalgüneri, ²Bariş Kaya, ³Altay Şahin, ¹İhsan Ertenli

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, ²Kardiyoloji Anabilim Dalı, ³Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Takayasu arteritinde pulmoner hipertansiyon (PH) pulmoner vasküler veya kardiyak tutulumu ikincil olarak gelişebilir. Pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH) tedavisinde son 10 yıl içinde kullanılan ilaçlarla elde edilen başarılı sonuçlar sonrası, birçok inflamatuvar romatizmal hastalık ilişkili PH hastasının tedavisinde benzer ilaçlar kullanılmıştır. Takayasu arteriti-PH olan hastalarda bu tedavilerin etkinliği konusunda bilgi birikimi kısıtlıdır. Burada kombinasyon tedavisi ile takip edilen Takayasu arteriti-PH olan bir olgu sunulmuştur.

Olgu: 47 yaşında kadın hasta 2004 yılından beri olan nefes darlığı şikayeti ile çeşitli merkezlerde araştırılmış; PH tespit edilmiş, pulmoner tromboemboli ön tanısıyla antikoagülan tedavi kullanılmaktaydı. Nefes darlığı şikayetinin artması üzerine ilk kez Ocak 2009 tarihinde Hacettepe Üniversitesi Romatoloji, Göğüs Hastalıkları, Kardiyoloji, Radyoloji Bilim dalları ile birlikte değerlendirilen hastanın daha önceki toraks bilgisayarlı tomografi(BT)'lerinde pulmoner vaskülit ile uyumlu bulguların varlığı saptandı. Aorta BT anjiyografisi ile aorta ve arkus aorta dallarında Takayasu arteriti ile uyumlu tutulum gösterildi. Bu dönemde transtorasik eko-kardiyografi ile sistolik pulmoner arter basıncı 80 mmHg idi, sağ kalp boşluklarının ileri derece geniş olduğu rapor edildi. Hasta 6

Tablo (PB-157):

Tarih	NYHA FK	Sağ kalp kateteri PAB (mmHg) Sistolik/diastolik/ortalama	Ekokardiografi sPAB (mmHg)/ sağ vent çapı (cm)	6DYM (metre)	BNP (pg/ml)	Tedavi
9/08		PAB: 56/28/38				
12/08			80 / -			
1/09	III			339		Steroid+Siklofosamid
2/09	III		80/6.2			
4/09	III		75/4.2	338		
7/09	III		85/3.1			Siklofosamid kesildi
10/09	III			330		
12/09	III		110/5	247		
01/10	III	PAB: 60/25/36 mmHg, CO: 5.2 L (termodilüsyon), PVR: 338 dyn/cm ² , vasoreaktivite testi (-)				Inhale iloprost (6x1 nebül)
04/10	III		105/4.8	330	795	
11/10	III		105	270	416	
04/11	III	PAB:89/23/51 mmHg CO: 3.1 L (termodilüsyon) PVR: 1058 dyn/cm ²	100/4.6			Inhale iloprost (6X1 nebül), sildenafil 3x20 mg
05/11	III			350	375	
07/11	III		120/6.2	300	578	

ay süre ile intravenöz/oral steroid ve intravenöz siklofosfamid tedavisi ile izlendi. Akciğerlerinde fungal infeksiyonun neden olduğu düşünülen kaviter lezyon oluşması ile immünsüpresif (siklofosfamid) tedavisi kesildi anti-fungal tedavi (varikanazol) başlandı. İzleminde kaviter lezyonu gerileyen ancak nefes darlığı artan ve efor kapasitesi azalan hastaya sağ kalp kateteri sonrası inhale iloprost tedavisi başlandı (Tablo). Tedavi ile semptomları kısmen düzelen hastanın, 15 ay sonra genel durumunda bozulma olması nedeni ile sağ kalp kateteri tekrarlandı, tedavisine silde-nafil eklendi. Hastanın tedavisine düşük molekül ağırlıklı hepa-rin eklendi. İnhal e iloprost ve sildenafil kombinasyon tedavisi sonrasında hastanın şikayetlerinde tekrar kısmen düzelme oldu-ğu gözlemlendi (Tablo).

Sonuç: Takayasu arteriti – PH tanısı ile izlenen hastaların teda-visinde PAH spesifik ajanların kullanımı fayda sağlayabilir. İnfla-matuvar romatizmal hastalık ilişkili PAH hastalarında kollajen doku hastalıkları dışında; kontrollü çalışmaların olmaması nede-ni ile bu tedavileri kullanan hastaların verilerinin toplanması ben-zer klinik durumlarda karar verilmesinde kolaylık sağlayacaktır.

PB-158

Montelukast ilişkili Churg-Strauss sendromu

Fatih Yıldız, Eren Erken

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ro-matoloji-İmmünoloji Bilim Dalı, Adana

Giriş: Churg-Strauss sendromu (CSS) (allerjik granülomatöz ve anjiitis); astım, ateş, periferik kanda eozinofili, eozinofilik doku infiltrasyonu, küçük ve orta çaptaki damarların nekrotizan granülomatöz inflamasyonu ile karakterize sistemik bir hasta-lıktır. ANCA ilişkili vaskülitler içinde sınıflandırılmaktadır. Lö-kotrien reseptör antagonistleri (LTA), astım tedavisinde kulla-nılmak üzere geliştirilmiş terapötik ajanlardır. Nadir görülen bir hastalık ve montelukast ile ilişkili olması nedeniyle bu olgu sunulmuştur.

Olgu: 33 yaşında bayan hasta 1 yıldır astım nedeniyle günde 10mg montelukast ve uzun etkili inhaler B2 agonist kullanıyor-muş. Kliniğimize, sol elde şişlik, her iki bacakta döküntü ve güç-süzlük şikâyeti ile başvurdu. Fizik muayenede; her iki alt ekstre-mite’de purpurik döküntüleri, post nazal akıntısı vardı. Diğer sis-tem muayeneleri normal idi. Serum İgE düzeyi yüksek bulundu. Hepatit markırları, serolojik ve immünolojik testleri negatif bu-lundu. Karaciğer, böbrek ve tiroid fonksiyon testleri ve tam idrar tahlili normal idi. Laboratuvar sonuçları Tablo’da özetlenmiştir. Tam kan sayımında lökositoz ve eozinofili (%52) vardı. Ayırıcı tanı amaçlı kemik iliği aspirasyonu ve biyopsisi yapıldı. Sonucun-da eozinofili (%41) ve normoselüler ilik dokusu olarak raporlan-dı. Maksillo-fasiyal bilgisayarlı tomografi (BT); polipozis ve akut sinüzit ile uyumlu bulundu (Resim). Toraks BT/yüksek rezonanslı BT sonucunda; benign nodüller ve buzlu cam görünüm-leri tespit edildi. Hastanın kas gücü ve EMG normal. Purpurik döküntüleri kendiliğinden bir kaç gün içinde kayboldu. Kas bi-



Resim (PB-158): Pansinüzit ve polipozis.

yopsisi yapıldı; küçük orta boy damar duvarlarında fibrinoid nek-roz, eozinofillerden zengin iltihabi hücre infiltrasyonu, sekonder ılımlı nörojenik atrofi bulundu. pANCA (MPO) pozitif olan has-tada astım öyküsü, sinüzit ve nazal polip, akciğerde nodül ve buz-lu cam görünümü ve hipereozinofili (periferik yayma ve dokuda) bulgularıyla ACR’ın (1990) CSS 6 kriterinden 5 tanesi pozitif idi. Montelukast ilişkili CSS olarak değerlendirildi. LTA kesilerek 1 mg/kg metil prednizolon (MP) ve 2 mg/kg azatiyoprin (AZT) başlandı. Hastanın 3. ay kontrolünde tüm klinik bulguları ve la-boratuvar testleri normale geldi (Tablo kontrol). Radyolojik bul-gular takip edilmektedir. Halen 2 mg/gün MP ve 100 mg/gün AZT kullanmaya devam etmektedir.

Tartışma: CSS’nin etyolojisi tam bilinmemektedir. Bazı ilaçla-rın CSS ile ilişkisi saptanmıştır. LTA, inhaler glukokortikoidler ve omalizumab dır. Astımlı hastalarda daha sıklıkla zafirlukast, daha az olarak montelukast ve pranlukast’la ilişkili CSS vakala-rı bildirilmiştir. LTA kullanımı ve CSS arası ilişki tam bilinme-mektedir. CSS gelişiminin direkt olarak LTA tedavisine bağlı olduğu düşünülmektedir. LTA kullanımına bağlı CSS vakaları, genellikle oral steroid tedavisinin kesilmesi sonrası ortaya çı-kmaktadır. Ancak bizim olgumuzda oral veya inhaler steroid kul-lanımı yoktu. CSS’nin montelukast kullanılmaya başlandıktan sonra ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Tablo (PB-158):

BK (başlangıç)	21.13x103/uL	4–11)	BK (kontrol)	4.58
Hgb	11.1 gr/dl	11.6–15.4)	Hgb	11.3
Hct %	34.9	(34.5–46.3)	Hct %	35
Eozinofil %	52	(0.9–6)	Eozinofil %	3.5
PLT	294x103/uL	(150–450)	PLT	224
ESR	44 mm/saat	(0–25)	ESR	15
CRP	4.65 mg/dl	(0–0.8)	CRP	0.192
CPK	51 U/L	(0–142)	CPK	20
Total IgE	1140 IU/ml	(10–180)	Total IgE	69
ANCA	+++	ANCA	Negatif	
MPO	Pozitif	MPO	Negatif	
PR3	Negatif	PR3	Negatif	
Total Protein	6.3gr/dl	(6.6–8.7)	Total Protein	6.5
Albümin	2.8 gr/dl	(3.4–4.8)	Albümin	2.9