

# XVII. Ulusal Romatoloji Kongresi Bildiri Özetleri

## 24-30 Ekim 2016, Antalya

### Sözlü Sunumlar

(SS-01 — SS-30)

#### SS-01

##### Pediyatrik sistemik lupus eritematozus hastalarında biyobelirteç olarak pentraxin-3

Sezgin Şahin<sup>1</sup>, Amra Adrovic<sup>1</sup>, Kenan Barut<sup>1</sup>, Sinem Durmuş<sup>2</sup>, Hafize Uzun<sup>2</sup>, Özgür Kasapçopur<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; <sup>2</sup>Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Pentraxin-3 (PTX3) özellikle lokal olarak enflamasyonun olduğu bölgedeki endotel hücrelerinden ve doğal immün sistem hücrelerinden salgılanır. Bu nedenle PTX3'ün lokal enflamasyon ve vaskülit göstermede çok iyi bir biyobelirteç olabileceği öne sürülmüştür. Ayrıca PTX3 düzeyi pediyatrik SLE hastalarında şu ana kadar bakılmamıştır. Biz bu çalışmada pediyatrik SLE hastalarındaki ve sağlıklı kontrollerdeki plazma PTX3 düzeylerini karşılaştırmayı ve hastalardaki düzeylerin hastalık aktivitesi (SLEDAI-2K), organ tutulumu ve laboratuvar verileri ile ilişkisini saptamayı amaçladık.

**Yöntem:** Ekim 2015 ile Mayıs 2016 arasında polikliniğimize başvuran ve aktif enfeksiyon bulgusu olmayan 76 pediyatrik SLE hastası bu kesitsel ve tek-merkezli çalışmaya alındı. Yine PTX3 düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla benzer yaş ve cinsiyette 41 sağlıklı çocuk çalışmaya dahil edildi. Hem kümülatif hem de güncel olarak organ tutulumları ve laboratuvar verileri hasta dosyasından ve son muayenede kaydedildi. Tüm laboratuvar testleri PTX3 ile aynı zamanda çalışıldı. Başvuru zamanındaki, hastalığın en alevli anındaki ve son muayenedeki hastalık aktivitesi (SLEDAI-2K) ve hasar indeksi (PedSDI) hesaplandı. Serum PTX-3 düzeyi, üreticisi tarafından (Sunredbio, Shanghai, PRC) sağlanan talimatlara göre ELİSA kitleri kullanılarak ölçülmüştür. İstatistiksel analizi için SPSS software versiyon 20.0 (SPSS Inc, Chicago IL, USA) kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışma grubumuzda pediyatrik SLE hastalarında kadınların erkeklerle oranı 5.3:1 olarak bulundu. SLE hastalarının tanı anındaki ortalama SLEDAI skoru 10.3±4.8 iken, son kontrolde 5.2±5.3'e gerilemişti. Son muayenede hastaların sadece 8

tanesinde (%10.5) aktif nefrit varken, 3 tanesinde (%3.9) aktif nöropsikiyatrik tutulum vardı. PTX3 düzeyi pediyatrik SLE hastalarında kontrol grubuna göre önemli derecede artmış bulundu (ortalama 10.6±8.2 vs. 2.7±1.3 ng/mL, p<0.001). SLE hastalarında PTX-3 konsantrasyonu ile SLEDAI-2K skoru arasında doğrusal bir ilişki saptandı (p<0.001). Yine aktif vaskülitik tutulum (p<0.001), Raynaud fenomeni (p=0.006), aktif mukokütanöz tutulum (p<0.001) olan hastaların PTX3 düzeyi, olmayanlara göre belirgin olarak yüksekti. Hastalık süresi, anti-ds DNA, kompleman seviyesi, PedSDL, ESR, CRP, prokalsitonin düzeyleri ile PTX3 arasında bir ilişki bulamadık. Ayrıca böbrek ve santral sinir sistemi tutulumunun yanı sıra diğer organ tutulumları ile de bir ilişkisini saptayamadık.

**Sonuç:** PTX3, SLE hastalarında anlamlı olarak yüksektir ve hastalık aktivitesi (SLEDAI skorları) ile doğru orantılı olarak artmaktadır. Raynaud fenomeni ve vaskülitik tutulumda belirgin artmış olmasını, endotelden salgılanan bir biyobelirteç olması ile ilişkili olabileceğini düşündük. Klinik olarak inaktif olarak izlenen SLE hastalarında artmış PTX3 düzeyleri varlığında vaskülitik tutulumun olabileceği akılda tutulmalıdır. Bu sonuçlar bize PTX'ün hem SLE hem de SLE'deki vaskülit için bir biyobelirteç olabileceğini düşündürmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Pediyatrik sistemik lupus eritematozus, pentraxin-3, biyobelirteç

#### SS-02

##### Tek merkeze ait 240 antifosfolipid sendromlu hastanın hastalık özellikleri, sağkalım analizi ve mortalitesi

Bahar Artun Esen, Özlem Pehlivan, Yasemin Şahinkaya, Tuba Yüce, Murat Bektaş, Sevil Kamalı, Ahmet Gül, Lale Öcal, Murat İnanç

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

**Amaç:** Antifosfolipid sendromu (APS) serolojik olarak antifosfolipid antikorlar (aPL), klinik olarak ise vasküler tromboz ve gebelik morbiditesi ile karakterize otoimmün bir hastalıktır. Bu

çalışmada tek merkezden takip edilen APS'li hastaların hastalık özelliklerini, sağkalım analizlerini, mortalite nedenlerini belirlemeyi hedefledik.

**Yöntem:** 1980–2015 yılları arasında takip edilen 240 hastanın analizi yapıldı. Tüm hastalar 2006 APS Sapporo kriterlerini karşılamaktaydı. Demografik özellikler, kümülatif klinik ve laboratuvar bulgular ve otoantikör profilleri incelendi. Hastalar telefonla arandı; ulusal ölüm bildirim sistemi (ÖBS) araştırıldı. Telefonla ulaşılamayan, son 6 ay içinde poliklinik kontrolüne gelmeyen ve ÖBS'de kaydı bulunmayanlar takipten çıkan olarak tanımlandı. IgG/M antikardiolipin (aKL) ve anti-beta2glikoprotein I (β2GPI) antikörleri immün-blotting ile, Lupus antikoagülanı (LA) ise kaolin pıhtılaşma zamanı ve/veya sulandırılmış engerek yılanı zehiri zamanı kullanılarak test edildi.

**Bulgular:** Kohorttaki 240 hastanın 118'i (%49) primer, 122'si (%51) SLE'ye eşlik eden APS idi. Hastaların %83'ü kadındı. Ortalama tanı yaşı 41±12.5 yıl, hastalık ve takip süreleri sırasıyla 110±85 ve 92±82 aydı. 240 hastadan 157'sinde vasküler tromboz (VT), 55'inde gebelik morbiditesi (GM), 25'inde VT+GM ve 3'ünde katastrofik APS (KAPS) mevcuttu. 68 hastada başta sigara takiben de homozigot faktör V Leiden mutasyonu olmak üzere trombotik risk faktörleri vardı. VT ve GM grupları arasında risk faktörleri açısından anlamlı bir fark yoktu. VT'si olan hastaların %49'unda arter, %38'inde venöz, %13'ünde hem arter hem venöz tromboz vardı. 95 hastada tek bir trombotik olay, 62'sinde en sık venöz takiben arter olmak üzere birden fazla trombotik olay olmuştu. GM'li grupta 10 haftalıktan büyük fetal ölümü olan 31 hasta, 10 haftalıktan küçük ≥3 spontan düşüğü olan 39 hasta, pre-matüre doğumu olan 18 hasta, pre-eklampsisi olan 14 hasta mevcuttu. %46'sı aKL IgG, %36'sı aKL IgM ve %54'ü LA pozitifdi. Anti-β2GPI 117 hastada test edilmiş, ve %38'i IgG ve %25'i IgM pozitifdi. APS kriteri dışı bulguların kalp kapak lezyonları takiben de trombositopeni en sık prezentasyondu. Toplam 25 ölüm ve 19 takipten çıkan hasta vardı. 5, 10, 15 ve 20 yıllık sağkalım sırasıyla %94, 86, 78 ve 71 idi. Sağkalım VT'li hastalarda anlamlı derecede düşüktü (p=0.04). Hastaların 19'unda ölüm nedeni aydınlatılabildi. Mortalite LA pozitifliği ile ilişkiliydi (p=0.02).

**Sonuç:** Tek merkeze ait APS kohortunda en sık bulgu vasküler trombozdu. Uzun dönem takip APS'li hastalarda mortalitenin

yüksek olduğunu ve APS ile ilişkili nedenlerin ön sırada yer aldığı göstermektedir. Trombozlu hastaların sağkalımı GM'li hastalara göre anlamlı derecede düşük bulunmuş ve LA pozitifliği bir risk faktörü olarak belirlenmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Antifosfolipid sendromu, kohort, sağkalım

### SS-03

#### Sistemik skleroz hastalarında gastrointestinal tutulum ve beslenme durumunun hasta ölçekli anketler ile değerlendirilmesi ve tırnak dibi video-kapillaroskopi bulgularına göre kıyaslanması

Yasemin Yalçınkaya<sup>1</sup>, Zeynep Ertürk<sup>1</sup>, Ali Uğur Ünal<sup>1</sup>, Sema Kaymaz<sup>1</sup>, Özlem Pehlivan<sup>2</sup>, Pamir Atagündüz<sup>1</sup>, Haner Direskeneli<sup>1</sup>, Nevsun İnanç<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; <sup>2</sup>Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

**Amaç:** Gastro-intestinal (GİS) tutulum, sistemik skleroz (SSk) hastalarında sıklıkla görülen ve hayat kalitesini olumsuz yönde etkileyebilen bir tutulum tipidir. GİS tutulumunun ve beslenme durumunun tespit edilmesi ve buna yönelik gerekli önlemlerin alınmasının morbiditeyi olumlu yönde etkileyeceği bilinmektedir.

**Yöntem:** ACR/EULAR sınıflandırma kriterleri (2013)'ne göre SSk tanısı konulmuş 58 hasta çalışmaya dahil edildi. GİS tutulumu 'UCLA SCTC GIT 2.0 (Khanna D.) (reflü, şişkinlik, fekal inkontinans, diare, sosyal işlevsellik, emosyonel iyilik hali ve konstipasyon değerlendiren 34 madde)' anketi ile değerlendirildi. Beslenme durumlarına yönelik 'malnutrition universal screening tool (MUST)' (vücut kitle indeksi, son 3–6 aydaki kilo kaybı ve akut hastalık etkisi değerlendirmeleri) skorları hesaplandı. Bu bulguların, eş zamanlı yapılan tırnak dibi video-kapillaroskopisi (TVK) ile belirlenen skleroderma bulgularına (erken/aktif/geç) ile ilişkisi araştırıldı.

**Bulgular:** Elli sekiz SSk (51 kadın) hastasında ortalama yaş 46±13, takip süresi 54±50 ay, Raynaud semptomu süresi 10±9 ve non-Raynaud semptom süresi 7±7 yıldır. Sınırlı deri tutulumu 40 (%71), ANA 48 (%83) ve anti-Scl70 21 (%36) hastada mevcuttu. Dijital ülser 33(%57), telanjiektazi 45 (%78), disfaji 39 (%67), akciğer fib-

**Tablo (SS-03):** SSk hastalarında hastalık aktivite ve şiddet ölçütleri ile UCLA SCTC GIT 2.0 skorları.

	TVK (Erken)	TVK (Aktif)	TVK (Geç)	p
MRSS	4.3±5.1	8.3±6.9	12.3±7.5	P=0.001*
Telanjiektazi skoru (Shah)	2.3±2.4	4.6±1.9	6±3.5	P<0.001*
Hastalık aktivite skoru (Valentini)	0.9±0.9	1.1±1.2	1.9±1.2	P=0.014*
Hastalık şiddeti indeksi (Medsker)	3.4±2	4.6±3	6.5±2.6	P=0.001*
UCLA SCTC GIT 2.0	0.063±0.111	0.259±0.288	0.353±0.327	P=0.002*
Reflü	0.263±0.415	0.500±0.509	0.874±0.667	P=0.002*
Şişkinlik	0.118±0.357	0.296±0.498	0.564±0.881	AD
Fekal inkontinans	0±0	0±0	0.107±0.315	AD
Diare	0±0	0.500±0.741	0.268±0.552	AD
Fonksiyonel işlevsellik	0±0	0.105±0.237	0.184±0.406	AD
Emosyonel iyilik	0.011±0.050	0.211±0.372	0.118±0.308	AD
Konstipasyon	0.184±0.380	0.159±0.322	0.259±0.469	AD

\*Bonferroni, AD=anlamlı değil

rozis 23(%40) hastada görüldü. TVK'ye göre erken bulgu 16 (%28), aktif 11 (%19), geç 28 (%48) hastada mevcuttu, 3 hastada normal bulgu saptandı. Hastalık aktivite ve şiddet ölçütleri ile UCLA SCTC GIT 2.0 skorlarının geç TVK bulgusu olanlarda anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü (Tablo SS-03). MUST skoru >0 olan 10 hastadan 9'unda geç, 1'inde erken bulgu saptandı.

**Sonuç:** Sınırlı deri tutulumu ve vasküler bulguların ön planda olduğu bu SSK kohortunda; hastalık aktivite ve şiddetine benzer olarak GİS tutulumunun şiddeti ve yaşam kalitesine etkisinin geç TVK bulgusu olan hastalarda daha fazla olduğu saptanmıştır. Beslenme durumunda bozulma daha çok geç TVK bulgusu olanlarda görülmüştür. TVK GİS tutulumu ve beslenme durumunun şiddetini öngörmeye ve takipte faydalı olabilir. Geç TVK bulgusu olan hastaların GIS tutulumu ve beslenme durumu gözden geçirilerek gerekli önlemler alınmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Sistemik skleroz, gastro-intestinal tutulum, tırnak dibi video-kapilleroskopi

#### SS-04

### Romatoid artrit hastalarında hasta global değerlendirme ya da doktor global değerlendirme ile Boolean remisyonu: Ultrasonografik hastalık aktiviteleri, sürdürülebilirlik ve relaps oranları açısından farklılıkları

Gülsen Özen, Ali Uğur Ünal, Atakan Topçu, Haner Direskeneli, [Nevsun İnanc](#)

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Boolean remisyonu (BR), romatoid artrit (RA) ideal remisyona en yakın tanıdır. Ancak, noninflamatuvar sebeplerden sıklıkla etkilenen hasta global değerlendirmesi (hGD) nedeniyle

BR'ye ulaşım ve sürdürülebilirlik oldukça güçtür. Bu çalışmada, BR'yi doktor (d) GD ile karşılayan (BR-dGD) hastaların ultrasonografik (US) hastalık aktivitelerini, remisyon sürdürülebilirliklerini ve relaps oranlarını, BR'yi hGD ile karşılayan (BR-hGD) hastalara kıyasla değerlendirilmek amaçlandı.

**Yöntem:** En az 6 aydır, stabil tedavi altında klinik remisyonda olan (DAS28-ESH<2.6) RA hastaları çalışmaya alındı. Hastaların BR-hGD ya da hGD'nin dGD ile değiştirildiği modifiye BR (BR-dGD) kriterlerini karşılayıp karşılamadığı değerlendirildi. DAS28'de yer alan 28 eklem, sinovit varlığı açısından standart gri skala (GS) ve power Doppler (PD) US ile incelendi. US sinovit GS ve PD sinyalleri 0-3 arasında semikantitatif olarak derecelendirildi (toplam PD ve GS skoru). US hastalık aktivitesi ayrıca 3 kategoride incelendi: 1. US remisyon (PD-/GS-), 2. İnaktif sinovit (PD-/GS+), 3. Aktif sinovit (PD+/GS+). Altıncı ayda klinik relaps (1. DAS28 remisyondan çıkma; 2. BR'dan çıkma) ve US relaps (US remisyondan çıkma 1. PD/GS skorlarında herhangi bir artış nedeniyle; 2. PD/GS skorlarında sadece  $\geq$  grade 2 artış nedeniyle) oranları belirlendi.

**Bulgular:** Ardışık 398 RA hastasından DAS28 remisyonda olan 96 hasta (K/E=60/36, ortalama yaş 53 $\pm$ 11, hastalık süresi 11 $\pm$ 5 yıl, bDMARD %43, RF/Anti-CCP pozitifliği %83) çalışmaya alındı. Bazalde ve 6. ayda, sırasıyla, 37 (%39) ve 31 (%32) hasta BR-hGD'yi, 61 (%64) ve 66 (%69) hasta BR-dGD'yi karşılamakta idi (p=0.001). BR-hGD ve BR-dGD'yi karşılayan hastaların bazal US hastalık aktiviteleri anlamlı olarak farklı değildi (Tablo 1 SS-04). BR-hGD'yi karşılayan hastaların PD ve GS sinovit skorları BR-hGD'yi karşılamayanlardan da anlamlı farklı değildi. Fakat BR-dGD'yi karşılayan hastaların PD [0 (1-4) vs 4 (2-7), p=0.001] ve GS skorları [3 (0-7) vs 6 (3-10), p=0.003]

**Tablo 1 (SS-04):** Hasta ve doktor global değerlendirmeye göre Boolean remisyonu karşılayan hastaların bazal klinik özellikleri ve ultrasonografik hastalık aktiviteleri.\*

	Boolean REM-hGD (n=37)	Boolean REM-dGD (n=61)	P değeri
Yaş, mean $\pm$ SD yıl	53.4 $\pm$ 13.9	53.2 $\pm$ 13.1	0.94
Kadın, %	62.2	62.3	0.99
Eğitim düzeyi, mean $\pm$ SD yıl	6.9 $\pm$ 3.9	6.8 $\pm$ 3.6	0.88
Hastalık süresi, mean $\pm$ SD yıl	10.4 $\pm$ 5.0	10.4 $\pm$ 5.2	0.98
RF/Anti-CCP pozitifliği, %	83.8	82.0	0.82
Biyolojik DMARD alanlar, %	40.5	41.0	0.96
Glukokortikoid alanlar, %	13.5	14.8	0.86
HAQ (0-3)	0.12 (0-0.69)	0.12 (0-0.50)	0.55
DAS28-ESR, mean $\pm$ SD	2.08 $\pm$ 0.44	2.10 $\pm$ 0.43	0.81
PD sinovit toplam skoru (0-84)	1 (0-4.5)	1 (0-4)	1.0
PD sinovit toplam skoru (grade 1 sinyaller sayılmaksızın)	0 (0-4)	0 (0-3)	0.99
GS sinovit toplam skoru (0-84)	4 (0-7)	3 (0-7)	0.93
GS sinovit toplam skoru (grade 1 sinyaller sayılmaksızın)	2 (0-5.5)	2 (0-5.5)	0.82
US remisyon (PD-/GS-), %	27	24.6	0.79
PD-/GS- grade 1 sinyaller sayılmaksızın	43.2	44.3	0.92
İnaktif sinovit (PD-/GS+), %	10.8	11.5	0.92
PD-/GS+, sadece GS $\geq$ grade 2 sinyaller	16.2	14.8	0.84
Aktif sinovit (PD+/GS+), %	62.2	63.9	0.86
PD+/GS+, sadece $\geq$ grade 2 sinyaller	40.5	41	0.96
US erozyon, %	67.6	70.5	0.76
US tenosinovit, %	21.6	21.3	0.97

\*Değerler aksi belirtilmedikçe median (IQR) olarak verilmiştir.

BR-dGD'yi karşılamayanlardan anlamlı daha düşüktü. Her iki BR grubunda DAS28 remisyondan çıkma oranları benzerdi (BR-hGD vs BR-dGD: %16 vs %18, p=0.82), fakat BR'dan çıkma oranları BR-dGD'de hafif daha düşüktü (BR-hGD vs BR-dGD: %38 vs %21, p=0.08). BR-hGD ve BR-dGD'yi karşılayan hastalarda US relaps oranları (US remisyondan çıkma: 3/10 vs 7/15, p=0.41; PD/GS'de  $\geq$  grade 2 artış nedeniyle US remisyondan çıkma: 1/16 vs 6/20, p=0.16) ve zaman içinde US hastalık aktivitesinin değişimi benzerdi (Tablo 2 SS-04).

**Tablo 2 (SS-04):** Hasta ve doktor global değerlendirmeye göre Boolean remisyonu karşılayan hastaların bazal ve 6. ay klinik ve ultrasonografik bulguları arasındaki farklar.\*

	Boolean REM-hGD (n=37)	Boolean REM-dGD (n=61)
$\Delta$ DAS28	0.20 (0.40)	0.24 (0.59)
$\Delta$ HAQ	-0.1 (0.4)	-0.1 (0.4)
$\Delta$ PD sinovit toplam skoru	-0.2 (2.1)	-0.3 (2.4)
$\Delta$ GS sinovit toplam skoru	-0.5 (2.8)	-0.6 (3.1)
PD skorlarındaki değişimler, %		
Azalma	35.1	36.1
Aynı	37.8	32.8
Artma	27.0	31.1
Grade 1 değişimleri saymaksızın PD skorlarındaki değişimler, %		
Azalma	27.0	29.5
Aynı	54.1	49.2
Artma	18.9	21.3
GS skorlarındaki değişimler, %		
Azalma	48.6	49.2
Aynı	21.6	21.3
Artma	29.7	29.5
Grade 1 değişimleri saymaksızın GS skorlarındaki değişimler, %		
Azalma	27.0	29.5
Aynı	56.8	50.8
Artma	16.2	19.7
Bazalde US remisyonda (PD-/GS-) olmayan hasta sayısı	27	46
6. ayda US remisyona ulaşma, %	18.5	15.2
Bazalde US remisyonda (PD-/GS-) olmayan hasta sayısı (PD-/GS- grade 1 sinyaller sayılmaksızın)	21	35
6. ayda US remisyona ulaşma, %	19.0	31.4

\*Değerler aksi belirtilmedikçe mean (SD) olarak verilmiştir. İki grup arasındaki tüm karşılaştırmalarda p değeri  $>0.05$ 'tir.

**Sonuç:** dGD ile Boolean remisyonu karşılayan RA hasta oranı anlamlı yüksek olmakla birlikte US hastalık aktivite hGD ile Boolean remisyonu karşılayanlardan daha yüksek değildir. US ile kanıtlanmış inflamatuvar aktivite BR-dGD olan ve olmayan hastalar arasında daha iyi ayırt edilmiş olup benzer US relaps oranları ile sürdürülebilirliği BR-hGD'den daha yüksek bulunmuştur. BR ile remiyon değerlendirmesinde, özellikle oturmuş RA hastalarında, hGD yerine dGD kullanılabilir.

**Anahtar sözcükler:** Boolean remiyon, romatoid artrit, ultrasonografi

## SS-05

### Romatoid artrit hastalarında sodyum tüketimi ve subklinik aterosklerozis ile ilişkisi

Gülşen Özen<sup>1</sup>, Ali Uğur Ünal<sup>1</sup>, Simge Saydam<sup>1</sup>, Murat Sünbül<sup>2</sup>, Kürşat Tigen<sup>2</sup>, Haner Direskeneli<sup>1</sup>, Nevsun İnanç<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul;

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı

**Amaç:** Fazla sodyum tüketiminin, sigara içen RA hastalarında artmış ACPA pozitifliği ile ilişkisi bilinmesine karşın genel popülasyonda gösterilmiş olan kan basıncı, endotel fonksiyonları ve kardiyovasküler (KV) morbidite/mortalite üzerine olumsuz etkileri RA hastalarında henüz incelenmemiştir. Bu çalışmada RA hastalarında sodyum tüketiminin karotid ultrasonografi (US) ile değerlendirilen subklinik aterosklerozis ile ilişkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmaya KV hastalığı, DM, kronik böbrek hastalığı, ya da diüretik kullanımı olmayan, prospektif izlenen RA hastaları dahil edildi. Günlük diyetle alınan sodyum miktarı 24 saatlik idrarda sodyum atılımı ile tayin edildi. Fazla sodyum tüketimi 24s idrarda sodyum atılımı  $>200$  mmol/gün ( $>12$  g/gün) olarak tanımlandı. Karotid US'de karotid intima-media kalınlığı (kIMK)  $>0.90$  mm $\pm$ karotid plak varlığı subklinik aterosklerozis olarak kabul edildi. Hastalık özellikleri, geleneksel KV risk faktörleri, tüm izlem boyunca her vizitteki ESH, CRP ve DAS28 değerleri kaydedildi. Ortalama DAS28, CRP düzeyleri ve yüksek hastalık aktivitesinde kaldıkları ziyaret oranları belirlendi. Aterosklerozisi etkileyebilecek diğer KV risk faktörleri ve RA şiddet ölçütleri multivariante lojistik regresyon ile düzenlendi.

**Bulgular:** Çalışmaya alınan 133 hastada (K/E=104/29, yaş  $54\pm11$  yıl, hastalık süresi  $13\pm6$  yıl, HT %23) günlük ortalama sodyum atılımı  $187.1\pm73.8$  mmol/gün ( $11.0\pm4.3$  g/gün tuz tüketimine eşdeğer) olup 59'unda (%44.4) sodyum tüketimi  $>12$  g/gün idi. Subklinik aterosklerozis 28 (%21) hastada saptandı. Subklinik aterosklerozisi olan hastalarda günlük sodyum tüketimi subklinik aterosklerozisi olmayan hastalardan belirgin yüksekti ( $14.0\pm4.8$  g/gün vs  $10.2\pm3.8$  g/gün,  $p<0.001$ ;  $>12$  g/gün sodyum tüketim %'si: %64 vs %39,  $p=0.017$ ). Günlük sodyum tüketimi kIMK ( $r=0.31$ ,  $p<0.001$ ), ortalama CRP ( $r=0.22$ ,  $p=0.010$ ), serum ürik asit düzeyi ( $r=0.29$ ,  $p=0.001$ ) ve vücut ağırlığı ( $r=0.25$ ,  $p=0.004$ ) ile pozitif koreleydi. Sodyum tüketimiyle sistolik-diastolik kan basınçları arasında anlamlı olmayan pozitif korelasyon saptandı. NSAİİ ya da glukokortikoid kullanan hastaların sodyum tüketimi kullanmayanlarınkine benzerdi. Hipertansif, obez, sigara içen ve seropozitif hastaların sodyum tüketimleri bu özelliklere sahip olmayanlardan farklı değildi. Hastalık özellikleri, kümülatif hastalık aktivitesi ve geleneksel KV risk faktörlerinin lojistik regresyon analizinde fazla sodyum tüketimi RA hastalarında subklinik aterosklerozis ile ilişkili bulundu (OR=1.32, %95 CI, 1.08–1.61;  $p=0.006$ ).

**Sonuç:** Fazla sodyum tüketimi RA hastalarında subklinik aterosklerozis ile ilişkilidir. RA hastalarında, fazla sodyum tüketiminin inflamasyon, KV morbidite ve mortalite, kan basıncı kontrolü üzerinde oluşturabileceği olası etkiler ileri çalışmalar ile aydınlatılmalıdır. Hipertansif erişkin hastalara önerildiği şekilde, özellikle hipertansif ya da yüksek KV riskli RA hastalarına da sodyum tüketiminin azaltılması önerilebilir.

**Anahtar sözcükler:** Romatoid artrit, sodyum, subklinik aterosklerozis

## SS-06

### Romatoid artritli hastalarda hastalık aktivasyonu tromboza eğilimi artırmaktadır: Tromboelastografi yöntemi ile analiz

Sümeyye Merve Türk<sup>1</sup>, Döndü Üsküdar Cansu<sup>2</sup>, Hava Üsküdar Teke<sup>3</sup>, Timuçin Kaşifoğlu<sup>2</sup>, Muzaffer Bilgin<sup>4</sup>, Meltem Akay<sup>3</sup>, Cengiz Korkmaz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Eskişehir; <sup>2</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir; <sup>3</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, Eskişehir; <sup>4</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Eskişehir

**Amaç:** Romatoid artrit (RA) klinik olarak arteriyel ve venöz tromboembolinin arttığı kanıtlanmıştır. Ancak buna yönelik laboratuvar olarak tromboza eğilimi gösterebilecek tromboelastografiyi içeren bir çalışma literatürde mevcut değildir. Amacımız RA'lı hastalarda tromboza eğilimi ilk kez bir laboratuvar yöntemi olan tromboelastografi yöntemi ile saptamak ve olası risk faktörlerini belirlemektir.

**Yöntem:** Romatoloji bölümünde 2010 ACR/EULAR kriterlerine göre RA tanısı almış olan konvansiyonel DMARD tedavilerden metotrexate+hidroksiklorokin ve/veya steroid alan, biyolojik tedavilerden sadece anti-TNF almakta olan 85 hasta ardışık olarak alındı. Yaş ve cinsiyet uyumlu bilinen kronik hastalığı olmayan 35 sağlıklı ise kontrol grubu olarak alındı. Hemogram, eritrosit sedimentasyon hızı, CRP, lipid profilleri, DAS-28 skorları hesaplandı ve tromboza eğilimi saptamak için eş zamanlı tromboelastografi çalışıldı. Tromboelastografi yöntemi pıhtı oluşumu ve sonra çözünmesinin sürekli bir grafik şeklinde gösterilmesine dayalı tromboza eğilimi gösteren bir yöntemdir. Bu test hem intrinsek (İ) hem de ekstrinsek (E) yol aktive edilerek değerlendirildi. Burada pıhtılaşma zamanı (CT, İ-CT=100–240 saniye, E-CT=38–79 saniye), pıhtı oluşma zamanı (CFT, İ-CFT=30–100 saniye, E-CFT=34–159 saniye) ve maksimum pıhtı sertliği (MCF, İ-MCF=50–72 mm, E-MCF=50–72) ölçülmektedir. CT ve/veya CFT'nin kısa olması ve/veya MCF'nin uzun olması hiperkoagülabilitate eğilimi göstermektedir.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen ardışık 85 RA hastasının yaş ortalaması 54.12±13 yıl, %77.6'sı (66) kadın, idi. Hastaların %52.9'u (45) MTX±HCQ±KS, %43.5'i ise (37) anti-TNF±

MTX (15 etanersept, 12 adalimumab, 10 golimumab) kullanıyordu. %64.7 (55) hasta aktif olarak steroid alıyordu. Hastalar DAS-28'e göre değerlendirildiğinde hastalık aktivitesi fazla olanlarda İ-CFT daha kısa ve İ-MCF daha uzun saptandı (sırasıyla p değerleri p=0.020, p=0.033). (DAS-28 gruplarına göre tromboelastografi sonuçları Tablo SS-06'da verilmiştir). Korelasyon analizine göre hastalığı daha aktif olanlarda İ-CFT ve E-CFT daha kısa, İ-MCF ve E-MCF daha uzun yani tromboza eğilim daha fazla saptandı. Lineer regresyonla İ-CT üzerine majör etkiye sahip değişkenler olarak DAS-28 ve CRP, İ-CFT, E-CFT için ise DAS-28, CRP ve trombosit sayısı, E-MCF için DAS-28, CRP, trombosit sayısı ve İ-MCF için ise CRP ve trombosit sayısı bulundu. Yani hastalık aktivitesini gösteren DAS-28, CRP ve artmış trombosit sayısı tromboza eğilim açısından tromboelastografi üzerine etkili değişkenler olarak saptandı.

**Sonuç:** Literatürdeki ilk çalışma olma özelliği taşıyan çalışmamızda RA'lı hastalarda aldıkları tedaviden bağımsız olarak hastalık aktivasyonunun tromboza eğilimi artırdığı bulunmuştur. Tromboz gelişim riskini azaltmak için önemli olan hastalığı remisyon veya düşük hastalık aktivitesinde tutabilmektir.

**Anahtar sözcükler:** Romatoid artrit, tromboz, tromboelastografi

## SS-07

### Non radyografik aksiyel spondiloartropati hastalarında görüntüleme ve klinik kollarının karşılaştırılması

İsmail Sarı<sup>1</sup>, Berrin Zengin<sup>1</sup>, Nihil Haroon<sup>2</sup>, Gerçek Can<sup>1</sup>, Ahmad Omar<sup>2</sup>, Gökçe Kenar<sup>1</sup>, Handan Yarkan<sup>1</sup>, Fatoş Önen<sup>1</sup>, Robert Inman<sup>2</sup>, Ahmet Merih Birlik<sup>1</sup>, Nurullah Akkoç<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir;

<sup>2</sup>Toronto Üniversitesi, Romatoloji Anabilim Dalı, Toronto, Kanada

**Amaç:** Yeni ortaya atılan aksiyel spondiloartrit (axSpA) konsepti için geliştirilen ASAS sınıflandırma kriterleri hem radyografik hasar gelişmiş ankiroz spondilit (AS) hastalarının ve hem de radyografik hasar henüz gelişmemiş olan non-radyografik (nr) axSpA hastalarının sınıflandırılabilmesini amaçlamıştır. Nr-axSpA tanısı için MR'da sakroiliit olması (görüntüleme kolu) veya HLA-B27 pozitifliği (klinik kol) gerekir. Literatürde iki grup hasta grubunun hastalık özelliklerini karşılaştıran çok az sayıda çalışma vardır.

**Tablo (SS-06):** DAS-28 hastalık aktivite skorlarına göre tromboelastografi sonuçları.

	Remisyonunda olan (DAS-28<2.6)	Hafif hastalık aktivitesi olan (2.6-3.2)	Orta hastalık aktivitesi olan (3.2-5.1)	Sağlıklı kontrol	p değeri
n	48	17	20	35	
I-CT	183.4±48.8	181.1±45.4	186.6±34.8	184.6±29.3	0.943
I-CFT	98.6±44.7	94.1±33.4	77.3±26.3	89.6±23	0.020*
I-MCF	61.8±5.4	61±6.5	64±5.4	60.2±4.62	0.033†
E-CT	69.5±17.5	72.1±13.3	70.3±13.4	76±16.4	0.372
E-CFT	108.2±28.4	101.1±34.2	87.9±26.9	100.9±24.6	0.079
E-MCF	62.54±4.6	63.3±6.3	66±4.8	62.5±4.38	0.061

\*Remisyon ile hafif hastalık arasında, †Sağlıklı ile orta hastalık aktivitesi arasında

**Yöntem:** SpA konusunda çalışan biri yurtdışı, biri yurtiçi olmak üzere iki merkezin veritabanlarına kayıtlı nr-ax SpA tanılı hastalar çalışmaya alınmıştır. Sakroilyak eklem (SİE) X-ray görüntüleri en az iki romatolog tarafından skorlanarak, AS tanısı konan hastalar çalışmadan dışlanmıştır. SİE MR'ları ASAS kriterlerine göre değerlendirilmiştir. Görüntüleme ve laboratuvar bulgularına göre hastalar görüntüleme ve klinik kollara ayrılmıştır. Görüntüleme kolu ayrıca HLA-B27 negatif ve pozitif olarak iki alt grup olarak da analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Toplam 200 hasta (%47.2 erkek) ASAS kriterlerine göre nr-axSpA olarak sınıflandırılmıştır. Ortalama yaş  $38 \pm 11.1$  ve ortalama tanı süresi  $9.1 \pm 8.1$  yıldır. Hastaların %73.5'u MR+ görüntüleme, %26.5'u klinik kola aittir; %25.8'i TNF inhibitörü (TNFi) almaktadır. Ortalama hastalık takip süresi, üveit ve psöryazis sıklığı klinik kolda daha fazla bulunmuştur. Buna karşılık akut faz reaktanlarında (AFR) yükseklik ve NSAİİ'ye iyi yanıt görüntüleme kolunda daha sıktır. Diğer hastalık özellikleri arasında gruplar arasında fark görülmemiştir (Tablo SS-07). Klinik koldaki hastalar görüntüleme kolundaki HLA-B27 (+) ve HLA-B27 (-) hastalar ile ayrı ayrı karşılaştırıldığında biyolojik kullanma oranı, üveit sıklığı ve ailede SpA öyküsü HLA-B27 pozitif hastalarda, B27 negatif olanlara göre hangi grupta olursa olsun daha yüksek gözlenmiştir. Geriye kalan klinik özellikler her üç grup için benzerdir.

**Sonuç:** Nr-ax SpA'lı hastalardan oluşan bu geniş gruplu çalışmada görüntüleme ve klinik kollarındaki hastaların klinik karakteristikleri birbirine benzer bulunmuştur. Görüntüleme kolundaki daha yüksek CRP'ye rağmen dikkat çekici bir şekilde

etkisizlik nedeniyle anti-TNF'nin değiştirilme oranları her iki grupta hemen hemen aynıdır.

**Anahtar sözcükler:** Aksiyel spondiloartropati, sınıflandırma kriteri, non radyografik

## SS-08

### Biyolojik tedavi alan RA hastalarında ko-morbiditeler ve cerrahi operasyon öyküleri: HÜR-BİO gerçek yaşam verileri

Berkan Armağan, Alper Sarı, Abdulsamet Erden, Levent Kılıç, Ömer Karadağ, Ali Akdoğan, Şule Apraş Bilgen, Sedat Kiraz, Ali İhsan Ertenli, Umut Kalyoncu

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Romatoid artrit (RA) orta-ileri yaşı etkileyebilen, kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Tedavi sürecinde komorbid hastalıkların önemi vardır. Bu çalışmanın amacı biyolojik tedavi alan RA hastalarında komorbidite ve cerrahi öykülerin sıklığının belirlenmesidir.

**Yöntem:** HÜR-BİO RA veri tabanı 2012 yılından itibaren prospektif olarak hastaların kaydedildiği tek merkezli veri tabanıdır. Bu veri tabanında 2016 ağustos itibarıyla 1235 RA hastası bulunmaktadır. Eylül 2012 tarihinden itibaren 1000 hastaya hastalık aktivitesi ve ilaçları yanı sıra komorbiditeleri, sigara öyküsü, eğitimleri, cerrahi öyküleri sorgulanmıştır.

**Bulgular:** 1000 hastanın 798'i (%79.8) kadındır, ortalama yaşları  $53.1 \pm 12.6$ , ortalama hastalık süresi  $11.0 \pm 7.7$  yıldır. 166 (%16.6) hasta 65 yaş ve üzerindedir. 544 (%54.4) hasta ilkökul ve altı eği-

**Tablo (SS-07):** Hastalara ait veriler.

	Görüntüleme kolu				Klinik kol (n=53)	P değeri
	B27 pos (n=65)	B27 neg (n=82)	P değeri	All (n=147)		
Yaş (yıl), ort.±SD	37.4±11.2	38.5±10.7	0.83	38±10.9	37.9±11.8	0.98
Cinsiyet, Erkek, %	49.2	39	0.42	43.5	47.2	0.74
Hastalık süresi, (yıl), ort.±SD	8.9±7.4	8.4±7.8	0.31	8.6±7.6	10.7±9.4	0.18
Takip süresi, (ay), ort.±SD	35±31.2	28.3±30.2	0.02	31.2±30.7	46.1±48.1	0.04
HLA-B27, %	65	0	<0.0001	44.2	100	<0.0001
Bazal BASDAI, ort.±SD	4.2±2.6	4.7±2.4	0.15	4.5±2.5	3.8±2.6	0.11
Bazal BASFI, ort.±SD	2.8±2.6	3±2.5	0.74	2.9±2.6	2.7±2.5	0.61
Bazal BASMI, ort.±SD	1.4±1.4	1.5±1	0.66	1.4±1.2	1.3±1.3	0.53
Artmış akut faz yanıtı, %	40	33.8	0.05	36.5	18.2	0.03
NSAİİ'e iyi yanıt, %	69.1	71	0.07	70.2	50	0.03
TNFi (herhangi bir zaman), %	33.8	16	0.003	24	41.5	0.02
TNFi değiştirme (herhangi bir zaman), %	57.1	23.1	0.14	44.1	40.9	0.81
TNFi değiştirme (etkisizlik), %	78.6	100	0.6	83.3	80	0.9
BASDAI50 yanıtı, %	38.1	46.2	0.77	41.2	33.3	0.78
Artrit, %	50.8	39	0.3	44.2	49.1	0.63
Üveit, %	15.4	3.7	<0.0001	8.9	28.3	0.001
Psoriasis, %	3.1	6.2	0.09	4.8	13.2	0.04
IBD, %	3.2	1.2	0.71	2.1	1.9	0.9
Entesit, %	46.7	52	0.56	49.6	41.9	0.38
Daktilit, %	4.6	4.9	0.66	4.8	1.9	0.68
Aile öyküsü, %	38.1	18.3	0.03	26.9	30.8	0.59

**Tablo (SS-08):** Hastaların cinsiyete göre demografik, komorbid ve cerrahi verileri.

	Cinsiyet		Total	p
	Kadın	Erkek		
<b>Komorbidite</b>				
Obesite (VKI >30)	382 (48.3)	64 (32.2)	446 (44.6)	0.00
Hipertansiyon	268 (33.6)	41 (20.3)	309 (30.9)	0.00
Diabetes mellitus	93 (11.7)	15 (7.4)	108 (10.8)	0.084
Tiroid hastalığı	129 (16.2)	8 (4)	137 (13.7)	0.000
Astım	35 (4.4)	11 (5.4)	46 (4.6)	0.521
SVO	4 (0.5)	0 (0)	4 (0.4)	0.313
Amiloidoz	5 (0.6)	2 (1)	7 (0.7)	0.580
Tbc öyküsü	19 (2.4)	10 (5.0)	29 (2.9)	0.052
Hepatit B	17 (2.1)	7 (3.5)	24 (2.4)	0.115
Hepatit C	10 (1.3)	6 (3)	16 (1.6)	0.115
Kanser öyküsü	23 (2.9)	6 (3)	29 (2.9)	0.947
<b>Cerrahi öyküsü</b>				
Omurga cerrahisi	79 (9.9)	8 (4)	87 (8.7)	0.007
Ortopedik cerrahi	72 (9)	18 (8.9)	90 (9)	0.960
Diz protezi	58 (7.3)	5 (2.5)	63 (6.3)	0.14
Kalça protezi	35 (4.4)	10 (5)	45 (4.5)	0.805
KTS ameliyatı	30 (3.8)	2 (1)	32 (3.2)	0.046
Kolesistektomi	72 (9)	7 (3.5)	79 (7.9)	0.009
Apendektomi	79 (9.9)	10 (5.0)	89 (8.9)	0.027
Herni onarımı	25 (3.1)	15 (7.4)	40 (4.0)	0.005
GIS ameliyatı	31 (3.9)	12 (5.9)	43 (4.3)	0.198
Katarakt	64 (8)	15 (7.4)	79 (7.9)	0.780
Kadın hastalıkları	127 (15.9)	-	127 (12.7)	
Meme ameliyatı	16 (2)	0 (0)	16 (1.6)	0.042
Tiroid ameliyatı	57 (7.1)	3 (1.5)	60 (6.0)	0.002
KBB ameliyatı	61 (7.6)	16 (7.9)	77 (7.7)	0.895
Ürolojik cerrahi	20 (2.5)	16 (7.9)	36 (3.6)	0.00
Akciğer cerrahisi	6 (0.8)	6 (3)	12 (1.2)	0.01
Kardiyak cerrahi	23 (2.9)	8 (4)	31 (3.1)	0.430

GIS: Gastrointestinal sistem, KBB: Kulak burun boğaz, KTS: Karpal tünel sendromu, SVO: Serebrovasküler olay, Tbc: Tüberküloz

timi varken, 197 (%19.7)'sinde yüksekokul vardır. Hastaların 599'u (%59.9) sigara hiç içmemiş, 189'u (%18.9) halen içiyor ve 212'si (%21.2) daha önce içmiş. En az bir kardiyovasküler risk faktörü (VKI>30, HT, DM, şimdiki sigara öyküsü) 699 (%69.9) hastada saptanmıştır. Hastaların komorbiditeleri ve cerrahi öyküleri Tablo SS-08'de gösterilmiştir.

**Sonuç:** Obezite, hipertansiyon, tiroid hastalıkları ve diabetes mellitus önemli sıklıkta görülen komorbid hastalıklardır. Ortopedik cerrahiler, kalça protezleri, diz protezleri, KTS operasyonları biyolojik tedavi altındaki RA hastalarında sıklıkla saptanmaktadır. Omurga cerrahisi, kolesistektomi ve tiroid operasyonları kadınlarda daha sıktır. Muhtemelen steroid kullanımına bağlı olarak hastaların %8'inde katarakt operasyonu geçirdikleri saptanmıştır. Hastaların yaklaşık üçte ikisinde en az bir adet kardiyovasküler risk faktörü bulunmaktadır. RA hastalarında tedavi planlamasında ko-morbid hastalıklar da göz önüne alınarak bütünsel yaklaşıma dikkat edilmelidir.

**Anahtar sözcükler:** Biyolojik tedavi, komorbidite, romatoid artrit

## SS-09

### Biyolojik tedavi kullanan romatoid artrit hastalarında fonksiyonel kapasite: HÜR-BİO gerçek yaşam verileri

**Umut Kalyoncu**, Berkan Armağan, Alper Sarı, Abdulsamet Erden, Levent Kılıç, Ömer Karadağ, Ali Akdoğan, Şule Apraş Bilgen, Sedat Kiraz, Ali İhsan Ertenli

*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara*

**Amaç:** Romatoid artrit (RA) uzun dönemde eklem hasarına neden olabilen bir hastalıktır. Eklem hasarına bağlı fonksiyonel kısıtlılığın değerlendirilmesinde hasta sağlık anketi (HAQ) sıklıkla kullanılmaktadır. Bu çalışmanın amacı biyolojik tedavi başlamadan önce RA hastalarının fonksiyonel kısıtlılık derecesinin belirlenmesidir. İkinci amaç ise verilen tedavi ile fonksiyonel kısıtlılık düzeyindeki düzelmenin saptanmasıdır.

**Yöntem:** HÜR-BİO RA veri tabanı 2012 yılından itibaren prospektif olarak hastaların kaydedildiği tek merkezli veri tabanıdır. Bu veri tabanında 2016 Ağustos itibarıyla 1235 RA hastası bulunmaktadır. Bu hastaların 523'ünde biyolojik tedavi öncesi tüm aktivite değerlendirmesi bulunmaktadır ve bu hastalar çalışmaya alınmıştır. HAQ skorunun 1.0 ve üzerinde olması ciddi fonksiyon-

**Tablo (SS-09):** HAQ skoruna göre hastaların özellikleri.

	HAQ $\geq$ 1 (n=268)	HAQ<1 (n=255)	p
Yaş, ortalama $\pm$ SD	55.1 $\pm$ 12.3	50.0 $\pm$ 12.3	<0.001
Hastalık süresi (yıl), ortalama $\pm$ SD	10.2 $\pm$ 8.0	8.6 $\pm$ 6.3	0.01
VKI, ortalama $\pm$ SD	31.3 $\pm$ 6.4	28.9 $\pm$ 5.9	<0.001
Lise ve üstü eğitim, n (%)	68 (25.3)	110 (43.1)	<0.001
Sigara (geçmişte veya şimdi), n (%)	95 (35.4)	123 (48.4)	<0.001
Hipertansiyon, n (%)	101 (37.7)	59 (23.1)	<0.001
Hasta global skoru VAS, ortalama $\pm$ SD	6.8 $\pm$ 1.4	5.7 $\pm$ 1.8	<0.001
Yorgunluk VAS, ortalama $\pm$ SD	6.7 $\pm$ 2.0	5.0 $\pm$ 2.8	<0.001
Ağrı VAS, ortalama $\pm$ SD	7.1 $\pm$ 1.6	6.1 $\pm$ 2.1	<0.001
Biyolojikler arası değişim, n (%)	63 (23.5)	41 (16.1)	0.033

nel kısıtlılık olarak derecelendirilmiştir. Hastaların veri tabanındaki son ziyaretleri hesaba katılarak fonksiyonel iyileşmeleri hesaplanmıştır. Başlangıca göre HAQ skorunda 0.22 birim azalma minimal klinik anlamlı cevap olarak kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Bu çalışmaya 523 RA hastası dahil edilmiştir. Hastaların 421'i kadın (%80.5), ortalama yaşları 52.6 (12.5), ortalama hastalık süresi 9.4 (7.3) yıldır. Hastaların %67.2'si RF veya anti-CCP pozitifdir. Başlangıçta 268/523 (%51.2) hastada HAQ skoru 1 ve üzerindedir. HAQ skoruna göre hastaların özellikleri tablo'da gösterilmiştir. Hastalar ortalama 16.4 $\pm$ 16.4 ay takip edilmişlerdir. 377 (%72.0) hastanın takip sırasında en az bir viziti vardı. HAQ skoru başlangıçta 1.07 (0.62) iken son kontrol vizitinde 0.64'e (0.57) gerilediği görülmüştür. Son ziyaretlerinde hastaların %25.2'sinde HAQ skoru 1 ve üzerindedir. Takip edilen hastaların son vizitlerine göre 238/377 (%63.1) hastada HAQ skorunda minimal klinik anlamlı yanıt elde edilmiştir. Biyolojik tedavi başlangıcında HAQ skoru  $\geq$ 1 olanlarda anlamlı klinik cevap daha fazla hastada görülmüştür (153/195 (%78.4) vs 85/182 (%46.7), p<0.001).

**Sonuç:** Biyolojik tedavi öncesi hastaların yaklaşık yarısında fonksiyonel kısıtlılık bulunmuştur. Özellikle biyolojik tedavi başlangıcında fonksiyonel kısıtlılığı fazla olan hastalarda daha iyi cevap alındığı görülmüştür. RA sakatlığa neden olan bir hastalıktır, biyolojik tedavi ile anlamlı düzeyde fonksiyonel düzelmeye elde edilebilmektedir. Ancak tedaviye devam eden hastaların yaklaşık dörtte birinde biyolojik tedaviye rağmen sakatlık düzeyinde kısıtlılık devam etmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Biyolojik tedavi, HAQ skoru, romatoid artrit

## SS-10

### Biyolojik ajan öncesi INH profilaksisi kullanan romatolojik hastaların INH tedavisine uyumları nasıldır? HÜR-BİO gerçek yaşam verileri

Emrah Şeyhoğlu<sup>1</sup>, Oğuz Abdullah Uyaroğlu<sup>1</sup>, Alper Sarı<sup>2</sup>, Berkan Armağan<sup>2</sup>, Abdulsamet Erden<sup>2</sup>, Levent Kılıç<sup>2</sup>, Ömer Karadağ<sup>2</sup>, Ali Akdoğan<sup>2</sup>, Şule Apraş Bilgen<sup>2</sup>, Ali İhsan Ertenli<sup>2</sup>, Sedat Kiraz<sup>2</sup>, Umut Kalyoncu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara; <sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Biyolojik tedavi öncesi latent tüberküloz saptanan hastalarda profilaksi için izoniazid (INH) önerilmektedir. INH tedavisi 9 ay boyunca verilmektedir. INH tedavisi önerilen hastala-

rın ilaç uyumları, tüberküloz profilaksisinin gücünü belirlemek açısından önemlidir. Bu çalışmanın amacı biyolojik tedavi öncesi INH profilaksisi önerilen romatolojik hastaların INH devamlılık oranlarının belirlenmesidir.

**Yöntem:** Biyolojik tedavi öncesi Quantiferon bakılan ve INH kullanan hastalar Ağustos 2015–Ağustos 2016 tarihleri arasında standart bir anket ile sorgulanmıştır. Bu ankette hastaların demografik ve klinik özelliklerinin yanı sıra tüberküloz profilaksisi önerilip önerilmediği sorgulanmıştır. Doktor tarafından 9 ay boyunca INH kullanması önerilen hastalara şu sorular sorulmuştur: i. INH 9 ay düzenli kullandınız mı? ii. INH düzenli kullanmadığınızı söyleyen hastalarda düzensizliğin/kullanmamanın nedenleri sorgulanmıştır. INH'yı düzensiz kullanma veya kullanmamanın nedenleri şu şekilde sınıflanmıştır: 1) INH'nin 9 aylık tedavi dolmadan hastanın kendisi tarafından kesilmesi, 2) Hastanın tedaviyi önemsememesi/unutması nedeniyle kullanmaması, 3. Karaciğer fonksiyon testlerinde bozulma

**Bulgular:** 710 hastaya anket uygulanmıştır ve 169'una (%23.8) INH önerilmiştir. INH başlanan hastaların 88'i (%52.1) kadındır. Ortalama yaşları 46.2'dir (11.4). 82'si (%48.5) lise ve üstü eğitim almıştır. 85'inde spondiloartrit, 65'inde romatoid artrit, 13'ünde psöriatik artrit, 6'sında diğer romatizmal hastalıklar vardır. 34/169 (%20.1) hasta INH düzensiz kullanmış veya kullanmamıştır. Bu hastaların 19'u (%11.2) INH ilk başladıktan sonra ilacını 9 aya tamamlamadan kendisi kesmiştir. Takip eden sürede 5 hastaya tekrar INH başlanmış ve toplam 9 aya tamamlanmıştır. 9 (%5.3) hasta önemsememe/unutma nedeniyle ilacını düzensiz kullanmıştır. 6 (%3.5) hastada ise transaminaz düzeyinde yükselme nedeniyle INH kesilmiştir. INH düzenli kullanan ve kullanmayan hastalar arasında klinik ve demografik açıdan fark saptanmamıştır.

**Sonuç:** Hastaların yaklaşık beşte biri INH profilaksisini 9 aya tamamlamadan kesmiştir. Öte yandan sadece %3.5'inde INH kesilmesinin medikal nedenleri vardır. Diğer hastalar ise kendi isteğiyle ilacı kesmiş veya önemsememe nedeniyle kullanmamıştır. Ülkemizden yapılan çok merkezli bir çalışmada INH düzenli kullanımı 7695 biyolojik hastasında %92.8'dir. Bu oran bizim çalışmamıza göre daha yüksektir. Bu çalışmada da gösterildiği gibi INH'nin düzensiz kullanımında tüberküloz görülme sıklığı artmaktadır. Bizim çalışmamızdaki hiçbir hastada tüberküloz görülmemiştir ancak takibe gelen hastalarda INH kullanımının sorgulanmasından dolayı, bu çalışma INH düzensizi kullanımı ve tüberküloz gelişimi açısından yorum yapmak uygun değildir.

**Anahtar sözcükler:** Biyolojik tedavi, INH profilaksisi, latent tüberküloz enfeksiyonu



## SS-11

### Takayasu arteritli hastalarda kardiyovasküler risk faktörlerinin değerlendirilmesi

Fatma Alibaz Öner<sup>1</sup>, Matthew J Koster<sup>2</sup>, Ali Uğur Ünal<sup>1</sup>, Hale Yıldırım<sup>1</sup>, Ceylan Çıkkıç<sup>1</sup>, Cynthia S Crowson<sup>2</sup>, Ashima Makol<sup>2</sup>, Steven R Ytterberg<sup>2</sup>, Eric L Matteson<sup>2</sup>, Haner Direskeneli<sup>1</sup>, Kenneth J Warrington<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul;

<sup>2</sup>Mayo Klinik, Romatoloji Bölümü, Rochester, MN, ABD

**Amaç:** Kronik inflamasyonla ilişkili akselere ateroskleroz, sistematik inflamatuvar hastalıkların major komplikasyonlarından biridir. Takayasu Arteriti (TAK) aorta ve major dallarını etkileyen nadir bir büyük damar vaskülitidir. TAK'li hastalarda kardiyovasküler(KV) hastalık ve aterosklerotik risk faktörlerinin prevalansı hakkında yeterli veri yoktur. Bu çalışmada, TAK'li hastalarda KV olay insidansı ve KV risk faktörleri sıklığının araştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmaya, Mayo Klinik (Rochester, MN, ABD ve Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bölümünde, Amerikan Romatoloji Birliği 1990 kriterlerine göre TAK tanısıyla izlenen hastalar dahil edilmiştir. TAK tanısı konulduğu sırada kardiyovasküler risk faktörleri hakkındaki bilgi, ve takip sırasında gelişen KV olay insidansı hakkındaki veri tıbbi kayıtlardan retrospektif olarak elde edilmiştir. Çalışma için indeks tarih, hastaya TAK tanısı konulan tarihten itibaren±6 ay olarak belirlenmiştir. Her hasta, indeks tarihte aynı merkeze başvurmuş; yaş,cinsiyet ve coğrafi köken olarak benzer TAK dışı olgulardan kontrol gurubu ile bire-bir eşleştirilmiştir. İndeks tarihte hasta ve kontrollerin KV riskinin belirlenmesi için 2008 Framingham 10 yıllık KV risk skoru (FRS) kullanılmıştır. Lipid değerleri olmayan hastalar için, "office-based FRS" kullanılarak daha önce yayınlanmış algoritmalara göre risk hesaplanmıştır.

**Bulgular:** Toplam 175 TAK'li hasta ve 175 TAK-dışı kontrol çalışmaya dahil edildi (115 Mayo Klinik, 60 Marmara Üniversitesi). İndeks tarihte, 30 yaş üstü olan hastalar (107 TAK, 109 TAK-dışı) arasından 93 (%87) TAK hastasında ve 91 (%83)

TAK-dışı kontrolde FRS hesaplanabilmiştir. Hipertansiyon ve lipid düşürücü tedavi alımı TAK'li hastalarda anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. İndeks tarih öncesinde, KV olay varlığı yine TAK'li grupta anlamlı derecede yüksek saptandı. İndeks tarih-teki 10 yıllık FRS, TAK'li grupta anlamlı derecede yüksekti (Tablo SS-11). İndeks tarih öncesinde KV olay bulunan hastalar dışlandığında, 18 TAK'li hastada ve 3 TAK-dışı kontrolde takip süresinde KV olay geliştiği görüldü. Ortalama takip süresi TAK'li hastalarda 7.4 yıl, TAK-dışı kontrol grupta 7.9 yıl idi. TAK'li hastalarda 10 yıllık kümülatif KV olay insidansı %16.4 iken, TAK-dışı grupta % 6 saptandı. KV olay riski TAK'li hastalarda anlamlı derecede yüksekti (yaş, cinsiyet ve ülke için düzeltilmiş hazard oranı: 4.52; 95% CI: 1.29, 15.78)

**Sonuç:** KV risk faktörleri ve 10 yıllık Framingham KV risk skoru, TAK'li hastalarda, benzer yaş ve cinsiyetteki TAK-dışı kontrollerle kıyasla anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. TAK' li grupta aynı zamanda takip sırasında kümülatif KV olay insidansı da anlamlı derecede yüksektir. Bu nedenle, TAK tanısı konulduğunda, hastalar KV risk faktörleri açısından ayrıntılı olarak değerlendirilmeli, ve gerektiğinde agresif risk modifikasyonu yaklaşımı uygulanmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Takayasu arteriti, kardiyovasküler risk

## SS-12

### Sistemik sklerozda tanı süresini etkileyen faktörler ve bu faktörlerin tanıya kadar başvurulmuş doktor sayısı ve branşları ile olan ilişkisi

Yeşim Erez<sup>1</sup>, Handan Yarkan Tuğsal<sup>2</sup>, Gökçe Kenar<sup>2</sup>, Berrin Zengin<sup>2</sup>, Dilek Solmaz<sup>3</sup>, Mustafa Özmen<sup>3</sup>, Gerçek Can<sup>2</sup>, Fatoş Önen<sup>2</sup>, Nurullah Ataç<sup>2</sup>, Ahmet Merih Birlik<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir; <sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; <sup>3</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

**Amaç:** Sistemik skleroz (SSk) oldukça nadir görülmekte ve heterojen bir klinik dağılım göstermektedir. Ayrıca hekimlerin

**Tablo (SS-11):** Takayasu arteritli hastalar ve kontrollerin bazal klinik özellikleri.

	Takayasu arteriti (n=175)	Kontrol gurubu (n=175)	
Yaş (Yıl)	34.1±32.7	34.9±32.9	0.70
Cinsiyet (kadın/erkek)	157 / 18	160 / 15	0.58
Hipertansiyon, n (%)	69 (%40)	22 (%13)	<0.001
Diyabetes mellitus, n (%)	12 (%7)	8 (%5)	0.35
Lipid profili (mg/dl)*			
Total kolesterol, mg/dL	200±50 (n=113)	190±37 (n=60)	0.23
Düşük dansiteli lipoprotein, mg/dL	119±42 (n=101)	108±35 (n=51)	0.12
Yüksek dansiteli lipoprotein, mg/dL	52±17 (n=103)	54±15 (n=53)	0.50
Trigliserid, mg/dL	137±90 (n=108)	126±96 (n=60)	0.13
Lipid düşürücü tedavi, n (%)	22 (%13)	7 (%4)	0.004
Obezite (Vücut Kitle İndeksi >30 kg/m <sup>2</sup> ), n, (%)	32 (%22)	37 (%23)	0.78
Sigara, n, (%)	80 (%47)	70 (%41)	0.36
Framingham risk skoru, %†	3.6 (2.2–10)	2 (1.2–5)	0.001
İndeks tarih öncesi geçirilmiş KV olay varlığı	37 (%21)	6 (%3)	<0.001

\*Ortalama ± standart sapma, †Ortanca (minimum-maksimum). KV: Kardiyovasküler

çoğunun erken SSK bulgularına hakim olmadığı düşünülebilir. Bunlardan dolayı SSK tanısının geciktiği düşünülmektedir. Çalışmanın amacı SSK tanı süresini etkileyen faktörleri, bu faktörlerin tanıya kadar başvuru doktor sayısı ve branşları ile olan ilişkisini araştırmaktır.

**Yöntem:** Çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Romatoloji Bölümünde kayıtlı, 1980 ACR kriterlerini karşılayan 240 SSK hastasına yönelik planlandı. Demografik bilgiler, SSK hastalık süresi, SSK tipi, fizik muayene bulguları (mRodnan Skoru-mRS) hastalarla yapılan poliklinik ziyaretleri sonrasında kaydedildi. SSK başlangıç semptomunun zamanını ve tanıya kadar başvuru doktor ve branşlarını hatırlayamayan hastalar dışlandı. Çakışma sendromları ise klinik özelliklerinin izole SSK'ya göre farklılık göstermesi nedeniyle çalışmaya alınmadı. Çalışma değişkenleri ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişki Mann-Whitney U testi ile değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmaya dışlama kriterleri sonrası 135 hasta (K:120, E:15; ortalama yaş 52.14±11.58) alındı. 55 (%41) hastanın SSK tipi diffüz idi. 119 (%88) SSK hastasına tanı romatolog tarafından konulmuş olup 48 (%35) hastanın başvurduğu ilk hekim ise iç hastalıkları uzmanıydı. Raynaud fenomeninden (RF) tanıya kadar geçen ortalama süre 36 ay (1–588), non-RF ilk semptomdan tanıya kadar geçen ortalama süre 11 ay (0–397) olarak bulundu. Tanı süresi ile cinsiyet ve SSK tipi arasındaki ilişki Tablo SS-12'de gösterilmiştir. Tanıya kadar başvuru doktor sayısı 3.54 (±1.666) olarak bulundu. Tanı süresi ve tanıya kadar başvuru doktor sayısı ile mRS arasında korelasyon saptanmadı. Tanıya kadar başvuru doktor sayısı ile demografik ve klinik parametreler (SSK tipi, mRS, semptom süresi) arasında anlamlı ilişki olmadığı görüldü. Ancak sağlık çalışanı tanıdıkları tarafından uygun branşlara yönlendirilen SSK hasta grubunda tanıya kadar başvuru doktor sayısının daha az olduğu belirlendi (p: 0.011). Kısıtlılıklar: Çalışmanın en önemli kısıtlılığı, verilerin hastaların geriye dönük sorgulanması ile elde edilmesidir. Çalışmanın güvenilirliğini arttırmak için hastalar detaylı olarak sorgulanmıştır. Ayrıca çalışmaya sadece anamnezi tam güvenilir olan hastalar alınmıştır.

**Sonuç:** RF başlangıcından tanıya kadar geçen süre diffüz SSK'da anlamlı olarak daha kısa saptandı. Bununla birlikte mRS ile tanıya kadar geçen süre arasında herhangi bir korelasyon bulunmadı. Bu yüzden tanı süresinin deri değişikliklerinden ziyade SSK'nın iç organ tutulumu ve diğer komplikasyonlarından etkilendiği düşünülebilir. Deri değişikliklerinin tanı süresini etkilememesinin nedeni SSK ilişkili deri değişiklikleri ile ilgili olarak hekimlerin farkındalığının yetersiz olması olabilir. Sağlık çalışanı tanıdığı tarafından uygun branştaki hekime yönlendirme ise tanı süresini etkilememekle birlikte tanıya kadar başvuru doktor sayısını azaltmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Doktor sayısı, sistemik skleroz, tanı süresi

## SS-13

### Türk ankilozan spondilit hastalarında bir genom boyu ilişki çalışması: Ankilozan spondilit ile MEFV gen polimorfizmi ilişkisi

Nurullah Akkoç<sup>1</sup>, Handan Yarkan Tuğsal<sup>1</sup>, Zhixiu Li<sup>3</sup>, Fernur Çapa<sup>2</sup>, Servet Akar<sup>4</sup>, Dilek Solmaz<sup>4</sup>, Pınar Çetin<sup>1</sup>, Gerçek Can<sup>1</sup>, Gökçe Kenar<sup>1</sup>, Berrin Zengin<sup>1</sup>, Yavuz Pehlivan<sup>5</sup>, Ömer Nuri Pamuk<sup>6</sup>, Ediz Dalkılıç<sup>5</sup>, Salim Dönmez<sup>6</sup>, Erika De Guzman<sup>3</sup>, Jessica Harris<sup>3</sup>, Zeynep Yüce<sup>2</sup>, Ahmet Merih Birlik<sup>1</sup>, Fatoş Önen<sup>1</sup>, Matt Brown<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; <sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Moleküler Tıp Anabilim Dalı, İzmir; <sup>3</sup>Diamantina Enstitüsü, Queensland Üniversitesi, Brisbane, Avustralya; <sup>4</sup>İzmir Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir; <sup>5</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa; <sup>6</sup>Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne

**Amaç:** Sınırlı sayıda hasta içeren genetik çalışmaların sonuçları Türklere MEFV'nin ankilozan spondilit (AS) için aday genlerden biri olabileceğini düşündürmektedir. Bu Genom Boyu İlişki Çalışması (GWAS) Türk AS hastalarında MEFV ile AS ilişkisini araştırmak ve AS ile ilişkili lokusları belirlemek için yapılmıştır.

**Tablo (SS-12):** Raynaud ve non-Raynaud ilk semptomdan tanıya kadar geçen sürenin cinsiyet ve SSK tipi ile ilişkisi.

	Raynaud tanı süresi (ay)			Non-Raynaud tanı süresi (ay) (İlk semptomdan)		
	n.	Median	p	Median	p	
Sınırlı						
Kadın	77	47 (1–588)	>0.05	11 (0–397)	>0.05	
Erkek	3	26 (14–36)		19 (14–26)		
Diffüz						
Kadın	43	23 (1–168)	>0.05	11 (0–123)	>0.05	
Erkek	12	17 (4–299)		13 (0–227)		
Sınırlı (Toplam)	55	45 (1–588)	<b>0.013</b>	11.5 (0–397)	>0.05	
Diffüz (Toplam)	80	23 (1–299)		11 (0–297)		
Kadın						
Sınırlı	43	47 (1–588)	<b>0.012</b>	11 (0–397)	>0.05	
Diffüz	77	23 (1–168)		11 (0–123)		
Erkek						
Sınırlı	3	26 (14–36)	>0.05	19 (14–26)	>0.05	
Diffüz	12	17 (4–299)		13 (0–227)		
Kadın (Toplam)	120	39 (1–588)	>0.05	11 (0–397)	>0.05	
Erkek (Toplam)	15	19 (4–299)		15 (0–227)		

**Tablo 1 (SS-13):** Türk AS kohortunda genom taramasında AS ile anlamlı ilişkisi bulunan MHC dışı lokuslar.

Kr	SNP	Pozisyon*	p değeri	OR (%95 GA)	Yakın genler	Risk/Koruyucu	RAF Vaka/Kontrol
4	rs10000518	11504491	6.05e-06	0.48 (0.35-0.66)	HS3ST1	G/A	0.034/0.068
4	rs34939008	23346184	7.198e-06	0.74 (0.65-0.84)	GBA3	A/G	0.391/0.462
7	rs10280089	38706817	1.08e-06	1.43 (1.24-1.66)	FAM183B	A/C	0.319/0.242
8	rs4876208	2139471	5.56e-06	1.37 (1.19-1.57)	MYOM2	C/G	0.200/0.276
8	rs1013210	24116722	7.88e-08	0.65 (0.56-0.76)	ADAM28	G/A	0.394/0.320
15	rs148783236	50785016	1.01e-11	0.52 (0.43-0.63)	USP8	A/G	0.120/0.204
15	rs11639037	70338485	9.52e-06	1.39 (1.20-1.62)	TLE3	C/T	0.306/0.241
15	rs8036083	101767822	7.24e-06	1.35 (1.18-1.55)	CHSY1	G/T	0.466/0.397
16	rs61752717	3293407	7.63e-12	5.34 (3.30-8.62)	MEFV	C/T	0.061/0.011
16	rs61752717 <sup>b</sup>	3293407	4.012e-17	5.80 (3.59-9.38)	MEFV	C/T	0.061/0.011
18	kr18:14723700:D	14723700	8.78e-06	0.74 (0.64-0.84)	ANKRD30B	Y/Z	0.358/0.432
21	rs235316	46272105	7.85e-06	1.44 (1.23-1.69)	PTTG1IP	T/A	0.245/0.186

\*İnsan genomu hg19, <sup>b</sup>Fisher exact testi, GA: Güven aralığı, kont: Kontrol, Kr: Kromozom, OR: Göreli orantı (odds ratio), RAF: Risk allel frekansı

**Yöntem:** Çalışmaya 4 farklı romatoloji merkezinden modifiye New York Kriterlerini karşılayan 1001 hasta ve 1011 kontrol alınmıştır. Genom analizi Illumina Infinium CoreExome kitleleri kullanılarak Diamantina Enstitüsünde (Queensland Üniversitesi, Avustralya) yapılmıştır. Standart kalite kontrolü, örneklem tabakalandırma tanımlaması ve kontrol önlemleri uygulanmıştır.

**Bulgular:** Kalite kontrolünden geçen 921 vaka ve 907 kontrol örneğinde toplam 294,091 SNP analiz edilmiştir. Beklendiği üzere, 6. kromozom MHC SNP'lerinde AS ile kuvvetli ilişki ( $p < 5 \times 10^{-8}$ ) gözlenmiştir (genotiplenmiş SNP rs3819299,  $p = 7.866 \times 10^{-119}$ ; imputasyon yapılmış SNP rs17192932,  $p = 5.64 \times 10^{-120}$ ). Genom çapında anlamlı ilişki gösteren iki MHC dışı lokus saptanmıştır: MEFV ve USP8. Ayrıca dokuz yeni lokusta telkin edici düzeyde anlamlı ilişki ( $p < 1 \times 10^{-5}$ ) izlenmiştir (Tablo 1 SS-13). MEFV bölgesinde rs61752717 (M694V) en güçlü ilişki gösteren SNP olarak belirlenmiştir [ $p = 7.63 \times 10^{-12}$ , OR=5.3 (3.3-8.6)]. Aynı bölgede üç kodlayıcı sinonim varyantı ve yedi kodlayıcı olmayan varyant içinde anlamlı ilişki gözlenmiştir (Tablo 2 SS-13). Genom çapında anlamlı ilişki saptanan diğer lokus USP8 bölgesidir [ $p = 1.01 \times 10^{-11}$ , OR=0.5201 (0.4309-0.6279)]. Daha önceki çalışmalarda AS ile genom boyutunda anlamlı ilişki gösterdiği bilinen 39 lokusun, 36'sında ilişki saptanmıştır.

**Sonuç:** Türk AS hastalarında yapılan bu çalışma nadir MEFV varyantlarının AS ile ilişkisini net bir şekilde kanıtlamıştır. Bu ilişki, bugüne kadar AS ile ilişkisi doğrulanan non-MHC genetik varyantlar içinde en güçlüsüdür ve AS ile ailesel Akdeniz ateşi arasında benzer etyopatogenetik mekanizmaların rol oynadığını düşündürmektedir. Bu çalışma ayrıca AS ile ilişkisi daha önceki GWAS çalışmalarından bilinen HLA-B27, ERAP1 ve 2p15 gibi lokusların ilişkisini Türk toplumunda da doğrulamıştır. Bu çalışma Pfizer tarafından desteklenmiştir

**Anahtar sözcükler:** Ankilozan spondilit, genom, MEFV

## SS-14

### Konvansiyonel tedaviye dirençli ANCA ilişkili vaskülit tanılı hastalarda rituksimab:

#### 25 hastanın retrospektif analizi

Gizem Ayan, Serdal Uğurlu, Gülen Hatemi, Emire Seyahi, Melike Melikoğlu, İzzet Fresko, Huri Özdoğan, Sebahattin Yurdakul, Vedat Hamuryudan

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

**Amaç:** ANCA ilişkili vaskülit (AİV) tedavisinde rituximab (RTX) etkinliği kontrollü çalışmalarda gösterilmiştir; ancak günlük pra-

**Tablo 2 (SS-13):** MEFV kodlama bölgesinde AS-ilişkili varyasyonlar (ters sarmal).

	SNP	Pozisyon*	p değeri	AA mutasyonu	DNA mutasyonu
Kodlayıcı olan	rs61752717	3293407	7.63e-12	M694V	2080A>G
	rs224224	3304654	0.01394	G138G	414A->G
	rs224223	3304573	0.015	A165A	495C->A
	rs224225	3304762	0.01638	D102D	305T->C
Kodlayıcı olmayan	rs224216	3301621	0.01102		T->C
	rs224219	3302313	0.013		C->T
	rs224226	3305732	0.01383		A->G
	rs224218	3301897	0.01749		T->C
	rs224217	3301757	0.01944		C->T
	rs224215	3301360	0.01984		T->C
	rs224221	3303531	0.03376		T->A

\*İnsan genomu hg19

tiği yansıtan gözlemsel veri kısıtlıdır. Bu retrospektif analiz ile amacımız; dirençli AİV'de RTX etkinliğini değerlendirmek; bu konuda gözlemsel bir veri ortaya koymaktır.

**Yöntem:** Konvansiyonel tedavi altında yetersiz yanıt alınması ya da nüks gelişmesi nedeniyle, 2011 ve 2015 yılları arasında RTX tedavisi altında izlenen 25 AİV tanılı hastanın (11 erkek, 14 kadın; ortalama yaş 42.8±14.2 SD yıl; ortalama hastalık süresi 45.5±47.5 SD ay) kayıtları retrospektif olarak incelendi. Bazal incelemede saptanan organ tutulumları; 14 hastada renal, 16 hastada pulmoner, 10 hastada üst solunum yolu, 2 hastada oküler, 2 hastada periferik sinir sistemi, 1 hastada santral sinir sistemi (SSS) tutulumu idi. Yanıt; BVAS skoru kullanılarak saptanan hastalık aktivitesi, kortikosteroid dozunda azalma, renal fonksiyonlar ve diğer organların klinik bulgularındaki iyileşme ile değerlendirildi.

**Bulgular:** Ortalama 17.4±13.9 SD aylık takip süresince, ortalama 2 kurs RTX tedavisi (1–5 kurs, 21 hastada sabit aralıklarda) verildi. RTX tedavisi; 11 hastada renal hastalık, 9 hastada pulmoner tutulum, 4 hastada üst solunum yolu ve 1 hastada SSS tutulumu nedeniyle başlandı. RTX'e ek olarak 13 hastada kortikosteroid, 7 hastada azatiopürin+kortikosteroid, 2 hastada metotreksat+ kortikosteroid, 2 hastada tek azatiopürin verilmiş olup, 1 hasta tek RTX tedavisi altında izlendi. Son değerlendirmede, 22 hasta takip altında, 1 hasta kayıp, 2 hasta ise ölmüş idi (1 renal yetmezlik, 1 hasta solunum yetersizliği nedeniyle). Hastaların 17/25 (68%)'i remisyonunda (BVAS skoru 0) olup, 3/25 (12%)'inde takip boyunca aralıklı nüksler saptandı. Ortalama BVAS skoru 1.6±4.1 bulundu. Ortalama kortikosteroid dozu 42±21.9 mg/gün'den 15.5±21.0 mg/gün'e düştü (p<0.001). Renal tutulumu olan hastaların 6'sında renal fonksiyonlarda düzelme, 6'sında stabil hastalık 2 hastada ise kötüleşme saptandı. Ortalama kreatinin düzeyi hafif olarak 2.1±1.2 mg/gün'den 1.9±1.4 mg/gün'e (p=0.36) iyileşme gösterdi. Proteinüri 1686±1466 mg/gün'den 1010±1100 mg/gün (p=0.02)'e geriledi. RTX tedavisi 2 hastada infüzyon reaksiyonu nedeniyle kesildi. Takipler süresince 4 hasta RTX tedavisi altında hastaneye yatırılarak izlendi. Bu hastaların 1'i pnömoni nedeniyle yatırıldı ve antibiyoterapiye yanıt verdi. İkinci hasta diffüz akciğer tutulumu sonucu, üçüncü hasta böbrek yetersizliği nedeniyle kaybedildi. Dördüncü hastada son dönem böbrek yetmezliği gelişti.

**Sonuç:** Bu retrospektif analiz, konvansiyonel tedaviye dirençli AİV tanılı hastalarda RTX tedavisinin, hastaların çoğunda kortikosteroid doz azaltımına ve remisyonla olanak sağlayan bir tedavi olduğunu göstermiştir. Genel olarak bu tedavi az oranda ciddi yan etki ile birlikte iyi tolere edilmiştir.

**Anahtar sözcükler:** ANCA ilişkili vaskülit, rituximab

## SS-15

### Granülomatöz polianjitli hastaların tanı sırasındaki toraks BT bulguları: Bir vaskülit merkezi deneyimi

Onur Taydaş<sup>1</sup>, Levent Kılıç<sup>2</sup>, Zeynep Atçeken<sup>3</sup>, Abdulsamet Erden<sup>2</sup>, Berkan Armağan<sup>2</sup>, Alper Sari<sup>2</sup>, Ali Akdoğan<sup>2</sup>, İhsan Ertenli<sup>2</sup>, Ömer Karadağ<sup>2</sup>, Macit Arıyürek<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara; <sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; <sup>3</sup>Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Granülomatöz Polianjit (GPA)'li hastalarda akciğer en sık etkilenen organ olmasına rağmen; akciğer radyolojik bulgularının ayrıntılı analizi ile ilgili az sayıda çalışma vardır. Bu çalışmada; GPA hastalarının tanı anındaki toraks bilgisayarlı tomografisinin (BT) bulgularının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Hacettepe Üniversitesi Vaskülit Merkezi (HÜVAM) veri tabanında kayıtlı toplam 98 GPA hastasının verisine ulaşıldı. Hastaların tanımlanmasında; 2012'de revize edilmiş Chapel Hill Nomenclature kriterleri kullanıldı. Eksik veri nedeniyle 43 hasta çalışma dışı bırakıldı. Toplam 55 (31, %56.4 kadın) hasta çalışmaya alındı. Hastaların demografik ve klinik verileri hasta dosyalarından kayıt edildi. Toraks BT görüntüleri, 2 farklı radyolog tarafından okundu. Radyologlar hastaların tanısını bilmekteydi, ancak hastalık evresi ve aktivitesi hakkında bilgileri yoktu. BT bulgularının final yorumlanması, radyologların ortak görüşüyle tamamlandı. Toraks BT bulguları olarak; parankimal nodül veya kitle, buzlu cam opasitesi ya da konsolidasyon, trakeabronşiyal tutulum, plevral düzensizlikler, plevra efüzyon, hilar ya da mediastinal lenfadenopatiler, kardiyomegali, perikardiyal efüzyon ve vasküler anormallik şeklinde değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastaların ortalama yaşları 51.5 (16.0) yılı. ANCA pozitifliği (MPO/ PR3: 15/29) %80 hastada vardı. 42 (%76.4) hastada en az bir tanımlanan BT bulgusu vardı (Tablo SS-15). Akciğer parankim tutulumu 39 (%70.9) hastada vardı, en sık olarak gözlenen parankim bulguları; 24 (%43.6) hastada nodül veya kitle, 22 (%40.0) hastada buzlu cam opasitesi veya konsolidasyondu. Bu parankimal bulgular hastaların %87.2 (34/39)'sinde bilateral idi. Nodülü olan hastaların %70.8 (17/24)'ünde 5'den fazla nodül ve %33.3 (8/24)'ünde kaviter lezyon vardı. Plevral efüzyon 13 (%23.6) hastada vardı ve %46.2 (6/13)'sında bilateral idi. Mediastinal ve hilar lenfadenopatiler 6 (%10.9) hastada vardı ve bu hastaların hepsinde aynı zamanda parankimal bulgular da vardı. Sadece 2 hastada trakeabronşiyal tutulum vardı; 1 hasta subglotik stenoz, diğeri bronşiyal duvarda kalınlaşmaydı. Perikardiyal efüzyon ve/veya kardiyomegali saptanan hastaların tümünde akciğer parankimal tutulumu da vardı. ANCA pozitiflik ve cinsiyet göre yapılan subgrup analizinde değerlendirildiğinde; ANCA pozitif hastalarda pulmoner nodül-kitle daha sık (%50 vs. %18.2, p=0.057), buzlu cam opasitesi-konsolidasyon erkek hastalarda daha sık (%54.2 vs. %29.0, p= 0.059).

**Tablo (SS-15):** GPA hastalarında tanı sırasındaki toraks BT bulguları.

	Hasta sayısı (%)
Akciğer parankim tutulumu	39 (%70.9)
Nodül veya kitle	24 (%43.6)
Buzlu cam opasitesi veya konsolidasyon	22 (%40.0)
Plevral efüzyon	13 (%23.6)
Perikardiyal efüzyon ve/veya kardiyomegali	9 (%16.4)
Mediastinal ve hilar lenfadenopatiler	6 (%10.9)
Trakeabronşiyal tutulum	2

**Sonuç:** GPA hastalarının ilk başvurusunda bile, akciğer BT'lerinde birçok pulmoner patoloji gözlenebilir. En sık olarak nodül-kitle, buzlu cam opasitesi-konsolidasyon görülse de; perikardiyal efüzyon ve/veya kardiyomegali, trakeabronşiyal tutulum ve subglotik stenoz görülebilmektedir. ANCA pozitifliği ve cinsiyet pulmoner patolojiler açısından farklılık oluşturabilir.

Tedavi ile akciğer bulgularındaki değişimi inceleyen ileri çalışmaya başlanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Granülomatöz polianjitis, toraks, bilgisayarlı tomografi

## SS-16

### Spondiloartropatili hastalarda mannoz bağlayıcı lektin gen polimorfizm sıklığı

Özlem Kudaş<sup>1</sup>, Alper Yıldırım<sup>2</sup>, Fatih Yıldız<sup>3</sup>, Suzan Dinkçi<sup>1</sup>, Eren Erken<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji-İmmünoloji Bilim Dalı, Adana; <sup>2</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri; <sup>3</sup>Van Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Van

**Amaç:** Mannoza bağlayıcı lektin (MBL), doğal immün sistemin bileşenidir. MBL fagositozu, apoptotik hücrelerin temizlenmesini sağlar, kompleman sisteminin lektin yolağını aktive eder. MBL2 geni 10. kromozom üzerinde 10q11.2-q21 pozisyonunda yerleşmiştir. Dört ekzon, üç introndan ibarettir. Birçok çalışmada MBL2 geni ekzon1'deki kodon 54 (Gly>Asp), 57 (Gly>Glu) ve 52 (Arg>Cys) polimorfizmi ve promotör bölgesindeki -550(H/L), -221(X/Y), +4(P/Q) genetik polimorfizmiyle infeksiyonlar ve otoimmünite gelişimi arasında ilişki gösterilmiştir. Spondiloartropatilerin (SpA) etyopatogenezinde genetik yatkınlık, çevresel faktörlerin etkisiyle uyarılan doğal immün sistem önemli rol oynar. Çalışmamızda SpA'lı hastalarda MBL2 geni ekzon1'deki polimorfizm sıklığını ve hastalığın klinik özellikleriyle ilişkisini araştırmayı amaçladık.

**Yöntem:** Çalışmaya 151 SpA hastası (87 kadın, 64 erkek, ortalama yaş: 43.0±12.1) ve 86 sağlıklı kontrol (57 kadın, 29 erkek, ortalama yaş: 40.5±13.3) alındı. SpA grubunun 102'si AS, 49'u AS dışı SpA (non-AS SpA) tanısıyla izlenmekteydi. Non-AS SpA'lı hastalar andiferansiye spondiloartropati (42), psöriyatik artrit (6) ve reaktif artrit (1) tanılıydı. Hastaların BASDAI, BASFI, CRP, ESR, tutulum şekli, HLA B27 pozitifliği kaydedildi. Ekzon1'deki kodon polimorfizmlerini araştırmak için sekanslama yöntemi kullanıldı. MBL2 gen polimorfizmi ile hastalık ilişkisi SPSS versiyon 23.0 programıyla analiz edildi. Genotipler bakımından grupların Hardy-Weinberg dengesi kontrol edildi.

**Tablo (SS-16):** Spondiloartropatili hastalar ve sağlıklı kontrol grubu arasındaki MBL2 ekzon1 gen polimorfizm sıklıkları.

Polimorfizm	AS* n (%) 102	non-AS SpA† n (%) 49	Total SpA n (%) 151	Kontrol n (%) 86	p değeri
R52C C>T	22 (21.5)	14 (28.5)	36 (23.8)	9 (10.4)	
Heterozigot	18	8	32	8	0.041
Homozigot	4	0	4	1	
G54D G>A	27 (26.4)	9 (18.3)	36 (23.8)25	24 (29.0)	0.289
Heterozigot	23	8	31	24	
Homozigot	4	1	5	1	
G57E G>A	8 (7.8)	8 (16.3)	16 (10.6)	0 (0)	0.002
Heterozigot	8	8	16	0	
Homozigot	0	0	0	0	

\*AS ve sağlıklı kontrol p değerleri: >0.05 R52C C>T ve G54D G>A; 0.007 G57E G>A. †non-AS SpA ve sağlıklı kontrol p değerleri: >0.05 G54D G>A; 0.012 R52C C>T; 0.000 G57E G>A.

**Bulgular:** Tüm SpA hastaları dikkate alındığında, R52C C>T ve G57E G>A polimorfizm sıklığı kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0.041 ve p=0.002). AS hastalarında sadece G57E G>A polimorfizmi kontrol grubuna göre yüksek olup (p=0.007), non-AS SpA hastalarında R52C C>T ve G57E G>A polimorfizmlerinin her ikisinin de sıklığı yüksek bulundu (p=0.012 ve p=0.000) (Tablo SS-16). SpA hastaları ve kontrol grubu arasında G54D G>A polimorfizmi açısından anlamlı fark yoktu (p=0.289). Ayrıca AS ve non-AS SpA hastaları karşılaştırıldığında, incelenen tüm ekzon1 polimorfizmleri açısından anlamlı fark bulunamadı. HLA-B27, ESR, CRP, BASDAI, BASFI ve tutulum şekli ile ekzon1 polimorfizmleri arasında ilişki saptanmadı. Daha önceki bir çalışmada Güney Kore'li AS hastalarında, MBL2 geni promotör bölgesi haplotip polimorfizmi ile hastalık arasında ilişki bulunmuş olup, ekzon1 polimorfizmleriyle ilişki saptanamamıştır. Bizim çalışmamızda AS dahil, SpA'lı hastalarda, MBL2 geni ekzon1 polimorfizmlerinin sıklığının artmış olduğu gözlenmiştir.

**Sonuç:** Çalışmamız MBL2 gen polimorfizmi ile SpA ilişkisini gösteren Türkiye'de yapılan ilk çalışmadır. MBL2 geni ekzon1 R52C C>T ve G57E G>A polimorfizmleri SpA'lı hastalarda yüksek bulunmuştur. Sonuç olarak MBL2 gen polimorfizmlerinin SpA patogenezinde hastalığa yatkınlıkta rolü olabileceği düşünülmüştür.

**Anahtar sözcükler:** Spondiloartropati, mannoz bağlayıcı lektin gen polimorfizmi

## SS-17

### Erişkin yaşta juvenil idiyopatik artrit hastalarında biyolojik tedavi kullanımı: HÜR-BİO gerçek yaşam verileri

Levent Kılıç<sup>1</sup>, Abdulsamet Erden<sup>1</sup>, Berkan Armağan<sup>1</sup>, Alper Sarı<sup>1</sup>, Ömer Karadağ<sup>1</sup>, Ali Akdoğan<sup>1</sup>, Şule Apraş Bilgen<sup>1</sup>, Sedat Kiraz<sup>2</sup>, Seza Özen<sup>2</sup>, İhsan Erten<sup>1</sup>, Umut Kalyoncu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; <sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Juvenil idiyopatik artrit (JİA) çocukluk döneminin sakatlığa neden olabilen hastalığıdır. Bu çalışmanın amacı erişkin romatoloji bölümünde takip edilen ve biyolojik tedavi alan JİA hastalarının demografik ve klinik özelliklerinin tanımlanmasıdır.

**Yöntem:** HÜR-BİO veri tabanında 2016 Ağustos itibarıyla 95 sistemik olmayan JİA hastası bulunmaktadır. Bu veri tabanında hastaların demografik ve klinik özellikleri, hastalık aktivite parametreleri, komorbiditeleri, eklem protezi öyküleri kaydedilmektedir. Hastaların son fonksiyonel durumu (HAQ skoru) ve hastalık aktivitesi (DAS-28) hesaplanmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya 95 (69 (%72.6) kadın) JİA hastası dahil edilmiştir. Hastaların demografik ve klinik özellikleri Tablo SS-17'de gösterilmiştir. Biyolojik öncesi ortalama DMARD sayıları 2.5'dir (1.1). İlk başlanan biyolojik ajanlar; etanercept (%63.2), adalimumab (%16.8), infliximab (%12.6), diğerleridir 7 (%7.4). Ortalama 60 (48) ay takip sonrasında 42 (%44.2) hasta biyolojikler arası değişim gerekmiştir. Son kontrolde HAQ skorunun  $\geq 1.0$  olması 16/75 (%21.3) hastada vardır (kadın 15/54 vs. erkek 1/21, p=0.029). 72 hastanın son DAS-28

**Tablo (SS-17):** Juvenil idiyopatik artrit hastalarının demografik ve klinik özellikleri.

	Tüm hastalar (n=95)	Kadın (n=69)	Erkek (n=26)	P
Yaş, ortalama (SD)	31.0 (10.8)	32.2 (10.9)	28.0 (10.0)	0.025
Semptom başlangıç yaşı, ortalama (SD)	9.9 (5.0)	9.5 (4.0)	10.9 (4.9)	0.22
Tanı yaşı, ortalama (SD)	12.5 (6.7)	12.3 (7.3)	13.2 (4.5)	0.62
Hastalık süresi (yıl), ortalama (SD)	18.5 (11.6)	19.9 (11.2)	14.6 (12.1)	0.012
Boy (cm), ortalama (SD)	160.7 (11.1)	157.6 (8.6)	168.7 (12.8)	0.0001
Biyolojik tedaviye kadar geçen süre (yıl), ortalama (SD)	12.7 (11.5)	14.2±11.5	8.7±11.0	0.01
Kalça protezi, n (%)	13 (%13.7)	13 (%18.8)	0	0.017
Diz protezi, n (%)	6 (%6.3)	6 (%8.7)	0	0.18
Kalça veya diz protezi, n (%)	14 (%14.7)	14 (%20.3)	0	0.01
RF veya anti-CCP (+), n (%)	42 (%44.2)	34 (%49.3)	8 (%30.8)	0.11
AAA öyküsü, n (%)	13 (%13.7)	9 (%13.0)	4 (%15.4)	0.75
Biyolojikler arasında değişim, n (%)	42 (%44.2)	32 (%46.4)	10 (%38.5)	0.64
Son ziyaret HAQ, ortalama (SD)	0.51 (0.62)	0.62 (0.67)	0.22 (0.35)	0.005
Son ziyaret DAS-28, ortalama (SD)	2.85 (1.56)	3.14 (1.47)	2.18 (1.59)	0.009

AAA: Ailesel Akdeniz ateşi, CCP: Siklik sitrülünize peptid, HAQ: Sağlık Değerlendirme Anketi, RF: Romatoid faktör, SD: Standart deviasyon

skoru bilinmektedir [remisyon 36 (%50), düşük 10 (13.9), orta 20 (%27.8), yüksek hastalık aktivitesi 6 (%8.3)]. Takibe gelmeyen hastalar da hesaba katıldığında 46/95 (%48.4) hastada remisyon veya düşük hastalık aktivitesi vardır. Protez ameliyatı olan hastalar daha yaşlıdır [(39.1±10.1 vs. 29.6±10.3), p<0.0001], hastalık süresi [(25.7±6.6 vs. 17.2±11.9 yıl), p=0.001] ve biyolojik tedaviye kadar geçen süre [(19.6±8.4 vs. 11.5±11.6 yıl), p=0.002] daha uzundur. 2003 yılı sonrası tanı konulan 38 JIA hastasının biyolojik tedaviye kadar geçen süre daha kısadır [3.2 (2.9) vs. 19.4 (10.6) yıl, p<0.001] (Tablo SS-17).

**Sonuç:** Biyolojik tedavi altındaki kadın JIA hastalarında yapısal hasar daha belirgindir. Fonksiyonel kısıtlılık, hastalık aktivitesi ve protez öyküsü kadınlarda daha yüksektir. Diğer yandan takipteki JIA hastalarında oldukça iyi düzeyde remisyon ve düşük hastalık aktivitesi sağlanmıştır. 2003 sonrası tanı konulan hastalarda biyolojik tedaviye geçiş süresinin belirgin kısa olması hem pediatrik hem de erişkin romatoloji doktorlarının bu hastaları daha etkin tedavi etmeye başladıklarını düşündürmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Biyolojik tedavi, juvenil idiyopatik artrit

## SS-18

### Biyolojik tedavi alan RA hastalarında RAID kompozit indeksinin değerlendirilmesi: HÜR-BİO gerçek yaşam verileri

*Abdulsamet Erden, Levent Kılıç, Berkan Armağan, Alper Sarı, Ali Akdoğan, Şule Apraş Bilgen, Ömer Karadağ, İhsan Ertenli, Sedat Kiraz, Umut Kalyoncu*

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

**Amaç:** Romatoid artrit hastalık etkisi anketi [Rheumatoid Arthritis Impact of Disease (RAID)] kompozit bir indekstir. Bu indeksin yedi domaini (ağrı, fonksiyon, yorgunluk, uyku bozukluğu, fiziksel ve psikolojik iyi hali ve baş etme/çıkabilme) vardır.

Bu skor klinik çalışmalarda RA etkisinin ölçmek için kullanılması önerilmektedir. Bu çalışmanın amacı RAID kompozit indeksinin diğer indeksler ile arasındaki ilişkiyi incelemektir.

**Yöntem:** Bu inceleme HÜR-BİO veri tabanından Ağustos 2016 tarihinde yapılmıştır. Hastalarımıza 2015 yılından itibaren de RAID formu doldurulmaya başlanılmıştır. RAID kompozit indeksi her biri 0'dan 10'a kadar puanlanan 7 soru içermektedir, 0 en iyi puan iken 10 en kötü puan olarak skorlanmaktadır, bu sorular sırasıyla; 1. Ağrı: son 1 haftalık sürede RA'ye bağlı ağrıyı en iyi nasıl tanımlarsınız, 2. Fonksiyon: son 1 haftalık sürede RA'ye bağlı günlük fiziksel aktiviteleri yapmadaki zorlanmayı en iyi nasıl tanımlarsınız, 3. Yorgunluk: son 1 haftalık sürede RA'ye bağlı yorgunluğu en iyi nasıl tanımlarsınız, 4. Uyku: son 1 haftalık sürede RA'ye bağlı uyku problemlerini (örneğin geceleri dinlenebilme) en iyi nasıl tanımlarsınız, 5. Fiziksel iyilik hali: Eklem şikayetlerinizi düşündüğünüzde, son 1 haftalık sürede fiziksel iyilik halinizi nasıl değerlendirirsiniz? Fiziksel iyilik halini en iyi tanımlayan numarayı işaretleyiniz, 6. Duygusal/psikolojik iyilik hali: Eklem şikayetlerinizi düşündüğünüzde, son 1 haftalık sürede duygusal/psikolojik iyilik halini nasıl değerlendirirsiniz? duygusal/psikolojik iyilik halinizi en iyi tanımlayan numarayı işaretleyiniz, 7. Başa çıkabilme: Eklem şikayetlerinizi düşündüğünüzde, son 1 hafta içerisinde hastalığınızın üstesinden gelebilmeyi (hastalığı yönetmek sorunları halledebilmek gibi) ne kadar başarabildiniz? şeklindedir.

**Bulgular:** HÜR-BİO veri tabanı 2016 ağustos itibarı ile 1235 RA hastasını içermektedir. Bu hastaların 149'una ilk biyolojik başlamasından önce RAID formu doldurulmuştu. Hastaların 124 (%83.2) kadın idi. Ortalama yaş 49±13 ve ortalama hastalık süresi 7.8±7.2 yıldır. Pozitif ACPA ve RF oranı sırasıyla 48/104 (%45.7) ve 78/137 (%56.9) olarak tespit edildi. Ortalama RAID skoru 6.72 (1.98) olarak bulundu. Kadın hastalarda RAID hastalık aktivitesi erkeklere göre daha yüksek olarak bulundu [RAID 6.8 (2.0) vs 5.9 (1.6), p=0.038]. RAID'in hastalık aktivite ölçüm-

**Tablo (SS-18):** RAID kompozit indeksinin diğer indeksler ile korelasyonu.

	RAID-total	Ağrı	Fonksiyon	Yorgunluk	Uyku	Fiziksel iyilik hali	Duygusal/psikolojik iyilik hali	Başa çıkabilme
DAS-28	0.28*	0.17*	0.19*	0.23*	0.36*	0.18*	0.20*	0.27*
HAQ-DI	0.49*	0.36*	0.43*	0.36*	0.36*	0.41*	0.37*	0.35*
Ağrı	0.51*	0.53*	0.45*	0.40*	0.32*	0.37*	0.40*	0.51*
Halsizlik	0.45*	0.37*	0.33*	0.54*	0.26*	0.31*	0.28*	0.23*
HGD	0.50*	0.48*	0.39*	0.43*	0.33*	0.40*	0.40*	0.12*
HES	0.27*	0.19*	0.14	0.21*	0.33*	0.17*	0.13	0.29*
ŞES	0.16*	0.03	0.05	0.17*	0.23*	0.10	0.08	0.18*
CRP	0.05	0.03	0.11	0.06	0.09	-0.02	0.02	0.01
ESH	0.01	-0.06	0.05	0.02	0.12	0.02	0.05	-0.03

CRP: C-reaktif protein, DAS: Hastalık aktivite ölçümü, ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı, HAQ: Hasta sağlık anketi, HES: Hassas eklem sayısı, HGD: Hasta global değerlendirme, ŞES: Şiş eklem sayısı, VAS: Vizüel analog skala. \*p<0.05.

leri orta derecede korelasyon var iken, akut faz reaktanları çok zayıf korelasyon saptandı (Tablo SS-18).

**Sonuç:** RAID'in rutin pratikte ve klinik çalışmalarda sıkça kullanılan DAS-28 skoru ile korelasyonu oldukça düşüktür. 28 eklem şiş ve hassas eklem sayısı, akut faz yanıtları ile korelasyonu ise oldukça kötüdür. Hasta ölçekli kompozit indeksler ile rutin pratikte sıkça kullanılan diğer ölçüm parametreleri arasındaki uyumsuzluk üzerinde durulması gereken bir sorundur. RAID'in günlük pratikte kullanımı tartışmalı bulunmuştur.

**Anahtar sözcükler:** RA, RAID

## SS-19

### Takayasu inepsiyon kohortu: Erken hastalık sistemik inflamasyon ile karakterizedir

**Fatma Alibaz Öner**, Ali Uğur Ünal, Ahmet Mesut Onat, Bünyamin Kısacık, Orhan Zengin, Ömer Karadağ, Samet Erden, Handan Yarkan, Servet Akar, Fatih Yıldız, Eren Erken, Hüseyin Özer, Ahmet Omma, Zeynep Özbalkan, Yaşar Karaaslan, Cemal Bes, Sibel Yılmaz Öner, Nilüfer Alpay, Özün Bayındır, Şule Yavuz, Nursen Düzgün, Ayşe Tufan, Ediz Dalkılıç, Hajime Yoshifuji, Abdurrahman Tufan, Lütfü Akyol, Mehmet Akif Öztürk, Mehmet Sayarlıoğlu, Kenan Aksu

*Türk Takayasu Arteriti Çalışma Gurubu*

**Amaç:** Takayasu Arteriti (TAK), nadir görülen bir büyük damar vaskülitidir. Literatürde, TAK prognozu ile ilgili sınırlı sayıda ve sadece retrospektif veri mevcuttur. Bu çalışmada, uzun süreli prospektif takip için oluşturulan ve yalnızca yeni tanı konulmuş TAK hastalarını içeren TAK İnepsiyon Kohortunun ilk sonuçlarını sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** Çalışmaya 1990 Amerikan Romatoloji Birliği kriterlerine göre, son 12 ay içinde TAK tanısı konulan hastalar dahil edilmiştir. Bazal ve en az yıllık ziyaret girilmesini gerektiren, uluslararası bir veritabanı olan "Takayasu's Arteritis Registry" de hasta bilgileri kaydedilmiştir. Sonuçlarımız daha önce yayınlanmış tarihi, retrospektif Türk Kohortu ile karşılaştırılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya Türkiye'den 15 ve Japonya'dan 1 adet tersiyer Romatoloji merkezinden toplam 128 hasta (yaş: 38.9±13.1 yıl, Kadın/Erkek: 112/16) dahil edilmiştir. Tanı sırasında ortalama

semptom süresi 5.2 yıldır. Anjiyografik sınıflamaya göre, hastaların %59.2'si tip 1, %17.2'si tip 5 olarak saptanmıştır. Sonuçlarımızı, daha önce Türk TAK çalışma gurubu tarafından yayınlanan retrospektif kohortla kıyasladığımızda, konstitüsyonel semptomlar (%72.2 vs %66) ve ekstremitte klodiyasyonu (%62.3 vs %48) inepsiyon kohortunda daha sık, nabızsızlık ise (%35.6 vs %88) daha az görüldü (Tablo SS-19). Karotidini yalnızca inepsiyon kohortunda mevcuttu. Benzer şekilde mukokutanöz semptomlar da özellikle yeni tanı konulmuş hastalarda gözükme (26.4% vs %8.8). İnepsiyon kohort'unda tanı sırasındaki komorbiditeler incelendiğinde, %22 dislipidemi, %6 diyabetes mellitus, %28.5 sigara kullanımı, %15.8 obezite (BMI>30) saptanmıştır. Tanı sonrası, hastaların tamamına 0.5-1 mg/kg/gün oral kortikosteroid tedavi verilmiştir. Ek olarak 10 (%7.8) hasta pulse kortikosteroid tedavi almıştır. Tanı sonrasında, steroid tedaviye ek olarak hastaların %43'üne (n=55) metotreksat, %11'ine (n=14) azatiyopurin ve %4'üne (n=5) siklofosfamid başlanmıştır.

**Tablo (SS-19):** İnepsiyon Kohortu ve retrospektif Türk kohortunun klinik özellikleri.

	İnepsiyon kohortu (n=128)	Retrospektif kohort (Bıçakçıl ve ark) (n=248)
Konstitüsyonel semptomlar	91/126 (%72.2)	163/248 (%66)
Ekstremitte klodiyasyonu	66/106 (%62.3)	119/248 (%48)
Karotidini	26/104 (%25)	-
Nabızsızlık	37/104 (%35.6)	218/248 (%88)
Muskuloskeletal manifestasyonlar	66/124 (%53.2)	104/248 (%42)
Mukokutanöz manifestasyonlar	32/121 (%26.4)	22/248 (%8.8)
Solunum sistemi manifestasyonları	40/122 (%32.8)	22/184 (%12)
Nörolojik manifestasyonlar	58/124 (%46.8)	156/248 (%63)
Kardiyak tutulum	23/106 (%21.7)	141/248 (%57)
Oftalmolojik tutulum	29/125 (%23.2)	57/248 (%36)

**Sonuç:** İnepsiyon kohortumuzun ilk sonuçları, tanı konmuş hastalarda sistemik inflamasyon bulgularının daha belirgin olduğunu düşündürmektedir. Bu grupta hasarı gösteren nabızsızlığın

daha az olması erken agresif tedavinin kalıcı hasarı azaltabileceğini düşündürmektedir. İnsepsiyon kohortumuzun uzun dönem sonuçları hastalığın gerçek seyri ve prognostik belirteçlerini daha iyi gösterecektir.

**Anahtar sözcükler:** Takayasu arteriti, prospektif takip, insepsiyon kohortu

## SS-20

### Behçet sendromuna bağlı dural sinüs trombozu: Tek merkezden izlenen 100 hastanın uzun dönem prognozu

Enes Ali Kurt<sup>1</sup>, Yeşim Özgüler<sup>1</sup>, Naci Koçer<sup>2</sup>, Didar Uçar<sup>3</sup>,  
Uğur Uygunoğlu<sup>4</sup>, Civan Işlak<sup>2</sup>, Sebahattin Saip<sup>4</sup>,  
Melike Melikoğlu<sup>1</sup>, Vedat Hamuryudan<sup>1</sup>, Yılmaz Özyazgan<sup>3</sup>,  
Sebahattin Yurdakul<sup>1</sup>, Aksel Siva<sup>4</sup>, Hasan Yazıcı<sup>1</sup>, Emire Seyahi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul;* <sup>2</sup>*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul;* <sup>3</sup>*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul;* <sup>4</sup>*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul*

**Amaç:** Behçet sendromu (BS), dural sinüs trombozunun (DST) önemli etyolojik nedenlerinden biridir. Biz bu çalışmada merkezimizde BS tanısı ile takipli DST gelişmiş olan hastaların prognozunu değerlendirmeyi planladık.

**Yöntem:** Kliniğimizde 1985–2015 yılları arasında takibe girmiş Behçet hastalarının dosyaları retrospektif olarak taranarak, DST tanısı almış 100 (81 E/19 K) BS hasta tanımlandı. Şubat 2015 ile Aralık 2015 arasında hastalar kliniğimize çağırılarak klinik, nörolojik ve oftalmolojik muayeneleri yapıldı ve kranial MR/MR venografileri çekildi.

**Bulgular:** Demografik veriler Tablo SS-20'de özetlenmiştir. 3 hastanın ayrıntılı radyolojik görüntülemesi bulunamadı. 8'inde ise intrakranial hipertansiyonun akut başlangıçlı kliniği ve bilateral papil ödem olmasına rağmen, çekilen ilk Kranyal MR'da patoloji saptanmamıştı. 59 hastada DST'ye ek olarak başka vasküler alanlarda tutulum saptandı. Bu hastaların yaklaşık olarak yarısında (32/59), DST diğer damar tutulumlarının öncesinde ortaya çıkmıştı. Hepsisi erkek, 7 hasta ölmüştü. Altı hasta, tek ziyaret sonrasında takipten çıkmıştı. Çalışmanın sonuna dek, hayatta olan ve takibini sürdüren hastaların, ortalama takip süresi 11 (IQR:6-15) yıl olarak saptandı. Sadece 6 hastada DST'nin nüks ettiği gözlemlendi. 87 hastanın detaylı tedavi öyküsü mevcut idi. Bunların 12'si antikoagülan ile birlikte olmak üzere, 78 hasta kısa süreli glukokortikoid tedavisi almıştı. 81 hastaya immunsupresif tedavi verilmişti. 4 hastaya ciddi KİBAS bulguları nedeniyle lumboperitoneal şant uygulanmıştı; bunların sadece birinden başarılı sonuç alındı. Ayrıca 1 hastaya vasküler embolizasyon ile birlikte arteriovenöz şant açıldı. Şimdiye kadar 50 hasta, klinikte tekrar değerlendirildi. Hiçbirinde intrakranial hipertansiyon bulgularına rastlanılmadı. Oftalmolojik değerlendirmede 17 hastada komplikasyon saptandı; bilateral optik atrofi (n=3), bilateral papil ödem (n=5), bilateral optik disk solukluğu (n=4) ve optik disk çevresinde fibrotik skar (n=5) bulundu. Sensörinöral tipte işitme kaybı 4 hastada saptandı. İzole DST' li 43 hastada nörolojik muayene

normal saptandı. Parankim tutulumu olan 7 hastanın nörolojik muayenelerinde sekel bulgulara rastlandı. Son yapılan görüntülemelerin 36'sında patolojik lezyonlar olduğu gözlemlendi. Bunlar: sagittal sinüste (n=17) veya transvers sinüste (n=16) hipoplazi, kollateral gelişimi, oklüzyon ve irregülerite olarak tanımlandı. Diğer 14 hastanın ise görüntülemeleri sekelsiz izlendi.

**Tablo (SS-20):** Demografik veriler.

DST ort. başlangıç yaşı	28±10
ISG'ye göre DST oluşum zamanı	
ISG öncesi	48 hasta
ISG dolduktan sonra	52 hasta [median 3 yıl (IQR:2&8)]
Tutulmuş dural sinüsler	
Superior sagittal sinüs	47
Transvers sinüs	46
Sigmoid sinüs	26
Juguler ven	15
DST dışı damar tutulumu	59/100
Alt ekstremitelerde derin ven trombozu	47
Pulmoner arter tutulumu	17
Budd-Chiari sendromu	9
Vena kava superior tutulumu	6
Periferik arter tutulumu	3
Göz tutulumu	37
Santral sinir sistemi parankim tutulumu	8
Gastrointestinal tutulum	5

**Sonuç:** BS'de, DST vücuttaki diğer vasküler tutulumlarla birlikte yakın ilişki içerisinde ve ciddi vasküler tutulumların haber vericisi olabilir. DST relapsı nadirdir, ancak hastalığın gidişatı sorunsuz da değildir. Optik disk atrofi nedeni ile görme alanı ve keskinliği tamamen veya tamama yakın etkilenip, bozulabilmekte ve yine DST'ye bağlı olarak işitme kaybı gözlemlenmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Behçet sendromu, dural sinüs trombozu

## SS-21

### Türk ankilozan spondilit hastalarında HLA B27 pozitifliğinin hastalık fenotipine etkisi

Handan Yarkan Tuğsal<sup>1</sup>, Sedat Çapar<sup>2</sup>, Fernur Çapa<sup>3</sup>,  
Rudi Steffensen<sup>4</sup>, Zhixiu Li<sup>5</sup>, Servet Akar<sup>6</sup>, Dilek Solmaz<sup>6</sup>,  
Pınar Çetin<sup>1</sup>, Gökçe Kenar<sup>1</sup>, Berrin Zengin<sup>1</sup>, Gerçek Can<sup>1</sup>,  
Zeynep Yüce<sup>3</sup>, Ahmet Merih Birlilik<sup>1</sup>, Fatoş Önen<sup>1</sup>, Matt Brown<sup>5</sup>,  
Nurullah Akkoç<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir;* <sup>2</sup>*Dokuz Eylül Üniversitesi İstatistik Bilim Dalı, İzmir;* <sup>3</sup>*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Moleküler Tıp Anabilim Dalı, İzmir;* <sup>4</sup>*Aalborg Üniversitesi, Klinik İmmünoloji Biyomedikal Departmanı, Aalborg, Danimarka;* <sup>5</sup>*Diamantina Enstitüsü, Queensland Üniversitesi, Brisbane, Avustralya;* <sup>6</sup>*İzmir Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir*

**Amaç:** Ankilozan Spondilit (AS) ve HLA B27 ilişkisi 40 yılı aşkın süredir bilinmektedir. Bu çalışmanın amacı HLA-B27+lığı ile Kuzey Avrupa toplumlarına göre göreceli olarak daha zayıf bir ilişki gösteren Türk AS hastalarında HLA-B27+ ve HLA-B27- durumunun hastalık fenotipine etkisini araştırmaktır.



**Tablo (SS-21):** HLA-B27 pozitif ve negatif hastaların bazal demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması.

	HLA B27 pozitif (n=561)	HLA B27 negatifve (n=257)	P değeri (n=818)
Erkek, n (%)	415 (%74)	154 (%59.9)	<0.001
Yaş, ortalama±SD (yıl)	43.6±12.6	45.4±12.7	0.07
Tanı yaşı, ortalama±SD (yıl)	33.0±13.1	36.6±14.5	<0.001
Aksiyal semptomların süresi, ortalama±SD	16.4±11.1	15.2±11.7	0.16
Tanı gecikmesi, ortalama±SD (yıl)	7.4±16.1	8.3±9	0.42
Aile öyküsü			
AS, n (%)	207 (%36.9)	50 (%19.5)	<0.001
Psoriasis, n (%)	15 (%2.7)	9 (%3.5)	0.5
Üveit, n (%)	12 (%3.7)	2 (%1.3)	0.13
İBH, n (%)	8 (%2.5)	4 (%2.5)	0.99
Periferik artrit, n (%)	249 (%44.4)	112 (%43.6)	0.83
Entezit, n (%)	222 (%39.6)	110 (%42.8)	0.4
Psoriasis, n (%)	14 (%2.5)	14 (%5.4)	0.03
Üveit, n (%)	135 (%24.1)	27 (%10.5)	<0.001
İBH, n (%)	14 (%2.5)	24 (%9.3)	<0.001
Daktilit, n (%)	39 (%7)	27 (%10.5)	0.08
Halen anti-TNF kullanımı, n (%)	168 (%29.9)	73 (%28.4)	0.6
Şimdi veya geçmişte anti-TNF kullanımı, n (%)	183 (%32.6)	79 (%30.7)	0.6
Kalça protezi, n (%)	25 (%4.5)	9 (%3.5)	0.52
Yüksek CRP, n (%)	353 (%62.9)	135 (%52.5)	0.005
CRP, ortalama±SD (mg/l)	21.9±26.2	18±25.6	0.05
ESR, ortalama±SD (mm/h)	33±25.6	29.3±23.9	0.06
BASDAI, ortalama±SD	3.7±2.4	4.0±2.3	0.22
BASFI, ortalama±SD	2.9±2.7	3±2.6	0.57
BASMI, ortalama±SD	3.1±2.6	2.9±2.3	0.19

**Yöntem:** Romatoloji merkezimizde 2004 yılından beri takip edilmekte olan ve modifiye New York kriterlerini karşılayan 881 AS hastası çalışmaya alındı. Hastaların HLA-B27 sonuçları ya lokal olarak merkezimizde veya başka projeler kapsamında yurtdışındaki laboratuvarlarda yapıldı. Bu sonuçlara göre HLA-B27+ ve HLA-B27- AS hastalarında yaş, cinsiyet, tanı yaşı, semptom başlangıç yaşı, aile öyküsü, üveit, periferik artrit, entezit, daktilit, inflamatuvar barsak hastalığı (İBH), kalça protezi, bazal hastalık indeksleri, bazal akut faz reaktanları ve biyolojik kullanımı gibi hastalık özellikleri karşılaştırıldı. Klinik karşılaştırmalarda normal dağılım sürekli değişkenler t-test ile, kategorik değişkenler ki-kare testi ile değerlendirildi.

**Bulgular:** Toplam 818 AS hastası, 561'i HLA-B27+ (%69) ve 257'si HLA-B27- (%31) çalışmaya alındı (Tablo SS-21). HLA-B27 pozitifliği erkek cinsiyet (<0.001), erken tanı yaşı (p<0.001), ailede AS bulunması (<0.001), üveit öyküsü (<0.001), bazal ve ortalama artmış yüksek CRP ile (sırasıyla p=0.005 ve 0.05) pozitif ilişki gösterirken; psöriyazis ve İBH ile (sırasıyla p=0.03 ve <0.001) negatif ilişki göstermiştir. Hastalık indeksleri, biyolojik kullanımı, kalça protezi, daktilit, entezit, periferik artrit, ailede sedef hastalığı/üveit/İBH bulunması, aksiyel semptom süresi ve tanıdaki gecikme açısından hasta popülasyonumuzda iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

**Sonuç:** Türk AS hastalarında HLA-B27+'lığının hastalık fenotipine etkisini araştıran bu ilk çalışmada HLA-B27 pozitifliği cinsiyet, tanı yaşı, aile öyküsü, üveit öyküsü, akut faz yanıtı ile pozitif

ilişki; psöriyazis ve İBH varlığı ile negatif ilişki gösterir. Bu sonuçlar genel olarak daha önce diğer etnik gruplarda bildirilen sonuçlara benzerdir.

**Anahtar sözcükler:** Ankilozan spondilit, HLA B27

## SS-22

### Cinsiyet "psoriatik artrit kompozit hastalık aktivite indeksi"ni etkiliyor mu?

Gökçe Kenar, Handan Yarkan Tuğsal, Berrin Zengin, Gerçek Can, Ahmet Merih Birlik, Nurullah Akkoç, Fatoş Önen  
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir

**Amaç:** Psoriatik artrit (PsA), değişken klinik özellikler gösterebilen heterojen bir hastalıktır. 'Psoriatik artrit kompozit hastalık aktivite indeksi (CPDAI)', periferik ve aksiyel eklem tutulumu, cilt tutulumu, entezit ve daktilit olmak üzere hastalığın 5 klinik bileşenini değerlendirir. Spondiloartrit çalışmaları, hastalık değerlendirme indeksleri içerisinde objektif olanlarda erkek hastalarda daha yüksek skorların, tersine subjektif indekslerde kadın hastalarda daha yüksek skorların elde edildiğini göstermektedir. Bu çalışmanın amacı, PsA hastalarında CPDAI skorlamasının diğer aktivite skorları ile ilişkisini araştırmak ve cinsiyet farklılığından etkilenip etkilenmediğini ortaya koymaktır.

**Yöntem:** Bu kesitsel çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Romatoloji polikliniğinde izlenmekte olan PsA hastalarında gerçekleştirildi.

**Tablo (SS-22):** Psoriatik artrit hastalarının demografik, klinik özellikleri ve hastalık aktivite parametreleri.

	Kadın hastalar (n=78)	Erkek hastalar (n=39)	p değeri
Ortalama yaş (yıl±SD)	48.1(±11.7)	45.5 (±12.6)	0.28
Ortalama eğitim süresi (yıl±SD)	8.8 (±4.2)	9.8 (±3.7)	0.26
Ortalama hastalık süresi (yıl±SD)	7.9 (±8.7)	8.3 (±7.8)	0.80
Daktilit (%)	6.4 (%)	10.2 (%)	0.48
Entezit (%)	8.9 (%)	10.2(%)	0.82
CRP (mg/dL±SD)	8.8 (±11.1)	13.2 (±13.9)	0.09
ESR (mm/saat±SD)	31.2 (±18.2)	29.3 (±23.2)	0.66
CPDAI (±SD)	3.63 (±2.4)	3.76 (±2.5)	0.79
Hassas eklem sayısı (±SD)	2.5 (±3.0)	2.1 (±3.0)	0.55
Şiş eklem sayısı (±SD)	1.06 (±1.7)	1.1 (±2.1)	0.92
BASDAI (±SD)	4.61 (±2.6)	2.6 (±1.9)	0.00*
BASFI (±SD)	3.4 (±2.8)	1.6 (±1.6)	0.00*
BASMI (±SD)	28.7 (±11.2)	15.0 (±7.0)	0.13
DLQI (±SD)	5.75 (±6.6)	4.45 (±5.9)	0.32
PASI (±SD)	5.26 (±7.6)	8.83 (±11.6)	0.12
HAQ (±SD)	0.85 (±0.7)	0.60 (±0.5)	0.04*
ASQoL (±SD)	8.63 (±5.8)	5.70 (±5.4)	0.01*
VAS global (±SD)	46.12 (±30.5)	30.23 (±26.4)	0.00*
DAS28CRP (±SD)	2.67 (±1.08)	2.53 (±1.08)	0.53
DAS28ESR (±SD)	3.67 (±1.2)	3.25 (±1.4)	0.15

\*:p<0.05, SD: Standart deviasyon

rilmiştir. Tüm hastalarda CPDAI, BASDAI, VAS global ve DAS28 ölçekleri uygulanmış, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ve serum C-reaktif protein (CRP) düzeyleri değerlendirilmiştir. CPDAI'nın hem bu ölçekler hem de PsA ve psoriasisde kullanılan diğer sağlık ve hastalık değerlendirme ölçekleriyle ilişkisi araştırılmış; kadın ve erkek hastalar arasındaki skorlar karşılaştırılmıştır.

**Bulgular:** CASPAR "Classification Criteria for Psoriatic Arthritis" kriterlerini karşılamakta olan 117 PsA hastası (78 kadın) çalışmaya alınmıştır. Hastalardaki ortalama CPDAI skoru 3.67 (±2.46) olarak saptanmıştır. CPDAI ile BASDAI, DAS28ESR, DAS28CRP ve VAS global arasında güçlü korelasyon olduğu görülmüştür. CPDAI'nın hassas ve şiş eklem sayısı, daktilit ve entezit skorları ile de korelasyon gösterdiği ancak ESH, serum CRP, BASMI ile korele olmadığı bulunmuştur. Ortalama CPDAI skorunun kadın ve erkek hastalar arasında benzer olduğu görülmüştür. Kadın PsA hastalarının BASDAI, VAS global, BASFI, HAQ, ASQoL gibi subjektif ölçek skorları erkek hastalara göre daha kötü saptanırken (p<0.05), ortalama ESH, serum CRP, şiş/hassas eklem sayısı, DAS28 ve BASMI skorları gibi objektif ölçeklerin her iki cinsiyette benzer olduğu bulunmuştur (Tablo SS-22).

**Sonuç:** Bu çalışma, PsA'da hastalık aktivitesini değerlendirmede yeni bir ölçek olan CPDAI skorunun diğer hastalık aktivite skorları ile iyi korele olduğunu göstermektedir. Subjektif olan hastalık aktivite skorları (BASDAI, VAS global, BASFI, HAQ ve ASQoL) kadın hastalarda erkek hastalara göre daha olumsuz çıkmakta iken, CPDAI skoru cinsiyetten etkilenmemiştir.

**Anahtar sözcükler:** Psoriatik artrit, hastalık aktivitesi, ölçek

## SS-23

### Romatologların direkt grafi ile koydukları radyografik sakroiliit tanısının güvenilirliği BT ve MR incelemesi ile artar: TRIMAGE eğitim projesi sonuçları

Nurullah Akkoç<sup>1</sup>, Gerçek Can<sup>1</sup>, Ali Balcı<sup>2</sup>, Nigil Haroon<sup>3</sup>, Anne Grethe Jurik<sup>5</sup>, Muhammet Çınar<sup>6</sup>, Ediz Dalkılıç<sup>7</sup>, Salim Dönmez<sup>8</sup>, Ömer Nuri Pamuk<sup>8</sup>, Yavuz Pehlivan<sup>7</sup>, Salih Pay<sup>9</sup>, Handan Yarkan Tuğsal<sup>1</sup>, Gökçe Kenar<sup>1</sup>, Xenofon Baraliakos<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir;

<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir;

<sup>3</sup>Toronto Western Hospital, University of Toronto, Spondylitis Clinic,

Toronto, Kanada; <sup>4</sup>Rheumazentrum Ruhrgebiet Herne, Ruhr-University

Bochum, Almanya; <sup>5</sup>Aarhus University Hospital, Aarhus, Danimarka;

<sup>6</sup>Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara;

<sup>7</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa;

<sup>8</sup>Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne;

<sup>9</sup>Yüksek İhtisas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Özel Koru Hastanesi, Ankara

**Amaç:** Ankilozan spondilit (AS) tanısı sakroiliite ait kesin değişikliklerin pelvis röntgeninde görülmesiyle konur. Fakat direkt grafideki değişikliklere göre konan radyografik sakroiliit tanısı için gözlemci içi ve gözlemciler arası güvenilirlik zayıftır. Bu çalışmada romatologların radyografik sakroiliit tanısı koymaktaki performansının magnetik rezonans görüntüleme (MRG) ve bilgisayarlı tomografi (BT) incelemeleri ile artıp artmayacağını ve bu artışa eğitimin etkisini araştırdık.

**Yöntem:** Kliniğimize kronik bel ağrısı ile başvurmış 50 hastaya ait hepsi 12 ay içinde yapılmış pelvis radyolojik incelemeleri (röntgen, BT ve MR) TRIMAGE eğitim projesinde kullanılmıştır. Tüm radyolojik modalitelere ait görüntüler dört spondiloartrit uzmanı (bir radyolog ve 3 romatolog) tarafından okuna-

**Tablo 1 (SS-23):** Eğitim öncesi ve sonrası dönemde romatoloji uzman ve uzmanlık öğrencilerinin uzman konsensüs kararına göre radyografik sakroiliit tanımadaki performansı.

	Eğitim öncesi değerlendirme			Eğitim sonrası değerlendirme		
	Direkt grafi	Direkt grafi ve MRG	Direkt grafi ve BT	Direkt grafi	Direkt grafi ve MRG	Direkt grafi ve BT
Gözlemci içi uyum, ortalama / ortanca	0.412 / 0.422	-	-	0.512 / 0.521	-	-
Kappa skor, ortalama / ortanca	0.228 / 0.253	0.305 / 0.296	0.556 / 0.554	0.363 / 0.422	0.465 / 0.480	0.533 / 0.565
Toplu % uyum, (%), ortalama / ortanca	56.5 / 58.0	62.0 / 63.0	78.3 / 78.0	67.0 / 70.0	73.8 / 75.0	78.3 / 78.0
Pozitif % uyum, ortalama / ortanca	51.3 / 54.3	59.6 / 61.6	81.2 / 81.7	67.1 / 72.8	75.6 / 79.0	82.1 / 82.1
Negatif % uyum, ortalama / ortanca	59.8 / 60.6	62.5 / 62.6	73.3 / 73.7	63.6 / 67.5	68.3 / 68.3	69.2 / 74.7
Duyarlılık, ortalama / ortanca	37.9 / 40.6	48.1 / 46.9	75.4 / 75.0	59.8 / 65.6	71.5 / 73.5	80.1 / 76.6
Özgünlük, ortalama / ortanca	89.6 / 91.7	86.8 / 91.7	83.3 / 88.9	79.9 / 83.4	77.8 / 86.1	75.0 / 86.1

rak radyografik sakroiliit varlığı için altın standart olarak konsensüs kararı belirlenmiştir. Oluşturulan web sayfasında internet üzerinden 6 romatoloji uzmanı ve 2 yan dal öğrencisi hastaların pelvis grafilerini rastgele sıra ile (ilk turda MRG görüntüsünden önce ve sonra; ikinci turda ise BT görüntüsünden önce ve sonra) radyografik sakroiliit için değerlendirmişlerdir. Sakroiliak eklemlerin görüntülemesine ait iki günlük bir yüz yüze eğitimden 1 ay sonra aynı hekimler aynı radyolojik görüntüleri tekrar rasgele sırayla aynı şekilde internet üzerinden değerlendirmişlerdir. Her değerlendirici için gözlemci içi uyum (ilk ve ikinci turdaki radyografik değerlendirmeler karşılaştırılarak) hem eğitim öncesi ve hem eğitim sonrası dönem için hesaplanmıştır. Uzman konsensüs kararı ile romatoloji uzman/yan dal öğrencisi skorları arasındaki uyum kappa istatistiği ve yüzde uyum metodu ile hesaplanmıştır. Romatoloji uzman/yan dal öğrencisi tarafından verilen radyografik sakroiliit kararının duyarlılık ve özgünlüğü altın standart olarak alınan uzman konsensüs kararına göre belirlenmiştir.

**Bulgular:** Uzmanların konsensüs okumasına göre 50 hastanın 32'sinde (%64) radyografik sakroiliit vardır. Sonuçlar Tablo 1 ve 2 SS-23'de özetlenmiştir.

**Sonuç:** Uzman konsensüs değerlendirmesi ile karşılaştırıldığında romatoloji uzmanları ve yan dal öğrencileri radyografik sakroiliit tanımakta zayıf bir performans göstermişlerdir, fakat çoğu-

nun performansı eğitim ile bir miktar artmıştır. TRIMAGE eğitim projesi MSD tarafından desteklenmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Radyografik sakroiliit, eğitim

## SS-24

### Behçet hastalarında farklı hasta kaynaklı ölçekler ile oral ülser aktivitesinin değerlendirilmesi

Gonca Mumcu<sup>1</sup>, Fadime Lehimci<sup>1</sup>, Uğur Alpar<sup>2</sup>, Nevsun İnanç<sup>3</sup>, Tülin Ergun<sup>4</sup>, Haner Direskenel<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul; <sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, İstanbul; <sup>3</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; <sup>4</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Bu araştırmanın amacı Behçet hastalığında (BH) kullanılan oral sağlıklı ilişkili farklı hasta kaynaklı ölçekler arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

**Yöntem:** Bu araştırmaya 89 BH'lı hasta (K/E:43/46, yaş ort:34.6±15.3 yıl) katıldı. Hastalık süresi 10.8±7.8 yıl ve izlem süresi 14.7±9.9 aydır. Hastaların organ tutulumlarını yansıtan hastalık şiddet skoru başlangıçta 5.02±1.5 ve izlemde 5.7±1.9 olarak bulundu. Tedavi protokollerinin başlangıç (kolşisin:%56.2, immunsupresif tedavi: %43.8) ve izlem döneminde (%59.6 ve %40.4) benzer oldu gözlemlendi. Oral ülser aktivite-

**Tablo 2 (SS-23):** Eğitim öncesi ve sonrası dönemde radyografik sakroiliit varlığı konusunda uzman konsensüs kararı ile romatoloji uzman ve uzmanlık öğrencilerinin değerlendirmeleri arasındaki kappa skorları.

	Eğitim öncesi değerlendirme			Eğitim sonrası değerlendirme		
	Direkt grafi	Direkt grafi ve MRG	Direkt grafi ve BT	Direkt grafi	Direkt grafi ve MRG	Direkt grafi ve BT
Romatolog 1	0.178	0.205	0.503	0.491	0.491	0.327
Romatolog 2	0.288	0.363	0.707	0.468	0.525	0.55
Romatolog 3	0.11	0.492	0.399	0.045	0.478	0.33
Romatolog 4	0.258	0.288	0.684	0.528	0.532	0.769
Romatolog 5	0.363	0.413	0.826	0.376	0.48	0.579
Romatolog 6	0.288	0.304	0.32	0.335	0.443	0.595
Uzmanlık öğrencisi 1	0.247	0.247	0.604	0.595	0.669	0.632
Uzmanlık öğrencisi 2	0.093	0.126	0.407	0.069	0.168	0.481
Ortalama / Ortanca	0.228 / 0.253	0.305 / 0.296	0.556 / 0.554	0.363 / 0.422	0.465 / 0.480	0.533 / 0.565

si için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan 2 ölçek kullanıldı (Mumcu 2009; Mumcu 2014). Mukokutanöz indeks (MI); genital ülser aktivite indeksi, eriteme nodosum aktivite indeksi ve oral ülser için Kompozit indeks (KI)'ten oluşmaktadır. Oral sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14) ölçeği ile değerlendirildi. OHIP-14'ün faktör analizi ile çok boyutlu olarak özellikleri de daha önce değerlendirilmiş (Mumcu 2007) ve OHIP-14 puanının ROC analizi sonrasında %38.1 oranında azalmasının klinik olarak anlamlı pozitif yönde değişim olduğu kabul edilmiştir (duyarlılık: 86.7%, seçicilik: 97.1%, Hayran 2009).

**Bulgular:** Başlangıçta hastaların %64.04'ünde (n=57) izlemde ise % 61.8'inde (n=55) aktif oral ülser aktif olduğu görüldü. Aktif oral ülseri olmayan hastalarda KI ve OHIP-14 puanlarının "0" olduğu belirlendi. Aktif oral ülseri olan hastalarda son 1 ay içindeki oral ülserin ortalama sayısı ve süresi başlangıçta (2.8±2.5 ve 6.7±4.4 gün) ve izlemde (3.2±2.4 ve 6.1±4.5 gün) benzer bulundu (p>0.05). Buna paralel olarak, KI ve OHIP-14 puanlarında da başlangıçta (5.9±2.5; 23.9±16.1) ve izlemde (5.3±2.1; 22.3±18.3) farklılık yoktu (p>0.05). Her iki izlem döneminde de KI ve OHIP-14 puanlarının ilişkili olduğu belirlendi (r: 0.7, p=0.000). İzlem dönemi sonunda hem klinik, hem de ölçek puanları açısından iyileşme gözlenmedi.

**Sonuç:** Aktif oral ülseri olan hastalarda hasta kaynaklı ölçekler olarak MI ve OHIP-14'ün klinik durumla uyumlu oldukları ve

prospektif kontrollü klinik araştırmalarda hasta kaynaklı ölçütler olarak kullanılabilirliği düşünülmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Behçet hastalığı, hasta kaynaklı çıktılar, oral ülser aktivitesi

## SS-25

### Behçet sendromu çalışmalarında hangi değerlendirme ölçütleri kullanılmalı? Uluslararası Behçet uzmanları ve Behçet hastaları arasında Delfi egzersizi

Alexa Meara<sup>1</sup>, Yeşim Özgüler<sup>2</sup>, Alfred Mahr<sup>3</sup>, Haner Direskeneli<sup>4</sup>, Ahmet Gül<sup>5</sup>, Yusuf Yazıcı<sup>6</sup>, Hasan Yazıcı<sup>7</sup>, Peter Merkel<sup>8</sup>, Gülen Hatemi<sup>9</sup>

<sup>1</sup>The Ohio State Üniversitesi, Wexner Medikal Merkez, Columbus, OH, ABD; <sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; <sup>3</sup>Paris 7 Üniversitesi Saint-Louis Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Paris, Fransa; <sup>4</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; <sup>5</sup>İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; <sup>6</sup>New York Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, New York, NY, ABD; <sup>7</sup>Pennsylvania Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı, Philadelphia, PA, ABD

**Amaç:** Behçet sendromu (BS) için klinik çalışmalarda kullanılacak güvenilir, geçerli ve yaygın olarak tercih edilen değerlendirme ölçütlerinin olmadığı bilinmektedir. OMERACT BS çalışma grubu klinik çalışmalarda kullanılmak üzere veriye dayalı değer-

**Tablo (SS-25):** Uzman hekimler ve hastalar tarafından Behçet sendromunda klinik çalışmalarda ölçülmesi gerektiği düşünülen parametreler.

Tüm çalışmalar	Mukokutanöz tutulum	Göz tutulumu	Vasküler tutulum	Nörolojik tutulum	Gastrointestinal tutulum	Eklemler tutulumu
Aktivite	Oral ülser sayısı	Görme keskinliği	Hastalık ilişkili hasar	Baş ağrısı	Karın ağrısı	Artrit atak sayısı
Hasar	Oral ülser ağrısı	Retinal vaskülit	Posttrombotik sendrom	MR'da progresyon	Klinik remisyon	Hassas eklemler sayısı
Remisyon	Genital ülser ağrısı	Kistik maküler ödem	Yeni venöz tromboz oluşumu	Kognitif fonksiyon	Endoskopik remisyon	Şiş eklemler sayısı
Hasta global değerlendirme	Oral ülser süresi	Oküler atak	Venöz trombozun ilerlemesi	Hastalık ilişkili hasar	Diare	Fiziksel fonksiyon
Doktor global değerlendirme	Genital ülser süresi	Oküler atak süresi*	Yeni anevrizma oluşumu	Nöropati*	Bulantı	
Yaşam kalitesi	Nodüler lezyon süresi	Steroid azaltma*	Yeni arteriel tromboz gelişimi	Nöropatik ağrı*	Hastalık ilişkili hasar	
Üretkenlik	Yeni organ tutulumu		Hemoptizi		Kilo kaybı	
Ölüm	Nodüler lezyon ağrısı*		Nefes darlığı*			
Ağrı*	Papülopüstüler lezyon sayısı*					
Yorgunluk*						
Seksüel fonksiyon*						
Psikolojik fonksiyon*						
Akut faz* reaktanları						
Ateş*						
Kilo kaybı*						

\*Sadece hasta grubu tarafından kabul edilen parametreler

lendirme ölçütleri oluşturmak için çalışmalarına devam etmektedir. Klinik çalışmalarda kullanılacak değerlendirme ölçütlerinin belirlenmesi için önce hangi parametrelerin değerlendirilmesi gerektiği belirlenmelidir. Bu nedenle BS konusunda uzman romatolog, oftalmolog, dermatolog, nörolog ve gastroenterologlara ve BS hastaları arasında üç aşamalı bir Delfi egzersizi ile bu parametrelerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu bildiride Delfi egzersizinin birinciturunun sonuçları özetlenmiştir.

**Yöntem:** Uzman ve hastalara uygulanacak ankette sorulmak üzere olası parametreler sistematik literatür taraması, uzman görüşü ve BS hastaları ile yapılan görüşmeler ile belirlendi. A Toplam 3 turdan oluşacak olan Delphi egzersizi farklı uzmanlık alanlarına sahip 123 BS uzmanına ve 130 BS hastasına İngilizce ve Türkçe anket olarak internet ortamından gönderildi. BS uzman ve hasta anketleri aynı soruları içermekle beraber BS hastalarına tıbbi terimleri açıklayan formatla gönderildi. Uzman veya hastalar tarafından %70 ve üzeri oy alan maddeler bir sonraki aşamaya geçmek üzere kabul edildi.

**Bulgular:** 1. tura 74 uzman hekim ve 59 hasta katıldı. 21 farklı ülkeden katılan uzman hekimlerin %50'si romatolog, %12'si oftalmolog, %12'si iç hastalıkları uzmanı, %16'sı dermatolog, %3'ü gastroenterolog ve %1'i nörolog idi. Hasta grubu farklı organ tutulumlarına sahip BS hastalarından oluşmaktaydı. Tablo-1'de uzman hekimler tarafından çalışmalarda değerlendirilmesi gerektiği düşünülen ve  $\geq 70$  kabul gören parametreler yer almaktadır. Hasta grubunda, uzman hekimler tarafından kabul edilen parametrelere ek olarak ağrı, yorgunluk, uyku, seksüel fonksiyon, psikolojik fonksiyon ve akut faz reaktanları gibi parametreler de %70 ve üzerinde oy alarak kabul edildi.

**Sonuç:** Delfi egzersizinin ilk basamağında uzmanlar ve hastalar tarafından BS çalışmalarında değerlendirilmesi gerekli görülen parametreler belirlendi. İkinci basamakta bu parametrelerin önem sırasına konulması, üçüncü basamakta da uzman ve hasta sonuçlarının birleştirilmesi ile BS çalışmalarında kullanılacak değerlendirme ölçütleri için bir taslak oluşturulması planlanmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Behçet sendromu, değerlendirme ölçütleri

## SS-26

### Sistemik sklerodermalı intravenöz kemoterapi tedavisi alan hastaların klinik durumunun değerlendirilmesi

Hamide Şişman, Eren Erken, Derya Fikir Kırbaş, Pınar Kum, İpek Türk, Nihan Cüzdan

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Balcalı Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, Adana

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı skleroderma tanısı olup IV kemoterapi tedavisi alan hastaların klinik durumunu değerlendirmek.

**Yöntem:** Araştırma prospektif, karşılaştırmalı, tanımlayıcı tipte planlandı. Veri toplamaya kurum etik kurul onayı ve kurum izni alındıktan skleroderma tanısı alan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar dahil edildi. Hastaların klinik muayeneleri sorumlu hekim tarafından yapıldı. Araştırmanın sonuçları SPSS 15 paket programında analiz edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 33 hastanın 28 (%84.8)'si kadın, yaş ortalaması 53 (min: 36–max: 75), hastalık süresi ort: 66 ay (min: 3 max: 540) idi. Tamamı Endoxan tedavisi almakta olup,

hastaların tanı anında 30'unun (%90.9) Raynour fenomeni, 32'sinin (%97) cilt sorunları, 28'inin (%84.8) telenjektazi, 19'unun (%57.6) hipertansiyon, 28'inin (%84.8) nefes darlığı, 26'sinin (%78.8) sindirim sistemi sorunları, 29'unun (%87.9) eklem darlığı şikayeti ile doktora başvurduğu belirlendi.

Hastaların fizik muayenesinde 12'sinde (%36.4) digital ülser, 3'ünde (%9.1) proteiniüri vardı. Hastaların EKG bulgularına göre 2'sinde (%6.41) myokard iskemisi, 2'sinde (%6.1) aritmal aritmi, 2'sinde (%6.1) ventriküler aritmi, EKO sonucuna göre ise hastaların 25'inde (%80.6) pulmoner hipertansiyon saptandı. Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu 8'inde (%25.8) düşük bulunan hastaların hiçbirinde perikardiyal effüzyona rastlanmadı. Pulmoner değerlendirmede TLC ve FVC değerlerine göre restriksiyon şiddeti 20'sinde (%64.5) şiddetli olarak bulundu. PA Akciğer Grafisi değerlendirmesinde 1'inde (%3.2) plevral kalınlaşma, sağ ventrikül büyümesi ve perikardiyal effüzyon, 2'sinde (%6.5) sol ventrikül büyümesi, 4'ünde (%12.9) plevral effüzyon ve 25'inde (%80.6) bilateral basiler pulmoner fibrozis saptanırken, HRCT değerlendirmesinde buzlu cam görüntüsü ve fibroz tespit edildi. Modifiye Rodnan Deri Skorlamasında 22'sinde (%71) sağ ve sol parmakta, 9'unda (%29) sağ ve sol elde, 4'ünde (%12.9) sağ ve sol kolda şiddetli kalınlaşma, 14'ünde (%45.2) yüz bölgesinde, 4'ünde (%12.9) göğüs bölgesinde, 8'inde (%25.8) sol ayak, 9'unda (%29) sağ ayakta orta derecede, 10'unda (%32.3) sağ ve sol baldırda, sağ bacakta hafif kalınlaşma, 11'inde (%35.5) sol bacakta hafif kalınlaşma bulundu. Digital ülser, Rodnan cilt skoru, pulmoner arter basıncı ve pozitif HRCT arasında korelasyon analizleri yapılmış olup, klinik parametreler arasında herhangi bir anlamlı ilişki bulunamadı ( $p>0.05$ ).

**Sonuç:** Sklerodermanın akciğer tutulumu nedeniyle IV Endoksan tedavisi uygulanan hastaların büyük çoğunluğunda şiddetli pulmoner restriksiyon ve pulmoner hipertansiyon bulunmuştur. Bu hasta grubunda modifiye deri Rodnan skorlaması ile, hastaların büyük çoğunluğunda şiddetli ve orta derecede deri kalınlaşması saptanmıştır. Endoksan tedavisi endikasyonu olan skleroderma hastalarında cilt bulgularının da diffüz olduğu görülmektedir. Deri ve pulmoner bulgular arasındaki korelasyon analizleri için daha fazla hastada çalışma yapılmasını önermekteyiz.

**Anahtar sözcükler:** Sistemik skleroderma, tedavi, yan etki

## SS-27

### Takayasu arteriti hastalarında antifosfolipid antikor ve lupus antikoagülan pozitifliğiyle vasküler tutulum şiddeti ilişkisinin değerlendirilmesi

Esra Fırat<sup>1</sup>, Abdulsamet Erden<sup>2</sup>, Alper Sarı<sup>2</sup>, Berkan Armağan<sup>2</sup>, Levent Kılıç<sup>3</sup>, Ömer Karadağ<sup>2</sup>, Ali Akdoğan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara; <sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Takayasu arteriti (TA) hastalarında antifosfolipid antikor (AFA) ve lupus antikoagülan (LA) testleri pozitifliği ve klinik önemi hakkında veriler kısıtlıdır. Bu çalışmanın amacı TA hastalarında AFA ve/veya LA pozitifliği sıklığının ve bunların vasküler tutulum şiddeti ve hastalık komplikasyonları ile ilişkisini araştırmaktır.

**Yöntem:** Çalışma 53 (K/E:49/4) TA hastasıyla yapıldı. Tüm hastaların medikal öyküleri ve fizik muayeneleri tekrarlandı. Her hastadan alınan kan örneklerinde antikardiolipin (ACA) Ig M/G, anti beta-2 glikoprotein 1 Ig M/G antikorlar (ELISA) ve LA testi (Russell's viper venom time) çalışıldı. Hastaların tanı anında yapılan görüntüleme, hastalık ilişkili komplikasyon ve tedavileri ilişkili bilgilerinin değerlendirirken hasta dosyaları ve hastane bilgisayar sistemi kayıtlarından yararlandı.

**Bulgular:** Bu çalışmada TA hastalarının %16.9'unda AFA ve/veya LA pozitifliği mevcuttu. ACA antikor pozitifliği hiçbir hastada yok iken, 7'sinde anti beta-2 glikoprotein Ig M, 3'ünde anti beta-2 glikoprotein Ig G ve 1'inde de LA pozitifliği saptanmıştır. AFA ve/veya LA pozitif ve negatif gruplarda vasküler tutulum tipi sıklığı farklı değildi ( $p>0.05$ ). Her iki grupta da Tip V tutulum oranı AFA ve/veya LA pozitif hastalarda daha fazlaydı (%66.7'ye karşı %18.2;  $p=0.007$ ). Ancak abdominal damar tutulum sıklığı arasında gruplar arasında farklılık saptanmadı (%77.7'ye karşı %52.2;  $p>0.05$ ). Her iki grup arasında hastalık komplikasyonları, siklofosamid ve/veya biyolojik ajan ile tedavi edilmiş hasta sayıları arasında farklılık yoktu (hepsi için  $p>0.05$ ).

**Sonuç:** Bu çalışmada önemli oranda TA hastasında AFA ve/veya LA pozitifliği saptanmak ile birlikte. AFA ve/veya LA pozitif ve negatif hasta grupları arasında vasküler tutulum tipi, hastalık komplikasyonları veya kullanılan tedaviler açısından farklılık saptanmamıştır. Sonuçlarımıza göre TA hasta takibinde bu testlerin rutin olarak değerlendirilmesi önerilemez.

**Anahtar sözcükler:** Takayasu arteriti, antifosfolipid

## SS-28

### Geç başlangıçlı romatoid artrit hastalarında tedavi seçenekleri ve cevapları: HÜR-BİO gerçek yaşam sonuçları

Levent Kılıç, Berkan Armağan, Abdulsamet Erden, Alper Sarı, Umut Kalyoncu, Ömer Karadağ, Ali Akdoğan, Şule Apraş Bilgen, İhsan Ertenli, Sedat Kiraz

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

**Amaç:** Romatoid artrit (RA) başlangıç yaşına göre; erken-başlangıçlı RA ve geç-başlangıçlı RA olarak tanımlanabilir. Hastalık başlangıç yaşının, hastalık aktivitesi, hastalık şiddeti, eşlik eden komorbiditeler ve klinisyenin tedavi seçimi üzerine etkileri vardır. Bu çalışmada; erken-başlangıçlı RA ve geç-başlangıçlı RA hastalarında demografik ve klinik özellikler, hastalık aktivitesi, biyolojik tedavi seçimleri ve tedavi yanıtlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** HÜR-BİO biyolojik veri tabanı; demografik, klinik bilgiler ve hastalık aktivite parametrelerini içermektedir. Toplam 1087 (%79.4 kadın) hasta analize alındı. Hastalar hastalık başlangıç yaşına göre iki gruba ayrıldı: erken-başlangıçlı RA ( $n=990$ ,  $<60$  yaş) ve geç-başlangıçlı RA ( $n=97$ ,  $\geq 60$  yaş). Son kontrol ziyaretinde hastaların DAS28 remisyon ( $<2.6$ ) ve düşük hastalık aktivitesi ( $<3.2$ ) skorları değerlendirildi.

**Bulgular:** Kadın hasta oranı her iki grupta benzerdi (%77.3 vs. %79.6,  $p>0.05$ ). Ortalama yaş geç-başlangıçlı RA grubunda

71.4±6.0 yıl, erken-başlangıçlı RA grubunda 51.6±11.7 yıl idi. Tanı ve ilk biyolojik tedavi arasındaki geçen ortalama hastalık süresi erken-başlangıçlı RA grubunda daha uzundu [7.7±7.3 vs. 2.7±2.6 yıl,  $p<0.001$ ], ancak ortalama biyolojik ilaç tedavisi süresi gruplar arasında benzerdi (29.9±27.5 vs. 38.4±37.1 ay,  $p>0.05$ ). Anti-sitülinize peptid pozitiflik oranı geç- başlangıçlı RA hastalarında, erken-başlangıçlı RA hastalarına göre daha düşüktü (%45.9 vs. %63.2,  $p=0.008$ ) ancak romatoid faktör pozitiflik oranları benzerdi (%56.2 vs. %63.8,  $p>0.05$ ). İlk biyolojik tedavi başlangıcında, anti-TNF-i başlanan hasta oranı geç-başlangıçlı RA hastalarında daha düşüktü [61 (%61.9) vs. 827 (%73.6),  $p=0.014$ ], ritüksimab tedavisi ilk biyolojik ilaç olarak geç-başlangıçlı RA hastalarında daha çok tercih edilmekteydi [21 (%21.6) vs. 111 (%11.3),  $p=0.003$ ], abatasept tedavisi her iki grupta benzerdi [16 (%16.5) vs. 148 (%15.1),  $p>0.05$ ]. DAS-28 skorunda değişme (1.55±1.14 vs. 1.79±1.45,  $p>0.05$ ), remisyon (%29.5 vs. %38.6,  $p>0.05$ ) ve düşük hastalık aktivitesi (%52.5 vs. %55.4,  $p>0.05$ ) gruplar arasında benzerdi. Biyolojik ilaç değişim oranı ise geç-başlangıçlı RA grubunda anlamlı olarak düşüktü [%18.6 vs. %35.2,  $p<0.001$ ].

**Sonuç:** Klinisyenin biyolojik ilaç seçiminde, ilacın etkinlik ve yan etki profili yansırı yaş da önemli bir etkidir. Biyolojik ilaçlar geç-başlangıçlı RA hastalarında da etkili gibi gözükmemektedir. Ritüksimab geç-başlangıçlı RA grubunda, göreceli olarak daha çok tercih edilmektedir. Ritüksimabın 6 ay da bir uygulanması ve özellikle malinite riski açısından güvenilir profilinin, bu tercihte etkisi olabilir. Hasta ve klinisyenlerin ilaç seçimindeki yaklaşımları daha ileri çalışmalarla değerlendirilmelidir.

**Anahtar sözcükler:** Geç başlangıç, romatoid artrit

## SS-29

### Romatoid artritli geriatrik hastalarda aktivite ve anti-romatizmal ilaçların değerlendirilmesi

Nilüfer Alpay Kamitez<sup>1</sup>, Selda Çelik<sup>1</sup>, Özlem Pehlivan<sup>2</sup>, Ahmet Omma<sup>3</sup>, Sevinç Can Sandıkcı<sup>3</sup>, Sibel Yılmaz Öner<sup>1</sup>, Cemal Bes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul; <sup>2</sup>Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul; <sup>3</sup>Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

**Amaç:** Romatoid artrit (RA), geriatrik nüfusta giderek daha fazla sayıda hastayı etkilemektedir. Eşlik eden diğer hastalıklar, çoklu medikal tedavi gerekliliği, bilişsel ve fiziksel performansları nedeniyle geriatrik hastalar, RA yönetimi açısından özellikli bir gruptur. Bu çalışmada amacımız, geriatrik RA hastalarında klinik aktivite ile anti-romatizmal ilaçların etkinlik ve güvenilirliğini araştırmaktır.

**Yöntem:** Eylül 2015–Ağustos 2016 tarihleri arasında ACR 2010 kriterlerine göre RA tanısı konulmuş, 65 yaşının üzerindeki hastalar çok merkezli kesitsel olarak değerlendirildi. Çalışma ziyaretinde, klinik ve laboratuvar bulgular, tedavi süresi, anti-romatizmal ilaçlar ve dozları, tedavi ilişkili yan etkiler önceden hazırlanmış bir forma kaydedildi. “Disease Activity Score” (DAS-28), “Physician Global Assessment” (PGA) and “Health Assessment Questionnaire” (HAQ) ölçekleri hesaplandı.

**Tablo (SS-29):** Geriatrik RA hastalarında kullanılan anti-romatizmal ilaçların dağılımı.

ilaç	n (%)	>65 yaşında başlananlar n (%)	Tedavi süresi ay/ (Ort±SD)	Tedaviye devam oranı (Ort±SD)
Metotreksat	171 (%79)	118 (%54)	43.4±57.8	121 (%71)
Hidroksiklorokin	125 (%58)	82 (%38)	43.7±57.2	109 (%87)
Leflunomid	72 (%33)	51 (%24)	38.2±42.9	58 (%81)
Sülfasalazin	39 (%18)	20 (%0.09)	51.0±47.7	17 (%44)
Rituximab	11 (%0.05)	11 (%0.05)	7.0±3.4	11 (%100)
Etanercept	5	3	25.4±26.6	1 (%20)
Adalimumab	4	3	41.5±52.6	0
Abatacept	3	3	9.6±4.7	1 (%33)
Tofacitinib	3	3	4.3±1.5	2 (%66)
Golimumab	1	1	10	1 (%100)
Infliksimab	1	1	12	1 (%100)
Tocilizumab	1	1	3	0

**Bulgular:** Herhangi bir zamanda RA tanısı konulmuş, çalışma vizitinde 65 yaş üzeri olan 217 hastanın [162 (%75) kadın] ortalama yaşları 71.4±5.2 ve ortalama hastalık süresi 8±7.8 yıl bulundu. Hastaların %51.9'unda, RA'nın 65 yaş üzerinde başladığı görüldü. RF ve/veya anti-CCP olguların %73'ünde pozitif bulundu. DAS-28 ölçeğine göre orta ya da yüksek hastalık aktivite oranı % 73 olarak hesaplandı. DAS-28, HAQ ve PGA skorları arasında güçlü korelasyon tespit edildi (p: 0.001). Non-steroid anti-inflamatuar ilaçlar (NSAİİ) 109 hastada (%50.4) hastada tedavinin bir parçasıydı ve NSAİİ ile ilişkilendirilebilecek şiddetli bir yan etki kaydına rastlanmadı. Tedavide %79 oranıyla en çok kullanılan DMARD'ın metotreksat olduğu görüldü (Tablo SS-29). Toplam 26 hastada biyolojik ilaç tercih edildiği, bunların 23'ünde biyolojik ilaçların 65 yaşından sonra başladığı tespit edildi. Biyolojik ilaç kesilmesine neden olan yan etkiler sık tekrarlayan alt solunum yolu enfeksiyonu (2 hasta-adalimumab) ve şiddetli kaşıntı (1 hasta-etanercept) idi. Tocilizumab tedavisinin 3. ayında bir hastamız influenza pnömonisi nedeniyle kaybedildi. Tofacitinib tedavisi başlanan 3 hastanın birinde preneoplastik lezyon saptandı ve ilaç kesildi.

**Sonuç:** Çalışmamızda hastalarımızın çoğunlukla orta ya da yüksek hastalık aktivitesine sahip olduğu görülmektedir. Aralarında anlamlı korelasyon göstermemize rağmen kullandığımız ölçeklerin yaşa bağlı bilişsel ve fiziksel değişkenlikleri yeterince içermiyor olması, hastalık aktivitesini doğru değerlendirmemizi engellemiş olabilir. Diğer taraftan anti-romatizmal ilaçların, geriatrik hastalarda daha kolay yan etkiye yol açma endişesi medikal tedavide yetersizliğe neden olabilir. Genel olarak iyi oranda DMARD tedavilerinde kalındığı da söylenebilir. Biyolojik ilaç kullanım oranı %12'i geçmemekte ve rituximab, geriatrik hasta grubunda daha sık tercih edilen biyolojik ajan gibi gözükmemektedir. Çalışmamız, devamında elde edeceğimiz veriler ile birlikte, geriatrik hastalarda etkin DMARD ve biyolojik ilaç kullanımı için cesaretlendirici olabilir.

**Anahtar sözcükler:** Romatoid artrit, geriatrik hasta

### SS-30

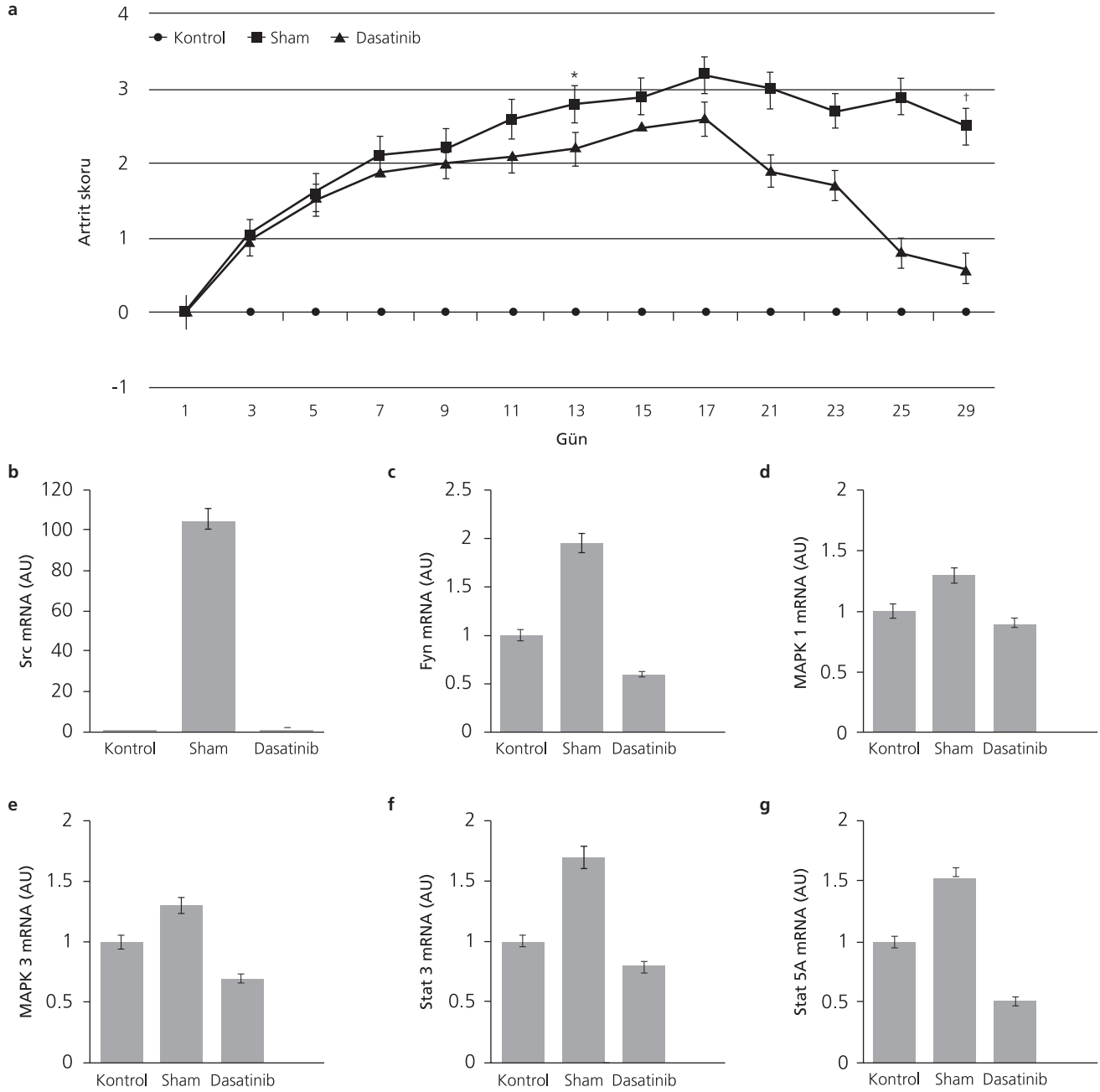
#### Dasatinib kollajen ile uyarılmış deneysel artrit modelinde artriti ve sinovyal fibroblastlardan matriks metalloproteinazların üretimini baskılar

Metin Özgen<sup>1</sup>, Süleyman Serdar Koca<sup>2</sup>, Servet Yolbaş<sup>1</sup>, Ahmet Yıldırım<sup>1</sup>, Neşe Başak Türkmen<sup>3</sup>, Ebru Etem Önalın<sup>4</sup>, Osman Çiftçi<sup>5</sup>, İbrahim Hanifi Özercan<sup>6</sup>

<sup>1</sup>19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun; <sup>2</sup>Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ; <sup>3</sup>İnönü Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Farmakolojik Toksikoloji Anabilim Dalı, Malatya; <sup>4</sup>Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, Elazığ; <sup>5</sup>İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Farmakoloji Anabilim Dalı, Malatya; <sup>6</sup>Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Elazığ

**Amaç:** Romatoid artrit (RA), etiyojoloji tam olarak aydınlatılmamış ve sakatlıklara neden olabilen bir inflammatuar romatizmal hastalıktır. Src kinazlar hücrel metabolizma ve proliferasyonu düzenlemekte, böylece; inflammatuar sitokinler ve mediya-törlerin üretiminde roller üstlenmektedirler. Dasatinib ise Src-ailesi kinazları inhibe etmektedir. Çalışmamızda, in vivo ve in vitro uygulamalarla dasatinibin artrit üzerine etkilerinin araştırılması hedeflenmiştir.

**Yöntem:** Otuz Wistar albino cinsi dişi rat 3 gruba (n=10) ayrıldı: kontrol grubu, artrit (sham) grubu ve dasatinib tedavi grubu. Tip II tavuk kollajeni ve Freund adjuvanı intradermal uygulamaları ile artrit uyarıldı. Oral dasatinib (5 mg/kg/gün) tedavisine artrit başladıktan bir gün sonra başlandı ve çalışmanın sonuna kadar devam edildi. Tedavinin 15. gününde (çalışmanın 29. gününde) ratlar sakrifiye edildi. Arka pençeleri ilerideki analizler için toplandı. Histopatolojik analizlerde, perisinovyal inflamasyon ve kemik-kıkırdak hasarı değerlendirildi. Ek olarak, doku Src, Fyn, MAPK ve Stat mRNA ekspresyonları real-time polymerase chain reaction (RT-PCR) ile belirlendi. Diğer taraftan, diz eklemi için cerrahiye giden RA tanılı hastaların sinovyal doku örneklerinden sinovyal fibroblast (SF)'lar toplandı. Hücre kültürüne IL1 ve TNF- $\alpha$  eklenerek SF stimüle edildi. Hücre kültürüne eklenen farklı dozlarda dasatinibin matriks metalloproteinaz (MMP)'ların üretimi üzerine etkileri değeri-



**Şekil (S-030):** Günlük artrit skorları ve doku mRNA ekspresyonları (a-g).

lendirildi. MMP-1, -3 ve -13 düzeyleri, uygun ticari kitler kullanılarak, ELISA yöntemi ile ölçüldü.

**Bulgular:** Kollojen enjeksiyonundan 12-13 gün sonra artrit oluştu (Şekil SS-30a). Dasatinib grubunda 29. gün artrit skoru hem kendi grubu 13. gün skorundan hem de sham grubu 29. gün skorundan düşüktü (her ikisi için;  $p < 0.05$ ). Sham grubunda, histopatolojik değerlendirmelerde belirgin perisinoviyal inflamasyon ve kemik-kıkırdak hasarı gözlemlendi. Dasatinib bu histopatolojik bulguları anlamlı olarak geriletmişti. Ek olarak, Src, Fyn, MAPK ve Stat doku mRNA ekspresyonları, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, sham grubunda artmış; sham grubu ile karşılaştırıldığında dasatinib grubunda ise azalmıştı (Şekil SS-30b-g). İn vitro uygu-

lamalarda, SF hücre kültürüne IL-1 ve TNF- $\alpha$  eklendiğinde MMP-1, -3 ve 13 düzeyleri artmıştı (her biri için;  $p < 0.05$ ). Ancak, dasatinib, uyarılmış SF'den, MMP-1, -3 ve 13'ün üretimini baskılamıştı (her biri için;  $p < 0.05$ ).

**Sonuç:** Dasatinib kronik myeloid lösemi tedavisinde kullanılan ikinci kuşak bir tirozin kinaz inhibitörüdür. Bu çalışma, hem in vivo hem de in vitro uygulamalarda, dasatinibin anti-artrit etkilerini ortaya koymuştur. Sonuç olarak, bu verilere göre dasatinibin insan RA çalışmalarında araştırmaya aday bir molekül olduğu iddia edilebilmektedir.

**Anahtar sözcükler:** deneysel artrit, romatoid artrit, dasatinib



# Poster Sunumlar

## (PS-001 — PS-224)

### PS-001

#### Erken ve geç başlangıçlı pediatrik sistemik lupus eritematozus hastalarının karşılaştırılması

Sezgin Şahin<sup>1</sup>, Amra Adrovic<sup>1</sup>, Kenan Barut<sup>1</sup>, Nur Canpolat<sup>2</sup>, Salim Çalışkan<sup>2</sup>, Lale Sever<sup>2</sup>, Özgür Kasapçopur<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; <sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Sistemik lupus eritematozusun 18 yaşından önce ortaya çıkma sıklığı sadece %20 oranındadır. Bu nadir hastalığın erken ve geç başlangıçlı formlarının klinik gidişi, hastalık aktivitesi, organ tutulumları ve otoantikör pozitiflikleri ile ilgili sonuçlar literatürde oldukça farklılık göstermektedir. Çalışmamızın amaçları erken ve geç başlangıçlı pediatrik SLE'de organ tutulumlarını, laboratuvar verilerini, medikal tedavilerini, hastalık aktivitelerini (SLEDAI-2K), hasar oranlarını (PedSDI) karşılaştırmaktır.

**Yöntem:** Bu tek merkezli kohort çalışmamız retrospektif olarak 2003–2015 yılları arası kliniğimize başvuran ve takipli olan 82 pediatrik SLE hastasının dosyaları incelenerek gerçekleştirilmiştir. Hastalar, şikayetlerin başlangıç yaşına göre A grubu (<12 yaş) ve B grubu (≥12 yaş ve <18 yaş) olarak ikiye ayrılmıştır.

**Bulgular:** A grubu 39 hastadan, B grubu ise 43 hastadan oluşmaktaydı. Tanı yaşı, A grubu için 8.5±2.6 yaş (2–11 yaş); B grubu için 14.4±1.7 yaş (12–18 yaş) olarak bulundu. A grubundaki hastaları ortalama 5.5 yıldır, B grubundaki hastaları ise 3.5 yıldır takip etmekteydik. Erken başlangıçlı pediatrik SLE'de kadın:erkek oranı 5.5:1 iken, geç başlangıçlı pediatrik SLE'de 6.1:1 olarak saptandı. Şikayetlerin başlangıcı ile tanı koyma arasında geçen süre, yani tanı koymadaki gecikme, erken başlangıçlı pediatrik SLE hastalarında geç başlangıçlılara göre belirgin uzundu ve bu fark istatistiksel olarak önemli derecede anlamlıydı (medyan A grubu: 8 ay ve B grubu: 1 ay, p=0.0016). Hastalığın ilk ortaya çıktığı zamanlardaki konsütüsyonel yakınmaların sıklığı adolesanlarda, erken başlangıçlı gruba göre önemli derecede fazlaydı [%67.4 (n=29) vs. %43.6 (n=17)]. Lupusun iki majör organ tutulumları, nefrit (%25.6 vs. %32.5, p=0.549) ve nöropsikiyatrik hastalık (%15.4 vs. %18.6, p=0.699) sıklığı açısından iki grup arasında anlamlı fark yoktu. Ayrıca yine kümülatif olarak kardiyovasküler, pulmoner, hematolojik ve kas-iskelet tutulum oranları arasında anlamlı fark yoktu. Diğer parametrelerden ANA ve anti-ds DNA pozitifliği, kompleman düzeyliği (hastalık başlangıcı-en son muayene) ile birlikte diğer sürekli değişkenlerden hasağın alevlenme sıklığı, ESR ve CRP seviyeleri, PedSDI ve SLEDAI-2K skorları (hastalık başlangıcı-hastalığın en şiddetli olduğu dönem-en son muayene) arasında da iki grup arasında anlamlı fark bulunamadı (p>0.05). SLE'ye bağlı hasar (PedSDI) gelişen hasta oranı erken başlangıçlı pediatrik SLE'de (n=12/39) geç başlangıçlı lupusa (n=12/43) göre

biraz daha artmış olsa da, istatistiksel olarak anlamlı değildi (p>0.05).

**Sonuç:** Literatürde özellikle böbrek ve santral sinir sistemi olmak üzere genel olarak organ tutulum sıklığı ve dahası şiddetinin erken başlangıçlı pediatrik SLE hastalarında daha fazla olduğu bildirilmektedir. Biz kendi pediatrik SLE hastalarımızda böyle bir fark bulamadık. Ancak 12 yaşın altında hastalığın ortaya çıktığı durumlarda tanı koyma sürecinin daha zor ve süresinin ise daha uzun olduğunu saptadık.

**Anahtar sözcükler:** Pediatrik sistemik lupus eritematozus, nefrit, nörolojik tutulum

### PS-002

#### Takayasu arteritinin diğer inflamatuvar hastalıklar ile birlikteliği

Sinem Nihal Esatoğlu<sup>1</sup>, Ayşe Merve Çelik<sup>2</sup>, Didar Uçar<sup>3</sup>, Aykut Ferhat Çelik<sup>2</sup>, Gülen Hatemi<sup>1</sup>, Huri Özdoğan<sup>1</sup>, Vedat Hamuryudan<sup>1</sup>, Serdal Uğurlu<sup>1</sup>, Melike Melikoğlu<sup>1</sup>, İzzet Fresko<sup>1</sup>, Sebahattin Yurdakul<sup>1</sup>, Hasan Yazıcı<sup>1</sup>, Emire Seyahi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; <sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul; <sup>3</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul; <sup>4</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Takayasu arteriti (TA) ile çeşitli inflamatuvar hastalıkların beraber görülebileceğine dair veri, olgu bildirimleri ya da serilerden gelmektedir. Biz bu çalışmada, üçüncül bir merkezde takip edilen büyük bir TA kohortunda eşlik eden kronik inflamatuvar veya otoimmün hastalıkların ve yine inflamatuvar hastalıklara özgü bazı semptomların sıklığına bakmak istedik.

**Yöntem:** 1977 ve Kasım 2015 arasında kliniğimizde TA tanısı altında kayıtlı 238 hasta bulunmaktadır. 19'u (%8) ölmüştü, 18'ine (%8) ulaşılamadı ve 3'ü ise çalışmaya dahil olmak istemedi. Geriye kalan 198 hasta kliniğe çağrıldı. Gelemeyenler ise telefonla veya e-posta ile değerlendirildi. Standardize soru formu ile inflamatuvar hemen tüm hastalıklar [ülseratif kolit (ÜK), Crohn hastalığı (CH), ankilozan spondilit (AS), Behçet sendromu (BS), amiloidoz (AA), üveit, sklerit, romatoid artrit (RA), sistemik lupus eritematozus (SLE), sistemik skleroz (SSc), Sjögren sendromu (SS), psöriyatik artrit, küçük damar vaskülit, myozit ve diğer otoimmün hastalıklar] ve bazı semptomlar (oral aft, genital ülser, eritema nodosum, papulopüstüler lezyon, artrit, inflamatuvar sırt ve bel ağrısı) sorgulandı.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 198 hastanın (K/E: 175/23, ortalama tanı yaşı 35±12 yıl) %80'i yüz-yüze ve %20'si telefonla veya e-posta ile değerlendirildi. 94 (%48) hastanın takipleri sırasında hastaneye yatış öyküsü vardı. En sık tutulan damarlar subklavian arterler (%84), ana karotis arterler (%78) ve aorta (%65) idi.

Çalışma anında hastaların %20'si ilaçsız takip edilmekteyken, %58'si glukokortikoid, %57'si non-biyolojik immünyüpresif ve %29'u biyolojik ajan kullanılmaktaydı. Tablo PS-002'de görüldüğü gibi, İBH, AS veya BS tanıları olan toplam 37 (%19) hasta saptandı. 7'sinde CH, 5'de ÜK, 15'inde AS, 10'unda BS vardı. Bu 37 hasta dışlandıktan sonra 161 hastaya yönelik analizlerde oral ülserler %15 hastada, eritema nodosum %11, artrit %10, papulopüstüler lezyon %7, genital ülser %1 ve üveit/sklerit %4 hastada bulundu. 58 (%36) hasta inflamatuvar bel veya sırt ağrısından yakınmaktaydı. Otoimmün hastalıklardan RA 3 hastada, SLE 2, SS ve SSc ise 1'er hastada mevcuttu. Otoimmün hepatit ve psöriyazis 2'şer hastada anti-TNF tedavisi sonrasında gelişmişti. 5 hastada otoimmün tiroid hastalığı ve 3 hastada AA saptandı. Kısıtlılıklar: Retrospektif ve üçüncül merkezde yapılmış olması ile hastalıklı ve sağlıklı kontrol grubunun bulunmaması.

**Tablo (PS-002):** İBH, AS ve BS ile birlikteliği olan TA hastalarının demografik özellikleri.

Eşlik eden hastalık	Kadın/erkek	Ortalama±SS TA tanı yaşı	Ortalama±SS eşlik eden hastalığın tanı yaşı	Tanı önceliği
İBH (n=12)	11/1	33±9	31±9	İBH (n=2) TA (n=1) Beraber (n=9)
AS (n=15)	13/2	31±8	27±11	AS (n=5) TA (n=7) Beraber (n=3)
BS (n=10)	7/3	35±13	32±13	BS (n=5) Beraber (n=5)

**Sonuç:** TA hastalarının hemen hemen 1/5'inde İBH, AS veya BS gibi başka bir inflamatuvar hastalığın eşlik ettiği görülmektedir. Bu hastalar dışlandıktan sonra geri kalan hastaların önemli bir kısmında yine bu hastalıklara özgü semptomların varlığı gözlenmiştir. Bu çalışma TA'ye birçok inflamatuvar hastalığın eşlik ettiği verisini doğrulamaktadır. Ancak bu hastalıklar kronik otoimmün hastalıklardan ziyade, MHC-1 ilişkili hastalıklar doğrultusundadır. TA hastalarında yoğun bir şekilde gözlenen inflamatuvar sırt ağrısı ise daha ileri incelemeyi hak etmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Takayasu arteriti, ankiloz spondilit, inflamatuvar barsak hastalığı

### PS-003

**Behçet sendromunda cilt, mukoz ve eklem tutulumunun tedavisi: EULAR tedavi önerilerinin güncellenmesi için sistematik literatür taraması**

Pietro Leccese<sup>1</sup>, Yeşim Özgüler<sup>2</sup>, Robin Christensen<sup>3</sup>, Sinem Nihal Esatoğlu<sup>2</sup>, Ignazio Olivieri<sup>4</sup>, Hasan Yazıcı<sup>2</sup>, Gülen Hatemi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>San Carlo Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, Potenza, İtalya; <sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; <sup>3</sup>Bispebjerg ve Frederiksberg Hastanesi, Muskuloskeletal İstatistik Ünitesi, Kopenhag, Danimarka; <sup>4</sup>Madonna delle Grazie Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, Matera, İtalya

**Amaç:** Bu sistematik literatür taraması (SLT) ile EULAR Behçet sendromu (BS) tedavi önerilerinin güncellenmesi için cilt, mukoz ve eklem tutulumunda uygulanan tedavi seçeneklerinin etkinliğini ve güvenilirliğini değerlendirmeyi amaçladık.

**Yöntem:** SLT için The Cochrane Library, DARE, HTA, MEDLINE, EMBASE ve IPAD veri tabanları tarandı. Rando-mize kontrollü çalışmalar (RKÇ), kontrollü klinik çalışmalar ile aktif ilaçla başka bir ajanı veya plaseboyu karşılaştıran açık etiketli çalışmalar dâhil edildi. Eğer spesifik araştırma sorusuna ait kontrollü çalışma mevcut değil ise prospektif veya retrospektif kohort çalışmaları ve en az 5 hasta içeren vaka serileri de çalışmaya alındı.

**Bulgular:** İlk taramayla belirlenen 3927 çalışmanın özet ve başlıklarına bakılarak 3530'u dışlandı. Kalan 397 çalışmanın tam metinleri değerlendirildi ve 22 çalışma mukokutanöz tutulum, 15 çalışma da eklem tutulumu için dâhil edilme kriterlerine uygun bulundu. Mukokutanöz ve/veya eklem tutulumunu değerlendiren bu çalışmaların 17'si (%77) RKÇ idi. Bu çalışmalarda kolşisin, azatioprin, interferon-alfa, talidomid, etanersept ve apremilastın farklı mukokutanöz lezyonlar ve eklem tutulumu üzerinde farklı düzeylerde etkili olduğu gösterilmiştir. Sonuç ölçütlerinin her çalışmada farklı olması nedeni ile bu ajanları birbiri ile karşılaştırmak mümkün olmamıştır. Genel olarak bu tedaviler iyi tolere edilebilen, ilacı kesmeye neden olan yan etki sayısı düşük ajanlardır.

**Sonuç:** BS hastalarında mukokutanöz ve eklem tutulumu tedavisinde kullanılan, etkinliği RKÇ'lerle incelenmiş ajanlar vardır. Tedavi seçimi baskın lezyonun tipi ve hasta tercihleri göz önünde bulundurularak yapılmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Behçet sendromu, EULAR

### PS-004

**Behçet sendromunda majör organ tutulumunun tedavisi: EULAR tedavi önerilerinin güncellenmesi için sistematik literatür taraması**

Yeşim Özgüler<sup>1</sup>, Pietro Leccese<sup>2</sup>, Robin Christensen<sup>3</sup>, Sinem Nihal Esatoğlu<sup>1</sup>, Ignazio Olivieri<sup>4</sup>, Hasan Yazıcı<sup>1</sup>, Gülen Hatemi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; <sup>2</sup>San Carlo Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, Potenza, İtalya; <sup>3</sup>Bispebjerg ve Frederiksberg Hastanesi, Muskuloskeletal İstatistik Ünitesi, Kopenhag, Danimarka; <sup>4</sup>Madonna delle Grazie Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, Matera, İtalya

**Amaç:** Behçet sendromu (BS) EULAR tedavi önerileri ilk olarak 2008 yılında yayımlanmıştır. O tarihten bu yana özellikle biyolojik ajanlarla ilgili yeni çalışmalar yayımlanmıştır. Biz bu sistematik literatür taraması (SLT) ile BS'nda göz, vasküler, gastrointestinal (GIS) ve santral sinir sistemi (SSS) tutulumunda kullanılan ajanların etkinliğini ve güvenilirliğini değerlendirmeyi amaçladık

**Yöntem:** SLT için The Cochrane Library, DARE, HTA, MEDLINE, EMBASE ve IPAD veri tabanları tarandı. Rando-mize kontrollü çalışmalar (RKÇ), kontrollü klinik çalışmalar ile aktif ilaçla başka bir ajanı veya plaseboyu karşılaştıran açık eti-

ketli çalışmalar dâhil edildi. Eğer spesifik araştırma sorusuna ait kontrollü çalışma mevcut değil ise prospektif veya retrospektif kohort çalışmaları ve en az 5 hasta içeren vaka serileri de dahil edildi.

**Bulgular:** İlk taramayla belirlenen 3927 çalışmanın özet ve başlıklarına bakılarak 3530'u dışlandı. Kalan 397 çalışmanın tam metinleri değerlendirildi ve 302 çalışma dâhil edilme kriterlerine uygun bulundu. Siklosporin (CycA) ile yapılan 3 RKÇ, azatioprin (AZA) ile yapılan 1 RKÇ göz tutulumu olan BS hastalarında etkili olarak saptandı. Konvansiyonel göz tedavilerine dirençli hastalarda interferon ve anti-TNF ajanlar ile ilgili çok sayıda gözlemsel çalışma mevcut idi. Bu ajanlar; oküler atak sıklığında azalma, tam ya da kısmi remisyon sağlama ve görme keskinliğini arttırmada etkili bulunmuştu. Vasküler tutulum tedavisi için retrospektif vaka kontrol çalışmaları mevcut idi. Derin ven trombozu tedavisine yönelik yapılan 3 çalışmanın meta-analizinde immüsupresif (IS) tedavinin antikoagülan tedaviye göre anlamlı oranda nüksü azalttığı saptandı (RR:0.17, %95CI: 0.08-0.35) (Şekil PS-004a). Antikoagülan ve IS kombine kullanımına karşı sadece IS kullanımını arasında fark görülmedi (RR:1.5, %95CI: 0.8-2.6) (Şekil PS-004b). Yine gözlemsel çalışmalarda siklofosfamid (Cy) ve yüksek doz glukokortikoid (GK) tedavinin pulmoner arter anevrizmalarında mortaliteyi, periferik arter anevrizmalarında postoperatif dönemde komplikasyon azalttığı gösterilmiştir. 5-ASA preparatları ve AZA, gözlemsel çalışmalarda BS'e bağlı GIS tutulumunun başlangıç tedavisinde etkili bulunmuştur. Dirençli hastada ise talidomid ve/veya monoklonal anti-TNF ajanlar remisyonu sağlamada etkili bulunmuştur. Retrospektif çalışmalarda IS tedavinin intestinal kanama veya perforasyon nedeniyle opere edilen hastalarda

postoperatif dönemde nüksü azalttığı gösterilmiştir (RR: 0.56, %95 CI: 0.33–0.95). SSS tutulumunda gözlemsel çalışmalarda IS ve GK tedavinin etkili olduğu gösterilmiştir. Retrospektif çalışmalarda CycA'nın SSS tutulum riskini arttırdığı gözlenmiştir (RR: 12.6, %95 CI: 4.7–33.7).

**Sonuç:** BS'de majör organ tutulumunun tedavisi çoğunlukla gözlemsel çalışmalara dayanmaktadır. Göz tutulumunda dirençli hastalarda interferon ve anti-TNF alfa, arteriyel tutulumda Cy ve GK, dirençli GIS tutulumunda ise talidomid ve/veya monoklonal anti-TNF alfa tedavileri ön plana çıkmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Behçet sendromu, EULAR, immüsupresif

## PS-005

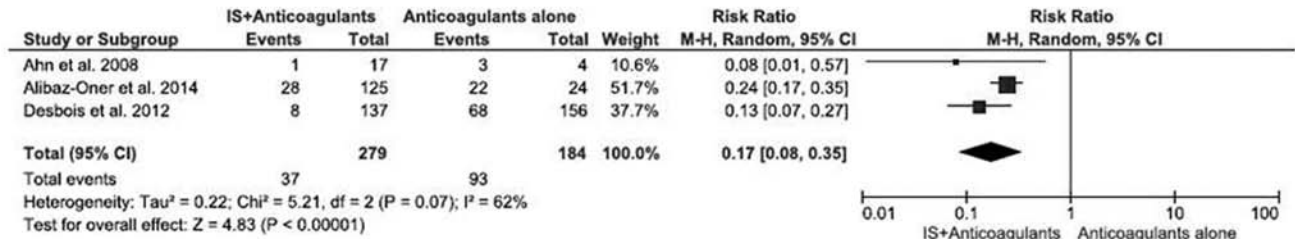
### Eski Anadolu toplumlarında ankilozan spondilit: Kılıçlı kazılarında (Sinop) ele geçen bir örnek

Derya Atamtürk<sup>1</sup>, İzzet Duyar<sup>2</sup>, Barış Özener<sup>2</sup>

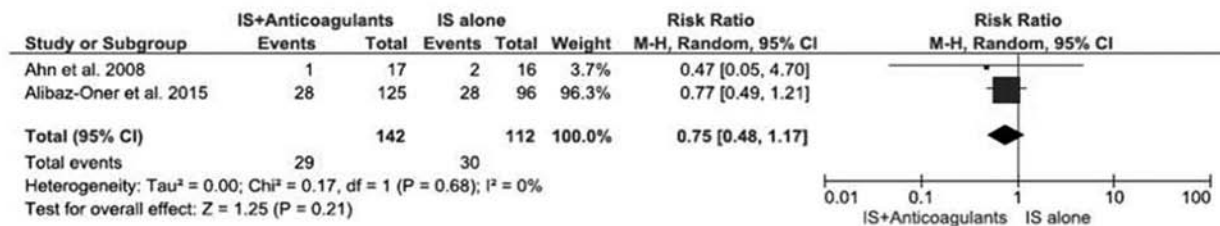
<sup>1</sup>*İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, Paleoantropoloji Anabilim Dalı, İstanbul;* <sup>2</sup>*İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, Fiziki Antropoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

Ankilozan spondilit (AS) seronegatif spondiloartrit grubuna giren inflamatuvar romatizmal bir hastalıktır. Etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Ancak hastaların %90–5'inde HLA-B27 antijeninin alt tipine sahip olması nedeniyle hastalığın ortaya çıkışında genetik faktörlerin rol aldığı düşünülmektedir. Günümüz toplumlarında AS prevalansı %0.25–4.5 arasında değişmektedir. Ancak hastalığın geçmişte görülme sıklığı henüz tam olarak tespit edilememiştir. AS, bireyin iskeleti tama yakın ele geçtiğinde diğer SpA'lar içerisinde tanısı en kolay olanıdır. An-

a



b



**Şekil (PS-004):** Behçet sendromuna bağlı derin ven trombozu tedavisinde immüsupresif ile antikoagülan tedavinin karşılaştırılması. (a) IS+antikoagülan-antikoagülan (b) IS+antikoagülan-IS.

çak bireyin iskeleti eksik ele geçtiğinde AS hastalığı, başta DISH olmak üzere romatoid artrit, inflamatuvar artrit, septik artrit gibi çeşitli hastalıklarla karıştırılabilmektedir. Eski Anadolu topluluklarında çeşitli iskelet serileri üzerinde vertebral ya da sacroiliac eklemlerin ankilozanından yola çıkarak AS'nin varlığını ileri süren çeşitli çalışmalar yapılmakla birlikte AS'nin varlığı kesin olarak ortaya konamamıştır. Bu çalışmada iskeleti tıma yakın ve iyi korunmuş olan bir bireyde tespit edilen AS olgusu ve buna ilişkin bulgular sunulacaktır. Çalışmaya konu olan iskelet Sinop Kılıçlar kazısında ele geçmiş ve 18–19'uncu yüzyıla tarihlendirilmiştir. İskelette AS tanısının konulmasında hem fikir olunan üç özelliği görmek mümkündür: (1) Her iki sacroiliac eklem simetrik olarak füzyon olmuş, (2) hiçbir vertebrayı atlamaadan tüm omurlar birleşmiş ve (3) röntgen görüntüsünde "bambu spine"nin varlığı tespit edilmiştir. Ayrıca, hastalığın en ileri aşamasında görülen costovertebral eklem füzyonu ve kifoz da oluşmuştur. İncelenen birey, Eski Anadolu topluluklarında kesin AS tanısı konulmuş tek vaka olma özelliğini taşımaktadır. Ayrıca şu ana kadar paleopatoloji literatüründe kesin AS tespiti imkân veren nadir buluntulardan birisidir.

**Anahtar sözcükler:** Ankilozan spondilit, paleopatoloji, tıp tarihi

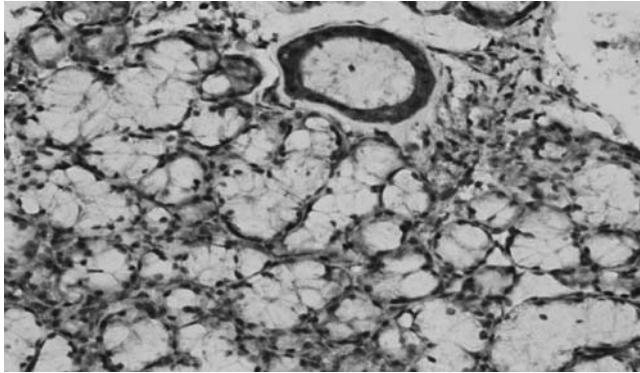
## PS-006

### Sjögren hastalığında leptinin rolü

Mustafa Erdoğan<sup>1</sup>, Mehmet Engin Tezcan<sup>2</sup>, Kayhan Başak<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Suruç Devlet Hastanesi, Şanlıurfa; <sup>2</sup>Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

**Amaç:** Sjögren hastalığı (SH), ekzokrin bezlerde lenfositik infiltrasyonun gözlendiği, ağız ve göz kuruluğu semptomlarının ön planda olduğu sistemik bir hastalıktır. Hastalığın patogenezinde multifaktöryel tetikleyicilerin rol oynadığı düşünülmektedir. Leptin, peptid yapıda endojen bir moleküldür. Başlıca metabolik süreçlerde rol almakla birlikte, immün sistemde etkili olduğu da gösterilmiştir. SLE, RA, SH gibi immüno-romatolojik hastalıklarda serum leptin seviyelerinin, sağlık kontrollerine göre arttığı tespit edilmiştir. Ayrıca, hem insanlarda, hem hayvan modellerinde hastalığın aktivitesi ve/veya ciddiyeti ile leptin seviyesi arasında korelasyon bulunan çalışmalar vardır. Tes-



**Şekil (PS-006):** Minör tükürük bezi leptin boyama (x400 büyütme, leptin ile minör tükürük bezinde asiner, duktal, stromal alanda yaygın (skor 3) boyanma).

pit edebildiğimiz kadarıyla literatürde SH'da, ekzokrin bezlerde leptin boyanması ile yapılan çalışma bulunmamaktadır.

**Yöntem:** Bu çalışmada, SH ön tanısı ile biyopsi alınan, patolojik olarak SH ile uyumlu 24 ve uyumlu olmayan 19 hastanın minör tükürük bezlerinde leptin boyanması yapıldı. Her iki grup; asiner, duktal, stromal alanda leptin boyanması açısından kıyaslandı. Ayrıca, SH grubu, fokus skoru, hastalık aktivitesi ve leptin ile boyanma açısından ayrıca değerlendirildi.

**Sonuç:** Çalışma sonuçlarına göre, çalışma ve kontrol grubu arasında leptin boyanması ve diğer genel özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Ancak fokus skoru yüksek (>2) olan hastalar hem kontrol grubu hem de fokus skoru düşük (≤2) olan bireyler asiner, stromal ve total leptin boyanması açısından farklılık gösterdi. Fokus skoru yüksek olanlarda daha yaygın leptin boyanması olduğu gözlemlendi. Ayrıca, asiner boyanma derecesi ile SSDAI skoru arasında ilişki bulundu. Yaygın asiner boyanma olan grupta diğerlerine göre SSDAI skoru daha yüksek tespit edildi (p<0.05). Fokus skoru daha yüksek olanlarda, daha yaygın leptin boyanmasının olması, hastalığın patolojik olarak daha belirginleştiği ileri evrelerde, leptinin daha belirgin rolünün olabileceğini düşündürmektedir. Leptin özellikle, SH'da bez tutulumunda rol alan hücrelerin kemotaksisinde ve aktivasyonunda lokal olarak rol oynayabilir. Daha ileri çalışmalarda, leptinin otokrin etkisi ile tükürük bezi hasar patogenezinde rol oynadığının tespiti, SH'a bağlı bez tutulumuna bağlı kuruluk semptomlarının ilerlemesinin engellenmesi için hedef tedavi molekülü olmasına yol açabilir.

**Anahtar sözcükler:** Leptin, Sjögren

## PS-007

### Sistemik sklerodemalı hastaların tedavi konusunda eğitim düzeylerinin stres düzeyi, ilaç uyumu ve yan etki ilişkisinin incelenmesi

Hamide Şişman, Derya Fikir Kırbas, Eren Erken, İpek Türk, Pınar Kum

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Balcalı Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, Adana

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı skleroderma tanısı alan hastaların oral tedavileri hakkında bilgi düzeylerini, ilaç kullanımına ilişkin davranışlarını ve ilaç uyumlarını, yaşadıkları yan etkilerin şiddetini ve algılanan stres düzeylerini ölçmektir.

**Yöntem:** Araştırma prospektif, karşılaştırmalı, tanımlayıcı tipte planlandı. Veri toplamaya kurum etik kurul onayı ve kurum izni alındıktan skleroderma tanısı alan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar dahil edildi. Araştırmanın sonuçları SPSS 15 paket programında analiz edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 33 hastanın 32 (%97)'si kadın, yaş ortalaması 53 (min: 35–max: 74), hastalık süresi 5 yıl ve üzeri hasta sayısı 22 (%66.7), gelir düzeyi 26 (%78.8)'sının orta düzeydi. 28 (%84.8)'i İmuran tablet, 3 (%9.1)'ü Endoxan tablet, 1 (%3.0)'ü Methotraxet tablet kullanıyordu. Tedavi hakkında 16 (%48.5) kişi eğitim almış, 12 (%80)'si bilgiyi sözel aldığını belirtirken, aldığı eğitimi yeterli bulan 7 (%43) kişidir. Hastaların ilaç kullanımına ilişkin 16 (%48.5)'i ilaç almayı

unutmadığını, 17 (%51.5)'si ilaç almayı unuttuğunda daha sonra tekrar almadığını, 24 (%72.8) kişi ilaç almayı unuttuğunda o günkü ilaç dozunun atladığını, 25 (%75.7)'i ilaçların düzenli kullanımının kendisini iyileştireceğine inandığını, 20 (%60.6)'si ilaçları bölmeden/parçalamadan aldığını, 15 (%45.5)'i ise ilaçlara ihtiyacım olmadığını düşündüğünü, 26 (%78.8)'si kullandıkları ilacın yan etkilerinin kendileri için önemli olmadığını söylemiştir. İlaç kullanımına bağlı yan etkiler sorgulandığında 8 (%24.2) kişi hafif bulantı, 3 (%9.1) kişi şiddetli kusma, 3 (%9.1) kişi şiddetli konstipasyon, 1 (%3) kişi şiddetli deri döküntüsü, 3 (%9.1) kişi şiddetli saç dökülmesi, 3 (9.1) kişi şiddetli diyare, 7 (%21.2) kişi hafif iştahsızlık, 8 (%24.2) kişi orta derecede uyku bozukluğu, 4 (%12.1) kişi şiddetli yorgunluk, 8 (%24.2) kişi hafif baş ağrısı, 4 (%12.1) kişi şiddetli mukozit, 1 (%3) kişi şiddetli alerjik reaksiyon yaşadığını belirtmiştir. Hastaların MASES ortalama puanı  $65 \pm 10.356$ , algılanan stres puanı ise ortalama 32 (0–56) bulundu.

**Sonuç:** Hastaların ilaç konusunda eğitim düzeylerinin ve ilaç uyum oranlarının düşük olduğu, yan etki görülme sıklığının ve algılanan stres düzeyinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Sistemik skleroderma, tedavi, eğitim

## PS-008

### Sistemik skleroz-interstisyel akciğer hastalığında rituksimab kullanımı: 18 hastalık vaka serisi

Gül Güzelant<sup>1</sup>, Melike Melikoğlu<sup>1</sup>, Benan Müsellim<sup>2</sup>, Deniz Demir Yılmaz<sup>2</sup>, İzzet Fresko<sup>1</sup>, Emire Seyahi<sup>1</sup>, Gülen Hatemi<sup>1</sup>, Serdal Uğurlu<sup>1</sup>, Vedat Hamuryudan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul;* <sup>2</sup>*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

**Amaç:** İnterstisyel akciğer hastalığı (İAH), sistemik sklerozun (SSc) mortalitesi yüksek bir komplikasyonudur. Vaka serilerince incelendiğinde rituksimab (RTX) etkili görünmektedir. Bu retrospektif çalışmanın amacı kliniğimizde izlenen SSc-İAH'lı hastalarda RTX'in etkinliğini araştırmaktır.

**Yöntem:** Ortalama hastalık süresi  $8.3 \pm 9.3$  SD yıl olan SSc-İAH tanılı ve en az bir kür RTX almış, yaş ortalaması  $50.3 \pm 12.1$  SD olan 16 kadın, 2 erkek hastanın kayıtları retrospektif olarak incelendi. Etkinlik Amerikan Toraks Derneği kriterlerine göre değerlendirildi; düzleme FVC'de  $\geq 10\%$  veya DLCO'da  $\geq 15\%$  oranında artış, kötüleşme FVC'de  $\geq 10\%$  veya DLCO'da  $\geq 15\%$  oranında azalış, stabilizasyon FVC'de  $\geq 10\%$ 'dan veya DLCO'da  $\geq 15\%$ 'den az değişim olarak kabul edildi.

**Bulgular:** RTX başlanmasından sonra ortalama takip süresi  $19 \pm 11.8$  SD aydı (Tablo PS-008). Dört hasta RTX öncesi İAH için tedavi naiv idi (Grup 1). Grup 1'de İAH tanısından RTX başlanmasına kadar geçen süre ortalama 3.5 aydı (0–14 ay). Bu gruptaki hastaların aldığı ortalama RTX siklusu 2 idi. Bir hasta mikofenolat mofetil (MMF) ile kombine tedavi almaktaydı. RTX altında ortalama takip süresi ise  $12.2 \pm 6.8$  SD aydı (7–22 ay). Takip süresi sonunda bu 4 hastanın 2'sinde FVC/DLCO bazal değerlere göre kötüleşirken, diğer ikisinde stabil kaldı veya düzeldi. Diğer 14 hasta 10.2 yıllık hastalık süresinde daha

önce farklı immunosüpresiflerle tedavi edilmişlerdi (Grup 2). İAH tanısı konulduktan sonra RTX verilmesine kadar geçen süre grup 2'de grup 1'e kıyasla daha uzundu (71.2 ay, 5–246 ay). Takip sürecindeki ortalama RTX siklus sayısı 3'tü. Üç hasta MMF ile, 2 hasta da azatioprin ile kombine tedavi almaktaydı. Bir hasta ilk RTX infüzyonundan 3 ay sonra bilinmeyen bir nedenle öldü. Bir hasta ise ağız açıklığındaki ileri azalma nedeniyle spirometri yapmaya uygun değildi. Kalan 12 hastanın 5'inin FVC/DLCO değerlerinde kötüleşme gözlenirken, 7 hastanın stabil kaldığı veya düzeldiği gözlemlendi.

**Tablo (PS-008):** Hastaların demografik özellikleri ve RTX tedavisine yanıtları.

	Grup 1 (kisa hastalık sürelisi ve tedavi naiv grup)	Grup 2 (uzun hastalık sürelisi ve önceden immunosüpresif almış grup)	Tüm hastalar
Hasta sayısı	4 (22.2%)	14 (77.7%)	18
Cinsiyet (K/E)	3/1	13/1	16/2
Ortalama hastalık süresi	$2 \pm 0.8$ SD yıl	$10.2 \pm 9.8$ SD yıl	$8.3 \pm 9.3$ SD yıl
RTX altında takip süresi	$12.2 \pm 6.8$ SD ay	$21 \pm 12.4$ SD ay	$19 \pm 11.8$ SD ay
Bazal FVC %	$69.2 \pm 20.9$	$65.1 \pm 14$	
Son FVC %	$66.7 \pm 13$	$61.6 \pm 19.6$	
Bazal DLCO %	$57.7 \pm 24.1$	$43.5 \pm 12.2$	
Son DLCO %	$52 \pm 18$	$41.2 \pm 21.8$	
Sonlanım: Stabil/düzleme (n)	2	7	9
Kötüleşme (n)	2	5	7
Ölüm (n)	0	1	1
Spirometri yapamama (n)	0	1	1

**Sonuç:** RTX'in SSc-İAH tedavisinde orta derecede etkili görülmeyle beraber İAH hastalık süresinin veya önceki tedavilerin yanıtta rolü olmadığı düşünülmüştür.

**Anahtar sözcükler:** Sistemik skleroz, interstisyel akciğer hastalığı, rituksimab

## PS-009

### Behçet üveitinde infliksimaba erken başlamak prognoza daha olumlu gözükmemektedir

Gül Güzelant<sup>1</sup>, Didar Uçar<sup>2</sup>, Gülen Hatemi<sup>1</sup>, Yılmaz Özyazgan<sup>2</sup>, Sinem Nihal Esatoğlu<sup>1</sup>, Sebahattin Yurdakul<sup>1</sup>, Emire Seyahi<sup>1</sup>, Hasan Yazıcı<sup>1</sup>, Vedat Hamuryudan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul;* <sup>2</sup>*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

**Amaç:** Yeni yayınlarda Behçet sendromu (BS) göz tutulumunun prognozu daha iyi gözükmemektedir. Bu iyileşme anti-TNF

gibi daha etkin ilaçların kullanıma girmesine bağlı olabileceği gibi bu ilaçların zamanla daha etkin kullanılmasından da kaynaklanabilir. Anti-TNF başlanan BS hastalarının özelliklerinde ve tedavi yanıtlarında zaman içinde değişim olup olmadığı bilinmemektedir.

**Yöntem:** 2013'den sonra üveit nedeniyle infliximab (İFX) başlanmış olan 15'i erkek toplam 17 BS hastasının (yeni grup) kayıtları retrospektif olarak incelenerek verileri 2013'ten önce İFX başlanmış 43 hastalık seri (eski grup) ile kıyaslandı.

**Bulgular:** Eski gruba benzer şekilde yeni grupta da ağır, görmeyi tehdit edici boyutta ve klasik immunosüpresif tedavilere dirençli hastalar vardı. İFX öncesi tedavi süresi yeni grupta anlamlı derecede kısaydı (yeni grup medyan 26 ay, IQR: 10–53 ay; eski grup medyan 60 ay, 25–84 ay,  $p=0.012$ ). Üveit tanısı konulduktan sonra İFX başlanmasına kadar geçen süre de yeni grupta daha kısaydı, ancak anlamlı farklılığa ulaşmadı (medyan 39 ay, IQR: 16–94 ay vs. 72 ay, 45–132 ay,  $p=0.075$ ). İFX başlama anındaki bazal görme keskinliği sağ göz için her iki grupta da benzerdi (yeni grup medyan LogMAR 0.3; eski grup 0.7,  $p=0.8$ ); ancak aynı ölçüm sol göz için kıyaslandığında yeni grupta anlamlı olarak daha iyiydi (0.22 vs. 1.2,  $p=0.005$ ). En az bir gözde vizyonu olmayan (LogMAR>1) hasta oranı yeni grupta %47 iken eski grupta %67 idi ( $p=0.23$ ). Yeni gruptaki 14 hastanın son durumlarına ulaşılabilir. İFX altındaki takip süresi  $13.8 \pm 7.9$  SD aydı (medyan 11.5 ay). İFX öncesinde 10 hastada (%71) en az bir kez üveit atığı gözlenmişken, İFX altında bir hasta haricinde diğer hastalar ataksız izlendi (%93). Sol gözde ortalama görme keskinliği anlamlı olarak daha iyi bulundu (Şekil PS-009).

**Sonuç:** BS üveitinde İFX'in erken kullanımı daha iyi prognoza ilişkili görünmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Behçet, üveit, infliksimab

## PS-010

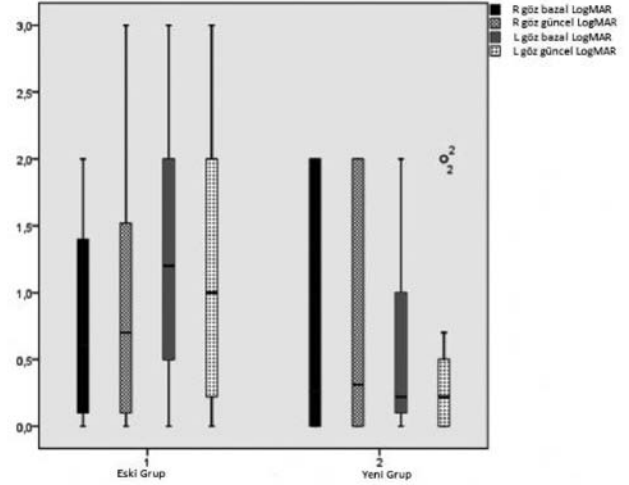
### Romatoid artrit hastalarında biyolojik monoterapi sıklığı: HÜR-BİO gerçek yaşam sonuçları

**Levent Kılıç**, Alper Sarı, Berkan Armağan, Abdulsamet Erden, Ömer Karadağ, Şule Apraş Bilgen, Ali Akdoğan, Sedat Kiraz, Umut Kalyoncu, İhsan Ertenli

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

**Amaç:** Romatoid artrit (RA) tedavisinde biyolojik ajanların konvansiyonel sentetik DMARD (ksDMARD)'larla kombinasyonu, biyolojik monoterapiye göre daha etkilidir. Ancak, gerçek yaşam verilerini içeren kayıt kütüklerinde; hastaların üçte biri monoterapi ile izlenmektedir. Bu çalışmada, tek merkez biyolojik kohortumuzdaki hastaların, başlangıç ve takipte monoterapi sıklığını değerlendirmeyi amaçladık.

**Yöntem:** HÜR-BİO RA veri tabanına 2016 Mayıs itibarıyla 1387 biyolojik tedavi alan RA hastası kayıtlıydı. Hastalar; ilk biyolojik başlangıç tedavilerine göre monoterapi veya ksDMARD'larla kombinasyon tedavisi olarak 2 gruba ayrıldı. Hastaların demografik, klinik ve hastalık aktivite verileri dışında, takipte ksDMARD ve biyolojik tedavilerin devamı ya da kesilmesi düzenli olarak kayıt edilmişti. 592 hasta çalışma dışı bırakıldı (173



**Şekil (PS-009):** Gruplara göre görme keskinliği.

hastada ilk biyolojik tedavi başka merkezde başlanmıştı, 419 hasta da veri yetersizliği nedeniyle dışlandı).

**Bulgular:** 795 [620 (%78)'si kadın] hasta çalışmaya alındı. Ortalama yaşları  $51.9 \pm 13.0$  yıl, ortalama hastalık süresi  $11.2 \pm 8.1$  yıldır. Başlangıç biyolojik tedaviler sıklık sırasıyla, etanersept 238 (%29.9), abatasept 147 (%18.5), adalimumab 135 (%17.0), rituksimab 119 (%14.9), infliksimab 77 (%9.7), sertolizumab 36 (%4.5), golimumab 25 (%3.1), tosilizumab 9 (%1.1), ve tofasitinib 9 (%1.1). En az bir ksDMARD kullanan hasta sayısı 746 (%93.8), sıklık sırasıyla; hidroksiklorokin %55.1, metotreksat %42.5, leflunomid %41.5 ve sulfasalazin %8.8 idi. Hastaların 49 (%6.2)'unun başlangıç biyolojik tedavileri monoterapi şeklindeydi. Başlangıç biyolojik tedavisi monoterapi olan hastalarda, kadın oranı [31 (63.3.0%) vs. 587 (79.0%),  $p=0.01$ ] daha düşük, daha genç [ $41.8 \pm 14.9$  vs.  $52.6 \pm 13.7$  yıl,  $p<0.001$ ] ve obezite oranı daha düşük [10/47 (21.3%) vs. 298/690 (43.2%),  $p=0.003$ ] hastalardı. Biyolojik monoterapi alan grupta hassas eklem sayısı [ $4.5 \pm 2.8$  vs.  $6.7 \pm 4.3$ ,  $p=0.009$ ], seropozitiflik (RF ve/veya anti-CCP) [23/47 (48.9%) vs. 508/726 (70.0%),  $p=0.003$ ] daha azdı. Hastalar ortalama  $29.4 \pm 28.8$  ay takip edildi ve 598 (%75.2) hastanın kontrol viziti vardı. Kontrol viziti olan hastaların 70 (%11.7)'i son kontrollerinde monoterapi alıyordu. Başlangıç biyolojik monoterapi alan hastaların izleminde biyolojik değişim oranı, başlangıçta kombine tedavi alan gruba göre daha yüksek oranda bulundu [20/49 (40.8%) vs. 187/746 (25.1 %),  $p=0.015$ ].

**Sonuç:** Başlangıç (%6.2) ve izleminde (%11.7) biyolojik monoterapi alan hasta oranımız, diğer kayıt kütükleriyle karşılaştırıldığında oldukça düşüktür. Bu kohortta kombine tedavide, metotreksat dışında, leflunomid ve hidroksiklorokin de önemli oranda diğer seçenekler olarak kullanılmaktadır. Monoterapi oranındaki düşüklük bununla ilişkili olabilir. Monoterapi genç, obez olmayan ve seronegatif hastalarda daha çok tercih edilmiştir. Ancak başlangıç monoterapi alanların takibinde biyolojik değişim oranı daha yüksektir. Biyolojik monoterapi kullanımı konusunda ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar sözcükler:** Biyolojik monoterapi, romatoid artrit

## PS-011

### Genç, erkek Behçet hastalarının prospektif izlemi: Bazal endotel disfonksiyonu, takipte gelişecek immüno-supresif gereksinimini öngörebilir

Fatma Alibaz Öner<sup>1</sup>, Emrah Karatay<sup>2</sup>, Belgin Aldağ<sup>1</sup>, Aydan Mutiş<sup>1</sup>, İhsan Nuri Akpınar<sup>2</sup>, Tülin Ergun<sup>3</sup>, Haner Direskeneli<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bölümü, İstanbul;

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Bölümü, İstanbul;

<sup>3</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Bölümü, İstanbul

**Amaç:** Vasküler başta olmak üzere majör organ tutulumu, Behçet hastalığında (BH) mortalite ve morbiditenin temel nedenlerinden biridir. Majör organ tutulumu açısından yüksek riskli grubu genç erkek hastalar oluşturmaktadır. Bu grup hastada prospektif olarak majör organ tutulumunun seyrini ve öngördürücülerini araştıran çalışma yoktur. Çalışmamızda temel olarak majör organ tutulumu olmayan erkek Behçet hastalarında yeni vasküler tutulum geliştirme riskinin prospektif olarak izlenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca diğer majör organ tutulumları, subklinik vasküler tutulum, endotel fonksiyonları ve bunların vasküler tutulumla ilişkisi araştırılmıştır.

**Yöntem:** Çalışmaya, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi "Behçet" polikliniğinde takip edilen ve majör organ tutulumu olmayan 36 erkek BH (ortalama yaş: 29.4 yıl), 35 erkek ankilozan spondilit (AS) (ortalama yaş: 31.1 yıl) hastası ve 36 erkek sağlıklı kontrol (SK) (ortalama yaş: 28.4 yıl) alınmıştır. Tüm gruba bazal, BH grubuna ayrıca 1. yıl takip vizitinde; alt-üst ekstremitelere venöz dopler ultrasonografi, endotel fonksiyonları için de brakial ve karotid arter ultrasonografisi yapılmıştır. Behçet hastaları prospektif 3–6 aylık vizitlerle ve acil bir başvuruda değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edildiklerinde BH hastalarının ortalama hastalık süresi 3.3±2.7 yıl idi. BH grubunda, asemptomatik venöz yetmezlik, SK grubuna kıyasla daha yüksek (BH vs SK: %30.5 vs %0, p<0.001), AS grubuyla benzer saptanmıştır (BH vs AS: %30.5 vs %32, p>0.05). BH grubunun ortalama olarak takip süresi 46.6 aydır. Takipte hastaların %22'sinde (n=8) immüno-supresif (IS) tedavi ihtiyacı gelişmiştir. IS başlanmasının nedeni 4 (%11) hastada majör organ tutulumu, 4 (%11) hastada ise dirençli mukokutanöz semptomları (Tablo PS-011). Endotelial disfonksiyonu gösteren ABD (Akıma bağ-

lı dilatasyon) bazal değerlendirilmede, BH'da sağlıklı kontrollere benzer; karotid intima mediya kalınlığı (KIMK) anlamlı derecede yüksekti (0.54 mm vs 0.47 mm, p=0.033). Birinci yıl takip vizitinde BH'larında endotelial fonksiyonlarda ve KIMK'da anlamlı düzelme saptandı (ABD için, bazal vs takip: 6.8 vs 10.9, p=0.003, KIMK için, (0.55 vs 0.47, p=0.004). Takipte IS ihtiyacı gelişen hastaların bazal ABD değerleri gelişmeyenlere kıyasla anlamlı olarak düşük saptandı (4.4 vs 8.5, p=0.005).

**Sonuç:** Genç erkek Behçet hastalarını prospektif olarak izlediğimiz çalışmamızda, takip süresince gelişen vasküler tutulum oranı literatürde retrospektif serilerde bildirilen oranlardan daha düşüktür. Takip süresince gelişen IS ihtiyacının yarısının nedenini dirençli mukokutanöz semptomlar, diğer yarısını ise majör organ tutulumu oluşturmuştur. Bu sonuçlar refrakter mukokutanöz tutulumun da takipte önemli bir problem olduğunu göstermektedir. BH hasta grubunda endotel disfonksiyonu saptanmasa da, takipte IS ihtiyacı gelişen hastaların bazal ABD değerinin, gelişmeyenlerden anlamlı olarak düşük olması, uzun dönem takipte, ABD'nin ciddi ve refrakter hastalık için bir "ön-görü" sağlayabileceğini düşündürmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Behçet hastalığı, genç erkekler, prospektif

## PS-012

### Romatoid artrit hastalarında anti-TNF tedavisinde doz değişiklikleri: Geriye dönük çalışma

Ayşe Hacıoğlu, Gülen Hatemi, Sinem Nihal Esatoğlu, Yeşim Özgüler, Serdal Uğurlu, Emire Seyahi, Melike Melikoğlu, İzzet Fresko, Huri Özdoğan, Sebhattin Yurdakul, Vedat Hamuryudan

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Anti-TNF ilaçlara iyi yanıt veren romatoid artrit (RA) hastalarında tedavinin nasıl sürdürüleceği konusunda veri kısıtlıdır. Bu çalışmada merkezimizde adalimumab, etanersept ya da infliksimab başlanmış ve tedaviye iyi yanıt vermiş RA hastalarında takipte uygulanan doz değişimleri incelenmiştir.

**Yöntem:** Hastane medula sistemi vasıtasıyla Ocak 2012–Aralık 2013 arasında ilk biyolojik olarak adalimumab, etanersept veya infliksimab başlanmış RA tanılı hastalar belirlenerek takip süresince anti-TNF doz değişimleri yapılmış olanlar Haziran

**Tablo (PS-011):** Takipte immüno-supresif tedavi başlanan hastaların klinik özellikleri.

	IS başlangıç zamanı	IS başlanma nedeni	IS başlanma yaşı (yıl) %	IS başlandığında hastalık süresi (yıl)	IS ajan
Hasta 1	1. ay	Pulmoner anevrizma	35	1	AZA
Hasta 2	7. ay	Dirençli OA	25	5	Siklosporin
Hasta 3	6. ay	Alt ekstremitelere derin ven trombozu	38	10	AZA
Hasta 4	10. ay	Üveit	20	5	AZA
Hasta 5	9. ay	Dirençli OA	28	7	AZA
Hasta 6	13. ay	Dirençli OA ve papülopüstüler lezyonlar	23	6	Siklosporin
Hasta 7	9. ay	Dirençli eritema nodosum	35	1	AZA
Hasta 8	8. ay	Alt ekstremitelere derin ven trombozu	23	1	AZA

AZA: Azatiyopurin, IS: Immüno-supresif, OA: Oral aft

2016'da dosyaların geriye dönük incelenmesiyle saptanmıştır. Eksik verileri olan hastalara telefonla ulaşılmaya çalışılmıştır.

**Bulgular:** Belirlenen 127 hastanın 106'sında ilaç kullanım verisi vardı. Bunların 45'inde (%43) ilk başlanan anti-TNF dozunda değişiklik yapılmıştı (Tablo PS-012). Anti-TNF başlanması ile doz değişimi arası ortalama süre 13.9±7.5 ay idi. Doz değişimi 44 hastada remisyon, 1 hastada ise yan etki korkusu nedeniyle yapılmıştı. Doz azaltma sonrası 16 hastada (40%) ortalama 8.8±9.7 ay içinde reaktivasyon görülürken 24 hasta (%60) doz azaltma sonrası 46±6.5 aylık takip süresince remisyonu sürdürdü. Birden fazla defa doz değişimi yapılan 18 (%40) hasta vardı. Ortalama DMARD sayısı tedavi başlangıcında 1.4±0.7, takip süresinin sonunda 0.7±0.7 idi. Tedavi başında steroid kullanan hasta sayısı ve ortalama dozu 35 (%78) ve 6.1±3.3 mg/gün iken, takip süresinin sonunda 15 (%33) ve 4.7±2.0 mg/gün idi. Takip süresinin sonunda hastaların 30'unda (%67) biyolojik ajan kullanımına devam edilmekteyken (3'ü non-TNF biyolojik), 12'sinde (%23) kesilmişti. İlaç kesilme 6 hastada remisyon (ortalama remisyon süresi 17.2±7.7 ay), 6 hastada ise çeşitli nedenler sonucuydu (gebelik, yan etki korkusu, sosyal nedenler, alternatif tıpla tedavi isteği). Tamamen ilaçsız (biyolojik veya DMARD) ve remisyonunda olan 2 hasta vardı.

**Tablo (PS-012):** Doz değişimi yapılan hastaların özellikleri (n=45).

Yaş, yıl (ortalama±SD)	46.6±12.7
Cinsiyet (n) (K/E)	32/13
Hastalık süresi, yıl (ortalama±SD)	6.1±6.0
RF pozitif hastalar (n)	18/38 (47.4%)
CCP pozitif hastalar (n)	15/29 (51.7%)
<b>Doz değişimleri</b>	
Doz azaltma	5 (Hepsi etanersept)
Doz arası açma	39 (Etanersept=17, infliksimab=13, adalimumab=9)
Doz arası açma ve doz azaltma	1 (Infliksimab)

**Sonuç:** Anti-TNF tedavisine iyi yanıt veren RA hastalarında doz azaltma ya da ara açma mümkün görünmektedir. Doz azaltması sonrası hastaların yarıdan fazlasında iyilik durumu devam etmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Romatoid artrit, anti-TNF tedavi

### PS-013

#### Ailevi Akdeniz ateşi olan hastalarda femoral kartilaj kalınlığının ultrasonografik değerlendirilmesi

Ayşe Aydemir Ekim<sup>1</sup>, Emel Gönüllü<sup>2</sup>, Esra Erkol İnal<sup>3</sup>, Ahmet Musmul<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Eskişehir Devlet Hastanesi, Zübeyde Hanım Kampüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü, Eskişehir; <sup>2</sup>Eskişehir Devlet Hastanesi, Romatoloji Bölümü, Eskişehir; <sup>3</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bölümü, Isparta; <sup>4</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Bölümü, Eskişehir

Ailevi akdeniz ateşi (AAA) olan hastalarda femoral kartilaj kalınlığının ultrasonografik (US) değerlendirmeyi amaçladık. 45

AAA'li hasta (29 kadın, 16 erkek), 31 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edildi. Çalışmadaki AAA'li hastaların tümü kolşisin tedavisi ile remisyondaydı. Katılımcıların her iki dizinde femoral kartilaj kalınlığı US ile ölçüldü. Ölçümler, dizin medial femoral kondil, interkondiler alan, lateral femoral kondil olarak üzere 3 bölgeden yapıldı. AAA'li hastalarda kıkırdak kalınlığı ölçümlerinde sağ dizde medial femoral kondil, interkondiler alan, lateral femoral kondilde; sol dizde medial femoral kondil ve lateral femoral kondilde kontrol grubu ile karşılaştırıldığında belirgin anlamlı incelmeye tespit edildi (p<0.001). Sol diz interkondiler alan da AAA'li hastalarda anlamlı kıkırdak incelmeye saptandı (p=0.023). Çalışmamızda AAA'li hastalarda femoral kartilaj kalınlığında belirgin incelmeye tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, bize hastaların atak geçirmediği dönemde de eklemlerinde subakut veya kronik artritlerinin olabileceğini ve buna bağlı olarak kartilaj kalınlığının etkilendiğini düşündürmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Ailevi Akdeniz ateşi, femoral kartilaj kalınlığı

### PS-014

#### Fekal kalprotektin düzeyi gastrointestinal tutulumu olan Behçet hastalarında aktiviteyi belirlemede faydalı bir yöntem olabilir

Sinem Nihal Esatoğlu<sup>1</sup>, İbrahim Hatemi<sup>2</sup>, Yeşim Özgüler<sup>1</sup>, Gülen Hatemi<sup>1</sup>, Aykut Ferhat Çelik<sup>2</sup>, Hasan Yazıcı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; <sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Fekal kalprotektin (FK) düzeyi inflamatuvar barsak hastalığı tanısında ve takibinde kullanılan non-invaziv bir metod olup seçilmiş hastalarda kolonoskopi gereksinimini ortadan kaldırabilir. Kalprotektin ve Behçet sendromu (BS) ile ilgili literatürde az sayıda çalışma bulunmaktadır. FK düzeyinin BS'nda gastrointestinal sistem (GİS) tutulum tanısı koymada yardımcı olabileceği bildirilmiştir. GİS tutulumu olan BS hastalarında FK ve serum kalprotektin (SK) düzeylerinin hastalık aktivitesi ile ilişkisi ise bilinmemektedir.

**Yöntem:** GİS tutulumu olduğu bilinen 23 BS hastasından (11 E, 12 K, ortalama±SD yaş 44±9) kolonoskopi hazırlığı öncesinde dışkı ve serum örnekleri alındı, Crohn hastalığı aktivite indeksi (CDAI) ve intestinal Behçet hastalığı aktivite indeksi (IBDAI) anketleri dolduruldu, hastalara kolonoskopi yapıldı. Aktif GİS tutulumu kolonoskopide ülser görülmesi olarak tanımlandı. FK ≥150 µg/g değerler pozitif olarak kabul edildi. Kontrol grubu olarak 22 aktif ve 25 inaktif Crohn hastası çalışıldı. Gruplar arasında FK düzeyleri kıyaslandığı gibi FK ve SK ile CRP düzeyleriyle, CDAI ve IBDAI arasındaki ilişkilere bakıldı.

**Bulgular:** 23 BS hastasının 9'unda GİS semptomları (diare ve karın ağrısı) vardı. Kolonoskopik değerlendirmede semptomatik olan 9 hastanın 4'ünde, asemptomatik olan 16 hastanın 3'ünde intestinal ülser saptandı. Kolonoskopi ile aktif GİS tutulumu saptanan toplam 7 hastanın tümünde ve aktif olmayan 16 hastanın 4'ünde FK düzeyi ≥150 µg/g idi (OR=42, %95 CI: 2-888). FK düzeyi aktif hastalarda (n=7) aktif olmayanlara



(n=16) göre anlamlı olarak yüksekti (ortanca: 325 µg/g, IQR: 187–1800) vs 44 µg/g, IQR: 30-154; p=0.002). Ancak SK düzeyleri arasında anlamlı fark yoktu (ortalama±SD: 173±274 ng/mL vs 102±135 ng/mL, p=0.13). FK ve SK düzeyleri ilişkili değildi (r=0.08, p=0.72). FK ve serum CRP düzeyleri arasında düşük (r=0.3, p=0.1) ve CDAI arasında orta düzeyde (r=0.5, p=0.02) ilişki vardı. FK düzeyi ile IBD AI skoru ilişkili değildi (r=0.01, p=0.9). 25 aktif Crohn hastasının 16'sında ve 22 inaktif Crohn hastasının üçünde FK pozitifliği (OR=11, %95 CI: 3–49). FK düzeyi pozitif olmasına rağmen endoskopide intestinal ülser saptanmayan 4 hastanın birinde makrofaj aktivasyon sendromu, ikincisinde aktif mukokütanöz lezyonlar ve üçüncüsünde trizomi 8 ilişkili polisitemia vera vardı. Hastaların hiçbirinde FK düzeyini yükseltebilecek non-steroidal anti inflamatuvar ilaç kullanım öyküsü yoktu. Kısıtlılıklar: Görece az sayıda hastanın ve kesitleme çalışılmış olması.

**Sonuç:** Çalışmamızda aktif hastaların tümüne ek olarak GİS tutulumu olmayan az sayıda hastada da yüksek FK değerleri saptanmıştır. Bu açıdan GİS tutulumu asemptomatik olan BS hastalarda aktif hastalığı dışlamada Crohn hastalığında olduğu gibi non-invaziv bir yöntem olarak kullanılabilir. SK düzeyleri ise işe yarar görülmemektedir. GİS dışı BS belirtilerinin yanlış pozitif sonuca yol açma olasılığı üzerinde daha çalışılması gereken bir konudur.

**Anahtar sözcükler:** Behçet sendromu, kalprotektin, gastrointestinal tutulum

## PS-015

### Takayasu arteriti hastalarında vizüel derecelendirme ile yapılan FDG-PET BT vasküler inflamasyonu değerlendirmede yetersizdir

Ali Uğur Ünal<sup>1</sup>, Fuat Dede<sup>2</sup>, Tanju Yusuf Erdil<sup>2</sup>, Tunç Önes<sup>2</sup>, Fatma Alibaz Öner<sup>1</sup>, Haner Direskeneli<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul;

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

**Amaç:** Takayasu arteriti (TAK), hastalık aktivitesini değerlendirmenin zor olduğu bir büyük damar vaskülitidir. Son yıllarda yapılan çalışmalar 18F-florodeoksiglukoz (FDG)-pozitron emisyon tomografi (PET)/bilgisayarlı tomografinin (BT) TAK hastalarında hastalık aktivitesini değerlendirmede yararlı olabileceğini desteklemektedir. Bu çalışmada, doktor global değerlendirmesine (dGD) göre klinik olarak aktif, persistan ve inaktif olarak sınıflandırılan TAK hastalarının FDG/PET BT ile vasküler inflamasyon düzeylerini inceledik.

**Yöntem:** Tek merkezden 31 TAK hastasının (F/M: 25/6, ortalama yaş 41±15, hastalık süresi 90±71 ay) toplam 42 FDG/PET BT görüntülemesindeki vasküler inflamasyon vizüel derecelendirme ve semikantitatif analizle (vasküler SUVmaks/karaciğer SUVmaks) incelendi. Karaciğerin referans alındığı vizüel derecelendirmede (0–3), büyük damarlarda 18F-FDG tutulumu hiç yok (derece 0) ya da karaciğerden daha azsa (derece 1) “inaktif”; karaciğer eşit ya da karaciğerden daha fazla ise (derece ≥2) “ak-

**Tablo (PS-015):** Doktor global değerlendirmesine göre farklı hastalık aktivitesinde olan TAK hastalarının klinik ve FDG/PET BT bulguları.

	Aktif, n=14	Persistan, n=22	İnaktif, n=6	p değeri
Yaş (yıl)	41±14	40±14	38±15	0.94
Hastalık süresi (ay)	75±73	108±64	109±78	0.34
ESH (mm/saat)	61±29	48±21	25±14	0.013
CRP (mg/L)	37.6±38.9	22.5±13.4	3.7±1.6	0.022
Prednizon (%)	6 (43.9)	17 (77.3)	3 (50)	0.095
Doz, median (IQR) mg/gün	7.5 (5-50)	5 (5.7.5)	7.5 (5-20)	0.078
Diğer immünosüpresifler, n (%)	5 (37.7)	18 (81.8)	4 (66.7)	0.019
Metotreksat	1 (7.1)	4 (18.2)	2 (33.3)	
Azatiopürin	4 (28.6)	10 (45.5)	2 (33.3)	
Leflunamid	0	4 (18.2)	2 (33.3)	
Biyolojikler	2 (14.3)	1 (4.5)	0	
Kerr kriterlerine göre aktif hastalık n (%)	14 (100)	0	0	
ITAS2010 (0-51)	4.9±3.7	1.1±1.4	1.7±1.5	<0.001
ITAS-A (0-54)				<0.001
ITAS-ESR	7.1±4.2	3.1±1.7	2.0±1.7	
ITAS-CRP	7.0±4.3	3.3±1.6	1.8±1.3	
FDG/PET BT Vizüel derecelendirme ile hastalık aktivitesi, n (%)				0.14
Aktif	11 (78.6)	10 (45.5)	3 (50)	
İnaktif	3 (21.4)	12 (54.5)	3 (50)	
Vasküler SUVmaks (bütün damarların içinde en yüksek tutulum <sup>†</sup> )	3.34±1.46	3.22±1.66	2.26±0.42	0.31
Semikantitatif analiz ile FDG/PET BT hastalık aktivitesi değerlendirme (SUV maks. oranı)	1.43±0.51	1.25±0.77	1.00±0.11	0.39
FDG/PET BT'nin vizüel derecelendirmesinde saptanan aktif vasküler lezyon sayısı, median (range)	2 (0.7)	0 (0.8)	0.5 (0.2)	0.057

\*Değerler aksi belirtilmedikçe ortalama±SD olarak verilmiştir. <sup>†</sup>Herbir hasta için belirlenen, bütün incelenmiş damarlar içerisinde en yüksek tutulum vasküler SUVmaks/karaciğer SUV maks) değerlerinin ortalaması

tif<sup>9</sup> olarak kabul edildi. Hastalık aktivitesini değerlendirmek için dGD, Kerr, İTAS2010 ve İTAS-A (ESH, CRP) kriterleri kullanıldı. Persistan hastalık, klinik semptom ve bulgular olmadan sadece yüksek akut faz reaktanları olması ya da akut faz yüksekliği olmadan Kerr kriterlerinden sadece birinin var olması olarak tanımlandı.

**Bulgular:** FDG/PET BT görüntülemesi yapıldığında klinik olarak 14 hasta aktif (%33.3), 22 hasta persistan (%52.4) ve 6 hasta inaktif idi (%14.3). FDG/PET BT ile vizüel derecelendirmeye göre 24 hasta (%57.1) aktif olup bu hastalarda median (range) aktif vasküler lezyon sayısı 2 (1–8) idi. dGD'ye göre aktif, persistan ve inaktif olarak kabul edilen hastaların klinik ve FDG/PET BT bulgularını karşılaştırdığımızda aktif ve persistan hastaların İTAS2010, İTAS-A skorları, ESH ve CRP düzeyleri daha yüksekti (Tablo PS-015). Vizüel derecelendirmeye göre PET pozitifliği klinik olarak aktif, persistan ve inaktif hastalarda sırasıyla %78.6, %45.5 ve %50 olarak bulundu. Semikantitatif analizle değerlendirme yapıldığında ise PET aktivitesi ile klinik hastalık aktivitesinin birbirine paralel olduğu saptandı. SUVmaks (inaktif: 2.26, persistan: 3.22, aktif: 3.44) ve SUVmaks oranlarında (inaktif: 1.00, persistan: 1.25, aktif: 1.43) klinik hastalık aktivitesi ile paralel artış gözlemlendi.

**Sonuç:** Vizüel analizle yapılan FDG/PET BT değerlendirmesi aktif TAK hastalarında vasküler inflamasyonu ve inflamasyonun şiddetini göstermede yararlıdır, ancak vizüel derecelendirme ile yapılan FDG/PET BT değerlendirmesi persistan ve inaktif hastaları ayırt etmede yeterli değildir. Persistan ve inaktif hastalarda vasküler inflamasyon hakkında daha fazla bilgi sahibi olabilmek için semikantitatif analizin de yapılması düşünülmelidir. Persistan ve inaktif hastalardaki artmış FDG/PET tutulumunun gerçek vasküler inflamasyonla ilişkisinin ve vasküler hasara yol açıp açmadığının belirlenmesi için daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar sözcükler:** Takayasu arteriti, PET BT, aktivite

## PS-016

### Ailesel Akdeniz ateşi tanılı hastalarda ve yakınlarında psoriasis/psoriatik artrit sıklığı

Abdulsamet Erden<sup>1</sup>, Emrah Şeyhoğlu<sup>2</sup>, Levent Kılıç<sup>1</sup>, Alper Sarı<sup>1</sup>, Berkan Armağan<sup>1</sup>, Şule Apraş Bilgen<sup>1</sup>, Ömer Karadağ<sup>1</sup>, Ali Akdoğan<sup>1</sup>, Sedat Kiraz<sup>1</sup>, İhsan Ertenli<sup>1</sup>, Umut Kalyoncu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; <sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Giriş:** Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA), periyodik ateş ve serozit ile karakterize kendi kendini sınırlayan otozomal resesif geçişli bir hastalıktır. AAA hastalığı vaskülit (PAN, HSP), spondiloartropati, Behçet ve İnflamatuvar barsak hastalığı ile ilişkilendirilmiştir. Psoriasis toplumun %2–3'ünü etkileyen kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Psoriasisli hastalarda aile öyküsü %30–90 arasında değişmektedir. Çocuklarda yapılan bir çalışmada AAA tanısı olan hastalarda ve yakınlarında psoriasis sıklığının artmış olduğu bulunmuştur. Ancak erişkin hastalarda buna benzer bir çalışma bulunmamaktadır.

**Amaç:** AAA tanısı olan erişkin hastalarda psoriasis ve/veya psoriatik artrit sıklığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Hacettepe Üniversitesi Romatoloji polikliniğine 2016 Ocak–Ağustos ayları arasında polikliniğe başvuran, Tel-hashomer kriterlerine göre AAA tanısı almış ve takip edilen erişkin hastalar çalışmaya ardışık olarak dahil edildi. Hastaların demografik bilgileri, kendilerinde ve akrabalarında psoriasis ve psoriatik artrit varlığı, ilaç kullanım öyküsü sorgulandı.

**Bulgular:** Çalışmaya 135 hasta alındı. Yaş ortalaması 36±11'di. Ortalama tanı yaşı 22±13 bulundu. Hastaların 98'i (%72.6) kadın, 37'si (%27.4) erkekti. Hastaların 123'ünde (%91.1) periyodik karın ağrıları, 115'inde (%85.2) ateş öyküsü mevcuttu. 108 hastada (%80) artralji mevcuttu 65 hastada (%48.1) artrit saptandı. Hastaların 79'u (%58.5) plöretik göğüs ağrısı tarifliyordu. Hastaların 36'sında (%26.7) erizipel benzeri eritemi vardı. 90 hastanın bel ağrısı vardı. Bu hastaların 38'nin (%42.2) inflamatuvar bel ağrısı vardı. Hastaların 73'ünde (%54.1) ailede AAA öyküsü vardı. 4 (%3) hastanın amiloidozu vardı. 16 (%11.9) hastanın ailesinde FMF nedeni ile hemodiyalize giren bir kişi vardı. 10 hastada (%7.4) psoriasis mevcuttu. Bu 10 hastadan 3'ünde psoriatik artrit de saptandı. Psoriasisli olan 10 (%100) hastanın bel ağrısı var iken, psoriasis olmayan grupta ise 80 (%65) hastada bel ağrısı vardı. Bu iki grup arasında anlamlı bir fark saptandı (p=0.03). Psoriasisli olan hastaların olmayanlara göre demografik ve diğer klinik bulgular açısından değerlendirilmesinde anlamlı bir fark saptanmadı. Psoriasisli olan 10 hastanın 2 yakınında psoriasis öyküsü vardı. Çalışmadaki 135 hastanın; 19'unun (%14) herhangi bir veya daha fazla yakınında psoriasis öyküsü mevcuttu. 4 hastanın (%2.9) 1.derece akrabasında, 3 hastanın (%2.2) 2. Derece akrabasında, 13 hastanın (%9.6) 3. Derece akrabasında psoriasis öyküsü vardı.

**Sonuç:** Barut ve arkadaşlarının 202 AAA tanılı çocuk hasta değerlendirmesinde 41 hastada %20.3'ünde psoriasis saptanmış. Literatürde AAA ve psoriasis birlikteliği çok nadir vaka sunumu olarak rapor edilmiş. Bu çalışma erişkinlerde AAA tanılı hastalarda ve yakınlarında psoriasis sıklığını sorgulayan ilk çalışmadır. AAA tanılı hastalarda psoriasis sıklığı %7.4 normal toplum sıklığından fazla oranda saptanmıştır. Daha geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Ailesel Akdeniz ateşi (AAA), psoriasis, psoriatik artrit

## PS-017

### Behçet hastalığında oral sağlık düzeyi oral hijyen eğitimi ile iyileştirilebilmektedir: Uzun dönem izlem çalışması

Gonca Mumcu<sup>1</sup>, Uğur Alpar<sup>2</sup>, Nevsun İnanç<sup>3</sup>, Haluk Kazakoğlu<sup>4</sup>, Tülin Ergun<sup>5</sup>, Haner Direskenel<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul; <sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, İstanbul; <sup>3</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; <sup>4</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul; <sup>5</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Bu araştırmanın amacı Behçet hastalığında (BH) uzun dönemde oral sağlıkla ilişkili faktörleri değerlendirmektir.

**Yöntem:** Bu izlem çalışmasına düzenli olarak klinik ve laboratuvar değerlendirmeleri yapılan 143 BH'lı katıldı. Hasta grubunda düzenli olarak dental ve periodontal sağlığı içeren oral sağlık muayenesi yapılan ve oral hijyen eğitimi alan 93 hasta (K/E: 57/36, yaş ort.: 31.9±6.9 yıl) Düzenli izlem grubunu oluşturdu. Oral hijyen eğitimi almayan ve düzenli oral sağlık muayenesini yaptırmayan 50 hasta ise (K/E: 20/30, yaş ort.: 37.3±6.7 yıl) Düzensiz izlem grubu idi. Ortalama izlem süresi her iki grupta da benzer oldu (Düzenli izlem: 5.2±2.9 yıl ve Düzensiz izlem: 4.4±2.3 yıl) (p=0.18).

**Bulgular:** Başlangıçta her iki grupta da periodontal sağlık düzeyleri benzer olmasına rağmen (p>0.05), izlem süreci sonunda plak indeksi, gingival indeks ve dişeti oluşu kanama indeks puanlarının düzensiz izlem grubunda (1.9±0.9, 1.8±1.1 ve 2.2±0.9) düzenli izlem grubuna (1.2±1.03, 1.5±1.1 ve 1.6±1.2) göre daha yüksek olduğu belirlendi (p<0.05). Düzenli izlem grubunda, başlangıç (plak indeksi: 1.1±0.9; gingival indeksi: 1.5±0.9; dişeti oluşu kanama indeksi: 1.5±1.01) ve izlem döneminde dental ve periodontal indeks puanlarının benzer olduğu belirlendi (p>0.05). Ancak düzensiz izlem grubunda, başlangıca (1.3±0.9; 1.6±1.01; 1.8±1.1) göre izlem sürecinde indeks puanları daha kötü seyretti (p<0.05). Ayrıca düzensiz izlem grubunda doğal diş sayısının başlangıca (21.8±5.7) göre izlem sürecinde (16.5±8.8) azaldığı gözlemlendi (p=0.005). Düzenli izlem grubunda ise doğal diş sayısının (başlangıç: 19.9±8.1 izlem: 19.7±8.7) stabil olduğu belirlendi (p=0.94). Düzensiz izlem grubunda acil diş hekimi muayene sıklığı (%61.2) düzenli izlem (%41.9) grubuna göre daha fazla idi (p=0.02). Buna paralel olarak, izlem süreci sonunda diş fırçalama sıklığı düzenli izlem grubunda (1.3±0.8) düzensiz izlem grubuna (0.4±0.5) göre daha yüksek oldu (p=0.000).

**Bulgular:** Behçet hastalarında düzenli oral hijyen eğitimi, dental ve periodontal sağlık muayeneleri ile uzun dönemde oral sağlık düzeyi korunabilmektedir. Oral ülserler oral sağlığı olumsuz yönde etkilediği için, hastalığın etyopatogenezinde rol oynayan mikrobiyal faktörlerin eliminasyonu ve BH'lı hastalarda oral sağlığın korunması konusunda gereken özenin gösterilmesi gerekmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Oral sağlık, oral hijyen, Behçet hastalığı

## PS-018

### Behçet hastalarında iş gücü kaybı ve aktivitede azalma

Gonca Mumcu<sup>1</sup>, Fadime Lehimci<sup>1</sup>, Özlem Fidan<sup>1</sup>, Hülya Özdemir<sup>1</sup>, Uğur Alpar<sup>2</sup>, Ali Uğur Ünal<sup>3</sup>, Zeynep Ertik<sup>3</sup>, Fatma Alibaz Öner<sup>4</sup>, Nevsun İnanç<sup>3</sup>, Tülin Ergun<sup>5</sup>, Haner Direskeneli<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul; <sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, İstanbul; <sup>3</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; <sup>4</sup>Fatih Sultan Mehmet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul; <sup>5</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Kronik hastalıklarda işgücü kaybı en önemli hastalık etkisini değerlendirme ölçütlerinden biridir. Bu araştırmanın amacı Behçet hastalığında (BH) iş gücü kaybı ve günlük aktivitede azalmanın değerlendirilmesidir.

**Yöntem:** Bu kesitsel araştırmaya 110 BH'lı hasta (K/E: 50/60 yaş ort.:38.5±9.88 yıl) katıldı. Bu araştırmada iş gücü ve günlük

aktivite durumu 6 maddeden oluşan 'The Work Productivity and Activity Impairment' ölçeği ile değerlendirildi. Çalışma durumu, günlük çalışma saati, işteki verimlilik ile tüm hastalar için günlük faaliyetlerin (ev işi, alışveriş gibi) değerlendirilmesini sağlayan bir ölçektir.

**Bulgular:** Tam zamanlı çalışan hastaların %30.4'ü son 1 hafta içinde sağlık sorunlarından dolayı çalışma saati ile ilgili sorun yaşadığını bildirdi. Göz tutulumu olan hastalarda çalışma saatinin (45.52±15.29) bu tutulumu olmayanlara (54.15±15.29) göre anlamlı şekilde azaldığı belirlendi (p=0.007). Ayrıca, erkek hastaların (%67.8) kadınlara (30%) göre işlerini kaybetmekten daha fazla korktukları da gözlemlendi (p=0.000). Günlük faaliyetlerde azalma oranının ise kas-iskelet sistemi tutulumu olan hastalarda (39.8±33.6) bu tutulum olmayanlara (23.5±32.5) göre daha fazla olduğu belirlendi (p=0.008).

**Sonuç:** Behçet hastalığında göz ve kas-iskelet sistemi tutulumu olan hastalarda iş gücü kaybının arttığı ve günlük yaşamın daha çok etkilendiği gözlenmektedir. Bu açıdan çalışan BH'lı hastaların iş yaşamları için daha etkili tedavi protokollerinin uygulanması gereklidir. Erkek hastalarda iş kaybı korkusunun fazla olması klinik durum ile tedavinin beklenen etkisi arasındaki farktan kaynaklanabileceği gibi cinsiyet ilişkili toplumsal roller ile de bağlantılı olabilir.

**Anahtar sözcükler:** Behçet hastalığı, iş gücü, günlük aktivite

## PS-019

### Sistemik skleroz hastalarında serum defansin düzeylerinin hastalıkla ilişkisi

Tuğçe Emiroğlu<sup>1</sup>, Hamit Küçük<sup>2</sup>, Özkan Varan<sup>2</sup>, Mehmet Akif Öztürk<sup>2</sup>, Şeminur Haznedaroğlu<sup>2</sup>, Berna Göker<sup>2</sup>, Abdurrahman Tufan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara; <sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Skleroderma fibrotik, otoimmün inflamatuvar bir hastalıktır. Patogenezinde; vaskülopati, fibrozis, hücrel ve hümmoral immünite önemli rol oynar. Antimikrobiyal peptidler (AMP) yakın zamanda ortaya çıkarılmış tüm ökaryot canlılarda bulunan ve primer immünitede önemli moleküllerdir. İnsanda defensin, cathelicidin (LL37) ve histatin olmak üzere üç ana grup AMP bulunur. AMP'ler kemotaksis, opsonizasyon, sitokin aktivasyonu ve antijen nötralizasyonu gibi immunomodulatuvar özelliklere sahiptir. AMP'lerin hastalık üzerine etkisi idiyopatik pulmoner fibrozis, diffüz panbronşiolit, pulmoner alveolar proteinozis ve psöriyazis gibi hastalıklarda gösterilmiştir. Bu çalışmada AMP'lerin sklerodermal hastalarda serum konsantrasyonları ve hastalık özellikleri ile ilişkisi incelenmiştir.

**Yöntem:** Çalışmaya yeni tanı veya takipli 42 sklerodermal hasta (40 kadın, 2 erkek, ortalama yaş 49.8±11.7 yıl) alındı. Çalışmayı kabul eden sklerodermal hastaların rutin vizitler sırasında demografik verileri, klinik özellikleri, tutulum yerlerine ait veriler standart formlara işlendi. Kontrol grubu olarak herhangi bir inflamatuvar veya romatolojik hastalığı olmayan yaş ve cinsiyet eşlenik 38 sağlıklı birey alındı. Hastalardan alfa defensin, beta-1 ve beta-2 defensin düzeyleri ELISA yöntemi ile bakıldı.

**Bulgular:** Skleroderma hastalarında alfa defensin düzeyleri kontrol grubuna göre belirgin yüksek saptandı (563±415 vs 377±269 ng/mL, p=0.02). Epitelyal defensinler olan beta-1 ve beta-2 defensin düzeyleri de yüksek olmakla beraber istatistiksel anlamlı değildi (beta-1 defensin 235±178 vs 185±24 pg/mL, p=0.08 ve beta-2 defensin 253±453 vs 152±101 pg/mL, p=0.1). Modifiye Rodnan cilt skoru ile alfa-defensin düzeyleri arasında hafif derecede (r=-0.30) ters korelasyon saptandı. Intertisyel akciğer hastalığı olanlarda tutulum olmayanlara göre alfa defensin düzeyleri daha yüksek bulundu (684±473 vs 430±299 ng/mL, p=0.04). Kısıtlılıklar: Skleroderma hastalık aktivitesini tayinde kabul görmüş kompozit kriter yoktur. Hastalık seyrinde defensinler sadece bir kez bakıldı ve takipte prospektif olarak bakılmadı.

**Sonuç:** Serum alfa defensin düzeylerinin sklerodermalı hastalarda yüksek olması bu moleküllerin hastalık patogenezi katkısı olabileceğini düşündürmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Sistemik skleroz, defensin, antimikrobiyal peptidler

## PS-020

### Kronik böbrek hastalığı olan romatoid artrit ve ankilozan spondilitli hastalarda biyolojik tedavi sonuçları

Soner Şenel<sup>1</sup>, Kevser Gök<sup>2</sup>, Şule Ketenci Ertaş<sup>1</sup>, Kemal Erol<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri; <sup>2</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

**Giriş:** Romatoid Artrit (RA) ve Ankilozan Spondilit (AS) en sık görülen inflamatuvar romatizmal hastalıklardır. Bu hastalarda ilaç kullanımına bağlı toksisite veya amiloidoz gibi komplikasyonlar nedeniyle kronik böbrek hastalığı (KBH) sağlıklı insanlara göre daha sık görülebilir. Biyolojik tedaviler; RA ve AS tedavisinde etkili bir seçenektir. KBH'lı olan RA ve AS hastalarında da biyolojik tedavinin etkili ve güvenilir olup olmadığına yönelik çok az çalışma vardır.

**Amaç:** Biz biyolojik ajan (etanercept, adalimumab, golimumab, infliksimab, abatacept, tocilizumab, rituximab) tedavileri alan KBH'lı AS ve RA'lı 17 hastamızı geriye dönük inceledik ve bu hastalarda biyolojik tedavilerin etkinlik ve güvenilirliğini değerlendirmeyi hedefledik.

**Yöntem:** Kreatinin düzeyi  $\geq 1.3$  olan hastalar KBH olarak kabul edildi. Takiplerde AS hastalarında BASDAI skoru ve RA hastalarında DAS28 skoru hesaplandı. Yan etkiler kaydedildi.

**Bulgular:** KBH'sı olan; 10 RA, 7 AS hastası analiz edildi. Hastaların 13'ü erkek 4'ü kadındı. 5 hasta hemodiyalize giriyordu (Hasta 2, 5, 10, 11, 15). Bir hasta 2 yıl önce renal transplantasyon operasyonu geçirdi (Hasta 4). Renal hastalık etyolojisinde amiloidoz, FMF, diyabetik nefropati, hipertansiyon ve polikistik böbrek hastalığı bulunmaktaydı. Dokuz hastaya izoniazid profilaksisi verildi. Hastaların yaş ortancası 62 yıl (28-79 yıl), ortalama hastalık süresi 87±88.3 ay (7-325 ay), ortalama biyolojik tedavi kullanım süresi 16.7±12.6 ay (2-43 ay) idi. Takiplerde 4 hasta hariç DAS28 ve BASDAI skorlarında artış saptanmadı. 10 hastada başlangıç tedavisi değiştirilmedi. Takipte 3 hasta ek-

tus oldu. 4 hastada etkisizlik nedeniyle; 2 hastada alerjik reaksiyon nedeniyle tedavi değişikliği yapıldı. 1 hasta gelişen cilt reaksiyonu sonrasında biyolojik tedaviyi kabul etmedi. 5 hastada enfeksiyon nedeniyle tedaviye ara verildi. Bu hastaların 2'sine yeniden biyolojik ajan başlanmadı. Özetle bu çalışmamızın sonucunda biyolojik tedaviler; KBH'sı olan RA ve AS'li hastalarda iyi tolere edilebilir ve etkili gibi görünmektedir. Bununla birlikte artmış enfeksiyon riskine de dikkat edilmelidir. KBH'lı hastalarda biyolojik ajanların güvenilirliği ile ilgili daha fazla sayıda hasta içeren, uzun takip süreli çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar sözcükler:** Kronik böbrek hastalığı, biyolojik tedavi, romatoloji

## PS-021

### Sistemik skleroz hastalarında vitamin B12 eksikliği ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi

Diler Taş Kılıç<sup>1</sup>, Alper Sarı<sup>2</sup>, Abdulsamet Erden<sup>2</sup>, Berkan Armağan<sup>2</sup>, Muhammed Kılınçkaya<sup>3</sup>, Turan Turhan<sup>3</sup>, Ali Akdoğan<sup>2</sup>, Selma Karaahmetoğlu Özkan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye Kliniği, Ankara; <sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; <sup>3</sup>Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Biyokimya Kliniği, Ankara

**Amaç:** Vitamin B12 (Vit B12) eksikliği en sık görülen makrositer anemi nedenidir. Sistemik skleroz (Ssk) hastalarında, gastrointestinal sistem (GIS) tutulumu yanı sıra hastaların beslenme durumu, kullanılan ilaçlar Vit B12 eksikliğine yol açabilir. Bu çalışmada; Ssk hastalarında Vit B12 eksikliği sıklığı ve B12 eksikliğinin hastaların klinik özellikleri ile olan ilişkisi araştırılmıştır.

**Yöntem:** Çalışma 62 (56 (%90.3) kadın) Ssk hastası ile yapıldı. Hastaların medikal öyküleri GIS semptomlarının ayrıntıları değerlendirilerek tekrarlandı ve fizik muayeneleri yapıldı. Hastaların beslenme durumu MUST (*Malnutrition Universal Screening Tool*) ölçütü ile değerlendirildi. Tüm hastalarda Vit B12 düzeyi ölçüldü. Vit B12 eksikliği; düzeyi <200 pg/ml olan veya replasman tedavisi alan hastalar olarak tanımlandı.

**Bulgular:** Hastaların ortalama yaşı 50.2±12.5 yaş; hastalık süresi 12.0±7.5 yıl; 44 (%71.0) hasta limitli, 18 (%29.0) hasta difüz Ssk idi. Toplam 44 (%71.0) hastada Vit B12 eksikliği saptandı; 22 hastada Vit B12 düzeyi <200 pg/ml (4 hasta replasman almasına rağmen) ve 22 hastada ise replasman ile Vit B12 düzeyi  $\geq 200$  pg/ml idi. Hastaların 51 (%82.3)'inde GIS tutulum vardı. Son değerlendirmelerinde hastaların 42 (%67.7)'sinde aktif GIS semptomu vardı. Hastaların 16 (%25.8)'sında MUST skoru orta-yüksek riskliydi. Elli beş (%88.7) hasta proton pompa inhibitörü tedavisi, 25 (%40.3) hasta kolşisin, 6 (%9.7) hasta metformin tedavileri almaktaydı. Vit B12 eksikliği olan ve olmayan hastalar arasında, sırasıyla; yaş [49.3 (±12.6) vs. 52.3 (±12.2) yaş], ortalama hastalık süresi [11.3 (±6.7) vs. 13.6 (±9.3) yıl], sistemik skleroz tipi [%31.8 (14/44) vs. %22.2 (4/18) difüz hasta], hemoglobin düzeyi [12.6 (±1.6) vs. 12.4 (±1.4) gr/dl], MUST skoru [%27.3 (12/44 hasta) vs. %22.2 (4/18 hasta), orta-yüksek riskli], kolşisin ve/veya metformin kullanımı [%50.0 (22/44 hasta) vs. %38.9 (7/18 hasta)] açısından istatistiksel anlamlı fark yoktu (hepsi için

p>0.05). Vit B12 eksikliği olan hastalarda; aktif GIS semptomu [%75.0 (33/44 hasta) vs. %50.0 (9/18 hasta), p=0.056] ve GIS tutulumu [%88.6 (39/44 hasta) vs. 66.7 (12/18 hasta), p=0.064] daha fazlaydı, ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi.

**Sonuç:** Bu çalışmada, Ssk hastalarının %71.0'inde Vit B12 eksikliği saptanmıştır. Vit B12 eksikliği ve Ssk hastalarının klinik özellikleri arasında ilişki gösterilememiştir. Sık ve tedavisi kolay bir klinik durum olması nedeniyle, Ssk hastalarının serum Vit B12 düzeyleri kontrol edilmelidir.

**Anahtar sözcükler:** Sistemik skleroz, vitamin B12

## PS-022

### Wegener granülomatosisi aktivite göstergesi olarak serum ferritin düzeyleri

*Hamit Küçük, Özkan Varan, Berna Göker, Berivan Bitik, Mehmet Akif Öztürk, Şeminur Haznedaroğlu, Abdurrahman Tufan Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara*

**Amaç:** Wegener granülomatosisi (granülomatosisli polianjiitisi, GPA) nekrotizan bir küçük damar vaskülitidir. Hastalığın aktivite ve relapslarını öngörmeye akut faz reaktanları da dahil olmak üzere güvenilir bir laboratuvar parametresi bulunmamaktadır. Buda hastalığa ve tedavisine bağlı morbidite ve mortalitenin artmasına neden olmaktadır. Ferritin demirin depolanmasında ve detoksifikasyonunda önemli olmakla birlikte immunomodulator rollere de sahiptir. Serum ferritin düzeyleri dermatomyozit ve sistemik lupus eritematozus hastalık aktiviteleri ile korelasyon göstermektedir. Bu nedenle serum ferritin düzeyi yüksek olan dermatomyozit hastalarına daha agresif tedavi önerilmektedir. Bu çalışmada serum ferritin düzeylerinin GPA hastalık aktivite ve tutulumları ile ilişkisi araştırılmıştır.

**Yöntem:** En az 6 aylık takip verisi olan GPA hastalarının tanı anındaki klinik, tutulum ve laboratuvar özellikleri standart formlara kaydedildi. Hastalar ACR 1990 kriterlerine göre GPA olarak sınıflandırıldı. GPA aktivitesi Birmingham Vasculitis Activity Score for WG vasculitis (BVA/WG) ile değerlendirildi. Eş zamanlı kanıtlanmış enfeksiyonu olan (n=9) ve ferritin örnekleme yapılmadan önce kan transfüzyonu almış olan (n=3) hastalar çalışmadan çıkarıldı. Analizler 42 hasta (24 erkek, ortalama yaş 49.0±14.6 yıl) üzerinde yapıldı.

**Bulgular:** Tüm hastalar içinde 10 hastada lokal ya da ciddi olmayan tutulum, 32 hastada ise ciddi organ tutulumu mevcuttu. Başvuru anındaki serum ferritin düzeyleri ile başvuru anındaki glomerular filtrasyon hızı (r=-0.65, p<0.001) ve BVA/WG arasında (r=0.79, p<0.001) belirgin korelasyon saptandı. Diğer akut faz reaktanları

(ESR ve CRP) ile ferritin ve BVA/WG arasında korelasyon bulunmadı. Serum ferritin düzeyleri pulmoner hemorajisi ve multisistem tutulumu olanlarda daha yüksek saptandı. Kısıtlılıklar: takipte serum ferritin düzeylerinin düşüp düşmediği kontrol edilmedi.

**Sonuç:** Serum ferritin düzeyleri GPA hastalık aktivitesi ile korelasyon göstermektedir. Hastalığın relaps ve uzun dönem prognozunu öngörmeye prospektif çalışmalara gerek vardır.

**Anahtar sözcükler:** Wegener granülomatosisi, ferritin, aktivite

## PS-023

### Daha önce biyolojik tedavi kullanmamış RA hastalarında abatasept kullanımı: HÜR-BİO gerçek yaşam verileri

*Umut Kalyoncu, Levent Kılıç, Abdulsamet Erden, Berkan Armağan, Alper Sarı, Şule Apraş Bilgen, Ömer Karadağ, Ali Akdoğan, Sedat Kiraz, İhsan Ertenli*

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

**Amaç:** T hücre blokörü olan abatasept (ABA) romatoid artrit (RA) hastalarında tedavi seçeneklerinden birisidir. Hastalık düzenleyici ilaçlara (DMARD) etkisizlik durumunda ABA kullanılabilir. Bu çalışmada kayıt kütüğümüzde DMARD sonrası ABA kullanan hastaların etkinliği, ilaçta kalma ve olası güvenilirlik verileri araştırılmıştır.

**Yöntem:** HÜR-BİO RA veri tabanı 2012 yılından itibaren prospektif olarak hastaların kaydedildiği tek merkezli veri tabanıdır. Bu veri tabanında 2016 Ağustos itibarıyla 1235 RA hastası bulunmaktadır. Bu hastaların 247'sine hastanemizde ABA başlanmıştır. Bunların 175'ine (%71) DMARD sonrası ABA başlanmıştır. Hastaların 17'sinde ilk kontrol viziti zamanı henüz gelmemiştir ve 158'i takip analizine alınmıştır. Hastaların ABA sonrası ilk kontrolleri ve son ziyaret kontrolleri hesaplanmıştır. Hastaların DAS-28 cevapları, HAQ skorundaki düzelmeler kaydedilmiştir. İlaçta kalım oranları Kaplan-Meier analizine göre hesaplanmıştır.

**Bulgular:** 175 (%82 kadın) hastanın ortalama yaşları 53.6±11.3, ortalama hastalık süresi 10.3±7.3 yıldır. RF veya anti-CCP pozitifliği %74.8 hastada vardır. Birinci ve son kontroldeki DAS-28 cevapları Tablo PS-023'de gösterilmiştir. Kadın cinsiyet 1. kontrolde DAS-28'in 3.2 üzerinde kalması açısından risk faktörüdür [OR 5.63 (%95 GA 1.72-18.41)]. Birinci kontrolde DAS-28 skorunun ≥1.2 azalması anti-CCP pozitif hastalarda daha sıktır (48/62 (%77.4) vs 17/33 (%51.5), p=0.01). HAQ>1.0 olması ABA başlangıcında %57.8, 1. kontrolde %36.3 ve son kontrolde %26.1 hastada vardır. HAQ skorundaki minimal klinik anlamlı azalma takipteki hastaların %65.6'sında vardır. 60 hasta ilacını kullanma-

**Tablo (PS-022):** GPA tutulum ve serum markerleri.

Markerler	Ciddi olmayan tutulumlar n=10	Glomerulo-nefrit n= 26	Pulmoner hemorajisi n=14	Multi-sistem hastalık n=14
ESR, mm/h	31 (28)	48 (73)	31 (46)	31 (60)
CRP, mg/l	9.3 (20)	30 (112)	59 (134)	36 (158)
Ferritin, ng/dl	50 (73)	633 (1116)	1041 (1281)	794 (1317)
BVA/WG	2.5 (1.5)	10.5 (10)	15 (8.5)	14 (9.5)

maktadır. Bunların 22'sinde ABA kesilme nedeni etkisizlik, 2'sinde enfeksiyondur, 36'sında sebep bilinmemektedir. ABA ilaçta devamlılık grafiği Şekil PS-023'de gösterilmiştir. RF pozitif ve negatif hastalardaki log-rank 0.067'dir.

**Tablo (PS-023):** Abatasept alan hastaların 1. kontrol ve son kontrolde DAS-28 skorları.

	Birinci kontrol n=136	Son kontrol n=136
Takip süresi ay	4.5 (3.1)	12.3 (10.9)
DAS-28 > 5.1	11 (8.2)	16 (11.8)
DAS-28= 3.2-5.1	56 (41.8)	46 (33.8)
DAS-28= 2.6-3.2	23 (17.2)	23 (16.9)
DAS-28 <2.6	44 (32.8)	51 (37.5)
Takibe gelen hastalarda remisyona veya düşük hastalık aktivitesi	67 (50.0)	74 (54.4)
Tüm hastalarda remisyona veya düşük hastalık aktivitesi	67/158 (42.4)	74/158 (46.8)

**Sonuç:** Kliniğimizde Abatasept %70 sıklıkla biyolojik naive RA hastalarında tercih edilmiştir. Ortalama 4.5 ay sonra yapılan ilk kontrolde takipteki hastaların %50'sinde düşük hastalık aktivitesi veya remisyona sağlanmıştır. Anti-CCP pozitif hastalarda DAS-28 cevabı daha belirgindir. Fonksiyonel iyileşme de üçte 2 hastada elde edilmiştir. Yaşamı tehdit eden yan etki veya ölüm takip edilen hastalarda görülmemiştir. Abatasept DMARD dirençli hastalarda kabul edilebilir bir tedavi seçeneğidir.

**Anahtar sözcükler:** Romatoid artrit, abatasept

## PS-024

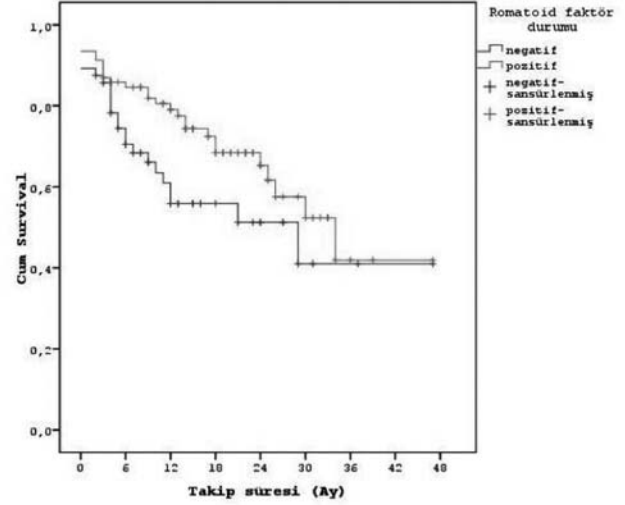
### Behçet sendromunda papülopüstüller lezyonların yaş, cinsiyet ve lokalizasyonuna göre hastalıklı ve sağlıklı kontroller ile karşılaştırılması

Zekayi Kutlubay<sup>1</sup>, Yeşim Özgüler<sup>2</sup>, Gülen Hatemi<sup>2</sup>, Koray Taşçılar<sup>3</sup>, Cem Mat<sup>1</sup>, Hasan Yazıcı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul; <sup>2</sup>Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; <sup>3</sup>Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

**Tablo (PS-024):** Behçet sendromu, romatoid artrit ve sağlıklı kontrollerin demografik ve papülopüstüller lezyon özellikleri.

	Behçet sendromu (n=209)	Romatoid artrit (n=146)	Sağlıklı kontrol (n=149)
Ortalama yaş (SD)	41±11	52±13	41±15
Kadın/Erkek	78/131	21/125	74/75
Steroid kullanan hasta (n)	32 (15 E/17 K)	85 (13 E/72K)	
En az bir adet papülopüstüller lezyonu olan hasta sayısı	156/209	57/146	101/149
Ortalama papülopüstüller lezyon sayısı (SD)	5.9±7.8	1.5±3.0	6.6±9.0
Bacaktaki ortalama papülopüstüller lezyon sayısı (SD)	0.6±1.4	0.05±0.6	0.3±1.1
Yüzdeki ortalama papülopüstüller lezyon sayısı (SD)	2.3±3.4	0.8±1.9	3.2±4.6
Sırttaki ortalama papülopüstüller lezyon sayısı (SD)	3.0±5.0	0.7±1.5	3.1±4.9
Erkeklerde ortalama papülopüstüller lezyon sayısı (SD)	7.8±9.2	2.8±5	6.3±9.7
Kadınlarda ortalama papülopüstüller lezyon sayısı (SD)	4.8±6.5	1.3±2.5	6.7±8.4



**Şekil (PS-023):** Abatasept tedavisinde ilaç devamlılık.

**Amaç:** Behçet sendromunda (BS) görülen papülopüstüller lezyonların bulunduğu bölge, yaş, cinsiyet ve aldığı tedaviye göre romatoid artrit (RA) ve sağlıklı kontrol (SK) farkı olup olmadığını göstermeyi amaçladık.

**Yöntem:** Merkezimizde takip edilen ardışık 209 BS ve 146 RA hastası ile 149 gönüllü sağlıklı kontrol çalışmaya alındı. Çalışmaya alınanlar aynı dermatolog (ZK) tarafından gövde, yüz ve bacakta tüm cilt lezyonları (papül, püstül, komedon, folikülit, kist ve nodül) açısından değerlendirildi. Primer hastalığa ait demografik ve klinik veriler ile ilaç bilgileri hasta dosyalarından elde edildi.

**Bulgular:** Demografik özellikler ve bulunduğu bölgeye göre ortalama papülopüstüller lezyon sayıları Tablo PS-024'de özetlendi. Toplam papülopüstüller lezyonlarının ortalaması BS ve SK'de benzer ve RA'dan anlamlı olarak fazlaydı (BS-RA ort. fark: 4.3 %95 CI: 2.8-5.9; BS-SK ort. fark: -0.6 %95 CI: -2.1-0.9; SK-RA ort. fark: 5.0 %95 CI: 3.3-6.7). Cinsiyet ve farklı yaş gruplarına (<31, 31-50, >30) göre alt grup analizleri yapıldığında yine benzer sonuçlar elde edildi. Her 3 grupta da toplam lezyon sayısının ortalaması ileri yaşlarda anlamlı olarak azalmış olarak saptandı. BS ve RA'da kortikosteroid kullanımının papülopüstüller lezyon üzerine etkisi saptanmadı. Sadece bacak lezyonları ayrı olarak analiz edildiğinde ise BS hastalarında RA ve SK'ye göre anlamlı olarak daha fazla saptandı (BS-RA

ort. fark: 0.6 %95 CI: 0.3–0.8; BS-SK ort. fark: 0.4 %95 CI: 0.1–0.6; SK-RA ort. fark: 0.2 %95 CI: -0.05–0.5). Bu fark büyük oranda bacakta saptanan püstül ve folikülden kaynaklanmakta idi. Bacak lezyonları yaş gruplarına göre ayrı analiz edildiğinde 31–50 ve >50 yaş gruplarında yine BS’de bacak lezyonları RA ve SK’den anlamlı olarak daha fazla olarak saptandı fakat <31 yaş grubunda her 3 grup arasında da fark saptanmadı.

**Sonuç:** BS hastalarında RA ve SK ile karşılaştırıldığında anlamlı olarak daha fazla sayıda bacak papülopüstüler lezyonu bulunmaktadır. Her 3 grupta da papülopüstüler lezyonlar yaş ilerledikçe azalmakla birlikte >50 yaşta bacak bölgesinde BS’te daha fazla lezyon görülmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Behçet sendromu, papülopüstüler lezyon

## PS-025

### İleri glikalisyon son ürünleri: Psoriasis ve kardiyovasküler hastalık arasındaki potansiyel ilişki

Tülin Ergun<sup>1</sup>, Vildan Yazıcı<sup>1</sup>, Dilek Yavuz<sup>2</sup>, Dilek Seçkin Gençosmanoğlu<sup>1</sup>, Gülsen Özen<sup>3</sup>, Andaç Salman<sup>1</sup>, Haner Direskeneli<sup>3</sup>, Nevsun İnanç<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Bilim Dalı, İstanbul;

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji Bilim Dalı, İstanbul;

<sup>3</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Psoriasis hastalarında ileri glikalisyon son ürünlerinin (İGS) artıp artmadığını değerlendirmek, İGS birikimi ile subklinik aterosklerozis ilişkisini incelemek ve metotreksat tedavisinin İGS üzerine etkisini değerlendirmek

**Yöntem:** Çalışmaya diyabetes mellitus ve kardiyovasküler hastalığı olmayan ve en az 3 aydır herhangi bir sistemik anti-inflamatuar tedavi almayan 68 psoriasis, 13 romatoid artrit (RA) hastası ve 20 sağlıklı birey alındı. Tüm hasta ve sağlıklıların İGS düzeyleri deri otoflorasansı (DAF) ile belirlendi. hsCRP ve karotis intima media kalınlığı (kİMK) ölçümleri yapıldı. Fiziksel aktivite ve diyet alışkanlıkları standart anketlerle sorgulandı. Metotreksat tedavisi başlanan 11 psoriasis hastasının İGS, hsCRP ve kİMT ölçümleri tedavinin 3. ayında tekrarlandı.

**Bulgular:** Psoriasis hastalarının DAF düzeyleri sağlıklı bireylerden anlamlı olarak daha yüksek (1.91±0.39 AU vs 1.47±0.65 AU; p=0.012) olup RA hastalarınıninkine benzer idi (1.91±0.39 AU vs 2.20±0.57 AU; p=1.0). Median kİMK psoriasis ve RA hastaları ve sağlıklı bireylerde sırasıyla 0.61 mm, 0.63 mm ve 0.43 mm idi. Psoriasis ve RA hastalarının kİMK benzer iken (p=0.93) her iki hasta grubunun kİMK değerleri sağlıklı bireylerden anlamlı olarak daha yüksekti (p<0.01). Gruplar arasında hsCRP düzeyleri farklı değildi. Psoriasis hastalarının DAF düzeyleri ile kİMK arasında anlamlı olmayan pozitif korelasyon mevcuttu (r=0.236). Metotreksat tedavisinin 3. ayında psoriasis hastalarının İGS düzeyleri 1.91 AU’dan 1.60 AU’ya geriledi. Ancak fark anlamlı değildi. Benzer şekilde kİMK ve hsCRP düzeylerinde de tedavi sonrası anlamlı değişim saptanmadı.

**Sonuç:** Deri İGS birikimi ve kİMK psoriasis hastalarında sağlıklı bireylere göre daha yüksektir. İGS düzeyleri psoriasis hastalarında subklinik aterosklerozis ile ilişkili olabilir.

**Anahtar sözcükler:** Psoriasis, ileri glikasyon son ürünleri, aterosklerozis

## PS-026

### Ailevi Akdeniz ateşi tanılı hastalara yanlılıkla akut romatizmal ateş tanısı mı konuluyor?

Soner Şenel<sup>1</sup>, Kemal Erol<sup>2</sup>, Ümmügülsüm Yılmaz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri; <sup>2</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri; <sup>3</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kayseri

**Amaç:** Ailevi Akdeniz ateşi (AAA) ve Akut romatizmal ateş (ARA), ülkemizde çocukluk yaş grubunda başlayan en sık romatizmal hastalıklardandır. Eklem, cilt ve kalp tutulumu açısından birbiri ile karışabilen bu iki hastalığın prognozu ve tedavileri farklıdır. Biz bu çalışmada, AAA tanılı hastaların öyküsünde tarif edilen ARA tanısının gerçekliğini araştırmayı amaçladık.

**Yöntem:** Polikliniğimizde AAA tanısı ile takip edilmekte olan 137 erişkin hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar ARA öyküsü, kalp kapak hastalığı öyküsü, 1 yıldan uzun süreli depo penisilin kullanımı, AAA ilişkili klinik bulgular yönünden sorgulandı. Kalp sesleri dinlenen ve üfürüm tespit edilen kapak hastalığı öyküsü bulunan hastalara ekokardiyografi (EKO) yapıldı. ARA öyküsü veya uzun süreli depo penisilin kullanım öyküsü olan hastalar ARA Revize Jones sınıflandırma kriterlerine göre sorgulandı.

**Bulgular:** Çalışmaya AAA tanılı 137 erişkin hasta dahil edildi. Hastaların 33’ünde (%24) ARA öyküsü vardı, bu hastaların 20’sinde (%15) 1 yıldan uzun süreli depo penisilin kullanım öyküsü vardı. Ortalama depo penisilin kullanım süresi 4.38 yıl (±4.5) idi. ARA öyküsü veya depo penisilin kullanım öyküsü olmayan 20 hastada kalp kapak hastalığı öyküsü vardı. Bu hastalara yapılan EKO sonucu 1 hastada MY, 1 hastada MY+TY ve 2 hastada TY tespit edildi. ARA öyküsü veya depo penisilin kullanım öyküsü olan hastalardan kalp kapak hastalığı öyküsü bulunan veya dinlemekle üfürüm duyulan 19 hastaya EKO yapıldı. 1 hastada perikardit, 2 hastada TY, 1 hastada MY+TY tespit edildi. ARA öyküsü veya uzun süreli depo penisilin kullanım öyküsü bulunan hastalar ile bulunmayan hastalar karşılaştırıldığında hastaların AAA tanı konma yaşı, AAA tanı gecikme süresi, Livneh’e göre atak tipi ile ESH, CRP, ASO ve proteinüri düzeyleri iki grupta benzer iken AAA şikayetlerinin başlama yaşı ARA öyküsü veya uzun süreli depo penisilin kullanım öyküsü bulunan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktü (p: 0.01). Yine iki grup ateş, peritonit, artrit, erizipel benzeri eritem, myalji, artralji, plörit, perikardit ve orşit tipi ataklar açısından karşılaştırıldığında ateş veya artrit veya erizipel benzeri eritem ile seyreden atakları olan hastalarda ARA veya uzun süreli depo penisilin kullanım öyküsü istatistiksel olarak daha yüksekti (p: 0.027, p<0.001, p: 0.01, sırasıyla).

**Tablo (PS-026):** ARA öyküsü olan ve olmayan AAA hastalarında klinik bulgular.

	ARA öyküsü (+)ve	ARA öyküsü (-)ve	p değeri
AAA tanı konma yaşı	27.42 (±12.13)	31.21(±13.4)	0.150
AAA şikayetleri başlama yaşı	15.64 (±8.71)	22.34 (±9.56)	0.01
Tanı gecikme süresi	12.97 (±9.5)	11.88 (±11.68)	0.200

**Sonuç:** Bu çalışma ile ARA öyküsü olan ve/veya uzun süreli depo penisilin kullanım öyküsü bulunan hastalarda ARA tanısını yanlış olduğunu gösterilmiş oldu. Dört hastada kapak bulguları olmakla birlikte kesin ARA tanısını doğrulamamıştır. FMF ile ARA birlikteliğine yönelik veri de olmadığından FMF ayırıcı tanısında ARA öyküsü olması akılda tutulmalıdır. Özellikle artrit, erizipel benzeri eritem ile seyreden AAA hastalarının dörtte birine yanlış olarak ARA tanısı konabilmektedir ve ortalama 4 yıl gereksiz penisilin profilaksisi almaktadırlar. Başka bir bakış açısı ile ARA öyküsü olan hastalarda AAA mutlaka akla gelmelidir.

**Anahtar sözcükler:** Ailevi Akdeniz ateşi, akut romatizmal ateş

## PS-027

### Tek bir merkezdeki ANCA ilişkili vaskülitli hastalar

Selda Çelik, Nilüfer Alpay Kanitez, Sibel Yılmaz Öner, Cemal Bes

Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

**Giriş:** ANCA ilişkili vaskülit (AİV) multisistem, otoimmün bir hastalıktır. Bu hastaların tanısı klinik özelliklerindeki çeşitlilik dolayısıyla zor olabilir. Geniş spektrumdaki semptomlar nedeniyle, romatoloji dışındaki farklı kliniklere baş vurabilirler. Tanı konmaz ve tedavisiz kalırlarsa, sistemik formları sıklıkla fetal seyreder.

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı tek bir merkezdeki AİV'li hastaların kliniğini ve bu hastaların başka merkezlerden romatoloji kliniğine gönderilmelerini değerlendirmek.

**Yöntem:** Romatoloji kliniğine Eylül 204–Şubat 2016 arasında ardaşık olarak başvuran 14 AİV'li hastanın retrospektif değerlendirilmesi yapıldı. Demografik data, klinik ve laboratuvar bulgular, kullanılan tedavi modaliteleri, gönderen merkezler ve transfer süreleri kaydedildi.

**Bulgular:** Hastaların %50'si kadın, ortalama yaşları 50.1±11.7 (36–67) yıl, %43'ü c-ANCA pozitif, %43'ü p-ANCA pozitif. On hasta (%72) granulomatosis poliangitis, 3 (%22) hasta mikroskopik poliangitis ve 1 (%7) hasta eosinofilik granulomatosis poliangitisi. Hastaların çoğunluğu (%62) göğüs hastalıkları merkezinden refere edilmişti. İki hasta (%14) iç hastalıklarından, 2 hasta (%14) nöroloji ve ve 1 hasta (%7) nefroloji kliniğinden bize yönlendirilmişti. Ortalama transfer süresi 2.4±4.3 ay ve hastalık süresi 18.4±27.4 aydı. Tüm hastalar başlangıç tedavisi olarak glukokortikoidlerle tedavi edilmişlerdi. Kombine tedavi olarak siklofosfamid (CYC) (n=7/10, %71.4) veya rituximab (RTX) (n=4, 28.5 %) kullanıldı. Tüm 14 hasta arasından 1 hasta (%7) tanıdan 3 ay sonra kaybedildi.

**Sonuç:** AİV, erken tanı ve zamanında tedavi ile düşük morbidite ve mortalitenin sağlanabilmesi nedeniyle kanser ve enfeksiyöz hastalıklardan ayırıcı tanısının yapılması gereken bir durumdur. AİV şüphesi olan hastaların spesifik merkezlerde tanısı konulmalı ve tedavi edilmelidirler. Bu hastalıkla sık karşılaşma olasılığı olan kliniklerde özellikle romatoloji kliniklerine zamanında refere edilmeleri konusunda farkındalığın artırılmasına ihtiyaç vardır.

**Anahtar sözcükler:** ANCA ilişkili vaskülit

## PS-028

### Antifosfolipid sendromlu hasta kohortunda IgG/A/M anti-β2GPI ve anti-domain I antikorlarının prevalansı ve klinik önemi

Bahar Artun Esen<sup>1</sup>, Thomas McDonnell<sup>2</sup>, Charis Pericleous<sup>2</sup>, Özlem Pehlivan<sup>1</sup>, Murat İnanç<sup>1</sup>, Ian Giles<sup>2</sup>, Anisur Rahman<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; <sup>2</sup>University College London, Center for Rheumatology Research, Londra, Birleşik Krallık

**Amaç:** Domain(D)I, antiβ2-glikoprotein I (aβ2GPI)'in immüdominan epitopudur ve birçok çalışmada DI'e karşı gelişen antikorlar (aDI) antifosfolipid sendromunun (APS) klinik bulgularıyla ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmada APS'li bir hasta kohortunda IgG/IgA/IgM aβ2GPI ve aDI antikorlarının prevalansını, ve klinik ilişkilerini belirlemeyi hedefledik.

**Yöntem:** APS'li 31, SLE ve APS'li 44 hastanın serumunda IgG/IgA/IgM aβ2GPI, aDI ve IgG antikardiolipin (aKL) varlığı ELISA ile belirlendi. Pozitiflik sağlıklı kontrol kohortumuzun ortalama aktivitesinin 99. persentilinden yüksek değerler olarak tanımlandı. Pozitiflik sınır değerleri IgG aKL, aβ2 GPI ve aDI için sırasıyla 17GPLU; 9GBU ve 14GDIU; IgM aβ2 GPI ve aDI için 18MBU ve 21MDIU; IgA a,2 GPI ve aDI için ise 9ABU ve 8ADIU idi. Lupus antikoagülanı (LA) İstanbul Tıp Fakültesi Laboratuvarı'nda ölçüldü. Üçlü pozitiflik IgG aβ2GPI/aKL ve LA; ikili pozitiflik LA/IgG aKL, LA/IgG aβ2GPI veya IgG aKL/aβ2GPI ve tek pozitiflik LA veya IgG aKL veya IgG β2GPI pozitifliği olarak tanımlandı.

**Bulgular:** Hastaların %76'sı kadındı. Ortalama yaş ve hastalık süresi sırasıyla 40±11 yıl ve 114±92 aydı. 17 hastada sadece arter trombozu (AT), 23 hastada sadece venöz tromboz (VT), 5'inde AT+VT, 15'inde sadece gebelik morbiditesi (GM), 13'ünde tromboz ve GM ve 2'sinde katastrofik antifosfolipid sendromu mevcuttu. Antifosfolipid antikorların (aPL) prevalans ve titreleri Tablo 1 ve 2 PS-028'de görülmektedir. Ig A aDI (n=2) ve aβ2GPI (n=1) için tekli pozitiflikleri olan hastaların tümünde vasküler tromboz mevcuttu. Sadece vasküler trombozu olan ve sadece GM'si olan hastalar karşılaştırdığımızda sadece GM olan grupta IgM aDI pozitiflik ve titresinin daha yüksek olduğu saptandı (ort, interkuartil range; 14,8'e 22,15; p=0.04) 10 hasta üçlü pozitif, 19 hasta ikili pozitif, 49 hasta da tekli pozitifdi. Üçlü pozitif hastaların %80'inde vasküler tromboz vardı ve hepsinde IgG aDI antikorları pozitifdi. IgG aβ2GPI ve DI arasında pozitif korelasyon mevcuttu (p<0.05). İkili pozitiflerin %58'i ve tekli pozitiflerin %27'sinde IgG aDI antikorları mevcuttu.

**Sonuç:** Bu kohortta IgA a,2GPI ve aDI prevalansı yüksek saptanmıştır. Trombozu olan bazı hastaların IgA aβ2GPI ve aDI için tekli pozitiflikleri dikkate alınırca, bu testler APS'si olan küçük bir grup hastayı belirlemede yardımcı olabilirler. GM'si olan hastalarda IgM aDI pozitiflik oranı ve titresini yüksek bulundu. GM'de IgM aDI antikorlarının ölçümünün değerinin belirlenmesi için bu bulgunun validasyonu yapılmalıdır. İstatistiksel anlamlılık saptanmasa da vasküler trombozu olan hasta grubunda belirlenen IgG aDI pozitifliği yüksek çıkmıştır. IgG aDI çoğunda trombotik olay olan üçlü pozitif hastalarda daha sık bu-



lunmuştur. IgG aDI ve aβ2GPI arasında saptanan pozitif korelasyon DI'nin β2GPI'deki majör antijenik hedef olabileceğini ve IgG aDI antikollarının yüksek trombotik riski olan APS'li hastaları belirlemede kullanılabileceğini düşündürmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Antifosfolipid sendromu, anti-domain I

**Tablo 1 (PS-028):** Test edilen aPL'nin prevalansı.

	Tüm hastalar (n=75)	Sadece vasküler trombozu olanlar (n=45)	Sadece gebelik morbiditesi olanlar (n=15)	p
IgG anti-β2GPI	%17	%19	%14	AD
IgA anti-β2GPI	%36	%38	%43	AD
IgM anti-β2GPI	%36	%34	%36	AD
IgG anti-DI	%20	%26	%7	AD
IgA anti-DI	%36	%45	%29	AD
IgM anti-DI	%29	%21	%57	<0.05
IgG aCL	%29	%28	%29	AD
LA	%58	%57	%54	AD

**Tablo 2 (PS-028):** aPL titreleri (medyan, interkuartil range-IQR).

	Tüm hastalar (n=75)	Sadece vasküler trombozu olanlar (n=45)	Sadece gebelik morbiditesi olanlar (n=15)	p
IgG anti-β2GPI (medyan, IQR)	1.8, 3.05	1.8, 2.81	0.9, 1.34	AD
IgA anti-β2GPI (medyan, IQR)	8.03, 8.67	7.7, 7.36	8.5, 12.3	AD
IgM anti-β2GPI (medyan, IQR)	13.1, 9.85	13.2, 8.84	12.2, 10	AD
IgG anti-DI (medyan, IQR)	5.5, 7.1	5.4, 8.21	4.4, 4.37	AD
IgA anti-DI (medyan, IQR)	6.09, 6.79	7.08, 8.13	5, 7.63	AD
IgM anti-DI (medyan, IQR)	16.2, 11.3	14.1, 8.03	21.6, 15.2	0.04
IgG aCL (medyan, IQR)	3.4, 52.1	3.5, 33.7	2.5, 79	AD

## PS-029

### Juvenil idiyopatik artrit tedavisinde eklem içi steroid uygulaması: Tek merkez deneyimi

Kübra Öztürk, Zelal Ekinci

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

**Amaç:** Eklem içi steroid uygulaması, juvenil idiyopatik artrit (JİA) tedavisinde nonsteroidal antiinflatuar ilaçlara yanıtı olmayan olgularda başlangıç seçeneğidir. Etkili ve güvenli olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Romatoloji Bilim Dalında uygulanan eklem içi steroid enjeksiyonunun değerlendirilmesi yapılmıştır.

**Yöntem:** Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Romatoloji Bilim Dalında Mart 2014–Mart 2016 tarihleri arasında JİA tanısı ile eklem içi steroid uygulaması yapılan ve ardından en az 6 ay izlenen 40 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Dosyalar geriye dönük olarak incelenerek JİA alt tipleri, tedavi yanıtı, nüks oranları ve uygulama komplikasyonları araştırılmıştır.

**Bulgular:** Yirmi altı kız ve 14 erkek hastanın toplam 55 eklemi-ne triamsinolon asetonat tedavisi uygulanmıştır. Hastaların ortanca yaşları 9.95 yıl (5.62–12.6), ortanca hastalık süresi 5.5 ay (2–33) saptanmıştır. Hastalar JİA alt gruplarına göre değerlendirildiğinde %70'inin oligoartiküler (n=28), %10'unun entezit ilişkili artrit (n=4), %10'unun psoriatik (n=4), %7.5'inin poliartiküler (n=3) ve %2.5'inin de inflamatuvar barsak hastalığı ile ilişkili artrit (n=1) olduğu görülmüştür. En çok tedavi uygulanan eklem %76 ile diz (n=42) ve sırası ile ayak bileği %15 (n=8), dirsek %7 (n=4) ve el bileği %2 (n=1) olarak saptanmıştır. Hastaların %12.5'inde (5) nüks gelişmiş ve bunlardan 2 hastaya (%5) aynı eklem 3 ay sonra ikinci enjeksiyon yapılmıştır. Hastaların %35'ine (n=14) tedavi sonrası metotreksat başlanmış olup nedeni 9'unda tedaviye yanıtızsızlık, 3'ünde erken nüks ve 2'sinde eşlik eden yaygın psoriasis olmasıdır. Olguların 6'sına biyolojik tedavi başlanmıştır. Bu hastalardan 2'si psöriatik artrit nedeni ile izlenen ve yaygın cilt lezyonları olan, 2'si entezit ilişkili artrit, 1'i poliartiküler ve 1'i de oligoartiküler tipte artriti olan ve tedaviye yanıtızsız olgulardır. Hiçbir hastada eklem içi steroid uygulaması ile ilişkili herhangi bir komplikasyon gözlenmemiştir.

**Sonuç:** JİA tedavisinde biyolojik çağına geçilmiş olmasına rağmen eklem içi steroid uygulaması halen ilk, etkili ve güvenli seçenek olarak yerini korumaktadır. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Romatoloji Bilim Dalı deneyimi de bu temel bilgiyi destekler ve eklem içi steroid uygulamasının çocuk romatoloji bilim dalı eğitimindeki gerekliliğini gösterir niteliktedir.

**Anahtar sözcükler:** Juvenil idiyopatik artrit, eklem içi steroid

## PS-030

### Kronik lenfositik lösemi hastasında anti-TNF tedavi düşünülebilir mi?

Rıdvan Mercan, Gezmiş Kimyon

Antakya Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bilim Dalı, Hatay

**Amaç:** Ankilozan spondilit (AS) daha çok aksiyel omurgayı tutan, kronik ve sistemik bir romatizmal hastalıktır. Kronik lenfositik lösemi (KLL), daha çok B lenfositlerin kan, kemik iliği, lenf bezi ve dalağı infiltre etmesi ve olgun görünümlü lenfositlerin fonksiyon bozukluğu ile karakterize, kemik iliğinin malign bir hastalığıdır. Biz bu olguda KLL ve AS'i birlikteliği olan bir hastanın sorunsuz bir şekilde anti TNF tedavi ile takip edildiğini sunduk.

**Olgu:** 41 yaşında erkek hasta, 5 yıldır ankilozan spondilit tedavisi alıyor. 2 yıl önce infliksimab başlanmış. Hastanın infliksimab almasına rağmen ağrılarının olması ve lökosit yüksekliği saptanması nedeniyle polikliniğimize gönderildi. Yapılan fizik muayenesinde schober kısıtlı, sakroilak kompresyon ve kalça

hareketleri ağırlı idi. Sistemik muayenesinde başka patoloji saptanmadı. Yapılan tetkiklerinde beyaz küre  $21.39 \times 10^3 \mu/L$  ve %59 lenfosit saptanması üzerine bakılan periferik yaymada, %50'den fazla olgun lenfosit görüldü. Hematoloji konsültasyonu sonucu istenen, akım sitometrisi KLL ile uyumlu geldi. Evre 1 KLL kabul edildi. Hastanın anti tnf tedavi öncesi geçmişe yönelik tetkikleri incelendiğinde 1 yıl önceden lenfosit değerlerinin yüksek olduğu saptandı. Hastaya bilgi verildi. Hastada ilaç ara verildi. Hasta 2 ay sonra ağrılarının çok arttığını, daha önce 1 yıl boyunca infliksimab ile ağrılarının geçtiğini ve yeniden anti tnf'ye devam etmek istediğini belirtti. Yapılan tetkiklerinde akut fazları ve lökosit değerleri yüksek saptandı. Hastaya yeniden infliksimab başlandı. 3 ay sonunda ağruları hafif azalsa da devam ettiği ve akut fazları yüksek olduğu için infliksimab kesildi yerine etanercept başlandı. Hasta 4 aydır etanercept alıyor. Ağruları yok, akut fazları normal ve en son bakılan hemogramın da lökosit değerleri  $13 \times 10^3 \mu/L$ , diğer kan serileri normal saptandı.

**Sonuç:** Anti tnf tedavilerin AS tedavisinde ki yeri tartışılmaz bir konumdur. Ancak korkulan yan etkilerinden biri olan malignensiler hakkında ki tartışmalar halen devam etmektedir. Hastada malignensi varlığında anti tnf tedavi devam kararı almak hem hasta hem de doktor için zordur. Hastamızda infliksimab ve etanercept alırken KLL'de progresyon gözlenmedi. Literatürde, daha önce etanercept ile bizim takip ettiğimiz vaka yanında KLL olan hastalarda anti tnf tedaviye devam edebileceğini gösteren az sayıda vaka bildirimleri olmasına rağmen, daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

**Anahtar sözcükler:** Ankilozan spondilit, kronik lenfositik lösemi

### PS-031

#### Ailevi Akdeniz ateşi hastalığında vücut kitle indeksi ile subklinik inflamasyon arasındaki ilişki

*Emine Aşçı, Sogol Sadri, Gamze Ergün, Özge Velipaşalar, Selda Çelik, Sibel Yılmaz Öner, Cemal Bes, Nilüfer Alpay Kanitez Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul*

**Amaç:** Ailevi akdeniz ateşi (AAA), IL-1 aracılı inflamasyonun yol açtığı ataklar halinde seyrederek ve ataksız dönemde hastalar genellikle yakınmasızdır. Son zamanlarda yapılan çalışmalar, AAA'da hastalık şiddeti ile ilişkili olarak, subklinik bir inflamasyonun olabileceğini ve bu durumun amiloidoz için risk oluşturabileceğini belirtmektedir. Subklinik inflamasyona yol açtığı bilinen bir diğer sorun ise vücut kitle indeksi ile belirlenen obezitedir. Bu çalışmada, AAA hastalarında VKİ ile subklinik inflamasyon göstergeleri arasındaki ilişki araştırılmıştır.

**Yöntem:** Nisan 2016'dan itibaren kliniğimize başvuran 18-65 yaş arası AAA hastaları çalışmaya alınarak kesitsel olarak incelendi. En az 1 aydır atak geçirmemiş olan hastalar belirlenerek VKİ [kilo (kg)/boy (mt)'un karesi] hesaplandı. VKİ sonucu <18.5 ise az kilolu, 18.5-24.9: normal kilolu, 25-29.9: fazla kilolu, 30-39.9: obez, >40 morbid obez olarak tanımlandı. Rutin laboratuvar incelemelerinden elde edilen eritrosit sedimentas-

yon hızı (ESH), C reaktif protein (CRP), serum amiloid A (SAA), nötrofil-lenfosit oranı (NLO) ve trombosit-lenfosit oranı (TLO) kaydedildi. Bu inflamasyon göstergelerini etkileyebilecek enfeksiyon hastalığı, kalp yetersizliği, malignite, endokrin sistem ya da başka bir romatolojik hastalığı olanlar çalışmadan çıkarıldı. Sonuçlar bilgisayar ortamında değerlendirilerek SPSS-16 programı ile istatistiksel analizi yapıldı.

**Bulgular:** Ataksız dönemde, yaş ortalaması  $33.4 \pm 11.9$ , ortalama hastalık süresi  $50 \pm 17.9$  ay olan, 107 (%67) kadın toplam 161 hasta değerlendirildi. VKİ yüksek bulunan 60 (%37) hastanın 44 (%27)'ü fazla kilolu, 16 (%10)'sı obez bulundu. Yapılan pearson korelasyon analizinde VKİ ile subklinik inflamasyon göstergelerinden sadece ESH arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkili bulundu (p: 0.04). ESH, aynı zamanda kadınlarda anlamlı olarak daha yüksekti (p: 0.003). Bu nedenle yapılan kovaryans analizde, VKİ ve ESH arasındaki ilişkinin cinsiyetten bağımsız olmadığı görüldü. Sonuç olarak VKİ ile subklinik inflamasyon göstergelerinin hiçbiri arasında bağımsız bir ilişki bulunamadı.

**Sonuç:** Obezitenin inflamasyona yol açtığı ve yağ dokusu oranı ile ilişkili olarak başta C-reaktif protein (CRP) olmak üzere, bazı inflamasyon göstergelerinin yükseldiği bilinmektedir. Halen devam eden çalışmamızın bu ön sonuçlarına göre, AAA hastalarında %10 olarak bulunan obezite oranının, Türkiye sağlıklı toplum obezite oranından (%30) oldukça düşük olması dikkat çekicidir. Hastalarımızın yaş ortalamasının toplum ortalamasının altında olması bir gerekçe olabilir. Bununla birlikte AAA'da, VKİ'nin subklinik inflamasyonu etkilemediği görülmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Ailevi Akdeniz ateşi, vücut kitle indeksi, subklinik inflamasyon

### PS-032

#### Ailevi Akdeniz ateşi tanılı hastalarda fibromiyalji sendromu görülme sıklığı ve yaşam kalitesi ile ilişkisi: Prospektif, kontrollü bir çalışma

*Ümmügülüm Yılmaz<sup>1</sup>, Kemal Eroğlu<sup>2</sup>, Soner Şenel<sup>3</sup>, Ahmet Öztürk<sup>4</sup>*

*<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kayseri; <sup>2</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri; <sup>3</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri; <sup>4</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Bilişimi ve Biyoistatistik Anabilim Dalı, Kayseri*

**Amaç:** Ailevi Akdeniz ateşi (AAA), kendini sınırlayan febril serozit atakları ile seyreden otoinflamatuvar bir hastalıktır. Fibromiyalji sendromu (FMS), yaygın vücut ağrısı ve bu duruma yorgunluk, kognitif bozukluklar, psikiyatrik ve multipl somatik semptomların eşlik ettiği klinik tablodur. FMS'nin birçok kronik romatizmal hastalıkta görülme sıklığının arttığı bildirilmiştir ve bu durum hastaların yaşam kalitelerini azaltmaktadır. Literatürde AAA tanılı hastalarda FMS görülme sıklığı ile ilgili sınırlı veri vardır. Biz bu çalışmada, AAA tanılı hastalarda FMS görülme sıklığını ve bunun yaşam kalitesi ile ilişkisini araştırma-ya amaçladık.

**Yöntem:** Çalışmaya Romatoloji Polikliniği'ne başvuran, yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve medeni durum yönünden birbiri ile eşleş-

**Tablo (PS-032):** 1990 ve 2013 ACR FMS kriterlerine göre FMS eşlik eden ve etmeyen AAA tanılı hastalarda yaşam kalitesi düzeyi.

	1990/2013 FMS +ve	1990/2013 FMS -ve	p değeri
SF-36/FK, ortalanca (%25-75)	24.99 (22.18-31.25)/25.63 (21.87-35.63)	57.8 (44.2-76.9)/58.13 (46.25-77.25)	<0.001/<0.001
SF-36/MK, ortalanca (%25-75)	43.29 (31.99-54.56)/43.83 (34.60-55.56)	55 (42.9-67.9)/55 (42.66-67.28)	0.011/0.046
FIQ, ortalanca (%25-75)	74.45 (57.99-81.41)/63.5 (59.69-80.68)	38.65 (23.12-54.01)/38 (21.95-50.3)	<0.001/<0.001

SF-36/FK ve MK: Kısa Form-36 Fiziksel komponent ve Mental komponent; FIQ: Fibromyalji Etki Anketi

tirilmiş, Livneh kriterleri'ne göre AAA tanısı ile takipli 138 erişkin hasta ile 82 sağlıklı gönüllü dahil edildi. AAA atağı geçirmekte olan hastalar, gebe olanlar, tiroid fonksiyon bozukluğu ve B12 vitamini eksikliği bulunanlar ile psikiyatrik ilaç kullanan hastalar çalışmaya alınmadı. Hastalarda FMS varlığı ACR 1990 ve ACR 2013 FMS sınıflandırma kriterlerine göre değerlendirildi. Tüm hastalara Kısa Form-36 (SF-36) ve Fibromyalji Etki Anketi (FIQ) uygulandı.

**Bulgular:** 138 AAA tanılı hastanın 12'si (%8.7) 1990 ACR kriterlerine göre, 17'si (%12.3) 2013 ACR kriterlerine göre FMS olarak sınıflandırıldı. Kontrol grubunda ise 1990 ACR kriterlerine göre 4 (%4.9) kişi, ACR 2013 sınıflandırma kriterlerine göre 11 (%13.4) kişi FMS olarak sınıflandırıldı ve AAA grubu ile benzerdi (p: 0.212 ve p: 0.814 sırasıyla). FMS hem 1990 hem de 2013 ACR FMS kriterlerine göre FMS eşlik eden AAA hastalarının yaşam kalitesi FMS eşlik etmeyenlere göre hem fiziksel hem de mental olarak daha kötü bulundu. Benzer şekilde FIQ skoru da FMS eşlik eden AAA tanılı hastalarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti (p<0.001) (Tablo PS-032). Atak sıklığı ile FMS ilişkisi incelendiğinde daha sık atak geçiren AAA tanılı hastalarda FMS daha sık görüldü (p: 0.007).

**Sonuç:** AAA tanılı hastalarda FMS eşlik etme sıklığı Türkiye'de daha önce yapılmış olan sağlıklı toplumdaki FMS sıklığı ile ve kontrol grubundaki FMS sıklığı ile benzer bulunmuştur. Ancak FMS eşlik eden AAA tanılı hastalarda yaşam kalitesi hem fiziksel hem de mental olarak düşük bulunmuştur. AAA tanılı hastalarda atak sıklığı arttıkça FMS eşlik etme sıklığı da artmaktadır. AAA tanılı hastalarda etkin tedavi ile atak sıklığı azaltılırsa bu hastalarda FMS görülme sıklığı da azalabilir.

**Anahtar sözcükler:** Ailevi Akdeniz ateşi, fibromyalji, yaşam kalitesi

### PS-033

#### Romatoid artrit hastalarında serum irisin düzeyleri düşüktür

Ahmet Toygar Kalkan<sup>1</sup>, Mustafa Özmen<sup>2</sup>, Bilge Birlik<sup>3</sup>, Didem Kozacı<sup>4</sup>, İlay Türkmen<sup>5</sup>, Dilek Solmaz<sup>2</sup>, Önay Gerçik<sup>2</sup>, Sercan Gücenmez<sup>3</sup>, Servet Akar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir; <sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; <sup>3</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir; <sup>4</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Ankara; <sup>5</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Kas İskelet Sistemi ve Rejeneratif Tıp Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Miyokinler iskelet kas dokusundan sentezlenen ve salgılanan ve etkilerini otokrin, parakrin veya endokrin yolla gösteren

proteinlerdir. Bir adipomiyokin olan irisin, hem iskelet kasından egzersizle ilişkili olarak, hem de beyaz yağ dokusundan kahverengi yağ dokusunun enerji harcama fenotipi kazanmasına yardımcı olmak üzere salgılanır. İrisinin metabolik sendrom (MetS) ve kardiyovasküler risk ile ilişkili olabileceğini gösteren veriler vardır. Kardiyovasküler hastalık riski ve MetS sıklığının arttığı gösterildiği bir hastalık olan RA'te irisin vücut kitle indeksi (VKİ), lipid profilindeki değişim ve kardiyovasküler risk ile ilişkili olabilir. Bu nedenle bu çalışmada RA hastalarında irisin düzeylerini değerlendirmeyi amaçladık.

**Yöntem:** Çalışmaya 2010 ACR/EULAR Romatoid Artrit Sınıflandırma kriterlerini karşılayan 84 RA hastası dahil edildi. Sağlıklı kontrol grubu, yaş ve cinsiyet uyumlu 50 sağlıklı kişiden oluşturuldu. Hastaların demografik verileri ve ulaşılabilirse açlık kan şekeri, HbA1c, insülin, lipid parametreleri, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, RF, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH), C-reaktif protein (CRP) değerleri ve anti-CCP durumları kaydedildi. Serum irisin düzeyine ELISA yöntemi kullanılarak bakıldı. Kardiyovasküler risk değerlendirilmesi amaçlı karotis doppler ultrasonografi ile karotis intima media kalınlığı ölçümü uzman radyoloji hekimi tarafından yapıldı.

**Bulgular:** AKŞ değerlerinde anlamlı fark bulunmasına rağmen (p=0.0399), HbA1c (p=0.146) düzeyi ve insülin direnci (p=0.723) açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Lipid profilleri açısından da gruplar arası fark tespit edilmedi (p<0.05). RA ve kontroller arasında VKİ açısından bir fark saptanmadı (p=0.200). Karotis intima-media kalınlığı, RA ve kontrol grupları arasında anlamlı fark göstermedi (p=0.216). Serum CRP (p<0.001) ve ESH (p<0.001) değerleri; RA hastalarında, kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek saptandı. Serum irisin düzeyleri, RA hastalarında (20.65 (16.94-99.35) ng/mL) sağlıklı kontrollere (36.66 (18.37-84.70) ng/mL) göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır (p<0.001). Kısıtlılıklar: Hastaların egzersiz düzeylerini ve beslenme alışkanlıklarını analiz eden parametrelerin olmaması; hasta ve kontrol grubu arasındaki yaşam tarzı farklılıklarının tam olarak belirlenememesidir.

**Sonuç:** Bu çalışma, RA'te termojenik bir protein olan irisinin kontrollerden anlamlı olarak düşük olduğunu göstermiştir. RA hastalarında kardiyovasküler risk artışından irisin sorumlu olabilir. Ancak bu konuda kesin bir yargıya varmadan önce; daha geniş örneklem boyutuna sahip, kardiyovasküler hastalık varlığının gösterildiği ve prospektif çalışmaların gerekli olduğu açıktır.

**Anahtar sözcükler:** Romatoid artrit, irisin, miyokin

## PS-034

### Radyografik olmayan aksiyal spondiloartrit hastalarında görüntüleme ve klinik kollar birbirinden ne ölçüde farklıdır?

Eyüp Çoban<sup>1</sup>, Sertaç Ecemiş<sup>1</sup>, Merve Sinem Cesur<sup>1</sup>, Özgür Tosun<sup>2</sup>, Alev Vayni<sup>1</sup>, Önay Gerçik<sup>1</sup>, Dilek Solmaz<sup>1</sup>, Mustafa Özmen<sup>1</sup>, Sercan Gücenmez<sup>1</sup>, Servet Akar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; <sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir

**Amaç:** Spondiloartritler ortak klinik, genetik ve radyolojik bulguları olan bir grup hastalığı içermektedir. Önceleri bu grup içerisinde anki-lozan spondiliti takiben, sınıflandırılmayan spondiloartritlerin en sık görüldüğü düşünülmekteydi. Son yıllarda spondiloartrit grubu hastalıklar için öncelikli tutulum yerlerinin dikkate alındığı bir sınıflandırma önerilmiştir. Bu önerilere göre hastalar; ön planda aksiyal tutulumun yer aldığı (aksiyal spondiloartrit; axSpA) ve periferik bulguların görüldüğü (periferik spondiloartrit) hastalar şeklinde sınıflandırılabilir. Bu sınıflandırma kriterleri ayrıca direk grafide veya manyetik rezonans görüntüleme (MRI) objektif bulguları olmakla (non-radyografik [nr-]axSpA) birlikte omurga tutulumuna ilişkin yakınmaları baskın olan bir grup hastanın da axSpA olarak sınıflandırılabilmesine olanak sağlamaktadır. Ancak bazı araştırmacılar klinik (kli-axSpA) kol aracılığı ile sınıflandırılan hastaların görüntüleme kolundan (gör-axSpA) farklı olabileceğini ileri sürmektedir. Bu nedenle çalışmamızda birimimizdeki nr-axSpA hastalarımızın bu açıdan değerlendirilmesi planlanmıştır.

**Yöntem:** Birimimizde ASAS sınıflandırma kriterlerine uygun şekilde axSpA kriterlerini karşılayan 335 hastanın [199 (%60) erkek ve ortalama yaş; 41.1±12.3] demografik, hastalık ilişkili klinik, laboratuvar verileri ile hasta temelli sonuç ölçek ve skorları bu açıdan gözden geçirildi.

**Bulgular:** 331 hastanın direk grafileri değerlendirildiğinde 231'nin (%69) modifiye New York kriterlerine göre kesin anki-lozan spondilit (AS) olarak sınıflandırılmasına olanak sağlayan direk grafi bulguları olduğu gözlemlendi. Geriye kalan ve nr-axSpA olarak sınıflanan 104 hastanın verileri bu çalışmada kullanıldı. Genel olarak AS olarak sınıflanan hastaların, nr-axSpA olanlar ile kıyaslandığında anlamlı olarak daha yaşlı oldukları ve erkeklerin daha fazla temsil edildiği gözlemlendi. AS ve nr-axSpA hastalarının bel ağrısı, artrit, entezit, daktilit gibi artiküler ve üveit, psoriasis başta olmak üzere ekstra-artiküler tutulumları arasında fark bulunmadı. HLA-B27 sıklıkları da farksız idi. Görüntüleme kolu ve kli-axSpA hastalarının demografik (Tablo 1 PS-034), hastalık ilişkili aktivite ve şiddet parameterlerinin (Tablo 2 PS-034) gruplar arasında farklı olmadığı gözlemlendi.

**Sonuç:** Bu çalışmanın sonuçları; klinik veya görüntüleme kolunda sınıflandırılan axSpA hastalarının demografik özellikleri yanısıra hastalık yüklerinin de benzer olduğunu ortaya koymaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Anki-lozan spondilit, non-radyografik aksiyal spondiloartrit

**Tablo 1 (PS-034):** Görüntüleme ve klinik koldan sınıflandırılmış olan non-radyografik aksiyal spondiloartrit hastalarının demografik özelliklerinin karşılaştırılması.

	Görüntüleme kolu n:80	Klinik kol n: 24	p
Yaş (yıl), ort±SD	36.4±10.4	40.8±10.9	0.091
Erkek, n (%)	35 (%44)	8 (%33)	0.363
Tanı yaşı (yıl), ort±SD	33.7±10.2	37.3±12.3	0.195
Hastalık süresi, (yıl), ort±SD	8.5±8.7	9.6±7.6	0.192
Eğitim süresi (yıl), ort±SD	11.0±3.9	11.4±3.9	0.659
Sigara kullanımı			
İçmemiş, n (%)	30 (37.5)	16 (66.7)	0.014
Halen içiyor, n(%)	35 (43.8)	3 (12.5)	
Ex smoker, n(%)	15 (18.8)	5 (20.8)	

**Tablo 2 (PS-034):** Görüntüleme ve klinik koldan sınıflandırılmış olan non-radyografik aksiyal spondiloartrit hastalarının klinik ve laboratuvar özelliklerinin karşılaştırılması.

	Görüntüleme kolu n:80	Klinik kol n: 24	p
BASDAI, ort±SD	4.3±2.1	4.2±2.4	0.988
BASFI, ort±SD	2.9±2.5	2.3±2.3	0.250
HAQ, ort±SD	0.8±0.7	0.7±0.6	0.648
BASMI, ort±SD	2.4±1.2	2.6±1.3	0.491
ASQOL, ort±SD	9.4±5.2	7.9±4.9	0.204
ASDAS-CRP, ort±SD	2.6±1.1	2.7±1.2	0.440
CRP, ort±SD	7.5±12.6	11.0±20.1	0.608
ESR, ort±SD	18.8±16.2	21.5±15.4	0.162
Kalça eklemi tutulumu, n (%)	4 (5)	2 (8.7)	0.578
Sindesmotit varlığı, n (%)	11 (25.6)	6 (37.5)	0.177
MSASSS skoru, ort±SD	0.48±1.24	1.00±2.18	0.615

## PS-035

### Anki-lozan spondilitte yapısal hasar ile ilişkili faktörler: Sigara kullanımı diğer faktörler ile etkileşiyor olabilir

Sertaç Ecemiş<sup>1</sup>, Eyüp Çoban<sup>1</sup>, Yusuf Cem Kaplan<sup>2</sup>, Özgür Tosun<sup>3</sup>, Alev Vayni<sup>1</sup>, Önay Gerçik<sup>1</sup>, Dilek Solmaz<sup>1</sup>, Mustafa Özmen<sup>1</sup>, Sercan Gücenmez<sup>1</sup>, Servet Akar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; <sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı, İzmir; <sup>3</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir

**Amaç:** Anki-lozan spondilit (AS) başlıca aksiyal iskeleti tutan spondiloartrit grubu hastalıkların prototipidir. Hastalığın en korkulan komplikasyonu yeni kemik oluşumudur. Omurgada gözlenen bu yapısal değişiklikler, spinal mobilitede azalma ve sakatlıkla doğrudan ilişkili olmasının yanısıra yaşam kalitesi için de belli basit belirleyiciler arasında yer almaktadır. Ancak bu tip radyografik hasar lezyonlarının gelişimi ve ilerlemesinden so-

rumlu etkenlerin ortaya konulmasında rolü olabilecek faktörler çok net olarak bilinmemektedir. Sigara kullanımı konusunda da çelişkili veriler olduğundan bu çalışmamızda; sigara yanında spinal yeni kemik oluşumu ile ilişkili olabilecek faktörlerin ortaya konulması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Birimimizde, spondiloartrit kohortunda modifiye New York kriterlerine göre AS tanısı ile izlenen 279 [193 (%69) erkek ve ortalama yaş; 42.6±12.2] hasta çalışmaya alındı. Hastaların anteroposterior, lateral lomber ve lateral servikal grafileri bağımsız iki araştırmacı tarafından MSASSS sistemine uygun olarak değerlendirildi. Uyumsuz okumalar, araştırmacılar tarafından fikir birliği oluşturularak nihai skorlama yapıldı. Ayrıca grafileri herhangi bir lokalizasyonda sindesmofit varlığı açısından skorlandı. Hastaların araştırma dosyalarından demografik ve sağlık davranışı (sigara kullanımı ve miktarı) ile ilgili bilgileri yanında hastalık aktivitesi (BASDAI, ASDAS-CRP), fonksiyon (BASFI, HAQ, BASMI) gibi klinik ve laboratuvar verileri elde edildi. Sindesmofit gelişimi ve MSASSS skorları ile demografik ve hastalık verilerinin arasındaki ilişkinin analizinde Spearman's rho katsayısı kullanıldı. Bahsi geçen radyolojik hasar lezyonu gelişimi için bağımsız risk faktörlerinin tayininde lojistik veya çok değişkenli lineer regresyon analizi kullanıldı.

**Bulgular:** Çalışma grubunun demografik ve bazı klinik verileri Tablo 1 PS-035'de özetlenmiştir. Sindesmofit varlığının tespitinde iki araştırmacı arasında iyi derecede ( $\kappa=0.625$ ) ancak total MSASSS skorlamasında çok iyi derecede (ICC=0.947) uyum mevcut idi. Çalışma grubumuzda sindesmofit varlığı ile tek değişkenli analizlerde sigara içimi yanında; yaş, cinsiyet, semptom süresi, eğitim düzeyi, artrit ve koksafemoral eklem tutulumu ilişkili idi (Tablo 2 PS-035). MSASSS skoru ile ayrıca HLA-B27 pozitifliği de ilişkili bulundu. Ancak lojistik regresyon analizinde; yaş, semptom süresi, eğitim düzeyi ile koksafemoral eklem tutulumunun sindesmofit gelişimini bağımsız şekilde tahmin ettirdiği gözlemlendi. Bizim modellememizde sigara içilmesinin ayrıca semptom süresi ve eğitim düzeyi ile iyi derecede ilişkili olduğu bulundu.

**Tablo 1 (PS-035):** Çalışma grubu hastalarının demografik ve klinik karakteristikleri.

	AS hastaları
Yaş, ortalama ± SD	42.6±12.2
Erkek cinsiyet, n (%)	193 (%69)
Semptom süresi, ortalama ± SD (yıl)	15.5±10.7
Eğitim süresi, ortalama ± SD (yıl)	9.2±4.4
Koksafemoral eklem tutulumu, n (%)	71 (%27)
Artrit varlığı, n (%)	91 (%38)
ASDAS-CRP, ortalama ± SD (yıl)	3.1±1.3
HLA-B27 pozitifliği, n (%)	112 (%69)
Sigara	
Hiç içmeyenler, n (%)	73 (%27)
Halen içenler, n (%)	124 (%46)
Önceden içmiş olanlar, n (%)	75 (%27)
Paket yılı, ortalama ± SD (yıl)	12.3±16.7

**Tablo 2 (PS-035):** Sindesmofit gelişimi ile ilişkili faktörler.

Değişken	Rho	p	OR veya Eks (B) (95% CI)	p
Yaş	0.430	<0.001	1.053 (1.003–1.106)	0.038
Cinsiyet	0.128	0.05	1.500 (0.610–3.686)	0.377
Hastalık süresi	0.420	<0.001	1.117 (1.031–1.210)	0.007
Eğitim süresi	-0.234	<0.001	0.844 (0.757–0.941)	0.002
Artrit varlığı	0.143	0.045	0.808 (0.321–2.082)	0.650
Sigara kullanımı	0.136	0.040	0.887 (0.309–2.547)	0.824
Koksa femoral eklem tutulumu	0.310	<0.001	5.58 (1.383–22.520)	0.016

**Sonuç:** Bu çalışmanın sonuçları AS hastalarında spinal hasarın gelişiminde hastalık süresi ve kalça eklemi tutulumu gibi iyi bilinen hastalık ilişkili faktörlerin yanında sigara içimi ve eğitim düzeyinin de rolü olabileceğini düşündürmektedir. Ancak sigara içimi yaş, eğitim düzeyi gibi ilişkili olabilecek diğer faktörler nedeniyle bağımsız bir risk faktörü gibi görülmemektedir.

**Anahtar sözcükler:** Ankilozan spondilit, sigara, sindesmofit

## PS-036

### Sjögren sendromu hastalarında tükrük bezi ultrasonografi skorlaması ve hastalık aktivite ölçütleri ile değerlendirme: Preliminer sonuçlar

Nevsun İnanç, Yasemin Yalçınkaya, Gonca Mumcu, Zeynep Ertürk, Ali Uğur Ünal, Pamir Atagündüz, Haner Direskeneli

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

**Amaç:** Sjögren sendromu (SjS) tükrük bezi ve lakrimal bezlerin kronik inflamasyonu ve ilerleyici disfonksiyonu ile karakterize bir bağ doku hastalığıdır. Tükrük bezi ultrasonografisi (USG) primer ve sekonder SjS hastalarında kolay uygulanabilen ve invazif olmayan bir yöntem olarak kabul edilmeye başlanmıştır.

**Yöntem:** Amerika-Avrupa sınıflandırma kriterlerine (2002) göre SjS tanısı konulmuş 26 hasta değerlendirmeye alındı. Hastalık aktivite ölçütleri [Sjögren's Syndrome Patients Reported Index (ESSPRI), Visual Analogue Scale (VAS), EULAR Sjögren's Syndrome Disease Activity Index (ESSDAI)] ve ağız sağlığı anketi (Oral health impact profile questionnaire: Short version (OHIP-14) kaydedildi. Majör tükrük bezleri (bilateral parotis ve submandibuler bezler)'den elde edilen USG görüntüleri iki farklı skorlama yöntemi [Hocevar A. (0–48) ve MilicVD. (0–12)] ile değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastaların demografik ve klinik bilgileri, hastalık aktivite ölçütleri ve USG skorları Tablo 1 ve 2 PS-036'da özetlenmiştir. Hocevar ve Milic USG skorları cut-off değerleri ( $\geq 17$  ve  $\geq 6$ )'ne göre 24 hastanın 12 (%50)'sinde SjS tanısını destekledi. USG skorları ile ESSPRI, ESSDAI, VAS ve OHIP-14 skorlarında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Anti-Ro(+) hastalarda Hocevar ve Milic USG skorlarının daha yüksek olduğu görüldü

(21±11'e karşın 10±7, p=0.021 ve 7±3'e karşın 3±2, p=0.029). Hocevar skorları akut fazı yüksek olan hastalarda daha yüksek olarak saptandı (22±10'a karşın 12±9, p=0.017).

**Tablo 1 (PS-036):** Hastalarının demografik ve klinik özellikleri.

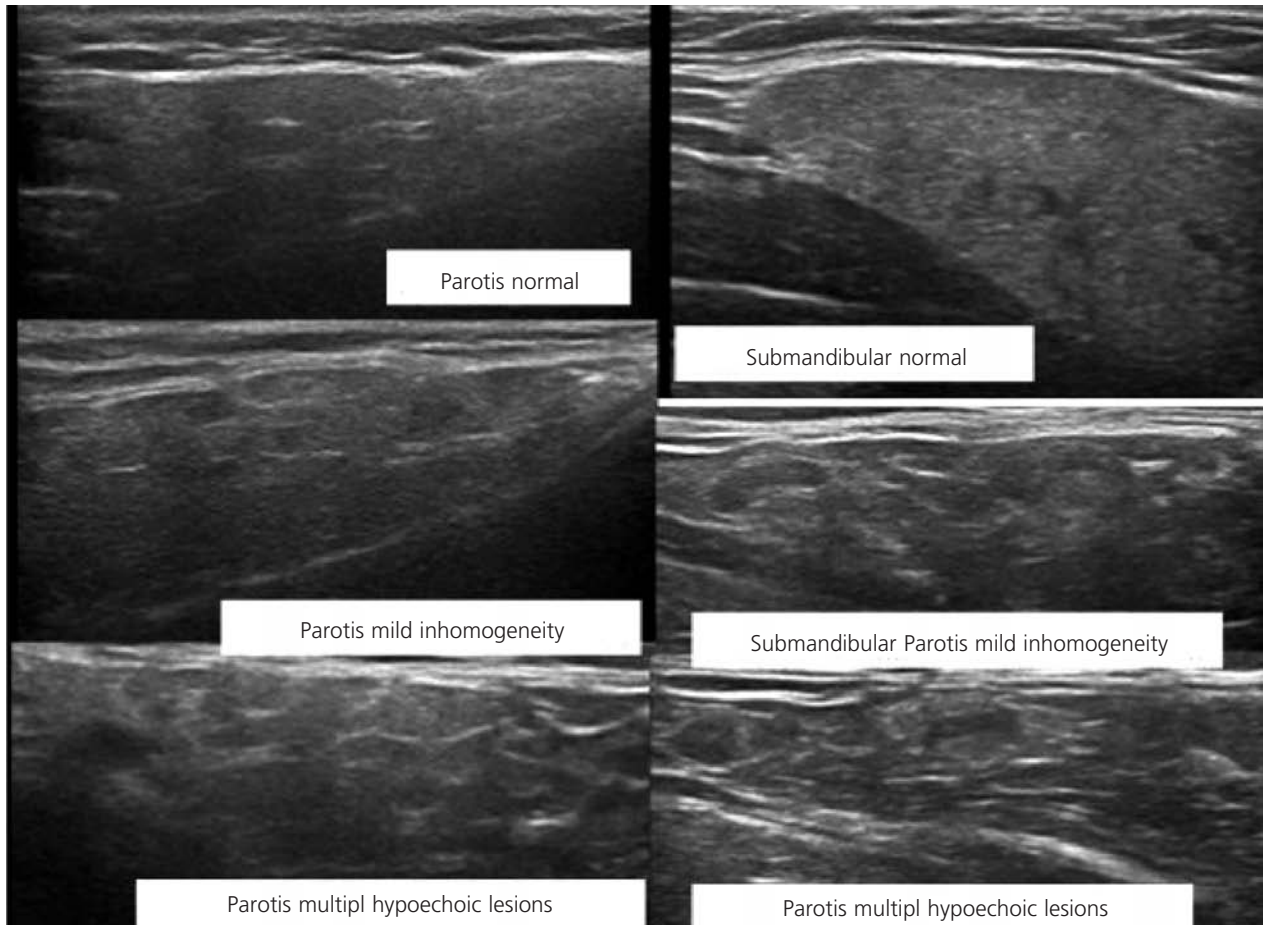
	n=24
Ortalama yaş	55±9
Cinsiyet (K/E)	23/1
Takip süresi /ay	58±62
Sıkka semptomları	22 (%92)
Artralji/artrit	22 (%92)
Parotit atakları	4 (%17)
Raynaud fenomeni	3 (%13)
Lökositoklastikvaskülit	2 (%8)
Periferik Nöropati	2 (%8)
Interstisyel akciğer hastalığı	1 (%4)
Lenfadenopati	3 (%13)
ANA	21 (%87)
Anti-Ro/La	9 (%37)

**Tablo 2 (PS-036):** SjS hastalarının klinik aktivite ölçütleri ve USG skorları.

	n=24
ESSPRI	
Total	15.3±6.1
Kuruluk	8.4±10.5
Halsizlik	4.8±2.8
Ağrı	4.9±2.9
VAS	50±25
ESSDAI-total	0.8±1.1
OHIP-14	3.6±4.9
Hocevar USG Skoru	17±11
Milic USG Skoru	5±3

**Sonuç:** Çalışmanın prelininer sonuçlarında; SjS hastalarında majör tükürük bezi USG değerlendirmesinin akut faz cevabını ve anti-Ro antikor pozitifliğini yansıtmada yararlı olduğu görüldü. Hastalık aktivite ölçütleri ve ağız sağlığı ile bir ilişki saptanamadı. SjS hastalarında tükürük bezi USG değerlendirmesinin tanıya sağlayacağı destek yanında tedavi hedeflerinin ve hastalık prognozunun belirlenmesinde de katkı sağlayacağını düşünüyoruz.

**Anahtar sözcükler:** Sjögren sendromu, tükürük bezi ultrasonografisi



**Şekil (PS-036):** Majör tükürük bezi ultrasonografisinde görüntü örnekleri.

## PS-037

### Romatoid artrit hastalarında geriatrik sendromların sorgulanması: Geriatri-Romatoloji işbirliği

Aslı Tufan<sup>1</sup>, Zeynep Ertürk<sup>2</sup>, Güzide Nevsun İnanç<sup>2</sup>, Haner Direkseneli<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Kliniği, İstanbul; <sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Kapsamlı geriatrik değerlendirme (KGD) geriatrik muayenenin temel taşlarından biri olup tüm geriatrik sendromların taranabilmesi ve tanınabilmesi için gereklidir. İleri yaşta görülen kronik hastalıklar içinde romatoid artrit (RA) çok önemli bir yeri bulunmaktadır. RA'nın çok iyi bilinen karakteristik klinik özellikleri yaşlı popülasyonda ne şekilde görülüyor, hastalığın prognozu ileri yaşta farklı mı, oluşturulan tanı kriterleri yaşlı popülasyonda ne kadar anlamlı soruları, hala net olarak cevaplanamamıştır. Aynı şekilde hastaların geriatrik sendromları ve hastalığın seyri arasında bir ilişkiyi araştıran çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmada RA hastalarının geriatrik sendromlarını taramayı hedefledik.

**Yöntem:** Ocak–Temmuz 2016 tarihlerinde romatoloji polikliniğine başvuran ve RA tanısı alan 60 yaş üstü hastaların semptom başlangıç süresi, DAS 28, HAQ, erozyon varlığı, ekstra-artiküler tutulumu, laboratuvar değerleri (eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein, hemoglobin, albumin ve 25-OH-D vitamin), eşlik eden hastalıklar ve kullandığı ilaçlar kayıt edildi. Geriatrik sendromların değerlendirilmesi için geriatri tarafından fonksiyonelliği Katz günlük yaşam aktivitesi (GYA), Lawton-Brody enstrümental GYA ve duyu durumu değerlendirildi. Beslenme değerlendirilmesi Mini Nutrisyon Değerlendirme - Kısa Formu (MNA-SF) ve antropometrik ölçümler; baldır çapı, boy, kilo, beden kitle indeksi (BKİ) ve vücut kompozisyonu biyoelektrik impedans analizi ile ölçüldü. Düşme sorgulandı ve yürüme hızı 4 metrelik mesafenin olağan hızda yürütülmesiyle hesaplandı.

**Tablo 1 (PS-037):** Hastaların romatolojik ve demografik bulguları (n= 70).

Yaş	67±6.1 (60–86)
Cinsiyet (kadın)	52 (%74.3)
Semptom başlangıç süresi (yıl)	14.3±8 (2.42)
RF-IgM pozitifliği	48 (%68.6)
Anti-CCP pozitifliği	46 (65.75)
Radyolojik erozyon varlığı	45 (%64.3)
Ekstra-artiküler semptom varlığı	25 (%35.7)
DAS-28 skoru	3.2±0.81 (1.61–6.14)
eritrosit sedimentasyon hızı (mm/h)	36.9±20.6 (4–96)
C-reaktif protein (mg/L)	9.3±12.8 (0–92)
NSAİİ kullanımı	8 (%11.4)
Metotreksat kullanımı	24 (%34.3)
Leflunomid kullanımı	36 (%51.4)
Hidroksiklorokin kullanımı	27 (%38.6)
Salazopyrin kullanımı	18 (%25.7)
Steroid kullanımı	29 (%41.4)
Biyolojik ajan kullanımı	26 (%37.1)
Protezi olan hasta	18 (%25.8)

NSAİİ: Non-steroid anti-inflamatuar ilaçlar

**Bulgular:** Altmış yaş üstü 70 hasta çalışmaya alındı (52 kadın, 74.3%). Ortalama yaş 67±6.1 idi. Semptom başlangıç süresi 14.3±8 yıl idi. Otuz bir hastanın DAS 28 değeri >3.2 idi. Grafide erozyon pozitifliği 45 (64.3%) hastada mevcuttu. Romatolojik bulgular Tablo 1 PS-037'de ayrıntılı olarak verilmiştir. Geriatrik sendromlar açısından sorgulandığında son 1 yıl içinde %30 hasta düşme; %34 hasta ise düşme korkusu tarifliyordu. Otuz üç hasta (47.1%) depresif duyu durumu tarifliyordu. KGD diğer öğeleri Tablo 2 PS-037'de mevcuttu.

**Tablo 2 (PS-037):** Hastaların geriatrik değerlendirilmesi (n=70).

GYA skoru	17.8±1.4 (12–18)
EGYA skoru	22.7±3.1 (10–24)
İlaç sayısı	5.4±2.5 (2–12)
Kronik hastalık sayısı	1.7±1.2 (0–5)
MNA-SF skoru	13±1.4 (8–14)
VKI (kg/m <sup>2</sup> )	31.9±6.5 (20.3–51.8)
Baldır çapı(cm)	37.7±4.5 (39–50)
Son 1 yıl içinde düşme	21 (%30)
Düşme korkusu	34 (%49)
Yürüme hızı (m/sn)	0.8±0.2 (0.4–1.1)
Albumin (g/dl)	4.3±0.4 (2.8–5.4)
25 OH D vit 3 (ng/ml)	23±17.1 (3.8–91)
Depresyon	33 (47.1%)
SMMI (kg/m <sup>2</sup> )	11.2±1.3 (8.3–14.8)

GYA: Günlük yaşam aktiviteleri EGYA: Enstrümental günlük yaşam aktiviteleri MNA-SF: Mini Nutrisyon Değerlendirme - Kısa Formu SMMI: Skeletal Muscle Mass Index

**Sonuç:** Geriatrik sendromların bilinmesi ve sorgulanması ileri yaş RA hastalarının tedavi seçimi ve takibinde önem taşımaktadır. Bu sayede gerekli hastaların geriatristlere yönlendirilmesi sağlanabilir.

**Anahtar sözcükler:** Kapsamlı geriatrik değerlendirme, romatoid artrit

## PS-038

### AS ve PSA hastalarında serum TRAIL düzeyleri ve metabolik parametrelerle ilişkisi

Duygu Temiz Karadağ<sup>1</sup>, Fatma Ceyla Eraldemir<sup>2</sup>, Özlem Özdemir Işık<sup>1</sup>, Senem Tekeoğlu<sup>1</sup>, Ayten Yazıcı<sup>1</sup>, Ayşe Çefle<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli; <sup>2</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Kocaeli

**Amaç:** Tümör-nekrozis faktör ilişkili apoptozis uyarıcı ligand (TRAIL), apoptozisi uyarıcı TNF süper ailesinden bir sitokindir. TRAIL'in Romatoid artrit (RA) gibi otoimmün hastalıklarda, patogeneze dışında kardiyovasküler hastalıklarla ilişkisi gösterilmiştir. Bu çalışmada, AS ve PSA hastalarında TRAIL düzeylerinin metabolik parametreler ve kardiyovasküler risk faktörleri ile ilişkisi araştırılmıştır.

**Yöntem:** DM veya kardiyovasküler hastalık tanısı bulunmayan 53 AS, 42 PsA hastası ve 53 sağlıklı kontrolde serum TRAIL düzeyi, vücut kitle indeksi, bel çevresi, açlık kan şekeri, insülin, HOMA, hemoglobin A1C, kolesterol düzeyleri, inflamasyon

**Tablo 1 (PS-038):** AS, PsA ve sağlıklı kontrol grubunun demografik verileri.

	AS (n=53)	Hasta kontrol (PsA, n=42)	Sağlıklı kontrol (n=53)	p değeri
Yaş (ort, ±SD)	31.8±6.8	44±11.8	31.4±5	0.00
Cinsiyet (Erkek, oran, %)	41/53 (%77.4)	12/42 (%28.6)	38/53 (%71.7)	0.00
Hastalık süresi, yıl (ort, ±SD)	7.4±6	7±4.7	-	0.768
Biyolojik tedavi alanlar (N, %)	27/53 (%51)	12/42 (%28.6)	-	0.028
Sigara (N,%)	34/53 (%64.2)	19/42 (%45.2)	17/53 (%32)	0.004
BASDAI (ort, ±SD)	2.9±2.1	-	-	-
BASFI (ort, ±SD)	2.2±1.7	-	-	-
DAS28-ESR	-	2.54±1.08	-	-

belirteçleri (CRP, ESH, TNF- $\alpha$ ) ve hastalık aktivite indeksleri (BASDAI, BASFI, DAS-28 ESH) karşılaştırıldı.

**Bulgular:** PsA (5.06±3.23 pg/ml), AS (4.36±2.49 pg/ml) ve sağlıklı kontrollerde (3.85±2.2 pg/ml) TRAIL düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0.155). Çalışmadaki tüm hastalara bakıldığında, serum TRAIL ile bel çevresi (p=0.005), TNF- $\alpha$  (p=0.000) ve CRP (p=0.021) arasında direkt ve anlamlı bir ilişki saptandı. Sadece AS hastalarında serum TRAIL düzeyleri TNF- $\alpha$  (p=0.003), LDL (p=0.041) ve total kolesterol (p=0.026) ile direk bir korelasyon gösterdi. Serum TRAIL düzeyleri HLAB-27 pozitif hastalarda negatif olanlardan anlamlı olarak yüksek saptandı (p=0.001). TNF- $\alpha$  düzeyleri AS hastalarında PsA and sağlıklı kontrollere göre daha yüksek bulundu (p=0.038). TNF- $\alpha$  düzeyleri BASDAI (p=0.029) ve BASFI (p=0.046) ile ters ve anlamlı bir ilişki gösterdi.

**Sonuç:** Serum TRAIL düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemekle beraber, PsA hastalarında AS ve kontrol grubuna göre daha yüksek saptanmıştır. Sonuçlarımız AS hastalarında serum TRAIL düzeyleri ile LDL kolesterol ve total kolesterol arasında anlamlı ilişki olduğunu gösterdi. Hastaların aşikar KAH açısından uzun dönem takipleri sTRAIL düzeyleri ile

mevcut risk faktörlerinin ilişkisine ışık tutacaktır. Serum TRAIL düzeylerinin HLAB-27 pozitif AS hastalarında negatif olanlardan daha yüksek saptanmış olması ve TNF- $\alpha$  düzeyleri ile korelasyon göstermesi hastalığın patogenezini inceleyen çalışmalar açısından anlamlı bir sonuçtur.

**Anahtar sözcükler:** Ankilozan spondilit, psoriatik artrit, tümör-nekrozis faktör ilişkili apoptozis uyarıcı ligand

### PS-039

#### Juvenil sistemik lupus eritematozus hastalarında kardiyak otonomik fonksiyonların değerlendirilmesi

Özge Başaran<sup>1</sup>, İlker Çetin<sup>2</sup>, Fatma Aydın<sup>1</sup>, Nermin Uncu<sup>1</sup>, Nilgün Cakar<sup>1</sup>, Filiz Ekici<sup>2</sup>, Banu Acar Çelikel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji ve Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Bölümü, Ankara; <sup>2</sup>Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji ve Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Bölümü, Ankara

**Amaç:** Kardiyovasküler sistem tutulumu sistemik lupus eritematozus (SLE) hastalarında başta gelen morbidite ve mortalite

**Tablo 2 (PS-038):** AS, PsA ve sağlıklı kontrol gruplarında sTRAIL ile metabolik ve inflamasyon belirteçlerinin ilişkisi.

	AS (n=53)	Hasta kontrol (PsA, n=42)	Sağlıklı kontrol (n=53)	p değeri
Fasting plasma glucose mg/dl (ort, ±SD)	89.2±12.5	95.86±21.8	82.13±6.9	0.00
Insulin (ort, ±SD)	12.9±9.2	14±9.4	9.4±5.5	0.002
HOMA (ort, ±SD)	2.9±2.24	3.65±4.2	1,9±1,2	0,00
Total kolesterol mg/dl (ort, ±SD)	182.7±37	204±52.9	179.94±28.4	0.008
LDL-kolesterol mg/dl (ort, ±SD)	111±30.2	129±42.4	110.8±26.8	0.015
HDL-kolesterol mg/dl (ort, ±SD)	44.35±12.3	48.4±12.6	47.9±12	0.057
Trigliserid mg/dl (ort, ±SD)	136.2±82.2	148±113	106±62.4	0.042
Hemoglobin A1C (ort, ±SD)	5.6±0.98	6.1±0.97	5.38±0.49	0.00
Bel çevresi, cm (ort, ±SD)	89.6±13.3	97±12	84.4±10.6	0.00
Kilo, kg (ort, ±SD)	76.9±13.9	79.2±13.3	72.3±13.3	0.037
BMI, kg/m <sup>2</sup> (ort, ±SD)	26.3±5.2	30±5.7	24.3±2.9	0.00
CRP mg/dl (ort, ±SD)	0.63±0.9	2.1±10.9	0.038±0.2	0.00
ESR (ort, ±SD)	13.8±11.2	17.7±14.2	5.5±4.7	0.00
hsCRP (ort, ±SD)	0.51±1.1	0.46±1.7	0	0.00
Beyaz küre (ort, ±SD)	8215±2009	7866±1702	7532±5449	0.002
Hemoglobin (ort, ±SD)	14.3±2	13.2±1.8	14.5±1.6	0.001
TNF- $\alpha$ pg/ml (ort, ±SD)	31.27±9.33	17.59±9.34	12.9±5.7	0.038
TRAIL R1 pg/ml (ort, ±SD)	4.36±2.49	5.06±3.23	3.85±2.2	0.134



nedenlerinden birisidir. Bu çalışma ile juvenil SLE hastalarında kalp hızı değişkenliği (KHD) analizi kullanılarak otonomik fonksiyonların sağlıklı kontrollerle karşılaştırılarak değerlendirilmesi planlanmıştır.

**Yöntem:** SLE tanısı ile izlenmekte olan 16 hasta (13 kız, ortalama yaş 15.8±3.2) ile yaş ve cinsiyet olarak benzer 16 sağlıklı kontrol (13 kız, ortalama yaş 15.1±2.6) çalışmaya dahil edildi. CardioScan 11.0 (DM Software Inc., NV, CA, USA) yazılımı kullanılarak 24 saatlik ritim Holter ile KHD analizleri yapıldı. Frekans bağımlı parametreler olarak total güç, düşük frekans bandı (LF), yüksek frekans bandı (HF) ve LF/HF oranı analiz edilirken, zaman bağımlı parametreler olarak kalp hızı (min, mak ve ort), nabız aralığı, triangular indeks (kayıt boyunca toplam NN aralığı sayısının mod uzunluğundaki NN aralığı sayısına oranı), SDNN (kayıt boyunca bütün NN aralıklarının standart sapması), SDNN indeksi (5 dakikalık kayıtlarda bütün NN aralıklarının standart sapmalarının ortalaması), SDANN (5 dakikalık kayıtlarda ortalama NN aralıklarının standart sapması), rMSSD (kayıt boyunca ardışık NN aralıklarının karelerinin toplamının karekökü) ve pNN50 (kayıt boyunca aralarında 50 ms'den fazla fark olan komşu NN aralığı sayısının toplam NN sayısına oranı) analiz edildi. Hastalık süresi ve SLE hastalık aktivite indeksi (SLEDAI) kullanılarak korelasyon analizleri yapıldı.

**Bulgular:** Hastalardaki ve kontrol grubundaki KHD parametreleri karşılaştırıldığında SLE grubunda kontrol grubuna göre kalp hızı değerlerinin yüksek olduğu, nabız aralığının daraldığı, LF/HF oranının yükseldiği, çoğu istatistiksel olarak anlamlı olmak üzere tüm parametrelerin anlamlı olarak baskılandığı görüldü (Tablo 1 PS-039). Bu sonuçlar SLE hastalarında sempatetik sinir sisteminin daha etkin olduğunu gösterdi. Hastaların KHD parametreleri ile hastalık süreleri karşılaştırıldığında anlamlı korelasyon saptanmazken, KHD parametreleri ile SLEDAI karşılaştırıldığında, gündüz ve gece, rMSDD ve pNN50 değerleri ile negatif korelasyon (sırasıyla r=-0.588 p=0.017; r=-0.607 p=0.013; r=-0.498 p=0.049; r=-0.597 p=0.015), ayrıca gündüz ve gece LF/HF değeri ile pozitif korelasyon (sırasıyla r=0.766 p=0.001; r=0.635 p=0.008) saptandı.

**Sonuç:** Çalışma sonuçlarımıza göre juvenil SLE hastalarında kardiyak otonomik fonksiyonlar baskılanmaktadır. Bu çalışma ile baskılanmanın hastalık süresi ile olmasa da hastalık aktivitesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu baskılanmanın klinik ve prognostik öneminin değerlendirilebilmesi ve ayrıca hastalık süresi ile de ilişkili olup olmadığının belirlenebilmesi için daha geniş serilerde uzun dönemli çalışmalar gerekmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Juvenil SLE, kardiyak otonomik disfonksiyon

**Tablo (PS-039):** Hasta ve kontrol grubunun kalp hızı değişkenliği değerleri.

KHD parametresi	Hasta	Kontrol	p	Yorum
Min KH	50±6	47±3	NS	
Mak KH	160±23	162±17	NS	
Ort KH	88±8	79±7	<0.01	Yüksek
Nabız aralığı	111±23	115±18	NS	
Total güç	3201±1372	5830±2079	<0.001	Baskılanmış
LF	718±313	1218±375	<0.001	Baskılanmış
HF	395±218	693±271	<0.01	Baskılanmış
LF/HF	2.24±1.3	1.9±0.67	NS	
Triangular indeks	36±12	51±13	<0.01	Baskılanmış
SDNN	129±32	158±34	<0.05	Baskılanmış
SDNN indeksi	56±13	78±14	<0.01	Baskılanmış
SDANN	121±32	134±35	NS	
RMMSD	37±14	53±15	<0.01	Baskılanmış
PNN50	15±10	26±9	<0.01	Baskılanmış
Gündüz total güç	2903±1435	5392±2066	<0.001	Baskılanmış
Gündüz LF	644±339	1097±325	<0.001	Baskılanmış
Gündüz HF	282±214	545±229	<0.01	Baskılanmış
Gündüz LF/HF	2.97±1.69	2.19±0.76	NS	
Gündüz SDNN	114±27	140±32	<0.05	Baskılanmış
Gündüz RMMSD	32±14	32±14	<0.01	Baskılanmış
Gündüz PNN50	10±9	21±9	<0.01	Baskılanmış
Gece total güç	3885±1729	6670±2676	<0.01	Baskılanmış
Gece LF	886±464	1431±677	<0.05	Baskılanmış
Gece HF	637±360	970±453	<0.05	Baskılanmış
Gece LF/HF	1.86±1.55	1.66±0.78	NS	
Gece SDNN	95±28	122±26	<0.01	Baskılanmış
Gece RMMSD	49±18	65±19	<0.05	Baskılanmış
Gece PNN50	27±16	38±11	<0.05	Baskılanmış

## PS-040

### Fibromiyalji de el fonksiyonun değerlendirilmesi

Gül Devrimsel, Ayşegül Küçükali Türkyılmaz

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Rize

**Amaç:** Fibromiyalji (FM) kronik yaygın ağrı ve hassas noktalar ile karakterize bir hastalıktır. Halsizlik, uyku bozukluğu ve kognitif disfonksiyon hastalığa eşlik etmektedir. Prevalansı tüm popülasyonda %2–8 arasındadır ve yaş ile artmaktadır. FM’de günlük yaşam aktivitelerinde fonksiyonel yeterlikte azalma görülmektedir. Çalışmamızdaki amacımız FM hastalarının el fonksiyonunu sağlıklı bireylerle karşılaştırmak ve elin disabilitesi ile FM arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

**Yöntem:** Çalışmaya, polikliniğine başvuran 40 hasta ile 30 sağlıklı birey dahil edildi. Çalışmaya alınan olguların el kavrama gücünde (EKG) el dinamometresi, pinç gücünde pinçmetre, elin beceri ve koordinasyonunda Purdue pegboard testi ve elin disabilitesinin değerlendirilmesinde Kol, Omuz ve El Sorunları Anketi (DASH) kullanıldı. Hastaların ağrısının değerlendirilmesinde görsel ağrı skalası ve fonksiyonel durumun değerlendirilmesinde fibromiyalji etki anketi (FIQ) kullanıldı.

**Bulgular:** Her iki grubun demografik özellikleri benzerdi ( $p>0.05$ ). Hasta grubunun EKG değerleri, DASH skoru, lateral pinç gücü, pegboard yerleştirme zamanı ve pegboard toplama zamanı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak daha düşük düzeydeydi ( $p<0.05$ ). FIQ skoru ile EKG, iki nokta pinç gücü, üç nokta pinç gücü ve lateral pinç gücü arasında anlamlı bir korelasyon tespit edildi (sırasıyla,  $r=-0.364$ ,  $p=0.021$ ,  $r=-0.469$ ,  $p=0.002$ ,  $r=-0.611$ ,  $p<0.001$ ,  $r=-0.517$ ,  $p=0.001$ ). DASH skoru ile EKG, üç nokta pinç gücü, lateral pinç gücü, pegboard yerleştirme zamanı ve pegboard toplama zamanı arasında korelasyon saptandı (sırasıyla,  $r=-0.470$ ,  $p<0.001$ ,  $r=-0.327$ ,  $p=0.006$ ,  $r=-0.303$ ,  $p=0.011$ ,  $r=0.569$ ,  $p<0.001$ ,  $r=0.656$ ,  $p<0.001$ ).

**Sonuç:** FM hastalarında el fonksiyonları azalmakta ve hastanın fonksiyonel durumu el fonksiyonunu etkilemektedir.

**Anahtar sözcükler:** Fibromiyalji, el fonksiyonu, el kavrama gücü

## PS-041

### Sjögren sendromu ve sistemik skleroz patolojisinde mTOR yolağının rolü

Zeynep Zehra Gümüş<sup>1</sup>, Fulya Çakalağaoğlu<sup>2</sup>, Mustafa Özmen<sup>3</sup>, Emine Figen Tarhan<sup>4</sup>, Dilek Solmaz<sup>5</sup>, Önay Gerçek<sup>6</sup>, Servet Akar<sup>7</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir; <sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir;

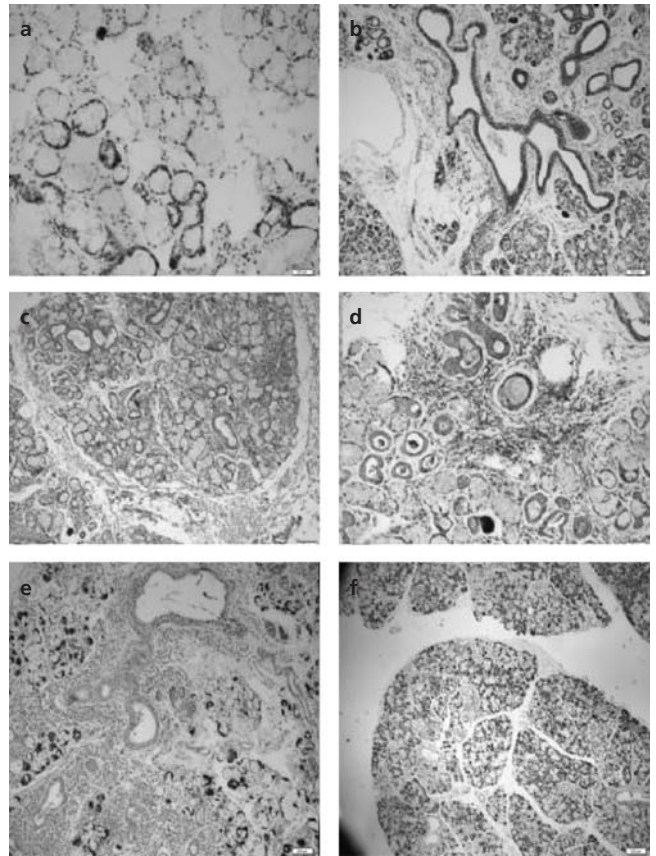
<sup>3</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; <sup>4</sup>Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Muğla

**Amaç:** Sjögren sendromu (SjS) ekzokrin bezlerde T hücre infiltrasyonu ile karakterize, kronik, sistemik, inflamatuvar bir hastalıktır. Sistemik sklerosis (SSc) ise özellikle ciltte olmak üzere artmış fibrosis ile karakterli ve patofizyolojisi hala çok iyi anlaşılmamış bir otoimmün hastalıktır. Son zamanlarda SSc fare modellerinde

transforming growth factor- $\beta$ 1 (TGF- $\beta$ 1) ve memeli rapamisin hedefi (mammalian target of rapamycin, mTOR) artmış düzeyleri gösterilmiştir. mTOR bir multiprotein kompleks olup hücre büyümesini, çoğalmasını ve sağ kalımını kontrol eder. Sistemik otoimmün hastalıklarda pek çok inflamatuvar yolağın önemli rolü olduğu gösterilmiş olsa da fosfotidil-3-kinaz (PI3K)/AKT/mTOR yolağı bir tedavi hedefi olabilmesi nedeni ile öne çıkabilir. Bu yolağın SjS ve dahası SSc patogenezinine dair veriler neredeyse bulunmadığından çalışmamızda SjS ve SSc mTOR yolağının aktivitesini araştırmayı amaçladık.

**Yöntem:** Hastanemiz romatoloji polikliniğine Ocak 2007 ile Aralık 2015 tarihleri arasında başvurmuş ve hastanemizde minör tükürük bezi biyopsisi alınmış hastalar retrospektif olarak tarandı. ACR 2012 SjS sınıflandırma kriterlerine uyan hastalar SjS hasta grubuna, ACR/EULAR 2013 SSc sınıflandırma kriterlerini karşılayan hastalar SSc hasta grubuna ve her iki kriterleri de karşılayan hastalar çakışma sendromu hasta grubuna dahil edildi. Hastalar SjS, SSc ve çakışma sendromu olmak üzere üçe ayrıldı. Minör tükürük bezi biyopsi örnekleri, mTOR ve mTOR yolağının indirekt göstergeleri olan PTEN ve TGF- $\beta$ 1 açısından histokimyasal olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Toplamda 58 SjS [57 kadın (%)] ve ortalama yaş  $58.3\pm 13.1$ ], 14 SSc [13 kadın (%92.8) ve ortalama yaş



**Şekil (PS-041):** Minör tükürük bezinin mTOR, PTEN ve TGF- $\beta$ 1 ile boyanmış biyopsi örnekleri. Minör tükürük bezinin mTOR ile negatif (a) ve 3 pozitif (b), PTEN ile negatif (c) ve 2 pozitif (d) ve TGF- $\beta$ 1 ile 1 pozitif (e) ve 3 pozitif (f) boyanmış biyopsi örnekleri.

53.8±14.2] ve 23 Sjs-SSc çakışma sendromlu hasta [23 kadın (%100) ve ortalama yaş 48±9.3] çalışmaya dahil edildi. Sjs grubunda mTOR için boyanma şiddeti 6 hastada (%11.1) güçlü, 20 hastada (%37) orta şiddette ve 25 hastada (%46.3) hafif şiddette pozitif bulundu. Üç Sjs hastasında (%5.6) mTOR negatif idi. Boyanma paternleri mTOR için gruplar arasında fark göstermezken (p=0.604), PTEN ve asinüslarda TGF-β1 boyanma paterni gruplar arasında anlamlı farklı bulundu (sırasıyla p=0.023 ve p=0.004). PTEN boyanma paterni Sjs ve SSc hastalarında anlamlı farklılık göstermemesine karşın (p=0.420) çakışma sendromu ile karşılaştırıldığında hem Sjs (p=0.026) hem de SSc hastalarında (p=0.027) anlamlı farklılık göstermekteydi. Öte yandan asinüslarda TGF-β1 boyanma paterni Sjs ile karşılaştırıldığında hem SSc hastalarında (p=0.001), hem de çakışma sendromu hastalarından (p=0.038) anlamlı şekilde farklıydı.

**Sonuç:** Sonuçlar mTOR yolağının hem SSc, hem Sjs, hem de SSc-Sjs çakışma sendromunda aktif rol oynayan bir ortak yolak olduğunu düşündürmektedir. Ancak PTEN ve TGF-β1, mTOR'dan bağımsız olarak patogeneze rol oynuyor gibi görünmektedir. Ortak yolak olması nedeni ile ayırt edici olmasa da önümüzdeki yıllarda mTOR inhibitörlerinin romatoloji pratiğinde kullanılabileceği düşünülebilir.

**Anahtar sözcükler:** mTOR, Sjögren sendromu, sistemik skleroz

#### PS-042

##### Psoriatik artritli hastalarda oksidatif stresin disülfid/tiyol homeostazı ile değerlendirilmesi

Burak Demirel<sup>1</sup>, Emine Figen Tarhan<sup>1</sup>, Didem Kozacı<sup>2</sup>, Murat Alışık<sup>2</sup>, Özcan Erel<sup>2</sup>, Mustafa Ozmen<sup>1</sup>, Dilek Solmaz<sup>1</sup>, Onay Gercik, Servet Akar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir;

<sup>2</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** İnflamasyon ve anjiogenezin birbiriyle ilişkili süreçler olduğu bilinmektedir. Oksidatif stres de, inflamasyon sırasında görülen anjiogenezin patogenezinde rol oynayan mekanizmalarından biri olabilir. Hipoksinin, reaktif oksijen metabolitlerinde artışa neden olarak, anjiogenez ve eklem destruksyonunda artışa neden olduğu düşünülebilir. Bu nedenle çalışmamızda psoriatik artritli (PsA) hastalarda oksidatif stres durumunu değerlendirmek amacı ile tiyol düzeylerine ve disülfid/tiyol homeostazisi değişikliklerine bakılmıştır.

**Yöntem:** Ardışık 71 PsA'li hasta [49 kadın (%69); ortalama yaş 42.1±10.1 yıl] ve yaş-cinsiyet uyumlu 36 sağlıklı birey [23 kadın (%64); ortalama yaş 39.6±9.7] çalışmaya dahil edildi. Disülfid/tiyol homeostazisi otomatik analiz metoduyla ölçüldü. İlk olarak, redukte edilebilir disülfid bağları serbest fonksiyonel tiyol grupları elde edilmek üzere indirgeni. Native ve indirgenmiş tüm tiyol grupları, 5.5' -dithiobis-(2-nitrobenzoik) asit ile reaksiyon sonrasında belirlendi. Native ve total tiyol'ler arasındaki farkın yarısı dinamik disülfid değişimlerini temin etmekte idi. Dinamik disülfid, native ve total tiyol düzeylerinin tespitinden sonra disülfid/native tiyol ve disülfid/total tiyol oranları hesaplandı.

**Bulgular:** Çalışma grubumuzda; 32 hastada (%45) aksiyel tutulum, 36 hastada (%51) poliartrit, 13 hastada (%18) distal interfa-

langial eklem tutulumu mevcuttu. Hastaların ortalama serum CRP düzeyleri (mg/dL), DAS 28 ve BASDAI skorları sırasıyla; 1.2±1.9, 2.9±1.2 ve 3.2±2.3 olarak bulundu. Kontrol grubu ile kıyaslandığında; PsA hastalarında serum native tiyol (267.7±89.7 vs 300.8±62.7 µmol/l) ve total tiyol (304.9±54.8 vs 324.7±40.7 µmol/l) düzeyleri anlamlı derecede düşük olarak tespit edildi (p=0.029 ve 0.044). PsA hastalarında; serum disülfid düzeyleri (8.5±4.8 vs 7.7±4.7 µmol/l), disülfid/native tiyol ve disülfid/total tiyol oranları artmış bulunmasına rağmen bu artış istatistiksel olarak anlamlı değildi. PsA hastalarında native tiyol düzeyleri, yaş ve hastanın ağrı değerlendirilmesi (VAS) ile ters ilişkili olarak saptandı.

**Sonuç:** Serum tiyol düzeyleri PsA'li hastalarda anlamlı düzeyde azalmıştır ve bu azalma eklem tutulum tipinden bağımsızdır. Bu sonuçlar doğrultusunda, tiyol düzeylerindeki azalmanın hastalık gelişmesine neden olabileceği ve tiyol eksikliğinin düzeltilmesinin (tiyol/disülfid dengesizliğinin düzeltilmesi) faydalı olabileceği söylenebilir.

**Anahtar sözcükler:** Psoriatik artrit, disülfid/tiyol homeostazı

#### PS-043

##### Küçük-orta boy vaskülitlerde 25-hidroksivitamin D3 eksikliği

Fatma Nur Korkmaz<sup>1</sup>, Gülsen Özen<sup>2</sup>, Ali Uğur Ünal<sup>2</sup>, Ebru Aşıcıoğlu<sup>4</sup>, Meryem Can<sup>4</sup>, Serhan Tuğlular<sup>3</sup>, Haner Direskeneli<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı,

<sup>3</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı,

<sup>4</sup>İstanbul Medipol Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** D vitamini romatoid artrit ve sistemik lupus eritematosus gibi inflamatuvar hastalıkların patogeneze/progresyonunda, endotel disfonksiyonunda ve aterosklerotik süreçte önemli role sahiptir. Ayrıca bu hastalıklarda önemli immünomodulator etkiye sahip olduğu düşünülmektedir. Son yayınlarda Behçet hastalığı ve Takayasu Arteritinde vitamin D eksikliğinin oldukça yaygın olduğu ve endotel disfonksiyonunu etkilediği gösterildiği halde, küçük-orta boy damar vaskülitlerinde D vitamini düzeyi ve bunun hastalık seyrine etkisi daha önce değerlendirilmemiştir. Bu çalışmada küçük-orta boy damar vaskülitli hastalarında 25-hidroksivitamin D3 [25(OH)D3] eksikliğinin prevalansını ve bunun hastalık aktivitesine etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Bu kesitsel çalışmada, erişkin sistemik küçük-orta boy damar vaskülitli hastaları (ANCA ilişkili vaskülit (GPA/MPA), kriyoglobulinemik vaskülit (KryV), IgA vaskülit ve Poliarteritis Nodosa (PAN)) ve yaş-cinsiyet eşleştirilmiş sağlıklı bireylerin (SB) 25(OH)D3 düzeyleri ölçüldü. Bütün hastaların bazal demografik özellikleri, akut faz reaktanları, aldığı tedaviler, hastalık ölçütleri (DEI), hastalık aktivitesi (BVAS) ve hasar skorları (VDI) değerlendirildi. 25(OH)D3 düzeyi <30 ng/ml ise eksiklik, <20 ng/ml ise yetersizlik olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Sistemik vaskülit tanısı olan 57 hasta [%33.3 yeni tanı, median hastalık süresi (IQR)3 (1-7) yıl; GPA: 28, MPA: 14, KryV: 2, IgA vaskülit: 8, PAN: 5] ve 101 SB alındı. Yaş ve cinsiyet açısından sağlıklı ve hasta grubun özellikleri benzerdi (51.0±1.4 yıl vs 48.6±14.2 yıl, p=0.32; erkek %61.4 vs 48.5, p=0.12). Median (IQR)

BVAS yeni/kötüleşen ve persistan, DEI ve VDI skorları sırasıyla 0 (0–8), 1 (0–3), 2 (0–4) ve 3 (1–4) idi. Elli (%87.7) hasta aktif (BVAS $\geq$ 1; 34 yeni/kötü, 23 persistan) ve 56 (%98) hasta glukokortikoid tedavisi altındaydı. Ortalama 25(OH)D3 düzeyi vaskülit hastalarında 21.8 $\pm$ 14, 2 ng/mL vs SB'de 42.6 $\pm$ 27.6 ng/mL idi (p<0.001). Vitamin D yetersizliği ve eksikliği vaskülit grubunda anlamlı daha fazla gözlemlendi (%75.4 vs %33.7, p<0.001; %50, vs %2.8, p<0.001). BVAS, DEI ve VDI skorları vitamin D eksikliği/yetersizliği olan ve olmayan hastalarda farklı değildi. 25(OH) D3 düzeyi ile CRP arasında anlamlı negatif korelasyon saptanmasına rağmen (r= -0.364, p=0.007), multivariate regresyon analizinde 25(OH)D3 düzeyi ile hastalık aktivitesi ya da CRP arasında ilişki saptanmadı.

**Sonuç:** Sistemik küçük-orta boy vaskülit hastalarında D vitamini eksikliği ve yetersizliği oldukça yaygın bulundu. Ancak D vitamini düzeyi ile hastalık aktivitesi, şiddeti ve akut-faz yanıtı arasında bir ilişki gösterilemedi. Sıklıkla uzun süre yüksek doz steroid tedavisi alan sistemik vaskülit hastalarında D vitamini düzeyleri düzenli değerlendirilmeli ve eksik olan hastalar tedavi edilmelidir.

**Anahtar sözcükler:** Vaskülit, vitamin D eksikliği

## PS-044

### Ailevi Akdeniz ateşinde IL-1 hedefli tedavilere ait ulusal deneyimimiz

Servet Akar<sup>1</sup>, Pınar Çetin<sup>2</sup>, Umut Kalyoncu<sup>3</sup>, Ömer Karadağ<sup>3</sup>, İsmail Sarı<sup>4</sup>, Muhammed Çınar<sup>5</sup>, Sedat Yılmaz<sup>5</sup>, Ahmet Mesut Onat<sup>6</sup>, Bünyamin Kısacık<sup>6</sup>, Abdülşamet Erden<sup>3</sup>, Ayşe Balkarlı<sup>7</sup>, Orhan Küçükşahin<sup>8</sup>, Sibel Yılmaz Öner<sup>9</sup>, Soner Şenel<sup>10</sup>, Abdurrahman Tufan<sup>11</sup>, Haner Dirsekeneli<sup>12</sup>, Ferhat Öksüz<sup>13</sup>, Yavuz Pehlivan<sup>14</sup>, Özün Bayındır<sup>15</sup>, Gökhan Keşer<sup>15</sup>, Kenan Aksu<sup>15</sup>, Ahmet Omma<sup>16</sup>, Timuçin Kaşifoğlu<sup>17</sup>, Ali Uğur Ünal<sup>12</sup>, Fatih Yıldız<sup>18</sup>, Mehmet Ali Balci<sup>19</sup>, Şule Yavuz<sup>20</sup>, Şükran Erten<sup>8</sup>, Metin Özgen<sup>21</sup>, Mehmet Sayarlıoğlu<sup>21</sup>, Atalay Doğru<sup>22</sup>, Gözde Yıldırım<sup>23</sup>, Fatma Alibaz Öner<sup>24</sup>, Mehmet Engin Tezcan<sup>25</sup>, Ömer Nuri Pamuk<sup>19</sup>, Fatoş Önen<sup>4</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; <sup>2</sup>Dumlupınar Üniversitesi, Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, Kütahya; <sup>3</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; <sup>4</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; <sup>5</sup>Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; <sup>6</sup>Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep; <sup>7</sup>Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Antalya; <sup>8</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; <sup>9</sup>Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji, İstanbul; <sup>10</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri; <sup>11</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; <sup>12</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; <sup>13</sup>Mersin Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Mersin; <sup>14</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa; <sup>15</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; <sup>16</sup>Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara; <sup>17</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir; <sup>18</sup>Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Van; <sup>19</sup>Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne; <sup>20</sup>İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; <sup>21</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun; <sup>22</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Isparta; <sup>23</sup>Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Kahramanmaraş; <sup>24</sup>Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul; <sup>25</sup>Kartal Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF), en sık görülen otoinflamatuar hastalık olup tedavisinin temelini kolşisin oluşturmaktadır. Hastaların %30–45'inin kolşisin tedavisine rağmen atak yaşadıkları bildirilmektedir. Son bilgiler doğrultusunda kolşisin yarıtsız veya kolşisin intoleransı olan FMF hastalarının tedavisine yönelik veriler kısıtlı olmakla birlikte, anti-interlökin-1 (IL-1) ajanlar oldukça uygun bir alternatif gibi görülmektedir. Bu çalışma ile ülkemizde, geniş bir FMF hasta grubunda, endikasyon dışı anti-IL-1 tedavi deneyimimize ait bulgularımızın paylaşılması amaçlanmaktadır.

**Yöntem:** Bu çalışma Türkiye Romatoloji Çok Merkezli Araştırma Platformu (TULIP) kullanılarak gerçekleştirildi. Türkiye'nin farklı coğrafi bölgelerinden, toplam 21 merkez çalışmaya katıldı. En az 6 ay süre ile anti IL-1 tedavi almış olan tüm FMF hastalarının tıbbi kayıtları geçmişe dönük olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, hastalık ilişkili klinik ve laboratuvar bilgileri, web-temelli yapılandırılmış bir anket formu kullanılarak toplandı.

**Bulgular:** Toplamda 135 FMF hastası [69 (%51) erkek, ortalama yaş 34.1 (range; 18–67) yıl] çalışmaya dahil edildi. Çalışma grubumuzda ortalama semptom başlangıç yaşı 12.3 (range; 1–45); tanı yaşı 20.1 (3–60) olarak bulundu. Ortalama kolşisin dozu 1.8 (1.0–4.0) mg/gün idi ve kolşisin ile atak sıklığının yılda 26 (3–96)'dan yılda 13.9 (0–96)'a gerilediği bildirilmişti. 135 hastanın 114'üne kolşisine dirençli olması, 15'ine amiloidoz varlığı, 4'üne diğer nedenlerden ötürü anti IL-1 tedavi (116 hastaya anakinra, 19'una canakinumab) başlanmıştı. IL-1 hedefli tedavi ile ortalama 14.5 ayda (6–69) yıllık atak sıklığında anlamlı derecede azalma (p<0.001) izlenirken, 74 (%54) hasta hiç atak yaşamadığını bildirdi. Bunun yanı sıra serum C-reaktif protein, eritrosit sedimentasyon hızı ve 24 saatlik idrar protein atılımı düzeylerinde belirgin azalma izlendi (Tablo PS-044). Serum kreatinin değerlerinde azalma gözlenmekle beraber istatistiksel olarak anlamlılığa ulaşmadı.

**Tablo 2 (PS-044):** Anti-IL-1 tedavisi altında hastaların klinik ve laboratuvar değerlerinde saptanan değişiklikler.

	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	p
Atak/yıl, ortalama (range)	16.8 (0–96)	2.1 (0–24)	<0.001
CRP düzeyi (mg/L), ortalama (range)	34.5 (0.14–220)	6.6 (0–52)	<0.001
ESR (mm/s), ortalama (range)	45.2 (2–129)	15.6 (0–154)	<0.001
24 saatlik idrar proteini (mg), ortalama (range)	2746.7 (20–19610)	1769.6 (0–18500)	<0.001
Serum kreatinin (mg/dL), ortalama (range)	1.68 (0.3–10.2)	1.18 (0.4–7.7)	0.907

**Sonuç:** Çok sayıda hastanın dahil edildiği bu çalışmanın sonuçları, kolşisine dirençli FMF hastalarında anti-IL-1 tedavinin sadece atak kontrolü açısından değil, aynı zamanda proteinüriyi azaltmada da etkin bir alternatif olduğunu düşündürmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Ailevi Akdeniz ateşi, IL-1 hedefli tedavi

## PS-045

### Ankilozan spondilitli hastalarda anti-tümör nekroz faktör tedavisi üzerinde immünojenisitenin etkisi var mıdır? Çok merkezli prospektif kohortun ilk sonuçları

Servet Akar<sup>1</sup>, Muhammed Çınar<sup>2</sup>, Taşkın Şentürk<sup>3</sup>, Ömer Karadağ<sup>4</sup>, Gülay Kınıklı<sup>5</sup>, Mustafa Özmen<sup>1</sup>, Önay Gerçik<sup>1</sup>, Umut Kalyoncu<sup>4</sup>, Sedat Yılmaz<sup>2</sup>, Gökhan Sargın<sup>3</sup>, Gökhan Keser<sup>6</sup>, Gülen Hatemi<sup>7</sup>, Figen Yargucu<sup>6</sup>, Yeşim Özgüler<sup>7</sup>, Ayşe Çefle<sup>8</sup>, Didem Kozacı<sup>9</sup>, Bünyamin Kısacık<sup>10</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; <sup>2</sup>Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; <sup>3</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın; <sup>4</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; <sup>5</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; <sup>6</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; <sup>7</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; <sup>8</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli; <sup>9</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Ankara; <sup>10</sup>Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

**Amaç:** Anti-tümör nekroz faktör (anti-TNF) ilaçlar AS'de oldukça etkin olmasına karşın, tedaviye yanıtızsızlık veya yan etki nedeni ile tedaviyi bırakma anlamlı oranda görülebilmektedir. İmmünojenisite (anti-TNF tedavi sırasında ilaca karşı antikor gelişimi) ve serum ilaç düzeylerinin yetersizliği, özellikle sekonder yanıt kaybında rol oynayan faktörlerden olabilir. Bu nedenle çok merkezli prospektif kohort olan mevcut çalışmamızda; anti-TNF ajanlarla tedavi edilen AS'li hastalarda serum ilaç düzeylerini, ilaca karşı antikor gelişme oranını saptamak ve bunun yanı sıra ilaca karşı antikor gelişenlerde, bu durumun tedavi yanıtındaki rolünü araştırmak amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmaya Türkiye'deki 16 merkezden modifiye New York kriterlerini karşılayan ve anti-TNF tedavi başlanmasına kararı verilen ardışık 350 AS hastası dahil edilmesi planlandı. Hastalara anti-TNF tedavi başlama kararı geri ödeme kuruluşu kuralları uyarınca lokal romatolog insiyatifinde olup, müdahalede bulunulmamıştır. Hastaların bazalde ve 3 ayda bir ilaç uygulama gününde rutin değerlendirmelerine ilave olarak, en az 8 saatlik açlık sonrası serum örnekleri elde edilmiş ve analiz zamanına kadar uygun koşullarda (-20 °C) saklanmıştır. Serum ilaç (anti-TNF) ve ilaca karşı antikor (anti-drug antibody; ADA) geçerliliği gösterilmiş bir yöntemle (ELISA) aynı laboratuvarında çalışılmıştır. Bu yazıda, 9 merkezden 3 ay ve üzerinde takibi olan 102 hastanın [75 (%74) erkek, ortalama (±SD) yaş; 37.2±10.7 yıl] ilk sonuçları sunulmaktadır. Hastaların tedavi yanıtının ortaya konulmasında hekimin genel değerlendirmesiyle birlikte BASDAI, CRP düzeyleri ve ASDAS-CRP değerleri kullanılmıştır.

**Bulgular:** Anti-TNF ajan (etanersept, golimumab, infliximab, adalimumab) uygulanmasını takiben, bazal değerler ile kıyaslandığında 3. ayda BASDAI, ASDAS-CRP ve CRP değerlerinin anlamlı şekilde düştüğü gözlemlendi (p<0.001) (Tablo PS-045). Üçüncü ayda 77/102 (%75) hastada hekimin değerlendirmesine göre tedavi yanıtı, 9 (%9) hastada ADA mevcuttu, 20 hastada (%20) ise ilaç düzeyi ölçülemeyecek düzeydeydi. Onikinci aya gelindiğinde ise aynı rakamlar sırasıyla; 67/70 (%96), 5/49 (%10) ve 7/49

(%14) idi. Bir yıllık takip süresince hiçbir hastada etanersepte karşı antikor gelişimi görülmedi. Üçüncü ay takibinde golimumaba karşı antikor görülmemekle birlikte daha sonraki takiplerde antikor gelişmesi dikkat çekiciydi. Üçüncü ayda ASDAS-CRP düzeyi, ilaç düzeyi ölçülemeyen veya ADA gelişen hastalarda anlamlı şekilde yüksek bulundu [ilaç düzeyi ölçülemeyenlerde; 2.7±1.3 vs 1.9±1.0 (p=0.015), ADA gelişenlerde; 3.1±1.0 vs 1.9±1.1 (p=0.014)]. Aynı eğilim 6. ayda da devam etmekteydi. Üçüncü ayda serum ilaç düzeyi ve ADA gelişimi negatif iyi korelasyon göstermekteydi (r=-0.630 ve p<0.001).

**Tablo (PS-045):** Hastaların bazal ve takip sürecindeki aktivite ve yanıt göstergeleri.

	Bazal	3. ay	6. ay	12. ay
BASDAI	6.8±5.2	3.2±1.9	2.3±1.4	2.1±1.6
ASDAS-CRP	4.1±2.5	2.0±1.1	1.8±0.9	1.7±1.0
CRP	23.8±32.8	7.9±13.9	7.6±9.4	10.5±29.9

**Sonuç:** Anti-TNF ajan kullanan AS hastalarında ilaca karşı antikor gelişimi üç ay kadar erken dönemde görülebilir. Bu durum ilaç serum düzeylerinin azalmasına ek olarak beklenen yanıtın azalmasına yol açabilir.

**Anahtar sözcükler:** Ankilozan spondilit, anti-TNF ilaç, immünojenisite

## PS-046

### Diz osteoartritli hastalarda nöropatik ağrının depresyon ile ilişkisi

Mustafa Aziz Yıldırım, Kadriye Öneş, Aysel Çınar

İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

**Amaç:** Biz bu çalışmada, semptomatik diz OA'sı olan hastalarda nöropatik ağrı ve depresyon arasındaki ilişkisini araştırdık.

**Yöntem:** Çalışmaya, American College of Rheumatology (ACR) ölçütlerine göre gonartroz tanısı konulan 122 hasta [13 erkek (%10.7), 109 kadın [%(%89.3)]; ort. yaş 61.3±9.8] alındı. Hastaların vücut kitle indeksi (VKİ) kg/m<sup>2</sup> olarak hesaplandı, Radyolojik değerlendirme, yük vererek çekilen diz ön-arka ve yan grafilerinde Kellgren-Lawrence ölçütlerine göre yapıldı. Hastaların ağrıları iki parametre ile değerlendirildi. Bunlar: 10 cm'lik yatay vizüel analog skala (VAS) ve LANNS skalası. Depresyon tanısı ve şiddetini saptamak için her hastaya Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) uygulandı.

**Bulgular:** Hastaların ağrı skorları VAS gece: 3.9±1.9 VAS istirahat: 4.3±1.6 VAS hareket: 6.7±1.5 idi. Hastaların radyolojik evreleme ortalaması 2.4 ±0.7 idi. Hastalar LANNS skoruna göre (0-11 arası) nöropatik ağrısı olmayanlar (Grup 1) ve LANNS skoruna göre (>12) nöropatik ağrısı olanlar (Grup 2) olarak ikiye ayrıldı. Hastaların %86.8'inde nöropatik ağrı bulunmazken %13.2 sinde nöropatik ağrı tespit edildi. Grup 1'de depresyon oranı %10.4 iken depresyonu olmayanların oranı %89.6 idi. Grup 2'de depresyon oranı %12.5 iken depresyonu olmayanların

rın oranı %87.5 idi. LANSS skoru ile VAS gece, VAS hareket, KL ve BDI arasında korelasyon yoktu. LANSS skoru ile VAS istirahat arasında anlamlı ( $p<0.005$ ) pozitif korelasyon mevcuttu. İki grup arasında VAS gece, VAS istirahat, VAS hareket, KL, BDI ve depresyon oranı farklılık göstermemiştir

**Sonuç:** Depresyon osteoartritte, ağrı ve özürüllülüğü artıran, dolayısıyla yaşam kalitesini bozan bir faktör olduğu için depresyon tedavisi için nöropatik ağrıda sorgulanmalı ve tedavisi osteoartrit tedavisinin bir parçası olmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Diz osteoartriti, depresyon, nöropatik ağrı

## PS-047

### Anti-TNF başlanan romatoid artrit hastalarında takip sırasında yapılan tedavi değişiklikleri:

#### Geriye dönük çalışma

*Ayşe Hacıoğlu, Gülen Hatemi, Sinem Nihal Esatoğlu, Yeşim Özgüler, Serdal Uğurlu, Emire Seyahi, Melike Melikoğlu, İzzet Fresko, Huri Özdoğan, Sebahattin Yurdakul, Vedat Hamuryudan*

*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

**Amaç:** Anti-TNF ilaçlar romatoid artrit (RA) tedavisinde oldukça etkili olmalarına karşılık takip sırasında nöksler, etkisizlik veya istenmeyen etkiler ilaç değişikliklerini kaçınılmaz kılmaktadır. Merkezimizde RA tanısıyla anti-TNF başlanmış hastalarda ilaç devamlılığını, kesilme, değişim oranlarını ve nedenlerini ortaya koymayı amaçladık.

**Yöntem:** Ocak 2012–Aralık 2013 arasında ilk biyolojik olarak infliksimab, adalimumab veya etanersept başlanmış RA hastaları medula sistemi taranarak belirlendi, DMARD ve biyolojik ilaç kullanımları Haziran 2016’da dosyaların retrospektif incelenmesiyle ortaya konuldu.

**Bulgular:** Belirlenen 127 hastanın 106’sında (%84) ilaç kullanım verisi vardı. Toplam  $44\pm 7.1$  ay takip süresince 59 hasta (%56) ilk biyolojik ilaçta kalırken 47 hastada (%44) ilaç değişimi yapılmıştı. İlk biyolojik ilaç değişimi ilaç başlandıktan  $15.3\pm 9.7$  ay sonra, 38 hastada (%81) yetersiz yanıt, 7 hastada (%15) istenmeyen etkiler nedeniyle yapıldı. İlk biyolojik değişiminde 27 hastaya (%57) bir başka anti-TNF ilaç, 20 hastaya (%43) TNF dışı biyolojik verildi. İlk değişim sonrası 20 hastada (%43) ortalama  $13.4\pm 7.8$  ayda yetersiz etki görüldü. Takip süresinin sonunda hastaların 77’si (%73) bir biyolojik ilaca (19’u anti-TNF dışı) devam ederken 29 (%27) hasta biyolojik ilaç kullanmıyordu. Biyolojik tedavinin kesilme nedenleri 12 hastada remisyon (biri hariç hepsi  $19.3\pm 11.3$  ay süreyle remisyonunda), 3 hastada yan etki (enjeksiyon yeri reaksiyonu, bulantı) ve 14 hastada ise diğer nedenlerdi (kendi isteği ile takiplere gelmeme, sigorta problemi, gebelik, yan etki korkusu, sosyal nedenler, alternatif tıpla tedavi isteği). Hiçbir ilaç almadan (biyolojik veya DMARD) takiplerine devam edilen 5 hasta vardı. Kullanılan ortalama DMARD sayısı tedavi başlangıcında  $1.3\pm 0.7$  iken, takip süresinin sonunda  $0.7\pm 0.7$  idi. Steroid kullanan hasta sayısı tedavi başında 92 (ortalama doz:  $7.0\pm 5.9$  mg/gün), takip süresinin sonunda ise 43 (ortalama doz:  $4.6\pm 2.5$  mg/gün) idi.

**Tablo (PS-047):** Hastaların demografik özellikleri (n=127).

Yaş, yıl (ortalama±SD)	47.2±14.4
Cinsiyet (n) (K/E)	97/30
Hastalık süresi, yıl (ortalama±SD)	7.4±7.4
RF pozitif hastalar (n, %)	53, %54.6
CCP pozitif hastalar (n, %)	42, %57.5
Bir defa ilaç değişimi yapılan hasta sayısı (n, %)	25, %20
Birden çok defa ilaç değişimi yapılan hasta sayısı (n, %)	22, %17

**Sonuç:** Biyolojik ilaç başlanan RA hastalarında takip sırasında biyolojik ve non-biyolojik ilaç değişimleri sık olmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Romatoid artrit, anti-TNF tedavi, DMARD

## PS-048

### Romatoid artrit ilişkili interstisyel akciğer hastalığı: Tek merkez deneyimi

*Cemal Bes, Sibel Yılmaz Öner, Nilüfer Alpay Kanitez, Selda Çelik, Barış Yılmaz*

*Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul*

**Amaç:** Romatoid artrit (RA), temel olarak sinovyal eklemleri etkileyen ancak önemli oranda hastada eklem dışı tutulum da yapan kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Akciğerler, RA’nın en sık etkilediği organlardan biridir ve interstisyel akciğer hastalığı (İAH) RA’lı hastalarda önemli bir mortalite nedenidir. RA ilişkili İAH tanısı ile izlenen ve farklı tedaviler alan hastalara ait verileri sunmak istedik.

**Yöntem:** Çalışmaya 2014–2016 yılları arasında RA ilişkili İAH tanısı konan 14 hasta alındı. Hastaların 12’si kadın (%86), 2’si erkek (%14), yaş ortalaması  $63.35\pm 9.71$  yıl, RA hastalık süreleri ortalama  $112.92\pm 110.75$  ay, semptomların başlangıcından İAH tanısı konuncaya kadar geçen ortalama süre ise  $6.71\pm 5.91$  aydı. Hastalara tanı döneminde ve tedavinin 3. ve 6 ayında Borg dispne skalası ölçümü, 6 dakika yürüme testi, solunum fonksiyon testi ve karbonmonoksit difüzyon testi (DLCO) yapılmaya çalışıldı. Ancak bu testler, teknik nedenler ve bazı hastalardaki fonksiyonel kapasite kısıtlılığı nedeniyle tüm hastalar için mümkün olmadı.

**Bulgular:** 2 hastada İAH, eklem bulgularından önce gelişmişti. Hastaların serolojik tetkiklerinde 11’inde (%78) RF, 13’ünde (%92) anti-CCP, 4’ünde (%29) ANA pozitifliği. İAH paterni yönünden 9 hastada (%64) nonspesik interstisyel pnömoni (NSİP) 4 hasta (%29) usual interstisyel pnömoni (UIP), 1 hastada da (%7) lenfositik interstisyel pnömoni (LİP) ile uyumluydu. İAH tanısı sonrası tüm hastalara (%100) kortikosteroid, 2 hastaya (%14) metotreksat + rituximab, 3 hastaya (%21) leflunomid + rituximab, 3 hastaya (%21) metotreksat monoterapi, 1 hastaya da (%7) rituximab monoterapi tedavisi verilmişti. Tedavinin 6. ayındaki fonksiyonel değerlendirmede hastalarda iyi yönde düzelme olmasına karşın bu istatistiksel anlamlılığa ulaşamadı (Tablo PS-048).

**Tablo 2 (PS-048):** Solunum fonksiyon testlerinin başlangıç ve 6. ay kontrol sonuçlarının karşılaştırılması.

Değişkenler	Başlangıç	6. ay kontrol	p değeri
FVC, %	84.50±31.77	92.69±22.99	0.56
FEV1, %	74.43±39.20	90.15±26.04	0.14
DLco, %	52.54±37.49	71±27.11	0.08

**Sonuç:** İAH, RA'lı hastalarda önemli bir mortalite nedenidir. Malesef RA'lı hastalarda İAH tanısı geç konmakta ve tedavisi etkin bir şekilde yapılamamaktadır. İAH tanısı sırasında karşılaşılan zorluklar arasında, klinisyenlerin bu hastalık ile ilgili yeterli tecrübesi olmaması, romatoloji uzmanları ile göğüs hastalıkları uzmanlarının bir işbirliği içinde hareket etmemesi, RA'nın tedavisinde kullanılan ilaçların da İAH'a neden olabilmesi veya İAH tablosunu alevlendirmesi ve teknik nedenler (DLCO'nun her merkezde olmaması veya istenildiğinde yapılamaması gibi) sayılabilir. İAH'nın en sık görülen semptomları olan kuru öksürük ve nefes darlığı yakınması olan RA'lı hastalarda dikkatli bir klinik, fonksiyonel (solunum fonksiyon testi) ve radyolojik değerlendirme yapılması ve deneyimli bir göğüs hastalıkları uzmanı ile ortak değerlendirme erken tanı açısından son derece önemlidir.

**Anahtar sözcükler:** İnterstisyel akciğer hastalığı, romatoid artrit

#### PS-049

##### **Behçet hastalığı tanısı ile takip edilen hastaların uluslararası Behçet hastalığı tanı kriterlerine göre yeniden değerlendirilmesi**

*Murat Torgutalp, Ayşe Bahar Keleşoğlu Dinçer, Ercan Okatan, Enes Yayla, Aşkın Ateş, Murat Turgay, Gülay Kınıklı*

*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara*

**Amaç:** Bu çalışmada kliniğimizde tanı almış olan Behçet hastalarının, 2012 yılında yeniden tanımlanan Uluslararası Behçet Hastalığı Tanı Kriterleri'ne (ICBD-International Criteria for Behcet Disease) göre değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmada Ankara Üniversitesi Romatoloji Bilim Dalı'nda Behçet hastalığı (BH) tanısı almış olan 489 hasta retrospektif olarak tarandı. BH tanısı için herhangi bir patognomonik test bulunmadığı için, hastalara prezentasyon semptomlarına göre yapılan uzman değerlendirmesi sonucu tanı konulmuştu.

**Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması 41.7±12.2 ve 204 (%41.7) tanesi erkekti. Hastaların tamamında oral aft, 371'inde (%75.9) genital aft, 155'inde (%31.7) göz lezyonları, 327'sinde (%66.9) cilt bulgusu, 101'inde (%20.7) paterji pozitifliği, 19'unda (%3.9) vasküler tutulum ve 29'unda (%5.9) nörolojik tutulum vardı. ICBD'ye göre oral aft, genital aft ve göz lezyonları 2 puan olarak değerlendirilirken, cilt lezyonları, nörolojik tutulum, vasküler tutulum ve paterji pozitifliği 1 puan olarak değerlendirilmekte ve yapılan skorlama ile ≥4 puan alan hasta Behçet hastası olarak kabul edilmektedir. Yapılan değerlendirme sonucunda 436 hasta (%89.2) ICBD'ye göre BH tanı kriterlerini karşılamakta idi. ICBD kriterlerinin BH tanısını öngörmedeki tanısal karar verdirici özellikleri Receiver Operating Characteristics

(ROC) eğrisi analizi ile incelendiğinde sensitivitesi %88, spesifitesi %100 olarak hesaplandı. Uluslararası Behçet Çalışma Grubu'nun (ISG-International Study Group) 1990 yılında tanımlanmış oldukları kriterlere göre oral aft varlığında; genital aft, göz lezyonu, cilt bulgusu ve paterji pozitifliğinden en az 2 tanesinin olması ile BH tanısı konulmaktadır. Bizim çalışmamızdaki hastaları ISG kriterlerine göre yeniden değerlendirdiğimizde ise 341 (%69.7) tanesi BH hastalığı tanısı alabilmekteydi. ISG kriterlerinde oral aftın bulunması zorunlu olduğundan, ayrıca bu kriterler vasküler ve nörolojik tutulumu içermediğinden dolayı tanı koymada varyasyonlara izin vermemektedir. ICBD'ye göre hastalar değerlendirildiğinde ise yüksek sensitivite ve spesifiteye sahip olmasından dolayı bu kriterler erken dönemde hastalık tanısı koymaya ve tedavi başlamaya olanak vermektedir.

**Anahtar sözcükler:** Behçet hastalığı tanı kriterleri

#### PS-050

##### **Ankilozan spondilit hastalarında tümör nekroz faktör-α inhibisyonu ve eozinofili**

*Gökhan Sargin<sup>1</sup>, Taşkın Şentürk<sup>1</sup>, İrfan Yavaşoğlu<sup>2</sup>, Songül Çildağ<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın; <sup>2</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji Bilim Dalı, Aydın*

**Amaç:** Ankilozan spondilit (AS), aksiyel iskelet ve sakroiliak eklemler tutulumu ile karakterize inflamatuvar romatizmal bir hastalık olup spondiloartrit grubu hastalıkların prototipidir. AS'de kırık ve serumda TNF-α ekspresyonunu, tedavide TNF-α inhibitörü kullanımını gerektirir. Tedavi ile azalan inflamasyonun hematopoez üzerine etkisi bulunmaktadır. Bizim bu çalışmadaki amacımız TNF-α'nın eozinofil sayısı üzerine olası etkileri, inflamatuvar belirteçler ve hastalık aktivitesi ile arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

**Yöntem:** Modifiye New York kriterlerine göre AS tanısı konulan 61 hasta (41 erkek, 20 kadın, yaş ortalaması 34.4±9.9 yıl) çalışmaya dahil edildi. Hastalar en az üç ay süreyle geleneksel tedaviye yanıtız olup biyolojik ajan (adalimumab=11, sertolizumab-pegol=4, etanercept=12, golimumab=13, infliksimab=21) başlanan hastalardan oluşmaktaydı. Enfeksiyon, malignite, sigara kullanımı, sistemik hastalık (dislipidemi, diabetes mellitus, hipertansiyon, karaciğer-böbrek-damar-kalp hastalığı, astım, KOAH) öyküsü bulunan ve biyolojik ajan kullanımı sırasında ilaç modifikasyonu yapılan hastalar çalışmaya alınmadı. BASDAI, sedimantasyon, CRP ve eozinofil sayısı arasındaki ilişki Spearman korelasyonu ile değerlendirildi. İstatistiksel analiz için SPSS 19.0 kullanıldı ve p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** BASDAI tedavi başlangıcına göre 3. ay (5.5±0.5 ve 3.3±0.4; p<0.001) ve 6. ayda (5.5±0.5 ve 2.8±0.4; p=0.002) anlamlı ölçüde azaldı. Tedavi öncesinde BASDAI ile CRP düzeyleri arasında korelasyon (r=0.27, p=0.03) saptanırken, sedimantasyon ile BASDAI arasında anlamlı bir ilişki yoktu. 6. ayda BASDAI ve CRP, ESH arasında korelasyon vardı. Tedavi öncesi ve sonrasında eozinofil sayısı ile BASDAI, CRP ve ESR

arasında ilişki saptanmadı. Eozinofili sayısı tedavi başlangıcına göre 3. ay ( $r=0.75$ ,  $p<0.001$ ) ve 6. ayda ( $r=0.56$ ,  $p=0.001$ ) anlamlı olarak farklılık göstermekteydi (Tablo PS-050).

**Tablo (PS-050):** Sedimentasyon, CRP, BASDAI, eozinofil sayısı ve biyolojik ajan tedavisi arasındaki ilişki.

	Tedavi öncesi n=60	Tedavi sonrası (3. ay)	Tedavi sonrası (6. ay)
Sedimentasyon (mm/saat)	45.9±20.3	33.5±19.1	23.5±15.2
CRP (mg/dL)	20.9±17.4	10.3±8.3	6.2±7.8
BASDAI	5.5±0.5	3.3±0.4	2.8±0.4
Eozinofil sayısı (/mL)	165.9±112.5	172.1±129.7	315.3±140.2

**Sonuç:** Adalimumab, etanercept ve infliximab gibi TNF- $\alpha$  inhibitörleri ile gibi eozinofili bildirilmiştir. Mekanizma tam olarak bilinmemekle birlikte IgE aracılı hipersensitivite, eozinofil apoptozu ve Th1-Th2 fenotipi dönüşümü olası hipotezlerdir. AS hastalarında biyolojik ajan tedavisi ile eozinofil sayısı artmakla birlikte uzun dönem sonuçları hakkında yeterli bilgiye sahip değiliz.

**Anahtar sözcükler:** Ankilozan spondilit, TNF- $\alpha$ , eozinofil sayısı

## PS-051

### Raynoud fenomeni ile başvuran hastalar ile bağ doku hastalığı olan hastaların kapilleroskopik ve laboratuvar özelliklerinin karşılaştırılması

*Murat Torgutalp*, Ercan Okatan, Enes Yayla, Ayşe Bahar Keleşoğlu Dinçer, Aşkın Ateş, Murat Turgay, Gülay Kınıklı

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Tırnak yatağında kapilleroskopik değişikliklerin saptanması Raynoud Fenomeni (RF) ile müracaat eden hastaların erken dönemde değerlendirilmesi ve sistemik skleroz tanısının konulabilmesi için önemlidir. Bu çalışmanın amacı; RF ile başvuran hastalar ile bağ doku hastalığı tanı olan hastaların kapilleroskopik ve laboratuvar bulgularının karşılaştırılmasıdır.

**Yöntem:** Çalışmada yaş ortalamaları 45.4±12.3 olan, 46 (K/E: 43/3) RF ile başvuran hasta ve 48 (K/E: 45/3) bağ doku hastalığı (sistemik skleroz, sjögren sendromu, sistemik lupus eritematozus, mik s bağ dokusu hastalığı) tanı olan hasta değerlendirildi. Hastalar, tırnak yatağı kapilleroskopik değerlendirmelerine göre anlamlı bulguları (genilemiş kapil, dev kapil veya kanama) olan ve olmayanlar olarak kategorize edildi. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri gruplar arasında karşılaştırıldı. Laboratuvar özellikleri olarak eritrosit sedimentasyon hızı (ESH), C-Reaktif Protein (CRP), anti nükleer antikor (ANA) ve ekstrakte edilebilen nükleer antijen antikorları (ENA) analiz edildi. ENA değerlendirilirken; SS-A, SS-B, U1RNP, Scl-70, Anti-Sm pozitiflikleri anlamlı alt grup otoantikör pozitifliği olarak kabul edildi.

**Bulgular:** Grupların yaş ve cinsiyet dağılımları arasında fark saptanmadı. RF ile başvuran hastaların 23 (%50) tanesinde kapilleroskopik olarak anlamlı bulgu varken, bağ doku hastalığı olanların ise 42'sinde (%87.5) anlamlı bulgu vardı ( $p<0.001$ ). ANA'ya göre hastalar değerlendirildiğinde, RF grubundaki hastaların

22'sinde (%48.8) ANA pozitif iken, bağ doku hastalığı olanların ise 33 (%71.8) tanesinde ANA pozitifliği ( $p=0.001$ ). ENA'ya göre değerlendirme yapıldığı zaman; RF grubunda 4 hastada (%11.1), bağ doku hastalığı grubunda ise 13 (%30.2) hastada pozitiflik vardı ( $p=0.04$ ). Kapilleroskopik olarak anlamlı özellik olması ile ANA ve ENA pozitifliği arasında herhangi bir korelasyon saptanmadı (sırasıyla  $r=0.08$ ,  $p=0.44$  ve  $r=-0.06$ ,  $p=0.62$ ). Kapilleroskopik olarak anlamlı özellikleri bulunan hastalar ile ESH ve CRP yüksekliği arasında da herhangi bir korelasyon saptanmadı.

**Sonuç:** Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak bağ doku hastalığı olan hastalarda RF ile başvuranlara göre kapilleroskopik olarak anlamlı bulgular ve otoantikör pozitifliği daha fazla saptandı. Ancak bunun yanında kapilleroskopik olarak anlamlı bulguların olması ve otoantikör pozitifliği arasında korelasyon saptanmadı. Bu çalışmanın sonucuna göre; RF ile müracaat eden hastaların uzun dönem takiplerinde herhangi bir bağ doku hastalığının gelişip gelişmeyeceğini öngörmek açısından kapilleroskopik bulgular ile yapılacak takiplerin, otoantikör pozitifliğinden bağımsız olarak değerlendirilmesi daha uygun olacaktır.

**Anahtar sözcükler:** Raynoud fenomeni, kapilleroskopi

## PS-052

### Behçet hastalarında hasar değerlendirmesi:

#### Yeni bir hasar indeksi gerekli mi?

*Ali Uğur Ünal*<sup>1</sup>, Hale Gülçin Yıldırım<sup>2</sup>, Ceylan Çıkkıççı<sup>2</sup>, Gülsen Özen<sup>1</sup>, Nevsun İnanç<sup>1</sup>, Pamir Atagündüz<sup>1</sup>, Tülin Ergun<sup>3</sup>, Haner Direskeneli<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul;

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul; <sup>3</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Sistemik inflamatuvar bir hastalık olarak Behçet Hastalığında bütün tip ve boylarda damar tutulumu görülür. Vaskülit Hasar İndeksi (Vasculitis Damage Index, VDI) vaskülitlere bağlı hasar ve aktiviteyi birbirinden ayırt etmek ve prognozu değerlendirmek için geliştirilmiştir. Biz bu çalışmada VDI'nin Behçet hastalığında, hasarı değerlendirmede yeterli olup olmadığını ve Behçet hastalığına özgü ek hasar bulgularını değerlendirmeyi amaçladık.

**Yöntem:** Kliniğimizde izlenen ardışık toplam 139 Behçet hastası (K/E: 58/81, ortalama yaş 38.9±10.9 yıl, hastalık süresi 9.5±7.4 yıl) çalışmaya alındı. Bu hastalar hasar yönünden VDI ile değerlendirildi. Ayrıca literatür taranarak Behçet hastalığına özgü hasar bulguları (genital ülser, venöz yetmezlik, pulmoner trombus, pulmoner hipertansiyon, Budd Chiari sendromu, sinüs venöz trombozu, aseptik menenjit, papilödem, karaciğer yetmezliği, intrakardiyak trombus vb) VDI'a eklenerek Behçet'e özgü yeni hasar ölçütleri tanımlandı. VDI ve yeni hasar tanımlamaları içeren bu form (Behçet hastalığı-VDI [B-VDI]) ile karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Behçet hastalarının 77'sinde (%55.4) majör organ tutulumu vardı ve 105'i (%75.5) immünsüpresif tedavi almaktaydı (Tablo PS-053). Behçet hastalarında VDI ile değerlendirilen hasar skoru ortalama 0.3±0.7 idi ve hastaların çoğunda skor "0" idi. [107 hastada "0" (%77), 22 hastada "1" (%15.8), 7 hastada "2" (%5), 1 hastada "3" (%0.7), ve 2 hastada "4"tü (%1.4)]. B-VDI ile hasar değerlendirildiğinde ortalama skor 0.6±1.1 idi, [92 hastada



“0” (%66.2), 25 hastada “1” (%18), 13 hastada “2” (%9.4), 4 hastada “3” (%2.9), 3 hastada “4” (%2.2), 1 hastada “5” (%0.7) ve 1 hastada “6” (%0.7)] ve VDI'dan anlamlı olarak yüksekti ( $p<0.001$ ). VDI ve B-VDI arasındaki temel farklılık vasküler hasar parametrelerinde idi ( $0.05\pm 0.2$  vs  $0.3\pm 0.6$ ,  $p<0.001$ ). VDI ve B-VDI skorlarının her ikisi de majör organ tutulumu olanlarda mukokutan Behçet hastalarına kıyasla anlamlı olarak yüksekti. Ayrıca her iki skor yaş, hastalık süresi ve IS tedavinin toplam süresi ile pozitif olarak körele idi. Hasar skorlarının alt parametreleri değerlendirildiğinde, majör organ tutulumu olanlarda hasar ağırlıklı olarak oküler ve vasküler tutulumla ilişkiliydi. VDI-göz ve B-VDI-göz skorları farklı değilken ( $0.3\pm 0.6$ ,  $p=0.32$ ), B-VDI-vasküler skoru hem bütün kohortta, hem de majör organ tutulumu olan grupta anlamlı olarak yüksekti ( $0.6\pm 0.8$  vs  $0.1\pm 0.3$ ,  $p<0.001$ ).

**Tablo (PS-052):** Çalışmaya alınan Behçet hastalarının demografik ve klinik özellikleri (n=139).\*

Yaş, yıl	38.9±10.9
Erkek, n (%)	81 (58.3)
Hastalık süresi, yıl	9.5±7.4
Oral aft, n (%)	139 (100)
Genital ülser, n (%)	119 (85.6)
Eritema nodosum/folikülit, n (%)	110 (79.1)
Artrit, n (%)	85 (60.4)
Göz tutulumu, n (%)	55 (39.6)
Vasküler tutulum, n (%)	41 (29.5)
Gastrointestinal tutulum, n (%)	4 (2.9)
Nörolojik tutulum, n (%)	4 (2.9)
Kortikosteroid kullanımı, n (%)	86 (61.9)
Immünyosüpresif kullanımı, n (%)	105 (75.5)
Siklofosamid	7 (5.0)
Azatiopurin	77 (55.4)
Diğer	21 (15.1)
Antikoagülasyon kullanımı, n (%)	27 (19.4)

\*Değerler ortalama±SD olarak belirtilmiştir.

**Sonuç:** Behçet hastalarında VDI, özellikle vasküler tutulum ile ilgili olan hasarı yeterince iyi yansıtmamaktadır. Behçet hastalığına özgü yeni parametrelerin VDI'ye eklenmesi Behçet hastalarında daha kapsamlı bir hasar değerlendirmesini mümkün kılacaktır.

**Anahtar sözcükler:** Behçet hastalığı, vaskülit hasar indeksi

## PS-053

### Sistemik skleroz hastalarında obstrüktif uyku apne sendromu sıklığı

Didem Arslan Taş<sup>1</sup>, Kezban Aslan<sup>2</sup>, İpek Türk<sup>1</sup>, Duygu Kurt Gök<sup>2</sup>, Çağlar Emre Çağlıyan<sup>3</sup>, İsmail Hanta<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji-İmmunoloji Bilim Dalı, Adana; <sup>2</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Adana; <sup>3</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Adana; <sup>4</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana

**Amaç:** Uyku problemleri romatolojik hastalıklarda sık olarak görülmektedir. Sistemik skleroz (SSc) hastalarında ağız açıklığı-

nın azalması, farenks ve özefagusun fibrozisi, gastroözefagial dismotilite bu hastalarda uyku bozukluklarına meyil yaratır. SSc hastalarında görülen pulmoner fibrozis ve hipertansiyon kardiyorespiratuar problemlere yol açarak uyku bozukluklarına yol açabilir. Bu çalışmanın amacı sistemik skleroz hastalarında obstrüktif uyku apne sıklığını, uyku örüntüsünü araştırmaktır.

**Yöntem:** Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı'nda takip edilen uyku bozukluğu (hipersomni, insomni) yakınması olan ve polisomniyografi incelemesi yapılan sistemik skleroz hastaları retrospektif olarak tarandı. Hastaların yaş, cinsiyet, boy, kilo, vücut kitle indeksi, hastalık süresi, hastalık tipi (diffüz/sınırlı), akciğer tutulumu (interstisyel akciğer hastalığı, pulmoner arteriyel hipertansiyon), kardiyak tutulum, gastroözefagial reflü hastalığı, dijital ülser varlığı kaydedildi.

**Bulgular:** Çalışmaya %91.3'ü kadın olan toplam 23 hasta alındı. Ortalama yaşları 53.43±11.6 yıl idi. Hastaların %73.9'u diffüz tipteydi. Hastaların %95.7'sinde ANA pozitifliği, %69.6'sında antisel 70 pozitifliği, %13'ünde antisentromer pozitifliği saptandı. Hastaların %39.1'inde apne hipoapne indeksi 5'in üzerinde saptandı. Hastalarda uyku evreleri evre 1 %10.41±6.46, evre 2 %60.61±11.72, evre 3 %15.66±7.82 REM %13.33±6.2 olarak saptandı. Hastalarda uyku etkinliği azalmış olarak bulundu (%74.83±20.43). Hastalarda uyanma sayısı ortalama 8.2±4.1 olarak saptandı. Periyodik bacak hareket indeksi hastaların %17.39'unda 5'in üzerindeydi.

**Sonuç:** Çalışmamızda hipersomni, insomni yakınması olan ve polisomniyografi incelemesi yapılan SSc hastalarında obstrüktif uyku apne sendromu sıklığı %39.1 olarak saptanmış olup bu oran oldukça yüksektir. SSc hastalarının takiplerinde uyku apne sendromu semptomları açısından sorgulanması gerekmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Sistemik skleroz, obstrüktif uyku apne

## PS-054

### Ankilozan spondilit hastalarında tüberküloz hastalığı bilgi düzeyinin değerlendirilmesi: Kesitsel çalışma

Ali Yavuz Karahan<sup>1</sup>, Adem Küçük<sup>2</sup>, Sinan Bağçacı<sup>3</sup>, Pelin Yıldırım<sup>4</sup>, Sevil Ceyhan Doğan<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bölümü, Konya; <sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Konya; <sup>3</sup>Hakkari Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bölümü, Hakkari; <sup>4</sup>Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bölümü, Kocaeli; <sup>5</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bölümü, Sivas

**Amaç:** Bu çalışmada Ankilozan spondilit (AS) hastalarının Tüberküloz hastalığı (TBC) hakkındaki genel bilgi düzeylerini değerlendirmek ve anti-TNF tedavisi altında olan ve olmayan AS hastalarının bilgi düzeylerini karşılaştırmak amaçlandı.

**Yöntem:** Çalışmaya Konya ilinde ikamet eden 60 AS hastası alındı. Hastaların demografik bilgilerinin yanı sıra kullandıkları tedavi ve visuel analog skala (VAS) ile ağrı skorları, BATH Ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi (BASDAI) ile hastalığın aktivitesi, BATH ankilozan spondilit fonksiyonel indeksi (BASFI) ile hastaların fonksiyonel yeterlilikleri kaydedildi. TBC bilgi düzeyini belirlemek için araştırmacılar tarafından güncel literatürler taranarak 10 çoktan seçmeli (5 şıklı) soru hazırlandı. Sorular TBC hastalığının vasfı, bulaşma yolu, belirtileri, teşhis yöntemleri, te-

davisi ve risk gruplarını sorgulamaya yönelik olarak belirlendi. Her hastaya doğru cevaplanan her soru için 1 puan olmak üzere, 0–10 puan arasında bir puan verildi.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan AS hastalarının ortalama değerleri sırasıyla yaş: 37.05±9.45, VAS: 3.80±1.10, BASDAİ: 3.71±1.25 ve BASFİ: 3.42±0.89 bulundu. Anti-TNF tedavisi altında olan AS hastalarının anket puanı 5.48±2.65 iken anti-TNF tedavisi altında olmayan AS hastalarının anket puanı 3.57±1.97 idi ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulundu (p<0.05). Hastaların en fazla TBC bulaş yolları ile ilgili soruları doğru cevapladıkları (%48.3), ancak önemli bir kısmının (%68.3) herhangi bir sağlık çalışanı tarafından verem hastalığı konusunda bilgilendirilmediğini ifade ettikleri saptandı.

**Sonuç:** Özellikle anti-TNF tedavisi altında olan AS'li hastalar, TBC hastalığı açısından riskli grupta yer almaktadır. Bu hastaların TBC hastalığı hakkında yeterli düzeyde bilgilendirilmeleri hastalığın ve komplikasyonlarının önlenmesi açısından elzemdir. Bu çalışmada AS'li hastaların TBC hastalığı hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olmadığı ve hasta eğitim programlarına ağırlık verilmesi gerektiği sonucuna varıldı.

**Anahtar sözcükler:** Ankilozan spondilit, tüberküloz, eğitim

## PS-055

### Türkiye'de psoriatik artrit tedavisinin direkt maliyet tahmini: Delphi panel sonuçları

Servet Akar<sup>1</sup>, İhsan Ertenli<sup>2</sup>, Yaşar Karaaslan<sup>3</sup>, Simten Malhan<sup>4</sup>, Ergun Öksüz<sup>4</sup>, Salih Pay<sup>5</sup>, Selin Sezen Çavuşoğlu<sup>6</sup>, Neşe İnan<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; <sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; <sup>3</sup>Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara; <sup>4</sup>Başkent Üniversitesi, Ekonomi Bölümü, Ankara; <sup>5</sup>Özel Koru Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara; <sup>6</sup>Novartis Farma, Pazara Erişim Departmanı, İstanbul; <sup>7</sup>Novartis Farma, Medikal Departman, İstanbul

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı ödeyici (SGK) bakış açısından psoriatik artrit tedavisinin Türkiye'deki yıllık direkt hastalık maliyetini tahmin etmektir.

**Yöntem:** Hastalık maliyeti metodolojisi ile beş klinisyenin tecrübelerini baz alarak toplanan verilerden direkt hastalık maliyetini hesaplamak için Delphi panel organize edilmiştir. Her kaynağın birim maliyeti, geri ödeme kurumu bakışı ile ülkeye özel 2016 geri ödeme listesi baz alınarak hesaplanmıştır. Komorbiditeler, komplikasyonlar ve yan etkilere ilişkili maliyetler Delphi panel verilerine göre hesaplanmış ve prevalans oranlarına göre total maliyetlere dahil edilmiştir.

**Bulgular:** Ayaktan hasta ziyareti ve laboratuvar/görüntüleme testlerinin ortalama yıllık maliyeti hasta başına 176.6 € olarak bulunmuştur. Yatan hasta tedavi maliyeti 77.4€ ve eklem replasmanı, stent, rehabilitasyon gibi medikal müdahaleler ise 91.1 € olarak hesaplanmıştır. Hastaların %95'inde hastalar bu ilaçlardan fayda gördükleri sürece NSAI (Nonsteroid-anti-inflamatuvar) ilaçlar kullanılırken, %30'unda ise steroidler kullanılmaktadır. DMARD'lar içinde hastaların %75'i metotreksat, %32'si sulfasalazine, %25'inde leflunomide, %10'unda siklosporin ve %10'unda sıtma ilaçları kullanılmaktadır. Hastaların %30'u D-vitamini

tedavisi almaktadır. Biyolojik tedavilerin dağılımı sırası ile; %37 adalimumab, %30 etanercept, %13 infliximab, %10 golimumab, %7 certolizumab ve %3 infliximab (biyosimilari)'dir. Ortalama yıllık ilaç maliyeti 2154.08 € olarak bulunmuştur. Yan etki ve komplikasyonların maliyeti 146.8 € iken komorbid durumlar için 512.9 € bulunmuştur. PsA'nın yıllık hastalık maliyeti hasta başına 3158.9 € olarak PsA'nın geri ödeme kurumuna ekonomik yükü 118,424.031 € olarak tahmin edilmiştir.

**Sonuç:** Bu sonuçlar Türkiye'de hastalıkla ilişkili maliyetler ve tedavi şemaları hakkında farkındalığı arttırmaya katkı sağlamaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Psoriatik artrit, maliyet, delphi

## PS-056

### Rituximab infüzyonunun kan basıncı üzerine etkisi

Selime Erzurum<sup>1</sup>, Arda Yavuz<sup>2</sup>, Utku Odman<sup>3</sup>, Ata Bora Ayna<sup>1</sup>, Belkis Nihan Coşkun<sup>1</sup>, Yavuz Pehlivan<sup>1</sup>, Ediz Dalkılıç<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa; <sup>2</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

**Amaç:** Rituximab (RTX), anti-CD20 monoklonal antikorlu olan biyolojik grubu bir ilaçtır. Başta romatoid artrit (RA) olmak üzere, ANCA ilişkili vaskülitler, sistemik skleroz (SSk), Sjögren sendromu (SjS), sistemik lupus eritematozis (SLE), miyozit gibi romatolojik hastalıklarda kullanılır. 6 ayda bir 0 ve 15. günlerde iv infüzyon şeklinde verilen RTX'in yan etkilerinden biri kan basıncındaki (KB) değişiklikler olup, hipertansiyon (HT) ya da hipotansiyon şeklinde bildirilmektedir. Bu çalışmanın amacı, RTX'in KB üzerine olan etkisini değerlendirmektir.

**Yöntem:** Çalışmaya, Uludağ Üniversitesi Romatoloji Bilim Dalı'nda RTX kullanan 149 hasta dahil edilmiştir. Hastaların infüzyon sayısı 1 ile 20 arasında değişmekte olup, yeni başlanan ve 5 yıldır kullanmakta olan hastaların her infüzyonu kaydedilmiştir. Sistolik ve diyastolik KB'nin ort. hesaplanıp infüzyon öncesi ve sonrası değerler bağımlı t testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. HT olan ve antihipertansif ilaç kullanan hastalar çıkartılarak düzeltme yapılmış ve HT olmayan hastaların KB'leri tekrar değerlendirilmiştir. HT'ü olan hastaların infüzyon gününde antihipertansif ilaçlarını aldıkları doğrulanmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya RTX kullanan 149 hasta dahil edildi. Bu hastaların 110'u (%73.8) RA, 3'ü RA+ SLE (%2), 2'si RA+ SjS (%1.3), 12'si ANCA ilişkili vaskülit (%8.1), 3'ü (%2) SSk, 1'i (%1.5) SjS, 12'si (%8.1) SLE, 1'i (%1.5) SjS+ SLE, 5'i (%3.4) miyozit, 1'i (%1.5) Poliarteritis nodosa idi. Hastaların %77.2'si (n=115) kadın, %23.5'u (n=35) erkekti. Hastaların %16.1'inde (n=24) HT olup, antihipertansif ilaç kullanmaktaydı. Hastaların infüzyon öncesi sistolik KB ort. 120 mmHg, diyastolik KB ort. 74 mmHg idi. İnfüzyon sonrası sistolik KB ort. 119 mmHg, diyastolik KB ort. 73 mmHg idi. İnfüzyon öncesi ve sonrasında kan basıncı ortalamaları kıyaslandı. İnfüzyon öncesi ve sonrasında ort. sistolik KB arasında anlamlı farklılık izlenmezken (p=0.439), ort. diyastolik KB arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0.34). İnfüzyon sonrası diyastolik KB daha düşük izlendi. HT'ü olmayan hasta sayısı 125 idi ve HT'ü olmayanlar arasında tekrar KB ort. hesaplandı. İnfüzyon öncesi ort. sistolik KB 118 mmHg, ort. diyastolik KB 74 mmHg; infüzyon sonrası ort. sisto-

lik KB 118 mmHg, ort. diyastolik KB 73 mmHg bulundu. HT<sup>u</sup> olmayan hastaların infüzyon öncesi ve sonrasında sistolik ve diyastolik KB kıyaslandı fakat istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı; p değerleri sırasıyla p=0.89, p=0.102 olarak izlendi.

**Sonuç:** Hastaların infüzyon öncesi ve sonrası sistolik KB arasında anlamlı fark saptanmazken, diyastolik KB anlamlı olarak daha düşük saptandı. HT<sup>u</sup> olan hastalar çıkarıldıktan sonra bakılan değerlerde ise infüzyon öncesi ve sonrası değerlerde farklılık izlenmedi. Tüm hastaların dahil edildiği analizde diyastolik KB'nin daha düşük çıkması kullanılan antihipertansifler ile ilişkilendirildi. Çalışmamızda RTX infüzyonunun TA üzerine etkisi saptanmadı.

**Anahtar sözcükler:** Rituximab, kan basıncı

## PS-057

### Türkiye'de kronik enflamatuvar hastalıklarda ilaç tedavisine ilişkin hastaya spesifik ve genel inanışlar ve seçilmiş sistemik tedaviler için hastaların tedavi uyumu: Çok uluslu çapraz-kesitsel bir çalışmanın (ALIGN) lokal sonuçları

Ender Terzioğlu<sup>1</sup>, Abdurrahman Kadayıfçı<sup>2</sup>, Ahmet Danalıoğlu<sup>3</sup>, Ahmet Gül<sup>4</sup>, Ali İhsan Ertenli<sup>5</sup>, Bünyamin Kısacık<sup>6</sup>, Emel Bülbül Başkan<sup>7</sup>, Emine Müge Acar<sup>8</sup>, Ertuğrul Kayaçetin<sup>9</sup>, Esra Adışen<sup>10</sup>, Filiz Akyüz<sup>11</sup>, Gonca Karabulut<sup>12</sup>, Güzin Özarmağan<sup>13</sup>, Hakan Akın<sup>14</sup>, Işıl Tilki Günay<sup>15</sup>, Mehmet Sayarlıoğlu<sup>16</sup>, Metin Başaranoğlu<sup>9</sup>, Musa Aydın<sup>3</sup>, Nahide Onsun<sup>17</sup>, Nilgün Atakan<sup>18</sup>, Nürullah Akkoç<sup>19</sup>, Orhan Kocaman<sup>3</sup>, Ömer Karadağ<sup>5</sup>, Sabahattin Kaymakoglu<sup>11</sup>, Sait Burak Erer<sup>4</sup>, Şebnem Ataman<sup>20</sup>, Timuçin Kaşifoğlu<sup>21</sup>

<sup>1</sup>Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya; <sup>2</sup>Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Gaziantep; <sup>3</sup>Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul; <sup>4</sup>İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; <sup>5</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; <sup>6</sup>Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep; <sup>7</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Bursa; <sup>8</sup>Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Kırşehir; <sup>9</sup>Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara; <sup>10</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara; <sup>11</sup>İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul; <sup>12</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; <sup>13</sup>İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul; <sup>14</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul; <sup>15</sup>Çekirge Devlet Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Bursa; <sup>16</sup>Ondokuzmayıs Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bölümü, Samsun; <sup>17</sup>Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul; <sup>18</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara; <sup>19</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; <sup>20</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; <sup>21</sup>Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

**Amaç:** Kronik hastalıklarda, tedaviye bağlılık optimal sonuçlar için kritik önem taşımakta ve hastaların ilaç tedavileri konusundaki genel inanışları ve sosyo-ekonomik durumları gibi pek çok faktörden etkilenebilmektedir. ALIGN çalışması, kronik enflamatuvar hastalıkları olan hastaların sistemik ilaç tedavilerine ilişkin inanışları ve endişelerini tanımlamak ve immün aracılı enflamatuvar hastalıkları (IMID) olan hastalarda konvansiyonel sentetik hastalığı modifiye edici anti-romatizmal ilaç (csDMARD) ve tümör nekroz faktörü inhibitörüyle (TNFi) ilgili tutumlar ve tedaviye bağlılık ilişkisini belirlemek amacıyla tasarlanmıştır.

**Yöntem:** Bu çok uluslu, çapraz-kesitsel, girişimsel olmayan çalışmaya, romatoid artrit (RA), ankilozan spondilit (AS), psöriyatik artrit (PsA), Crohn hastalığı (CD), ülseratif kolit (UC) ve psöriyazis (PS) gibi farklı IMID tanıları konmuş olan erişkin hastalar dahil edilmiştir. Gözlem, İlaç Tedavisi için İnanışlar Anketi (18 maddeli BMQ) ve Morisky İlaç Bağlılık Ölçeği'ni (MMAS-4) yanıtladığı tek bir vizitten oluşmuştur.

**Bulgular:** Türkiye'den toplam 200 hasta çalışmaya dahil edildi. Ortalama (±SD) yaş 41.2 (±12.5; yıl) [RA (n=28) için 47.3 (±11.1), AS (n=59) için 38.5 (±11.9), PSA (n=9) için 44.8 (±10.4), CD (n=47) için 38.1 (±10.9), UC (n=7) için 40.7 (±13.6) ve PS (n=50) hastaları için 43.6 (±14.0)] olarak belirlendi ve IMID hastalarının %93.5'ini kentsel bölgelerde yaşayan bireyler oluşturmaktaydı. IMID tanısından önceki semptom süresi, hastaların %48.0'ında <1 yıl, %15'inde 1-3 yıl ve %37'sinde >3 olarak kaydedilmiş ve tanıdan sonraki ortalama hastalık süresi 9.2 (±9.3) olarak saptanmıştır. TNFi mono, TNFi combo ve konvansiyonel tedavi gruplarındaki tam yanıt oranları sırasıyla %59.7, %55.1 ve %55.9 olmuştur. Hastaların uygulanmakta olan IMID tedavisine ilişkin inanışlarını gösteren BMQ-Spesifik Gerekliklik alt-ölçeği için elde edilen ortalama skorlar 3.4-3.7 (1-5'lik skala) arasında değişmiş ve monoterapi ya da kombinasyon tedavisi olarak TNFi kullanan hastalarda, konvansiyonel tedavilerin uygulandığı hastalara benzer ortalama skorlar gözlenmiştir. Tüm tedavi gruplarında, BMQ-Spesifik Endişeler alt-ölçeği için, ilgili gerekliklik alt-ölçeğine kıyasla daha düşük ortalama skorlar gözlenmiştir (Tablo 1 PS-057). Tek başına ya da konvansiyonel tedaviyle kombinasyon halinde TNFi tedavisi uygulanan hastalarda tedaviye bağlılığı yüksek (MMAS-4 skoru=4) olan hasta oranının konvansiyonel tedavileri kullanan hastalara kıyasla rölatif olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 2 PS-057).

**Tablo 1 (PS-057):** İlaç Tedavisine İlişkin İnanışlar Anketi (BMQ) - Spesifik ölçek sonuçları.

Parametre	TNFi mono	TNFi combo	Konvansiyonel	
<b>Gerekliklik alt ölçeği</b>				
n	72	69	68	59
Ortalama	3.7	3.7	3.4	3.6
Standart sapma	0.7	0.7	0.8	0.8
<b>Endişeler alt ölçeği</b>				
n	72	69	68	59
Ortalama	2.8	3.0	3.0	2.8
Standart sapma	0.7	0.8	0.8	0.7

TNFi: Tümör nekroz faktörü inhibitörü

**Tablo 2 (PS-057):** Morisky İlaç Tedavisine Bağlılık Ölçeği (MMAS-4) toplam skoruna dayanan tedaviye bağlılık.

Tedaviye bağlılık	TNFi mono		TNFi combo				Konvansiyonel	
	n	%	TNFi n	Konvansiyonel %	n	%	n	%
Düşük	2	2.8	4	5.9	11	16.9	9	15.3
Orta	27	38.0	17	25.0	26	410.0	31	52.5
Yüksek	42	59.2	47	69.1	28	43.1	19	32.2
Toplam	71	100.0	68	100.0	65	100.0	59	100.0

TNFi: Tümör nekroz faktörü inhibitörü

**Sonuç:** Sonuçlar, hastaların uygulanmakta olan tedavileri hakkındaki gereklilik inanışlarının endişelerine kıyasla daha yüksek düzeyde olma eğilimi gösterdiğini ve TNFi monoterapisi olarak ya da csDMARD tedavisiyle kombinasyon halinde uygulanan TNFi tedavisine/tedavilerine bağlılığın daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, tedaviye bağlılığı etkileyen faktörleri değerlendirmek için örneklem boyutu daha büyük olan çalışmalar yapılması gereklidir.

**Anahtar sözcükler:** IMiD, csDMARD, TNFi

## PS-058

### Nonspesifik bel ağrılı hastalarda ve ankilozan spondilitli hastalarda fiziksel aktivite düzeyi sorgulanması ve bunları etkileyen faktörlerin irdelenmesi

Ahmet Üşen<sup>1</sup>, Banu Kuran<sup>2</sup>, Figen Yılmaz<sup>2</sup>, Jülide Öncü<sup>2</sup>, Beril Doğu<sup>2</sup>, Gülgün Durlanık<sup>2</sup>, Neşe Aksu<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Erzurum; <sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul; <sup>3</sup>Muş Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Muş

**Giriş:** Nonspesifik bel ağrısı (NSBA) bel bölgesinde spesifik ağrı sebepleriyle açıklanması olası olmayan gerginlik, ağrı, hamlık veya tutuklukla karakterizedir. Bel ağrısının spesifik sebepleri malignite, enfeksiyon, fraktür, ankilozan spondilit ve diğer inflamatuvar hastalıklardır. Ankilozan spondilit (AS), ağırlıklı olarak sakroiliyak eklemi ve omurga eklemlerini etkileyen, omurganın tam füzyonuna yol açabilen kronik inflamatuvar bir hastalıktır.

**Amaç:** NSBA'lı hastalarda, AS'li hastalarda ve sağlıklı bireylerde fiziksel aktivite (PA) düzeyinin Uluslararası Fiziksel Aktivite Sorgulaması (İPAQ) kısa formunu kullanarak sorgulanması ve bunlara etki edebilecek faktörlerin irdelenmesidir.

**Yöntem:** 2014 Mart–2014 Kasım tarihleri arasında Şişli Hamidiye Etfal EAH FTR Kliniği'ne başvuran 35 NSBA'lı hasta, 35 AS tanılı hasta ve 35 sağlıklı kontrol çalışmamıza dahil edildi. 25-OH D vitamini, sedimantasyon hızı ve CRP düzeyleri, FEV1, FVC ve FEV1/FVC ile solunum paternleri değerlendirildi. Abdominal kasların PA düzeyiyle ilişkisini irdelemek amacıyla M. Transversus Abdominis, M. Obliquus Externus Abdominis ve M. Obliquus Internus Abdominis kaslarının kalınlığı USG ile, lomber bölge kaslarından Multifidus kasının PA düzeyiyle ilişkisini irdelemek amacıyla Multifidus kasının total kesit-

sel alanı MRG ile ölçüldü. McGill-Ağrı anketi, Oswestry ve Roland-Morris Fonksiyonel Değerlendirme formu, Korku-Kaçınma İnanışları Anketi NSBA'lı hastalarda ve AS'li hastalarda değerlendirilirken, Öz Bakım Gücü Ölçeği, SF-36, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, Tampa Kinezyofobi Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği NSBA'lı hastalarda, AS'li hastalarda ve sağlıklı kontrol grubunda değerlendirildi.

**Bulgular:** Kontrol grubunda olanların PA düzeyi diğer gruplara göre anlamlı olarak daha iyiydi. NSBA olanların multifidus kaslarının total kesitsel alanları AS'si olanlardan anlamlı olarak daha yüksekti. NSBA'lı hastaların PA düzeyleriyle D vitamini düzeylerinin, dizabilite derecesinin, uyku kalitesinin ve yaşam kalitesinin ilişkili olduğu bulundu. AS hastalarında PA düzeyleriyle AFR'nin, dizabilite derecesinin, öz bakım gücünün, yaşam kalitesinin, depresyon varlığının, uyku kalitesinin ve kinezyofobinin ilişkili olduğu bulundu. Kontrol grubunda PA düzeyleri ile D vit düzeylerinin, öz bakım gücünün ve uyku kalitesinin ilişkili olduğu bulundu.

**Tablo 1 (PS-058):** AS'si olan hastalarda İPAQ'a göre fiziksel aktivite seviyelerine etki eden değişkenlere yönelik multinomial lojistik regresyon analizi.

AS	Wald	OR	%95 GA	p
<b>İPAQ'a göre düşük fiziksel aktivite*</b>				
Roland Morris	0.148	0.361	0.216–1372	0.735
Oswestry	2.463	1.381	1.209–1736	0.017
SF36-fiziksel	3.595	1.651	1.280–2.732	0.042
SF36-mental	0.394	1.475	0.912–1.930	0.082
PUKİ	3.712	1.192	1.023–1.943	0.039
TAMPA-KS	0.089	0.725	0.467–1.103	0.712
Öz bakım gücü	0.342	1.725	0.921–3.049	0.542
BDÖ	0.275	0.462	0.236–1.206	0.351
ESH	0.399	0.712	0.521–2.023	0.642
CRP	0.108	1.438	0.994–2.578	0.746
<b>İPAQ'a göre orta fiziksel aktivite*</b>				
Roland Morris	0.201	0.284	0.105–1.435	0.539
Oswestry	0.765	0.605	0.293–2.346	0.481
SF36-fiziksel	0.507	0.753	0.467–1.372	0.237
SF36-mental	0.394	1.384	0.735–2.975	0.106
PUKİ	0.342	0.759	0.547–1.631	0.601
TAMPA-KS	0.273	0.904	0.658–1.462	0.094
Öz bakım gücü	0.934	1.723	1.502–3.736	0.106
BDÖ	0.397	0.764	0.107–1.243	0.423
ESH	0.721	1.643	1.086–2.812	0.561
CRP	0.967	1.203	0.845–3.408	0.244

Referans kategori: İPAQ'a göre Yüksek Fiziksel Aktivite

**Tablo 2 (PS-058):** NSBA olan hastalarda IPAQ'a göre fiziksel aktivite seviyelerine etki eden değişkenlere yönelik multinomial lojistik regresyon analizi.

NSBA	Wald	OR	%95 GA	p
<b>IPAQ'a göre düşük fiziksel aktivite*</b>				
25-OH D-Vitamin	0.282	0.928	0.703–1.224	0.596
Roland Morris	0.932	0.620	0.235–1.636	0.334
Oswestry	2.895	1.473	1.075–1.725	0.009
SF36-Fiziksel	0.051	0.956	0.649–1.409	0.822
PUKİ	2.746	1.340	1.124–3.076	0.035
<b>IPAQ'a göre orta fiziksel aktivite*</b>				
25-OH D-Vitamin	1.134	0.865	0.662–1.130	0.287
Roland Morris	2.247	0.443	0.153–1.285	0.134
Oswestry	2.921	1.642	1.145–4.231	0.012
SF36-Fiziksel	0.325	0.914	0.672–1.244	0.569
PUKİ	2.678	1.420	1.256–5.436	0.024

\*Referans kategori: IPAQ'a göre Yüksek Fiziksel Aktivite

**Sonuç:** NSBA'lı hastaların PA düzeyine 25OHD3 düzeyinin düşük oluşu, Roland Morris ve Oswestry disabilite skorlarının yüksek oluşu, kötü uyku kalitesi etki etmektedir. AS'li hastaların PA düzeylerine ise AFR'nin yüksek oluşu, Roland Morris ve Oswestry disabilite skorlarının yüksek oluşu, kötü uyku kalitesi ve depresyon skorlarının yüksek oluşu etki etmektedir. NSBA'lı ve AS'li hastaların PA düzeylerine etkili faktörlerin irdelenmesine yönelik yapılan multinomial regresyon analizi sonucuna göre hem NSBA'lı hastaların hem de AS'li hastaların PA düzeyinin düşüklüğüne etkili en önemli faktörün Oswestry disabilite indexi skorunun yüksek olduğu saptanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Ankilozan spondilit, fiziksel aktivite, nonspecific bel ağrısı

## PS-059

### Ankilozan spondilit hastalarında paraoksonaz aktivitesi ve total oksidan düzeyi

Atalay Doğru<sup>1</sup>, Ayşe Balkarlı<sup>2</sup>, Gözde Yıldırım Çetin<sup>3</sup>, Mehmet Şahin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Isparta; <sup>2</sup>Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Antalya; <sup>3</sup>Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kahramanmaraş

**Amaç:** Ankilozan Spondilit (AS) aksiyal iskeleti ve periferik eklemleri tutan, kronik inflamatuvar bir hastalıktır. AS gibi birçok inflamatuvar hastalıkta oksidatif stresin rolü olduğu düşünülmektedir. Antioksidan fonksiyonu olan Paraoksonaz (PON) karaciğer tarafından üretilen bir enzimdir. Çalışmamızda AS tanısı ile takipli hastalarda inaktif dönemde PON aktivitesi ve oksidatif stres elemanlarının düzeyini tespit etmeyi amaçladık.

**Yöntem:** Çalışmaya remisyon döneminde 40 AS hastası ve 60 sağlıklı bireyden oluşan kontrol grubu dahil edildi. Uluslar arası Behçet hastalığı çalışma grubu tanı kriterlerine göre tanı alan, aktivasyon bulguları olmayan 42 mukokutanöz Behçet hastası çalışmaya hasta kontrol grubu olarak dahil edildi. Total antioksidan düzeyi (TAS), total oksidan düzeyi (TOS), süperoksit dismutaz (SOD), glutatyon peroksidaz (GSH-Px) ve PON aktivitesi kontrol grubu ve hastaların serumlarında çalışıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen AS ve kontrol grubu TAS, TOS, SOD, GSH-Px ve PON aktivitesi olarak kıyaslandığında, TAS, TOS, SOD ve PON da iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (Tablo 1 PS-059). GSH-Px değerinde AS ve kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmedi (p=0.25). AS ve Behçet hasta grubu karşılaştırıldığında TAS, TOS değerlerinde anlamlı fark saptandı (p değeri sırasıyla 0.001, 0.008). SOD, GSH-Px ve PON değerlerinde iki hasta grubu arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 2 PS-059).

**Tablo 1 (PS-059):** Kontrol grubu ve AS hastalarında paraoksonaz ve total oksidan düzeyi.

	AS (n=40)	Kontrol (n=60)	p
TAS	193.1±81.9	441.5±64.8	0.001
TOS	207.04±41.7	119.3±38.05	0.001
SOD	1.2±0.6	1.7±0.08	0.001
GSH-Px	0.09±0.08	0.11±0.09	0.25
PON	108.2±54.6	172.7±67.5	0.001

AS: Ankilozan Spondilit, TAS: Total antioksidan düzeyi, TOS: Total oksidan düzeyi, SOD: süperoksit dismutaz, GSH-Px: Glutatyon peroksidaz, PON: Paraoksonaz

**Tablo 2 (PS-059):** AS ve Behçet hastalarında paraoksonaz ve total oksidan düzeyi.

	AS (n=40)	Behçet (n=42)	p
TAS	193.1±81.9	310.4±99	0.001
TOS	207.04±41.7	179.1±51.1	0.008
SOD	1.2±0.6	1.3±0.5	0.27
GSH-Px	0.09±0.08	0.06±0.05	0.12
PON	108.2±54.6	94.3±24.5	0.13

AS: Ankilozan Spondilit, TAS: Total antioksidan düzeyi, TOS: Total oksidan düzeyi, SOD: süperoksit dismutaz, GSH-Px: Glutatyon peroksidaz, PON: Paraoksonaz

**Sonuç:** İnflamatuvar hastalıkların remisyon döneminde oksidan ve antioksidan moleküller arasındaki dengesizlik inflamatuvar sürecin devam ettiğini düşündürmektedir. AS ve Behçet hastalığı gibi iki inflamatuvar hastalığın ayırımında PON iyi bir belirteç olarak görülmezken TOS ve TAS kullanışlı birer gösterge olarak kullanılabilir.

**Anahtar sözcükler:** Glutatyon peroksidaz, süperoksit dismutaz, paraoksonaz

## PS-060

### Behçet hastalığı, sistemik lupus eritematozus ve antifosfolipid sendromu tanısı olan hastalarda pulmoner endarterektominin erken dönem sonuçları

Şehnaz Olgun Yıldızeli<sup>1</sup>, Nevsun İnanç<sup>2</sup>, Bülent Mutlu<sup>3</sup>, Serpil Taş<sup>4</sup>, Mehmed Yanartaş<sup>4</sup>, Yasemin Yalçinkaya<sup>2</sup>, Haner Direskeneli<sup>2</sup>, Bedrettin Yıldızeli<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul; <sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; <sup>3</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul; <sup>4</sup>Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul; <sup>5</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Pulmoner hipertansiyon, sistemik lupus eritematozus (SLE) ve Behçet hastalığı seyriinde fatal olabilen komplikasyonlardan biridir. Antifosfolipid sendromu (APS), pulmoner endarterektomi (PE)'nin bir tedavi seçeneği olarak kabul edildiği, kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyon (KTEPH)'a neden olan hastalıklardan birisidir. Bu çalışma ile Behçet hastalığı, SLE ve APS olan hastalarda KTEPHE yönelik uygulanan PE tecrübesi sunulmaktadır.

**Yöntem:** 2011 ve 2016 yılları arasında 5 yıl süreyle ardışık PE yapılan Behçet hastalığı, SLE ve APS olan hastalar prospektif olarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Ortalama yaşı 35 (dağılım 7–57) olan 17 (12 kadın) SLE ve APS'li ve 8 Behçet tanılı hasta değerlendirildi (tüm PE'nin %6.4'ünü oluşturmaktadır). Operasyon öncesi tanı; 8 hastada APS, 6 hastada SLE, 3 hastada SLE ve APS idi. Medyan NYHA skoru III (II–IV) olarak saptandı. Ortalama pulmoner arter basıncının, operasyonun hemen sonrasında, 45.5±18.7 mmHg'den 30.7±21.2 mmHg'ye gerilediği, hastane çıkışında 35.9±19.45 mmHg olarak seyrettiği gözlemlendi. Bir hasta (%5.9) akut solunum yetmezliği tablosu geliştirerek postop 10. günde kaybedildi. Yaklaşık 31 aylık takip süresinde ek mortalite görülmedi.

**Sonuç:** SLE-APS ve Behçet hastaları tromboz riskleri nedeni ile KTEPH açısından taranmalıdır. PE, düşük riski ve yüksek başarı oranları ile, KTEPH için uygun bir tedavi seçeneğidir.

**Anahtar sözcükler:** Kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyon, pulmoner endarterektomi

## PS-061

### Tek merkez deneyimi: 52 antifosfolipid sendromlu hastasının klinik ve laboratuvar bulguları

Senem Tekeoğlu, Duygu Temiz Karadağ, Özlem Özdemir Işık, Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle

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

**Amaç:** Antifosfolipid sendromu (AFS) toplumda kazanılmış hiperkoagülasyonun sık sebeplerindedir. AFS'nin klinik bulguları arasında arteriyel ve venöz tromboz ile gebelik komplikasyonları yer alır. AFS tanısı için sebat eden antifosfolipid antikorları (aPL) gereklidir. Bu çalışmada 2003–2016 tarihleri arasında kliniğimizde takip edilen 52 AFS tanılı hastanın klinik ve laboratuvar bulguları değerlendirilmiştir.

**Yöntem:** Tüm vakalar retrospektif olarak incelenerek hastaların demografik, klinik ve laboratuvar bulguları kaydedildi. Çalışmaya dahil edilme kriterleri Sapporo kriterlerine uygun olarak AFS tanısı almış olmak ve 1997 Amerikan Romatoloji Cemiyeti (ACR) sistemik lupus eritematozus (SLE) klasifikasyon kriterlerine göre SLE tanısı almış olmak olarak belirlendi. Bilgileri eksik olan hastalar ve diğer otoimmün hastalıklara sekonder AFS tanısı olanlar çalışmaya alınmadı. Ki-kare, Fisher exact test ve Student t-test primer ve SLE'e sekonder AFS hastalarının verilerini karşılaştırmakta kullanıldı.

**Bulgular:** Çalışmada primer 18 ve SLE'e sekonder 34 AFS tanılı hasta yer aldı. Demografik veriler iki grupta da benzerdi. Başlangıç semptomu her iki grupta da çoğunlukla venöz trombozdu.

**Tablo (PS-061):** Primer ve sekonder AFS hastalarının demografik, klinik ve laboratuvar bulguları.

n (%)	Primer AFS (n=18)	Sekonder AFS (n=34)	p
Kadın cinsiyet	14 (77.8)	29 (85.3)	0.495
Yaş (ortalama±sd [min-max])	41.7±7.5 (32–55)	43.8±12.2 (22–77)	0.504
Tanı yaşı	37.3±9.0 (25–53)	35.7±10.8 (20–70)	0.589
Başvuru sırasında venöz tromboz	11 (61.1)	16 (47.1)	0.260
Başvuru sırasında arteriyel tromboz	2 (11.1)	10 (29.4)	0.260
Başvuru sırasında obstetrik komplikasyon	7 (38.9)	8 (23.5)	0.260
Venöz tromboz	11 (61.1)	16 (47.1)	0.335
Arteriyel tromboz	6 (33.3)	19 (55.9)	0.122
Obstetrik komplikasyon	8 (44.4)	12 (35.3)	0.519
Tromboz & Obstetrik komplikasyon	3 (16.7)	8 (23.5)	0.564
Epilepsi	0	3 (8.8)	N/A
Livedo retikülaris	0	3 (8.8)	N/A
Kalp kapak hastalığı	2 (11.1)	2 (5.9)	0.501
Trombositopeni	4 (22.2)	8 (23.5)	0.923
aCL IgG	7 (38.9)	14 (41.2)	0.875
aCL IgM	4 (22.2)	12 (35.3)	0.312
aB2GPI IgG	1 (5.5)	0	N/A
aB2GPI IgM	3 (16.7)	2 (5.9)	0.209
Lupus antikoagulanı	16 (88.9)	23 (67.6)	0.092
ANA	3 (16.7)	34 (100)	<0.001
Anti-dsDNA	0	24 (70.6)	N/A
Anti-Sm	0	3 (8.8)	N/A
Anti-RNP	0	7 (20.6)	N/A
Anti-SSA	0	10 (29.4)	N/A
Anti-SSB	0	7 (20.6)	N/A

Primer AFS grubunda 11 venöz tromboz (derin ven trombozu [DVT]: 7, pulmoner emboli [PE]: 1, DVT ve PE: 2, büyük ven: 1); SLE'e sekonder AFS grubunda 16 venöz tromboz (DVT: 14, DVT ve PE: 1, büyük ven: 1) vardı. Primer AFS grubunda 6 hastada arteriyel tromboz (inme: 3, miyokard infarktüsü: 1, ekstremitelerde arterleri: 2); SLE'e sekonder AFS grubunda 19 hastada arteriyel tromboz (inme: 16, ekstremitelerde arterleri: 3) saptandı. Gebelik komplikasyonları primer AFS'li 8 hastada (düşük: 3, ölü doğum: 3, her ikisi birlikte: 2), SLE'e sekonder AFS'li 12 hastada (düşük: 4, ölü doğum: 3, her ikisi birlikte: 4, pre-eklampsiye bağlı erken doğum: 1) saptandı. Primer AFS'li grupta mezangioproliferatif glomerulonefrit olan bir hasta ve pulmoner hipertansiyonu olan 3 hasta vardı. SLE'e sekonder AFS grubunda 10 hastada lupus nefriti vardı; bunlardan 7 hastada (%20.6) tromboz ve APL pozitifliği SLE tanısından önce mevcuttu (AFS tanısı ve SLE tanısı arasındaki zaman [ortalama±standart sapma; min-max]: 3.6±3.5; 0–10 yıl) ve 3 hastaya (%8.8) eş zamanlı AFS ve SLE tanısı konuldu. Bu 10 hastadan 7'si venöz tromboz ve 2'si arteriyel tromboz ile başvurdu. Primer AFS ve SLE'e sekonder AFS grupları laboratuvar bulguları arasında SLE grubundaki ANA pozitifliği haricinde anlamlı farklılık saptanmadı (sırasıyla 3 ve 34; p<0.001) (Tablo PS-061)

**Sonuç:** AFS arteriyel, venöz trombozlarla seyreden gebelik komplikasyonlarının eşlik edebildiği sistemik otoimmün bir hastalıktır. Çalışmamızda yer alan hastaların başlangıç semptomu çoğunlukla venöz trombozdu ve yaklaşık %20 SLE'e sekonder AFS tanılı hastanın SLE tanısı almadan önce başvuru semptomunun tromboz olduğu görüldü.

**Anahtar sözcükler:** Antifosfolipid sendromu, sistemik lupus eritematozus, tromboz

## PS-062

### Romatolojik hastalıklarda biyolojik tedavi öncesi viral hepatit tarama kılavuzunun rutinindeki karşılığı nedir? HÜR-BİO gerçek yaşam verileri

Alper Sarı, Berkan Armağan, Abdulsamet Erden, Levent Kılıç, Ömer Karadağ, Ali Akdoğan, Şule Apraş Bilgen, Sedat Kiraz, İhsan Ertenli, Umut Kalyoncu

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

**Amaç:** 2015 yılında Türkiye Romatoloji Derneği (TRD) tarafından biyolojik tedavi öncesi hepatit tarama kılavuzu yayınlanmıştır. Bu çalışmanın amacı HÜR-BİO veri tabanına kayıtlı RA hastalarında biyolojik tedavi öncesi viral hepatit tarama sonuçlarının dağılımının belirlenmesidir.

**Yöntem:** HÜR-BİO veri tabanı 2012 yılından itibaren prospektif olarak hastaların kaydedildiği tek merkezli veri tabanıdır. Bu veri tabanında Ağustos 2016 itibarıyla 1229 RA hastası bulunmaktadır. HBsAg, Anti-HBs ve Anti-HBc total sonuçları tam olan 468 hasta incelemeye alınmıştır. Kılavuzda 5 grup vardır; Grup 1-HBV seronegatif [HBsAg (-), anti-HBs (-), anti-HBc total (-)], Grup 2-aşı ile bağışıklanmış [HBsAg (-), anti-HBs (+), anti-HBc total (-)], Grup 3-geçirilmiş HBV enfeksiyonu [HBsAg (-), anti-HBs (-), anti-HBc total (+)], Grup 4-kronik HBV enfeksi-

yonu [HBsAg (+), anti-HBs (-), anti-HBc total (+)], Grup 5-iyileşmiş HBV enfeksiyonu [HBsAg (-), anti-HBs (+), anti-HBc total (+)]. Hastalar ayrıca HBV reaktivasyon riskine göre çok yüksek riskli (Grup 4 ve rituksimab tedavisi alanlar), yüksek riskli (Grup 3 ve rituksimab tedavisi), orta riskli (Grup 3 veya grup 4 ile birlikte anti-TNF, T hücre blokörü alanlar) olarak sınıflanmıştır. Anti-HCV tarama testi sonuçları da incelenmiştir.

**Bulgular:** 468 (%79.7 kadın) hastanın ortalama yaşı 54.9 (11.7), ortalama hastalık süresi 12.3 (8.2) yıldır. Bu hastaların 104'ü (%22.2) rituksimab kullanmışlardır. 273 (%58.3) hasta HBV seronegatif (Grup 1), 81 (%17.3) hasta aşı ile bağışıklanmış (Grup 2), 19 (%4.1) hasta geçirilmiş HBV enfeksiyonuna sahip (Grup 3), 9 (%1.9) hasta kronik HBV enfeksiyonuna sahip (Grup 4), 86 (%18.3) hasta ise iyileşmiş HBV enfeksiyonlu-doğal bağışık (Grup 5) olarak bulunmuştur. Hastaların HBV reaktivasyon riski Tablo PS-062'de gösterilmiştir. Hastaların 836'sında anti-HCV bakılmış ve bunların 21'inde (%2.5) pozitif saptanmıştır.

**Tablo (PS-062):** Hastaların HBV reaktivasyon riskine göre dağılımı.

HBV reaktivasyon riski (reaktivasyon riski yüzdesi)	N (%)
Çok yüksek risk (>%20)	2 (%0.4)
Yüksek risk (%11–20)	22 (%4.7)
Orta risk (%1–10)	81 (%17.3)
Risk altında olmayan	363 (%77.6)

**Sonuç:** HÜR-BİO veri tabanında hastaların %1.9'unda kronik HBV enfeksiyonu, %2.5'inde anti-HCV pozitifliği bulunmaktadır. Hastaların yaklaşık %5'i HBV reaktivasyonu açısından yüksek ve/veya çok yüksek risk altındadır. Dikkat edilmesi gerekenler orta riskli gruptur ve hastaların %17'sini oluşturmaktadır. Biyolojik tedavi öncesi hepatit taramaları titlikle yapılmalıdır ve TRD kılavuzu bu konuda yol gösterici olabilir.

**Anahtar sözcükler:** HBV, HCV, romatoid artrit

## PS-063

### Klippel-Trenaunay-Weber sendromu

Sefa Gümruk, Barış Nacı, Hakan Genç, Aynur Karagöz

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Klippel-Trenaunay-Weber sendromu 1900'lü yıllarda tanımlanan şarap lekesi (port wine) tarzında kutanöz hemanjiomlar, doğuştan venöz anomaliler ve iskelet ve yumuşak doku hipertrofisi ile karakterize nadir görülen doğumsal bir hastalıktır. Klinik presantasyonlar bazı hastalarda asemptomatik, bazı hastalarda hayatı tehdit edici pulmoner emboli veya derin ven trombozu komplikasyonları gibi geniş bir yelpazede ortaya çıkabilir. Literatürdeki birkaç otozomal dominant vaka dışında çoğunlukla sporadik olarak görülür. Etyopatogenezi tam olarak aydınlatılmamıştır. Bu yazıda Klippel-Trenaunay-Weber sendromu tanısı koyulan 29 yaşındaki bir bayan hasta sunulmaktadır.

**Olgu:** 29 yaşındaki bayan ellerinde özellikle gece belirgin olan uyuşma ve ayaklarında olan şişme şikayetleri ile kliniğimize baş-

vardı. Hastanın ayaklarındaki şişlik uzun yıllardır varmış hastanın sağ bacak ve sağ kolunda doğumundan beri renk değişikliği olduğunu ve daha önce bir tedavi görmediğini bildirdi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde boyun hareketleri acık ve ağrısız, üst ekstremite nörolojik muayenesi normal, bilateral tinel ve phalen testleri pozitif. Hastanın sağ ve sol el 3. parmakta kemik ve yumuşak doku hipertrofisi mevcuttu. Yapılan alt ekstremite muayenesinde sağ bacakta şarap lekesi şeklinde kutanöz hemanjiom, bilateral alt ekstremitede ayakta baldırlara doğru variköz değişiklikler, sağ ayakta belirgin kemik ve yumuşak doku hipertrofisi mevcuttu. Yapılan ölçümlerde alt ekstremite çap farkının 2 cm olduğu saptandı. Karpal tünel sendromu ön tanısıyla yapılan EMG'si bilateral median sinirlerin avuç içi bilek segmentinde orta derecede kompresyonu ile uyumlu olarak saptandı. Yapılan ölçümlerde alt ekstremite çap farkının 2 cm olduğu saptandı. Klippel-Trenaunay-Weber sendromu düşünülen hastadan Doppler ultrasonografi incelemesi istendi. Solda sol safenofemoral bileşkede valsava ortasına kadar reflü akım izlenmiştir. Sol Vena Safena Magna (VSM) çapları proksimalde 5.5 mm orta kesimde 4.5 mm, distalde 4.5 mm'dir. Sağda VSM çapı 9.5 mm'ye ulaşmaktaydı. Küçük safen ven sağda suprapopliteal seviyede derin vene dökülmekteydi. Valsava manevrası ile reflü akım saptanmıştı. Oral kalsiyum dobesilate ve kompresyon çorabı önerilen hasta poliklinik takibine alındı. Valsava uygulaması ile reflü akım saptanmıştır. Varis çorabı önerilen ve ilaç tedavisi ve el-el bilek istirahat splinti kullanması önerilen hasta poliklinik takibine alındı.

**Sonuç:** Klippel-Trenaunay-Weber sendromu çoğunlukla dopumda ortaya çıkan, kutanöz hemnanjioma, doğuştan venöz anomaliler, iskelet ve yumuşak hipertrofi ile karakterize olan ve genellikle tek ekstremite tutulumuyla giden nadir görülen hiperplazi sendromlarından birisidir. Bu sendromun tedavisi primer olarak konservatif ve semptomatiktir. Kapiller malformasyonlar veya ekstremite hipertrofisi görülen hastalarda Klippel-Trenaunay-Weber sendromundan şüphelenilmeli ve tedavisinde multidisipliner yaklaşım önerilmelidir.

**Anahtar sözcükler:** Klippel-Trenaunay-Weber sendromu, ekstremite hipertrofisi, kutanöz hemanjiomlar

## PS-064

### Osteomalazili bir olguda bilateral femur boynu stres fraktürü: Olgu sunumu

Nilgün Mesci, Ömür Damla Yınlımez Sanmak, Duygu Geler Külcü, Sevilay Batıbay, Elem İnal

*Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul*

**Amaç:** Yetersizlik kırıkları genellikle yaşlı ve postmenapozal osteoporozlu bayanlarda görülür. En sık torasik vertebra, tibia, fibula ve kalkaneusta gözlenir. Femur boynunda stres fraktürü nadir görülür, bilateral olması ise daha nadirdir. Vitamin D eksikliği ve osteomalazi stres kırıklarının risk faktörlerinden biridir. Premenapozal dönemde bilateral femur boynu stres fraktürü gelişen osteomalazili bir olgu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 44 yaşında premenapozal bayan hasta 2 aydır bel ve her iki kasık-kalçada ağrı, bacaklarda güçsüzlük, yürümede zorluk

şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Travma öyküsü yoktu. Ağrısı mekanik karakterdeydi. Ördükvari yürüyüşü mevcuttu. Özgeçmişinde özelliği yoktu. Sistemik muayenesi doğaldı. Lordoz artışı dışında bel muayenesi normaldi. Aktif kalça hareketleri şiddetli ağrılı ve her yöne kısıtlı, pasif hareketleri açık ve tüm yönlerde ağrılıydı. Bilateral alt ekstremite proksimal kas güçleri 4/5, distal kas güçleri tamdı. Duyu ve refleks muayeneleri normaldi. SLR testi -/-, FABER ve FADİR testleri +/- idi. Miyopati ayırıcı tanısı için yapılan EMG tetkiki normaldi. Lomber MR'da patoloji saptanmadı. Hemogram, KCFT, kreatinin, kreatin kinaz, ESR, CRP, RF, ENA profili, brucella testleri, tümör markerları ve protein elektroforezi normaldi. Serum 25(OH)D vitamini: 9.5 ng/mL, Ca: 9 mg/dL, p: 1.9 mg/dL, ALP: 158IU/L, PTH: 155.1 pg/mL düzeyindeydi. Kemik densitometrisi osteopenikti. Pelvis AP'de bilateral Garden tip 1 stres fraktürü gözlemlendi. Kalça MR'ında her iki femur boynu medialinde yaklaşık 15 mm uzunluğunda fraktür hattı ve komşuluğunda minimal ödem (stres fraktürü) saptandı. Tüm vücut kemik sintigrafisinde her iki femur başı-asetabular bölge medialinde artmış radyoaktivite tutulumu saptandı. Bu bulgularla hastaya osteomalaziye bağlı bilateral femur boynu stres fraktürü tanısı kondu. Ortopedi konsultasyonu sonucunda operasyon önerilmedi, konservatif tedavi (istirahat, çift koltuk değneği kullanarak yük aktarımı yapmaması, aktivite modifikasyonu) önerildi. 8 hafta boyunca haftada bir 50.000 IU D vitamini replasmanı verildi. İki ay sonraki kontrolünde ağrısı azalmış ve kısmi yük vermeye başlamıştı, proksimal kas güçsüzlüğü ile anormal yürüme paterninde düzelmeler görüldü. Laboratuvar değerlerinde gözlenen düzelmeler şöyleydi; 25(OH)D: 29.9 ng/mL, Ca: 9.9 mg/dL, p: 3.1 mg/dL, ALP: 126 IU/L, PTH: 72.2 pg/mL. Kontrol kalça MR'ında kemik iliği ödeminde gerileme ve stres fraktüründe iyileşme gözlemlendi. D vitamininin idame dozda devamı, kalça eklem hareket açıklığı ve izometrik egzersizler, yük aktarımının tedricen artırılması önerilerek hastanın takibine devam edilmektedir.

**Sonuç:** Kalça ağrısı ve yürüme güçlüğü ile başvuran olgular mutlaka osteomalazi yönünden sorgulanmalı ve erken dönemde tedavi edilmelidir. Tanı gecikmesi yanlış tedavilerin uygulanmasına, fraktür ve osteonekroz gibi komplikasyonların gelişmesine, iyileşmenin gecikmesine ve dizabilitenin artmasına neden olmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Osteomalazi, stres fraktürü, vitamin D eksikliği

## PS-065

### Sistemik lupus eritematozus ile eşzamanlı tanı konan miksoid liposarkom birlikteliği

Nergiz Huseynova<sup>1</sup>, Gezmiş Kimyon<sup>2</sup>, Rasim Bayramov<sup>3</sup>

*<sup>1</sup>Avrasiya Hospital, Romatoloji Kliniği, Bakü, Azerbaycan; <sup>2</sup>Antakya Devlet Hastanesi Romatoloji Kliniği, Hatay; <sup>3</sup>Azerbaycan Tıp Üniversitesi, Tıbbi Cerrahiye Kliniği, Radyoloji Bölümü, Bakü, Azerbaycan*

**Amaç:** Sistemik lupus eritematozus (SLE) ağırlıklı olarak doğurganlık çağındaki kadınları etkileyen kronik, inflamatuvar, otoimmün sistemik bir hastalıktır. İnflamatuvar romatizmal has-



talıklarda malignite riskinin arttığı bilinmektedir. Biz burada SLE ile birlikte eşzamanlı olarak liposarkom tanısı koyduğumuz bir hastayı sunmak istedik.

**Olgu:** 56 yaşında kadın hasta sol ayak bileğinde artrit ile başvurdu. Halsizlik, fotosensitivite, alopesi ile beraber hastada malar raş saptandı. Laboratuvar bulgularında eritrosit sedimentasyon hızı: 58 mm/h, CRP: 52 mg/l, tam idrar tetkikinde +2 proteinüri vardı. ANA IFA +3 homojen patern, dsDNA 520 (0–100) olan hastada hemogram, biyokimya ve kompleman değerleri normal idi. SLE kabul edilen ve böbrek biyopsisi yapılmayan hastaya medilprednisolon, siklofosfamid (intravenöz infüzyon), hidroksiklorokin başlandı. Sol bacak posterior medialde 17×10 cm büyüklüğünde sert kitle saptanan hastadan USG eşliğinde biyopsi yapıldı. Sol bacadaki kitleden yapılan biyopsi miksoid liposarkom olarak yorumlandı. Tümör cerrahi olarak çıkarıldı ve hastaya radyoterapi uygulandı. Tümör tedavisi sonrası SLE bulguları devam eden hastanın takip ve tedavisi sorunsuz olarak devam etmektedir.

**Sonuç:** SLE’de özellikle nonHodgkin lenfoma başta olmak üzere lenfoid malignite riski artmıştır. Paraneoplastik sendrom olarak özellikle solid tümörler lupus benzeri tabloya yol açabilir. Bizim hastamızda tümör tedavisi sonrası SLE’ye ait bulgular düzelmedi. Malignite riski SLE ve diğer inflamatuvar romatizmal hastalıklarda artmıştır. Aynı zamanda tedavide kullanılan siklofosfamid gibi ilaçlar malignite riskini artırabilir. SLE’yi taklid eden paraneoplastik sendromlar ayırıcı tanıda unutulmamalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Miksoid liposarkom, sistemik lupus eritematozus

## PS-066

### Kaviter pulmoner nodülleri ve anti-nötrofil sitoplazmik antikorlu olan bir romatoid artrit olgusu

Nilüfer Alpay Kamitez<sup>1</sup>, Selda Çelik<sup>1</sup>, Erdoğan Çetinkaya<sup>2</sup>, Halide Nur Ürer<sup>3</sup>, Sibel Öner Yılmaz<sup>1</sup>, Ayşe Kavak<sup>4</sup>, Cemal Bes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul; <sup>2</sup>Yedikule Göğüs Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul; <sup>3</sup>Yedikule Göğüs Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul; <sup>4</sup>Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Romatoid artrit (RA) plevra, pulmoner vasküler sistem ve parenkim tutulumuna neden olabilir. Pulmoner nodul RA’da nispeten sık görülen bir akciğer bulgusudur ve nadiren kaviteleşebilir. Bu durumda malignite, tüberküloz başta olmak üzere infeksiyon hastalıkları ve vaskülit ayırıcı tanısı dikkatle yapılmalıdır. Bu yazıda, dev kaviter pulmoner nodülleri olan bir RA olgusu sunulmaktadır.

**Olgu:** 61 yaşında kadın hasta halsizlik, kilo kaybı, el küçük eklemleri, omuz ve dizlerini tutan artrit, öksürük ve gövdede yara şikayeti ile başvurdu. Hikayesinde 2 yıldır simetrik poliartit olduğu, 10 ay önce leflunomid 20 mg/gün, hidroksiklorokin 200 mg/gün tedavisi verildiği, 4 aydır halsizlik kilo kaybı olduğu, 2 aydır eklem bulgularında kötüleşme ile öksürük başladığı,

gövdede renk değişiklikleri ve memede yara geliştiği öğrenildi. Fizik muayenesinde gövdede livedoid görünüm, sol memede nekrotik deri lezyonu görüldü (Şekil PS-066). DAS28 skoru 7.2 olarak hesaplandı. Laboratuvar incelemesinde patolojik olarak yüksek akut faz (ESH: 88 mm/sa; CRP: 17 mg/dl; normal değer <0.5) ve RF, Anti-CCP ile Anti-MPO pozitif bulundu [sırasıyla 569 IU/ml (<20), 201 IU/ml (<12) ve 93 IU/ml (<18)]. El grafisinde periartiküler osteopeni ve birkaç litik lezyon görüldü. Toraks BT’de bilateral geniş nekrotik alanlar içeren pulmoner lezyonlar izlendi (Şekil PS-066). Deri biyopsisinde dermal nötrofil ve lenfosit infiltrasyon saptandı. Akciğerden trans-toraksik yolla alınan iğne biyopsisinde, nekrotizan granümatöz inflamasyon ve orta çaplı damarlarda tam kat lenfoplasmositer hücre infiltrasyonu görüldü. ANCA ilişkili vaskülit ya da RA ilişkili akciğer tutulumu ayırımı kesin olarak yapılamasada, iki durumda da etkili olacağından metilprednisolon (1 g×3 gün-devamında 1 mg/kg/gün) ve siklofosfamid (15 mg/kg/ay) tedavisi başlandı. Takibinde 2. haftada pnömotoraks gelişti ve kapalı sistem drenaj uygulandı. Üç aylık tedavinin sonunda klinik semptomlarda ve akciğer lezyonlarında belirgin gerileme oldu.

**Sonuç:** Romatoid nodul histopatolojik olarak granümatöz inflamasyon özellikleri gösterir ve nadir olgularda, şiddetli inflamasyon neticesinde nekroz gelişerek kaviteleşme görülebilir. Literatürde kaviter akciğer nodülleri olan olgu bildirimlerinde leflunomid tedavisinin olası sorumlu olarak gösterilmesi dikkat çekicidir. Bizim olgumuzda da lezyonlar leflunomid tedavisi altında gelişmiştir. Ancak aynı zamanda ANCA pozitifliği mevcuttur ve vaskülitik karakterde deri lezyonları gelişmiştir. Bu durumda ayırıcı tanıya yardım edecek veriler sınırlıdır. RA kohortlarında ANCA pozitifliği %32’e varan sıklıklarda bildirilmektedir. Başka bir yazıda ANCA ve Anti CCP pozitif RA olgularında akciğer nodüllerinin gelişme olasılığının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Kaviter pulmoner nodüllü RA olgularında, romatoid vaskülit ya da RA seyrinde ANCA ilişkili vaskülit ayırımını yapabilecek klinik ve histopatolojik bulguların belirlenmesine yönelik araştırmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar sözcükler:** Romatoid artrit, kaviter pulmoner nodül



Şekil (PS-066): Toraks BT’de pulmoner lezyonlar.

## PS-067

### Aktif Behçet hastalığında endokan ölçümü

Ayhan Kul<sup>1</sup>, Orhan Ateş<sup>2</sup>, Meltem Alkan Melikoğlu<sup>1</sup>, Mahir Uğur<sup>1</sup>, Nurinnisa Öztürk<sup>3</sup>, Gülsüm Erkayhan<sup>4</sup>, İbrahim Koçer<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR Anabilim Dalı, Erzurum;

<sup>2</sup>Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı,

Erzurum; <sup>3</sup>Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı,

Erzurum; <sup>4</sup>Silifke Devlet Hastanesi, Göz Kliniği, Mersin

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı aktif Behçet hastalığında serum endokan, vasküler endotelial büyüme faktörü (VEGF) ve tümör nekroz faktör- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

**Yöntem:** Aktif Behçet hastalığı olan kırk hasta (grup 1) ve 40 sağlıklı kontrol (grup 2) grubu çalışmaya dahil edildi. Her iki gruba (hasta ve kontrol) aynı uzman tarafından tam bir sistemik ve oftalmolojik muayene yapıldı. Endokan, VEGF ve TNF- $\alpha$ , tüm deneklerde ELISA kiti ile ölçüldü.

**Bulgular:** Serum endokan düzeyleri hasta grubunda  $775.22 \pm 479.30$  ng/ml, kontrol grubunda  $275.82 \pm 145.76$  ng/ml olarak bulundu. VEGF seviyesi hasta grubunda  $1768.21 \pm 900.46$  pg/ml ve kontrol grubunda  $980.16 \pm 135.32$  pg/ml idi. TNF düzeyi ise hasta grubunda  $22.36 \pm 74.30$  pg ml-1 ve kontrol grubunda  $11.40 \pm 16.85$  pg ml-1 idi. Serum endokan VEGF ve TNF- $\alpha$  düzeyi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ( $p < 0.001$ ). Hasta grubunda serum endokan ve VEGF düzeyleri arasında anlamlı bir pozitif korelasyon ( $p < 0.001$ ,  $r = 0.630$ ) belirlendi. Aynı şekilde hasta grubunda serum endokan düzeyleri ile TNF düzeyleri arasında da anlamlı bir pozitif korelasyon ( $p < 0.001$ ,  $r = 0.713$ ) saptandı.

**Tablo (PS-067):** Her iki grubun demografik özellikleri ve laboratuvar bulguları.

	Grup 1 (n=40)	Grup 2 (n=40)	p
Yaş, (ortalama $\pm$ SD)	37.56 $\pm$ 8.7	38.76 $\pm$ 7.9	>0.05
Erkek, (%)	60	55	>0.05
Endokan düzeyi, (ng/ml)	775.22 $\pm$ 479.30	275.82 $\pm$ 145.76	<0.001
VEGF düzeyi, (pg/ml)	1768.21 $\pm$ 900.46	980.16 $\pm$ 135.32	<0.001
TNF-alpha düzeyi, (pg ml-1)	22.36 $\pm$ 74.30	11.40 $\pm$ 16.85	<0.001

**Sonuç:** Serum endokan düzeyi aktif Behçet hastalığında bir belirteç olarak kullanılabilir.

**Anahtar sözcükler:** Endokan, TNF, Behçet hastalığı

**Tablo (PS-068):** Tedavi öncesi ve tedavi sonrası karaciğer fonksiyon testleri.

Laboratuvar testleri	Bazal	1. ay	3. ay	p
Aspartat transaminaz (AST), U/L	26.17 $\pm$ 17.40	29.19 $\pm$ 29.03	27.83 $\pm$ 16.69	>0.05
Alanin transaminaz (ALT), U/L	29.01 $\pm$ 20.61	32.08 $\pm$ 24.76	29.87 $\pm$ 20.59	>0.05
Gama glutamil transferaz (GGT), mg/dL	45.13 $\pm$ 40.87	42.28 $\pm$ 56.45	40.53 $\pm$ 40.79	>0.05
Albumin, mg/dL	4.51 $\pm$ 0.37	4.58 $\pm$ 0.36	4.57 $\pm$ 0.69	>0.05

## PS-068

### Gut hastalığının karaciğer fonksiyon testleri üzerine olan etkisi

Yeşim Özdem İnan, Cemal Bes, Nilüfer Alpay Kanitez, Selda Çelik, Sibel Yılmaz Öner

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Gut hastalığının karaciğer fonksiyon testlerinde bozulmaya neden olduğuna dair literatürde az da olsa birkaç yazıya rastlamak mümkün. Ancak bu ilişki tam anlamıyla ispatlanamamıştır. Bu çalışmada, merkezimizden gut hastalığı tanısı konmuş olan ve takip edilen hastalarda bu hastalığın ve kolşisin tedavisinin karaciğer fonksiyon testleri üzerine olan etkisini araştırdık.

**Yöntem:** ACR/EULAR 2015 kriterlerine göre gut hastalığı tanısı konulan 93 hasta (15 kadın, 78 erkek) çalışmaya alındı. Bazal, 1. ve 3. ayda aspartat transaminaz (AST), alanin transaminaz (ALT), gama glutamil transferaz (GGT) ve albumini içeren karaciğer fonksiyon testlerine bakıldı. Aynı zamanda kan ürik asit seviyesi ile yıllık artrit atak sıklığı ve hastalık süresi arasında bir korelasyon olup olmadığı değerlendirildi.

**Bulgular:** Başlangıç, 1. ay ve 3. aydaki karaciğer fonksiyon testleri arasında anlamlı bir fark yoktu. Hem tam esnasında hem de takip sırasındaki kan ürik asit düzeyi, eritrosit sedimentasyon hızı, C reaktif protein, atak süresi, yıllık atak sayısı ile karaciğer fonksiyon testleri arasında bir korelasyon yoktu ( $p > 0.05$ ). 3 aylık takip sonunda kolşisin kullanan hastalar (78/93) ile kolşisin kullanmayan hastalar (15/93) arasında karaciğer fonksiyon testleri bakımından bir fark izlenmedi.

**Sonuç:** Gut hastalığı ile non-alkolik karaciğer hastalığı arasında bir ilişki olduğuna dair sınırlı sayıda yayın olmakla birlikte biz kendi merkezimizdeki hastalarda bu ilişkiyi saptayamadık. Ancak ileride yapılacak olan ve daha fazla hastayı kapsayan uzun dönem çalışmalar ile bu ilişki daha objektif bir şekilde değerlendirilebilir.

**Anahtar sözcükler:** Gut, karaciğer fonksiyon testleri

## PS-069

### Sulfasalazin ile ilişkili hipersensitivite sendromu: Olgu sunumu

Adem Ertürk, Döndü Üsküdar Cansu, Cengiz Korkmaz, Timuçin Kaşifoğlu

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

**Amaç:** İlaçla ilişkili hipersensitivite sendromu (İİHS), hayatı tehdit eden ilaç reaksiyonlarından biridir. Daha önceleri

DRESS adı altında tanımlanmıştır. En sık fenitoin, karbamazepin ve fenobarbital gibi aromatik antikonvulzanlar olmak üzere azatiyoprin, allopurinol, vankomisin gibi ilaçların da İİHS'ye neden olabildiği bildirilmiştir. Hastalık ateş, lenfadenopati, lökositoz, atipik lenfositoz, human herpesvirus-6 reaktivasyonu, eozinofili ile seyredir. Şiddetli olgularda viseral organlar tutulabilir. En sık hepatit sonucu fulminan nekroz gelişebilir ve en sık ölüm nedeni olabilir. Miyokardit, interstisyel pnömöni ve interstisyel nefrit diğer ölüm nedenleridir. Burada salazoprine bağlı İİHSS gelişen bir olgudan bahsedilecektir.

**Olgu:** 30 yaşında kadın hasta, bir hafta önce başlayan, halsizlik, ateş, iştahsızlık, bulantı, tüm vücutta döküntü nedeniyle romatoloji polikliniğine başvurdu. Bir ay önce ankilozan spondilit nedeniyle sulfasalazin başlanılmış, 500 mg/gün kullanılmış, 3 hafta sonra şikayetlerinin başlaması üzerine ilaçlarını (sulfasalazin ve 1.5 yıldır kullandığı Alendronik asit+ D vitamini) bırakmış. Tıbbi özgeçmişinde gebelik ile ilişkili osteoporoz vardı. Fizik muayenesinde tüm vücutta basmakla solan makülopapüller döküntüleri vardı. Hastanın laboratuvar incelemelerinde Hb: 12.6 g/dl, Wbc: 18100/ul, Nötrofil: 6900/ul, Lenfosit: 8300/ul, Eozinofil: 100/ul, Plt: 419000/mm<sup>3</sup>, Bilirubin: (D/İ): 1.45/0.84 mg/dl, ALP: 306 U/L, AST: 75 U/L, ALT: 182 U/L, GGT: 355 U/L, Total protein: 6.7 g/dl, Albumin: 3.5 g/dl, Sed: 21 mm/h, CRP: 4.5 mg/dl. Hepatit markerları, anti HIV, CMV PCR, EBV-VCA IgM negatifti. Kemik iliği biyopsisi sonucunda reaktif hiperselülarite saptandı, atipik hücreler saptanmadı. Yapılan deri biyopsi histopatolojik incelemesinde bulgular ilaç reaksiyonu ile uyumlu olarak değerlendirildi. 60 mg/gün metilprednisolon başladık. Batın usg; safra kesesi kollabe olmakla birlikte duvar kalınlığı artmış ve ödemli, koledok ve intrahepatik safra kanallarında dilatasyon izlenmedi. MR kolanjiyografi,

normal olarak değerlendirildi. Akalkuloz kolesistit olarak değerlendirildik. TA değerleri düşen, taşikardisi gelişen, hipoksisi olan ve efor kapasitesi düşen hastanın çekilen EKG'de anterior derivasyonlarda yaygın t negatifliği saptadık. Troponin T değeri: 0.104 ng/ml (0-0.014), pro-BNP: 23339 pg/ml (0-125) olan hastanın ekokardiyografisinde bazaller hariç tüm miyokard segmentleri akinetik, EF:%12 olarak değerlendirildi. Kardiyoloji yoğun bakımda takip edilmeye başlanan hastanın yapılan koroner anjiyografisi normal olarak değerlendirildi. Miyokardit olarak değerlendirildik, 400 mg/kg/gün (5 gün) IVIG ve 1000 mg metilprednisolon 3 gün verildi, ardından 1 mg/kg devam edildi. Takiplerinde semptomları, laboratuvar ve EKO bulguları düzeldi.

**Sonuç:** İİHS hayatı tehdit eden ciddi bir ilaç reaksiyonudur. Viseral tutulum açısından hastalar detaylı olarak değerlendirilmeli, reaksiyonu meydana getiren ilaç kesilmeli ve hastalık şiddetine göre uygun immunsupresif ilaçlarla tedaviye başlanılmadır ve uzun süreli yakın takibi önemlidir.

**Anahtar sözcükler:** Sulfasalazin, hepatit, miyokardit

#### PS-070

#### FMF ilişkili spondiloartritli hastaların klinik demografik özellikleri ve seronegatif spondiloartritlerle karşılaştırması

Esra Dilşat İmrak

*İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul*

**Amaç:** FMF'de sakroileit %7 sıklıkta görülmektedir. Sakroileit saptanan hastalarda seronegatif SPA alt tipleri yanı sıra FMF de ayırıcı tanıda akıld tutulmalıdır, çünkü bu hastalar hem eklem şikayetlerinin gerilemesi hem de amiloidozun önlenmesi açısından



**Şekil (PS-069):** Yüzde (a), gövdede (b) ve ekstremitelerde (c) yaygın makülopapüler döküntüler.

dan kolşisinden daha fazla yarar görecektir. FMF ilişkili SNSA ile seronegatif SPA ve FMF hastalarını karşılaştıran herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma FMF ilişkili SNSA ile seronegatif SPA ve FMF hastalarının klinik demografik, genetik ve inflamatuvar belirteçler açısından karşılaştırmasını yapmak üzere tasarlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmada 01.06.2012–01.06.014 tarihleri arasında Ankara Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Romatoloji Polikliniği'ne başvuran 42 FMF ilişkili SNSA, 100 seronegatif SPA ve 100 FMF tanısı almış olan toplam 242 hastanın dosyaları retrospektif olarak değerlendirildi. FMF tanısı için Tel Hashomer kriterleri, seronegatif SPA tanısı için ise ASAS kriterleri kullanıldı. Hastaları yaş cinsiyet yanı sıra tanı süresi, ilaç kullanımı, periferik artrit ve entezit bulgusu olması açısından sorgulandı. Hastalarda sakroileit bulgusu sakroiliak MR görüntüleme ile doğrulandı. Hastaların MEFV gen mutasyonu ve HLA B27 mutasyonu sonuçları kaydedildi. Hastaların kullandığı ilaçlar; kolşisin, DMARD grubu ilaçlar, NSAID ler ve biyolojik ajanlar olarak 4 gruba ayrıldı. Hastalık aktivitesini değerlendirmek için BASDAI skorları değerlendirmeye alındı. Hastaların tam kan, biyokimya, ESR, CRP, RF ve ANA değerleri kaydedildi.

**Bulgular:** FMF ilişkili SNSA grubunda yaş ortalaması 35.88 bulundu, kadın cinsiyet baskın (%69) olarak izlendi. Yaş ortalaması anlamlı olarak daha küçük izlendi. Hastaların %59.5'inde M694V gen mutasyonu saptandı. FMF ilişkili SNSA grubunda hastalar büyük oranda (%83.3) HLA B27 negatifti. Seronegatif SPA grubu ile arasında HLA B27 sıklığı açısından fark bulunmadı. Hastaların 1/3'ünde biyolojik tedaviye gereksinim duyulduğu görüldü. Bu grupta ortalama hastalık süresi seronegatif SPA ve FMF grubuna göre daha uzundu. FMF ilişkili SNSA ile seronegatif SPA grupları arasında BASDAI ortalaması karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık izlenmedi (p=0.919). FMF ilişkili SNSA grubu ile seronegatif SPA ve FMF grupları karşılaştırıldığında FMF ilişkili SNSA grubunda inflamatuvar belirteçler olan ESR ve CRP değerleri istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek saptandı.

**Tablo 1 (PS-070):** FMF ilişkili SNSA ile FMF grubunun karşılaştırması.

	FMF ilişkili SNSA	FMF	p değeri
ESR (ortalama)	40.02	21.65	0.002
CRP (ortalama)	19.1	3.3	0.000
Yaş (ortalama)	35.88	37.04	0.594
Cinsiyet	%69 kadın	%65 kadın	0.642

**Tablo 2 (PS-070):** FMF ilişkili SNSA ile seronegatif SPA karşılaştırması.

	FMF ilişkili SNSA	Seronegatif SPA	p değeri
BASDAI	5.6	5.9	0.919
HLA B27 pozitifli(%)	%16.7	%27.8	0.178
ESR (ortalama)	40.02	26.43	0.021
CRP (ortalama)	19.1	2.5	0.001
HGB	12.8	13.2	0.301

**Sonuç:** Her 3 grup karşılaştırıldığında FMF ilişkili SNSA grubunda hastalığın daha erken yaşta tanı aldığı, M694V gen mutasyonunun daha sık görüldüğü, büyük oranda HLA B27 negatif olduğu görülmüştür. Her iki kontrol grubuyla karşılaştırıldığında FMF ilişkili SNSA grubunda inflamatuvar belirteçlerin (ESR, CRP) daha yüksek seyretiği gösterilmiştir. Bu hastalarda tedavi ve komplikasyon gelişimini önlemek amacıyla sakroileit saptanan hastalarda FMF de ayırıcı tanılar içinde yer almalıdır.

**Anahtar sözcükler:** FMF ilişkili SNSA

## PS-071

### Ankilozan spondilit hastalarında iş istikrarını etkileyen faktörler

Burcu Taşer<sup>1</sup>, F. Figen Ayhan<sup>1</sup>, Pınar Borman<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara; <sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Genç yaş ve erkek dominant tutulumu nedeniyle ankilozan spondilit (AS) işgücü ve işgünü kaybı kadar iş istikrarsızlığına (*work instability*) da yol açmaktadır. Bu nedenlerle AS hasta ve ailesi kadar ülke ekonomisinde de olumsuz sosyoekonomik sonuçlara neden olmaktadır. Bu çalışmada 3. basamak hastanenin fiziksel tıp ve rehabilitasyon kliniği, romatoloji ünitesinde takip edilen rastgele seçilmiş ve halen çalışmakta olan AS hastalarında iş istikrarsızlığını ve iş istikrarsızlığının belirleyici faktörlerini çok yönlü olarak araştırmayı amaçladık.

**Yöntem:** Çalışmaya polikliniğimize başvuran, modifiye Newyork kriterlerine göre ankilozan spondilit tanısı alan ve çalışan 20–70 yaş arası 68 hasta dahil edildi. Ankilozan spondilitli hastaların demografik özellikleri, hastalık aktivitesi, klinik, fonksiyonel ve radyografik durumu, kardiyak tutulum (kardiyoloji konsültasyonu, echo ve efor testi ile) ve pulmoner tutulumları (göğüs hastalıkları konsültasyonu, HRCT ve SFT ile), yaşam kalitesi ve genel çalışma bozukluğu kaydedildi. İş istikrarsızlığını değerlendirmek için ankilozan spondilit iş istikrarsızlığı skalası (AS-WIS) kullanıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan 68 AS'li hastanın 7'si (%10.3) kadın, 61'i (%89.7) erkekti. Hastaların iş istikrarsızlığı (AS-WIS) ortalamasını 11.5±5.8 idi. Bu hastalarda %42.6 düşük ve %57.4 orta-yüksek iş istikrarsızlığı saptadık. Bu iki grubu karşılaştırdığımızda, yüksek iş istikrarsızlığı olanlarda; yer değiştiren gluteal ağrı, hasta-doktor global değerlendirmesi, hastalık aktivitesi (BASDAI), fonksiyonel durum (BASFI), radyografik tutulum şiddeti (BASRI), yaşam kalitesi etkilenme skoru (ASQoL), el parmak zemin mesafesi ve komorbidite sayısı anlamlı olarak daha yüksekti. Çoklu adımsal doğrusal regresyon analizinde iş istikrarsızlığındaki en belirleyici faktör yaşam kalitesi (ASQoL) olarak bulundu. Bu çalışmanın ana limitasyonu kısıtlı hasta sayısı (n=68) ve kesitsel çalışma tasarımıdır, bu konuda prospektif ve geniş hasta serileri içeren ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Sonuç:** AS hastalarında iş değişikliklerinin veya iş istikrarsızlığının en aza indirilmesi için spesifik yaşam kalitesi ölçekleri kullanmak yol gösterici olabilir. AS hastalarında iş istikrarını belir-

leyen en önemli faktör yaşam kalitesidir. (ASQoL). Yaşam kalitesinin yanında hastalık belirteçleri kadar komorbiditelerin de rolü vardır. AS hastalarının iş verimliliğini artırmak için yaşam kalitelerini artırıcı, hastalık ve komorbiditelerine yönelik uygun tedavi ve takiplerinin yapılması, gerektiğinde çalışma koşullarının düzenlenmesi ile sağlanabileceğini düşünmekteyiz. AS hastalarının iş istikrarı için bilimsel otoriteler kadar hasta dernekleri, hükümet ve sivil toplum örgütlerinin ortak çalışacağı platformlara gereksinim bulunmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Ankilozan spondilit, iş istikrarsızlığı, yaşam kalitesi

## PS-072

### Non radyografik aksiyel spondiloartropati hastalarının depresyon ve anksiyete düzeylerinin ankilozan spondilit hastaları ile karşılaştırılması

Emrah Barışan<sup>1</sup>, Duygu Bayır<sup>1</sup>, Önay Gerçik<sup>2</sup>, Servet Akar<sup>2</sup>, Dilek Solmaz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tekirdağ; <sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

**Giriş:** Son zamanlarda ASAS tarafından önerilen aksiyel spondiloartropati (SpA) konsepti içerisinde hastalığın erken ve geç dönemini içeren hastalar yer almaktadır. Bu konsept içerisinde ankilozan spondilit (AS) kriterlerini karşılamayan ancak kronik bel ağrısı ve SpA'nın diğer özellikleri ile non radyografik SpA olarak sınıflandırılan hastalar da yer almaktadır. Bu grup daha heterojen ve bazı özellikleri ile AS'den farklı olmasına karşın hastalık aktivitesi açısından benzer yükü taşımaktadır. Psikiyatrik semptomlar AS'nin seyri sırasında hastalarda sıklıkla görülebilmektedir. Depresif semptomlar %27.4–55.5 arasında iken, anksiyete semptomları %19.5–60.9 oranında görülmektedir. Non radyografik SpA grubunda bu durumun değerlendirildiği az sayıda çalışma bulunmaktadır.

**Amaç:** AS ve non radyografik SpA grubunda depresyon ve anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi ve ilişkili olabilecek faktörlerin gözden geçirilmesi

**Yöntem:** Çalışmaya ASAS tanımlamasına göre aksiyel SpA olan 155 (114 AS, 41 non-radyografik SpA) hasta dahil edilmiştir. Aktivite için BASDAI ve spinal ağrı için VAS; fonksiyonel kapasite için BASFI ve yaşam kalitesi için ASQOL kullanılmıştır. Psikiyatrik semptomlar için State-Trait Anxiety inventory (STAI), Beck Depression Inventory (BDI) ve Beck anxiety inventory (BAI) kullanılmıştır.

**Bulgular:** AS hasta grubu (ortalama yaş: 39±10.8, erkek: %73.4) non radyografik SpA (ortalama yaş: 35±10.1, erkek: %54.8) grubuna göre daha yaşlı ve cinsiyet dağılımında erkek ağırlıklı olarak bulundu. İki grup arasında BASDAI, VAS spinal ve BASFI arasında fark saptanmadı. Psikiyatrik ölçümlere bakıldığında AS ve non radyografik SpA grubunun yine benzer olduğu görüldü. STAI, BDI ve BAI nin BASDAI, BASFI, ASQOL ve VAS spinal ağrı ile iyi korelasyon gösterdiği görüldü (Tablo PS-072).

**Sonuç:** AS ve hastalığın erken dönemi olarak düşünülen non radyografik SpA grubu klinik bazı farklılıklara karşın hastalık aktivitesinde olduğu gibi psikiyatrik semptomların varlığı açısından da benzer özellikler göstermektedir. Psikiyatrik semptomlar hastalık aktivitesi, fonksiyonel kapasite ve yaşam kalitesi ile yakından ilişkilidir.

**Tablo (PS-072):** Psikiyatrik ölçümlerle hastalık aktivitesi, fonksiyonel kapasite ve yaşam kalite ölçükleri arasındaki ilişki.

		BASDAI	BASFI	VAS Spinal ağrı	ASQOL
STAI-I (state anxiety)	r	0.432	0.343	0.373	0.481
	p	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01
STAI-II (trait anxiety)	r	0.375	0.342	0.234	0.420
	p	<0.01	<0.01	0.005	<0.01
Beck anksiyete	r	0.430	0.375	0.326	0.508
	p	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01
Beck depresyon	r	0.427	0.432	0.410	0.595
	p	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

**Anahtar sözcükler:** Non radyografik aksiyel spondiloartropati, ankilozan spondilit, anksiyete

## PS-073

### Romatoid artritli hastalarda akciğer tutulumunun tespiti

Ahmet Hüsrev Tekeli<sup>1</sup>, Refik Ali Sarı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Tonya Devlet Hastanesi, Trabzon; <sup>2</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon

**Amaç:** Romatoid artrit (RA) tanısının erken konulması erken tedavi ile hasarın önüne geçebilmesi açısından çok önemlidir. Romatoid artrit, özellikle eklemlerin ön plana çıktığı bir hastalık olmakla birlikte her organ sistemini tutabilir. Romatoid artritli hastalarda akciğer tutulumu (%9.9), enfeksiyonlar (%23.5) ve kardiyovasküler hastalıklardan (%17.3) sonra en sık ölüm nedenidir. Özellikle pulmoner fibrozis gelişimi klinik seyri olumsuz etkilemektedir. Amacımız, romatoid artrit hastalarında akciğer tutulumunu değerlendirmektir.

**Yöntem:** Çalışma Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Tıp Fakültesi İmmünoloji polikliniğine başvurmuş, 78 RA olgusu ile yapılmıştır. RA hastalarından seropozitif olanlar çalışmaya dahil edildi. Romatoid artrit hastalarda Toraks BT, yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (YÇBT) ve solunum fonksiyon testi (SFT) sonuçları incelendi.

**Bulgular:** Kliniğimizde takipli, 57'si kadın (%73.1), 21'i erkek (%26.9) olmak üzere toplam 78 RA hastası çalışmaya dahil edildi. RA hastalarının toraks BT bulgularının dağılımına bakıldığında, en sık görülen lezyonların (%50.9) <10 mm multipl lenf nodları (LN), (%32.1) <5 mm nodül, (%32.1) atelektatik bant olduğu görüldü. Bizim çalışmamızda RA'lı hastalarda YÇBT bulguları, Milimetrik nonspesifik nodül 15 olgu (%34.1), Atelektatik bant 8 olgu (%18.2), Fibrozis 7 olgu (%15.9), Atelekta-

zi 6 olgu (%14.3), Buzlu cam 5 olgu (%11.4), Tübüler bronşektazi 3 olgu (%7.1), Amfizematöz değişiklik 3 olgu (%6.8), Traksiyonel bronşektazi 2 olgu (%4.5), Bal peteği 2 olgu (%4.5), Subplevral kist 1 olgu (%2.3), Kronik İnterstiyel AC hastalığı 1 olgu (%2.4), Septal kalınlaşma 1 olgu (%2.4) olarak tespit edilmiştir. RA hastalarında SFT bulguları olarak FEV1/FVC, FEV1 L, FVC L, FEV1 %, FVC % değerleri saptandı. Çalışmamızda RA hastalarının solunum fonksiyon testleri ile YRBT bulguları karşılaştırıldı. Akciğer tutulumu olan ve olmayan gruplar arasında sırasıyla FEV1/FVC, FEV1 L, FVC L, FEV1 %, FVC % değerleri karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmadı (p=0.776; 0.868; 0.709; 0.900; 0.910; 0.497). Kısıtlılıklar (Limitations): Çalışmamızın hasta sayısının nispeten az olması, kontrol grubunun olmaması gibi bazı sınırlamaları vardı.

**Sonuç:** Romatoid artritli hastalarda akciğer tutulumu morbidite ve mortaliteyi önemli derecede etkilediği için, akciğer tutulumunu erken dönemde saptamak ve tedavi modalitesini düzenlemek için toraks BT, ve SFT kullanılabilir. Solunum fonksiyon testleri, klinik pratikte oldukça sık kullanılan, yararlı bir yöntem olmakla birlikte, RA'lı hastalarda interstiyel akciğer hastalığının tespitinde radyografik tekniklerle göre daha az duyarlıdır. Solunum fonksiyon testleri sonuçlarının klinik ve radyolojik verilerle birlikte değerlendirilmesi gerekir.

#### PS-074

##### **İnfluenza virüs aşısı sonrası gelişen eozinofilik fasiit olgusu: Nadir görülen bir etken**

Yasemin Turan<sup>1</sup>, Serkan Sabancı<sup>1</sup>, Elif Aydın<sup>1</sup>, Işıl Karataş Berkit<sup>2</sup>, Fatih Kahvecioğlu<sup>2</sup>, Özgür Can Caner<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Aydın; <sup>2</sup>Aydın Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Aydın

**Amaç:** Eozinofilik fasiit (EF), skleroderma benzeri nadir görülen etiyojisi bilinmeyen inflamatuvar bir hastalıktır. Sıklıkla genç erkeklerde görülen EF; eozinofili, ekstremitelerde endurasyon, ciltte kalınlaşma ve hareket kısıtlılığı ile karakterizedir. Bu yazıda influenza virüs aşısı sonrasında EF gelişen olgumuzu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** Ellerde ve ayaklarda sertlik, kuruluk ve renk değişikliği yakınması ile 77 yaşında erkek hasta polikliniğimize başvurdu. Yakınmaları 5-6 aydır süren ve öncelikle dermatoloji bölümüne başvuran hasta, topikal ilaç tedavisi verildiğini ancak yakınmalarında gerileme olmadığını bildirdi. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon, tip 1 diabetes mellitus, benign prostat hiperplazisi ve sağ diz total diz protez operasyonu öyküsü mevcuttu. Hastanın ayrıntılı anamnezinde son 3 yıldır, her sonbahar mevsiminde inaktif influenza virüs aşısı yaptırdığı öğrenildi. Yakınmalarının son aşı yapıldıktan birkaç hafta sonrasında başladığı anlaşıldı. Fizik muayenesinde palpasyonla alt ekstremitte kasları sertti. Sağ dizde fleksiyon aktif 80° iken, sol dizde ise aktif 90° idi. Nörolojik muayenesi olağandı. Labarotuvan değerlendirilmede ESH: 35 mm/saat, CRP: 4.10 mg/L, total kan sayımı olağan, ANA/ASMA/AMA ve ANCA negatif idi. Tiroid fonksiyon testleri normal sınırlar içerisinde olan hastanın Anti-TPO ve

Anti-TG antikorları negatif olarak tespit edildi. Hastanın IgG, IgA, IgM ile Total IgE'si normal sınırlarda idi. Tümör ve hepatit belirteçleri negatif olan hastanın kas enzimleri normal sınırlarda tespit edildi. Yapılan kas, fasya ve deri biyopsisinin patolojik incelemesi sonucunda hastaya Eozinofilik Fasiit tanısı konuldu. Hastaya diyabeti de olması sebebiyle 20 mg/gün metilprednizolon oral ve 15 mg/hafta metotreksat subkutan olarak başlandı. Kalsiyum, proton pompa inhibitörü ve folbiol 5 mg/hafta ilave edildi. Kontrollerinde hastanın mevcut yakınmalarında belirgin azalma görüldü.

**Sonuç:** Ekstremiteleri tutan ve deride sertlik, kuruluk ve renk değişikliği ile gelen hastalarda EF, ayırıcı tanıda düşünülmeli ve nadir de olsa İnfluenza virüs aşısı sonrası gelişebileceği akıldan bulundurulmalıdır. Bunun yanında genç erkekleri etkileyen EF'nin seyrek olarak olgumuzda olduğu gibi yaşlı hastalarda da görülebileceği göz önünde tutulmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Endurasyon, eozinofilik fasiit

#### PS-075

##### **Psoriasis hastalarında kas-iskelet sistemi ultrasonografisi ile subklinik entezit sıklığının değerlendirilmesi**

Elzem Bolkan Günaydın<sup>1</sup>, Perihan Aladağ<sup>2</sup>, Duygu Tecer<sup>1</sup>, Işıl Saadet Yenice<sup>1</sup>, Esra Adışen<sup>2</sup>, Feride Nur Göğüş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; <sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Psoriatik artrit majör klinik özelliklerinden biri entezittir. Ultrasonografi ile yapılan çalışmalar klinik olarak artropati veya entezit semptomu olmayan psoriasis hastalarında entezal anormallik insidansının fazla olduğunu göstermiştir. Çalışmanın birincil amacı; psoriasis hastalarında subklinik entezit bulgularının ultrasonografik olarak değerlendirilmesidir. İkincil amaçlar; klinik olarak psoriasis ve entezit şiddetleri ile ultrasonografik entezit bulguları arasındaki ilişkilerin incelenmesidir.

**Yöntem:** Çalışmaya klinik olarak saptanabilen artritli veya enteziti olmayan 30 psoriasis hastasıyla kontrol grubu olarak 30 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Hasta grubunda PASI (Psoriasis Alan ve Şiddet İndeksi), NAPSİ (Tırnak Psoriasis Şiddet İndeksi), MASES (Maastricht Ankilozan Spondilit Entezis Skoru), SPARCC (Kanada Spondiloartrit Araştırma Konsorsiyumu Entezit İndeksi); kontrol grubunda MASES, SPARCC skorları hesaplandı. Klinik değerlendirmelere kör bir araştırmacı tarafından SPARCC skoru hesaplamasında değerlendirilen entezis noktaları (bilateral aşil tendon, plantar fasya kalkaneus insertiyosu, patellar tendon patella tabanındaki insertiyosu, kuadri-seps tendonu patella üst kenarındaki insertiyosu, trokanter majör, supraspinatus tendonu humerus büyük tüberositisindeki insertiyosu, medial epikondil, lateral epikondil) ultrasonografik olarak incelenerek akut, kronik ve total entezit skorları hesaplandı.

**Bulgular:** Ultrasonografik değerlendirmede total entezit skoru hasta grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak daha

yüksek bulunurken (hasta grubunda 4.70±3.54, kontrol grubunda 2.90±2.36, p=0.04); akut entezit skoru ve kronik entezit skoru açısından anlamlı fark saptanmadı. (Akut entezit skoru hasta grubunda 0.83±1.08, kontrol grubunda 0.37±0.71, p= 0.05; kronik entezit skoru hasta grubunda 3.87±3.20, kontrol grubunda 2.53±2.09, p=0.14) Hasta grubunda NAPSI, PASI, MASES ve SPARCC skorlarıyla ultrasonografik akut, kronik ve total entezit skorları arasında herhangi bir anlamlı ilişki saptanmadı. Hasta grubunda MASES ve SPARCC skorları arasında düşük düzeyde anlamlı korelasyon (r=0.38 p=0.03) saptanırken, diğer klinik skorlar arasında herhangi bir korelasyon saptanmadı.

**Sonuç:** Psoriasis hastalarında total entezit skoru kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Psöriazis şiddetini değerlendiren NAPSI, PASI; entezal tutulum şiddetini değerlendiren MASES ve SPARCC skorları ile ultrasonografik entezit skorları arasında anlamlı ilişki gözlenmemiştir. Psöriazis hastalarında MASES ve SPARCC skorları arasında etkileyici olmayan bir korelasyon izlenirken, diğer klinik skorlar arasında herhangi bir korelasyon izlenmemiştir.

**Anahtar sözcükler:** Psoriasis, ultrasonografi, subklinik entezit

#### PS-076

##### Sjögren sendromlu hastalarda insülin direnci

Yunus Durmaz<sup>1</sup>, Ahmet Kıvanç Cengiz<sup>2</sup>, İlker İlhanlı<sup>3</sup>, Murat Gül<sup>4</sup>, Sami Hizmetli<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bölümü, Romatoloji Kliniği, Karabük; <sup>2</sup>Sivas Numune Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bölümü Romatoloji Kliniği, Sivas; <sup>3</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Giresun; <sup>4</sup>Giresun Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, İstatistik Bölümü, Giresun; <sup>5</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas

**Amaç:** Sjögren sendromu (SS) gözyaşı ve tükürük bezleri başta olmak üzere, tüm ekzokrin bezlerin lenfositik infiltrasyonu ile karakterize, kronik, sistemik, otoimmün bir hastalıktır. Son dönemlerde kronik inflamatuvar hastalık varlığında metabolik sendromun (MS) komponentleri üzerine çalışmalar yoğunlaşmıştır. MS komponentleri içerisinde ilk sırada insülin direnci (İR) yer almaktadır. İR endojen veya ekzojen insüline karşı biyolojik yanıtızsızlık olarak tanımlanır ve kardiovasküler bir risk faktörü olarak kabul edilir. Bu çalışmada amacımız SS'li hastalarda insülin direncini değerlendirmektir.

**Yöntem:** Romatoloji polikliniğine ardarda rastlantısal olarak başvuran ve ACR 2012 Sjögren sınıflandırma kriterlerini karşılayan 17 SS'li hasta çalışmaya dahil edilirken diyabetes mellitus vb. komorbid hastalığı bulunan ve lipid düşürücü ilaç kullanan vakalar çalışmaya alınmadı. Kontrol grubu herhangi bir hastalığı olmayan 31 sağlıklı gönüllüden seçildi. Hastaların dermografik verileri, insülin dirençleri (HOMA) ve akut faz reaktanları kayıt edildi.

**Bulgular:** Toplamda çalışmaya alınan SS'li hastalar yaş ortalaması ve cinsiyet açısından kontrol grubu ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı farklılık yoktu. Araştırmaya alınan SS'li 10 (%58.5) hastada insülin direnci saptanırken 7 (%41.5) hastada insülin direnci saptanmadı. Bu değerler kontrol grubunda sırası ile 5 (%16.1) ve 26 (%83.9) kişi olarak tespit edildi. İki grup İR aç-

sından karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık mevcuttu(p=0.004). SS'li hastalarda İR ile sedimentasyon ve CRP değerleri arasında bir korelasyon bulunamazken BMI değerleri arasında negatif anlamlı bir korelasyon mevcuttu (sırası ile r=-0.074; p=0.779, r=-0.159; p=0.543, r=-0.673; p=0.003)

**Sonuç:** Biz araştırmamızda SS'li hastalarda İR'yi kontrol grubuna göre daha fazla tespit ettik.

**Anahtar sözcükler:** İnsülin direnci, Sjögren sendromu

#### PS-077

##### Eroziv artrit ile seyreden bir skleroderma olgusu

Esra Kayacan, Neslihan Gökçen, Özlem Kudaş, İpek Türk

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji-İmmunoloji Bilim Dalı, Adana

**Amaç:** Sistemik skleroz otoimmün fibrotik süreç ve vasküler hasarla karakterize multisistemik bir hastalıktır. Akciğer, kalp, böbrek gibi iç organ tutulumları mortalitede artışa yol açmakla birlikte; iskelet-kas sistemi tutulumuna bağlı hastalarda yaşam kalitesinde belirgin düşüklük gelişebilir.

**Olgu:** 24 yıldır skleroderma tanısı ile takipli 59 yaşında kadın hasta ağız yaralarında artış olması nedeni ile kliniğimize başvurdu. 24 yıl önce el ve ayak bileklerinde ağrı, şişlik olması nedeni ile başvurduğu merkezde hasta skleroderma olarak kabul edilmiş, hastaya metilprednisolon başlanmış. 2013 yılında 18 kür siklofosamid tedavisi alan hastaya sonrasında metotrexate takiben azotioprin başlanmış. Hasta kliniğimize başvurduğunda azotioprin ve metilprednisolon tedavisi almaktaydı. Ağız yaralarında artış olduğunda kendisi metilprednisolon dozunu artırıyordu. Öyküsünde göz kuruluğu tarifliyordu. Raynaud fenomeni pozitif idi. Özellikle son iki ayda belirgin nefes darlığı tarifliyordu. Fizik muayenesinde ağızda yaygın aftları mevcuttu. Her iki akciğerde dinlemekle alt loblarda belirgin ralleri mevcuttu. Her iki ayak birinci parmak otoamputasyona gitmeye başlamıştı. El ve ayaklarda digital ülserleri mevcuttu. Her iki el bileğinde şişlik ve hassasiyeti mevcuttu. Hastanın solunum fonksiyon testinde FVC: 56, DLCO: 38 olarak saptandı. Akciğer tomografisinde parankim bilateral alt lob posterior ve lateralde belirgin olmak üzere subplevral yerleşimli bal peteği görünümünde intersiyel dansite artımları izlendi. Tomografi ve solunum fonksiyon testi sonucu interstisyel akciğer hastalığı olarak yorumlandı. Hastanın skleroderma dışında bilinen sistemik hastalığı yoktu. İki aydır daha belirgin dispnesi mevcuttu. Fizik muayenesinde ağızda yaygın aftları mevcuttu. Her iki el bileğinde belirgin hassasiyeti mevcuttu. Çekilen el bilek grafisinde yaygın dejenerasyonu mevcuttu. Eroziv artrit olan hastada sklerodermaya eşlik eden romatoid artrit açısından gönderilen RF, anti CCP sonucu negatif olarak geldi. Çekilen el bilek MRG sonucunda her iki karpal, karpometakarpal eklemlerde şiddetli dejenerasyon erozyon mevcuttu. Hastada eroziv artrit saptanması nedeni ile sklerodermaya ait eklem tutulumu yanı sıra eşlik eden seronegatif romatoid artrit ayırıcı tanıda düşünüldü. Hastaya skleroderma ve eroziv artritine yönelik rituximab tedavisi planlandı.

**Sonuç:** Sistemik skleroza ait eklem tutulumu genelde noneroziv, fibrozise sekonder eklem kontraktürleri ile seyretmekle birlikte eroziv artrit ile seyreden vakalar da görülebilir. Eroziv artrit daha nadir görülmekle birlikte eşlik ettiği durumlarda overlap sendromlar, eşlik edebilecek romatoid artrit tanısı akılda tutulmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Skleroderma, eroziv artrit

## PS-078

### Juvenil idiopatik artrit hastalarının eklem kartilaj kalınlığının ultrasonografik değerlendirilmesi

Betül Sözeri<sup>1</sup>, Ayşenur Paç Kısaarslan<sup>2</sup>, Zübeyde Gündüz<sup>2</sup>, Hakan Poyrazoğlu<sup>2</sup>, Ruhan Düşünsel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği, İstanbul; <sup>2</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

**Giriş:** Juvenil Idiopatik artrit, kas ve kıkırdak dokunun dejenerasyonu ile sonuçlanabilen bir hastalıktır. Hastalığın seyri esnasında bu yapıların yapısal monitorizasyonu önem taşır. Eklem kartilajı çocuk hastalarda ultrason (US) ile kolaylıkla vizualize edilebilir değerlendirilebilir.

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, JIA tanısıyla izlenen hastaların eklemdeki kartilaj kalınlıklarının sağlıklı kontrollere göre US ile değerlendirilmesidir.

**Yöntem:** Kesitsel olarak planlanan çalışmaya 6–17 yaş arasında JIA tanılı ve bunlarla yaş ve cinsiyet açısından aynı özellikte olan sağlıklı çocuklar alındı. Çalışmaya alınan tüm bireylerin bilateral olarak diz, ayak bileği, ikinci metakarpofalangeal (MKP) eklem kartilaj kalınlıkları yüksek frekanslı prob (7.5–10 MHz) kullanılarak gary-scale US ile değerlendirildi. US değerlendirmesi klinik değerlendirmenin hemen arkasından deneyimli (EULAR sertifikasına sahip) peiatrik romatolog tarafından (BS) yapıldı. Ayrıca hastaların hastalık subgrup, hastalık durumları, hastalık aktiviteleri [görsel analog skor (aile ve hasta) ve CHAQ] değerlendirildi.

**Bulgular:** 31 hasta (19 erkek, 12 kız) ve 31 sağlıklı kontrol çalışmaya alındı. 19 hastada poliartiküler [12 entezit ilişkili artrit, 4 yayılan oligoJIA, 2 RF (-) poli JIA ve 1RF (+) PoliJIA] tutulum, 12 hastada ise oligoartiküler tutulum vardı. Değerlendirilen tüm eklemlerde eklem kartilaj kalınlığının sağlıklı gruba göre azaldığı saptandı (p<0.05). Oligoartiküler tutulumu olan hastaların poliartiküler tutulumu olanlara göre kartilaj kalınlığının fazla olduğu saptandı. 9 hasta ve 3 kontrolde değerlendirilen eklemlerde aktif sinovit bulgusu (sinovyal hiperplai, effüzyon ve PD sinyal) saptandı. Aktif sinoviti hastaların (n=9) kartilaj kalınlıklarının diğer hastalara göre daha az olduğu saptandı (p>0.05). Ayrıca kartilaj kalınlığının, erkeklerde kızlara göre daha fazla olduğu ve yaş ile azaldığı saptandı (p<0.05).

**Sonuç:** JIA tanılı hastalarda sağlıklı kontrollere göre kartilaj kalınlığının azaldığı, poliartiküler tutulumda daha belirgin olduğu saptandı. JIA hastalarında eklem değişikliklerinin izleminde kas iskelet sistemi US'nu hızlı, güvenilir ve yeterli veri sağlayan bir değerlendirme yöntemidir.

**Anahtar sözcükler:** Juvenil idiopatik artrit, ultrason, eklem kartilaj kalınlığı

## PS-079

### Pediatrik ailesel Akdeniz ateşi olgularında MEFV mutasyonlarının ve tanı gecikmesinin yaş gruplarına göre değerlendirilmesi

Kenan Barut, Amra Adroviç, Sezgin Şahin, Ada Bulut Sinoplu, Gözde Yücel, Gizem Pamuk, Özgür Kasapçopur

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

**Giriş:** Ailesel Akdeniz ateşi tekrarlayıcı serozit atakları ile kendini gösteren otosomal resesif inflamatuvar bir hastalıktır. En ağır klinik bulgular bilindiği üzere M694V mutasyonu özellikle homozigot mutasyonu ile bildirilmektedir. Yapılan çalışmalarda M694V mutasyonunu erken başlangıç yaşı ile birlikte gösterilmiştir.

**Amaç:** Geniş sayıdaki ve tek merkezden izlenen çocukluk çağı FMF hastalarının MEFV mutasyonlarını yaş gruplarına göre değerlendirmek erken başlangıç yaşı ile M694V homozigot pozitifliğinin ilişkisi araştırılmak istenmiştir.

**Yöntem:** Çalışma Kasım 2014–Mart 2015 tarihleri arasında çocuk romatoloji polikliniğinde izlenen FMF tanılı hastalar ile yapılmıştır. Rutin poliklinik izlemi sırasında, en az 6 aylık kolşisin tedavisi altında takip edilen 708 FMF olgusu çalışmaya alındı. Yaş grupları  $\leq 2$ ,  $>2-\leq 5$ ,  $>5-\leq 10$  ve  $>10-\leq 18$  olarak 4 gruba ayrıldı, bu yaş gruplarına göre mutasyonların dağılımına bakıldı; MEFV mutasyonları M694V/M694V, M694V/N, M694V/Exon 10 mutations, Exon 10 /N Other exon mutations ve normal olarak gruplara ayrıldı.

**Bulgular:** Başlangıç yaşı 2 ve altında olan 203 olgu saptandı (ortalama yaş  $1.5\pm 0.4$ ). 2 yaş ve altında başlangıç yaşı olanların ortalama tanı yaşı ( $4.4\pm 2.5$ ), tanı gecikme süresi 2.9 yıl olarak hesaplandı. Başlangıç yaşı 2–5 yaş arasında olan 259 olgu saptandı bu grubun ortalama yaşları  $3.8\pm 0.9$  ortalama tanı yaşı  $6.5\pm 2.9$  yıl olarak hesaplandı tanı gecikmesi 2.7 yıl olarak hesaplandı. Tanı yaşı  $>5-\leq 10$  arasında olan 192 olgu var idi, ortalama yaşları  $7.7\pm 1.5$  ortalama tanı yaşı  $9.7\pm 2.3$  tanı gecikmesi 2 yıl olarak saptandı. Tanı yaşı  $>10-\leq 18$  arasında 53 hasta vardı ortalama başlangıç yaşları  $12.7\pm 1.7$  ortalama tanı yaşı  $14.1\pm 1.9$  olarak hesaplandı tanı gecikmesi 1.4 yıl olarak hesaplandı. Yaş arttıkça tanı gecikmesi süresinin azaldığı görüldü. Yaş gruplarında M694V homozigot mutasyon oranları en çok 2 yaş ve altındaki grupta  $66/203$  (32.5%) saptandı,  $>2-\leq 5$ ,  $>5-\leq 10$  ve  $>10-\leq 18$  yaş dağılımı gruplarında ise sırasıyla  $53/259$ (20.5%),  $25/192$  (13.2%),  $7/53$ (13.2%) olarak daha az M694V homozigot mutasyon oranları saptandı. Diğer mutasyonların yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 1 PS-079'da gösterilmektedir. Tüm M694V mutasyonları olarak değerlendirildiğinde;  $\leq 2$  yaş grubunda  $132/203$  (65%)  $>2-\leq 5$  yaş grubunda  $136/259$  (52.5%),  $>5-\leq 10$  yaş grubunda  $83/192$  (43.2%) ve  $>10-\leq 18$  yaş grubunda ise  $31/53$  (58.5%) oranında saptanmıştır.

**Sonuç:** Çalışmamızda özellikle 2 yaş altı grupta M694V homozigot mutasyonunun diğer yaş gruplarına göre önemli oranda yüksek olduğunu saptadık. Bu yaş grubunda ters ilişkili olarak tanı gecikmesinin daha fazla olduğu görüldü. Tanı gecikmesinin özellikle 2 yaş altında yüksek olmasının sebebi bu yaş dili-



minde yakınmaların çok belirgin olmaması ve özellikle çocukluk çağı enfeksiyon hastalıklarında FMF de sık görülen bulgulardan olan ateş ve karın ağrısı gibi semptomları gösteremeleri olabilir.

**Anahtar sözcükler:** Ailesel Akdeniz ateşi, erken başlangıç yaşı MEFV mutasyonu

## PS-080

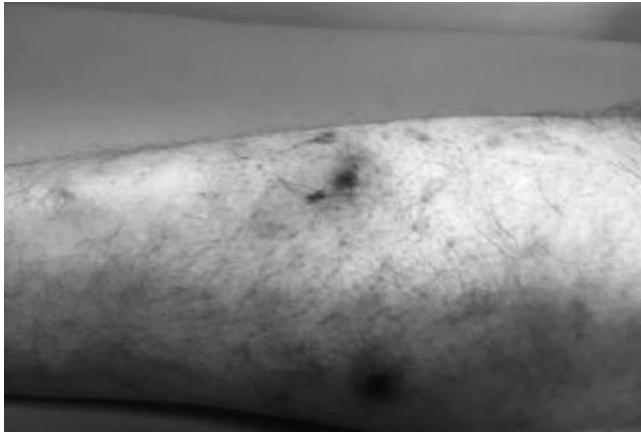
### Abatasept tedavisi alan bir romatoid artrit hastasında paradoksal yan etki: Piyoderma gangrenozum

Emine Duygu Ersözülü Bozkırlı<sup>1</sup>, Güzin Kocamaz Özden<sup>2</sup>, Emine Ece Yılmaz Kara<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Adana; <sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Alerji ve İmmunoloji Kliniği, Adana; <sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Adana

**Amaç:** Piyoderma gangrenozum (PG) nadir görülen, inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Özellikle 25–54 yaşlar arası olmak üzere erişkin yaşlarda görülür. Ağrılı nodül veya püstül şeklinde başlayan lezyonlardan, kenarları deriden kabarık, dokunmakla hassas, giderek genişleme eğilimi gösteren ülserle lezyonlara kadar değişik şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Lezyonlar, ülseratif kolit, Crohn hastalığı, romatoid artrit, monoklonal gammopati gibi sistemik hastalıklarla birlikte veya alta yatan bir hastalık olmaksızın tek veya çok sayıda olabilirler. Ayrıca anti-TNF tedavi alan romatoid artrit hastalarında vakalar halinde bildirilmiştir.

**Olgu:** 56 yaşında 10 yıldır romatoid artrit tanısıyla izlenen erkek hasta bacaklarının ön yüzünde yara çıkması şikayetiyle romatoloji polikliniğine başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde (Şekil 1 PS-080) bacaklarda özellikle ön yüzde belirgin papülonodüller ve ülserle lezyonlar olduğu saptandı. Hastanın öyküsünde 1 ay önce leflunomid, hidroklorokin ve metotreksat tedavisi ile aktif hastalık olması nedeniyle tedavisinin değiştirildiği öğrenildi. Metotreksat kesilmiş ve tedavisine abatasept eklenmişti. Abatasept tedavisi başladıktan 3 hafta sonra ilk lez-



Şekil (PS-080): Bacak ön yüzünde belirgin ülserle lezyonlar.

yonlarının başladığı ve giderek arttığını ifade ediyordu. Başvuru günü laboratuvar değerlerinde tam kan sayımı, tam idrar tetkiki, biyokimya değerleri normal sınırlardaydı. Eritrosit sedimentasyon hızı; 17 ve CRP değeri 0.7 mg/dl (0–0.5) olarak saptandı. Hasta dermatoloji bölümü ile konsülte edildi. Hastadan alınan biyopsi sonucu piyoderma gangrenozum ile uyumlu olarak raporlandı. Hastada ilaç ilişkili PG düşünülerek abatasept stoplandı. Tedavisine prednizolon 1\*10 mg eklendi, leflunomid ve hidroklorokin ise devam edildi. 1 ay sonraki kontrolünde lezyonlar belirgin olarak gerilemişti. Tüm laboratuvar değerleri ise normal sınırlardaydı. İkinci ay kontrolünde ise lezyonlar tamamen düzelmişti.

**Sonuç:** PD Patogenezinde, immünkomplekslerin yol açtığı nötrofil kemotaksisine bağlı vasküler hasar önemli rol oynamaktadır. Nötrofil diskrazisi ile ilişkili bu hastalıkta lenfositlerden salınan interlökin (IL) -1 $\beta$ , T lenfosit salınımını ve nötrofil sayısını artırırken, dermiste ve daha derin alanlarda yerleşen nötrofilik infiltrasyon doku nekrozunun yanı sıra klinik formlarda farklılığa neden olabilmektedir. Patogenezinde T hücre ilişkisi aşikar bir hastalık olan PD'nin T hücre supresyonu yapan bir ilaç olan abatasept tedavisi sırasında oluşması paradoksal bir durum olup ilk vaka 2016'da Acta Derm Venereol da bildirilmiştir. Bildirilen ilk vaka da RA hastasıdır. Benzer şekilde steroid tedavisi ile 2 ayda tam düzelme ile sonuçlanmıştır. Sonuç olarak abatasept RA tedavisinde başarıyla kullandığımız ilaçlar arasında olmakla birlikte, tedavi altında PG gelişen hastalarında bunun bir paradoksal yan etki olabileceği akıld tutulmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Abatasept, piyoderma gangrenozum, romatoid artrit

## PS-081

### Ankilozan spondilit ve Sjögren sendromu birlikteliği: Bir olgu sunumu

Raikan Büyükkavcı, Semra Aktürk, Tülay Yıldırım, Yüksel Ersoy İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Malatya

**Amaç:** Sjögren sendromu; romatoid artrit (RA), sistemik lupus eritematosus, progresif sistemik skleroz, polimiyozit/dermatomyozit gibi otoimmün kökenli bağ dokusu hastalıkları ile birliktelik göstermektedir. Bu birliktelik iyi bilinmesine rağmen, bağ dokusu hastalıkları ile spondilartropati (SpA) birlikteliği sık değildir. Bu yazıda Ankilozan spondilit (AS) ve Sjögren sendromu (SS) tanı kriterlerini birlikte karşılayan bir kadın hasta sunulmaktadır.

**Olgu:** 49 yaşında kadın hasta. İlk kez 2013 yılında birkaç aydır gözlerde kızarma, yanma, batma şikayetleri ile göz polikliniğine başvurmuş. Son 10 yıldır glokom nedeniyle takipli olan hasta yapılan değerlendirmesinde anterior üveit tanısı ile göz polikliniğinde takibe alınmış. Üveit etyolojisi araştırması amacıyla romatoloji polikliniğine yönlendirilmiş. Romatoloji polikliniğinde inflamatuvar bel ağrısı, periferik eklem ağrı yakınması, sabah tutukluğu, oral veya genital aft öyküsü olmayan, fizik muayene bulguları normal olan hastaya takip önerilmiş. Hasta

2014 yılında FTR polikliniğimize birkaç aydır süren bel ağrısı yakınması ile başvurdu. İnflamatuar bel ağrısı, 1 saati aşkın süren sabah tutukluğu ve geçirilmiş üveit öyküsü olan hastanın yapılan fizik muayenesinde lomber eklem hareket açıklıkları hafif kısıtlı, ağrılı, sakroiliak eklem kompresyon testleri sağda pozitif saptandı. Çekilen sakroiliak MRG: sağda aktif sakroileit mevcuttu. Yapılan labaratuvar incelemesinde tam kan sayımı normal, ESR 31 mm/saat, CRP 1.05 mg/dl, RF 10.1 IU/ml, ANA negatif, Anti CCP negatif saptandı. Enfeksiyöz nedenler dışlandı. Modifiye Newyork kriterlerine göre Ankilozan spondilit tanısı kondu ve indometazin 150 mg/gün şeklinde tedavisi düzenlendi. Hastanın takiplerinde ağız ve göz kuruluğu şikayetlerinin olması üzerine Schirmer testi 5 mm, Anti SSA (3+) saptandı ve minör tükürük bezi biyopsisi ile Sjögren sendromu tanısı kondu. Azatioprin 100 mg tedavisi eklendi. Mevcut tedavisi ile tekrar üveit atağı gelişen, ağrı yakınması artan ve BASDAI skoru 6 olarak hesaplanan hastaya infliksimab tedavisi başlandı.

**Sonuç:** AS gibi otoinflamatuvar bir hastalık ile SS gibi otoimmün bir hastalığın tanı kriterlerini ayrı ayrı taşıyan ve patogenezi farklı görünen iki romatizmal hastalığın çakışma biçiminde birlikte olma olasılığı akılda tutulmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Ankilozan spondilit, Sjögren sendromu

## PS-082

### İdiyopatik retroperitoneal fibrozis:

#### 7 olguluk vaka serisi

*Ayşe Bahar Keleşoğlu Dinçer, Murat Torgutalp, Müçteba Enes Yayla, İlyas Ercan Okatan, Gülay Kınıklı, Tahsin Murat Turgay, Aşkın Ateş*

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

**Amaç:** Retroperitoneal fibrozis (RPF), abdominal aorta ve iliak arterleri çevreleyen fibroinflamatuvar doku ile karakterize nadir bir hastalıktır. Vakaların 2/3'ü idiyopatik, 1/3'ü ise pelvik malignansi, ilaçlar, radyoterapi, cerrahi ve asbestoz maruziyetine sekonderdir. İdiyopatik RPF tanısı periaortitin radyolojik olarak gösterilmesi ve histopatolojik olarak diğer nedenlerin ekarte edilmesi ile konulur. Bu çalışmanın amacı Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı'nda takip edilen retroperitoneal fibrozis tanılı 7 hastanın klinik özelliklerinin değerlendirilmesidir.

**Bulgular:** Kliniğimizde takip edilen toplam 7 RPF hastası bulunmaktadır. Hastaların 4'ü kadın, 3'ü erkek olup ortanca yaş 57 yıldır (min: 41, maks: 66). Hastalarımızın hepsine görüntüleme yöntemi ile tanı konulmuş olup 5 hastada bilgisayarlı tomografi (BT), 2 hastada manyetik rezonans görüntüleme yöntemleri kullanılmıştır. Sadece bir hastada patoloji sonucu mevcuttur. Görüntüleme yöntemi ile tespit edilen lezyon yeri hastaların %57.2'sinde periaortik ve periüretal, %42.8 hastada ise sadece periaortik yerleşimlidir. Lezyon çapı ortalaması 13 cm'dir (4-8 cm). Hastaların en sık başvuru şikayetleri sırasıyla halsizlik, yan ağrısı, kilo kaybı, karın ağrısı, ateş, alt ekstremitelerde ödem ve kladikasyon şeklindedir. Hastaların tanı anında eritrosit sedimentasyon hızlarının ve C-reaktif protein düzeylerinin

ortalaması sırasıyla 41.4 mm/sn (2-111 mm/sn) ve 28.8 mg/dL'dir (4.4-121 mg/dL). 7 hastanın 5'inde immünoglobulin düzeyleri görülmüştür. Bir hastada IgG4/total IgG oranı yüksek gelmiştir. 4 hastada hidronefroz tespit edilmiş olup bunların sadece 2'sinde cerrahi gereksinimi olmuştur. Hastaların tamamında tanı anında kortikosteroid ve azatiyopurin tedavisi başlanmıştır. Sadece 3 hastada tedaviye yanıtızsızlık nedeniyle ilaç değişimi gerekmiştir. İkinci aşamada bu hastalarda siklofosfamid, mikofenolat mofetil ve rituximab tedavileri tercih edilmiştir. Takipte 3 hastada stabil hastalık, 1 hastada regresyon, 1 hastada progresyon tespit edilmiş, 2 hastanın takibi kaybedilmiştir.

**Sonuç:** Çalışmamızda, tanı yaşı diğer çalışmalarla uygundur. RPF'nin erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Bu çalışmada hastaların çoğu kadındır. Bu durum vaka sayısının azlığından kaynaklanıyor olabilir. Hastaların başvuru semptomları ve BT'nin öncelikli kullanımı diğer çalışmaları desteklemektedir. Laboratuvar testlerinin tanıda sensitivite ve spesifitesi düşük olup hastalık aktivitesi ile korelasyonları tam bilinmese de inflamatuvar belirteçler hastaların çoğunda yükselmektedir. Bu nedenle akut faz belirteçleri yüksek hastaların ayırıcı tanısında inflamatuvar bir hastalık olan RPF de düşünülmelidir. RPF tedavisinde cerrahi ve medikal tedavi kombinasyonu, tek başına medikal tedaviden daha çok kullanılmaktadır. Bizim kliniğimizde hastaların sadece %28.6'da kombinasyon tedavisi tercih edilmiştir. Bu veriler çalışmamızın ön verileri olup çalışmamıza vaka alımı ve vakaların takibi devam etmektedir.

**Anahtar sözcükler:** İdiyopatik retroperitoneal fibrozis

## PS-083

### Sistemik romatizmal hastalıklarda antinükleer antikor

*Songül Cildağ<sup>1</sup>, Berna Gültekin Korkmazgil<sup>2</sup>, Yasemin Kara<sup>1</sup>, Gökhan Sargin<sup>1</sup>, Hacer Kale<sup>3</sup>, Nesim Akın<sup>1</sup>, Taşkın Şentürk<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın; <sup>2</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Aydın; <sup>3</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Aydın*

**Amaç:** Antinükleer antikor, sistemik romatizmal hastalıkların tanı ve takibinde kullanılmaktadır. İndirekt immunoflorosan (IF), ANA varlığını göstermede altın standart yöntemdir. Bu çalışmada, IF yöntemi ile ANA boyanma paterni, titrasyon, subgruplar ile sistemik romatizmal hastalıklar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlandı.

**Yöntem:** Çalışmaya Eylül 2015 ve Aralık 2015 tarihleri arasında kliniğimize başvuran, ANA pozitifliği saptanan ve sistemik romatizmal hastalık tanısı alan 215 hasta (yaş ortalaması: 49.05±13.92, 193 kadın, 22 erkek) dahil edildi. Antinükleer antikor IF yöntemi, ANA profili ise immunoblot yöntemi ile analiz edildi. ANA boyanma paternleri, titrasyon ve alt grup sonuçları ile sistemik romatizmal hastalık tipleri karşılaştırıldı. Veriler, ortalama±standart sapma ve yüzde olarak sunuldu.

**Bulgular:** Çalışmaya alınan hastaların 51'i SLE, 45'i RA, 36'sı UBDH, 33'ü Sjs, 23'ü SSK, 8'i RA+Sjs, 8'i AS, 5'i RA+Sjs+PBS, 5'i RA+SLE ve 1'i CREST tanısı aldı. 203 hastada (%94.4) nükle-

er boyanma (homojen, granül, DFS, sentromer, nükleolar, nükleer, nükleer dot, nükleer membrane, periferel), 4 hastada (%1.9) sitoplazmik boyanma (sitoplazmik, golgi) ve 8 hastada (%3.7) nükleer-sitoplazmik boyanma (nükleolar-sitoplazmik granül-sitoplazmik) saptandı. En sık saptanan boyanma paterni homojendi (%29.3) Diğer alt grup analiz sonuçları ise sırasıyla granül (%27.9), Ro-52 (%28.8), SS-A (%24.1) ve ds-DNA (19.06%) idi. En sık titrasyonlar ise sırasıyla 1/100, 1/320 ve 1/1000 olarak saptandı. Romatizmal hastalıklara göre ANA titreleri Tablo PS-083'de gösterilmiştir.

**Tablo 1 (PS-083):** Sistemik romatizmal hastalıkların tipine göre ANA titreleri.

	1/100	1/320	≥1/1000	Toplam
SLE	19	12	20	51
RA	33	8	4	45
SSc	8	8	7	23
SJS	13	11	9	33
UCTD	22	10	4	36
AS	7	1	0	8
RA+SJS	5	3	0	8
RA+SJS+PBS	1	3	1	5
RA+SLE	0	1	4	5
CREST	0	0	1	1
Total	108	57	50	215

**Sonuç:** Çalışmamızda, farklı ANA boyanma paternleri tespit ettik. Spesifik antikor pozitifliği sistemik lupus eritematozis ve sistemik sklerozlu hastalarda yüksek olmasına rağmen, tüm sistemik romatizmal hastalıklarda farklı yüzdelerdeki spesifik antikorların varlığı, tanı ve takipte ANA kullanılmasının önemini göstermektedir.

**Anahtar sözcükler:** Antinükleer antikor, indirekt immünofloresan yöntemi, sistemik romatizmal hastalıklar

#### PS-084

##### Sistemik lupus eritematosus ve kadın hastaların aile ve sosyal yaşamına etkileri

Özkan Varan<sup>1</sup>, Hamit Küçük<sup>1</sup>, Rıdvan Mercan<sup>2</sup>, Abdurrahman Tufan<sup>1</sup>, Mehmet Akif Öztürk<sup>1</sup>, Şeminur Haznedaroğlu<sup>1</sup>, Berna Göker<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; <sup>2</sup>Hatay Antakya Devlet Hastanesi, Hatay

**Amaç:** Sistemik lupus eritematosus (SLE) kronik seyirli, nedeni bilinmeyen, otoimmün özellik gösteren ve birçok organı ve sistemi tutan bir bağ doku hastalığıdır. Kadınlarda daha fazla görülmektedir. Gerek hastalığın etkisi, gerekse verilen tedavilerin etkisi hastaların yaşam kalitesi etkilenebilmektedir. Günümüzde kadınların sosyal statüsü konusundaki sıkıntılar bilinmektedir. SLE'nin kadınların sosyal ve aile yaşam kalitesine olan etkisini araştırmak amacıyla bu çalışma planmıştır.

**Yöntem:** Gazi Üniversitesi Romatoloji bölümünde SLE tanısı konulan 34 kadın hasta çalışmaya dâhil edilmiştir. Hastalardan onam alınarak anket çalışması yapılmıştır. Hastaların demografik bilgileri, eğitim durumu, medeni durumu, organ tutulumu ve aldığı tedavi bilgileri kaydedilmiştir. Anketle aile ve sosyal ilişkileri konusunda sorular yöneltilmiştir. Bu çalışmanın sonuçları ön bulgular olup çalışma devam etmektedir.

**Bulgular:** Çalışmaya 34 kadın hasta dahil edilmiştir. Yaş ortalaması 37.3 olarak bulunmuştur. 24 hasta evli, 10 hasta bekâr olarak saptandı. 11 hastanın çalıştığı, 23 hastanın ise çalışmadığı belirlendi. Hastaların %8.8'nin hastalıklarını kabullenmekte zorluk çektiği saptandı. Evli hastalarının tamamının ailesi çekirdek aile özelliği taşıdığı belirlendi. Evli hastaların %16.6'nın eşleriyle olan ilişkilerinin SLE tanısı sonrası kötüleştiği saptandı. Evli hastaların %20.8'nin eş dışı aile bireyleri ile olan ilişkisinin SLE tanısı sonrası kötüleştiği saptandı. Bekâr hastaların %20'sinin ciddi ilişkilerinin SLE tanısı konulduktan sonra bittiği saptandı. Bekâr hastaların %20'sinin hastalık sonrası evliliğe daha olumsuz baktığı saptandı. Evli hastaların %12.5'nun eşlerinde şiddet gördüğü belirlendi. Hastaların %28'nin sosyal aktivitelerinin kötü yönde etkilendiği saptandı. Hastaların %24'nün arkadaşları olan ile ilişkisinin kötü yönde etkilendiği saptandı. Hastaların %34.6'sının tanı konulduktan sonra psikolojik destek aldığı saptandı. Organ tutulumu, yaş ve eğitim düzeyi ile şiddet, aile sorunları ve sosyal aktiviteler arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

**Sonuç:** Sistemik lupus eritematosus birçok organı ve sistemi tutan bir bağ doku hastalığıdır. Birçok komorbiditeye neden olabilir. Bu nedenle hastaların aile ve sosyal ilişkilerine etkisi olabilmektedir. Çalışmamızda SLE'nin kadın hastaların aile ve sosyal ilişkilerine etkisi ortaya konulmuştur.

**Anahtar sözcükler:** Sistemik lupus eritematosus, kadın, sosyal yaşam

#### PS-085

##### Pulmoner tutulumlu primer sistemik sklerozda serum prokalsitonin düzeyi enfeksiyöz pulmoner hastalıklardan ayırt ettirici midir?

Ercan Okatan<sup>1</sup>, Sami Kınıklı<sup>2</sup>, Murat Torgutalp<sup>1</sup>, Enes Yayla<sup>1</sup>, Ayşe Bahar Keleşoğlu Dinçer<sup>1</sup>, Aşkın Ateş<sup>1</sup>, Murat Turgay<sup>1</sup>, Gülay Kınıklı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara;

<sup>2</sup>Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Ankara

**Amaç:** Pulmoner tutulumlu primer sistemik sklerozun (PSS) bakteriyel pulmoner hastalık ile ayırıcı tanısını yapabilmek, tedavinin şeklini belirlemede önemlidir. Bu çalışmada, pulmoner tutulumlu olan PSS hastalarında serum prokalsitonin düzeylerinin bakteriyel pnömoni ayırıcı tanısında yardımcı olup olamayacağını belirlemek amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Bu çalışma Ankara Üniversitesi Romatoloji Bilim Dalı'nda tanı almış pulmoner tutulumlu olan PSS'li hastalardan, enfeksiyon hastalıkları tarafından takip edilen bakteriyel pnömoni hastalardan ve sağlıklı kontrollerden alınan serum ör-

neklerindeki prokalsitonin değerlerinin ölçülmesiyle yapıldı. Pulmoner tutulum kendi içerisinde alveolit ve interstisyel fibrozis grubu şeklinde ayrılarak değerlendirildi. Pulmoner tutulumun şekli ile prokalsitonin, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ve C-reaktif protein (CRP) değerleri arasında korelasyon olup olmadığını değerlendirmek için Spearman korelasyon analizi kullanıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya 51 PSS, 17 bakteriyel pnömoni hastası ile 18 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 86 kişi dahil edildi. PSS grubunda yaş ortalaması  $49.1 \pm 12.1$ , pnömoni grubunda  $75.2 \pm 14.6$ , kontrol grubunda ise  $47.8 \pm 14.3$  olarak bulundu. PSS ve kontrol grubu arasında yaş ve cinsiyet bakımından anlamlı bir fark bulunmadı ancak pnömoni grubu yaş ortalaması ve cinsiyet dağılımı açısından diğer gruplardan istatistiksel olarak farklıydı. Ortanca prokalsitonin düzeyleri; PSS grubunda 0 ng/ml, pnömoni grubunda 8.05 ng/ml, kontrol grubunda ise 0 ng/ml olarak bulundu, gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ve bu fark pnömoni grubundan kaynaklanmaktaydı ( $p < 0.001$ ). Alveolit ve interstisyel fibrozis gelişen PSS ile serum prokalsitonin düzeyi arasında korelasyon saptanmadı (sırasıyla;  $r = 0.026/p = 0.856$ ,  $r = 0.102/p = 0.478$ ). Alveolit ve pulmoner fibrozis gelişen grupta prokalsitonin ile ESH ve CRP arasındaki ilişki incelendiğinde, her iki grupta da prokalsitonin ile bu akut faz reaktanları arasında korelasyon saptanmadı ( $r < 0.2$ ). Alveolit grubunda ESH ve CRP arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif ve iyi düzeyde korelasyon saptandı ( $r = 0.6$ ,  $p < 0.001$ ).

**Sonuç:** Gerek alveolit gerekse interstisyel fibrozis gelişmiş olan pulmoner tutulumlu PSS hastalarında serum prokalsitonin ve pulmoner tutulum arasında herhangi bir korelasyon saptanmadı. Bununla beraber pulmoner tutulumu olan PSS hastaları ve sağlıklı kontrol grubu karşılaştırıldığında da herhangi bir fark gözlenmedi. Çalışmanın zayıflığı yaş ve cinsiyet özellikleri benzer olan pnömoni grubu ile karşılaştırma yapılmamış olmasıdır. Ancak literatüre bakıldığında serum prokalsitonin düzeyinin yaş veya cinsiyetten etkilendiğini gösteren herhangi bir veriye rastlanmamıştır. Sonuç olarak alveolit veya pulmoner tutulumu olan PSS hastalarında yüksek serum prokalsitonin düzeyi enfeksiyonu düşündürmelidir.

**Anahtar sözcükler:** Sistemik skleroz, prokalsitonin

## PS-086

### Gastrointestinal tutulumla seyreden Behçet hastalığı:

#### Olgu sunumu

Sümeyra Özdemir Çiçek, Nihal Şahin, Ayşenur Paç Kısaarslan, Zübeyde Gündüz, Ruhan Düşünsel, Muammer Hakan Poyrazoğlu, Betül Sözeri

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

**Amaç:** Behçet Hastalığı her boyutta arter ve veni etkileyebilen, tekrarlayan oral ve/veya genital aftöz ülserlerle birlikte cilt, göz, eklem, gastrointestinal sistem (GİS) ve/veya santral sinir sisteminde inflamatuvar lezyonlarla karakterize bir vaskülitir. GİS bulguları alevlenme ve remisyonlarla seyreden ishal, karın ağrı-

sı ve histolojik olarak Crohn hastalığı ve ülseratif kolitten ayırt edilemeyebilen ileum, çekum ve kolonda ülserasyonlardır. Bu sunumda ön planda GİS tutulumu ile giden bir Behçet olgusu sunulmuştur.

**Olgu:** On yedi yaşında 3 yıldır ülseratif kolit tanısıyla takipli kız hasta eklemelerinde ağrı, vücutta döküntü şikayetiyle kliniğimize yönlendirildi. Öyküsünde 3 yıl önce karın ağrısı, kanlı ishal ve bulantı şikayetiyle tetkik edilen hastanın kolon biyopsisinde bulgular şiddetli ülseratif kolit ile uyumlu saptanmış. Hastaya ülseratif kolit tanısı konularak mesalazin, azatioprin ve metilprednisolon tedavisi başlanmıştır. 1.5 yıl önce kanlı ishal, karın ağrısının artması ve vücutta papülopüstüller döküntüleri olması üzerine hastalık aktivasyonu düşünülecek tedaviye infliksimab eklenmiş, metilprednisolon kesilmiştir. 1.5 yıl kadar infliksimab tedavisi de almasına rağmen şikayetlerinde hiç azalma olmayan ve akut faz reaktanları hep yüksek seyreden hastanın babasının ülseratif kolit tanısıyla takipli olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde sırt, karın ve bacaklarda deriden kabarık, sert, bazıları püstüller cilt lezyonları vardı. Sağ el bileği ekstansiyonda ağrılı, sağ dirsek hareketleri ağrılı, ısı artışı mevcut, ağız içinde aftları mevcut. Lezyonlardan yapılan cilt biyopsisinde epidermal nekroz gösteren nötrofilik dermatoz saptandı. Behçet hastalığı açısından yapılan Paterji testi pozitif saptandı ve HLA B profilinde HLA B52 pozitif idi. GİS bulgularının da Behçet hastalığına bağlı olabileceği düşünülerek patoloji ile görüşüldü. 3 yıl önceki kolon biyopsi materyali tekrar incelendiğinde bulguların ülseratif kolit ile uyumlu olduğu fakat Behçet hastalığının da bu bulguları taklit edebileceği, kesin histopatolojik ayırım yapılmadığı şeklinde değerlendirildi. Hastamızda ağızda aftlar olması, ciltte papülopüstüller lezyonları olması ve paterji testinin pozitif saptanması üzerine Behçet hastalığı düşünüldü ve kolşisin tedavisi başlandı. İzleminde kolşisin tedavisinden klinik olarak fayda gördüğü ve şikayetlerinde azalma olduğu saptandı.

**Sonuç:** Sadece GİS tutulumu ile başlayan Behçet hastalığında klinik seyir ve histopatolojik bulguların ülseratif kolitten ayırt edilmesi zordur. Bu nedenle ülseratif kolit tanısı alan hastaların ayırıcı tanısında Behçet hastalığının da düşünülmesi gerekmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Behçet hastalığı, çocuk, ülseratif kolit

## PS-087

### Ani gelişen yürüme güçlüğü'nün nadir bir sebebi:

#### Çocukluk çağıının selim akut miyoziti

Işıl Karataş Berkit<sup>1</sup>, Ayşe Tosun<sup>2</sup>, Fatih Kahvecioğlu<sup>1</sup>, Yasemin Turan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Aydın; <sup>2</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı, Aydın

**Amaç:** Çocukluk çağıının selim akut miyoziti (ÇSAM), genellikle viral üst solunum yolu enfeksiyonları sonrası gelişen nadir bir durumdur. Serum kreatinin kinaz (CK) yüksekliği, ani gelişen bilateral baldır ağrısı ve yürüme güçlüğü ile karakterizedir. Kendi kendini sınırlayan ÇSAM, çoğunlukla okul çağıındaki er-

kek çocuklarda görülmektedir. Bu yazıda ÇSAM'a bağlı ani yürüme güçlüğü gelişen olgumuzu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** Yürüme güçlüğü ve bilateral baldır ağrısı ile 8 yaşındaki erkek hasta polikliniğimize başvurdu. Anamnezinde 3 gündür antipiretik tedavi ile kontrol altına alınan 39 dereceye varan ateş ve boğaz ağrısı olduğu ve 3. gün akşamında bilateral baldırda hafif ağrısının başladığı, 4. günün sabahında şiddetli baldır ağrısı ile yürüme güçlüğü geliştiği öğrenildi. Travma, koyu renk idrar, artrit, cilt döküntüsü, uzamış ateş, nefrit ve ailede kas hastalığı öyküsü yoktu. Muayenesinde orofarinkste hiperemi ile bilateral gastroknemius medial ve lateral başında hassasiyet saptandı. Isı, şişlik, kızarıklık yoktu. Çocuk nörolojisine konsült edilene hastanın yapılan nörolojik muayenesi olağandı. Laboratuvar değerlendirilmedi; ESH: 17 (0–20) mm/saat, CRP: 0.2 (0–1) mg/L, AST: 42.3 (1–40) U/L, LDH: 469 (225–450) U/L, CK: 1105.8 (46–171) U/L bulundu. Hemogram, tam idrar tahlili ve böbrek fonksiyon testleri normaldi. Yürüme güçlüğü ve CK yüksekliği bulunan hastamıza ÇSAM tanısı koyarak, gereğinde parasetamol tedavisi önererek takibe aldık. Hastamızın yürüyüşü 3. günün sonunda tamamen normale döndü.

**Sonuç:** Ani gelişen yürüme güçlüğü ve kas ağrısı varlığında üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü, CK düzeyi ve ayrıntılı nörolojik muayene değerlendirilmelidir. Normal nörolojik muayene ile Guillain-Barre sendromu dışlanmalıdır. Aşırı yüksek CK düzeyi varlığında rabdomyoliz ve böbrek yetmezliği açısından dikkatli olunmalıdır. Sunulan hastamız gibi olgularda kendini sınırlayan ÇSAM ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Miyozit, yürüme güçlüğü

## PS-088

### Orbital inflamatuvar lezyonların ayırıcı tanısında nadir bir klinik tablo: Tolosa-Hunt sendromu

Serdar Can Güven<sup>1</sup>, Hamit Küçük<sup>2</sup>, Özkan Varan<sup>2</sup>, Duygu Tecer<sup>1</sup>, Hakan Babaoğlu<sup>2</sup>, Abdurrahman Tufan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; <sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Tolosa-Hunt sendromu, kavernoöz sinüste ve orbitada idiopatik granüloamatöz enflamasyon ile karakterize, unilateral epizodik retroorbital ağrı ile seyreden nadir bir klinik tablodur. Ağrıyla birlikte 3., 4., 5. ve 6. kranial sinirlerden bir veya daha fazlasının tutulumu sonucu oftalmopleji, diplopi veya yüzde hipostezi/parestezi gelişebilir. Tanı, klinik ve görüntüleme bulguları varlığında diğer ağırlı oftalmopleji nedenlerinin dışlanması ile konulur. Yüksek doz steroid tedavisine iyi yanıt alınır. Bu bildiride Tolosa-Hunt sendromu tanısı ile takip edilen bir olgu sunulmuştur.

**Olgu:** 45 yaşında kadın hasta, 2012 yılında çift görme ve başağrısı nedeniyle diş merkeze başvurmuş. Kranial MRG solda infiltratif psödötümör olarak değerlendirilmiş. Biyopsi yapılmış; kalsifiye fibröz psödötümör ile uyumlu olarak raporlanmış. 45 mg prednizolon başlanmış takiplerde 5 mg'a kadar düşülmüş. Ekim 2015'te yüz sol tarafında zonklayıcı ağrı ve parestezi şikayetleri ile hastanemiz nöroloji bölümüne başvuran hastaya To-

losa-Hunt sendromu ön tanısı ile 3 gün 500 mg pulse steroid sonrası 32 mg/gün metilprednizolon başlanarak romatoloji bölümüne yönlendirilmiş. Tarafımızdan değerlendirilen hastanın diplopi ve ağrı şikayetleri devam etmekteydi, sorgusunda baş dönmesi, ateş, kilo kaybı, ağız-göz kuruluğu, 40 paket/yıl sigara kullanımı mevcuttu. Muayene sol gözde dışarı bakış kısıtlılığı dışında doğaldı. Laboratuvar tetkiklerinde ESR: 23, CRP: 6.7 mg/L, Hg: 14.1 g/dl, BK: 20.600/uL, PLT: 484000/uL, KCFT-BFT: N, RF-ANA-ENA-ANCA:-, C4: 27, IgG: 773, IgA: 325, IgM: 138, TİT: N olarak izlendi. AC grafi normal olarak değerlendirildi. Yüz+orbita MRG sonucu; "solda kavernoöz sinüs süperior kesiminde, belirgin kitle formasyonu oluşturmayan, heterojen kontrast tutulumu ile karakterize yumuşak doku artışı ve komşuluğundaki dural yüzeylerde kalınlaşma ve kontrast tutulumu" olarak raporlandı. Minör tükürük bezi biyopsisinde IgG4 boyama negatifti. Serum IgG4 düzeyi normal sınırlardaydı. Eski dış merkez biyopsi materyalleri IgG4 yönünden tekrar değerlendirildi, negatif bulundu. 1 g/gün 3 gün pulse steroid sonrası ağrı şikayeti gerileyen hasta, 1 mg/kg/gün oral metilprednizolon ve 15 mg/hafta metotreksat tedavisi ile taburcu edildi. Takibinde hastanın diplopi şikayeti azaldı, steroid dozu tedricen azaltıldı. Nisan 2016'da metotreksat tedavisini tolere edemediği için kesilerek 3x50 mg azatiopurin tedavisine geçildi. Son kontrole Eylül 2016'da gelen hastanın azatiopurin tedavisine devam edildi, 2mg/gün olan steroid dozu 1 mg/gün'e düşüldü, 1 ay sonra kontrole çağırıldı.

**Sonuç:** Sistemik inflamatuvar hastalıklardan özellikle IgG4 ilişkili hastalık, Wegener ve sarkoidoz zemininde orbital inflamasyon/psödötümör gelişebilmektedir. Ağrılı oftalmopleji ve orbital inflamatuvar lezyon saptanan olgular sistemik inflamatuvar hastalıklar yönünden araştırılmalıdır. Nedeni açıklanamayan, steroide iyi yanıt veren olgularda Tolosa-Hunt sendromu akla gelmelidir.

**Anahtar sözcükler:** Tolosa-Hunt, granüloamatöz, oftalmopleji

## PS-089

### Son 6 ay içinde Romatoloji Polikliniğine başvuran sistemik skleroz (Ssk) vakalarının klinik değerlendirilmesi

Selime Ermurat<sup>1</sup>, Zelal Sirin Tirnova<sup>2</sup>, Eda Eylemer<sup>2</sup>, Belkis Nihan Coskun<sup>1</sup>, Ediz Dalkılıç<sup>1</sup>, Yavuz Pehlivan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa; <sup>2</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

**Amaç:** Ssk, deri ve iç organlarda fibroza neden olan kronik otoimmün/inflamatuvar bir hastalıktır. Patogenezi net olmakla birlikte vaskulopati, immün aktivasyon ve fibroz ile karakterize olduğu düşünülmektedir. En sık kadınları etkilemekte olup görülme yaşı 30–50'dir. Cilt tutulumunun yaygınlığına göre diffuz veya limitli Ssk olarak gruplandırılır. İlk klinik bulgu %95'inde Raynaud fenomeni (RF) olup hastalığın tutulum tipine göre, interstisyel akciğer hastalığı (IAH), pulmoner hipertansiyon (PAH), kardiyak, gastro-intestinal ve renal tutulum gibi organ tutulumları görülebilir.

**Yöntem:** Çalışmaya, son 6 ay içinde Uludağ Üniversitesi Romatoloji Polikliniği'ne başvuran 130 Ssk hastası dahil edildi. Has-

taların klinik ve laboratuvar özellikleri ile kullanılan tedaviler retrospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastaların yaş ort. 52.6 yıl olup, tanı konulma yaşı ort. 41.9 yıl idi. Bağ dokusunun ek komponenti olan hasta sayısı 34 olup, en sık eşlik eden Sjogren sendromu idi; bunu sırasıyla lupus ve dermatomiyozit takip etti. Hastaların %79.2'sinde (n=103) RF olup ort. başlangıç yaşı 24 yıl idi. Hastaların %50'si (n=65) diffuz, %45.4'ü (n=59) limitli tipte idi. 6 hastanın tipi belirlenemedi. Dijital ülseri olan hasta sayısı 60 idi, 11'inde amputasyon öyküsü vardı. Hastaların %50'sinde (n=65) interstisyel akciğer hastalığı eşlik etmekte olup, ort. tanı yaşı 39.5 yıl olarak saptandı. EKO ile hesaplanan pulmoner arterial basınç ort. 33.4 mmHg olarak bulundu. Miyokardit öyküsü olan 3, renal tutulum öyküsü olan 4 hasta mevcuttu. GİS tutulumu olan hasta sayısı 17 idi. Hastaların %53.8'inde (n=70) ANA (+) olup, ENA profilinden Anti-Scl70 hastaların %33'ünde (n=43), Ro-52 56.9'unda (n=9), anti-sentromer %16'sında (n=21), Pml-Scl %5.4'ünde (n=7), RNP-Sm %4.6'sında (n=6), SS-A %8.5'inde (n=11) (+) idi. Malignitesi olan hasta sayısı 9 olup, bunlardan 4'ü meme, 4'ü akciğer ve 1'i ise cilt kansinomu idi. Dijital ülseri olan hastaların %58.5'I (n=76) kalsiyum kanal blokeri, %18.5'i (n=24) bosentan, %1.5'i (n=1) sildenafil, %2.3'ü (n=3) tadalafil kullanmakta idi. İv iloprost almış ya da almakta olan hasta sayısı 43 idi. Pulmoner HT nedeniyle tedavi alan hasta sayısı 30 olup, en sık bosentan, ambrisentan, tadalafil ve inhale iloprost kullanılmakta idi. Akciğer tutulumu nedeniyle 56'sında siklofosfamid, 4'ünde rituximab, 36'sında azatioprin, 20'sinde mikofenolat mofetil kullanıldığı belirlendi. Son 6 ay içinde 2 hasta miyokardit, 1 hasta akciğer kansinomu nedeni ile kaybedildi.

**Sonuç:** SSK birçok organ ve dokuyu etkileyen, morbidite ve mortalitesi yüksek bir hastalık olup, erken tanı konulması ve tedavi edilmesi hastalığın seyri açısından önemlidir. En önemli tedavi hedeflerini RF, dijital ülserler, akciğer, kalp ve böbrekler oluşturur.

**Anahtar sözcükler:** Sistemik skleroz, Raynaud fenomeni

## PS-090

### Behçet hastalığının patogenezinde serum IL-33 düzeyinin rolünün araştırılması

Pamir Çerçi<sup>1</sup>, Seda Tutluer<sup>1</sup>, Ali İnal<sup>2</sup>, Serdal Kenan Köse<sup>3</sup>, Ümit Ölmez<sup>1</sup>, Gökşal Keskin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İmmünoloji ve Alerjik Hastalıklar Bilim Dalı, Ankara; <sup>2</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İmmünoloji ve Alerjik Hastalıklar Bilim Dalı, İstanbul; <sup>3</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Behçet hastalığı (BH) oral aftöz lezyonlar, deri bulguları, tekrarlayan üveit ve genital ülserle karakterize kronik ve inflamatuvar bir hastalıktır. Çeşitli sitokinlerin artmış seviyedeki salınımının BH'nin inflamatuvar evrelerinde rol oynadığı düşünülmektedir. İnterlökin-33 (IL-33), IL-1 sitokin süper ailesinin bir üyesidir ve inflamasyonda önemli bir yere sahiptir. Bu çalışmamızda BH'da serum IL-33 seviyelerini analiz ederek hastalığın patofizyolojisindeki olası rolünü değerlendirmeyi amaçladık.

**Yöntem:** Çalışmaya 31'i aktif ve 23'ü inaktif olan 54 BH alındı. Sağlıklı kontrol (SK) grubu yaş ve cinsiyet olarak eşleştiril-

miş 18 kişiden oluşturuldu. Serum IL-33 düzeyleri ELISA yöntemi ile çalışıldı.

**Bulgular:** BH grubunun tamamında ortalama serum IL-33 düzeyi 4.84±2.81 pg/ml olarak hesaplandı. Bu düzey SK'da 2.88±0.42 pg/ml'di. Aktif BH'lere bakıldığında ile IL-33'ün serumdaki ortalama düzeyi 6.16±2.94 pg/ml iken, inaktif BH'lerde 2.86±0.54 pg/ml idi. Serum IL-33 düzeyi Behçet hastalarında SK'ya oranla istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksekti (p<0.01). Buna ilaveten aktif BH grubunda serum IL-33 düzeyi, SK ve inaktif BH grubuna oranla önemli ölçüde daha yüksekti (p<0.001 ve p<0.001). İnaktif BH grubuna baktığımızda bu grubun IL-33 düzeyinin SK ile benzer seviyede olduğu görüldü. Yine inaktif BH vakalarında, ortalama serum IL-33 seviyesinin artrit ile korele olduğu hesaplandı (r=0.674, p<0.05).

**Tablo (PS-090):** Aktif BH, inaktif BH ve SK grubunun demografik verileri ve klinik özellikleri.

	Aktif BH	İnaktif BH	Bütün BH	SK
Sayı	31	23	54	18
Yaş (ortalama)	30±5	30±5	30±5	27±6
Cinsiyet (E/K)	20/11	14/9	34/20	9/9
Hastalık süresi (yıl)	7±4	7±4	7±4	Yok
<b>Klinik özellikler</b>				
Oral ülser	22 (%71)	16 (%69,6)*	38 (%70.3)	Yok
Genital ülser	22 (%71)	14 (%60.9)*	36 (%66.6)	Yok
Üveit	18 (%58.1)	13 (%56.5)*	31 (%57.4)	Yok
SSS tutulumu	5 (%16)	2 (%8.2)*	7 (%12.9)	Yok
Deri lezyonu	13 (%41.9)	10 (%43.5)*	23 (%42.5)	Yok
Tromboz	6 (%19.4)	5 (%21.7)*	11 (%20.3)	Yok
Artrit	8 (%25.8)	0*	8 (%14.8)	Yok
ESR (mm/hr)	28.9±8.3	18.7±4.6	24.5±5.1	Yok
CRP (mg/dL)	41.4±7.6	3.8±1.5	25.4±4.1	Yok
IL-33 (mean±SD)	6.1±2.9	2.8±0.5	4.84±2.8	2.8±0.4

BH: Behçet hastalığı, CRP: C-reaktif protein, E: Erkek, ESR: Eritrosit sedimentasyon hızı, IL: İnterlökin, K: Kadın, SK: Sağlıklı kontrol, SSS: Santral sinir sistemi. \*Son 6 ayda değil, hastalığın tanısından son 6 aya kadarki süreçte.

**Sonuç:** Aktif BH grubunda IL-33'ün serumdaki yüksek saptanmış olması IL-33'ün BH'nin patogenezinde önemli bir role sahip olabileceğini göstermektedir.

**Anahtar sözcükler:** Artrit, Behçet hastalığı, IL-33

## PS-091

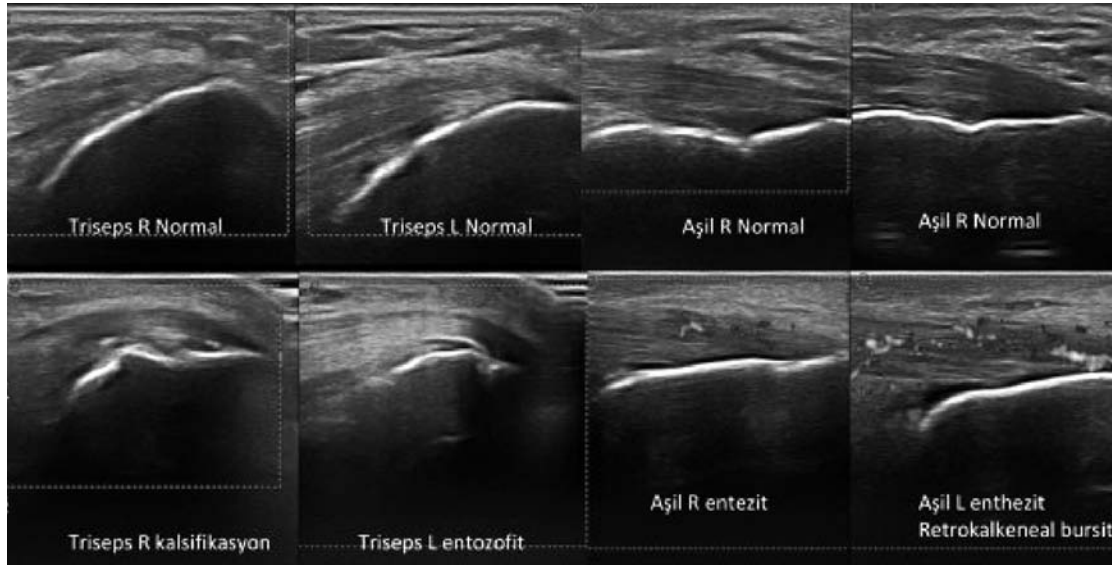
### Seronegatif romatoid artritli hastaların ultrasonografi ile entezopati açısından değerlendirilmesi

Zeynep Ertürk<sup>1</sup>, Tuğba Özsoy<sup>2</sup>, İlker Yağcı<sup>2</sup>, Yasemin Yalçınkaya<sup>1</sup>, Ali Uğur Ünal<sup>1</sup>, Pamir Atagündüz<sup>1</sup>, Haner Direskeneli<sup>1</sup>, Nevsun İnanç<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul;

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

**Giriş:** Tendon ve entezis bölgeleri kas iskelet sisteminin önemli bir kısmını oluşturmakla birlikte romatoid artrit (RA) hastalarında bu bölgelerin değerlendirildiği sınırlı sayıda çalışma mev-



Şekil (PS-091): Entezis bölgelerinde normal ve patolojik bulgular.

cuttur. Seronegatif RA hastalarında ise özellikle spondiloartropati ile tanının karışabilmesi açısından bu bölgelerin tutulumunun değerlendirilmesi daha da önem kazanmaktadır.

**Amaç:** Seronegatif romatoid artrit hastalarında entezit bölgelerindeki inflamatuvar tutulumu araştırmak ve sağlıklı toplulma farklılıklarını değerlendirmek.

**Yöntem:** Bu kesitsel çalışmada, 2010 ACR/EULAR kriterlerine göre tanı alan seronegatif RA hastalarının aşil, plantar fasya, proksimal patella, distal patella, quadriceps, tibialis anterior, triceps, ortak fleksör ve ortak ekstansör tendon tutunma yerleri entezopati açısından ultrasonografi eşliğinde gray skala ve power Doppler ile değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, hastalık aktivite skoru ve yaşam kalite ölçekleri değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmamızda 27 RA ve 10 sağlıklı kontrol hastasının sağ ve sol taraf tendon tutunma bölgeleri değerlendirildi. RA hastalarının ortalama DAS28 düzeyi  $3.6 \pm 1.28$ ; ESR düzeyi  $32.2 \pm 21.2$ ; CRP düzeyi  $12.37 \pm 27.77$  olarak bulundu (Tablo 1 PS-091). Ultrasonografi ile değerlendirilmenin sonucunda en sık saptanan patolojik bulgular; kalınlık artışı plantar fasyada %18.5, hipoekojenisite quadriceps ve ortak ekstansör tendonlarda %29.6, kemik erozyonu ortak ekstansör tendon yapışma bölgesinde %48.1, entezofit quadriceps tendonda %11.1, bursit retrokalkeneal alanda %3.7, kalsifikasyon aşil tendonda %31.5, power doppler sinyali ortak ekstansör tendonda %20.4 olarak saptandı (Tablo 2 PS-091). Seronegatif romatoid artrit hastaları sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldıklarında triceps tendonda kemik erozyonu (13 (%24.1) vs 0, p: 0.016), quadriceps tendonda kalsifikasyon (10 (%18.5) vs 0, p: 0.039), quadriceps tendonda hipoekojenisite (16 (%29.6) vs 0, p: 0.06), plantar fasyada hipoekojenisite (9 (%16.7) vs 0, p: 0.051), plantar fasyada kalınlık artışı (10 (%18.5) vs 0, p: 0.039), aşil tendonda kalsifikasyon (17 (%31.5) vs 0, p: 0.004), aşil tendonda hipoekojenisite (9 (%16.7) vs 0, p: 0.051) olarak anlamlı bulundu (Tab-

lo 2 PS-091). Madrid sonografik entezit skoru (MASEI) ortalama  $6.38 \pm 6.45$  olarak bulundu, 4 hastada ciddi tutulumlu bölge saptandı.

**Tablo 1 (PS-091):** Seronegatif romatoid artritli hastaların ultrasonografi ile entezopati açısından değerlendirilmesi, demografik özellikler.

Yaş	51.85±11.49
Kadın, n (%)	48 (88.9)
Hastalık süresi, yıl	9.8±6.75
RF titresi, median	10.77±3.21
AntiCCP titresi, median	3.99±4.13
DAS28, median	3.6±1.28
ESR, median	32.2±21.2
CRP, median	12.37±27.77

**Tablo 2 (PS-091):** Seronegatif romatoid artritli hastaların ultrasonografi ile entezopati açısından değerlendirilmesi, patolojik bulgular.

Patolojik bulgu	Seronegatif RA	Sağlıklı kontrol	p değeri
Plantar fasyada kalınlık artışı, n (%)	10 (18.5)	0	0.039
Quadriceps tendonda hipoekojenisite, n (%)	16 (29.6)	0	0.06
Ortak ekstansör tendon yapışma bölgesi kemik erozyonu, n (%)	26 (48.1)	0	0.000
Quadriceps tendon entezofit, n (%)	6 (11.1)	0	0.12
Retrokalkeneal bursit, n (%)	2 (3.7)	0	0.38
Aşil tendonunda kalsifikasyon, n (%)	17 (31.5)	0	0.004
Ortak ekstansör tendon power doppler sinyali, n (%)	11 (20.4)	0	0.02
Distal patella tendon yapışma bölgesinde kemik erozyonu, n (%)	3 (4.1)	2 (2.7)	0.49
Plantar fasyada kemik erozyonu, n (%)	11 (14.9)	4 (5.4)	0.97
Aşil tendonunda kemik erozyonu, n (%)	12 (16.2)	3 (4.1)	0.49
Quadriceps tendonda kalınlık artışı, n (%)	8 (10.8)	1 (1.4)	0.25

**Sonuç:** Seronegatif RA hastalarında entezit tutulumu açısından değerlendirilen 49 bölgenin %14' ü (n=7) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. MASEI skoruna göre de değerlendirilen seronegatif RA hastalarında anlamlı tutulumu olan bölgeler saptanmıştır. Seronegatif hastalarda romatoid artrit ayırıcı tanısına entezit bölgelerinin ultrasonografi ile değerlendirilmesi yardımcı olacaktır.

**Anahtar sözcükler:** Entezopati, romatoid artrit, spondiloartropati

## PS-092

### Diz osteoartritinde eklem içi plateletten zengin plazma uygulamaları ile kortikosteroid enjeksiyonunun etkinliklerinin karşılaştırılması

Nilgün Mesci<sup>1</sup>, Duygu Geler Külçü<sup>1</sup>, Sevilay Çüçen Batıbay<sup>1</sup>, Aslıhan Taraktaş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul; <sup>2</sup>Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Diz osteoartritinde intraartiküler tedavi seçeneklerinden plateletten zengin plazma (PRP) uygulamaları ile kortikosteroid enjeksiyonunun etkinliklerini karşılaştırmak.

**Yöntem:** Çalışmamız Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon kliniği enjeksiyon polikliniğimizde diz osteoartriti tanısı ile intraartiküler enjeksiyon tedavisi almış ve takipleri düzenli yapılmış olan hasta dosyalarının retrospektif olarak taranması ile yapıldı. 3 aydan uzun süredir kronik diz ağrısı olan hastaların diz osteoartriti tanısı American Collage of Rheumatology kriterlerine göre konulmuştu. İki hafta ara ile iki doz PRP enjeksiyonu uygulanmış olan 23 hasta Grup 1'i, bir doz triamsinolon heksasetonid enjeksiyonu yapılmış olan 11 hasta ise Grup 2'yi oluşturdu. Hastaların yaş, cinsiyet, boy, kilo, vücut kitle indeksi (VKİ) gibi demografik verileri yanında tutulan taraf ve Kellgren-Lawrence evreleme sistemine göre radyolojik evreleri kayıt edildi. Tedavi öncesi (TÖ), tedavi sonrası (TS) 1. ay ve TS 6. ay ölçülmüş olan diz ağrısı şiddetinin değerlendirildiği vizüel analog skala (VAS) ile fonksiyonel durumlarının değerlendirildiği Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) skorları incelemeye alındı.

**Bulgular:** Gruplar arasında yaş, cinsiyet, VKİ, tutulan taraf ve radyolojik evre açısından farklılık yoktu ( $p>0.05$ ). Her iki grubun da VAS ve WOMAC skorlarında TÖ ve TS 1. ay arasında anlamlı derecede azalma olduğu, TS 1. ay ile 6. ay skorları arasındaki değişimin anlamlı olmadığı, TÖ ile kıyaslandığında TS 6. ayda bu klinik düzelmeye anlamlı derecede devam ettiği saptandı. Grup içi değerlendirmelerde her iki grupta da TÖ ve TS yapılan tekrarlayan ölçümler arasındaki fark Friedman testi ile incelendiğinde; hem VAS değerleri hem de WOMAC'ın tüm skorlarında istatistiksel olarak anlamlı düzelmeler saptandı ( $p<0.05$ ). TÖ ve TS elde edilen tekrarlı ölçümler arasındaki farklılığın ANOVA testi ile gruplar arası karşılaştırılmasında; VAS ( $p=0.021$ ), WOMAC-fonksiyonel durum ( $p=0.006$ ) ve WOMAC-total skorlarında ( $p=0.014$ ) Grup 1 lehine anlamlı farklılık mevcut iken, WOMAC-ağrı ( $p=0.085$ ) ve WOMAC-

sabah sertliği ( $p=0.502$ ) skorlarında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı.

**Sonuç:** Çalışmamızda diz osteoartriti tedavisinde intraartiküler PRP ve kortikosteroid enjeksiyonlarının her ikisinin de etkin olduğunu; VAS, WOMAC-fonksiyonel durum ve total skorlarında PRP'nin daha üstün olduğunu ve her iki enjeksiyonda da etkinliğin 6. aya kadar devam ettiğini saptadık. PRP'nin otolog bir greft olması nedeniyle güvenli bir tedavi yöntemi olarak son dönemlerde kullanımı giderek artmaktadır. Diz osteoartriti tedavisinde PRP, kortikosteroid enjeksiyonuna alternatif bir tedavi yöntemi olabilir. Bu konu ile ilgili literatürde yeni prospektif randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

**Anahtar sözcükler:** Diz osteoartriti, plateletten zengin plazma, kortikosteroid enjeksiyonu

## PS-093

### Romatoid artrit hastalarında yalnızlık, sosyal destek ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi

Emine Kıyak<sup>1</sup>, Fadime Akkaya<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Erzurum; <sup>2</sup>Milli Eğitim Bakanlığı, Araklı Yılmaz Çebi Bölge ve Teknik Lisesi, Trabzon

**Amaç:** Araştırma romatoid artritli hastalarda yalnızlık, sosyal destek ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

**Yöntem:** Tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırma, Erzurum İli Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Romatoloji Polikliniği'ne Haziran 2014–Ocak 2015 tarihlerinde gelen 182 romatoid artrit hastasında yapıldı. Verilerin toplanmasında; Yalnızlık, Aileden Algılanan Sosyal Destek ve Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde; güç analizi, korelasyon analizi, t testi ve varyans analizi kullanıldı.

**Bulgular:** Eğitim, bakım alma, hastalığını paylaşma, eklem şekil bozukluğu, aktivitelemlerin etkilenmesi ve ağrı durumunun yalnızlığı, aile tipi, eklem şekil bozukluğu, aktivitelemlerin etkilenmesi, ruh hali ve ağrının sosyal desteği, eğitim, bakım alma, hastalığını paylaşma, hareket kısıtlılığı, eklem şekil bozukluğu, aktivitelemlerin etkilenmesi, ağrı, tutukluk, yorgunluk ve uyku bozukluğunun yaşam kalitesini anlamlı bir şekilde etkilediği bulundu ( $p<0.05$ ). Yalnızlık puanı ile sosyal destek puanı arasında  $r=-0.339$  düzeyinde negatif yönlü, yalnızlık puanı ve yaşam kalitesi puanı arasında  $r=0.257$  düzeyinde pozitif yönlü anlamlı ilişki bulundu. Sosyal destek puanı ile yaşam kalitesi puanı arasında ise  $r=-0.286$  düzeyinde negatif yönlü ilişki bulundu.

**Sonuç:** İlköğretim mezunu, bakım almayan, hastalığını paylaşmayan, eklem şekil bozukluğu olan, aktivitelemleri etkilenen ve ağrısı olan hastaların daha fazla yalnızlık yaşadıkları, geniş ailede yaşayan, eklem şekil bozukluğu olan, aktivitelemleri etkilenen, ağrısı, tutukluğu ve ruh hali etkilenen hastaların sosyal desteklerinin daha az olduğu tespit edildi. İlköğretim mezunu, bakım almayan, hastalığını paylaşmayan, aktivitelemleri etkilenen, hareket kısıtlılığı, eklem şekil bozukluğu, ağrısı, tutukluğu, yorgunluğu



ve uyku bozukluğu olan hastaların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu tespit edildi. Hastalarda yalnızlık arttıkça sosyal desteğin azaldığı ve yaşam kalitesinin düştüğü, sosyal destek arttıkça yaşam kalitesinin yükseldiği bulundu.

**Anahtar sözcükler:** Sosyal destek, romatoid artrit, yaşam kalitesi

## PS-094

### Merkezimizde takip edilmekte olan ailevi Akdeniz ateşi tanılı hastaların demografik ve klinik verileri

Soner Şenel<sup>1</sup>, Kemal Erol<sup>2</sup>, Şule Ketenci Ertaş<sup>1</sup>, Kevser Gök<sup>2</sup>, Ümmügülsüm Yılmaz<sup>3</sup>, Yusuf Özkul<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri; <sup>2</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri; <sup>3</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kayseri; <sup>4</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Kayseri

**Amaç:** Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) en sık görülen kalıtsal oto-inflamatuvar periyodik ateş sendromudur. Hastalık, Türk, Ermeni, Arap ve Yahudi kökenli kişilerde daha sık görülmekte iken uygun tedavi almamış olan hastalarda ciddi morbidite ve mortaliteye sebep olmaktadır.

**Yöntem:** Çalışmaya Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Polikliniği'ne başvuran Livneh Kriterlerine göre AAA tanılı olan erişkin hastalar alındı. Hastaların demografik verileri ile tanı yaşı, tanıda gecikme süresi, MEFV gen analizi, atak tipi, atak sıklığı, kullandığı ilaçları, FMF50 skoru ve Tel-Hashomer hasta ağırlık skorunu içeren klinik verileri kaydedildi.

**Bulgular:** Çalışmaya 138 AAA tanılı hasta dahil edildi. Hastaların 102'si kadın (%73.9), 36'sı erkek (%26.1) olup, ortalama yaş 36.34 (17-64) idi. Diğer demografik veriler tablo 1.'de özetlenmiştir. Hastalarda görülen en sık genetik mutasyon şekli bir alel heterozigot mutasyon (80 (%58) hastada) iken diğer mutasyonlar 37 (%26.8) hastada 2 alel heterozigot ve 13 (%9.4) hastada homozigot idi. En sık görülen mutasyon şekli olan M694V mutasyonu 56 hastada (%40.6) heterozigot iken 12 hastada (%8.7) homozigot idi. 104 (%75.4) hastanın 1. veya 2. derece akrabasında AAA tanılı birey var iken, 27 (%9.6) hastanın 1. veya 2. derece akrabasında KBY tanısı vardı. Ortalama Hastalık Ağırlık Skoru 4.9 (1-16) iken 92 hastada (%66.66) hafif, 44 (%31.8) hastada orta ve 2 (%1.44) hastada ağır hastalık vardı. 13 hastada (%9.5) amiloidoz öntanısı ile biyopsi yapılmıştı. Biyopsilerin 5 tanesi (%45.5) böbrekten, 4 tanesi (%36.4) rektumdan ve 2 tanesi (%18.2) karaciğerden alınmıştı. Biyopsi sonuçlarına göre 5 hastada (%3.7) amiloidozis saptandı.

**Sonuç:** Bizim çalışmamızda da Türkiye'de yapılan diğer çalışmalar gibi en sık rastlanan MEFV gen mutasyonu sırasıyla, M694V, E148Q, M680I ve V726A idi. Ailede FMF varlığının sıklığı çalışmamızda önceki bildirilmiş verilere göre daha yüksekti, bunun nedeni hem birinci derece hem de ikinci derece akrabalarda FMF varlığının sorgulanmasıydı.

**Anahtar sözcükler:** Ailevi Akdeniz ateşi, demografik, klinik

**Tablo (PS-094):** AAA tanılı hastaların demografik ve klinik verileri.

	Hasta (n=138)
Cinsiyet: K/E, n (%)	102/36 (73.9/26.1)
Medeni durum	
Evli, n (%)	99 (71.7)
Bekar, n (%)	33 (23.9)
Dul, n (%)	3 (2.2)
Eğitim durumu	
Okuma-yazma bilmiyor, n (%)	5 (3.6)
İlköğretim, n (%)	65 (47.4)
Lise, n (%)	50 (36.5)
Üniversite, n (%)	17 (12.5)
AAA aile öyküsü mevcudiyeti: n (%)	104 (%75.4)
Yaş: Ortanca (min.-maks.)	35 (17-64)
AAA başlama yaşı: Ortanca (min.-maks.)	20 (1-45)
Tanı yaşı: Ortanca (min.-maks.)	29 (1-62)
Tanı gecikme süresi: Yıl ortalama (min.-maks.)	9 (0-43)
Kolşisin kullanımı, düzensiz/düzenli, n (%)	18 (13)/120(87)
Kolşisin yanıtı: Yok, n (%)	10 (7.2)
Kısmı, n (%)	34 (24.6)
Tam, n (%)	94 (68.2)
Atak sıklığı:	
Ayda 1 defa veya daha çok, n (%)	21 (15.2)
Ayda 1 defadan az, 3 ayda 1 defa veya daha çok, n (%)	48 (34.8)
3-6 ayda 1 defa veya daha az, n (%)	69 (50)
Livneh kriterlerine göre atak tipi	
Tipik atak, n (%)	102 (73.9)
Atipik, n (%)	11 (8)
Mikst, n (%)	25 (18.1)
FMF50 yanıtı: yok/var, n (%)	23 (16.7)/115 (83.3)
ESR (mm/sa)/CRP (mg/dl)	9 (1-92)/3.3 (3-40)
Proteinüri (g/gün)	0.09 (0.01-5)
MEFV gen mutasyonu tipi	
Heterozigot/homozigot, n (%)	
M694V	56 (40.6)/12(8.7)
E148Q	32 (23.2)/1 (0.7)
M680I	25 (18.1)/1(0.7)
V726A	20 (14.5)/0
K695R	5 (3.6)/0
A7445	4 (2.9)/0
P3695	4 (2.9)/0
R761L	3 (2.2)/0
F479L	2 (1.4)/0
Hastalık ağırlık skorlaması n (%)	
Hafif	92 (66.66)
Orta	44 (31.8)
Ağır	2 (1.44)

## PS-095

### Gebelikte ve laktasyonda anti-TNF ilaç kullanan hastalarımızın değerlendirilmesi

Belkis Nihan Coşkun<sup>1</sup>, Ayşe Nur Tufan<sup>2</sup>, Selime Ermurat<sup>1</sup>, Burcu Yağız<sup>1</sup>, Yavuz Pehlivan<sup>1</sup>, Ediz Dalkılıç<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa; <sup>2</sup>Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

**Amaç:** Romatoid artrit (RA), ankilozan spondilit (AS) gibi romatizmal hastalıklar doğurganlık çağında görülebilir. Anti-TNF ilaçlar bu hastalıkların tedavisinde sıklıkla kullanılır ve bu ilaçların gebelik sonuçlarına etkisine dair veriler sınırlıdır. Biz bu çalışmada gebelikte anti-TNF kullanımı olan hastalarımızı sunmayı amaçladık.

**Tablo (PS-095):** Hastaların demografik verileri.

	Adalimumab	Certolizumab	Etanercept	Golimumab	İnfliksımab	Toplam
Gebelik sayısı	1	2	11	1	2	17
Ortalama gebelik yaşı (yıl)	30	32	31.45	33	32.5	31.64
İlacı ilk trimesterde maruziyet	1	2	5	1	2	11 (%64.7)
İlacı 2. trimesterde maruziyet	-	1	5	1	1	8 (%47.0)
İlacı 3. trimesterde maruziyet	-	-	5	-	-	5 (%29.4)
Abortus	-	-	3	-	-	3 (%17.6)
Ölü doğum	-	-	-	-	-	-
Konjenital anomali	-	-	-	-	-	-
Laktasyon	-	-	4	-	-	4 (%23.5)

**Yöntem:** Ocak 2000–Eylül 2016 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji polikliniğinde takipli anti-TNF ilaç kullanan hastalar geriye dönük olarak tarandı. Gebelik ve laktasyon döneminde anti-TNF ilaç maruziyeti olanlar çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik verileri, abortus, gebelik komplikasyonları, bebekte gelişen anomaliler kaydedildi.

**Bulgular:** Çalışmada anti-TNF kullanan 14 hastada gerçekleştirilen 17 gebelik sonuçları bildirilmektedir. Hastaların demografik verileri ve kullanılan anti-TNF ilaçlar tabloda gösterilmiştir. Hastaların 9'u AS, 5'i RA tanısı ile takipli hastalıklardı. Onbiri (%64.7) ilacı ilk trimesterde, 8'i (%47.0) ikinci trimesterde, 5'i (%29.4) ise son trimesterde maruz kalmıştı. Etanercept kullanan 3 hastada (%17.6) gebelik abortus ile sonuçlandı. Konjenital anomali ya da ölü doğuma rastlanmadı. Etanercept kullanan 4 (%23.5) hasta ortalama 9 ay süreyle bebeklerini emzirdi.

**Sonuç:** Gebelikte anti-TNF kullanan 3 (%17.6) hastamızda abortus saptandı. Bu oran sağlıklı popülasyonda görülen abortus oranları ile benzerdir. Hastalarımızda gebelik komplikasyonları ve abortus saptanmadı.

**Anahtar sözcükler:** Anti-TNF, gebelik, laktasyon

## PS-096

### Romatoid artrit tedavisinde kullanılan steroid olmayan anti-inflamatuar ilaçlar ve glukokortikoidlerin kullanımının değerlendirilmesi

Belkıs Nihan Coşkun, Selime Ermurat, Burcu Yağız, Ediz Dalkılıç, Yavuz Pehlivan

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

**Amaç:** Romatoid artrit (RA) en sık el ve ayakların simetrik poliartriti ile prezente olan kronik otoimmün bir hastalıktır. Farmakolojik tedaviler steroid olmayan anti-inflamatuar ilaçlar (NSAID'ler), glukokortikoidler (GK) ve diğer hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilaçlardır (DMARD'lar) (Geleneksel [csDMARDs] veya hedefe yönelik [tsDMARDs] ya da biyolojik [bDMARDs]). Hastalarımızın NSAID ve GK kullanım oranlarını irdelemeyi amaçladık.

**Yöntem:** Çalışmamıza hastanemiz romatoloji polikliniğinde RA tanısıyla takipli 686 hasta dahil edildi. Hastalar EULAR 2010 RA kriterleri kullanılarak sınıflandırıldı. Hastaların demografik özellikleri, kullandığı ilaç tedavileri kayıt edildi. Tüm hastalarda görsel analog skala üzerinden (VAS) ağrı, hasta ve doktorun

global değerlendirilmesi, hassas ve şiş eklemlerin sayısı (28 eklem), sağlık değerlendirme anketi (HAQ), C-reaktif protein (CRP), eritrosit sedimentasyon hızı (ESR), romatoid faktör (RF) ve anti-CCP değerleri incelendi. Hastalık aktivitesi, hastalık aktivite skoru DAS28 kullanılarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmaya 686 hasta dahil edildi. (580 kadın [%84.5], 106 erkek [%15.5]) Hastaların yaş ortalaması 53.23±12.21, ortalama hastalık süresi 10.74±7.59 aydı. Ekstraartiküler tutulum varlığı %17.9, deformite görülme sıklığı ise %31.3'tü. DAS28 skorlarına bakıldığında hastaların %55'inde hafif, %37.8'inde orta, %7.3'inde şiddetli hastalık aktivitesine sahipti. Yalnızca NSAID kullanan hastaların %54.6'si hafif, %43.11'i orta, %2.3'ü ise şiddetli hastalık aktivitesine sahipti. Yalnızca GK kullanan hastaların %57.2'si hafif, %40.7'si orta, %2.1'i ise şiddetli hastalık aktivitesine sahipti. NSAID ve GK kullanan hastaların %55'i hafif, %44'ü orta, %1'i ise şiddetli hastalık aktivitesine sahipti. Hastalık aktivitesi ile ilaç kullanımını kıyaslandığında yalnızca NSAID kullanan ve her ikisini birlikte kullanan grupta istatistiksel olarak anlam fark gözlenirken yalnızca steroid alan grupta fark saptanmadı (sırasıyla p: 0.022, p: 0.025, p: 0.46).

**Sonuç:** Tedavinin amacı, hastalık aktivitesini durdurmak ve remisyon sağlamaktır. Çalışmamızda düşük hastalık aktivitesine sahip bireylerin NSAID ve GK kullanımının yüksek olduğunu saptadık. Remisyonu sağlamada kullanılan DMARD tedavilerinin yanında NSAID ve GK kullanımı da önemlidir.

**Anahtar sözcükler:** Romatoid artrit, steroid olmayan antiinflamatuar ilaçlar, glukokortikoidler

## PS-097

### Ailevi Akdeniz ateşi tanılı hastalarda yaşam kalitesi düzeyi ile anksiyete ve depresyon riski:

#### Sağlıklı kontrollü bir çalışma

Kemal Erol<sup>1</sup>, Ümmügülsüm Yılmaz<sup>2</sup>, Soner Şenel<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri; <sup>2</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kayseri; <sup>3</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

**Amaç:** Ailevi Akdeniz ateşi (AAA) ataklarla seyreden kronik otoinflamatuar bir hastalıktır. Hastalar ataklar arasında normal günlük yaşamlarına devam edebilmektedir. SLE, RA gibi kronik romatizmal hastalıklarda yaşam kalitesinin azaldığı ve duy-

**Tablo (PS-097):** AAA tanılı hastalar ile sağlıklı gönüllü kontrol grubunda yaşam kalitesi ve anksiyete ile depresyon riskinin karşılaştırılması.

	AAA tanılı hastalar	Kontrol grubu	P değeri
SF-36/FK, ortanca (%25-75)	54.69 (38.56–74.68)	67.81 (54.84–80.78)	0.262
SF-36/MK, ortanca (%25-75)	54.50 (42.01–65.73)	59.79 (46.46–73.64)	0.770
HADS/Anksiyete, ortanca (%25-75)/risk (+), n (%)	8 (5-12) / 55 (%39.9)	7.5 (5-10) / 21 (%25.2)	0.032
HADS/Depresyon, ortanca (%25-75)/risk (+), n (%)	6 (4-10) / 70 (%50.7)	6.5 (4-9) / 42 (%51.2)	0.943

HADS: Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası, SF-36/FK ve MK: Kısa Form-36 Fiziksel komponent ve Mental komponent

gudurum bozukluklarının görülme riskinin arttığı gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı AAA tanılı hastalarda yaşam kalitesi ve depresyon, anksiyete risklerini araştırmaktır.

**Yöntem:** Çalışmaya romatoloji polikliniğimize başvuran, yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve medeni durum yönünden birbiri ile eşleştirilmiş, Livneh kriterleri'ne göre AAA tanısı ile takipli 138 erişkin hasta ile 82 sağlıklı gönüllü dahil edildi. AAA atağı geçirmekte olan hastalar, gebe olanlar, tiroid fonksiyon bozukluğu ve B12 vitamini eksikliği bulunan hastalar çalışmaya alınmadı. Yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek için Kısa form-36 (SF-36), anksiyete ve depresyon risklerini belirlemek için hastane anksiyete ve depresyon skalası (HADS) hastalar tarafından dolduruldu.

**Bulgular:** AAA tanılı hastalarda fiziksel ve mental yaşam kalitesi kontrol grubuna göre daha kötü bulundu fakat bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildi. Depresyon riskinde de hasta ve kontrol grubu arasında farklılık yoktu. Anksiyete riski ise AAA tanılı hastalarda kontrol grubuna göre daha yüksekti ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı düzeyde idi (p: 0.032).

**Sonuç:** Çalışmamızda fiziksel ve mental yaşam kalitesi, AAA tanılı hastalarda kontrol grubuna göre daha kötü iken bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildi. Deger ve ark. Yapmış olduğu çalışmada da AAA tanılı hastaların mental yaşam kalitesi, kontrol grubuna göre kötü iken bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildi fakat fiziksel yaşam kalitesi AAA tanılı hastalarda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde kötü idi. Değer ve ark. çalışmasında atak geçirmekte olan hastalar dışlanmamış iken biz çalışmamızda atak geçirmekte olan hastaları dışladık. Kontrol grubu ile AAA tanılı hastalar arasında yaşam kalitesi farkının istatistiksel düzeyde anlamlı olmamasının sebebi bu olabilir. Yine bu sonuca göre, AAA tanılı hastalar atak geçirmediği dönemlerde sağlıklı gönüllülere yakın düzeyde yaşam kalitesine sahip olabilir. Çalışmamızda anksiyete riskinin belirgin olarak AAA tanılı hastalarda yüksek olmasının nedeni ise hastalardaki atak geçirme kaygısı olabilir.

**Anahtar sözcükler:** Ailevi Akdeniz ateşi, yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon

## PS-098

### Romatoid artritli hastalarda serum triptaz düzeyi ve hastalık aktivitesi ile ilişkisinin araştırılması

Mehmet Serhat Topaloğlu<sup>1</sup>, Gül Devrimsel<sup>2</sup>, Ayşegül Küçükali Türkyılmaz<sup>2</sup>, Münevver Serdaroğlu Beyazal<sup>2</sup>, Murat Yıldırım<sup>2</sup>, Aynur Kırbas<sup>3</sup>, Hacer Bilgin Topaloğlu<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Rize; <sup>2</sup>Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Rize; <sup>3</sup>Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Rize

**Amaç:** Bu çalışmada Romatoid artritli (RA) hastalarda serum triptaz düzeyleri ve hastalık aktivitesi ile arasında ilişki olup olmadığını araştırmayı amaçladık.

**Yöntem:** Bu çalışmaya Ocak 2015 ile Temmuz 2015 tarihleri arasında Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniği'ne başvuran ve Amerikan Romatoloji Derneği (ACR) 2010 tanı kriterlerine göre RA tanısı alan 43 RA hastası ve 37 sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubu dahil edildi. Tüm bireylerin yaş, cinsiyet ve vücut kitle indeksleri (VKİ) kayıt edildi. Hastaların detaylı muayenesi yapılarak hastalık aktivitesi için Disease Activity Score (DAS28), Visual Analog Skala (VAS) ve Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ) skorları hesaplandı. Serum total triptaz düzeyleri eliza yöntemi ile ölçüldü.

**Bulgular:** Çalışmaya 43'ü RA (36 kadın, 7 erkek), 37'si sağlıklı kontrollerden (32 kadın, 5 erkek) oluşan 80 birey alındı. Hasta grubunun yaş ortalaması 52.53±11.10 iken, kontrol grubunun 48.41±12.79 idi. Her iki grubun yaş, cinsiyet ve VKİ dağılımları birbirine benzerdi (p>0.05). Hasta grubunun serum triptaz düzeyi sağlıklı kontrollere göre daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0.001). Hasta grubunda serum triptaz düzeyleri ile DAS28, VAS ve HAQ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (p<0.05). Serum triptaz düzeyleri ile eritrosit sedimentasyon hızı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (p<0.05). CRP ile serum triptaz düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0.05).

**Sonuç:** Romatoid artritli hastalarda serum triptaz düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edildi. RA'da hastalık aktivitesi artışı ile serum triptaz düzeyleri arasında pozitif korelasyon saptandı. Serum triptazının RA'da inflamasyona katkı sağlayan bir faktör olabileceği düşünüldü.

**Anahtar sözcükler:** Romatoid artrit, hastalık aktivitesi, serum triptaz

## PS-099

### Vasküler tutulumu olan Behçet hastalarında trombosit indeksleri ve nötrofil/lenfosit oranının değerlendirilmesi

Hüseyin Şencan<sup>1</sup>, Atalay Doğru<sup>2</sup>, Yunus Ugan<sup>2</sup>, Mehmet Şahin<sup>2</sup>, Şevket Ercan Tunç<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Isparta; <sup>2</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Isparta

**Amaç:** Behçet hastalığı (BH), etiyojisi bilinmeyen, relaps ve remisyonlarla seyreden, mukoza, göz, damar, sinir sistemi gibi

birçok organ sistemini etkileyebilen, kronik bir hastalıktır. Hastalığa ve aktivasyonuna özgü bir laboratuvar belirteci bulunmamaktadır. Birçok romatolojik hastalıkta ortalama trombosit hacmi (MPV) ve nötrofil/lenfosit oranı (NLO) değerleri ile hastalık aktivitesi ve tromboz ilişkileri ile ilgili çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmada BH vasküler tutulumu ile trombosit indeksleri ve NLO arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık.

**Yöntem:** Çalışmaya Uluslararası Behçet Hastalığı Çalışma Grubu tanı kriterlerine göre tanı alan 100 hasta ve 100 sağlıklı bireyden oluşan kontrol grubu dahil edildi. Hastalar klinik, fizik muayene ve laboratuvar bulguları ile değerlendirildi ve vasküler tutulum durumuna göre iki gruba ayrıldı. Hastalardan alınan tam kan örneğinde MPV, trombosit dağılım genişliği (PDW), plateletkrit (PCT), NLO parametreleri değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmaya alınan hastaların 53'ü erkek, 47'si kadın idi. Ortalama yaş 38±11 yıl saptandı. Hasta grubu ve kontrol grubu trombosit indeksleri ve NLO ile kıyaslandığından, PCT ve NLO değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi (sırasıyla 0.001, 0.001). MPV ve PDW de iki grup arasında fark saptanmadı. Tromboz olan hastalarda NLO değeri tromboz olmayan hastalara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p=0.002). Trombosit indekslerinde (MPV, PDW, PCT) iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi.

**Tablo 1 (PS-099):** Hasta-kontrol grubu ile trombosit indeksleri ve NLO arasındaki ilişki.

	Hasta (n=100)	Kontrol (n=100)	p değeri
MPV (ortalama±ss) fL	8.33±0.92	8.50±0.81	.177
PDW (ortalama±ss)	16.63±0.49	16.76±0.52	.131
PCT (ortalama±ss)	0.22±0.05	0.20±0.04	.001
NLO (ortalama±ss)	2.70±1.71	1.74±0.65	.001

MPV: Ortalama trombosit hacmi, NLO: Nötrofil/lenfosit oranı, PCT: Plateletkrit, PDW: Trombosit dağılım genişliği

**Tablo 2 (PS-099):** Tromboz ile MPV, PDW, PCT, NLO ilişkisi.

	Tromboz+(n=30)	Tromboz-(n=70)	p değeri
MPV (ortalama±ss)	8.12±1.08	8.42±0.83	.092
PDW (ortalama±ss)	16.63±0.64	16.63±0.41	.827
PCT (ortalama±ss)	0.22±0.60	0.22±0.44	.613
NLO (ortalama±ss)	3.16±1.30	2.50±1.83	.002

MPV: Ortalama trombosit hacmi, NLO: Nötrofil/lenfosit oranı, PCT: Plateletkrit, PDW: Trombosit dağılım genişliği

**Sonuç:** Mevcut bulgular trombosit indekslerinin Behçet hastalığının damar tutulumunu göstermede kullanışlı bir belirteç olmadığını düşündürmektedir. NLO ise hastalıkla ve damar tutulumuyla ilişkili olması, kolay ölçülebilen, ek ücret gerektirmeyen yapısıyla yardımcı bir gösterge olarak kullanılabilir.

**Anahtar sözcükler:** Behçet hastalığı, plateletkrit, trombosit hacmi

## PS-100

### Fibromiyaljili hastalarda tüm vücut vibrasyon tedavisinin ağrı, yorgunluk, depresyon ve fonksiyonel durum üzerine etkileri

Mihriban Adalı, Bilge Efe, Ayça Elyıldırım, Merve Karabulut, Şeyma Çoşgun, Uğur Ertem, Adnan Bilgiç, Zeynel Karakullukçuoğlu, Neşe Eroğlu Gökmen, Alev Alp, Selim Mahmut Günay

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

**Amaç:** Fibromiyaljili kadın hastalarda Tüm Vücut Vibrasyon (TVV) tedavisinin etkilerini gözlemlemek

**Yöntem:** Randomize kontrollü tek kör çalışmada 2010 ACR klasifikasyon kriterlerine göre 20 fibromiyaljili hasta 10'ar kişilik vibrasyon+egzersiz ve sadece egzersiz gruplarına ayrılmıştır. TVV grubuna 4 hafta süre ile toplamda 8 gün ve günde 60 dk, 30 Hz frekans ve 2 mm amplitüde vibrasyon ve eş zamanlı 30'ar saniyelik 6'şar tekrarlı 6 çeşit egzersiz kombinasyonu uygulanmıştır. Kontrol grubuna haftada 2 gün 4 hafta süre ile fizyoterapist gözleminde 60 dk relaksasyon, aerobik ve güçlendirme egzersizi uygulanmıştır. Her iki grup tedavi öncesi, 1. ay, 3.ay ve 6. aylarda Vizüel Analog Skala (VAS), Fibromiyalji Etkilenme Anketi (FEA) ve Beck Depresyon Skalası (BDS) ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Gruplar arasında tedavi öncesi farklılık saptanmazken grup içi ve gruplar arası karşılaştırmalarında 6.ay FEA skorlarında TVV grubu lehine anlamlı iyileşme saptanmıştır (p=0.043).

**Tablo (PS-100):** Grup içi ve gruplar arası karşılaştırmalar.

	Kontrol grubu	TVV grubu	p
VAS 1	-1 (-2/0)	-2 (7/0)	>0.05
VAS 2	-2 (-4/0)	-2 (-6/1)	>0.05
VAS 3	-1 (-4/0)	-1 (7/1)	>0.05
FEA 1	-11 (-19/18)	-9 (-28/35)	>0.05
FEA 2	-15 (-36/11)	-3 (-16/32)	>0.05
FEA 3	-6 (-30/11)	3 (-14/15)	=0.043*
BDS 1	-4 (-16/3)	-5 (-53/9)	>0.05
BDS 2	-5 (-22/13)	-4 (-51/33)	>0.05
BDS 3	-0.5 (-21/20)	-5 (-53/13)	>0.05

BDS: Beck Depresyon Skalası, BDS 1: 1. ay BDS, BDS 2: 3. ay BDS, BDS 3: 6. ay BDS, FEA: Fibromiyalji Etkilenme Anketi, FEA 1: 1. ay FEA, FEA 2: 3. ay FEA, FEA 3: 6. ay FEA, VAS: Vizüel Analog Skala, VAS 1: 1. ay VAS, VAS 2: 3. ay VAS, VAS 3: 6. ay VAS. \*p<0.05

**Sonuç:** 30 Hz ve 2 mm amplitüde uygulanan TVV ve egzersiz tedavisinin sadece egzersiz tedavisine üstün olduğu gösterilmiştir. Bu sonucun daha geniş sayıda hasta popülasyonu ile yapılacak çalışmalarla desteklenmesi ve frekans aralığının netleştirilerek kullanımının yaygınlaştırılması önerilmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Fibromiyalji, tüm vücut vibrasyon tedavisi

## PS-101

### Spondiloartropatiyi taklit eden bir olgu: Bertolotti sendromu

Ayşegül Küçükali Türkyılmaz, Gül Devrimsel,  
Münevver Serdaroğlu Beyazal, Murat Yıldırım

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Rize

**Amaç:** Bel ağrısı etyolojisi multifaktoriyeldir. Bu etyolojiler içerisinde %4–37 oranında konjenital vertebra anomalileri yer almaktadır. 4 tip lumbosakral transizyonel vertebra (LSTV) anomalisi mevcuttur. Bunlardan bel ağrısı ile en sık ilişkilendirileni tip 2 LSTV anomalisi olan L5 transvers çıkıntısı ile sakrum arasındaki psödoartikülasyona bağlı oluşan Bertolotti sendromu olarak adlandırılan tiptir. Psödoartikülasyona bağlı asimmetrik mekanik yüklenmeler veya hipermobilitate sonucunda vertebra biyomekaniğindeki değişimlere bağlı olarak bel ağrısı ortaya çıkar. Burada polikliniğimize inflamatuvar bel ağrısı şikayeti ile başvuran ve öncelikle spondiloartropati tanısı düşünülen ancak grafide LSTV anomalisi tespit edildikten sonra Bertolotti sendromu tanısı konan bir olgu sunulmuştur.

**Olgu:** 15 yaşında bayan hasta 6 aydır mevcut olan ve giderek artan bel ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hasta ağrılarının özellikle sağ kalçaya yayıldığını, aktiviteyle arttığını, istirahatle azalmadığını, yarım saat süren sabah tutukluğunun eşlik ettiğini belirtti. Non-steroid anti-inflamatuvar ilaç (NSAİİ) tedavisi ile ağrılarının azaldığını ancak ilacın etkisi geçince tekrar başladığını ifade ediyordu. Fizik muayenesinde lomber hareketler her yöne kısıtlı ve ağrılı idi. Düz bacak kaldırma testi ve Laseque testi negatif, nörolojik muayenesi normaldi. Sakroiliak kompresyon, Mennel ve Gaenslen testleri sağda pozitif. Eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein, tam kan sayımı ve diğer laboratuvar testleri normal, HLA-B27 negatif idi. Hastanın çekilen sakroiliyak ön-arka grafisinde sağda normalden büyük L5 transvers çıkıntısı ile sakrum arasında eklemleşme yapan LSTV anomalisi tespit edildi (Şekil 1 PS-101). Hastaya NSAİİ



**Şekil (PS-101):** Lumbosakral transizyonel vertebra anomalisinin direkt grafi görüntüsü (Castelli sınıflamasına göre Tip 2A lumbosakral transizyonel vertebra, tek taraflı psödoartikülasyon).

tedavisi ile fizik tedavi programı başlandı. Hastanın 3 ay sonraki kontrolünde ağrılarında azalma olduğu gözlemlendi.

**Sonuç:** Bertolotti sendromu lumbosakral konjenital vertebra anomalisi olup klinik olarak spondiloartropatiyi taklit eden bel ve kalça ağrısına yol açabilir. Olgumuzda olduğu gibi özellikle genç hastalarda bel ağrısı etyolojisini araştırırken konjenital vertebra anomalilerini ayırıcı tanıda düşünmek gerekir. Ayrıca burada direkt grafileri değerlendirirken eklem dışı yapıların dikkatli değerlendirilmesinin doğru tanı konması açısından önemi vurgulanmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Spondiloartropati, Bertolotti sendromu

## PS-102

### Romatoloji pratiğinde intravenöz immünglobulin kullanımı

Özlem Özdemir Işık, Duygu Temiz Karadağ, Senem Tekeoğlu,  
Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle

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

**Amaç:** Antikorların tedavide kullanılması ile ilgili gelişmeler 19. yüzyılın sonlarında yaşanmıştır. İntravenöz immünglobulin (İVİG) dünyada en yaygın kullanılan plazma ürünüdür. İVİG binlerce sağlıklı vericiden sağlanan plazmaların havuzlanması ile elde edilen normal insan poliklonal IgG'nin tedavi edici preparatıdır. İVİG günümüzde pek çok sistemik otoimmün hastalığın tedavisinde kullanılmaktadır. Burada 2014–2016 yılları arasında tedavide İVİG kullanılan farklı hastalık gruplarından olgular sunulacaktır.

**Olgu 1:** 37 yaş kadın. Sistemik lupus eritematozus tanılı hasta. Steroide dirençli immün hemolitik anemi nedeniyle 1 kür Rituksimab (RTX) aldı. Tedavi yanıtı beklenirken replasman ihtiyacının devam etmesi nedeniyle İVİG tedavisi verildi. Yanıt alınca tedavi 4 küre tamamlandı

**Olgu 2:** 56 yaş kadın. İştah kaybı olan, renal ve akciğer tutulumlu granülomatöz polianjitis hastası. 6 kür Siklofosfamid sonrası idame Azatioprin ile yapılırken renal fonksiyon kaybı nedeniyle 1 kür RTX aldı. Kreatinin artışı süren hastaya İVİG tedavisi verildi. 3 kür sonunda kreatinin düzeyinin 2 mg/dl'de sebat etmesi nedeniyle tedavi kesildi.

**Olgu 3:** 64 yaş erkek. Propylcil kullanımına bağlı ANCA ilişkili vaskülit nedeniyle takipli hasta. Vakülitik cilt lezyonları, hematüri ve nazal septum perforasyonuna giden üst solunum yolu tutulumu nedeniyle RTX ve steroid tedavisi verildi. Sonrasında tüberküloza bağlı spondilodiskit nedeniyle 4'lü anti-tbc tedavi alan hastaya immünsüpresif tedavi verilemediği için İVİG tedavisi planlandı. 6 küre tamamlanacak.

**Olgu 4:** 44 yaş kadın hasta. Ateş, artrit ve malar raş ile başvuran hastaya SLE tanısı konuldu. Tanı esnasında miyokardit tablosu ve hemofagositik sendrom gelişen hastaya pulse steroid tedavisinin ardından genel durumunda kötüleşme olması nedeniyle İVİG tedavisi verildi. Tedaviye yanıt alınan hastanın tedavisi 6 küre tamamlandı.

**Olgu 5:** 68 yaş erkek hasta. Halsizlik yakınması ile dış merkeze başvuran kas gücü 2-3/5 olan hastanın EMG ve kas biyopsisi ile

dermatomiyozit tanısı konulmuş. 3 gün pulse streoid tedavisi ve Metotreksat 10 mg/hafta başlanmış. Hastada takipte aspirasyon pnömonisi gelişmiş. Hipoksi nedeniyle entübe edilen hasta yoğun bakım ünitesinde takip edilmiş. Sonrasında extübe edilerek kliniğimize devredilen hastanın balgamında ve idrar kültüründe üreme olması, kas gücü kaybının devam etmesi nedeniyle tedavisine İVİG ile devam edilmesine karar verildi. İVİG tedavisi 2 gr/kg olarak bölünmüş dozlarda uygulanmaktadır. Minör transfüzyon reaksiyonları yanında yüksek dozlarda verildiğinde %2 tromboemboli riski taşımaktadır. Bunun yanında akut böbrek yetmezliği, miyokard infarktüsü, anafilaksi riski taşımaktadır. Romatoloji pratiğimizde köprü tedavisi olarak kullandığımız İVİG pahalı olması nedeniyle, her olgu ayrı ayrı değerlendirilerek uygun endikasyonlarda kullanılmalıdır. Uygun gerekçelerle kullanıldığında etkin bir tedavi yöntemidir.

**Anahtar sözcükler:** İntravenöz immünglobulin, romatoloji

### PS-103

#### Romatoid artritli geç tanınan kriyoglobulinemik vaskülitli bir vaka

*Mehtap Tınazlı, Gaukhar Bakhtiyarova*

*Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Lefkoşa, KKTC*

**Amaç:** Romatoid artrit (RA) ilişkili vaskülit izole digital infarktlardan ağır organ hastalığı olan sistemik tutulumu kadar farklı tablolara neden olabilir. Burada, uzun süreli hastalığı olan fakat tanı ve tedavi almamış romatoid artritli bir vaka kriyoglobulinemik vaskülitte görülmüş, destrüktif sonuçlarının önemi nedeniyle paylaşılmalı istenmiştir.

**Olgu:** 50 yaşında erkek hasta, Nisan 2015'te parmak uçlarında morarma ve ağrı ile başvurdu. Raynaud mevcuttu. Gece ağrısı ve sabah tutukluğu tarifliyordu. Özgeçmişinde; 10 yıl 1.5 P/gün sigara (son 2 yıldır içmiyor) ve hipertansiyon vardı. Fizik muayenesinde; kan basıncı ve nabız normal, periferik nabızlar alınıyor. Her iki elde siyanoz sağ el 3. MKP şiş, ağrılı, sol el 4. parmak pulpasında digital ülser, sol el 2 ve 5. parmak uçlarında nekrotik alanlar ile sol el 2. DIF eklemlerde fleksiyon kontraktürü saptandı. Sistem muayeneleri olağandı. Laboratuvar incelemesi; hemogram nötrofil hakimiyetli hafif lökositoz, CRP: 4.25 mg/dl ESR: 80/saat, böbrek, karaciğer, tiroid fonksiyon testleri



**Şekil (PS-103):** Siyanotik el ve digital yara.

normal, hepatit B ve C serolojisi ve anti HIV negatif. ANA, ANCA, ENA profili, antiCCP, antikardiyolipinler, dsDNA negatif, tam idrar tetkiki olağan, romatoid faktör (RF), lupus antikoagülan doğrulama, kriyoglobulin ve kriyofibrinojen pozitif. Kapilleroskopisi; kapiller mimari bozulmuş, nadir dev kapillerler, tortiozitesi artmış, kapiller kayıp yok, birkaç adet kanama alanı gösteriyordu. SFT, DLCO ve EKO normaldi. El-el bileği grafisinde MKP ve PIP eklemlerinde yaygın erozyonlar görüldü. 5 gün iv ilioprost infüzyonu sonrası parmak uçlarında ağrı ve siyanoz geriledi. Metotreksate 15 mg/hf, folik asit, pentoksifilin 1200 mg/gün, ASA, nifedipin ve 8 mg/gün metilprednizolon başlandı. 3. ay kontrolünde eklem ağrısı yoktu. Siyanozu gerilemişti. Yeni digital ülseri yoktu.

**Sonuç:** RA, periferik eklemlerin kronik, simetrik poliartriti ile seyreden, eklem dışı doku ve organ tutulumuna da yolaçabilen, otoimmün, inflamatuvar, romatizmal bir hastalıktır. Seyrinde vaskülit bulguları ortaya çıkabilir. Deri döküntüleri, digital nekroz, periferik nöropati ve gangren sık görülenlerdir. RA ilişkili vaskülit sıklıkla uzun süreli ve destrüktif RA hastalarında görülür. RA semptomları başladıktan 10 yıl sonra vaskülit semptomları gelişmektedir. RA vaskülit hastalarında RF, CRP değerleri anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Vakamız kriyoglobulin pozitifliği ve ağır Raynaud ile görülmüş ve sonradan RA tanısı konmuş olup, RF negatif, CRP ise hafif yüksek bulunmuştur. RA ilişkili vaskülit gelişimi için vakamızda da geçerli gibi görünen muhtemel uzun süreli RA, erkek cinsiyet ve sigara içimi ciddi risk faktörleridir. Günümüzde dahi daha iyi tedavi seçeneklerine rağmen Romatoid vaskülit; belirgin mortalite riski taşıyan bir RA komplikasyonudur. Erken tanı, iyi planlanmış agresif immünsüpresif tedavi ile olası doku ve organ kayıplarının önlenmesi mümkündür.

**Anahtar sözcükler:** Romatoid artrit, kriyoglobulinemi, vaskülit

### PS-104

#### Cam-tipi femoroasetabular impingement morfolojisi aksiyel spondiloartritli hastalarda daha sık olarak gözlenmektedir

*Servet Akar<sup>1</sup>, Özgür Tosun<sup>2</sup>, Dilek Solmaz<sup>1</sup>, Önay Gerçik<sup>1</sup>, Gökay Karaca<sup>2</sup>, Aliye Tosun<sup>3</sup>, Mustafa Özmen<sup>1</sup>, Fatih Esat Topal<sup>4</sup>*

*<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; <sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir; <sup>3</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İzmir; <sup>4</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İzmir*

**Amaç:** Femoroasetabular impingement sendromu (FAI), proksimal femurun asetabulum ile erken, patolojik teması sonucu ortaya çıkan bir tablodur. Pincer formu asetabulum nedenli FAI'dır. Cam deformitesi ise, femur baş/boyun bileşkesi anterior konturunda düzleşme veya femoral baş/boyun uzaklığında göreceli azalmaya neden olan osseoz çıkıntı şeklinde görülür. FAI'lı hastalar; oturur pozisyonunda, hareket esnasında veya sonrasında olan kalça/trokanterik ağrısı şikâyeti ile başvurur. Bu durumun, aynı zamanda, kalça osteoartritinin (OA) önemli bir nedeni olduğu düşünülmektedir. Bu yüzden bu çalışmada, aksi-

yel spondiloartritli (ax-SpA) hastalarda kalça ve trokanter ağrısının alternatif nedeni olabilecek CAM-tip FAI sıklığı değerlendirilmiştir.

**Yöntem:** ASAS kriterlerine göre ax-SpA tanısı ile izlenen 180 hasta [107 (%59) erkek, ortalama yaş 41.9±12.8 yıl] ve çoğunlukla travma nedeniyle acil servise başvuran ve pelvis grafisi çekilen 198 hasta [120 (%61) erkek, ortalama yaş 40.5±14.8 yıl] çalışmaya dahil edildi. Kalça osteoartriti, kalça protezi olan ve direk grafileri çekim tekniği nedeni ile uygun olmayan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Tüm anteroposterior pelvik grafiler deneyimli bir radyolog tarafından değerlendirildi.

**Bulgular:** Ax-SpA grubunda 135 ankilozan spondilit hastası ve 45 non radyografik ax-SpA hastası bulunmakta idi. Ax-SpA grubunda ortalama semptom süresi 13.8±11.3 yıl idi. Cam deformitesi ile uyumlu radyolojik bulgular ax-SpA'lı hasta grubunda kontrol grubuna göre belirgin olarak daha fazla bulundu [30/150 (20%) vs 17/193 (9%) ve p=0.004]. Ax-SpA'lı kadın hastalarda Cam-tipi radyolojik anormallik izlenmezken, kontrol grubunda yalnızca iki kadın hastada tespit edildi. FAI, HLA B27 pozitifliği (r=0.213 ve p=0.048), sigara kullanımı (r=0.194 ve p=0.018), boy (r=0.283 ve P=0.001) ve cinsiyet (r=0.443, p<0.001) ile anlamlı olarak ilişkili bulundu.

**Sonuç:** Bu çalışmanın sonucunda cam-tip FAI ile uyumlu radyolojik bulgular ax-SpA'lı hastalarda daha fazla görülmüştür. Tekrarlayan proksimal femoral hasarın yanı sıra yeni kemik oluşumu ax-SpA'lı hastalarda artmış FAI sıklığına neden olabilir. Kalça veya trokanterik ağrısı olan ax-SpA'lı hastalarda FAI alternatif tanı olarak akılda tutulmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Aksiyel spondiloartrit, cam deformitesi, femoroasetabular impingement sendromu

## PS-105

### Ateş, sedimantasyon yüksekliği ve lenfadenopati:

#### Nekrotizan granüloamatöz inflamasyon

Serpil Ergülü Eşmen<sup>1</sup>, Cengiz Burnik<sup>2</sup>

<sup>1</sup>KKHB SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Konya; <sup>2</sup>KKHB SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Konya

**Amaç:** Tüberküloz her organı tutabilen bir hastalıktır. Ekstrapulmoner tüberkülozun en sık görülen formlarından biri lenfadenittir. Sıklıkla servikal ve supraklavikuler bölge lenf bezleri tutulur. Ateş, sedimantasyon yüksekliği ve supraklavikuler lenfadenopati ile prezente olan tüberküloz lenfadeniti saptadığımız olguyu sunduk.

**Olgu:** 73 yaşında kadın, yaklaşık 2 haftadır olan 38 °C üzerinde ateş ve boyunda şişlik şikayeti ile başvurdu. Romatoloji sorulamadı artralji dışında pozitif bulgusu yoktu. Fizik muayenede sağ supraklavikuler ve sağ alt juguler bölgede büyümüş lenf bezi palpe edildi. Sağ meme mastektomize idi. Laboratuvar tetkiklerinde kronik hastalık anemisi ve lökositoz mevcuttu. Sedimantasyon 140 mm/saat, CRP: 15.5 mg/L idi. Hematüri ve proteinüri yoktu. ANCA negatif idi. 1998 yılında meme kanseri nedeniyle sağ modifiye radikal mastektomi öyküsü olması üzerine boyundaki şişliğin metastaz ya da ikinci primer malig-

nite ile ilişkili olabileceği düşünüldü. Toraks BT'de her iki akciğer üst lob apekslerde bazıları kalsifiye parankimal nodüller, mediastinal çok sayıda lenf nodu izlendi. PET-BT incelemede sağ alt juguler ve supraklavikuler bölgede, mediastende ve intraabdominal bölgede karaciğer hilusu komşuluğunda hipermetabolik lenf bezleri izlendi. Kolay ulaşılabilmesi nedeniyle sağ supraklavikuler bölgede 26×20 mm USG'de içerisi kistik olan hipoekoik görünümde kitleden USG eşliğinde biyopsi alındı. Biyopside nekrotizan granüloamatöz inflamasyon içeren lenfoid doku izlendi. PPD testi 13 mm ölçüldü. Olgunun malignite ve maligniteye yönelik tedaviler nedeniyle immünsüprese olması, PPD 13 mm yüksek olması, akciğerde sekel bulguların varlığı, biyopsinin uyumlu olması nedeniyle tüberküloz lenfadenitine yönelik 4'lü anti-tüberküloz tedavisi başlandı.

**Sonuç:** ESH 100 mm/saat'in üzerinde olan olgularda, lenfoma, myeloma, metastatik kolon ya da meme kanseri gibi malignite, infeksiyonlar ya da romatoid artrit ve dev hücreli artrit gibi inflamatuvar hastalıklar görülmektedir. Ateş ve sedimantasyon yüksekliğinde en sık nedenler infeksiyonlar, noninfeksiyöz inflamatuvar hastalıklar ve malignitelere dir. Ülkemizdeki en sık infeksiyon nedenleri tüberküloz, bruselloz, abdominal apseler ve infektif endokardittir. Genellikle devamlı ateş, titreme ve terleme vardır. Geç tanı konulan tüberküloz olguları ekstrapulmoner, miliyer, altta başka bir pulmoner hastalığı olan ya da immünsüprese olgulardır. Ateş etiyojisi araştırılan tüberküloz olgularında PPD cilt testi kütanöz alerji nedeniyle %50'den az olguda pozitifdir. Balgamda ARB olguların sadece %25'inde pozitifdir. Tanı koymak için genellikle etkilenen dokuya (lenf nodu, kemik iliği, karaciğer) biyopsi yapmak gerekir. Mycobacterium tuberculosis için izolasyon teknikleri kan içeren izolatör kültürler, BACTEC kan kültür şişeleri ve PCR reaksiyonudur. PCR daha duyarlı ve özgül olup radyolojik bulguların olmadığı miliyer tüberküloz olgularında ve aşık lokalize lezyonların olmadığı durumlarda kullanılmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Tüberküloz lenfadenit

## PS-106

### Leflunomid tedavisi almakta olan romatoid artritli olguda karaciğer enzim yüksekliği: Non alkolik steatohepatit

Serpil Ergülü Eşmen<sup>1</sup>, Şamil Ecirli<sup>2</sup>

<sup>1</sup>KKHB SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Konya; <sup>2</sup>KKHB SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Konya

**Amaç:** NASH (nonalkolik steatohepatit), karaciğerinde alkole bağlı yağlanmaya benzer histolojik bulguların varlığı ile tanımlanır. Romatoid artrit nedeniyle steroid ve leflunomid tedavisi almakta iken belirgin karaciğer enzim yüksekliği nedeni araştırılan ve NASH saptanan olgumuzu sunduk.

**Olgu:** Romatoid artrit tanılı 43 yaşında erkek, eklem yakınmalarında artış nedeniyle başvurdu. Leflunomid 40 mg/gün ve dozunu eklem yakınmalarına göre kendisinin artırıp azalttığı 4-16 mg/gün metilprednisolon tedavisini kullanmakta olduğu ve düzenli kontrollere gitmediği öğrenildi. Fizik muayenede her iki el ve ayak eklemlerinde artritli mevcuttu. Tetkiklerinde CRP:

30 mg/L, sedimantasyon: 60 mm/saat idi. Kontrolsüz yüksek dozda leflunomid almakta olduğu için bakılan ALT: 267 U/L, AST: 96 U/L olması üzerine ilaca bağlı olabileceği düşünüldü ve leflunomid tedavisi kesildi. Yaklaşık 7 ay önceki tetkiklerinde ALT: 13 U/L, AST: 17 U/L normal sınırlarda olduğu görüldü. Bitkisel tedavi açısından sorgulandı ve nonsteroid ilaçlar dahil karaciğer toksik maddeler almaması yönünde uyarıldı. Eklem yakınmasına yönelik düşük doz kortikosteroid tedavisine devam edildi. Yaklaşık dört aylık takipte ALT: 948 U/L, AST: 481 U/L yükselme görüldü. Anti mitokondrial antikor, anti düz kas antikor, anti-LKM antikor negatifti. Enzim yüksekliğinin devam etmesi üzerine karaciğer biyopsisi yapıldı. Biyopside hepatositlerde balon dejenerasyon, fokal odakta makroveziküler steatoz, fokal litik nekroz odakları, perivenüler fibrozis ve perivenüler mikst tipte inflamasyon izlendi. Tedavide deve tohumu ekstresi, karahindiba kökü ekstresi ve zerdeçal kök ekstresinden oluşan tablet verildi. 20 gün sonra bakılan ALT: 502 U/L düşme görüldü. Ursodeoksikolik asit tedaviye eklendi.

**Sonuç:** NASH sıklıkla asemptomatik seyretmektedir. Yavaş progresyon gösteren inflamasyon ve fibrozis ile birlikte olan yağlı karaciğerden, submassif hepatik nekroz ile seyreden steatohepatite kadar değişkenlik gösterir. Kadınlarda erkeklere göre daha sık görülür. En sık obezite, diabetes mellitus ve hiperlipidemiye eşlik eder. İlaçlardan kortikosteroidler, metotreksat ve leflunomid steatohepatite neden olabilmektedir. Tamı çoğu kez rutin tetkikler sırasında yapılan üst batin ultrasonografisinde konulur. Aspartat aminotransferaz seviyesinde, alanin aminotransferaz seviyesinde veya her ikisinde yükselme en yaygın ve genellikle de tek laboratuvar bulgusudur. NASH'in kesin, etkili bir tedavisi henüz yoktur. Obez hastaların yavaş bir şekilde kilo vermesi ve düzenli spor yapması önerilmektedir. Diabetes mellituslu hastalarda iyi glukoz kontrolü sağlanmalıdır. Olguların bir kısmında insülin rezistansı olması nedeniyle thiazolidinedione grubu anti diabetik ajanlar kullanılmaktadır. Günümüzde NASH tedavisinde denenmekte olan ilaçlar; ursodeoksikolik asit, lipit düşürücüler, antioksidanlar, betaine glucuronate, N-asetil sisteindir. Bu ilaçlardan ursodeoksikolik asit NASH tedavisinde daha etkili bulunmuştur.

**Anahtar sözcükler:** Leflunomid, non alkolik steatohepatit, romatoid artrit

## PS-107

### Haglund hastalığı olgu sunumu

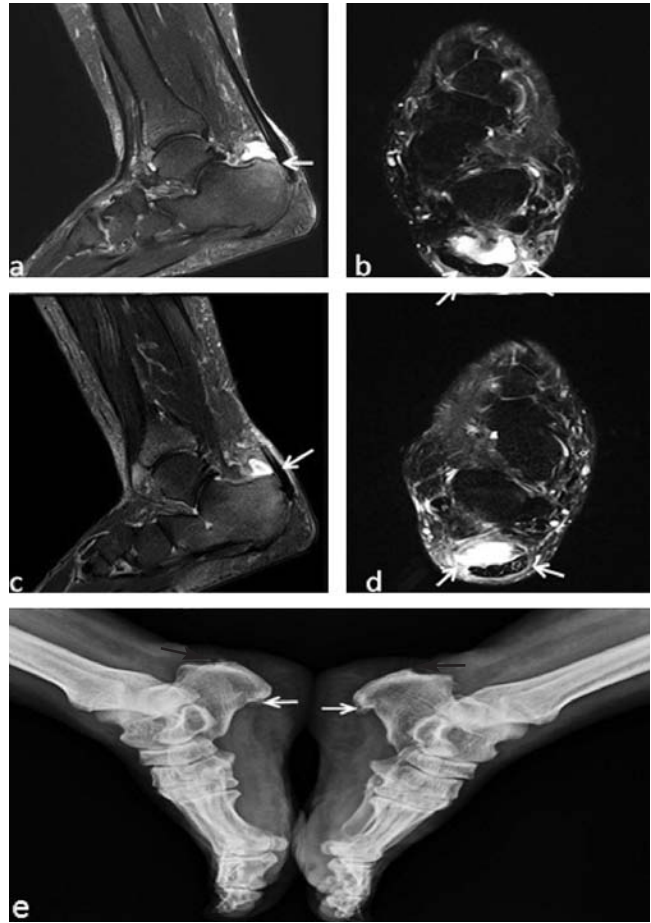
Serpil Ergülü Eşmen<sup>1</sup>, Vefa Öner<sup>2</sup>

<sup>1</sup>KKHB SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Konya; <sup>2</sup>KKHB SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Konya

**Amaç:** Haglund hastalığında, topuğun arka kısmında, Aşil tendonunun kemiğe yapıştığı noktada ağrı görülmektedir. Kliniğimize topuk ağrısı ile başvuran olguyu sunduk.

**Olgu:** 53 yaşında kadın, sabah kalkınca ve gün içerisinde otururken ayağa kalkıp yürümeye başladığında ilk birkaç adım olurken son 1 aydır otururken de olan her iki ayak bileğinde ağrı, sağ ayak bileğinde şişlik şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede her iki aşil tendonu hassastı. Sağ ayak bileğinde şişlik mev-

cuttu. Gece uykudan uyandıran ağrı, gezici bel kalça ağrısı, sabah tutukluğu, bel tutukluğu, sedef hastalığı, iltihabi barsak hastalığı öyküsü yoktu. Diğer romatolojik sorgulamada pozitif bulgusu yoktu. Tetkiklerinde CRP: 7.95 mg/L hafif yüksek, sedimantasyon: 8 mm/h, RF 10.4 IU/mL, Anti-CCP IgG negatif, ANA negatif idi. Her iki ayak bileğine yönelik yapılan MR görüntülemesinde kalkaneus inferior kesimde epin kalkane-i ile uyumlu spur formasyonu izlendi (Şekil 1 PS-107). Kalkaneus posterior kesimde Aşil tendonu yapışma düzeyinde kemik iliği ödemi ile uyumlu sinyal değişikliği ve retrokalkaneal bursada sıvı artışı izlendi. Aşil tendonu distalinde kalınlaşma ve intensite artışı izlendi. Kalkaneus lateral komşuluğunda ganglion kisti ile uyumlu olabilecek yaklaşık 1.5 cm boyutunda lobüle konturlu kistik yapı izlendi. Hastanın bulguları Haglund hastalığı ile uyumlu idi. Rahat ayakkabı giymesi ve topuk yükseltilmesi önerildi. Fizik tedavi bölümüne yönlendirildi.



**Şekil (PS-107):** Sağ ayak bileği MR incelemesinde yağ baskılı T2 ağırlıklı sagittal (a) ve aksiyel (b) görüntülerde kalkaneus posterior-süperiorunda kemik iliği ödem alanları, retrokalkaneal bursada effüzyon, Aşil tendonunda kalınlaşma ve intensite artışı izlenmektedir (beyaz oklar). Sol ayak bileği MR incelemesinde yağ baskılı T2 ağırlıklı sagittal (c) ve aksiyel (d) görüntülerde kalkaneus posterior-süperiorunda kemik iliği ödem alanları, retrokalkaneal bursada effüzyon, Aşil tendonunda kalınlaşma ve intensite artışı izlenmektedir (beyaz oklar). Bilateral lateral ayak grafisinde (e) her iki kalkaneusta epin kalkane-i ile uyumlu spur formasyonları izlenmektedir (beyaz oklar). Bilateral Aşil tendonu yapışma düzeyinde milimetrik osteofit oluşumları izlenmektedir (siyah oklar).



**Sonuç:** Haglund hastalığında, topuk üst arka ucunda kötü ayakkabı giyme, geçirilmiş kırık veya doğumsal olarak oluşmuş olan bir aşırı büyüme ayak bileğinin her hareketi esnasında aşil tendonu üzerine bir bası uygular, bu basıya bağlı olarak aşil tendonu ödemli, hassas bir dokuya dönüşür. Hastalar özellikle sabah yataktan kalktıkları birkaç adımda ciddi bir ağrı şikayeti ile karşı karşıya kalırlar. Genellikle birkaç adım sonra şikayetleri geriler. Gün içerisinde uzunca bir süre oturmalarını takiben ilk kalkış anlarında aynı şikayetler tekrarlar. İlerlemiş vakalarda şikayetler, yürüme ya da istirahat anında da oluşmaya başlar. Aynı zamanda topuklarının üst kısmında bir deformitenin de geliştiği gözlenir. Hastalığın tanısını koyarken çekilen röntgenlerde, MRI ve tomografide topuk üst arka ucunda bozulmuş alan ve aşil tendonu üzerinde çeşitli düzeylerde izlenen yaralanmalar tipiktir. Tedavisinde; öncelikli olarak arkası rahat ayakkabı, topuk yükseltilmesi ve aşil tendonunu güçlendirmeye yönelik fizik tedavi ve rehabilitasyon programları uygulanabilir. Ancak mekanik bir problem olması nedeniyle genellikle tedavisi cerrahi olup, topukta meydana gelmiş olan deformitenin düzeltilmesi ve gerekirse aşil tendonu ile ilgili düzeltme işlemlerinin yapılması tedavinin ana prensibidir.

**Anahtar sözcükler:** Haglund hastalığı

#### PS-108

#### Kolayca atlanabilecek bir tanı: Tekrarlayıcı seronegatif pitting ödemli simetrik sinovit sendromu (RS3PE)

Hakan Emmungil

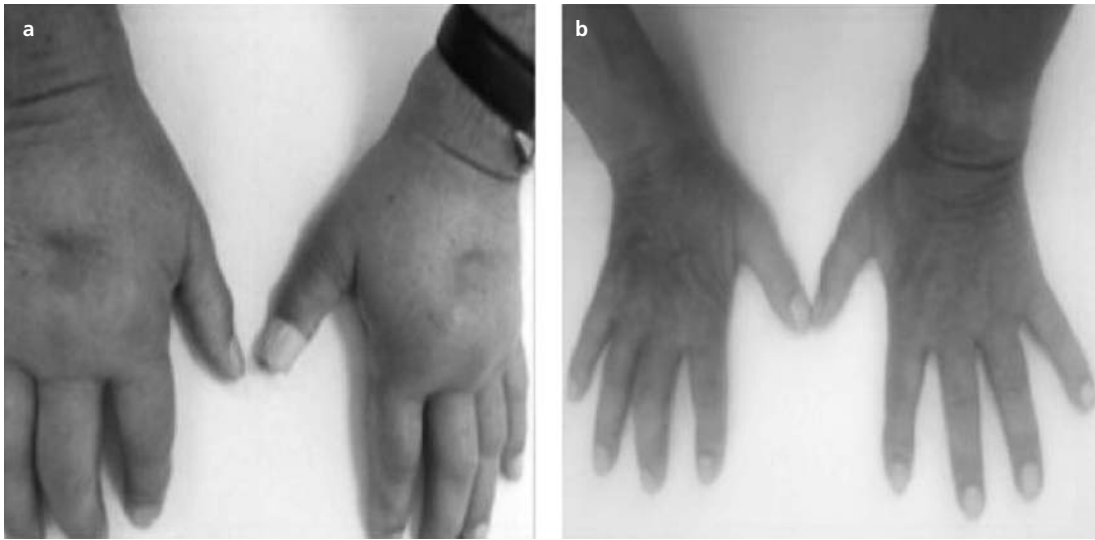
Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Tekrarlayıcı seronegatif pitting ödemli simetrik sinovit sendromu – Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema – (RS3PE), bilgi eksikliğinden dolayı kolayca gözden kaçabilecek bir hastalıktır. RS3PE ani ortaya çıkan, simetrik ve sıklıkla el veya ayak bileği eklemlerini tutan sinovit, el veya ayak dorsal yüzünde ödem, parmaklarda fleksör tendinit

ile seyreden iyi seyirli bir sendromdur. Bu sendromun nadir görülmesi klinisyenler tarafından sıklıkla gözden kaçmasına neden olmaktadır. Bu durum hastaların daha uzun süreli ve gereksiz tedaviler almasına neden olmaktadır. Bu sendroma bazen malignitelerde eşlik edebilmektedir. Burada nadir görülen bu sendroma dikkat çekmek için RS3PE tanılı bir olgu sunulacaktır.

**Olgu:** Seksen iki yaşında erkek hasta polikliniğimize son bir aydır özellikle her iki el bileği ve el dorsalinde gelişen ağrı ve şişlik şikayeti ile başvurdu. El parmaklarında olan sabah tutuklununun bir saatten fazla sürdüğünü belirtiyordu. Romatolojik sorgusunda ek özellik yoktu. Hasta bu şikayetleriyle dermatoloji, ortopedi ve kalp damar cerrahisi bölümlerince değerlendirilmiş ve tetkiklerinde akut faz yanıtı yüksekliği saptanınca kliniğimize yönlendirilmişti. Hastanın kas-iskelet sistemi muayenesinde her iki el dorsalinde gode bırakan ödem (Şekil PS-108), el bileği ve el dorsalinde ısı artışı, metakarpofalangial eklemlerde 25 derece fleksiyon kısıtlılığı tespit edildi. Diğer tüm eklemlerde eklem hareket açıklıkları normaldi. Aktif artrit yoktu. Laboratuvar incelemede pozitif bulgu olarak hemogloblin: 11 (12–16) g/dl, kreatinin: 1.52 (0.7–1.3) mg/dl, sedimentasyon: 86 mm/saat, romatoid faktör: 23 (<14) U/ml, ve C-reaktif protein: 112 (0–5) mg/dl, olarak saptandı. Diğer inflamatuvar hastalıklar açısından yapılan anti nükleer antikor (ANA) ile anticyclic citrullinated peptide (anti-CCP) tetkikleri negatif olarak sonuçlandı. Hastada RS3PE sendromu düşünülerek prednizolon 10 mg/gün başlandı. Hastanın iki hafta sonra yapılan kontrolünde şikayetlerinde belirgin azalma vardı. Üç ay içerisinde almakta olduğu kortikosteroid azaltılarak kesildi. Hastanın eldeki şikayetleri tamamen geriledi (Şekil PS-108) ve akut faz yanıtı normale döndü. Hastanın malignite açısından yapılan tetkikleri sonucu neoplastik bir hastalığı rastlanmasa da malignite açısından izlemi devam etmektedir.

**Sonuç:** RS3PE nadir görülen ve geriatrik popülasyonu etkileyen bir sendromdur ve klinisyenler tarafından sıklıkla gözden kaçmaktadır. Yanlış tanı ya da ayırıcı tanının uygun yapılmaması nedeniyle hastalar daha uzun süreli ve daha yoğun tedavilere



**Şekil (PS-108):** Tedavi öncesi (a) ve sonrası (b) el sırtındaki pitting ödem.

maruz kalmaktadır. Nadir görülmesine rağmen kolay tedavi edilebilir bir tablo sergilemekle birlikte özellikle ilişkili olabilecek maligniteler yönünden izlenmesi önerilmektedir.

**Anahtar sözcükler:** R3SPE, pitting ödem, ayırıcı tanı

## PS-109

### İnterstisyel akciğer hastalığı ile başvuran anti-golgi antikoru pozitif polimiyozit olgu sunumu

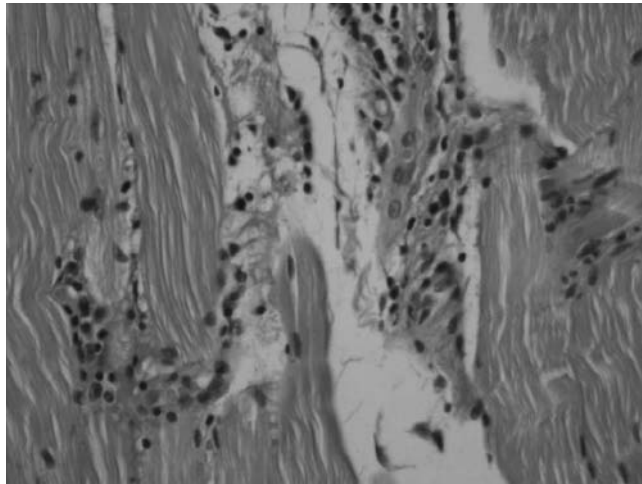
Hasan Çağrı Yıldırım<sup>1</sup>, Yasemin Kabasakal<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir;

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, İzmir

**Amaç:** İnterstisyel akciğer hastalığı (IAH) ile başlayan klinik bulgu vermeyen, anti-golgi antikoru (AGA) pozitif, nadir bir polimiyozit olgusu sunulmuştur.

**Olgu:** Öksürük, nefes darlığı ile başvuran 37 yaşındaki kadın hastanın ince kesit akciğer tomografisinde (HRCT) her iki akciğer bazalinde daha belirgin yamalı buzlu cam alanları, fokal asiner infiltrasyonlar ve konsolidasyon alanları ile nonspesifik interstisyel pnömoni (NSIP) saptanmıştır. Eklem ağrısı, kas güçsüzlüğü veya herhangi bir sistem bulgusu bildirmeyen hastanın fizik bakışında, akciğer bazallerindeki manşet ralleri dışında bulgu saptanmamıştır. Laboratuvarında ise, ESH: 29 mm/s, CRP: negatif, SGOT/SGPT normal saptandı. ANA (granüler: 1/80, golgi: 1/160, sitoplazmik: 1/160) olmasına karşın ANA profil: negatif olduğu görüldü. Kas enzimlerinde 20 gün sonra yükselme görüldü [LDH: 312 IU/ml, CPK: 888 U/ml, protein elektroforezinde albümin düşük, poliklonal gamapati saptandı. 2 ay sonra CPK: 2290 IU/L, miyogloblin: 1348 ng/ml, aldolaz>37.2U/L, AST: 79U/L, ALT: 81U/L ile kas tutuluşu düşünüldü. Elektromyografik (EMG) incelemede, primer kas lifi tutuluşu saptandı. Tutulan kas dokularını ve kas biyopsisinin yerini saptamak için, kas MR çekildi. Sol uyluk bölümünde quadratus femoris, gracilis, sağ tarafta adduktor longus ve vastus lateralis kasları içinde fokal yamalı konfigürasyonda STIR sekansta yüksek sinyalli miyozit alanları dikkat çekmiştir. Aktif görünen M. Quadriceps femoris kasından yapılan biyopsinin histolojik incelemesinde, perifasikü-



**Şekil (PS-109):** Kas biyopsisindeki hematoksilen-eozin boyama ile mikroskopik görüntü.

ler odaksal lenfosit infiltrasyonu klinik miyozit ön tanısını destekler nitelikte bulundu. Tedavisinde rehabilitasyon yanısıra, 24 mg metilprednizolon ve 150 mg azathioprin ile birlikte Ca ve D vitamini desteği sağlandı. Bir ay sonra yapılan kontrol testlerde kas enzimlerinin en az %50 oranında düşmekte olduğu ve yine kas gücünün normal olduğu görüldü.

**Sonuç:** Anti-golgi antikoru (AGA), ilk defa 1982 yılında Sjögren sendromu+lenfomaya sahip bir hastada saptanmıştır. 2012 yılında İngiltere’de bir romatoloji hastanesinde, ANA testi yapılan 9841 serumun 13’ünde (%0.013) AGA bulunduğu bildirilmiştir. Bu 13 hastanın sadece birinde polimiyozit ve IAH saptanmıştır. Tayvan’da romatizmal ve enfeksiyon hastalığı takipli 5983 hastanın 12’sinde, AGA pozitifliği saptanmış, sadece birinin miyozit hastası olduğu bildirilmiştir. AGA pozitif saptanan hastalarda en sık romatoid artrit (6 hastada) olmak üzere, seronegatif artrit, fibromiyalji, polimiyozit ve IAH olduğu görülmüştür. Polimiyozit hastalarındaki AGA sıklığına dair bir çalışma bulunmamaktadır. Olgumuz NSIP tipi IAH ile başvurduğunda miyozit kliniği yoktu. Anti golgi antikoru pozitifliğinden sonra tetkikler yapılarak polimiyozit tanısı almıştır. İnflamatuvar miyozit olgularında miyozit semptomlarından önce IAH gelişebilir. NSIP biçiminde IAH ile başlangıçta göstermiş, klinik olarak miyozit bulgusu bulunmayan, başlangıçta AGA pozitifliğinin tanıda yol gösterdiği, literatürde nadir bulunan bir polimiyozit olgusu sunulmuştur.

**Anahtar sözcükler:** Anti-golgi antikoru, interstisyel akciğer hastalığı, polimiyozit

## PS-110

### Akut kalça ağrısı ile başvuran olguda unilateral sakroiliit: Bruselloz

Serpil Ergülü Eşmen<sup>1</sup>, Hasan Erdoğan<sup>2</sup>, Şamil Ecirli<sup>3</sup>

<sup>1</sup>KKHB SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Konya; <sup>2</sup>KKHB SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Konya; <sup>3</sup>KKHB SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Konya

**Amaç:** Bruselloz, genellikle hayvancılığın yaygın olduğu bölgelerde görülür. Hasta hayvanların çiğ süt ve onlardan yapılan süt ürünlerinin tüketilmesiyle bulaşmaktadır. Brusellozun klinik bulguları klasik olarak ateş, hepatosplenomegali, lenfadenopati, artrit, artralji, pansitopeni ve lökopenidir. Ateş ve osteoartiküler bulgular sıklıkla Brusellozda görülen kas-iskelet sistemi bulguları sakroiliit, periferik artrit, artralji, spondilit, osteomyelit ve bursit şeklinde sıralanabilir. Görülme sıklığı %2-53 gibi geniş bir aralıkta verilmektedir. Kliniğimize akut kalça ağrısı yakınması ile başvuran, unilateral sakroiliitli bruselloz olgumuzu sunduk.

**Olgu:** 29 yaşında erkek son 1 haftadır olan yürüme güçlüğü ve sol kalça ağrısı ile tekerlekli sandalye ile getirildi. Yaklaşık 1 ay önce karın ağrısı kabızlık ve ishal şikayetinin başladığı, ateş, üşüme titreme, yatak örtüsünü değiştirecek kadar gece terlemesinin eşlik ettiği, iştahsızlık ve özellikle son 2 haftada 20 kg kilo kaybının olduğunu belirtti. Son 1 haftadır olan kalça ağrısı nedeniyle yürüyemediği, yatak içinde hareket edemediği öğrenildi. Hayvancılıkla uğraşmakta olduğunu, çiğ süt ve çiğ süttan yapılan peynir tükettiğini belirtti. Fizik muayenede cilt soluk ve nemli görünümde idi. Hepatosplenomegali saptandı. Sol kalça hareketi ağrı nedeniyle belirgin kısıtlı idi. Laboratuvar tetkikle-

rinde karaciğer enzimleri yüksek, CRP: 59.1 mg/L, sedimantasyon: 36 mm/saat idi. Periferik yaymada lenfomonositer hücre artışı görüldü. Hayvancılık ve çiğ süt tüketimi nedeniyle brucella Rose bengal testi istendi, pozitif idi. Brucella Coombs testi 1/320 pozitif idi ve brucella aglutinasyon ile ileri dilüsyona alındı. Sakroiliite yönelik MR'da sol sakroiliak eklem yüzlerinde iliak kemikte daha belirgin subkortikal ödem ve kontrast madde tutulumu ile sol aktif sakroiliit görüldü (Şekil PS-110). Streptomisin 1 g/gün, doksisisiklin 200 mg/gün, rifampisin 600 mg/gün başlandı. 21 gün sonra streptomisin kesildi. 1 ay sonra siprofloksasin eklendi, 3 ay 3'lü tedavi planlandı.

**Sonuç:** Brusellozda sakroiliit, %38–46 sıklıkta, genellikle tek taraflı olup akut veya subakut seyirlidir. Sakroiliite, bazen büyük eklemleri tutan mono veya oligoartrit (%7.8) ve spondilit (%6.8) eşlik eder. Erken dönemde sakroiliak eklem grafisi normal olabilir. Bu dönemde Tc99m ile sintigrafik veya manyetik rezonans görüntüleme ile sakroiliak eklemde enflamasyon gözlemek mümkündür. Bruselloz tanısında, aglutinasyon testlerinin önemli bir yeri vardır. Rose Bengal lam aglutinasyon testi, tarama testi olarak kullanılır. Kuvvetle şüphelenilen vakalarda Wright tüp aglutinasyon testi (pozitif $\geq$ 1/160) yapılmalıdır. Bazı bruselloz olgularında serumda blokan antikorlarının varlığı-

na bağlı, Wright testi yalancı negatif çıkabilir; bu durumda Coombs serumu kullanılarak Wright testi tekrarlanır. Tedavide, doksisisiklin (2 $\times$ 100 mg) ve rifampisin (600 mg/gün) veya tetrasiklinle kombine streptomisin veya kinolonlar en az 6 hafta kullanılır. Bazen tedavi 3 aya kadar uzatılabilir.

**Anahtar sözcükler:** Bruselloz, unilateral sakroileit

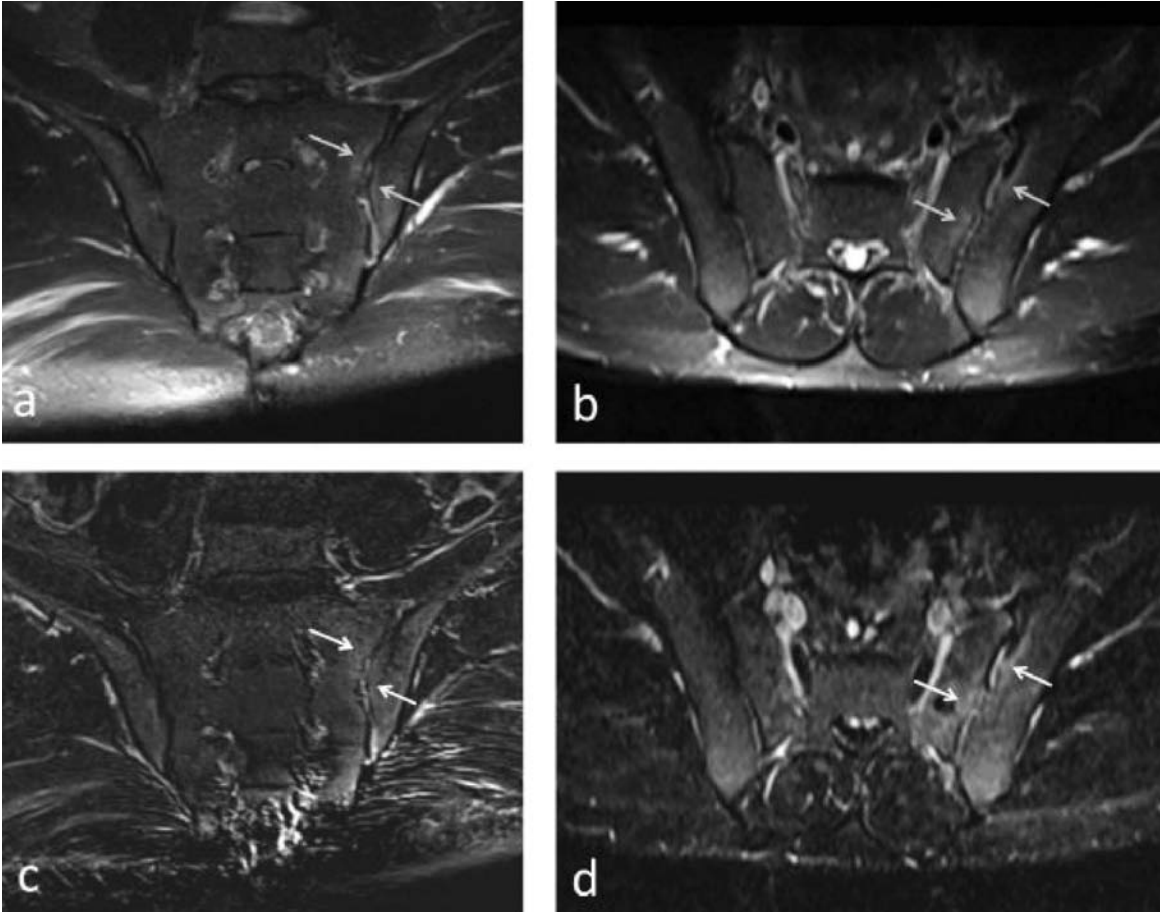
## PS-111

### Eritema nodosum etiyojisine yönelik mediastinoskopi yapılan olgu

Serpil Ergülü Eşmen<sup>1</sup>, Meltem Cık Dikilitaş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>KKHB SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Konya; <sup>2</sup>KKHB SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Konya

**Amaç:** Eritema nodosum (EN), cilt altı dokunun septal pannikülitidir. Enfeksiyon, ilaçlar ve romatizmal hastalıklar en sık görülen EN nedenleridir. Olguların %35–50'sinde ise etiyojisi saptanamaz. Kliniğimize EN ile başvuran ve etiyojiye yönelik tetkiklerde girişimsel invaziv bir işlem olan mediastinoskopi ve lenf nodu biyopsisi yapılan fakat etiyojinin saptanamadığı olguyu sunduk.



**Şekil (PS-110):** T2 ağırlıklı koronal (a) ve aksiyel (b) görüntülerde sol sakroiliak eklem komşu yüzlerinde iliak kemikte daha belirgin olmak üzere subkortikal ödem ile uyumlu sinyal artışları izlenmektedir (ok). Koronal (c) ve aksiyel (d) planda kontrast madde enjeksiyonu sonrası alınan görüntülerde yine sol sakroiliak eklem komşu yüzlerinde ve eklem aralığında kontrast tutulumları izlenmiş olup (ok) aktif sakroiliit ile uyumludur.

**Olgu:** 46 yaşında kadın, bacaklarda ağrılı, kızamık, deri altı sertlik yakınması ile başvurdu. Romatolojik sorgulamada oral aft, genital ülser, geçirilmiş üveit, inflamatuvar bel ağrısı yoktu. Karın ağrısı, ishal ve özellikle geceleri gaita inkontinansı tarifledi. Fizik muayene eritema nodosum ile uyumlu idi. Laboratuvar tetkiklerinde CRP: 3.27 mg/l, sedimantasyon: 8 mm/saat, ANA ve ANA profili negatifti. Boğaz kültüründe üreme olmadı. Gaitada parazit yoktu. Endoskopi, kolonoskopi ve biyopside inflamatuvar bağırsak hastalığını düşündürür değişiklik yoktu. Paterji testi negatifti. Göz muayenesinde üveit sekeli yoktu. Brucella, salmonella ve shigella tetkikleri negatifti. PPD: 10 mm, tüberküloz ile temas öyküsü yoktu. Balgam ARB negatifti. Kalsiyum: 9.7 mg/dL, fosfor: 3.7 mg/dL, D vitamini: 28.6 ng/mL, 24 saat idrarda kalsiyum atılımı: 240 mg/gün, serum ACE düzeyi: 14.2 U/L idi. Toraks BT'de paratrekeal-perikarinal alanda 13x7 mm lenf nodu izlendi. Tüberküloz, sarkoidoz, malignite ön tanıları ile mediastinoskopi yapıldı ve lenf nodu biyopsisi alındı. Biyopside reaktif hiperplazi saptandı. Yatak istirahati, nonsteroid antiinflamatuvar ilaç ve sistemik düşük doz kortikosteroid tedavi uygulandı.

**Sonuç:** EN genellikle alt ekstremitelerin ekstansör yüzlerinde lokalize, simetrik, inflamatuvar, spontan gerileyebilen, nodüler lezyonlarla karakterize bir aşırı duyarlılık reaksiyonudur. En sık 20–30 yaşlarda ve kadınlarda görülür. Tetikleyici bir ajana karşı immünkomplekslerin oluşumu ile ortaya çıkmaktadır. Hastaların %35–50'sinde etiyoloji saptanamaz. En sık nedenler enfeksiyon, romatizmal hastalıklar ve ilaçlardır. Streptokok enfeksiyonları, tüberküloz, viral, klamidyal, bakteriyel ve mantar enfeksiyonlarına bağlı görülebilir. Behçet hastalığı ve kollajen doku hastalıklarına bağlı olabilir. İlaçlar; oral kontraseptifler, sülfonamid, bromür, iyot, altın, antibiyotiklerden dolayı kaynaklanabilir. Sarkoidoz, inflamatuvar barsak hastalıkları ve gebeliğe bağlı görülebilir. En sık tibia ön yüzde yerleşen ağrılı, simetrik, sert, lokal ısı artışı olan, çapları 1–10 cm arası eritemli nodozitelere şekildedir. Yüz, kollar, uylukta da olabilir. Nüksler altta yatan nedene bağlı olarak sık görülür. Histopatolojide septal pannikülit görülür. Tedavide altta yatan nedenin ortadan kaldırılması, yatak istirahati, elevasyon, ıslak pansuman, NSAİ, sistemik/intra lezyonel kortikosteroid, kolşisin, dapsone verilebilir. Olgumuzda EN etiyojisine yönelik laboratuvar tetkikleri ve görüntüleme yöntemlerine ek olarak invaziv girişimsel işlem ile lenf nodu biyopsisi yapılmış fakat etiyoloji saptanamamıştır.

**Anahtar sözcükler:** Eritema nodosum

## PS-112

### Gebelikte plöretik ağrı ile tanı alan ailevi Akdeniz ateşi: Olgu sunumu

Serpil Ergülü Eşmen<sup>1</sup>, Sema Yılmaz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>KKHB SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Konya; <sup>2</sup>Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Konya

**Amaç:** Ailevi Akdeniz ateşi (FMF), otozomal resesif geçiş gösteren, tekrarlayan ateş, peritonit, plörit ve sinovit atakları ile karakterize otoinflamatuvar bir hastalıktır. Hastaların %30–45'inde ise göğüs ağrısı görülmektedir. Gebelikte plöretik ağrı ile başvuran ve AAA tanısı alan olgumuzu sunduk.

**Olgu:** 30 yaşında 6 haftalık gebe kadın plöretik ağrı ve akut faz yanıtı yüksekliği ile başvurdu. Nefes alıp vermekle ve öksürmekle artan ateşin eşlik ettiği, göğüs sol taraftaki ağrısının ataklar halinde tekrarladığı, her atakta hastaneye başvurduğu ve akut faz yanıtı yüksek olduğu için enfeksiyon düşünülerek antibiyotik tedavisi verildiği, atakların en fazla 1 hafta sürdükten sonra ağrının ve laboratuvar değerlerinin gerilediği fakat 1–2 ay sonra tekrar benzer atağın tekrarladığını belirtti. Ailede ataklar halinde karın ağrısı, göğüs ağrısı, eklem ağrısı olan birey olmadığı öğrenildi. Her atakta kardiyak tetkiklerin yapıldığı ve patoloji saptanmadığı öğrenildi. Laboratuvar tetkiklerinde sedimantasyon 90 mm/saat, CRP 182 mg/L idi. Kardiyak tetkiklerinde patoloji saptanmadı. Perikardit bulgusu yoktu. Proteinüri saptanmadı. M694V heterozigot mutasyon saptandı. Kolşisin tedavisi 1 mg/gün başlandı.

**Sonuç:** AAA ataklar halinde görülen otoinflamatuvar bir hastalıktır. Hastalık genellikle çocukluk ve erken adolesan döneminde başlamaktadır. Hastalık %80 oranında 20 yaşından önce, %60 oranında 10 yaşından önce başlamaktadır. 40 yaşından sonra başlangıç nadirdir. Böyle olgularda daha çok geçmiş tanıdan söz edilmektedir. Ateşin eşlik ettiği ve kendi kendini sınırlayıcı özellikteki bu ataklar başlıca karın ve göğüs boşluğu ile eklemleri çevreleyen zarları etkiler. Karın ağrısına yol açan ataklarda peritonida inflamasyon görülür. Plöretik ağrı, solunumla ve öksürükle artan bıçak saplanır tarzda göğüs ağrısıdır. Plöretik ağrıya neden olan çoğu klinik durum akut ve inflamatuvar kökenlidir. Bunlardan enfektif olanı çoğunlukla pnömoni özellikle pnömokok pnömonisi ile ilişkili iken, pulmoner emboli gibi akut gelişen ağrı infarktif nedenlidir. Sistemik lupus eritematozus veya romatoid artrit gibi immünolojik kökenli hastalıklarda da nadiren plörezi görülmektedir. Plörit unilaterale ve bilateral göğüs ağrısına neden olup hastaların %20–45'inde görülür. Plörit 7 güne kadar uzayabilir ve %5 olguda AAA'nın ilk bulgusudur. Bu tek taraflı febril plörit, peritoneal ataklar gibi ani başlangıçlı ve önceden belirlenemeyen tekrarlarla seyrettiğinden akut bir tablo zannedilir. Sıklıkla daha uzun süren enfeksiyöz plöritten hızlı bir şekilde düzelmesi ile ayırtedilebilir. Nefes alıp verirken ağrı olur ve etkilenen tarafta solunum sesleri azalır. Kostofrenik sinüsti az miktarda eksuda vasfındaki sıvı radyolojik olarak gösterilebilir. Bu eksuda çok sayıda nötrofil içerip 48 saat içinde geriler ve sekel bırakmadan düzeler. Kliniğimize gebelikte plöretik ağrı ile başvuran ve ayrıntılı anemnez ile AAA tanısı konularak kolşisin tedavisi başlanan ve kolşisin tedavisi ile atakları kontrol altına alınan olguyu sunduk.

**Anahtar sözcükler:** Ailevi Akdeniz ateşi, plöretik ağrı

## PS-113

### Yıllardır kutanöz lupus tedavisi alan oküler ve akne rosasea olgusu

Fatih Yıldız<sup>1</sup>, Onur Gökmen<sup>2</sup>, Azer Karakoyunlu Gökmen<sup>3</sup>

<sup>1</sup>SB. SBÜ Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Van; <sup>2</sup>SB. SBÜ Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Van; <sup>3</sup>Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Van

**Amaç:** Akut kutanöz lupus eritematozus (AKLE), lokalize formu sıklıkla her iki yanak ve burun kanatlarına uzanım gösteren nazolabial olukların korunduğu eritem, malar raş veya kelebek raş şeklinde tanımlanır. SLE hastalarının tanı anında %52'sinde görül-

düğü bildirilmiştir. KLE, malar eritem yapan fototoksik dermatit, seboreik dermatit ve rosasea gibi birçok hastalıkla karışabilmektedir. Burada KLE tanısı konulan, immünesüpresif tedavi rağmen yeterli yanıt alınamaması üzere Romatoloji bölümümüze sevk edilen ve rosasea tanısı konulan olgu sunulmaktadır.

**Olgu:** 35 yaşında kadın hasta, 5 yıl önce yüzde malar raş nedeniyle kutanöz lupus eritematozus tanısı konularak Azatiyopürin (AZA), Metilprednizolan (MP) ve Hidroksiklorokin (HCQ) tedavisi verilmiş. Hasta ilaçları düzenli kullanmasına rağmen şikayetinin geçmemesi üzerine 6 ay önce romatoloji kliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde; yüzde malar eritem, papül ve püstülü vardı (Şekil PS-113a). Gözlerinde yanma-batma, kızarıklık şikayeti vardı. Göz hastalıkları bölümüne konsülte edildi. Meibomian bez orifisinde tıkanıklık ve posterior blefarit-konjunktival hiperemi, oküler rosasea ile uyumlu bulundu. Dermatoloji bölümü hastaya akne rosasea tanısı koydu. ANA, Antids-DNA, Antikardiyolipin antikorları ve ENA profili negatifti. Kompleman C3-C4 normaldi. Biyokimyasal testleri, tam kan sayımı ve idrar analizi normaldi. SLE'nin klinik ve immünolojik kriterleride yoktu. Hasta mevcut bulgularla rosasea kabul edildi. Hastanın almakta olduğu AZA, MP VE HCQ kesilerek, oral 14 gün doksisisiklin 2x100 mg ve yüze metronidazol'li krem ve güneş koruyucu krem verildi. Oküler rosasea için bebek şampuanı ile göz kapağı ve kirpik temizliği tedavisi verildi. Tedavi sonrasında 4. haftada hem yüz hemde gözde tam düzleme görüldü (Şekil PS-113b).

**Sonuç:** AKLE lezyonlar genellikle geçicidir, güneş kaynaklı ve skar bırakmaz. Nazolabial oluk tutulmaz. Papül veya püstül beklenmez. Malar eritem, akne rosasea, fototoksik dermatit ve seboreik dermatit ile karışabilir. Rosasea genellikle yüziün geçici eritemi olarak kendini gösterir. Eski papüller ve püstüller oluşması ile nazolabial kıvrımların tutulması rosasea'da görülür. Rosasea'nın oküler gibi birçok alt tipi kategorize edilmiştir. 1/3 olguda göz

tutulumu görülür. %20 olguda cilt etkilenmeden göz bulguları görülebilir. Göz tutulumunda blefarit, konjonktivit, keratit, fotofobi, sulanma, yanma, episklerit, göz çevresi ödemi, yaygın göz ağrısı, bulanık görme gibi bulgular gözlenebilmektedir. Akne rosasea tedavisi hafif olgularda güneş koruyucu kremlerle beraber topikal ilaçlar (metronidazol-azaleik asit, tretinoin, vb), şiddetli olgularda topikal tedavilere ek sistemik ilaçlar (minosiklin, doksisisiklin, tetrasiklin, azitromisin ve izotretinoin) verilir.

**Anahtar sözcükler:** Malar eritem, rosasea, oküler

## PS-114

### Distal renal tübüler asidoz ile prezente olan Sjögren sendromu olgusu

Özlem Özdemir Işık<sup>1</sup>, Duygu Temiz Karadağ<sup>1</sup>, Senem Tekeoğlu<sup>1</sup>, Edip Yıldız<sup>2</sup>, Ayten Yazıcı<sup>1</sup>, Ayşe Çefle<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli; <sup>2</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli

Sjögren sendromu (SS), egzokrin salgı bezlerinin lenfosit infiltrasyonu sonucu ağız ve göz kuruluğuna neden olan kronik, otoimmün romatizmal bir hastalıktır. Primer Sjögren sendromlu hastalarda böbrek tutulumu %2-67 arasında değişken değerlerde rapor edilmiştir. En sık rastlanan böbrek tutulumu, tübül-lerde hidrojen sekresyonunun azalmasına bağlı gelişen komplet ya da inkomplet distal renal tübüler asidozdur (RTA). En sık görülen histopatolojik lezyon ise interstiyel nefrittir. Burada hipokalemi ile prezente olan distal renal tübüler asidoz tespit edilen ve sonrasında SS tanısı alan bir olgu sunulacaktır.

**Olgu:** 28 yaş kadın hasta. Ocak ayında halsizlik, yorgunluk, kas güçsüzlüğü yakınması ile dış merkeze başvuran hastanın yapılan tetkiklerinde potasyum (K) 1.6 meq/L saptanmış. Muayenesin-



**Şekil (PS-113):** Hastanın yüzündeki (a) tedavi öncesinde malar eritem, papül ve püstül görünümü, (b) tedavi sonrası 4. haftadaki iyileşme.

de alt ekstremitede kas gücü belirgin azalmış olan hastanın çekilen kontrastlı kranial ve spinal MR'da konus medullaris ve cauda equina liflerinde zayıf homojen tutulum saptanmış. Hastaya Guillain-Barre sendromu ön tanısı ile 100 mg/gün metilprednisolon tedavisi başlanmıştır. Bakılan kan gazında metabolik asidozu olan hastaya bikarbonat ve potasyum replasmanı yapılmıştır. Yakınmalarında gerileme olmayan hasta ileri tetkik amaçlı üniversitemiz nefroloji servisine devredilmiştir. Hasta yatışında takipneik imiş. Bakılan tetkiklerinde K: 1.64 meq/L, Ca: 8.3 mg/dl, P: 0.7 mg/dl, kan gazında ph: 7.24 HCO<sub>3</sub>: 11.8 mmol/L, anyon gap: 15 mmol/L saptanmıştır. Bakılan idrar tetkikinde ph: 6.5 ve protein eser miktarda saptanmıştır. Hastada mevcut bulgularla distal renal tübüler asidoz düşünülmüş ve potasyum ve fosfor replasmanı yapılmıştır, diyeti düzenlenmiştir. Replasmanlarla elektrolit bozukluğu düzelen hastanın kas güçsüzlüğü ve mevcut bulgularında gerileme saptanmıştır. Hastada Guillain-Barre sendromu tanısından uzaklaşmıştır. Bakılan 24 saatlik idrar tetkikinde 810 mg/gün proteinüri tespit edilen hastanın yapılan böbrek biyopsisinde tübülointerstisyel nefrit saptanmıştır. Etiyoloji açısından sorgulanan hastanın ağız ve göz kuruluğu olması üzerine bakılan schirmer testi: 3 mm (bilateral) bulunmuştur. Tetkiklerinde ANA granüler 2+, Anti-SSA 2+, Anti-SSB 2+, Anti-Ro52 2+ saptanmıştır. Sistem sorgusunda bağ doku hastalığına ait başka bir bulgusu olmayan hastada Anti dsDNA negatif bulunmuştur. Tükürük bezi sintigrafisinde sağ parotis ve her iki submandibuler tükürük bezinde azalmış tutulum gözlenmiştir. Minör tükürük bezi biyopsisinde fokus skoru 3 olan hastaya Sjögren sendromu tanısı ile önerimiz üzerine 24 mg/gün metilprednisolon, 200 mg/gün hidroklorokin ve 100 mg/gün azatioprin tedavisi başlanarak poliklinik takibimize alınmıştır. Hasta mevcut tedaviler altında yakınmasız olarak poliklinik takibine devam etmektedir.

**Sonuç:** SS'da en sık görülen böbrek patolojisi Distal RTA'dır. Daha nadir olarak Fanconi sendromuna neden olan Proksimal RTA, nefrojenik diabetes insipidus ve glomerülofritler görülmektedir. Glomerulopatiden kuşkulanan SS hastalarında amiloidoz ve mikst kriyoglobulinemi de olasıdır.

**Anahtar sözcükler:** Distal renal tübüler asidoz, Sjögren sendromu

## PS-115

### Hidroklorokin tedavisi başlamadan önce yapılan göz muayenesinde anisometrik ambliyopi saptanan olgu

Serpil Ergülü Eşmen<sup>1</sup>, Şamil Ecirli<sup>2</sup>

<sup>1</sup>KKHB SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Konya; <sup>2</sup>KKHB SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Konya

**Amaç:** Hidroklorokin gibi antimalaryal ajanlar romatizmal hastalıkların tedavisinde kullanılmaktadır. Romatoid artrit tanısı ile takip edilmekte iken eklem yakınmasına yönelik hidroklorokin tedavisi başlanması planlanan ve öncesinde yapılan göz muayenesinde anisometrik ambliyopi saptanan olguyu sunduk.

**Olgu:** Romatoid artrit tanısı ile takip edilmekte olan 48 yaşında kadın, rutin kontrol için başvurdu. Metotreksat 15 mg/gün ve sülfasalazin 2 g/gün tedavisi almakta idi. Sorgulamada son iki haftadır eklem yakınmalarında artış olduğunu belirtti. Fizik muaye-

nede her iki el 2.3. MKP eklem ve sol diz eklemi şiş, hassas, hareketi ağrılı idi. Laboratuvar tetkiklerinde CRP: 24 mg/L, sedimentasyon: 40 mm/saattir. Hidroklorokin başlanması planlandı. Hipertansiyon, diabetes mellitus, renal ve karaciğer yetmezlik öyküsü yoktu. Bilinen göz hastalığı yoktu. Hidroklorokin başlamadan önce göz muayenesi istendi ve sol gözde anisometrik ambliyopiye bağlı görme keskinliğinin 0.2 olduğu öğrenildi. Hidroklorokin retinal toksisite nedeniyle uygun görülmedi. Düşük doz steroid ve nonsteroid tedavi verildi. Kontrollerde yakınmalarının devamı durumunda biyolojik tedavi planlandı.

**Sonuç:** Antimalaryaller ile uzun süreli tedaviye başlamadan önce her iki gözde görme keskinliği, merkezi görme alanı ve renkli görme açısından oftalmoskop ve funduskopi ile dikkatli biçimde muayene edilmelidir. Daha sonra muayene en az yılda bir kez tekrarlanmalıdır. Retinal toksisite büyük ölçüde doza bağlıdır. 6.5 mg/kg günlük doz ile retinal hasar riski düşüktür. Önerilen günlük dozun üzerine çıkılması retinal toksisite riskini belirgin olarak artırmaktadır. Günlük doz hesaplanırken ideal vücut ağırlığı dikkate alınır. Günlük dozun 6.5 mg/kg üzerinde olması, renal yetmezlik, 200 g üzerinde kümülatif doz alımı, yaşlılık ve görme keskinliği sorunu olan kişilerde göz muayenesi daha sık ve hastaya spesifik yapılmalıdır. Herhangi bir görme bozukluğu ortaya çıkarsa, görme keskinliğinde azalma, renkli görme durumunda ilaç hemen kesilmelidir ve hasta olası ilerlemeler için yakından izlenmelidir. Retinal değişiklikler ve görme bozuklukları tedavi kesildikten sonra da ilerlemeye devam edebilir. Ambliyopi göz tembelliğidir. Çocukluğun erken döneminde iki göz arasındaki numara farkı veya ışığın retinaya düşmesini engelleyen herhangi bir neden gözün sağlıklı görme gelişimine engel olur. Bir göz iyi görürken, diğeri aynı kalitede göremez. Bu durumda az gören göze ambliyopik göz denir. Ambliyopi genelde tek gözde görülür. Toplumda sıklığı %2-3'dür. Ambliyopiyi fark etmek kolay değildir. Çocukluk çağında rutin göz muayenesi yapılmamış ve ambliyopi gelişmiş ise ambliyopi olmayan göz ile görme sağlandığı için görme kusuru gelişip muayene ihtiyacı oluncaya kadar anlaşılabilir. Olgumuzda da görme kusuru gelişmediği ve daha önce göz muayenesi olmadığı için ambliyopi bilinmiyordu. Göz muayenesi yapılmamış olması halinde, görmeyi sağlayan tek göz toksisite riski ile karşı karşıya kalmış olacaktır.

**Anahtar sözcükler:** Anisometrik ambliyopi, hidroklorokin, retinal toksisite

## PS-116

### Ayak bileğinde şişlik, kızarıklık ile tanı alan Behçet hastalığı ve Hashimoto tiroiditi birlikteliği

Serpil Ergülü Eşmen<sup>1</sup>, Ferda Sevimli Burnik<sup>2</sup>

<sup>1</sup>KKHB SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Konya; <sup>2</sup>KKHB SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği, Konya

**Amaç:** Hashimoto tiroiditi ve otoimmün hastalıklar birlikte görülebilmektedir. Eklem şişliği ile başvurduğunda Behçet hastalığı ve Hashimoto tiroiditi birlikteliği görülen olguyu sunduk.

**Olgu:** 30 yaşında kadın, halsizlik, uyku hali ve ayak bileklerinde şişlik ile başvurdu. Sorgulamada eklem şişliğinin ayak bileklerinde olduğu ve yaklaşık 2 hafta sürüp geçtikten sonra tekrarladığı,

ağrının eşlik ettiği öğrenildi. Oral aft ve papülopüstüleri erüpsiyon tarifleyen olguda diğer romatolojik bulgular yoktu. Genital ülser ve üveit öyküsü yoktu. Çabuk yorulma, hafızada azalma ve soğuk intoleransı tarifledi. Fizik muayenede bakişlar donuk, cilt kuru ve soğuktu. Oral aft ve papülopüstüleri erüpsiyon görüldü. Her iki ayak bileğinde belirgin diz altında gode bırakmayan ödem ve sağ ayak bileğinde kızarıklık, hassasiyet, hareketle ağrı görüldü. Laboratuvar tetkiklerinde CRP: 30 mg/L, sedimantasyon: 40 mm/saat, ANA, RF, anti-CCP negatifti. Paterji testi pozitif. Ayak bileği MR'da tibiotalar eklem aralığında belirgin efüzyon izlendi. Hipotiroidi bulguları nedeniyle TSH bakıldı ve >150 µIU/mL idi. Çok yüksek olduğu için test tekrar edildi. Benzer yükseklik görüldü (86.6 µIU/mL), sT4: 0.67 ng/dL düşük idi. Etiyolojiye yönelik bakılan anti-TPO: 340 IU/mL yüksekti. Tiroid USG'de parankim ekosu heterojendi. Kolşisin 1.5 mg, nonsteroid ve tiroid hormon replasmanı başlandı.

**Sonuç:** Behçet hastalığında olguların yaklaşık yarısında periferik artrit veya artralji bulguları vardır. Hastalığın alevlenme dönemlerinde en çok monoartrit tutulumu görülür, oligo veya poliartrit ile ortaya çıkabilir. Sıklıkla asimetrik yerleşim olmakla birlikte, simetrik de olabilir. Diz en sık tutulan eklemdir, sıklıkla sırasıyla diğerleri ayak bileği, dirsek, el bileği, el ve ayakta küçük eklemlerdir. Her atakta aynı veya farklı eklemler etkilenir. Tekrarlayan artrit atakları genellikle 2-4 hafta içinde eklemden hasar bırakmadan iyileşir. Kronik artrit şeklinde seyir az sıklıkta olup, oligo, poli ve daha az monoartrit şeklindedir. Artrit atakları sırasında lökositöz, CRP ve eritrosit sedimentasyon hızı yükselmiştir. Otoantikörler negatiftir. Hashimoto tiroiditi olan hastalarda diğer otoimmün hastalıklar sıklıkla birlikte olur. Hipogonadizm, Addison hastalığı, diyabetes mellitus, hipoparatiroidizm ve pernisiyöz anemi ile birlikte sık görülür. Ailesel özellik gösterir. Kuvvetli bir genetik geçiş vardır. Toplumun %2'sinde bulunur. Hashimoto hastalarının %95'i kadındır. 30-50 yaş arasında siktir. Kadınlarda erkeklerle göre 15-20 kat daha fazla görülür. Çoğu hastanın şikayeti yoktur. Yaş ilerledikçe Hashimoto'lu hastalarda hipotiroidi sıklığı artar. Hashimoto tiroiditinden şüphelenildiğinde, anti-TPO antikorları, T3, T4 ve TSH hormon tetkiklerine bakılır. Hashimoto tiroiditli olguların yaklaşık %80'inde tanı konduğunda normal T4, T3 ve TSH düzeyleri saptansa da tiroid bezinde hormon yapımı azalmaya başlamıştır. Anti-TPO antikorları hastaların %95'inde ve anti-Tiroglobulin antikorları %60'ında yüksek olarak bulunur.

**Anahtar sözcükler:** Behçet hastalığı, Hashimoto tiroiditi

## PS-117

### Parmaklarda artrit görünümüne neden olan deri şişliği: Pakidermodaktili

Pınar Talu Ocakçı<sup>1</sup>, Semih Tatlıcan<sup>2</sup>, Ceylan Emir<sup>2</sup>, Gürbüz Gümüşiş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Izmir Medicalpark Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir;

<sup>2</sup>Izmir Medicalpark Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İzmir

**Amaç:** Pakidermodaktili parmakların proksimal interfalangeal (PIF) eklemlerinin lateral yüzlerini tutan, asemptomatik deri şişmesiyle karakterize kazanılmış deri fibromatozudur. Parmakların PIF eklemlerinin yumuşak dokularında, asemptomatik, simetrik ve progresif şişme görülür. Özellikle adeloşan çağdaki

erkekleri etkiler. Etiyolojisi kesin olarak bilinmemektedir. Edinsel olarak tekrarlayan mekanik travmaların deri kalınlaşmasına neden olabileceği öne sürülmektedir. Olgu sunumları halinde bildirilen ailesel vakalar da vardır. Pakidermodaktili ağrısız parmak şişliği şikayeti ile başvuran bir hastada ayırıcı tanıda gözönünde bulundurulmalıdır.

**Olgu:** 19 yaşında erkek hasta uzun süredir varolan el parmaklarının PIF eklemlerini etkileyen şişlik yakınması ile başvurdu. Yakınmasının 11 yaşlarında başladığını ve bilgisayar nedeniyle ellerini çok kullanmasına bağlandığını ifade etti. Hiç bir ağrısının olmadığını belirtti. Fizik bakıda her iki el metakarpofalangeal (MKF) eklemlerinin dorsal yüzlerinde deride keratoz ile her iki el 2.3.4. PIF eklemlerinde enine doğru şişlik saptandı. Ağrı, kızarıklık, hassasiyet ve eklem hareketlerinde kısıtlılık yoktu. Sistemik baki normaldi. Amcasında psoriasis olan hastada, MKF eklem üzerindeki keratotik görünüm için dermatoloji konsültasyonu planlandı. PIF eklem çevresindeki şişlikler için de kan tetkikleri ve el grafisi istendi. Belirgin PIF şişliklerine rağmen hiç ağrı ve kısıtlılık olmaması ve sabah tutukluğu gibi şikayetlerin eşlik etmemesi dikkat çekiciydi. Yapılan tetkiklerde akut faz yanıtı, rutin hemogram ve biyokimyasal tetkikleri ile RF ve anti CCP sonuçları normal bulundu. El grafisinde eklem bakan kemik yapıları normalken, 2.3.4. pıf bölgesinde yumuşak doku dansitesinde artış saptandı. Dermatoloji tarafından pakidermodaktili ön tanısıyla hastaya deri biyopsisi yapıldı. Biyopsi sonucu hiperkeratoz gösteren epidermis, dermada kalınlaşma ve kollagen demetlerde artma saptanarak, hastaya pakidermodaktili tanısı kondu.

**Sonuç:** El parmaklarında PIF eklemlerde görülen şişlik, romatolojik hastalıkların bir çoğunda görülebilmektedir. Bu vakada PIF eklemi çevresindeki şişliğin tamamen ağrısız ve asemptomatik olması şişliğin eklem patolojisi dışındaki bir durumla ilgili olabileceğini düşündürdü. Pakidermodaktili nadir görülen bir patoloji olmasına rağmen PIF ve bazen metakarpofalangeal (MKF) eklemler çevresinde görülen benign bir deri fibromatozidir. özellikle asemptomatik ve ağrısız PIF eklemlerdeki şişlik durumunda pakidermodaktili akla getirilmelidir.

**Anahtar sözcükler:** Artrit, deri, pakidermodaktili

## PS-118

### Gut hastalığı nedeniyle kolşisin profilaksisi alan hastalarda ilaç ne zaman kesilebilir?

Yeşim Özdem İnan, Nilüfer Alpay Kanitez, Selda Çelik, Sibel Yılmaz Öner, Cemal Bes

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Kolşisin, gut hastalığında hem akut artrit atağı sırasında hem de profilaksi amacıyla kullanılan bir ilaçtır. Profilaksi amacıyla kolşisin verilen gut hastalarında bu tedavinin ne zaman kesilmesi gerektiğine dair yeterli literatür verisi halen yoktur. Biz bu çalışmada, son 3 aydır artrit atağı olmayan hastaların bir bölümünde kolşisin tedavisini keserek bunun sonuçlarını gözlemlemeye çalıştık.

**Yöntem:** Kolşisin tedavisi altında son 3 aydır artrit atağı olmayan gut hastalığı tanılı 54 hasta çalışmaya alındı. Hastalar 2 gruba ayrıldı. 19 hastada kolşisin tedavisi kesildi (Grup 1); 35 hastada ise kolşisin tedavisine devam edildi (Grup 2). Her iki grup

3 ay boyunca yeni artrit atağı yönünden takip edildi. Çalışmanın başlangıcında ve 3. ayda serum ürik asit düzeylerine bakıldı.

**Bulgular:** Her iki grup arasında yeni atak geçirme, atak sıklığı ve atak süresi yönünden anlamlı bir fark tespit edilemedi ( $p>0.05$ ) (Tablo 1 PS-118). 3 ay sonunda her iki grupta da serum rik asit düzeylerinde anlamlı azalma izlendi (her iki grup için  $p <0.05$ ) (Tablo 2 PS-118).

**Tablo 1 (PS-118):** Hastaların demografik ve klinik özellikleri.

Hastalar	Grup 1=19	Grup 2=35	p
Cinsiyet K/E	0/19	12/23	0.040
Yaş, yıl	53.36±14.06	62.11±12.72	0.024
Ürik asit, mg/dL	7.40±1.30	8.21±1.92	0.108
Hastalık süresi, ay	111.63±172.70	53.48±59.75	0.170
Yıllık atak sayısı	2.68±2.35	3.37±3.75	0.413
Atak süresi, gün	16.73±16.32	10.91±14.50	0.202
3 ay içinde yeni atak sayısı (Grup 1'de kolşisin kesilmesi sonrası)	5/14	7/28	0.734

**Tablo 2 (PS-118):** Serum ürik asit düzeyleri.

	Bazal	3. ay	p
Grup 1	7.40±1.30	6.47±1.19	0.008
Grup 2	8.21±1.92	6.74±1.70	<0.001

**Sonuç:** Bu çalışmanın sonuçları bize, gut hastalığının tedavisinde önemli bir yeri olan kolşisinin uzun süredir artrit atağı olmayan hastalarda kesilebileceğini düşündürmüştür. Ancak daha fazla hastayı kapsayan ve izlem süresi çok daha uzun olan yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar sözcükler:** Gut hastalığı, kolşisin

## PS-119

### Ailevi Akdeniz ateşi hastalarının demografik ve klinik özellikleri

Özlem Özdemir Işık<sup>1</sup>, Duygu Temiz Karadağ<sup>1</sup>, Senem Tekeoğlu<sup>1</sup>, Burçin Gönül<sup>2</sup>, Haşim Atakan Erol<sup>2</sup>, Ayten Yazıcı<sup>1</sup>, Ayşe Çefle<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli; <sup>2</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli

**Amaç:** Ailevi Akdeniz ateşi (AAA) tekrarlayan ve kendini sınırlayan ateş, poliserozit, artrit, deri döküntüsü ile seyreden otozomal resesif bir hastalıktır. AAA hastalarının başlıca özelliği ataklarla seyretmesidir. Atak süresi genellikle 48–64 saat kadardır ve ilk 12 saatte pik yapar. Bu çalışmada polikliniğimizde takip edilmekte olan AAA hastalarının demografik ve klinik özelliklerini sunmayı planladık.

**Yöntem:** 2001–2016 yılları arasında romatoloji polikliniğine başvuran ve Tel-Hashomer kriterlerine göre AAA tanısı konulan 402 hastanın klinik, demografik, genetik özellikleri ve almakta oldukları tedaviler incelendi.

**Tablo (PS-119):** AAA hastalarının verileri.

N=402	n (%)
Ateş	299 (%75.5)
Karın ağrısı	347 (%86.3)
Erizipel benzeri eritem	54 (%13.4)
Göğüs ağrısı	83 (%20.6)
Ailede AAA öyküsü	174 (%43.3)
Apendektomi	96 (%23.9)
Amiloidoz	14 (%3.5)
Kronik böbrek hastalığı	8 (%2)
İnflamatuvar bel ağrısı	63 (%15.7)
Kalça ağrısı	27 (%6.7)
Topuk ağrısı	30 (%7.5)
Periferik artrit	129 (%32.1)
Üveit	4 (%1)
Sakroiliit	44 (%10.9)
Opocalcium kullanımı	10 (%2.5)
Biyolojik tedavi kullanımı	16 (%4)
M694V allel sıklığı	218 (%54.2)
E148Q allel sıklığı	27 (%6.7)
V726A allel sıklığı	44 (%11)
M680I allel sıklığı	28 (%6.9)
R761H allel sıklığı	13 (%3.2)
A744S allel sıklığı	4 (%1)
Bileşik mutasyon sıklığı	153 (%38.1)

**Bulgular:** AAA hastalarının %60'ı kadın, %40'ı erkek olup, ortalama yaşları 36.8±11.2 (10–71) yıl, tanı yaşı 28±11.9 (3–66) yıl, hastalık süresi 189.2±124.5 (8–600) ay olarak bulundu. Hastaların %43.3'ünde (174) ailede AAA, %7.2'sinde (29) akraba evliliği anamnezi bulunmaktaydı. %23.9 (96) hastanın apendektomi öyküsü mevcuttu. %71.7 hastanın başlangıç bulgusu ateş ve karın ağrısı iken, %7.1 hastanın göğüs ağrısı, %3.8 hastanın sadece ateş, %14.9 hastanın artrit, %1 hastanın erizipel benzeri eritem, %1.5 hastanın bel ağrısı idi. Hastaların %75.5'inde ateş yüksekliği, %86.3'ünde karın ağrısı, %13.4'ünde erizipel benzeri eritem, %20.6'sında göğüs ağrısı, %3.7'sinde miyalji, %32.1'inde artrit saptandı. Monoartrit %21.9 hastada, oligoartrit %11.4 hastada, poliartrit %0.5 hastada saptandı. Monoartrit olan hastalarda en sık ayak bileği artrit (%20.1) gözlemlendi. İnflamatuvar bel ağrısı %15.7 hastada mevcut iken, sakroiliit tespit edilen hasta oranı %10.9 idi. Kalça ağrısı %6.7 hastada mevcut iken, topuk ağrısı oranı %7.5 idi. %1 hastada geçirilmiş üveit mevcuttu. 8 hastada (%2) kronik böbrek hastalığı mevcut olup bunların ikisi kronik diyaliz programında idi. 14 hastada (%3.5) biyopsi ile kanıtlanmış amiloidoz tespit edildi. Kolşisin tedavisi altında sık atak geçiren hastaların %2.5'inde kolşisin opocalcium tedavisine olumlu yanıt alındığı görüldü. Hastaların %4'ü biyolojik tedavi almakta olup, %2.7'si spondilit, %0.2'si dirençli hastalık aktivitesi, %1'i amiloidoz nedeniyle biyolojik tedavi almakta idi. Hastaların %77.6'sında bakılan MEFV genine ait en az bir mutasyon saptandı. %7.7 hastada gen mutasyonu saptanmamış olup, %14.7 hastanın gen analizi yapılmamıştı. En sık rastlanan mutasyon M694V mutasyonu olup allel sıklığı %54.2 (218) bulundu. V726A, M680I, E148Q,



R761H ve A744S mutasyonları için allel sıklıkları sırasıyla %11, %6.9, %6.7, %3.2, %1 idi. Bileşik mutasyon sıklığı %38.1 olup, en sık rastlanan bileşik mutasyon %11.2 ile M694V/R202Q heterozigot mutasyonu idi (Tablo PS-119).

**Sonuç:** AAA hastalarında takip ve tedavinin devamlılığı amiloidoz gelişimini saptamak açısından önemlidir. AAA hastalarımızda en sık rastlanan mutasyon M694V olup artrit, erizipel benzeri eritem, sakroiliit ve amiloidoz gelişimi ile anlamlı ilişki saptanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Ailevi Akdeniz ateşi, klinik ve demografik özellikler

## PS-120

### Böbrek tutulumlu Erdheim-Chester sendromu:

#### Olgu sunumu

Gökşen Gökşenoğlu, Ali Kürşad Ganiyusufoğlu, Mustafa Aziz Yıldırım, Nurdan Paker

*İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul*

**Olgu:** 51 yaşındaki erkek hasta yan ağrısı ve halsizlik şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde böbrek taşları ve periferik arter hastalığı öyküsü ve kontrolsüz hipertansiyon öyküsü vardı. Hastanın poliklinikte ölçülen kan basıncı 200/110 mmHg idi. Kan tetkiklerinde serum kreatinin düzeyi 1.2 mg / dl idi. Hasta, kontrastlı çok kesitli bilgisayarlı tomografi ile değerlendirildi. Görüntülemeye, bilateral küçük kaliks taşları ile birlikte, perinefrik yumuşak doku infiltrasyonu gözlemlendi. Sağ böbrek atrofikti fakat pelvikalisijel kontrast atılımı mevcuttu. Görüntülemeye yumuşak doku infiltrasyonu iki taraflı renal hilusu tıkanmış ve sol tarafta ılımlı kaliks dilatasyonu ile birlikte proksimal üreteral stenozuna yol açtığı görüldü. Distalde ise ureterler normaldi. Bu arada, raslantısal olarak abdominal aort, ana iliak arterler, proksimal çölyak arter ve proksimal renal arterler ince perivasküler doku infiltrasyonu ile kaplanmış görüldüğü fark edildi. Hastaya böbrek sintigrafisi yapıldı ve sağ böbreğin fonksiyonunu yitirdiği saptandı. Perinefrik yumuşak doku infiltrasyonu nedeniyle ayrıca tanıda Erdheim-Chester hastalığı (ECD) düşünüldü. Ayrıca hastada ekstremiteler direk grafiyle değerlendirildi. ECD tanısını destekleyecek şekilde bütün uzun kemiklerde diamefizyal kortikal ve yamalı medüller skleroz tespit edildi. Hastadaki hipertansiyonu kontrol etmek amacıyla hastaya sağ nefrektomi yapıldı ve sol üreterdeki obstruksiyonu kaldırmak amacıyla da üretere J uçu tüp takıldı. Serum kreatinin düzeyi ameliyattan sonra antihipertansif tedavi ile normal değerlere düştü. Nefrektomi örneğinin patolojik analizi operasyon öncesi düşünülen tanıyı destekleyecek şekilde Langerhans dışı bir histiyozitoz olan Erdheim-Chester hastalığı ile uyumlu geldi.

**Sonuç:** ECD büyük damar yapılarını, üreterleri ve perinefrik alanları etkileyebilen retroperitoneal infiltrasyonların olduğu durumlarda ayrıca tanıda akıldaki tutulmalıdır. Uzun kemiklerde doğrudan radyografik değerlendirme sistemik hastalığı tanımlamak için yararlı olabilir. Uygun doku örneklerinin immünohistokimyasal çalışmaları kesin tanıyı sağlar.

**Anahtar sözcükler:** Erdheim-Chester hastalığı, Langerhans dışı histiyozitoz

## PS-121

### Üveit etiyojisi araştırılırken Behçet hastalığı tanısı alan ve azatioprin tedavisi öncesi tüberküloz profilaksisi verilen olgu

Serpil Ergülü Eşmen<sup>1</sup>, Sema Yılmaz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>KKHB SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Konya; <sup>2</sup>Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Konya

**Amaç:** Tüberkülozdan ilaçla koruma, aslında gerçek anlamda bir profilaksi olmayıp, subklinik infeksiyonun aşikar hastalık haline geliş süreci önlenmektedir. Üveit etiyojisi araştırılırken PPD yapılan ve Behçet hastalığı tanısı konulduktan sonra azatioprin tedavisi öncesi INH profilaksisi başlanan olguyu sunduk.

**Olgu:** 37 yaşında erkek, görmeye bulanıklık ve azalma yakınması ile panüveit saptanması üzerine kliniğimize yönlendirildi. Sorulmasında yaklaşık 3 yıl önce genital ülser geçirdiği ve 1.5 yıldır tekrarlayan oral aftının olduğu öğrenildi. Fizik muayenede genital ülser skarı görüldü, aktif oral aftı yoktu. Eritema nodosum, papülopüstüller ve akneiform lezyonları yoktu. CRP: 18.6 mg/L ve kronik hastalık anemisi mevcuttu. Kliniğimize başvurmadan önce üveit etiyojisine araştırılırken sarkoidoza yönelik PPD testi ve PAAG ile değerlendirildiği, PPD: 20x25 mm olduğu ve PAAG'de sol üst lobda nodüler opasite görüldüğü öğrenildi. Toraks BT'de sol akciğer üst lob apikoposteriora, büyüğü 4.5 mm boyutunda iki nodül görüldü. Aktif tüberküloz enfeksiyonu ve tüberküloz temas öyküsü yoktu. Behçet hastalığına bağlı üveit nedeniyle kolşisin 2 mg/gün, orta doz steroid ve azatioprin 2.5 mg/kg planlandı. PPD 20x25 mm yüksek ve akciğerde sekel bulgusu nedeniyle göğüs hastalıkları tarafından azatioprin öncesi profilaksi önerilmesi üzerine tedaviye INH 300 mg eklendi.

**Sonuç:** Profilaksi ile tüberkülin negatif kişilerin korunması olan primer koruma ile yeni alınan basillerin henüz daha PPD pozitifleşmeden yok edilmesi amaçlanırken, tüberkülin pozitif kişilerin ilaçla korunması olan sekonder koruma ile inaktif basillerin reaktivasyonla hastalık oluşturmalarını önlemek amaçlanmaktadır. Böylece subklinik, latent infeksiyonun tedavisi hedeflenir. İlacın koruyucu etkisi organizmada bulunan, henüz hastalık tablosu oluşturmuş basillerin yok edilmesi veya sayılarının azaltılması yoluyla olur. İNH tedavisinin ortalama %60 civarında bir koruma sağladığı, ilk yıldan itibaren giderek azalmasına karşın, korumanın 19 yılın sonunda hala devam ettiği görülmüştür. Koruma uzun süreli olup, eğer reinfeksiyon olmazsa yaşam boyu devam edebilmektedir. Ülkemizde <15 yaş olan PPD pozitif çocuklar; tüberkülin viraji gösterenler; PPD pozitif ve bağışıklığı baskılanmış kişiler; tüberkülozlu hastayla teması olan yaşı 35'in altındaki kişiler ve akciğer grafisinde tüberküloz sekele olanlarda profilaksi önerilmektedir. Ülkemizde yıllık infeksiyon risk oranı %0.1'den yüksek ve kemoprofilaksi uygulanması gereken kişi sayısı oldukça fazladır. Koruma altına alınacak kişileri belirlerken esas alınan ölçüt, latent infeksiyonun göstergesi olan tüberkülin testi reaktivitesidir. Romatolojide anti-TNF tedavi verilmeden önce latent tüberküloz taraması yapılmakta ve PPD ≥5 mm olan olgularda 9 ay süreyle INH profilaksisi önerilmektedir. Anti TNF dışı immünespresif tedavi öncesi hangi hastalarda PPD yapılması gerektiği ve tüberküloz profilaksisinin kimlere verilmesi gerektiği ile ilgili çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Azatioprin, tüberküloz profilaksisi

## PS-122

### Romatoid artritli olguda bacakta şişlik, hassasiyet, yürüme güçlüğü: Musculus gastrocnemius yırtığı

Serpil Ergülü Eşmen<sup>1</sup>, Şamil Ecirli<sup>2</sup>

<sup>1</sup>KKHB SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Konya; <sup>2</sup>KKHB SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Konya

**Amaç:** Bacağın arka bölgesinde, baldır kısmına şeklini veren M.gastrocnemius kası yer almaktadır. Ayağa plantar fleksiyon ve dizde fleksiyon hareketini yaptırmakla görevlidir. Romatoid artrit tanısı ile takip edilen ve ani başlayan baldırda ağrı ve şişlik yakınmasıyla başvuran M. gastrocnemius kasında yırtık saptanan olguyu sunduk.

**Olgu:** Seropozitif romatoid artrit tanılı 61 yaşında kadın, sağ bacakta ani başlayan ağrı, şişlik ve yürüme güçlüğü yakınmasıyla başvurdu. Sağ bacakta ağrı şikayetinin 4 gün önce toplu taşıma aracından hızlı iniş sırasında aniden olduğunu, yürümekte zorlandığını, saatler içinde bacakta şişliğin geliştiğini belirtti. İstirahat ederek buz uyguladığını fakat şişlik şikayetinde gerileme olmadığını, halen tek taraflı koltuk değneği desteği ile mobilize olduğunu belirtti. Fizik muayenede sağ bacak arka yüzde şişlik ve hassasiyet saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde sedimentasyon: 27 mm/saat, CRP 32 mg/L idi. Derin ven trombozu ön tanısı ile alt ekstremitte venöz doppler USG yapıldı. USG'de gastrocnemius kası medial başında uzun segment heterojen izlendi. Komşuluğunda efüzyon mevcuttu. Orta kesimlerde kas bütünlüğü kısmen bozulmuştu. Parsiyel rüptür ve hemoraji alanları olarak yorumlandı. Yatak istirahati ve nonsteroid anti-inflamatuvar tedavi önerildi. Ağrı gerileyince egzersiz ve rehabilitasyon planlandı.

**Sonuç:** Kas yırtığı şiddetli düşme, kasın aşırı gerilmesi, yorgun olan kasın ani hareketi sonucu gelişebilir. Ani zorlama veya travma sonucunda oluşan kas ağrısı, hareket kısıtlılığı, şişme gibi şikayetler görülebilir. Kas yırtığının olduğu bölgede ele bir boşluk veya üst kısmında ciddi bir şişlik gözlenebilir. Üçüncü derece yırtıkta ciddi kanamaya şiddetli ağrı eşlik eder. Tedavi edilmediği durumlarda kronikleşebilir. Küçük kas yırtıklarında ilaç tedavisinin yanı sıra kasın dinlendirilmesi, atel ile istirahat önerilir. Daha bü-

yük kas yırtıklarında ise yırtığın yerine ve büyüklüğüne göre cerrahi tedavi gerekebilir. İlk 72 saatte kanamayı azaltmak için buz tedavisi uygulanır. Buz tedavisi günde 20 dakikalık 3 seans şeklinde ve koruyucu katman eşliğinde uygulanır. Ağrılı dönem bittikten sonra kasın yavaş yavaş fizik tedavi ve egzersiz programlarıyla eski gücünü kazandırılması gerekir.

**Anahtar sözcükler:** Kas yırtığı

## PS-123

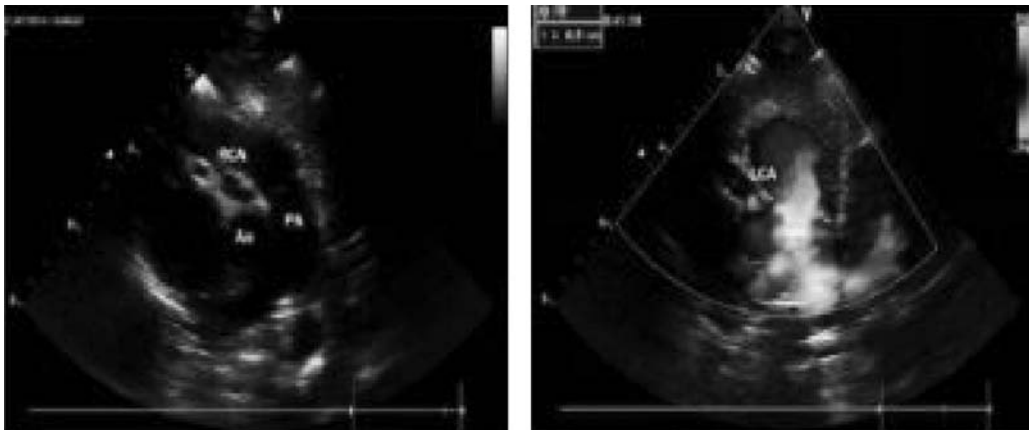
### Dev koroner arter anevrizması ile seyreden 2 aylık kız bebekte inkomplet Kawasaki hastalığı olgusu

Şerife Gül Karadağ<sup>1</sup>, Mustafa Çakan<sup>1</sup>, Nuray Aktay Ayaz<sup>1</sup>, Avniye Kübra Baskın<sup>2</sup>, Kazım Öztarhan<sup>3</sup>, Helen Bornaun<sup>3</sup>, Murat Şahin<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği, İstanbul; <sup>2</sup>Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul; <sup>3</sup>Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Kliniği, İstanbul; <sup>4</sup>Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Kawasaki hastalığı (KH) nedeni bilinmeyen, çoğunlukla kendi kendini sınırlayan ve tedavisiz olguların %20'sinde koroner arter tutulumu gözlenen sistemik bir vaskülitir. Klasik KH tanısı, 5 günden fazla süren ateşe, orofaringeal değişiklikler, döküntü, servikal lenfadenit, ekstremitte değişiklikleri ve bilateral konjunktivit bulgularından en az dördünün eşlik etmesi ile konulur. İnkomplet KH ateş yanında 3 veya daha az klinik bulgusu olan hastaları tanımlamak için kullanılır. Tanı ve tedavide gecikmeler yaşandığı için inkomplet KH olgularında koroner arter tutulumu daha sık görülmektedir. Bir yaş altı hastalarda inkomplet olarak seyredebileceğinden risk artmaktadır. Bu yazıda dev koroner arter anevrizması gelişen 2 aylık bir inkomplet KH olgusu sunulmuştur.

**Olgu:** İki aylık kız bebek 12 gündür düşmeyen ateş şikayetiyle başvurdu. Huzursuz görünümde iken dudaklarda kızarıklık ve çatlaklar mevcuttu. Döküntü, konjunktivit, lenfadenopati yoktu. İnkomplet KH ön tanısıyla servise yatırıldı. Laboratuvar incelemesinde hemoglobin 7.9 g/L, lökosit sayısı 17.700/mm<sup>3</sup>,



**Şekil (PS-123):** Dilate sağ koroner arter ve sol ana koroner arter (Ao: Aort, LCA: Sol ana koroner arter, PA: Pulmoner arter, RCA: Sağ koroner arter).

trombosit sayısı 1.001.000/mm<sup>3</sup>, CRP 144 mg/L, ESH 92 mm/saat, albumin 3.1 g/dl saptandı. Kan ve idrar kültürlerinde üreme olmaz iken viral ve bakteriyel serolojik çalışmalarda olası enfeksiyöz bir etken saptanmadı. Ekokardiyografide koroner arterlerde dev anevrizmatik dilatasyonlar saptandı (Şekil PS-123); sağ koroner arter çapı 5.7 mm (Z skoru: 17.2), sol koroner arter çapı 4.9 mm (Z skoru: 15.1). İnkomplet KH tanısıyla 2 g/kg IVIG ve 40 mg/kg/gün asetil salisilik asit (ASA) tedavisi başlandı. Tedavinin 2. gününde ateş düştü ve parmak uçlarında soyulma başladı. Yedinci günü ekokardiyografide koroner arterlerdeki genişlik devam ederken trombüs gözlenmedi, CRP düzeyi normale inen hastanın ASA tedavisi 5 mg/kg/güne düşüldü ve enoksaparin sodyum (0.1 mg/kg/gün, sc) eklendi. Birinci ayda yapılan ekokardiyografide anevrizmatik genişlemlerde minimal gerileme saptandı iken stenoz ve trombus izlenmedi. Yatışının 45. gününde haftalık kontrollere gelmek üzere ASA ve enoksaparin tedavileri ile taburcu edildi.

**Sonuç:** Özellikle 1 yaşın altında inkomplet seyredebileceğinden 5 günden fazla süren ateşi olan ve odak saptanamayan olgularda ayırıcı tanıda KH düşünülmelidir.

**Anahtar sözcükler:** İnkomplet Kawasaki hastalığı, koroner anevrizma

## PS-124

### Trasvers miyelit ile prezente olan Sjögren hastalığı

Esmâ Uğuztemur, Sibel Yılmaz Öner, Nilüfer Alpay Kanitez, Selda Çelik, Cemal Bes

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Trasvers miyelit, spinal kordta fokal lezyonlarla seyreden nörolojik inflamatuvar bir hastalıktır. Altta yatan bir sebep olmaksızın idiyopatik olabileceği gibi, bazı otoimmün romatiz-

mal hastalıkların bir bulgusu olarak da karşımıza çıkabilir. Hastalığın tipik klinik bulguları olmaksızın transvers miyelit tablosu ile ortaya çıkan bir sjögren hastalığı olgusu sunuyoruz.

**Olgu:** 45 yaşında kadın hasta, her iki bacakta kuvvet kaybı ve yürüyememe şikayeti ile başvurdu. Bilinen herhangi bir hastalığı olmayan hastanın 20 gün önce, önce sağ sonra sol bacakta uyuşma, güçsüzlük yakınması başlamış. Birkaç gün sonra yürüyemez hale gelen, gaita ve idrar inkontinansı da gelişen hasta acil nöroloji bölümüne başvurmuş. Her iki alt ekstremitede kas gücü 2/5, her iki bacakta hipoestezi ve T6-7 civarında seviye veren duyu kusuru saptanan hastanın kranial, servikal ve torakal MR'ı çekilmiş. T1 ile T8 arasında yer yer kontrast tutmayan hiperintens lezyon izlenmiş. Hastaya lomber ponksiyon yapılmış; oligoklonal bant negatif, BOS'ta hafif protein artışı saptanmış. Hastaya transvers miyelit tanısı konarak pulse 1000 mg metilpredizolon (toplam 10 gün) verilmiş. Ardından 1mg/kg/gün prednisolon tedavisine geçilmiş. 10 günlük pulse steroid tedavisi sonrası hastada kas gücü 3/5-4/5 seviyesine geldi ve gaita ile idrar inkontinansı düzeldi. Transvers miyelit etyolojisine yönelik yapılan tetkiklerinde ANA 1/2560 titrede ince benekli, anti-SSA ve anti-SSB pozitif saptandı. Hasta tarafımıza danışıldı ve Sjögren hastalığı ile ilişkili transvers miyelit ön tanısı ile kliniğimize devir alındı. Ağız ve göz kuruluğu tariflemeyen hastanın schirmer testi 15 mm ancak gözyaşı kırılma zamanı 9 saniye kısalmış olarak saptandı. Hastaya tükrük bezi biyopsisi yapıldı ve 1 gram/ay pulse siklofosomid tedavisi başlandı. 6 kür pulse aylık siklofosamid tedavisi planlanan hasta poliklinik takibi yapılmak üzere taburcu edildi.

**Sonuç:** Transvers miyelit nadir görülen, sistemik lupus eritematozus ve sjögren hastalığı gibi otoimmün hastalıklara bağlı olarak da ortaya çıkabilen nörolojik bir tablodur. Olgumuzda sistemik lupus eritematozus ve sjögren hastalığı ile ilişkili tipik klinik bulgular olmamasına karşın transvers miyelit sjögren has-



**Şekil (PS-124):** Spinal kordta T1 ağırlıklı görüntüde (a) patoloji izlenmezken T2 ağırlıklı görüntüde (b) medulla spinaliste T1-T8 vertebra seviyesinde hiperintens görünüm.

talığının ilk bulgusu olarak karşımıza çıkmıştır. Sjögren hastalığının transvers myelit ile prezente olması ve tek klinik bulgunun bu olması oldukça nadir bir durumdur. Nadir görülen bu nörolojik tabloya, nöroloji ve romatoloji hekimlerinin ortak değerlendirmesi ile erken tanı koymak ve etkin tedavi etmek mümkündür.

**Anahtar sözcükler:** Transvers miyelit, Sjögren

## PS-125

### Romatoid artrit dirsek tutulumu azathioprin tedavisi

Hamit Küçük, Özkan Varan, Abdurrahman Tufan, Mehmet Akif Öztürk, Şeminur Haznedaroğlu, Berna Göker

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

**Amaç:** Romatoid artrit (RA) biyolojik tedavi edici ajanların kullanılmaya başlanmasından sonra tedavi seçeneklerinin arttığı ve hastalığı kontrol altına almanın kolaylaştığı kronik iltihabi bir hastalıktır. Bununla birlikte tüberküloz öyküsü olan ve olmayan korkan hastalarda tedavi seçenekleri azalmaktadır. RA da dirsek tutulumu agresif tedavi edilmesi gereken bir durumdur. Bizim olgumuzda Metotreksat, hidroksiklorokin, Metotreksat ve leflunomid tedavisine dirençli RA dirsek tutulumu (pannus) olan hastada azathioprin uygulanması deneyimi paylaşılmıştır.

**Olgu:** 54 y, erkek hasta 2008 yılında RA tanısı almış. Ellerinde PIF ve MCF eklemlerinde hassasiyet ve sağ dirsekte 30 derece kısıtlılığı olan ve belirgin şişlik olan hastaya methotreksat 15 mg/hafta, Hidroksiklorokin 2x200 mg, Sulfasalazin 2x2, prednizolon 5 mg/gün tedavisi uygulanmış. Sağ dirsek tutulumu devam eden ve bulantısı olan hastanın metotreksat tedavisi leflunomide değiştirilmiş. Eklem şikayetleri sağ dirsek dışında düzelen hasta biyolojik tedaviyi yan etkilerinden korktuğu için kullanmak istemedi. Leflunomid 1x20 mg, prednizolon 5, hidroksiklorokin 2x200 mg kullanan hastanın 6 aydır bu tedaviyi kullanmasına rağmen sağ dirsekte ağrı, belirgin şişlik, hassasiyet ve 30 derece hareket kısıtlılığı devam etmekteydi. Laboratuvar bulguları: sedim 35 mm/st, CRP 35.1 mg/L, ALT: 36 U/L, Kreatinin 0.69 mg/dl, hepatit paneli ve burucella negatif. RF 223 IU/mL, anti ccp: 398.14 U/mL idi. Sağ dirsek MR da Sağ dirsek olekranonda belirgin, proksimal radius başında subkortikal alanda deformasyon ile birlikte defektif görünüm ve olekranonda ve radius başında kistik lezyonlar dikkati çekmektedir. Romatoid nodül ya da pannusla uyumlu görünüm izlendi. Biyopsi amacıyla ortopedi ile konsülte edilen hasta opere olmak istemedi. Hastaya Hidroksiklorokin 2x200 mg, prednizolon 5 mg, azotiopurin 3x50 mg tedavisi planlandı. Tedavinin 3. ayında hastanın sedim 5 mm/st, CRP 2.1 mg/L, ye geriledi. Steroid tedavisi kesildi. Hastanın ağrısı tamamen kayboldu ve sağ dirsek eklem kısıtlılığı 15 dereceye kadar geriledi. Kontrol Dirsek MR da pannus boyutunda minimal gerileme olan hastanın azathioprin tedavisine devam edildi.

**Sonuç:** Romatoid artrit hastalarında dirsek tutulumunda tedavi seçenekleri çok fazla olmasına rağmen halen tüm hastalarda hastalığı kontrol altına almak kolay olmamaktadır. Bizim olgumuzda dirsekte yoğun pannusu olan hastaya diğer tedavi seçe-

neklerine yanıt vermediği için ortopedi ile konsülte edilmiştir ortopedi tarafından cerrahinin riskli olabileceği belirtilmesi nedeniyle opere olmak istememiştir. Biyolojik tedavi almak istemeyen hastaya başka aktif eklem olmadığı ve pannusa etkili olabileceği düşünülerek azathioprin tedavisi verildi. Tedavi sonrasında 3. ayda belirgin klinik ve laboratuvar yanıt alındı. Azathioprin romatoid artrit hastalarında çok etkili olmadığı düşünülen bir ajan olsada seçilmiş bazı vakalarda kullanılabilir.

**Anahtar sözcükler:** Romatoid artrit, pannus, azathioprin

## PS-126

### Dudaklarda tekrarlayan şişlik ile başvuran glandüler keilitisli bir olgu

Çiğdem Dinçkal<sup>1</sup>, Gonca Karabulut<sup>2</sup>, Nihal Mete Gökmen<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir; <sup>2</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; <sup>3</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Alerji ve İmmunoloji Anabilim Dalı, İzmir

**Amaç:** Glandüler keilitis alt dudakın minör tükürük bezlerinin inflamasyonu ile karakterize, etiyolojisi bilinmeyen nadir bir hastalıktır. Bu hastalığın tanısı klinik ve patolojik korelasyon ile mümkün olmaktadır. Glandüler keilitis dışında angüler, granülomatöz, kontakt, infeksiyöz, ekfoliyatif ilaçlara bağlı keilitis, gibi pek çok çeşidi vardır. Bu nedenle öncelikle keilitise neden olan etken saptanmalı, daha sonra bu etyolojik ajana yönelik uygun tedavi başlanmalıdır. Hastalar genellikle dudaklarda şişlik ile başvururlar. Ayırıcı tanıda travma, immundisregulasyon, inflamasyon, enfeksiyon, metabolik hastalıklar ve neoplazmalar düşünülmelidir. Biz bu olgumuzla dudaklarda şişlik ile başvuran Glandüler keilitisli olgumuzu sizlerle paylaşmak istiyoruz.

**Olgu:** 52 yaşında kadın hasta, 10 yıldır dudaklarda şişme nedeniyle başvurusunda pek çok merkez tarafınca anjiyoödem olarak değerlendirilmiş. Sigara ve alkol kullanmayan olgu ilaç alerjisi tanımlamadı. Anamnezimizi derinleştirdiğimizde hasta anjiyoödem ve ürtiker ile uyumlu lezyon tariflemiyordu. Ayrıca hastada bakteriyel superenfeksiyon ve supuratif eksudatif bulguya rastlanmadı. Fizik bakışında özellikle alt dudakta belirgin şişlik gözlemdi (Şekil PS-126). Hastanın özgeçmişinde romatoid artrit nedeniyle deltacortil, hidroksiklorokin sulfat ve metotreksat kullanımı mevcuttu. Sjögren sendromu açısından bakılan kuru göz testi normal bulundu. Keilitis granulomatoza, lupus eritematozus, ak-



**Şekil (PS-126):** Alt dudakta belirgin olmak üzere dudaklarda şişlik.

tinik keilitis, sarkoidozis ve diğer dermatozlar dudak biyopsisi ve otoimmün seroloji ile dışlandı. Rutin laboratuvar incelemeleri ANA (1/80) ve CRP (1.49) dışında normal bulundu. Dental ve Nikel yama testi yapıldı. Yama testinde Fragnance mix pozitif saptanması üzerine dental konseyde değerlendirilip hastaya diş macunu kullanmaması, diş temizliği için soda kullanması önerildi. Hastaya tanı amaçlı yapılan dudak biyopsisinde mukoza altında damarlanmada artma ve vasküler dilatasyon görüldü. Komşu tükrük bezinde duktuslarda genişleme ve mukus birikimi yanısıra birden fazla odakta lenfosit kümelenmesi saptandı. Glandüler keilitis ön tanısı gözönünde bulundurulduğunda belirgin kistik genişleme görülmemiş olmakla birlikte duktus dilatasyonu ve mukus birikimi basit tip glandüler keilitis lehine yorumlandı.

**Sonuç:** Glandularis keilitis alt dudağın nadir bir inflamatuvar bozukluğudur. Klinik pratikte en sık dudaklarda şişlik ile karşılaşılr. Ayırıcı tanı geniş kategoride bulguları gruplandırarak basitleştirilebilir (travmatik, inflamatuvar, immunolojik, enfeksiyöz, metabolik, neoplazik ve idiyopatik durumlar...). Klinik tanımlayıcı teşhis tam olarak mümkün değildir, mutlaka doku tanısı yapılmalıdır. Olgumuzun romatoid artrit öyküsü nedeniyle bu hastalıkla birlikte en sık gözlenen Sjögren sendromunun öncelikle dışlanması gerekmektedir. Ayrıca hastanın dudaklarda şişlik ile başvurmasının, önemli bir immünolojik acil durum olan anjiyoödemden ayırtilmesinin ne kadar önemli olduğunu vurgulamak istiyoruz.

**Anahtar sözcükler:** Glandüler keilitis, dudaklarda şişlik

## PS-127

### Sistemik skleroz ve Crohn hastalığı

Gökhan Sargin<sup>1</sup>, Taşkın Şentürk<sup>1</sup>, Songül Çildağ<sup>1</sup>, Ahmet Akın<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın; <sup>2</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Aydın

**Amaç:** Sistemik skleroz (SS); vaskülopati, deri ve iç organların fibrozisi ile karakterize, Crohn hastalığı ise öncelikli olarak gastrointestinal sistemi etkileyen kronik otoimmün inflamatuvar hastalıklardır. Sistemik skleroza sistemik lupus eritematozus, otoimmün tiroidit ve romatoid artrit gibi hastalıklar eşlik edebilir. Ancak SS'nin inflamatuvar barsak hastalıkları ile birlikteliği nadirdir. Biz, burada Sistemik skleroz ve Crohn hastalığı birlikteliği olan bir hastayı sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 38 yaşında kadın hasta, Raynaud fenomeni, sabah tutukluğu ve parmaklarda şişlik nedeniyle kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede bilateral akciğerlerde yaygın raller, sklerodaktili ve yüzde telenjiektazileri vardı. Yaklaşık 6 aydan beri aralıklı olarak kanlı ve mukuslu dışkılama ile ishal tarifleyen hastanın Hb: 8.6 g/dl, Htc: %26.5, MCV: 87.6 fL, lökosit: 6.2930/mm<sup>3</sup>, trombosit: 432.000/mm<sup>3</sup>, CRP: 35.7 mg/L, sedimantasyon: 35 mm/h, ANA: 1/1000 homojen ve granüler paternde, anti-scl-70: (++)), Rf, anti-CCP ve komplemanlar normal sınırlardaydı. HRCCT'de her iki akciğerde özellikle periferik kesimlerde ve alt loblara gidildikçe artan miktarda ince retiküler infiltrasyon ve buzlu cam alanları izlendi. Ekokardiyogram sonucu normaldi. Gaita incelemesinde bol lökosit ve eritrosit saptandı. Gaita kültürü ve parazit negatifti. Kolonoskopide terminal ileumda

ödem, eritem ve ülserler gözlemlendi. Histopatolojik bulgular aktif dönem Crohn hastalığı ile uyumlu bulundu. SS ve Crohn hastalığı tanısı konulan hastaya siklofosamid ve prednizolon tedavisi başlandı. Hasta halen kliniğimizde takiptedir.

**Sonuç:** İnflamatuvar barsak hastalıkları ile SS birlikteliğinin altta yatan benzer patojenik mekanizmalar ile ilişkili olduğu speküle edilmiştir. Bir çalışmada SS'de Crohn hastalığı insidansının kontrol grubuna göre daha az olduğu saptanmıştır. Bu durumun HLA, PTPN22 ve T-bet ile ilişkili olabileceğini bildirilmiştir. Sonuç olarak, SS hastalarında gastrointestinal sistem tutulumu olmak ile birlikte nadiren de olsa eşlik eden inflamatuvar barsak hastalıkları göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Sistemik skleroz, inflamatuvar barsak hastalıkları, Crohn hastalığı

## PS-128

### Lipoma arboresans: Vaka sunumu

Gökşen Gökşenoğlu, Mustafa Aziz Yıldırım, Nurdan Paker

*İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul*

Kırk beş yaşında erkek hasta polikliniğimize dizde ağrı, şişlik ve harekette kısıtlılık nedeniyle başvurdu. Hastanın 6 ay önce aynı şikayetle başka bir polikliniğe başvurduğu ve medikal tedaviyle (NSAİİ) birlikte soğuk uygulama yapıldığı, şikayetlerinin azaldığı öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Hastanın fizik muayenesinde sağ dizinde ısı artışı, kızarıklık yoktu, eklem hareket açıklığı kısıtlı ve ağrılı idi. Ayrıca dizinde yaygın şişlik mevcut idi, ballotman testi pozitif. Hastanın sağ diz grafiğinde evre 1 gonartroz bulguları dışında bir bulgu yoktu. Hastanın kan tetkiklerinde herhangi bir özellik yoktu. Hastanın dizinden yapılan aspirasyon sıvısı non-inflamatuvar özelliklerdeydi. Diz aspirasyon sıvısının ışık mikroskobu ile yapılan görüntülemesinde herhangi bir özellik yoktu. Hastanın sağ dizinden yapılan MRG'de ise suprapatellar bölgede Lipoma Arboresans ile uyumlu olarak şekilde subkutanöz yağ dokusuna benzer, eğrelti otu benzeri sinovyal kalınlaşma tespit edildi. Bunun üzerine hasta, ortopedi hekimine konsulte edildi. Cerrahi operasyon önerilmesine rağmen hasta kabul etmedi. Hastaya medikal tedavi planlandı. Sonuç olarak LA, nadir görülmesine rağmen diz eklemine tekrarlayan şişliği olan hastalarda akıldta bulundurulması gerekir.

**Anahtar sözcükler:** Lipoma arboresans

## PS-129

### Ateş ve servikal lenfadenopati olgusu:

#### Kikuchi-Fujimoto hastalığı

Murat Torgutalp<sup>1</sup>, Ece Bilgiç<sup>2</sup>, Ayşe Bahar Keleşoğlu Dinçer<sup>1</sup>, Ercan Okatan<sup>1</sup>, Enes Yayla<sup>1</sup>, Gülay Kınıklı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara;

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

**Amaç:** Kikuchi-Fujimoto hastalığı (KFH) ilk kez 1972'de Japonya'da Kikuchi ve Fujimoto tarafından tanımlanmış olup benign bir seyre sahiptir. Daha çok Asyalı genç kadınlarda görülmektedir ancak dünyanın diğer bölgelerinde de seyrek olarak

rapor edilmiştir. Amacımız nedeni bilinmeyen ateş ve lenfadenopati ayırıcı tanısında KFH'nin de hatırlanması gerektiğidir.

**Olgu:** İki aydır mevcut olan ateş, yaygın eklem ağrısı, halsizlik, boğaz ağrısı ve sol servikal bölgede ortaya çıkan lenfadenopati (LAP) şikayetleri ile polikliniğimize başvuran 22 yaşındaki kadın hasta şikayetleri başladığından beri amoksisilin-klavulanik asit, klaritromisin, sefazolin ve parasetamol kullanmıştı. Hastanın fizik muayenesinde; her iki el bileği, el küçük eklemleri ve ayak bileğinde kızarıklığın eşlik etmediği hassasiyet ve minimal şişlik ile sağ supraklaviküler ve servikal bölgede LAP mevcuttu, hepatomegali ve splenomegali saptanmadı. Laboratuvar incelemede; lökosit: 2350/mm<sup>3</sup>, Hb: 10.4 g/dl, trombosit: 289000 mm<sup>3</sup>, CRP: 47 mg/L, sedimentasyon hızı: 100 mm/h, ALT: 30 U/L, AST: 33U/L, kreatinin: 0.6 mg/dl olarak bulundu. Periferik yaymasında atipik lenfositler saptandı ve nötrofil (%75) hakimiyeti mevcuttu. Serum protein elektroforezinde gama bandında poliklonal artış saptandı. Enfeksiyöz etiyojisi için yapılan HIV, CMV, EBV, rubella, brucella, toxoplazma ve quantiferon testleri negatif olarak tespit edildi. Kollajen doku hastalıkları etiyojisi için bakılan ANA, ENA, ANCA tetkikleri negatif saptandı. Boyun USG'de; sağ supraklaviküler bölgede 19×12 mm, posterior servikal zincirde 17×8 mm boyutlarında, ekojen hilusları seçilen ancak korteksleri kalın çok sayıda LAP saptandı. Olgunun antibiyoterapiye rağmen düzelmeyen semptomları ve boyundaki lenfadenopatileri nedeni ile yapılan lenf biyopsisinin patoloji sonucu non-granüloamatöz nekrotizan lenfadenit ile uyumlu olarak değerlendirildi. Lenfopeni, lökopeni etiyojisi için yapılan kemik iliği aspirasyon biyopsisinin sonucunda infiltratif veya spesifik patoloji izlenmedi. LAP, lökopeni, sedimentasyon artışı, ateş, anemi, halsizlik, artrit, artralji ve nekrotizan lenfadenit saptanan genç kadın hasta; Kikuchi Fujimoto hastalığı tanısı ile uyumlu olarak değerlendirildi. Antibiyotik tedavisi kesilen ve nonsteroid antiinflamatuvar tedavi başlanan hastanın şikayetlerinin düzeldiği ve lenfadenopatilerinin gerilediği gözlemlendi.

**Sonuç:** KFH'nin patogenezi tam olarak anlaşılacakla birlikte etiyojisinde viral ajanlar başta olmak üzere değişik antijenlerin tetiği çektiği hiperimmün ya da otoimmün mekanizmalar ile apoptozisin rol aldığı ileri sürülmektedir. Ateş ve LAP şikayetleri olan özellikle genç kadın hastalarda KFH akılda tutulmalı ve bu hastalar ileride sistemik lupus eritematozus gelişme riski açısından yakın takip edilmelidir.

**Anahtar sözcükler:** Kikuchi-Fujimoto, lenfadenopati

### PS-130

#### Mikst tip sensörimotor polinöropatiyle prezente olan IgG4 ilişkili otoimmün hastalık olgusu

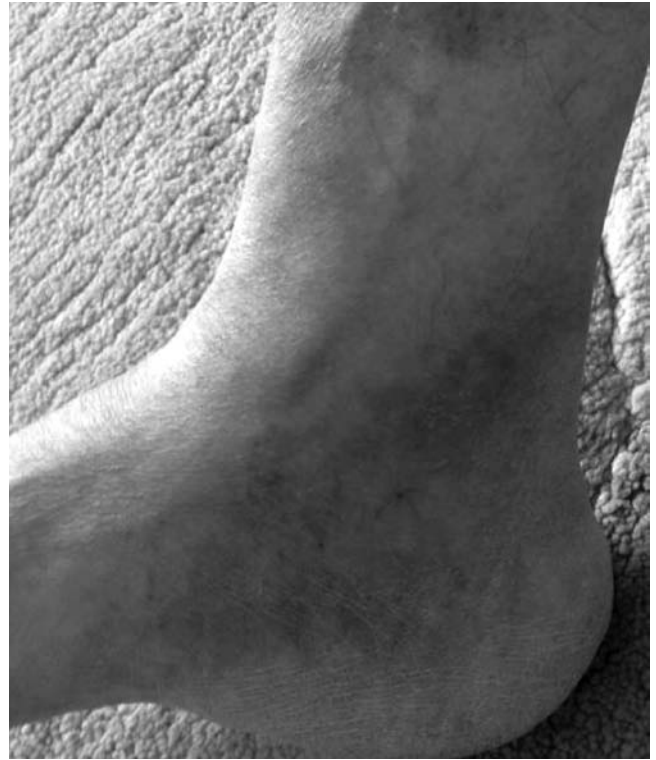
Müge Aydın Tufan<sup>1</sup>, İnci Turan<sup>2</sup>, Ahmet Eftal Yücel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; <sup>2</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** IgG4 ile ilişkili otoimmün hastalık son 10 yılda tanımlanmış, spesifik patolojik, serolojik ve klinik özellikleri gösteren bir veya daha fazla organ tutulumuyla karakterize multisistemik

bir hastalıktır. Hastalık spektrumu oldukça geniştir. En sık olarak otoimmün pankreatit olmak üzere tükrük bezi tutulumu, sklerozan kolanjit, retroperitoneal fibrozis, gibi tek organ ya da birçok organ tutulumu aynı anda görülebilir. Sinir sistemi tutulumu oldukça nadirdir.

**Olgu:** 61 yaşında erkek hastanın son üç aydır alt ekstremitede önce solda daha sonra sağda kırmızı döküntüler ortaya çıkıyor (Şekil PS-130). Dış merkezde selülit düşünülerek intravenöz antibiyotik tedavisi uygulanıyor. Ancak klinik ve laboratuvar testlerinde düzelmeye olmuyor. Hatada ellerde uyuşma, ayaklarda uyuşma ve keçeleşme, yürüme güçlüğü başlıyor. Nöroloji bölümüne değerlendirilen hastanın EMG'sin de mikst tip sensörimotor polinöropati tespit ediliyor. Ateşi olan hastada küçük damar vaskülitisi düşünülerek steroid tedavisi başlanıyor. Sedimentasyon ve C-reaktif protein düzeyi hızla düzelen ve cilt lezyonları kaybolan hastanın yürümesinde değişiklik olmuyor. Romatoloji polikliniğine başvuran hastada aralıklı karın ağrısı yakınması nedeniyle abdominal BT çekildi. Tomografide pankreas parankimi usinat proses düzeyinde fokal hipodens alan pankreas gövde kesimi komşuluğunda anteriorde az miktarda peripankreatik dansite artışı, mide küçük kuratr komşuluğundan peripankreatin paraaortik multiple lenf nodları saptanıyor. Laboratuvar testlerinde amilaz düzeyi 161 U/L. ANA negatif, p-ANCA 1/32 pozitif, c ANCA negatif tespit ediliyor. Sedimentasyon, CRP değerleri yüksek olan hastanın gönderilen IgG4 düzeyi 400 mg/dl saptandı. IgG4 ilişkili otoimmün hastalık tanısıyla hastaya steroid ve üç kür siklofosamid tedavisi başlandı. Ancak yürümesinde değişiklik olmayınca hasta 1 kür 5



**Şekil (PS-130):** Alt ekstremitede vaskülitik deri döküntüsü.

gün 30 g intravenöz insan immünglobulin tedavisi verildi. Üçüncü ayda klinik ve laboratuvar tam yanıt elde edildi.

**Sonuç:** IgG4 ilişkili otoimmün hastalık nadir görülen ve tanısı gözden kaçabilen bir hastalıktır. Tanı için hem dokuda hem de serumda IgG4 yoğunluğunun artması gerekmektedir. IgG4 ilişkili otoimmün hastalıkta bizim hastamızda olduğu gibi p-ANCA pozitifliği literatürde bildirilmiştir. Bu hastalarda hipofizit, pakimenejit ve nadir olarak kranial nöropati görülebilmektedir. Periferik sinir tutulumu oldukça nadirdir. Eşlik eden klinik semptomların olduğu periferik nöropatili hastalarda IgG4 ilişkili otoimmün hastalık ayrıtı tanıda düşünülmelidir.

**Anahtar sözcükler:** IgG4 ilişkili otoimmün hastalık, polinöropati

### PS-131

#### İnterstisyel akciğer hastalıklarının ayrıtı tanısında nadir görülen bir tanı: Pulmoner sekestrasyon

Merve Ecem Erdoğan Yön<sup>1</sup>, Hamit Küçük<sup>2</sup>, Özkan Varan<sup>2</sup>, Abdurrahman Tufan<sup>2</sup>, Haluk Türkaş<sup>3</sup>, Mehmet Akif Öztürk<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara;

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; <sup>3</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Romatolojik hastalıklar plevral mayi, organize pnömoni, Yaygın İnterstisyel Pnömoni (UIP), nonspesifik interstisyel pnömoni başta olmak üzere birçok Akciğer tutulumu ile prezente olabilmektedir. Genellikle organize pnömoni ve nodüler görünüm-ler ve plevral mayi etyolojisi araştırılırken romatolojik hastalıklar da tetkik edilmektedir. Bizde bu olgumuzda AC tutulumunun özellikle inflamatuvar parametrelerde artış da olması durumunda çoğu hekim tarafından romatolojik hastalıkların AC tutulumunu ön planda düşünmesi nedeniyle çok farklı ayrıtı tanılarının da olabileceği hakkındaki farkındalığı arttırmayı amaçladık.



**Şekil (PS-131):** Sol akciğer alt lob sekresyona bağlı oblitere görünüm.

**Olgu:** 51 yaşında kadın hasta artralji, öksürük ve efor dispnesi ile polikliniğe başvurdu. Vital bulgular normal sınırlardaydı. Fizik muayenede artrit bulgusu yoktu. Sol AC bazalde dinlemekle solunum sesleri azalmıştı. Romatolojik sorguda PİF ve diz eklemle-lerinde artralji dışında pozitif bulgusu yoktu. Bakılan laboratuvar tetkiklerinde Hb: 11 Wbc: 10.900 Neu: 7.500 Plt: 272,000, D vitamini: 8 ug/Lt, CRP: 17 mg/Lt Sedim: 66, Kreatinin: 0.7 mg/dl ALT: 20 U/L diğer biyokimya değerleri normal sınırlarda, balgam ARB: negatif, ANA zayıf nükleolar paternde gelmesi üzerine bakılan ENA profilinde Scl -70 şüpheli pozitif olarak gelmişti. Hastaya romatolojik açıdan kapilleroskopi ve göz muayenesi yapılmış, patolojik bulguya rastlanmamıştı. Ön planda romatolojik hastalık düşünülmeyen hasta dispne şikayeti de olması üzerine çekilen toraks BT'sinde sol akciğer alt lob superior segmenter bronşlardan itibaren bronş duvarında kalınlaşma ve bronş lümenlerinde sekresyona bağlı oblitere görünüm dikkati çekmişti (Şekil PS-131). Sonrasında yapılan bronkoskopi sonucunda sağ orta lob medial girişi dar, sol alt lob posterior girişi dar olarak izlendi hasta desature olduğu için işlem lavaj alınarak kesildi. Lavaj sıvı örneğinde malign hücre saptanmadı, tbc kültürü negatif olarak geldi. Son olarak aortografi çekilen hastaya pulmoner intralober sekestrasyon (PS) tanısı koyuldu.

**Sonuç:** Pulmoner sekestrasyon nadir görülen konjenital AC hastalıklarından birisidir. Anormal sistemik arter tarafından kanlanması sağlanan displastik AC dokusunda kitle görünümü ile karakterizedir. En sık semptomu öksürük ve hemoptizidir. Sık enfeksiyona yol açması nedeniyle de genellikle inflamatuvar parametrelerde artışa neden olur. Hemoptizi, öksürük, inflamatuvar parametrelerde yükselme ve organize pnömoni görünümü ile birlikte olması sıklıkla romatolojik hastalıkların AC tutulumunu ön planda akla getirmektedir. Tedavisi genellikle cerrahi ve radyolojik olan bu hastalık romatizmal AC hastalığı düşünülen hastalarda tedavi farklılığı nedeniyle ayrıtı tanıda düşünülmesi gereken nadir hastalıklardan birisidir.

**Anahtar sözcükler:** Akciğer hastalığı, pulmoner sekestrasyon, pulmoner romatoloji

### PS-132

#### JİA'da etanercept kullanımına bağlı gelişen HSP

Özge Altuğ Gücenmez, Hatice Adıgüzel Dunder, Ceyhan Açı, Şevket Erbil Ünsal

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

**Amaç:** Etanercept bir tümör nekrozis alfa inhibitörüdür ve juvenil idiyopatik artrit (JİA) güvenilir ve etkin bir tedavi olarak kullanılmaktadır. Bununla birlikte, etanercept kullanımı sonrası ankilozan spondilit, romatoid artrit ve psöriatik artritli erişkinlerde ve sistemik JİA'lı pediatrik bir vakada ilaç ilişkili vaskülitler görüldüğü bildirilmiştir. Bu vaka sunumunda, JİA'lı bir kız hastada etanercept kullanımı sonrası gelişen Henoch-Schönlein Purpurası (HSP) sunulacaktır.

**Olgu:** Beş yaşında sağ kalça ağrısı şikayeti ile merkezimize başvuran hastada yakınmalarının 2 yaşından bu yana olduğu öğrenildi. Fizik bakıda bilateral sakroiliak eklem duyarlılığı saptandı.

nan hastada çekilen MRG'de bilateral sakroiliit saptandı. Atipik yaş ve prezentasyon nedeniyle çekilen kemik sintigrafisi normal bulunan hastaya JİA tanısı konularak sülfasalazin ve ibuprofen tedavileri başlandı. Tedavinin ikinci gününde yüksek ateş gelişen ve odak bulunamayan hastada ateşin sülfasalazine bağlı geliştiği düşünülerek, ilaç kesildi. Şikayetleri devam eden ve akut faz reaktanları yüksek olan hastaya 1. ayda steroid (1 mg/kg/gün po) ve metotreksat (15 mg/m<sup>2</sup>/hafta SC) başlandı. Uygun doz ve süreye rağmen şikayetlerin devam etmesi, akut faz reaktanlarının yüksek olması ve kontrol MRG'de aktif sakroiliitin devam etmesi nedeniyle 0.8 mg/kg dozunda etanercept tedavisi başlandı. İlk doz sonrası hastanın alt ekstremitelerinde başlayan non-palpalpur purpura gözlemlendi. Gastrointestinal ve genitoüriner tutulumu olmayan hastaya HSP tanısı konuldu. Hastanın etanercept tedavisi kesildi. HSP bulguları tamamen normale dönen hastada 1.5 ay sonra yeniden etanercept tedavisi denendi. Fakat tedaviyi takiben 1 gün sonra tekrar tipik HSP purpurası görülmesi üzerine HSP'yi etanercept tedavisinin tetiklediği düşünüldü ve etanercept kesildi. Hastalık aktivitesini kontrol etmek amacıyla başlanan tocilizumab ile bulguları kontrol altına alındı.

**Sonuç:** Olgu çocukluk çağında JİA'da etanerceptin tetiklediği HSP'li ikinci vaka olması açısından önemlidir. Literatürde 9 yaşında bir JİA hastasında etanercept sonrası HSP geliştiği bildirilmiştir. JİA'da etanercept kullanımı sırasında vaskülit gelişebileceği akıld tutulmalı ve alternatif ilaç tedavisine geçilmelidir.

**Anahtar sözcükler:** Juvenil idyopatik artrit, Henöch-Schönlein purpurası, etanercept

### PS-133

#### Romatoloji polikliniğinde nüks ALL olgusu

*Mete Pekdikler, Sertaç Ketenci, Fahrettin Oksel*

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

**Amaç:** Primer maligniteye sahip hastalar lokomotor sisteme ait semptomlarla romatoloğa başvurabilirler. Bu olguların değerlendirilmesinde malignitenin kendisine ait özelliklerine dikkat etmek ve sistematik bir değerlendirme gereklidir.

**Olgu:** 43 yaşında erkek hasta Hematoloji Bilim Dalı tarafından sağ dizde ağrı ve şişlik şikayeti ile yönlendirildi. Özgeçmişinde 2014 yılında B hücreli Akut Lenfoblastik Lösemi tanısıyla allojenik kemik iliği transplantasyonu (AKİT) yapılmış ve hematolojik açıdan kür elde edilmiş. Sağ dizdeki yakınmaları üç aydır varmış. Travma tanımlamıyor. Isı artışı olmamış, ağrısında sabah-akşam farkı yokmuş, ağrı derinlerde künt bir ağrı şeklinde hissediyormuş. Sabahları dinlendikten sonra geriliyor, yürümekle ağrısı tekrar başlıyormuş. NSAİD tedavisinden kısmen fayda görmüş, sistemik yakınma veya B semptomu hiç olmamış. Bakışında sağ dizde effüzyon ve ağrı saptandı. Kızarıklık veya ısı artışı yoktu. Fizik bulguları sağ diz dışında olağandı. Laboratuvar tetkiklerinde ve diz grafisinde anlamlı patolojik bulgu saptanmadı. Sağ dizden yapılan ponksiyon analizinde lökosit sayısı 4500/mm<sup>3</sup> idi ve kültürde üreme olmadı. Kristal analizi negatif.



**Şekil (PS-133):** Olgunun diz eklem MRG'si.

**Sonuç:** Böyle bir olguda kronik monoartrit ayırıcı tanısında septik artrit, kristal artrit veya paraneoplastik artrit düşünülecek patolojilerdir. Hastanın yakınmalarının inflamatuvar karakterde olmaması, sabah tutukluğu ve eklemden ısı artışı gibi objektif inflamasyon bulgularının saptanmaması nedenleriyle olgu inflamatuvar artrit olarak değerlendirilmedi. İleri incelemeler olarak; diz MRG'de distal femur, patella ve proksimal tibiada lösemik infiltrasyon ile uyumlu görünüm (Şekil PS-133), diz ponksiyon sıvısında yaygın blastik hücre görüldü. Hastada, sinovyal sıvı ve MRG incelemeleriyle hematolojik relaps düşünüldü ve Hematoloji Bilim Dalına geri yönlendirildi.

**Sonuç:** Olguda vurgulamak istediğimiz ana tema malignitelerin izole romatizmal belirtiler ile karşımıza çıkabileceğidir. Malignite hastaları ile ilgilenen hekimlerin bu konuda dikkatli olması gereklidir. İyi bir anamnez, fizik muayene ve günlük pratikte kolay erişilebilen tetkikler ile tanıya ulaşmak mümkündür.

**Anahtar sözcükler:** Romatizmal belirti, malignite

### PS-134

#### Ülseratif cilt lezyonu ile prezente olan granülomatöz polianjitis olgusu

*Mete Pekdikler, Sertaç Ketenci, Figen Yargucu Zihni*

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

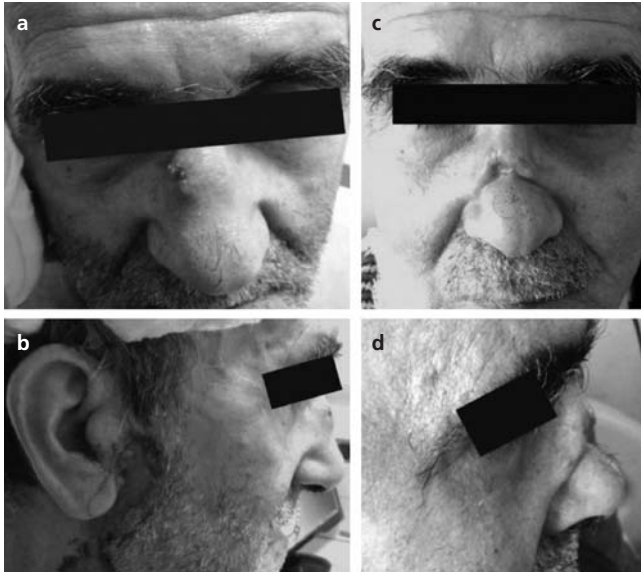
**Amaç:** Granülomatöz polianjitis (GPA) sistemik nekrotizan küçük damar vaskülitidir. Nekrotizan granülomatöz inflamasyonu doku biyopsilerinde göstermek her vakada mümkün olmayabilir. Bu vakalarda klinik ve laboratuvar tetkiklerinin dikkatli incelenmesi ve ayırıcı tanıların dışlanması yol gösterici olacaktır.



**Olgu:** Herhangi bir hastalık veya ilaç kullanım öyküsü olmayan olgu üç aydır sağ kulak önünde ülsere cilt lezyonu olması nedeniyle topikal ve sistemik antibiyoterapi kullanmış. Şikayetinde gerileme olmaması nedeniyle hastanemiz Dermatoloji Anabilim Dalı'na başvurmuş ve yatırılarak tetkik edilmesine karar verilmiş. Eritrosit sedimentasyon hızı: 82 mm/h olması üzerine tarafımıza danışıldı. Öyküsünde üç ayda yaklaşık on kilo kaybı ve yüzdeki ülsere lezyonu dışında bir özellik yoktu. Fizik bakışında sağ kulak önünde 4x4 cm'lik cilt-ciltaltı doku kaybına yol açan ülsere lezyonu ve burun sırtında nodüler ülseratif lezyonu mevcuttu. Biyokimyasal parametreler ve hemogram normaldi. ESH: 82 mm/h ve CRP: 2.5 mg/dl idi. 200 mg/gün proteinürisi, tam idrar tetkikinde eritrositüri ve lökositürisi vardı. C-ANCA 1/10 ve Anti-PR3 yüksek titre pozitif. ANCA ilişkili vaskülit düşünüldü ve kliniğimize devralındı. Sırasıyla yüzündeki ülseratif cilt lezyonundan, burun sırtındaki lezyondan, son olarak böbrekten biyopsi yapıldı ancak biyopsi sonuçları vaskülit ile uyumlu değildi. HRCT'de her iki akciğerde çok sayıda kaviter nodüller saptandı. Göğüs hastalıkları tarafından bronkoalveolar lavaj yapıldı; neoplastik veya enfeksiyöz bulgu saptanmadı. Akciğer biyopsisi önerildi ancak hasta kabul etmedi.

**Sonuç:** GPA'de en sık tutulum üst solunum yolunda olup bu bölgeden alınan biyopsilerin %15'inde tanısal histopatolojik bulgulara ulaşabiliriz. Bizi tanıya yönlendirecek en güvenilir biyopsi bölgesi ise akciğerlerdir. Ancak invazif girişim olmasından dolayı hasta tarafından kabul görmeyebilir. Olgumuzda klinik ve serolojik bulgular eşliğinde, diğer ayırıcı tanılar dışlanarak, siklofosfamid (1 g/ay) ve prednizolon (1 mg/kg/gün) tedavisi başlandı. Tedavinin ikinci ayında yüzündeki ülsere lezyon tamamen kapandı ve semer burun deformitesi gelişti (Şekil PS-134). Olgunun tedavisi kliniğimizde devam etmektedir. C-ANCA ve anti-MPO birlikte kullanıldığı zaman yüksek sensitivite ve spesifitesine rağmen tanısal yöntem olarak biyopsi ilk sırada düşünülmelidir. Ancak olgumuzda görüldüğü gibi histopatolojik tanı her olguda mümkün olmayabilir.

**Anahtar sözcükler:** Vaskülit, biyopsi



**Şekil (PS-134):** Hastanın tedavi öncesi (a, b) ve sonrası (c, d) yüz bölgesindeki lezyonlar.

## PS-135

### Gut artriti nedeniyle steroid kullanan kronik böbrek yetmezliği olan olguda sağ bacakta döküntü

Serpil Ergülü Eşmen<sup>1</sup>, Caner Kutlugün<sup>2</sup>

<sup>1</sup>KKHB SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Konya; <sup>2</sup>KKHB SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Konya

**Amaç:** Herpes zoster, bir veya iki komşu duysal dermatom bölgesinde, vücut orta hattını geçmeyen veziküler lezyonlarla karakterli bir hastalıktır. Su çiçeği geçirmiş olmak, aşı uygulaması, 50 yaş üstü olmak, immünsüpresif olmak, immünsüpresif ilaç kullanımı, kronik steroid uygulaması, AIDS, kemik iliği-organ transplantasyonu, kanser, travma, psikolojik stres risk oluşturur. Sağ bacakta döküntüsü yakınmasıyla herpes zoster tanısı alan, kronik böbrek yetmezliği olan ve gut artriti nedeniyle steroid kullanmakta olan olguyu sunduk.

**Olgu:** 89 yaşında kadın, sağ bacakta şiddetli ağrının eşlik ettiği döküntü yakınması ile tekerlekli sandalyede getirildi. Döküntünün 4 gün önce başladığını ve ağrı yakınmasının giderek şiddetlendiğini belirtti. Gut artriti atakları nedeniyle yaklaşık 1.5 yıldır değişen dozlarda prednisolon tedavisi aldığı öğrenildi. Kronik böbrek yetmezliği ve gut hastalığı dışında bilinen hastalık öyküsü yoktu. Fizik muayenede, sağ bacakta herpes zoster için tipik özellikleri olan, eritemli ve ödemli zeminde, veziküler döküntü görüldü. Laboratuvar tetkiklerinde kreatinin 2.61 mg/dL, ürik asit: 8.4 mg/dL, CRP: 3.27 mg/L, sedimentasyon: 6 mm/saattir. Dermatoloji bölümü ile görüşülerek, 50 yaşın üzerindeki hastalarda, postherpetik ağrıların ortaya çıkma riskini azalttığı bildirilen, renal yetmezlikli olgularda kullanımı güvenli olan brivudine 125 mg/gün başlandı. Almakta olduğu steroid dozu azaltılarak kesildi. 2 hafta sonraki kontrolünde ağrısı hafiflemiş ve döküntü gerilemeye başlamış olduğu görüldü.

**Sonuç:** Herpes zoster, Varicella zoster virüsünün neden olduğu, dorsal kök ganglionlarını tutan, ağrılı, döküntülü bir hastalıktır. Yaşla görülme insidansı artar, 75 yaş sonrası 1/100'dir. Her iki cinsi eşit etkiler. Herpes zosterin ilk belirtisi çok şiddetli olabilen ağrıdır. Ağrıya, deride duyarlılık, ateş, halsizlik eşlik edebilir. Ağrı ile deri döküntülerinin görülmesi arasında geçen süre ortalama 2-3 gündür, bazen bu süre 2 haftaya kadar uzayabilmektedir. Deri döküntüleri; tek taraflı, orta hattı geçmeyen, kuşak şeklinde yerleşmiş, eritemli ve ödemli zeminde grup halinde veziküller şeklinde olabilmektedir. Ataklar genellikle 2 ile 4 hafta içinde iyileşmektedir. En sık göğüs ve baş tutulumu gözlenir. Post-herpetik nevralji, periferik sinir felci, işitme kaybı, göz komplikasyonları, ensefalit, meningoensefalit, Guillain-Barré sendromu görülebilen komplikasyonlardır. Bağışıklık sistemi baskılanmış/zayıflamış olan kişilerde (AIDS, malignite, immünsüpresif tedavi), herpes zoster enfeksiyonu hem daha sık hem daha şiddetli seyredebilmektedir. Komplikasyonlarına ise daha sık rastlanmaktadır. İlk 24-48 saat içinde anti-viral tedavi erken iyileşmeyi sağlayabilmekte, komplikasyonları önleyebilmekte ve sonrasında gözlenebilecek ağrı süresini azaltabilmektedir. İstirahat ve sıvı alınması iyileşmeye katkıda bulunmaktadır. Döküntü ortaya çıktıktan sonraki ilk 72 saatte başlandığı takdirde asiklovir, valasiklovir, famsiklovir akut ağrıyı azaltmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Herpes zoster, gut

## PS-136

### Ankilozan spondilit tanılı hastada infliximab tedavisi sonrası gelişen tiroid invaziv folliküler karsinomlu olgu

Mehmet Ali Balcı, Sezin Turan, Salim Dönmez

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

**Amaç:** Ankilozan spondilit (AS), çoğunlukla genç yaşlarda ortaya çıkan omurgayı ve sakroiliak eklemleri etkileyen inflamatuvar bir hastalıktır. Son dönemlerde tümör nekroz faktör (TNF- $\alpha$ ) inhibitörlerinin kullanılması ile malignite riskinde artış olup olmadığı tartışmalıdır. İnfliksımab AS, romatoid artrit, psoriatik artrit gibi inflamatuvar hastalıkların tedavisinde oldukça sık kullanılmaktadır. Biz infliksımab tedavisi sonrası tiroid invaziv folliküler karsinom gelişen ankilozan spondilit tanılı hastamızı sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 41 yaşında erkek hasta. 12 yıl önce inflamatuvar bel ağrısı, üveit nedeni ile tarafımıza başvuran hastaya AS tanısı konuldu. Hastaya NSAİİ ve sülfasalazin 500 mg 2x2 başlandı. Yaklaşık 6 ay sonra mevcut tedavi ile inflamatuvar bel ağrısı şikayetinde artma olması üzerine 5 mg/kg dozunda 6 haftada bir infliksımab tedavisi başlandı. Bu tedavi ile klinik yanıt alınan hasta tedavinin 8. yılında hastanın yapılan tetkiklerinde tiroide nodül saptandı. Tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisi malignite şüphesi gelen hasta genel cerrahi tarafınca opere edildi. Patoloji materyali tiroid invaziv folliküler karsinom gelen hastanın almakta olduğu infliximab tedavisi kesildi.

**Sonuç:** Son 10 yılda romatoloji pratiğinde TNF- $\alpha$  inhibitörleri oldukça sık kullanılmaya başlanmıştır. TNF- $\alpha$  inhibitörü kullanımı ile kanser gelişimi arasında bir ilişkiden bahsedilmektedir ancak bu ilişkinin derecesini gösterebilmek oldukça zordur. TNF- $\alpha$  inhibitörü kullanımı sonrası malignite gelişimi bildirilen vakaların çoğu RA ve inflamatuvar barsak hastalığı tanısı olan kişilerdir. Romatoid artrit tedavisinde kullanılan TNF- $\alpha$  inhibitörlerinin de bazı çalışmalarda malignite riskinde artış ile ilişkili olduğu bazı çalışmalarda ise ilişkili olmadığı bildirilmiştir. Malignite riskindeki artışın primer hastalığa mı bağlı, kullanılan disesease modifying antiromatizmal drugs (DMARD)'lara mı bağlı yoksa kullanılan TNF- $\alpha$  blokerlerine mi bağlı olduğunu belirlemek çok güçtür. Hastada meydana gelen tiroid invaziv folliküler karsinom ile TNF blokeri arasındaki ilişkiyi kanıtlamak mümkün değildir ancak literatürde bu ilişkinin olabileceğinden bahsedildiği için biz vakamızı sunduk. Bizim ankilozan spondilit tanılı hastamızı infliksımab tedavisi sonrası tiroid invaziv folliküler karsinom gelişen ilk vakadır.

**Anahtar sözcükler:** Ankilozan spondilit, infliksımab, tiroid invaziv folliküler karsinom

## PS-137

### Ateşin nadir bir nedeni: Mezenterik pannikülit

Ayşe Bahar Keleşoğlu Dinçer, İlyas Ercan Okatan, Murat Torgutalp, Müçteba Enes Yayla, Gülay Kınıklı, Tahsin Murat Turgay, Aşkın Ateş  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Mezenterik pannikülit mezenterik yağ dokusunun inflamasyonu ile seyreden nadir bir hastalıktır. Etiyolojisi tam bilin-

memektedir. Geçirilmiş cerrahi, malignansi, granülomatöz hastalıklar, otoimmün hastalıklar, vaskülit ve pankreatit gibi durumlarla ilişkili olabileceği bildirilmektedir. Hastaların %58.8'inde altta yatan bir neden bulunmamaktadır. Klinik bulguları spesifik olmayıp karın ağrısı, kusma, diyare, kilo kaybı, halsizlik şeklindedir. Bazı hastalar ise sadece ateş ve akut faz reaktanlarında yükseklik ile prezente olabilir. Bu çalışmada yüksek ateş, halsizlik ve kilo kaybı ile kliniğimize başvuran eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ve C-reaktif protein (CRP) düzeyleri yüksek olan ve altta yatan etiyojinin araştırılması için çekilen abdominal bilgisayarlı tomografisinde (BT) "mezenterik pannikülit" tanısı alan 29 yaşında erkek hasta prezente edilmektedir.

**Olgu:** Kliniğimize başvurmadan 1 ay önce üst solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle amoksisilin-klavulanat tedavisi alan 29 yaşında erkek hasta, antibiyotik tedavisine rağmen  $\geq 39$  °C ateş, 27 kg/ay kilo kaybı, halsizlik şikayetlerinin devam etmesi üzerine dış merkeze başvurmuş, hastada perikardiyal effüzyon tespit edilerek hastanemize sevk edilmiştir. Nedeni bilinmeyen ateş etiyojinin araştırılması için kliniğimize kabul edilen hastanın gelişinde ESH 101 mm/sa, CRP 135 mg/dL, beyaz küre (BK)  $6.09 \times 10^9/L$ , hemoglobin (Hb) 10 g/dL, trombosit  $104 \times 10^9/L$  ve ferritin düzeyi 8219 ng/mL idi. Hastanın yatışı süresince ateşi devam etmekte, ateşe döküntü eşlik etmemekte ve eklem bulgusu bulunmamaktaydı. Altta yatan malignansinin araştırmasıyla çekilen torakoabdomen BT'de mezenterik pannikülit ve diffüz splenomegali tespit edildi. Pannikülite yönelik prednizolon 64 mg/gün dozundan başlandı. Splenomegali ve bisitopeniye yönelik yapılan kemik iliği aspirasyon biyopsisinde malignite lehine bulguya rastlanılmadı. Tromboz hikayesi olmayan ve mobil olan hastanın bacak ağrısı olması nedeniyle yapılan bilateral venöz doppler ultrasonografisinde bilateral popliteal ve derin krural venlerde tromboz tespit edildi ve antikoagülan başlandı. Hastanın prednizolon tedavisiyle ateşi gerileyip klinik olarak genel durumunda belirgin düzelme sağlandı. Taburculuk öncesi bakılan ESH 11 mm/sa, CRP 0.5 mg/dL, ferritin 1621 ng/mL, BK  $10 \times 10^9/L$ , Hb 14.2 g/dL ve trombosit  $358 \times 10^9/L$  şeklindeydi.

**Sonuç:** Mezenterik pannikülit sadece ateş ve/veya akut faz reaktanlarında yükseklik ile başvuran hastalarda tanı ve tedavi güçlüğüne neden olmaktadır. Günümüzde tedavisine yönelik konsensus bulunmamaktadır; fakat hastaların %45'ine medikal tedavi,



Şekil (PS-137): Mezenterik pannikülit bilgisayarlı tomografi görüntüsü.

özellikle de steroid tedavisi verilmektedir. Tedaviye yanıt bizim hastamızda da olduğu gibi yüksek orandadır. Literatürde mezen-terik pannikülit ile ilişkili derin ven trombozu bildirilmemiştir.

**Sonuç:** Mezenterik pannikülit nedeni bilinmeyen ateş ile baş-vuran hastalarda etiyolojide düşünülmesi gereken bir neden olup patogenezi ve tedavisi açısından daha fazla çalışmaya ihti-yaç duyulmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Ateş, mezenterik pannikülit

## PS-138

### Fulminan hepatit ile prezente olan Still hastalığı

Sadettin Uslu<sup>1</sup>, Gerçek Can<sup>1</sup>, Handan Yarkan Tuğsa<sup>1</sup>, Aydan Köken Avşar<sup>1</sup>, Hale Akpınar<sup>2</sup>, Berrin Zengin<sup>1</sup>, Gökçe Kenar<sup>1</sup>, Nurullah Akkoç<sup>1</sup>, Fatoş Önen<sup>1</sup>, Ahmet Merih Birlik<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir;

<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İzmir

**Amaç:** Erişkin Still hastalığı, ateş, deri bulguları, artralji/artrit, lökositoz ve yüksek ferritin düzeyleri ile karakterize kronik sis-temik inflamatuvar bir hastalıktır. Karaciğer tutulumu hastalığın temel bulgularından olmamakla birlikte, en sık asemptomatik transaminaz yüksekliği gözlenirken eşlik edebilen hepatomegali olabilir. Olgumuzda akut karaciğer fonksiyon bozukluğu ve sarılık ile prezente olan 24 yaşındaki still hastası tartışılmıştır.

**Olgu:** 24 yaşındaki kadın hasta ateş yüksekliği, perioral vezikül-ler lezyonlar, artralji ve miyalji şikayetleri ile influenza enfeksi-yonu ön tanısı ile hospitalize edilip, ampirik tedavi olarak tamiflu, asiklovir ve levofloksasin tedavisi başlandı. Yapılan tetkikler-inde lökositoz, akut faz reaktanlarında yükseklik saptanan has-tanın karaciğer fonksiyon testleri normal geldi. Fizik muayene-de servikal ve aksiller lenfadenopati (LAP) ve hepatomegali sap-tananan hastanın solunum virüsleri nazal sürüntü paneli, viral hepatit markerları, kan ve idrar kültürleri negatif geldi. Batın ve toraks BT'de aksiller LAP ve hepatomegali saptanan olgunun endokardit eko ile ekarte edildi. Hastaya lenfoma öntanısı ile eksizyonel aksiller LAP biopsisi yapıldı. Biopsi sonucu reaktif hiperplazi gelen hasta taburcu edildikten sonra sarılık şikayeti ile acil servise başvurdu. Yapılan tetkiklerinde ast/alt: 747/605 (u/l), total/direk bilirubin: 12/7 (mg/dl) olarak gelmesi nedeni ile fulminan hepatit ön tanısıyla hospitalize edildi. Batın USG'de hepatomegali dışında patoloji saptanmadı. Viral hepa-tit markerları, anti HIV, otoimmün hepatit markerları negatif geldi. Rf, ANA, ENA paneli testlerinde patolojik sonuç saptan-madı. Takibinde günde üç kere 39 °C ateşi olan hastanın ateş sırasında ilk kez servikal bölgede somon renginde cilt döküntü-

sü oldu. Prokalsitonin düzeyi normal olan ve enfeksiyon odağı saptanmayan hastada Still hastalığı düşünüldü. Hastaya 5 gün boyunca uygulanan pulse 1000 mg/gün metilprednizolon son-rası transaminaz ve bilirubin değerleri geriledi. Metilprednizo-lon 100 mg/gün ve siklosporin 200 mg/gün idame tedaviye ge-çildi. İzleminde klinik durumu belirgin düzelen hastanın laba-ratuvar değerleri de normale geriledi (Tablo PS-138).

**Sonuç:** Still hastalığında Yamaguchi kriterlerinde yeralan kara-ciğer fonksiyon test yüksekliği yaklaşık %70 sıklığında görülür-ken, fulminan hepatit gelişimi nadirdir. Literatürde, önceden Still tanısı olan hastalarda veya Still tanısıyla eş zamanlı olarak fulminan hepatit gelişebilmektedir. Bu vakaların çoğu önceden Still tanısı almış olanlardır. Hastaların bir kısmı yüksek doz ste-roid ile tedavi edilirken bir kısmında da KC transplantasyonu gereksinimi olmuştur. Vakaların çoğunda hepatotoksik ilaç kul-lanım öyküsü mevcuttur. Hastamızda hepatotoksik ilaç kullanı-mı yoktur. Olgumuzda yüksek doz steroid ve siklosporin ile ba-şarılı bir yanıt elde edildi.

**Sonuç:** Romatoloji pratiğinde fulminan hepatitin Still hastalı-ğının ilk prezantasyon şekli olabileceği ve ayırıcı tanıda yeral-ması gerektiği unutulmamalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Erişkin Still hastalığı, fulminan hepatit, sar-ılık

## PS-139

### Bir ekartasyon tanısı: Yetişkin Still hastalığı

Derya Akarken<sup>1</sup>, Seval Akay<sup>1</sup>, Ali Taylan<sup>2</sup>, Harun Akar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, İzmir;

<sup>2</sup>Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği, İzmir

**Amaç:** Still hastalığı ateş, artrit ve döküntü ile seyreden, nadir görülen inflamatuvar bir hastalıktır. Etiyolojisi net olmamakla birlikte genetik faktörler ve enfeksiyonların tetiklediği düşünül-mektedir. Bu yazıda nedeni bilinmeyen ateş ve artrit ile takip edilen ve still hastalığı tanısı alan 20 yaşında erkek hasta sunul-muştur.

**Olgu:** 20 yaşında erkek hasta. Bilinen akut romatizmal ateş (ARA) tanısı mevcut olup aylık depo penisilin profilaksisi alıyor. Son 2 haftadır olan ateş, eklemlerde ağrı, kızarıklık ve şişme,vü-cutta ara ara görülen ve solan döküntüler nedeniyle romatoloji polklinikğine başvuruyor. Fizik muayenesinde; ateş gün içerisinde en az iki kez 40 dereceye kadar ulaşmış sonrasında normal değ-lerinde seyrediyor. Sırt kısmında özellikle ateş sırasında belirgin-leşen ve sonrasında solan somon rengi papuler lezyonları ve sağ dizde kızarıklık ve şişlikle birlikte hareket kısıtlılığında gözlen-

**Tablo (PS-138):** Hastanın sırasıyla acile ilk başvuru, ikinci başvuru ve takip değerleri.

Labaratuvar değerleri	Wbc	Neu	AST (U/l)	ALT (U/l)	T.Bil. (mg/dl)	D.Bil. (mg/dl)	CRP (mg/dl)	INR	Ferritin (ng/ml)
03.02.2016	47.800	%97.5	32	24	0.48	0.1	254.5	1.4	5950
07.03.2016	16.900	%74.8	747	605	12.49	7.48	91	2.1	1500
28.03.2016	19.400	%81.9	40	152	4.21	1.99	0.2	1.2	46
27.07.2016	10.200	%53.2	15	13	0.85	0.1	4.2	1.2	18.2

diğer artrit tablosu tespit edildi. Diğer sistem muayeneleri olağan saptandı. Laboratuvar değerlerinde; Açlık glukozu: 129 mg/dl, üre: 22 mg/dl, kreatinin: 0.9 mg/dl, lökosit: 18.000, Hgb: 11.8 gr/dl, platelet: 302.000, sedimentasyon: 101 mm/saat, CRP: 23 mg/dl, ferritin: 1450 ng/ml olup, diğer laboratuvar değerleri ve immünolojik markerları normal saptandı. Viral markerları ve brucella sonuçları negatifti. Hasta ileri tetkik için romatoloji servisine yatırıldı. Hastanın enfektif endokardit olasılığı için ekosu yapıldı, minimal aort yetmezliği dışında normal saptandı. Hastanın yatışında ateş ve artrit tablosu devam etmekteydi. ARA açısından yüksek doz aspirin tedavisi verilerek takip edildi ancak klinik ve laboratuvar açıdan düzelmeye gözlenmedi. Ateş yüksekliği ve enfektif markerlarında yüksekliğin devam etmesi nedeniyle enfeksiyon kliniği ile konsülte edildi. Tetkikler sonucu aktif enfeksiyon düşünülmüdü. Hastanın batın usg'sinde minimal hepatosplenomegali (HSM) mevcuttu. Ferritin değerleri yüksek seyreden, ateş ve sedim, CRP yüksekliği devam eden ve diğer olabilecek tanıları ekarte edilen hastada still hastalığı düşünüldü. Aspirin tedavisi kesilerek 1 mg/kg/gün steroid tedavisi başlandı. Tedavi sonrası hastanın ateşi normal seyretti. Sedim, CRP ve ferritin düzeyleri geriledi. Artrit tablosu düzelen hastanın tanısı still hastalığı olarak raporlandı.

**Sonuç:** Biz bu olgu sunumunda ateş ve artrit tablosu ile gelen bir hastada romatolojik ve enfeksiyöz tanıları dışladıktan sonra nadir görülen Still hastalığının da düşünülmesi gerektiğine dikkat çekmek istedik. Still hastalığı daha çok 15–25 yaş ve 36–46 yaş arasında görülmekte olup nadiren 70 yaş üstünde de rastlanabilen bir hastalıktır. Monofazik, intermittant ve kronik hastalık olmak üzere üç tipi vardır. Bizim hastamız bir aydan kısa bir süredir devam eden ateş, döküntü, serosit, HSM kliniği ile gelmiş olup monofazik tip ile uyumludur. Tanı ve sınıflama için yamaguchi kriterleri kullanılabilir. Hastamızda tüm majör kriterler mevcut olup tanısı yamaguchi kriterleri ile de desteklenmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Still hastalığı, ateş, artrit

## PS-140

### Sistemik lupus eritematosus ve hiperimmünglobulin M sendromu: Nadir görülen bir birliktelik

Özkan Varan, Hamit Küçük, Abdurrahman Tufan, Mehmet Akif Öztürk, Şeminur Haznedaroğlu, Berna Göker

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

**Amaç:** Sistemik lupus eritematosus (SLE) kronik seyirli, nedeni bilinmeyen, otoimmün özellik gösteren ve birçok organı ve sistemi tutan bir bağ doku hastalığıdır. Kadınlarda daha fazla görülmektedir. Hiperimmünglobulin M sendromu serumda IgM artışı ve diğer immunoglobulin (Ig) lerde azalma ile karakterize bir tablodur. Hiper IgM sendromu gastrointestinal enfeksiyonlar gibi üst ve alt solunum yolu enfeksiyonlarına yol açar. Bu yazıda SLE ve hiperimmünglobulin M sendromu birlikteliği olan bir vakadan bahsedilecektir.

**Olgu:** 1998 yılında eklem ağrısı, fotosensitivite ve proteinürisi olan hasta SLE tanısı almış. Yapılan böbrek biyopsi sonucunda

class 4 lupus nefriti saptanmış. Hastaya azatiyopürin, hidroksiklorokin ve prednizolon tedavisi başlanmış. 2004 yılında proteinürisi artan hastaya pulse endoksan ve steroid tedavisi verilmiş. Daha sonra mikofenolat mofetil ve prednizolon tedavisi ile devam edilmiş. 2013 yılında halsizlik şikayeti olan hastanın yapılan tetkiklerde anemi ve direk Coombs pozitif olarak saptanmış. IgM: 2500, IgG: 300, IgA: 50 olarak saptanan hastaya hiperimmünglobulin M sendromu tanısı konulmuş. Otoimmün hemolitik anemi için 80 mg prednizolon tedavisi verilmiş. Tedaviye yanıt vermeyen hastaya mikofenolat mofetil ve İVİG tedavileri verilmiş. Anemisi düzelmeyen hastaya rituximab tedavisi verilmiş. Rituximab infüzyonu 10. dakikada hastanın sıcak basma ve kendini kötü hissetme şikayetleri olması nedeniyle rituximab alerjisi kabul edilerek ilaç kesilmiş. Daha sonra bölümümüze başvuran hastaya sırasıyla yüksek doz prednizolon, azatiyopürin, mikofenolat mofetil tedavisi verildi. Hiperimmünglobulin M sendromu olan ve sık enfeksiyon geçiren hastaya aralıklı İVİG tedavisi verildi, ancak hemolitik anemi tablosuna bir yararı olmadı. Halsizlik ve yorgunluk şikayeti çok fazla olan hastanın Hb değeri 4.9'du. Aldığı tedavilere dirençli olan ve hemolitik anemi tablosu toparlamayan hastaya rituximab tedavisi ilk doz yavaş infüzyon olacak şekilde başlandı. Rituximab infüzyonu sırasında şikayeti olmadı. Rituximab tedavi önce IgM: 3300, IgG: 310, IgA: 14 olarak saptandı. Rituximab 6 aylık tedavi sonrası Hb değeri 12.3'e kadar yükseldi. 6 aylık tedavi süresince ciddi enfeksiyon geçirmeyen hastanın enfeksiyon sıklığında da artış olmadı. 6 aylık tedavi sonunda IgM değerinin 1280'e gerilediği, IgG ve IgA değerlerinin 520 ve 19'a yükseldiği saptandı.

**Sonuç:** SLE otoimmün hemolitik anemi tedavisinde klasik tedaviye yanıt vermeyen hastalara rituximab verilmesi önerilmektedir. Rituximab ile birlikte hipogamaglobunemi beklenen bir durumdur. Bu durumda enfeksiyon sıklığında artış beklenebilir. Ayrıca hiperimmünglobulin M sendromu olan hastada rituximab tedavisinin enfeksiyon riskinde artı bir katkı sağlayacağı düşünülebilir. Ancak sunduğumuz bu vakada, rituximab tedavisi sonrası hastanın anemi tablosunun düzeldiği görülmüş ve enfeksiyon sıklığında artış saptanmamıştır.

**Anahtar sözcükler:** Sistemik lupus eritematosus, hiperimmünglobulin M sendromu

## PS-141

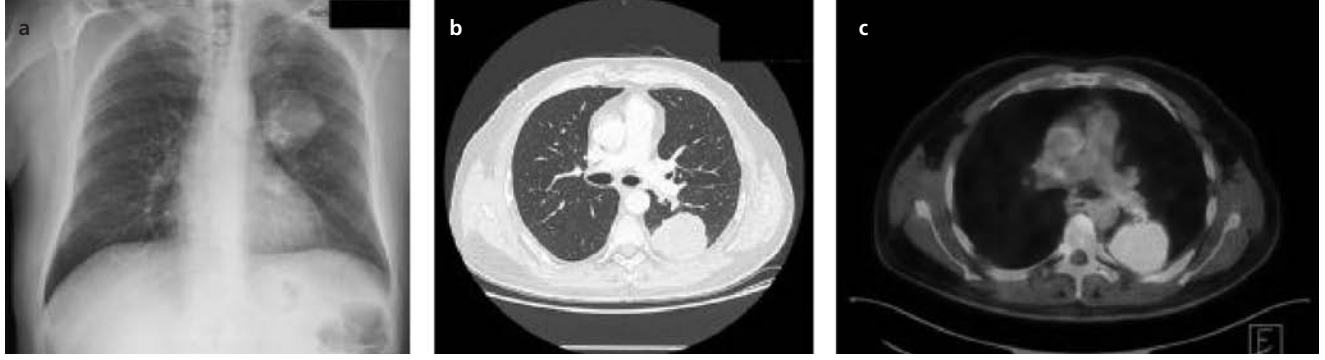
### Ayak bileği artrit ile başvuran akciğer kanseri olgusu

Sezin Turan, Mehmet Ali Balcı

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

**Amaç:** Paraneoplastik romatizmal belirtiler malign hastalık tanısından önce, sırasında veya sonrasında karşımıza çıkabilmektedirler. Atipik başlangıçlı veya seyirli romatizmal belirtilerde etiyojide olası bir malignite ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

**Olgu:** 58 yaşında erkek olgu altı aydır her iki ayak bileğinde ağrı, şişlik ve ısı artışı ile başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. 30 paket/yıl sigara içme öyküsü vardı. Bakısında bilateral ayak bileği artrit dışında özellik yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde ESH: 81 mm/saat, CRP: 8.8 mg/dl, RF: negatif,



Şekil (PS-141): Kitlenin (a) PA AC grafisi, (b) BT ve (c) PET-CT görüntüleri.

anti-CCP: negatif, Hb: 11.6 g/dl ve MCV: 87 fl idi. Radyografilerinde ayak bileği eklemi ve sakroiliak eklemler normaldi. Topuklarda bilateral epin kalkanei ve pelviste yeni kemik oluşumu mevcuttu. Romatolojik sorgulamasında seronegatif spondiloartrit, Behçet hastalığı, sarkoidoz veya ailevi Akdeniz ateşi açısından özellik yoktu. Olgunun semptom ve bulguları günlük pratikte oligoartrite seyreden romatizmal hastalıklarla uyumlu değildi. Kronik hastalık anemisi ve akut faz yanıt yüksekliği olan orta-ileri yaşta aktif sigara içicisi olgu malignite açısından gözden geçirildi. Akciğer grafisinde sol akciğerde kitle görülmesi üzerine istenen toraks BT'de 6x5 cm'lik kitle görüldü. Göğüs Hastalıkları ile konsulte edilen olguya tetkik edilen PET-BT'de sol akciğer alt lobda periferik yerleşimli plevraya geniş tabanlı oturan 5.8x4.6 cm boyutunda hipermetabolik (SUV max: 19.7) alan oluşturan kitle tespit edildi. BT eşliğinde biyopsisi uygulandı; patoloji akciğer adenokanseri olarak raporlandı. Göğüs cerrahisi tarafından opere edildi ve artritleri geriledi.

**Sonuç:** Akut şekilde ileri yaşta başlangıç, non-eroziv seyir, alt ekstremitelerde büyük eklem tutulumu ve konstitusyonel semptomlar paraneoplastik artrit (PA) açısından alert özelliklerdir. 121 PA hastasının özelliklerine baktığımızda Erkek/Kadın: 1.7, başlangıç yaşı: 54, RF: %27 (+) ve 2/3 solid organ tümörü (en sık akciğer ve meme) mevcuttur. Literatürde anti-CCP pozitif PA olguları bildirilmiştir. PA için spesifik bir semptom veya laboratuvar bulgusu yoktur. Özellikle primer malignitenin romatizmal belirti ile prezente olması tanıda ve tedavide hatalara sebep olabilir; primer maligniteye sahip hastalar anti-romatizmal tedavi alabilir. Bu nedenle hastaların sistematik olarak değerlendirilmesi ve ayırıcı tanıda PA düşünülmesi gereklidir.

**Anahtar sözcükler:** Akciğer kanseri, paraneoplastik artrit

#### PS-142

#### Ankilozan spondilit, membranöz glomerülo nefrit ve tüberküloz birlikteliği

Gülsüm Doğan, Murat Taşçı, Fahrettin Bıçakçı, Murat Yiğit, Veli Çobankara, Arif Kaya

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

**Amaç:** Ankilozan spondilit (AS) başta aksiyel iskeleti olmak üzere periferik eklemleri ve entezis bölgelerini etkileyen kronik

inflamatuvar bir hastalıktır. Eklem dışı bulguları arasında iridosisiklit, pulmoner fibroz, kalp kapak hastalıkları ve amiloidoz sayılabilir. Böbrek tutulumu seyrek ve olası nedenleri amiloidoz, analjezik nefropatisi ve glomerülo nefritlerdir. En sık glomerülo nefrit nedeni IgA nefropatisidir. İmmünyüpresyon tüberküloz gelişimi için bir risk faktörüdür. AS tedavisinde kullanılan anti TNF grubu ilaçlar da granülasyon dokusu oluşumunu engelleyerek tüberküloz gelişimi riskini artırır.

**Olgu:** Elliüç yaşında, erkek hasta 20 yıldır AS tanısı ile salazopirin ve nonsteroid antiinflamatuar ilaç ile takip ediliyordu. Karaciğer fonksiyon testlerindeki yükseklik ve BASDAİ: 6.1 olması nedeniyle Etanercept tedavisine geçildi. 9 ay İNH tedavisi planlandı. Etanercept tedavisinin 7. ayında solda pleural efüzyon gelişen hastanın pleural mayi örneği lenfosit hakimiyeti olan eksuda ile uyumlu geldi. ADA düzeyi 131 olarak saptandı. Plevra biyopsisi nekrotizan granülomatöz enfeksiyon ile uyumlu olan hastaya tüberküloz tanısı kondu, Etanercepti kesildi. anti-tbc tedavi planlandı. Tbc tedavisinin 5. ayında 1.7 g/gün proteinürisi saptanan hastaya yapılan rektal biyopside amiloidoz saptanmayınca böbrek biyopsisi yapılması kararlaştırıldı. Böbrek biyopsisi membranöz glomerülo nefrit (MGN) ile uyumlu gelen hasta viral enfeksiyon, otoimmün-hematolojik hastalıklar, maligniteler açısından araştırıldı. Başka bir etiyolojik neden bulunamadı. Anti-tbc tedavisi tamamlanan hastanın, bel ağrısının artması ve BASDAİ skoru: 7 olması üzerine Sertolizumab tedavisi başlandı.

**Sonuç:** Anti TNF tedavisi planlanan hastalarda tbc reaktivasyonunun önlenmesi için PPD yapılması ve İNH profilaksisi başlanması son derece önemlidir. Etanercept anti TNF grubu ilaçlar arasında tbc geliştirme riski en düşük olan ilaçtır. İNH profilaksisi almasına rağmen Etanercept kullanan hastamızda tbc gelişimi açısından dikkatli olunmasının önemini ortaya koymaktadır. AS hastalarında en sık glomerülo nefrit nedeni IgA nefropatisi olup membranöz GN son derece nadirdir. Tbc tedavisinin 5. ayında proteinüri nedeniyle biyopsi yaptığımız hastamızın patoloji sonucu membranöz GN olarak gelmiştir. Etiyolojinin ortaya konması ve uygun tedavinin erken başlanabilmesi için 1 g/gün üzerinde proteinürisi olan veya aktif idrar sedimenti olan hastalarda böbrek biyopsisi yapılması gereklidir.

**Anahtar sözcükler:** Ankilozan spondilit, membranöz glomerülo nefrit, tüberküloz

## PS-143

### Ankilozan spondilit olgularında sakrokoksigial pilonidal sinus hastalığı sıklığı artmıştır

Mehmet Soy<sup>1</sup>, Cemal Bes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Kemerburgaz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul; <sup>2</sup>Bakırköy Sadi Konuk Araştırma Uygulama Hastanesi, İstanbul

**Amaç:** Pilonidal sinus (PSH), sıklıkla sakrokoksigeal bölgedeki kıl foliküllerinin inflamasyonu sonucu gelişen kronik bir hastalıktır. Oluşumuna dair birçok teori ileri sürülmüştür. En çok kabul göreni ise yatkin olan bireyde, travma sonucu kıl folikülünün içeri doğru dönerek deri altında büyüyerek apse oluşumuna neden olmasıdır. Afrikalı ve Asyalılar arasında nadir iken Beyazlarda, özellikle Akdeniz toplumlarında daha yaygındır. Amerikan Toplumunda 26/100.000 sıklığında bildirilmektedir. Türkiye’den yapılan yayınlarda, askerler arasında daha sık olmak üzere, bu sıklık %4.6–9.9 arasında bildirilmiştir. Günlük romatoloji pratiği sırasında PSH’dan dolayı ameliyat olduğu öğrenilen çok sayıda Ankilozan Spondilit (AS)’li hasta tespit edildi. Bu çalışmada, AS’li hastalar arasında PS sıklığı, öyküye dayalı olarak araştırılmıştır.

**Yöntem:** Ocak 2016 ile Ağustos 2016 tarihleri arasında romatoloji polikliniğimize başvuran ve ASAS kriterlerine uygun olarak AS tanısı konmuş olan her hastanın PSH tanısı ve operasyonu öyküsü alınmıştır. Kontrol grubu olarak yaş ve cinsiyet uyumlu Behçet hastalığı olan 54 hasta ve 100 sağlıklı kontrol alınmıştır.

**Bulgular:** Toplam 105 AS, 54 Behçet hastası ve 100 sağlıklı kontrol alınmıştır. Yaş ve cins dağılımları arasında fark yoktu ( $p>0.05$ ). 105 AS olgusunun hepsi erkek olmak üzere, 14’ünde (%13.3); 54 Behçet hastasının ikisinde (%3.7) ve sağlıklı kontrolün 4’ünde (%4) geçmişte PSH dolayısı ameliyat olması öyküsü vardı (Tablo PS-143). Fisher testi ile karşılaştırıldığında, PSH sıklığı AS olgularında Behçet ve sağlıklılara göre anlamlı olarak daha fazla idi (Chi-square: 19.348,  $p=0.000$ ).

Tablo (PS-143):

	Ankilozan spondilit n=105 (%)	Behçet hastalığı n=54 (%)	Sağlıklı kontrol n=100 (%)	P
K/E	28/77	18/36	38/62	>0.05
Yaş (yıl)	37.09±9.07	34.74±10.02	38.09±10.04	>0.05
PSH öyküsü	14 (13.33)	2 (%3.7)	4 (%4)	<0.05*

\*Chi-Square:19.348,  $p=0.000$

**Sonuç:** Bu çalışmada Ankilozan spondilitli olgularda PSH sıklığı Behçet Hastaları ve sağlıklı bireylere göre yüksek olarak saptanmıştır. Küçük bir popülasyonda yapılmış olan ve sağlıklı ile hastalıklı kontrol grubunun yetersiz olduğu bu çalışmamızın, PS ve AS ilişkisinin açıklanabilmesi için daha geniş hasta ve kontrol grubunu içeren yeni çalışmalara öncülük edebileceğini düşünmekteyiz.

**Anahtar sözcükler:** Ankilozan spondilit, Behçet hastalığı pilonidal sinus

## PS-144

### Primer ve sekonder Raynaud fenomeninde serum irisin düzeyi

Nezvat Gözel<sup>1</sup>, Ahmet Karataş<sup>2</sup>, Meltem Yardım<sup>3</sup>, Mesude Seda Kınacı<sup>1</sup>, Ramazan Ulu<sup>4</sup>, Faruk Kılınç<sup>5</sup>, Emir Dönder<sup>1</sup>, Süleyman Aydın<sup>3</sup>, Süleyman Serdar Koca<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Elazığ; <sup>2</sup>Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ; <sup>3</sup>Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Elazığ; <sup>4</sup>Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Nefroloji Bilim Dalı, Elazığ; <sup>5</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Endokrinoloji Bilim Dalı, Elazığ

**Amaç:** Raynaud fenomeni (RF) genellikle akral bölgelerdeki periferik küçük damarların tutulduğu reversible vazospazmın sonucu olarak ağrılı epizodik ataklar ile karakterize bir bozukluktur. Primer olabirirken sistemik skleroz (SSk) gibi bağ dokusu hastalıklarına bağlı olarak altta yatan bir hastalığa sekonder olabilir. Patogenezi hala tam olarak aydınlatılmamıştır. İrisin, fiziksel aktivite sırasında iskelet kaslarının üretilen bir protein hormonudur. Tip 2 diyabet, kronik böbrek yetmezliği gibi metabolik ve düşük dereceli inflamatuar hastalıklarda önemli rol oynamaktadır. Ayrıca vasküler endotel hücre proliferasyonu ve apoptoz üzerine etkili olup, endotel hücre angiogenezini uyarak endotel homeostazisi sağlanmasında önemli bir rol oynamaktadır. Bu çalışmada primer ve sekonder RF hastalarında irisin düzeylerinin araştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** 15 primer RF ve 30 SSk’ye sekonder RF tespit edilen hasta ile 30 sağlıklı gönüllü çalışmaya alındı. Primer ve SSk gruplarında Raynaud’s Condition Score (RCS) değerlendirildi. SSk hastalarında Modifiye Rodnan Deri Skorlaması (MRDS) yapıldı. Serum irisin düzeyleri ELISA yöntemi ile analiz edildi.

**Bulgular:** Sekonder RF grubunda serum irisin düzeyleri sağlıklı ve primer RF gruplarına göre daha düşüktü (Tablo PS-144). Primer RF grubunda serum irisin düzeyi ile RCS arasında pozitif korelasyon vardı fakat sekonder RF grubunda serum irisin düzeyi ile RCS arasında korelasyon yoktu. Sekonder RF grubunda serum irisin düzeyi ile MRDS arasında korelasyon yoktu.

Tablo (PS-144): Çalışma gruplarında demografi ve laboratuvar verileri.\*

	HC (n=15)	Primer RF (n=30)	Sekonder RF (n=30)
Ortalama yaş (yıl)	27.6±10	30.2±7.9	49.4±13 <sup>a</sup>
SBP (mmHG)	105±20.3	111.1±12.6	119±17.6 <sup>a</sup>
DBP (mmHG)	67±7.2	76.0±9.2	76±10.2 <sup>b</sup>
ESR (mm/h)	9.9±8.2	7.1±7.5	18.3±11.1 <sup>a*</sup>
CRP (mg/L)	3.9±1.9	4.1±1.8	4.5±3.0 <sup>c</sup>
Glukoz (mg/dL)	86±6.8	85.5±8.6	105±19.9 <sup>b,d</sup>
TCL (mg/dL)	168.9±32.5	158.9±30.8	200.6±44.1 <sup>b,c</sup>
LDL (mg/dL)	93.5±20.1	93.5±24.5	124.1±41.0 <sup>b,c</sup>
HDL (mg/dL)	54.3±17.0	54.3±16.5	52.4±16.6
Trigliserid	115.7±9.9	101.4±54.5	146.2±108.7
Irisin (µg/mL)	4.79±6.6	4.21±3.2	2.65±4.1 <sup>a,c</sup>

\*Değerler ortalama±standart sapma olarak verilmiştir. CRP: C-reaktif protein, DBP: Diyastolik kan basıncı, ESR: Eritrosit sedimentasyon hızı, HC: Sağlık kontrol, HDL: Yüksek dansiteli kolesterol, LDL: Düşük dansiteli kolesterol, RF: Raynaud fenomeni, SBP: Sistolik kan basıncı, TCL: Total kolesterol. HC grubu ile karşılaştırıldığında: <sup>a</sup> $p<0.05$ , <sup>b</sup> $p<0.01$ , <sup>c</sup> $p<0.001$ .

**Sonuç:** Bu çalışma irisin ile primer RF arasında ilişki olmadığını göstermektedir. Serum irisin düzeyi sekonder RF grubunda daha düşüktü. Sonuç olarak, serum irisin düzeyi RF'nin yerine SSK nedeniyle azalması olasıdır.

**Anahtar sözcükler:** İrisin, Raynaud fenomeni, sistemik skleroz

## PS-145

### Konsepsiyon döneminde anti-TNF kullanan erkek hastaların eşlerinde gebelik süreci

Burcu Yağız, Belkıs Nihan Coşkun, Selime Ermurat, Yavuz Pehlivan, Ediz Dalkılıç

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

**Amaç:** Doğurganlık çağında görülebilen romatoid artrit (RA), ankilozan spondilit (AS) gibi romatizmal hastalıklarda anti-TNF ilaç kullanımı artmıştır. Hastalıkların kendisi kadar kullanılan ilaçların da üreme ve doğurganlık üzerine önemli etkileri vardır. Eşleri anti-TNF kullanan kadınların gebeliği ile ilgili veriler kısıtlı olmakla birlikte anlamlı yan etki bildirilmemiştir. Biz bu çalışmada eşleri gebe kalan anti-TNF kullanan erkek hastalarımızın sonuçlarını sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** Ocak 2006–Eylül 2016 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji polikliniğinde takipli anti-TNF kullanan hastalar geriye dönük olarak tarandı. Anti-TNF kullanımı sırasında eşleri gebe kalan erkek hastalar çalışmaya alındı. Hastaların verileri standart form ile tıbbi kayıtlarından ve hastalar ile görüşülerek elde edildi. Hastaların demografik verileri, kullandığı TNF ve süresi, gebelik sayısı ve abortus oranları kaydedildi.

**Bulgular:** Çalışmaya anti-TNF kullanan ve eşi gebe kalan 21 erkek hasta dahil edildi. Toplam gebelik sayısının 27 olduğu görüldü. Bu hastalardan 2'si RA, 1'i psoriatik artrit (PsA) ve 18'i AS tanılarıyla izlenmekteydi. 27 gebeliğin 7'si abortus ile sonuçlandı. Abortusların 6'sı etanercept, 1'i certolizumab kullanımı sırasında gerçekleşti. Erken doğum ve konjenital anomali saptanmadı.

**Sonuç:** 27 gebelikten 7'si (%25.92) abortus ile sonuçlandı. Bu oran normal popülasyona göre biraz yüksek saptandı. Ancak hasta sayısının ve takip süresinin yeterli olmaması nedeniyle daha uzun süreli takibin yapıldığı ve daha çok hastanın alındığı çalışmaya ihtiyaç vardır.

**Anahtar sözcükler:** Anti-TNF, gebelik, abortus

**Tablo (PS-145):** Demografik veriler.

	İnfliximab	Golimumab	Etanercept	Adalimumab	Certolizumab	Toplam
Gebelik sayısı	3	1	17	5	1	27
Ortalama hasta yaşı (yıl)	35	35	35.7	37.75	44	37.49
Gebelikteki ortalama hasta yaşı (yıl)	33	33	31.88	33.20	37	33.61
Hastalık süresi (yıl)	13	10	18.18	14.25	26	16.28
Anti-TNF süresi (ay)	55.3	20	60.54	66.75	19	44.31
Abortus	-	-	6	-	1	7 (%25.92)
Ölü Doğum	-	-	-	-	-	-

## PS-146

### İzotretinoin kullanımına sekonder oluşan sakroiliit

Sercan Gücenmez, Mustafa Özmen, Dilek Solmaz, Önay Gerçik, Servet Akar

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

**Amaç:** İzotretinoin akne tedavisinde kullanılan vitamin A türevi bir ilaçtır. Sıklıkla mukokütanöz, kas-iskelet sistemi, nörolojik ve oküler yan etkilere neden olur. Kas-iskelet sistemine ait en sık karşılaşılan yan etkiler artralji ve miyaljidir. Daha önceden hem yetişkin hem de pediatrik vakalarda izotretinoin kullanımını takiben sakroiliit geliştiği de bildirilmiştir.

**Olgu:** 27 yaşında bayan, 6 aydır olan kalçadan bacağına vuran ağrı yakınması ile kliniğe başvuruyor. Sorgulamada daha çok istirahat halinde olan hareketle azalan bel ağrısı mevcuttur. Yaklaşık 2 saat süren sabah tutukluğu var. Ek bir hastalığı yok. Non sterooidal antiinflamatuar ilaçlarla ağrısında belirgin rahatlama var. Eşlik eden topuk ağrısı var. Öyküsünde akne vulgaris nedeniyle 4 ay izotretinoin kullanımı olduğu ve ağrılar başladığı için hasta tarafından ilacın kesildiği öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde sakroiliak eklem hassasiyeti mevcut. Hastanın bakılan akut faz yanıtları normal sınırlarda, çekilen sakroiliak eklem MR'ında bilateral sakroiliit ile uyumlu bulgular saptandı. HLA B27 değeri %99 + olarak saptandı. Hastaya nonsteroidal antiinflamatuar tedavi başlandı. Tedavi sonrası şikayetleri geriledi.

**Sonuç:** Yakın zamanda yapılan prospektif bir çalışmada yetişkin popülasyonda izotretinoin kullanımı sonrası sakroiliak eklem tutulumunun %23 olduğu bildirilmiştir. Sunduğumuz olgu popülasyonda yan etki olarak bu kadar yüksek oranda sakroiliak eklem tutulumu yapan bir ilacı kullanırken dikkatli olunması gerektiğini düşündürmüştür.

**Anahtar sözcükler:** İzotretinoin, sakroiliit

## PS-147

### Geç başlangıçlı spondiloartritler: Farklı klinik bulguları olan iki olgunun sunumu

Ahmet Kıvanç Cengiz<sup>1</sup>, Yunus Durmaz<sup>2</sup>, Nevin Küçüktepe<sup>3</sup>, Sami Hizmetli<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Sivas Numune Hastanesi Romatoloji, Sivas; <sup>2</sup>Karabük Üniversitesi Karabük Eğitim Araştırma Hastanesi Romatoloji, Karabük; <sup>3</sup>Sivas Numune Hastanesi Acil Servis, Sivas; <sup>4</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas

**Amaç:** Spondiloartritlerin (SpA) 50 yaşından sonra başlaması sık karşılaşılan bir durum değildir. Alman Ankilozan Spondilit (AS) vakaların yer aldığı bir çalışmada vakaların ancak %6'sının 40 yaşından sonra başladığı bildirilmiştir. Literatürde geç başlangıçlı spondiloartritlerin (SpA) klinik bulgularını inceleyen az sayıda çalışma vardır. Biz burada birbirinden farklı klinik bulgularla prezente olan 2 geç başlangıçlı SpA hastamızı sunmak istedik.

**Olgu 1:** 59 yaşında erkek hasta akut başlangıçlı sırt ağrısı nedeniyle başvurdu. Ağrının geceleri arttığını, şiddetli kostakondral ağrılar nedeniyle derin nefes almakta zorlandığını, son 1 ayda 5 kg kaybettiğini ifade ediyordu. Akut faz reaktanlarının belirgin şekilde artmış olduğu görüldü (Sedimantasyon (ESR) 70 mm/saat ve C-reaktif protein (CRP): 7 mg/dl (Normal aralık 0–1 mg/dl)). Kullandığı NSAİİ ile kısmi ve kısa süreli rahatlaması olan hastanın bilinen başka bir hastalığı ya da o yaşa kadar SpA düşündürecek bir yakınması olmamıştı. SpA açısından aile öyküsü de negatifti. Gece ağrısı ve kilo kaybı nedeniyle ön planda malignite düşündüren hastanın yapılan taramalarında malignite düşündürecek bir bulguya rastlanmadı. Hastanın sol dizde artritinin gelişmesi ve inflamatuvar bel ağrısı da tariflemesi nedeniyle çekilen sakroiliak eklem MRG'sinde sol sakroiliak eklemden iliak kanatta subkondral kemik iliği ödemi saptandı. HLA-B27 si negatif olan hastanın sol dizi boşaldı ve eklem içi steroid uygulaması yapıldı. Sulfasalazin 2 g/gün başlanan hastanın düzenli kullandığı Sulfasalazine ve NSAİİ'lara rağmen baskılanamayan hastalık aktivitesi nedeniyle hastaya infliksimab başlandı. İnfliksimab tedavisi altında yaklaşık 1 yıl remisyonda izlenen hastanın bir yılın sonunda gelişen sekonder yanıtı zayıflığı nedeniyle tedavisi Sertolizumab Pegole değiştirildi. Hasta halen Sertolizumab tedavisi altında remisyonda izlenmektedir.

**Olgu 2:** 58 yaşında kadın hasta bir ay önce başlayan halsizlik, omuz-kalça ağrısı, sabah tutukluğu ve akut faz reaktanlarındaki yükseklik (ESR: 78 mm/saat, CRP: 3.4 mg/dl) nedeniyle polimyaljia romatika (PMR) ön tanısı ile yönlendirilmişti. Daha önce izlendiği merkezde başlanmış olan steroid tedavisine (12.5 mg prednisolon) yanıt alınamamıştı. Muayenesinde saptanan sakroiliak eklem kompresyon testlerindeki belirgin ağrısı ve aşıl hassasiyeti SpA düşündürdüğü için çekilen sakroiliak eklem MRG'de aktif sakroiliit saptandı. HLA-B27'si de pozitif olan hasta bir ay öncesine kadar ara ara olan topuk ağrısı dışında SpA düşündürecek bir yakınması olmadığını ifade ediyordu. NSAİİ'lara dirençli hastalık aktivitesi nedeniyle başlanan Adalimumab tedavisi altında hasta tedavisinin sekizinci ayında remisyonda izlenmektedir.

**Sonuç:** Spondiloartritler ileri yaşlarda da başlayabilirler. Geç başlangıçlı SpA vakaları alışılmadık dışında belirgin akut faz cevabı, akut başlangıç, belirgin konstitüsyonel bulgular ile prezente olabilirler.

**Anahtar sözcükler:** Geç başlangıçlı spondiloartrit, malignite, polimyaljia romatika

## PS-148

### Atipik başlangıçlı bir Behçet hastalığı olgusu

*Esmâ Uğuztemur, Sibel Yılmaz Öner, Nilüfer Alpay Kanitez, Selda Çelik, Cemal Bes*

*Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul*

**Amaç:** Tekrarlayan oral ülser Behçet hastalığı (BH)'nın en sık görülen bulgusudur. Çoğu hastada ilk semptomdur ve diğer

bulgularından yıllarca önce başlar. Genital ülser de diğer sık görülen BH bulgularındandır. Oral ve genital ülseri olmayan ancak papülopüstüler cilt lezyonu, tromboflebit ve venöz trombozları olan atipik seyirli bir BH olgusu sunuyoruz.

**Olgu:** 24 yaşında erkek hasta, boyunda şişlik ve nefes darlığı yakınması ile başvurdu. 1 yıl önce baş ağrısı yakınması ile başvurduğu bir nöroloji kliniğinde süperior sagittal sinüs, sağ transvers sinüs ve sigmoid sinüste tromboz tespit edilerek antikoagulan tedavisi başlanmış. 3 ay sonra sağ alt ekstremitede şişlik ve ağrı yakınması olmuş, venöz doppler USG'de derin ven trombozu saptanmış. 1 ay önce boyunda şişlik yakınması olan hastada sağ juguler vende trombüs saptanması ve eşlik eden eklem ağrılarının olması nedeniyle kliniğimize yönlendirilmişti. Sorgusunda hiç oral aft ve genital ülseri olmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde papülopüstüler cilt lezyonları ve sağ üst ekstremitede tromboflebit ile uyumlu lezyonları mevcuttu. Paterji testi 1/6 pozitif. Boyun BT anjiyografide sağ internal juguler vende oklüzyon, aenöz dopler USG'de de sağ femoral ve popliteal vende geçirilmiş DVT sekeli ile uyumlu görünüm izlendi. FV Leiden mutasyonu, protrombin mutasyonu ve antifosfolipid antikorları negatifti. Papülopüstüler cilt lezyonu, tromboflebit ve farklı bölgelerde venöz trombozları olan (antikoagulan tedavi altında yeni trombozlar gelişti) ve C-reaktif protein düzeyi yüksek saptanan (7.45 mg/dl) hastada oral ve genital ülser anamnezi olmamasına rağmen BH ön tanısı düşünüldü. Hastaya 1 gram pulse metilprednisolon/3 gün verildi ve ardından 1 mg/kg dozunda prednisolon idamesine geçildi. Behçet hastalığı tanısı düşünüldüğü için ankoagulan tedavi kesildi ancak 2 gün sonra sol juguler vende yeni trombüs gelişmesi üzerine tekrar antikoagulan tedavi başlandı. Pulse 1 gram/ay siklofosfamid tedavisi başlandı ve toplam 3 doz verildi. 3 aylık pulse siklofosfamid tedavisi sonrası yakınması olmayan, yeni tromboz gelişmeyen ve akut faz reaktanları normal seyreden hastaya azatiopürin tedavisi eklendi. Hasta halen prednisolon 5mg /gün ve azatiopürin 100 mg/gün tedavisi altında polikliniğimizden takip edilmektedir.

**Sonuç:** Behçet hastalığı (BH)'da en sık görülen damar tutulumu yüzeysel ve derin venöz tromboz şeklinde olup bunu vena kava inferior ve hepatik venlerin tutulumu takip eder. Serebral ven trombozları hastalığın başlangıç bulgusu olarak ortaya çıkabilir ve sıklıkla diğer bölgelerde damar tutulumu ile birlikte bulunabilir. Olgumuzda oral aft ve genital ülser anamnezi olmamasına rağmen tromboflebit, derin venöz tromboz ve serebral sinüs trombozu mevcuttu. Hastanın sigara içiyor olması oral aftın ortaya çıkmasını engellemiş olabilir diye düşündük. Sunmakta olduğumuz olgudan hareketle oral aft ve genital ülser olmadan BH hastalığının diğer bulgularını taşıyan hastaların olabileceğini düşünmekteyiz.

**Anahtar sözcükler:** Venöz tromboz, Behçet hastalığı

## PS-149

### Yeni tanı almış romatoid artrit hastalarında metabolik sendrom varlığı ile hastalık parametreleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

*Mehmet Engin Tezcan<sup>1</sup>, Nuseybe Akbal<sup>2</sup>, Nesrin Şen<sup>1</sup>, Ekrem Orbay<sup>2</sup>, Engin Ersin Şimşek<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul; <sup>2</sup>Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul*



**Amaç:** Romatoid artrit (RA), hastalarında metabolik sendrom sıklığının arttığı gösterilmiştir. Gerek erken, gerekse kronik RA hastalarında, artmış hastalık aktivitesinin ve pozitif serolojinin, metabolik sendrom sıklığında artış ile birlikteliği de gösterilmiştir. Bu çalışmamızda yeni tanı RA hastalarının, tanı anı, hastalık ile ilişkili parametreleri ile metabolik sendrom birlikteliği incelenmiştir.

**Yöntem:** Çalışmaya ACR/EULAR 2010 RA sınıflama kriterlerine göre Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Polikliniği'nde RA tanısı konan ve son bir yıl içinde steroid kullanmamış, hamile olmayan ve emzirmeyen, Tip 1 diabetes mellitus, sekonder hipertansiyon ve diğer endokrinopatilerin bulunmadığı hastalar alınmıştır. Metabolik sendrom tanı kriteri olarak da IDF (Uluslararası Diyabet Federasyonu) kılavuzunda yer alan kriterler baz alındı. Hastane kayıt sisteminde hastanın metabolik sendrom ve hastalık ile ilişkili laboratuvar verileri elde edilmiştir. Hastalık ve metabolik sendrom ile ilişkili ölçümler poliklinik hekimleri tarafından yapıldı. Sayısal parametreler median (IQR) olarak gösterilmiştir. Kategorik parametrelerin karşılaştırmasında Ki-kare, sayısal verilerin karşılaştırılmasında ise Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır. Anlamlı bulunan değişkenlerin etkileri binary logistik regresyon metodu ile değerlendirilmiştir. P<0.05 anlamlı kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya, uygun kriterlere sahip 53 hasta alınmıştır. Yirmi beş (%47.2) hastada metabolik sendrom tespit edilmiştir. Metabolik sendromu olan RA hastaları, istatistiksel olarak daha yaşlı, vücut-kitle indeksleri daha fazla ve DAS28 skorları daha yüksek bulunmuştur. Diğer demografik özellikler ve hastalık ile ilgili parametreler arasında fark saptanmamıştır. Logistik regresyon sonrası (cinsiyet, yaş, vücut-kitle indeksi, DAS28 skoru, anti-CCP varlığı değişkenleri alındı) Sadece ileri yaş (OR 1.05 %95 CI 1.00–1.10) ile metabolik sendrom birlikteliği bulunmuştur. Kısıtlılıklar: Çalışmada sınırlı sayıda hasta değerlendirilmiştir.

**Sonuç:** Çalışmamızda, yeni tanı konmuş RA hastalarında, hastalık parametrelerinin, metabolik sendrom ile ilişkisi bulun-

mamıştır. Artmış hastalık aktivitesi ile metabolik sendrom sıklığında artışın gösterilmesi nedeni ile, yeni tanı alan hastalarda erken ve hedefe yönelik tedavinin metabolik sendrom gelişmesinin önlenmesinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Romatoid artrit, metabolik sendrom

## PS-150

### Artrit ile prezente olan akciğer adenokarsinomu

Serpil Ergülü Eşmen<sup>1</sup>, Hasan Erdoğan<sup>2</sup>, Ercan Kurtipek<sup>3</sup>

<sup>1</sup>KKHB SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Konya; <sup>2</sup>KKHB SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Konya; <sup>3</sup>KKHB SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Konya

**Amaç:** Paraneoplastik romatolojik sendromlar, genellikle altta yatan malign hastalığın tanısından önce ya da onunla eş zamanlı olarak nadiren de tanıdan sonra görülür. Kliniğimize artrit ile başvuran ve akciğer adenokarsinom tanısı alan olgumuzu sunduk.

**Olgu:** 48 yaşında erkek, yaklaşık 6–7 ay önce başlayan el ve ayak eklemlerinde ağrı ve şişlik yakınması ile başvurdu. Bu şikayetlerle nonsteroid ilaç kullanması önerildiği ve nonsteroid ilaç kullanırken GIS kanama geçirdiğini belirtti. Sorgulamada 5 ayda 11 kg kilo kaybı olduğu, geceleri 2–3 kez atlet değiştirdiğini ve özellikle geceleri öksürük ve balgam şikayetinin olduğu öğrenildi. 70 paket/yıl sigara öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede el ve ayak eklemlerinde ve her iki ayak bileğinde hassasiyet, sol ayak bileğinde şişlik, parmaklarda çomak parmak görüldü. Tetkiklerinde anemi, lökositoz, trombositoz mevcuttu. CRP 72.4 mg/l, sedimentasyon 68 mm/saat, RF, Anti-CCP negatifti. Hepatit taşıyıcılığı yoktu. Kilo kaybı, gece terlemesi ve sigara öyküsü olması nedeniyle malignite, sarkoidoz ve tüberküloz enfeksiyonuna yönelik PAAG çekildi. Sağ akciğerde üst lobdan orta loba uzanan yaklaşık 10 cm opasite artışı görüldü (Şekil PS-150a). BT görüntülemesinde sağ akciğer üst lob anterior ke-

**Tablo (PS-149):** Hastaların laboratuvar ve klinik özellikleri.

Parametreler	Metabolik sendromu var (n=25)	Metabolik sendromu yok (n=28)	p değeri
Cinsiyet (E/K)	6/19	6/22	0.82
Yaş(yıl)	56.50 (50.0-66.75)	42.00 (36.25-57.75)	0.02*
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	30.00 (25.97-34.65)	26.50 (22.87-30.42)	0.03*
Semptom süresi (ay)	5.50 (2.0-14.25)	6.00 (3.00-21.00)	0.67
Hassas eklem	4.00 (1.25-10.75)	7.00 (2.00-10.00)	0.96
Şiş eklem	1.5 (0.00-8.00)	1.00 (1.00-4.00)	0.96
VAS skoru (0-100)	60.00 (40.00-80.00)	60.00 (40.00-80.00)	0.85
DAS28 skoru	5.65 (4.81-6.20)	4.97 (4.07-5.51)	0.02*
Sedimentasyon (mm/saat)	29.00 (18.00-47.00)	30.00 (15.25-46.75)	0.55
CRP (mg/dl)	5.60 (3.20-21.50)	6.45 (3.27-17.67)	0.94
Sigara (%)	1 (8.00)	4 (14.30)	0.35
Anti-CCP pozitifliği (%)	11 (44.00)	14 (50.00)	0.66
RF pozitifliği (%)	12 (48.00)	10 (35.70)	0.77

\*p<0.05

simde, alt loba uzanımlı 10x8 cm boyutunda kitle lezyonu, mediastende büyüğü subkarinal bölgede olan metastatik lenf nodları görüldü (Şekil PS-150b). PET-BT'de bu bölgelerde yoğun metabolik aktivite artışı izlendi (Şekil PS-150c). Transtorasik torasik iğne biyopsisi ile akciğer adenokarsinomu tanısı koyuldu ve onkoloji bölümüne yönlendirildi.

**Sonuç:** Olgumuz akciğerde dev kitle ile adenokarsinom tanısı alabilmiştir. Eklem yakınması tanıdan 6–7 ay önce başlamıştır. Kliniğimize başvurduğunda malignite araştırmaya yönelik bulguları kilo kaybı, gece terlemesi, sigara kullanımı ve çomak parmak görünümü olmuştur. Eklem yakınması başladığı dönemde non-steroid ilaç önerilmesinin yanı sıra etiyolojik araştırma yapılması erken dönemde tanı konulma imkanı verebilecekti. Kilo kaybı son 5 ayda belirginleştiği için kilo kaybının belirgin hale gelmesi erken tanı imkanı sağlamak için yetersizdir. Artrit ile başvuran olgularda ayrıntılı anemnez alınması, fizik muayene yapılması ve sigara gibi risk faktörü olan olgularda en azından PAAG çekilmesi altta yatan hastalığın tanısı açısından katkı sağlayacaktır. Paraneoplastik artrit çoğunlukla dizler, ayak bilekleri, el bilekleri, dirsek, metakarpofalangeal ve proksimal interfalangeal eklemleri tutar. Çoğunlukla simetrik ve ağrılıdır. Tutulan eklemlere komşu uzun kemiklerde hassasiyet görülebilir. Sinovyal sıvı non-enflamatuvardır. Çomaklaşma, el ve ayak parmak uçlarında yanma benzeri ağrı ile birlikte olabilir. Romatolojik hastalığın 50 yaş ve üzerinde başlaması, ani başlangıçlı alışı olunan artrit, çomak parmak veya periostitis, artrit ile birlikte RF negatifliği, sinovyal sıvı kristal analiz ve kültür sonuçlarının negatifliği, konvansiyonel tedavilere iyi yanıt alınmaması malignite araştırılmasını gerektirir.

**Anahtar sözcükler:** Paraneoplastik artrit

## PS-151

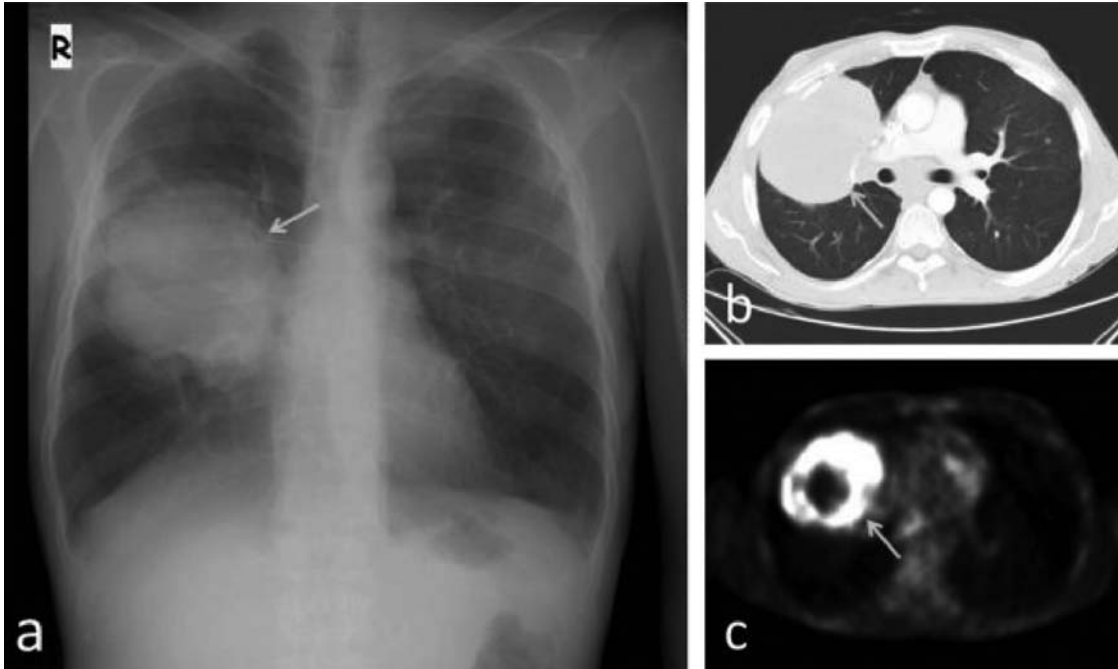
### Sabah tutukluğu, simetrik poliartrit, idrar renginde koyulaşma ile prezente olan akut hepatit B olgusu

Serpil Ergülü Eşmen

KKHB SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Konya

**Amaç:** Hepatit B virüs (HBV) enfeksiyonu, hem akut hem de kronik seyri sırasında romatolojik bulgular verir. Akut HBV enfeksiyonu seyrinde, romatoid artrit benzeri küçük eklemleri tutan, simetrik poliartiküler inflamatuvar artrit görülebilir. Sabah tutukluğu, simetrik poliartrit ile başvuran ve akut hepatit B enfeksiyonu tanısı alan olgu sunuldu.

**Olgu:** 43 yaşında kadın yaklaşık 3 haftadır olan sabah tutukluğu, el ve ayaklarda ağrı yakınması ile başvurdu. Yakınmalarına yönelik pregabalin ve nonsteroid antiinflamatuvar tedavi verildiğini fakat gerileme olmadığını, idrar renginde koyulaşmanın eklendiğini belirtti. Fizik muayenede skleralar subikterik, el ve ayak eklemlerinde simetrik poliartrit mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde CRP: 6.21 mg/L, sedimentasyon: 13 mm/saat, romatoid faktör, ANA ve Anti-CCP negatif idi. ALT: 1752 U/L, AST: 1155 u/L, total bilirubin: 4.9 mg/dL, direkt bilirubin: 3.02 mg/dL idi. Viral etiyolojiye yönelik tetkiklerinde HBsAg (+), HBeAg (+), Anti-HBeAg (+), Anti-HBc IgG (+), Anti-HBs (-), Delta antikor ve Delta antijeni (-), HBV-DNA: 14300 IU/ml kopya idi. CMV, EBV, Toxoplasma ve Brucella serolojisi negatifti. Akut hepatit B enfeksiyonu nedeniyle yatak istirahati, sıvı, vitamin ve laktuloz desteği ile takip edildi. Fulminan hepatit ve karaciğer yetmezliği açısından takibi yapıldı. ALT:



**Şekil (PS-150):** (a) PA akciğer grafisinde sağ akciğer orta zonda büyük boyutlu kitle lezyonu görülüyor. (b) Toraks BT incelemesinde sağ akciğer orta lobunu ve üst lob anterior segmentini tutan, sağ pulmoner arteri saran, 116x109x87 mm boyutlu, lobüle konturlu, malign karakterli heterojen hipodens kitle lezyonu izleniyor. (c) PET/BT incelemesinde lezyonun santrali ametabolik iken (nekrotik), çevresel artmış yoğun FDG tutulumu gözlenmiştir (SUVmax: 10.78).

376 U/L, AST: 145 U/L geriledi. Hasta poliklinik kontrolü ile takibe alındı.

**Sonuç:** Viral enfeksiyonlar akut, kronik veya latent enfeksiyon şeklinde seyredebilir. Romatizmal bulgularla seyreden enfeksiyonlar rubella, parvovirus B19 gibi akut veya HBV, hepatit C virüs, human immunodeficiency virüs gibi kronik seyir gösterebilir. Türkiye’de her 3 kişiden yaklaşık 1’i HBV ile karşılaşmıştır. Yine her 10 kişiden 1’i HBV taşımakta ve bulaştırmaktadır. Hastaların %75–80’inde herhangi bir belirti vermeksizin gelişir, taramalarda ve kan bağışında saptanır. Kuluçka süresi 2–6 ay arasında değişmektedir. Bu süre sonunda gözlenebilen hastalık belirtileri, aşırı halsizlik ve yorgunluk hissi, iştah kaybı, bulantı, kusma, idrar renginde koyulaşma, karın ağrısıdır. HBV enfeksiyonunda olguların %25’inde artralji, %10’unda artrit gelişir. Artrit, prodrom döneminin bir özelliğidir. Artrit başlangıcında HBsAg pozitifliği tespit edilebilir. Serumda viral DNA ve HBeAg saptanabilir. Eklem sıvısında HBsAg içeren immun kompleksler bulunabilir. Tipik olarak el ve ayakların küçük eklemleri ile dizi tutan, akut başlangıçlı, sıklıkla ciddi, simetrik, poliartrit şeklindedir. Sabah tutukluğu sıktır. Seyrek olarak mikst krioglobulinemiye yol açar. Artrit ve ürtiker, sarılıktan önce başlar ve genellikle sarılık başladıktan kısa süre sonra kaybolur. Kronik aktif hepatit ve kronik HBV viremi gelişenlerde rekürren poliartralji ve poliartrit gözlenebilir. Poliartrit varlığında ürtikerin görülmesi HBV enfeksiyon olasılığını güçlendirir. Artrit ortaya çıktığında bilirubin ve transaminazlarda artış saptanabilir. Yatak istirahati ve fulminan hepatit açısından takip yapılması uygundur.

**Anahtar sözcükler:** Hepatit B virüs, viral artrit

## PS-152

### Renal biyopside amiloidoz ile ailevi Akdeniz ateşi tanısı alan olguda kolşisin ve azatioprin deneyimi

Serpil Ergülü Eşmen<sup>1</sup>, İbrahim Güney<sup>2</sup>

<sup>1</sup>KKHB SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Konya; <sup>2</sup>KKHB SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Konya

**Amaç:** Ailevi Akdeniz ateşi (AAA) ataklar halinde gelen ateş ve seröz zarların inflamasyonu ile karakterize, otozomal resesif geçişli herediter bir hastalıktır. Hastalığın başlangıcı ile amiloidoz arasında ortalama 8 yıl geçer ve erken tanı önemlidir. Yaşam boyu profilaktik kolşisin tedavisi ile amiloidoz gelişmesi engellenebilmektedir. İlk belirti eser proteinüri veya hematüridir. Tanı ve tedavisi gecikmiş olgularda proteinürik fazı nefrotik sendrom izler. Nefrotik düzeyde proteinüri nedeniyle renal biyopsi yapılan ve amiloidoz saptanarak kliniğimize yönlendirildiğinde AAA tanısı alan olguda kolşisin ve azatioprin deneyimini sunduk.

**Olgu:** Bilinen kronik hastalığı olmayan 48 yaşında kadın, yan ağrısı, bacaklarda şişlik yakınması ile yapılan tetkiklerinde saptanan nefrotik düzeyde proteinüri ve hematüri nedeniyle renal biyopsi yapılması ve biyopside amiloidoz saptanması üzerine kliniğimize yönlendirildiği öğrenildi. Sorgulamada hafif ataklar halinde karın ağrısının olduğu, ailede ablasının oğlunda AAA

olduğu ve böbrek nakli yapıldığı öğrenildi. Fizik muayenede pretibial ödem (+++) idi. Laboratuvar tetkiklerinde CRP: 46 mg/L, sedimantasyon: 84 mm/saat, kreatinin: 0.7 mg/dL, albumin: 2.4 g/dL idi. 24 saatlik idrarda 3.8 g/gün protein kaybı mevcuttu. M694V homozigot gen mutasyonu saptandı. ACE inhibitörü, kolşisin 2 mg/gün ve azatioprin 2.5 mg/kg/gün başlandı. Tedavinin 3. ayında proteinüride 1897 mg/gün azalma olduğu görüldü.

**Sonuç:** AAA’nın başlangıcının 40 yaşından sonra olması oldukça nadirdir. AAA’nın iki farklı fenotipi vardır. Sıklıkla çocukluk veya adolans çağıda başlayan peritonit, sinovit veya plöritin kısa süreli febril epizodları fenotip I olarak adlandırılır. Kendini başlıca nefropati olarak gösteren AAA’nın amiloidoz tablosu ise fenotip II olarak bilinir. AAA’nın en önemli ve prognozu en çok etkileyen komplikasyonu amiloidozdur. Amiloidoz genellikle böbrekte oluşmaktadır ve progresyon göstererek renal yetmezliğe yol açabilmektedir. AAA hastalarında amiloidoz insidansı Türklere %60 civarındadır. Olgumuzda M694V homozigot mutasyon saptanmıştı. M694V homozigotlarda amiloidoz daha sık ve daha erken başladığı, V726A mutasyonunun amiloidoz riskini azalttığı yönünde görüşler vardır fakat Türk AAA Çalışma Grubu verilerinde M694V mutasyonu ve amiloidoz arasında ilişki saptanmamıştır. Tek başına MEFV geni fenotipi belirlememekte, genetik ve çevresel faktörlerin de etkisi olmaktadır. AA fibrillerinin patolojik etkileri böbreğin yapısını bozmasından kaynaklanır. En sık görülen formu, nefrotik sendrom ve ardından üreminin gelişmesidir. Hematüri ve hipertansiyon nadir görülen bulgulardır. Amiloidozun tanısı idrar tetkikinde proteinüri saptanan AAA’li hastalarda yapılan renal biyopsi ile konur. Amiloidozda tanı rektal veya kemik iliği biyopsisi ile de konabilir. Ancak sensitiviteyi renal biyopsi kadar yüksek değildir. Tedavide kolşisin, steroid, azatioprin, eprodizat disodyum, infliksimab ve anti-IL-1 ajanlar verilebilmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Ailevi Akdeniz ateşi, amiloidoz, azatioprin

## PS-153

### Bilateral kronik kalça artrit ve ailesel Akdeniz ateşi

Havva Öztürk<sup>1</sup>, Figen Tuncay<sup>1</sup>, Hatice Rana Erdem<sup>1</sup>, Himmet Durmaz<sup>2</sup>, Senem Şaş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kırşehir; <sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

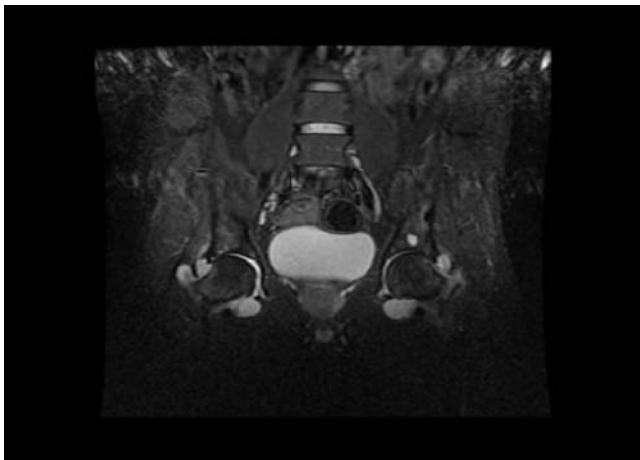
**Amaç:** Ailesel Akdeniz ateşi (AAA) sıklıkla ateş ve seröz ataklarıyla karakterize otozomal resesif geçişli ülkemizde sık görülen bir hastalıktır. Bu olgu sunumunda AAA’nın tipik kliniği dışında, kronik dirençli kalça artrit ile karşımıza çıkabileceği vurgulanmak istenmiştir.

**Olgu:** 27 yaşındaki erkek hasta bacaklarda ağrı şikayetiyle başvurdu. 3 aydır olan mekanik ağrı tarifliyordu. Muayenede bilateral düz bacak germe testi pozitif. Tetkiklerinde CRP yüksekliği dışında bulgu yoktu. Nonsteroid antienflamatuvar ilaç (NSAİİ) verilerek 3 hafta sonra kontrole çağrıldı. Kontrolde inflamatuvar kalça ağrısı tarifliyordu. Her iki kalça eklem hareket açıklıkları (EHA) kısıtlanmıştı. Pelvis grafisinde asetabular subkondral kist-

ler ve inferior eklem aralıklarında daralma saptandı. CRP yükselmişti ve tam idrar tetkikinde proteinüri (1+) mevcuttu. Ateşli karın ağrısı atağı tariflemeyen hastaya 1 yıl önce apendektomi yapıldığı öğrenildi. Çekilen kalça manyetik rezonans görüntülemesi kronik artrit ile uyumlu (Şekil PS-153). Gerekli tetkikler yapılarak Behçet ve spondilartropatiler dışlandı. AAA öntanısı ile bakılan fibrinojen yüksek, MEFV V726A heterozigot saptandı. AAA olarak değerlendirilip kolşisin, sülfasalazin ve NSAİİ başlandı. Kontrolde CRP hafif gerilemişti. Ancak NSAİİ almadığında ağrısının olduğunu alırsa kısmen rahatladığını söylüyordu. Takiplerde iyileşme olmaması üzerine başlanan infliksimab ile klinik ve laboratuvar iyileşme sağlandı.

**Sonuç:** AAA'nde hastalar sıklıkla karın ağrısı ve ateşle seyreden ataklarla başvurmaları birlikte farklı klinik tablolar görülebilmektedir. Yaşla birlikte ataklar azalır. En sık ateş ikinci sırada karın ağrısı (%95) görülmektedir. Akut karın tablosu ile karıştırılarak hastamızda olduğu gibi hastaların %30-40'ında tanı atlanmakta ve apendektomi uygulanmaktadır. AAA'nde artrit sık olup genellikle ataklarla birlikte görülmesine rağmen hastamızda olduğu gibi hastalığın ilk bulgusu olabilir. Tipik tutulum alt ekstremitelerde gezici olmayan ve sekelsiz monoartrit şeklindedir. Nadiren kalça eklemine hasar yapan kronik artrit yapılabilir. 120 vakalık bir çalışmada hastaların %65'inde eklem tutulumu gözlenmiş; en çok ayak bileği sonrasında diz, kalça, omuz eklemi etkilenmiş. Görüntülemelerde eklem aralığında daralma, sinoviyal efüzyon, demineralizasyon, osteofit, osteonekroz, destrüksiyon görülür. Kronik artritler tekrarlayan ve uzamış ataklarla seyredip sıklıkla eklemde destrüksiyona yol açar. Ancak kronik kalça tutulumu artrit atağı olmadan da gözlenebilir. Ağrı yürürken artar istirahat ile azalır. EHA kaybı yaygın olup fonksiyon kaybına yol açabilir. Tedavide en önemli ajan kolşisindir. Literatürde kronik kalça tutulumu ile seyreden ve kolşisin tedavisine yanıt vermeyip biyolojik ajan kullanımına giden vakalar mevcuttur. Hastamızda olduğu gibi literatürdeki 21 yaşındaki kadın hastada da kolşisin, NSAİİ ve DMARD'a yanıt alınamaması üzerine infliksimab ile klinik ve laboratuvar iyileşme sağlandığı rapor edilmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Ailesel Akdeniz ateşi, artrit, biyolojik ajan



**Şekil (PS-153):** Kalça MRG T2 coronal kesitte her iki kalça eklemine efüzyon ve sol asetabulumda milimetrik subkondral kist görünümü.

## PS-154

### Spondilartrit kliniğini taklit eden orak hücre anemili olgu

**Kubilay Şahin**, Kürşad Dal, Oktay Bulur, Oktay Ünsal  
*Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara*

**Amaç:** Orak hücre anemisi (OHA), dünyada en sık görülen hemoglobinopatilerden biridir. OHA taşıyıcılığı sıklığı Türkiye genelinde %0.3-0.6 arasındayken, özellikle Çukurova bölgesinde bazı yörelerde bu sıklık %3-4'e ulaşmaktadır. Kemik iliğindeki genişleme ve tekrarlayan kemik enfaktları iskelet değişikliklerine neden olur. Vertebralarda düzleşme ve aseptik nekrozlar görülebilir. Bulgular femur ve humerusta daha sıktır. Biz burada spondilartrit kliniğini taklit eden bir OHA'li hastayı sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 20 yaşında bayan hasta hematoloji bölümüne kalça MR'da sakroiliitis rapor edilmesi üzerine tarafımıza yönlendirildi. Hasta Mersin'liydi ve yaklaşık 10 yıldır OHA tanısı mevcuttu. Özellikle ağrılı krizlerde artan kalça, bel, omuz ve diz ağrılarında yakınmaktaydı. Gece bel ağrısı bazen oluyordu. Bel ve kalçada sabah tutukluğu 10-15 dakika kadar sürmekte ve ağrısı hareketle azalmaktaydı. Diğer romatolojik sorgulamada özellik yoktu. Fizik muayenede artrit saptanmadı. Postür muayenesi normaldi. Hastanın hematoloji tarafından istenen sol kalça MR'da erken dönem avasküler nekroz ve görüntü alanına giren distal sakroiliak eklemde T2A sekansta sinyal artışı saptanarak radyolog tarafından sakroiliitis olarak rapor edilmişti. Hastanın çekilen pelvis grafisi normaldi. Tetkiklerde CRP: 0.81 mg/dl, eritrosit sedimentasyon hızı: 10 mm/saat, Hb: 8.61 g/dL ölçüldü. Hastadan istenen sakroiliak MR'da "Sakroiliak eklem aralığı normal genişliktedir. Eklemi oluşturan sakral ve iliak kemik yüzeylerde belirgin sinyal patolojisi izlenmemiştir. Ancak sakrumda belirgin olmak üzere, her iki femur başında, iliak kemiklerde yaygın dağınık yerleşim göstermiş T1A heterojen izo-hipointens, T2 TIRM heterojen hiperintens izlenen öncelikle kemik enfarktu lehine değerlendirilen görünüm dikkat çekmiştir" şeklinde rapor edildi. Hastanın 4 ay önce çekilmiş olan sağ omuz MR'da da kemik yapılarında sinyal değişiklikleri (kemik iliği rekonversiyonu) ve avasküler nekroz açısından şüpheli görünüm saptanmıştı. Dolayısıyla hastanın mevcut bulgularının OHA'ye sekonder kemik enfarktu ile ilişkili ağrılı krizlere bağlı olduğu düşünülerek hematoloji bölümüne takibinin devamı önerildi.

**Sonuç:** OHA tekrarlayan kemik enfaktları ile özellikle femur ve humerusta avasküler nekroz ve ağrılı krizlere neden olmaktadır. Nadir olarak sakral ve iliak kemik enfaktları ile bel-kalça ağrısına ve spondilartrit kliniğine benzeyen bulgulara yol açabilmektedir. Bazen MR görüntülemesi de yanlışlıkla sakroiliit olarak değerlendirilebilmektedir. Dolayısıyla nadir görülmeyle beraber spondilartrit ayırıcı tanısında OHA de akılda tutulmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Spondilartrit, orak hücre anemisi

## PS-155

### Geç başlangıç gösteren coroid pleksusları tutan nadir bir nöro-Behçet olgusu

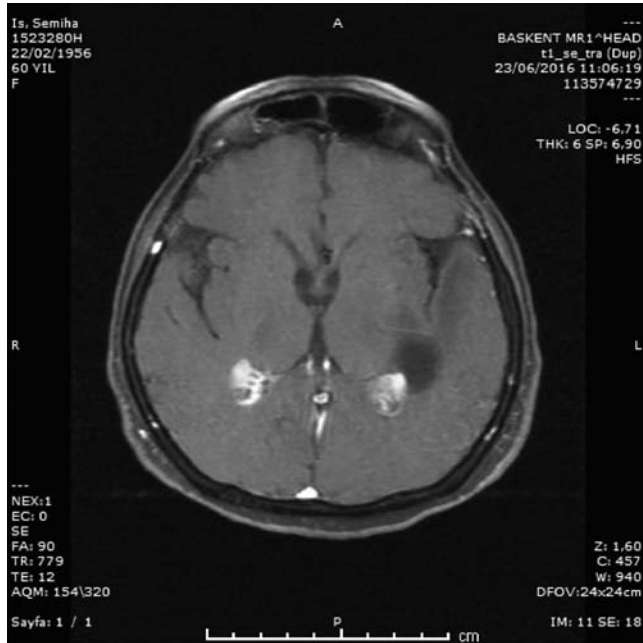
**Müge Aydın Tufan<sup>1</sup>**, Soner Çivi<sup>2</sup>, Ahmet Eftal Yücel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; <sup>2</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Nörobeçet, Behçet hastalığının nadir bir komplikasyonudur. Ancak önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Sıklıkla beyin sapı, bazal ganglionlar, spinal kord ve hemisfer lezyonları, meningoensefalit ve venöz sinüs trombozu, kranial nöropati görülebilir. Koroid pleksus tutulumu nadirdir. Behçet hastalığı 20–40’lı yaşlarda görülür. Behçet hastalığı semptomları gelişiminden ortalama 3–6 yıl sonrasında nöro-behçet semptomları gelişir.

**Olgu:** 60 yaşında kadın hastanın iki aydır baş ağrısı şikayeti mevcutmuş. Son bir aydır baş ağrısı şiddetlenmiş. Krizler şeklinde oluyormuş. Ağlama, görsel halüsinasyonlar, unutkanlık yakınmasıyla nöroloji polikliniğine başvuruyor. Beyin MRG’de foramen luhka ve magendi düzeyinde, supratentorial lokalizasyonda ise lateral ventrikül ve sağ temporal horn düzeyinde coroid pleksusu tutan hiperintens lezyonlar ve aktif hidrosefali saptanıyor (Şekil PS-155). Hasta Beyin Cerrahisi bölümüne konsülte ediliyor. Hastanın özgeçmişinde 20 yıl önce oral aft, genital aft ve bilateral panüveit ile Behçet teşhisi konulduğu öğreniliyor. Azatiyoprin, siklosporin ve metilprednizolon tedavisi aldığı belirtiliyor. Ancak Behçet’e bağlı bilateral görme kaybı gelişmiş. 10 yıldır medikal tedavi görmeyen hasta Romatoloji bölümüne konsülte ediliyor. Yapılan tetkiklerinde beyin MR anjio ve venografi normal saptanıyor. ANA-, ANCA-, Sedim 30 mm/saat, CRP 12 mgr/l. Hastaya 5 gün 500 mg pulse metilprednizolon ve siklofosamid tedavisi başlanıyor. Bilinç bulanıklığı tedavi ile hızla düzeldi ve tedavinin üçüncü ayında kontrol MRG’de lezyonlarda regresyon tespit edildi.

**Sonuç:** Bizim olgumuz diğer hastalık aktivasyon belirtileri olmadan 20 yıl gibi oldukça geç bir dönemde, nörolojik tutulumla gelmiştir. Behçet aktivasyon bulguları olmaması ve geç dönemde ortaya çıkış önemlidir. Ayrıca literatürde nöro-behçet olgularında transependimal tutulum nadir görülmektedir. Bu



Şekil (PS-155): Coroid pleksus tutulumu.

hastalarda erken dönemde ayrıca tanıda nöro-Behçet düşünmek hayat kurtarıcı olmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Behçet hastalığı, nörolojik tutulum

## PS-156

### Livedoid vaskülopati: Bir olgu sunumu

Nihal Şahin<sup>1</sup>, Ayşenur Paç Kısaarslan<sup>1</sup>, Sümeyra Özdemir Çiçek<sup>1</sup>, Betül Sözeri<sup>2</sup>, Zübeyde Gündüz<sup>1</sup>, Ruhan Düşünsel<sup>1</sup>, Hakan Poyrazoğlu<sup>1</sup>, İsmail Dursun<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri;

<sup>2</sup>Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği,

<sup>3</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı, Kayseri

**Amaç:** Livedoid vaskülopati, alt ekstremitelerde tekrarlayan ülsereasyon ve tromboz ile karakterize nadir görülen kronik bir cilt hastalığıdır. Alt ekstremitenin 1/3 alt kesiminde, ayak sırtında ve ayak bileğinde purpurik papül ve makül olarak başlayan döküntüler ağırlı ülsere lezyonlara ilerlemektedir. Hastalık başlangıç yaşı 15–50 yaş arasında değişmektedir. Burada livedoid vaskülopati tanılı 15 yaşında bir kız hasta sunulmuştur.

**Olgu:** On beş yaşında kız hasta 1 yıldan beri her iki ön kolunda, ayak sırtı ve ayak bileğinde tekrarlayan ağırlı döküntüler nedeni ile başvurdu. Özgeçmiş ve soy geçmişte özellik saptanmadı. Fizik muayenede üst ekstremitelerde birkaç adet purpurik makül, her iki ayak sırtında ve ayak bileğinde yaygın ağırlı ülsere lezyonlar, livedoid görünüm ve yer yer beyaz skar alanları mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde tam kan sayımı, CRP, tam idrar tetkiki, rutin biyokimyasal testleri normal sınırlarda saptandı. Alt ekstremitelerde venöz ve arteriyel doppler USG’inde patoloji saptanmadı. Cilt biyopsisinde; üzerinde ortokeratoz izlenen epidermiste fokal nekroz ve incelme, subepitelyal fokal hemoraji ve damar duvarlarında hyalen kalınlaşma bazılarının lümeninde trombüs oklüzyonu görülmesi üzerine hastaya livedoid vaskülopati tanısı konuldu. Bağ dokusu hastalıklarını ve hiperkoagülopati risk faktörlerini dışlamak amacıyla C3, C4, RF, ANA, ANCAs, ACA IgM ve IgG, lupus antikoagulanı, anti trombin 3, protein C ve S, homosistein düzeyi, faktör V Leiden mutasyon, protrombin gen mutasyon ve metilentetrahidrofolat redüktaz (MTHFR) gen mutasyon analizi yapıldı. Sadece MTHFR geni 1298. nükleotid bölgesinde heterozigot mutasyon saptandı. Tedavide düşük doz aspirin, hidroksiklorokin verildi. Üç ay sonra döküntülerin artması üzerine tedaviye metil prednisolon ve siklosporin eklendi. Hastanın ağrıları geriledi ve lezyonlarda azalma görüldü.

**Sonuç:** Livedoid vaskülopati patogenezi tam bilinmese de ön planda trombozun rol oynadığı, bağ dokusu hastalıkları ve trombofilinin eşlik edebileceği nadir bir cilt hastalığıdır. Bu nedenle hastalar eşlik edebilecek durumlar açısından ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir. Terapötik tedavi ile ilgili rehber oluşturacak çok merkezli çalışmalar yoktur. Tedavide antiplateletler, antikoagülanlar, fibrinolitikler, vazodilatörler, antiinflamatuarlar, immunsupresifler, IVIG ve hiperbarik oksijen tedavisi önerilmektedir. Bu olgu çocukluk çağında livedoid vaskülopatinin nadir görülmesi nedeni ile sunulmuştur.

**Anahtar sözcükler:** Çocuk, vaskülopati

## PS-157

### Romatoid artrit kliniği ile gelen akciğer adenokarsinomu: Olgu sunumu

Yeliz Zahiroğlu, Ömer Kuru

Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon  
Anabilim Dalı, Samsun

**Amaç:** Paraneoplastik romatolojik hastalıklar (PRH) ve malignensi birbirinden bağımsız bir şekilde bazı başlatıcı faktörlerden (bakteri, virus, radyasyon) tetiklenebilir. PRH tümör hücrelerinden salınan inflamasyona neden olan toksinlerden kaynaklanabilir. PRH hipersensitivite reaksiyonları apopitotik kanser hücrelerinden salınan intraselüler antijenlere karşı başlatılabilir. Bu hastalar karşımıza ilk olarak romatoid artrit gibi de gelebilirler.

**Olgu:** Elliye di yaşında kadın hasta, 10 yıldır olan el bilek el parmak eklemlerinde ve dirseklerde ağrı ve son 3 aydır eşlik eden el parmaklarında olan aralıklı şişlik şikayeti ile başvurdu. Sabah tutukluğunu 1 saat tarifledi. Sedimentasyon 97 mm/saat, CRP 3.48 mg/L, RF, CCP ve ANA, Anti ds DNA negatif, dış merkezde methotrexate 15 mg/hafta, folik asit 5 mg/hafta, hidroklorokin 400 mg, prednizolon 10 mg/gün başlanan hastanın yakınmaları gerilememiştir. Romatolojik sorguda halsizlik, iştahsızlık, ağız kuruluğu, göz kuruluğu, oral aft, nefes darlığı, miyalji vardı. Ultrasonografide sağ 3. fleksör tendonda tenosinovit ve el bileklerde sinovit izlendi. Akciğer grafisi normal olan hastanın hafif nefes darlığı yakınması olması üzerine çekilen toraks tomografisi ve HRCT’inde sol akciğer üst lob anteriorda periferik yerleşimli 17×18 mm boyutlarında düzensiz sınırlı nodüler lezyondan yapılan biyopsi sonucu akciğer adenokarsinom olarak raporlandı. Hastanın tedaviye yanıt vermeyen artritinin ve tenosinovitinin paraneoplastik olabileceği düşünüldü. Onkolojiye devri sağlandı.

**Sonuç:** Özellikle akciğer ve meme kanserlerinde büyük ve küçük eklemleri tutan asimetrik seyirli paraneoplastik poliartrit görülebilmektedir. Malignitelere, RF ve ANA pozitifliği bulunabildiği bilinmektedir. Klasik antiromatizmal tedaviye yanıt



**Şekil (PS-157):** Sol akciğer üst lob anteriorda periferik yerleşimli düzensiz sınırlı nodüler lezyon.

alınmayabilir ve malignensiden aylar önce romatolojik semptomlarla hastalar karşımıza gelebilir. Artritin tedavisi altta yatan malignensinin tedavisi ile mümkündür. Bizim vakamızda seroloji negatif ve akciğer adenokarsinomu tanısından 3 ay önce Romatoid Artrit benzeri bir klinikle kendini göstermişti. Biz bu vaka ile tedaviye yanıtta gecikme olan hastalarda altta bir malign hastalığın da olabileceğini göz önünde bulundurmanın önemini vurgulamak istedik.

**Anahtar sözcükler:** Romatoid artrit, tedaviye yanıtızlık, akciğer adenokarsinomu

## PS-158

### Geç başlangıçlı, miyalji ile prezente olan FMF hastası

Gezmiş Kimyon, Rıdvan Mercan

Antakya Devlet Hastanesi, Romatoloji Bölümü, Hatay

**Amaç:** Ailevi Akdeniz ateşi (FMF) sıklıkla 20 yaşından önce ve özellikle çocukluk çağında başlayan, ateş ve serözit ataklarıyla seyreden bir hastalık olmasına rağmen daha az sıklıkta ileri yaşlarda da görülebilir. Alt ekstremitelerde ağrısı, miyalji, febril miyalji FMF’te daha az saptanan bulgulardır. Biz burada FMF’in klasik bulguları olmaksızın şiddetli gastroknemius ağrısı ile başvuran bir hastayı sunmak istedik.

**Olgu:** 39 yaşında erkek hasta, daha önceden herhangi bir yakınması ve bilinen bir hastalığı olmayan hasta 2 gündür olan ve yürümelerini engelleyen şiddetli bacak ağrısı ile başvurdu. Hastanın palpasyonla bilateral gastroknemius kasında belirgin hassasiyeti mevcuttu. Her iki ekstremitelerde arasında çap farkı, şişlik veya renk değişikliği yoktu. Dört ekstremiteden ölçülen arterial tansiyon normal, periferik nabızlar açık ve sistem muayeneleri doğal idi. Ateşi olmayan hastanın bel, kalça ve diğer eklem muayeneleri normaldi. Hastanın kuvvet kaybı yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde hemogram, biyokimya, tam idrar tetkiki, tiroid hormonları normal, hepatit belirteçleri ve brucella blokan antikoru negatif idi. CRP 3.79 mg/dl (0–0.5), ESR: 28 mm/h (0–15) idi. Alt ekstremitelerde arterial ve venöz doppler usg normal idi. Bağ doku hastalıkları ve vaskülitler için anamnez ve muayenesinde bulgu olmayan hastanın daha sonra görülen ANA İFA, pANCA ve cANCA değerleri negatif idi. Aile öyküsünde 2 kardeşi FMF olan hastaya Kolşisin (0.5 mg) 2×1 ve Diklofenak 150 mg/gün başlandı. Ancak tedaviye yanıt alınmayan hastaya Prednisolon 10 mg/gün başlandı. Hasta dramatik olarak düzeldi ve akut faz değerleri normale geriledi. Hastanın steroidi 15 gün sonunda kesildi. Hasta ilk başvurudan 20 gün sonra sol ayak bileğinde erizipel benzeri eritem (EBE) tablosuyla başvurdu ve FMF gen testi homozigot M680I olarak saptandı. Kolşisin dozu 1.5 mg/güne çıkıldı. Bundan 1 ay sonra yine şiddetli bacak ağrısı olan hastanın akut faz yanıtı yüksekti, ateş ve serözit bulgusu yoktu ve MR (magnetik rezonans)’da gastroknemius kas liflerinde sinyal artışı ve ödemli görünüm saptandı. Kısa süreli steroid tedavisi ile hasta tam olarak düzeldi.

**Sonuç:** FMF 40 yaş civarında nadir olarak başlar. Ancak alt ekstremitelerde ağrısı, miyalji gibi bulgular FMF’li hastalarda nadir değildir. Özellikle akut faz yüksekliğinin bu bulgulara eşlik ettiği hastalarda ateş, serözit, EBE gibi klasik bulguları olmasa da

FMF akla gelmelidir. Miyalji olan hastalarda kolşisine yanıt daha az olmakta ve steroid tedavisi gerekebilmektedir. Sık miyalji atağı olan ve özellikle febril miyalji olan hastalarda Anakinra gibi IL-1 antagonistleri gerekli durumlarda kullanılabilen diğer tedavi seçenekleridir.

**Anahtar sözcükler:** Ailevi Akdeniz ateşi, miyalji

## PS-159

### Kore ile prezente olan sistemik lupus eritematozuslu bir çocuk olgu

Elif Çomak<sup>1</sup>, Gülşah Kaya Aksoy<sup>1</sup>, Atilla Gemici<sup>1</sup>, Mustafa Koyun<sup>1</sup>, Kamil Karaali<sup>2</sup>, Özgür Duman<sup>3</sup>, Sema Akman<sup>1</sup>

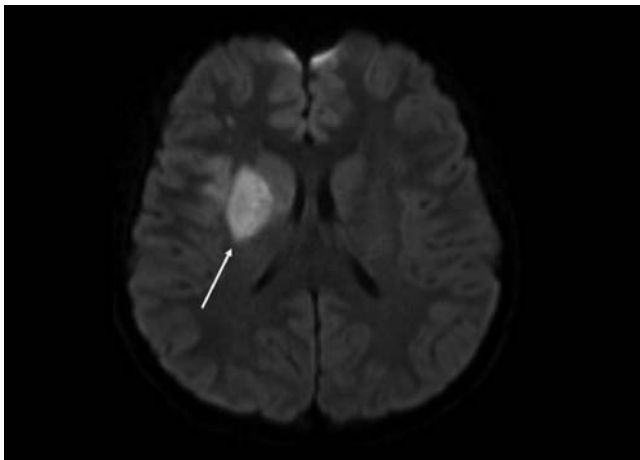
<sup>1</sup>Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı, Antalya;

<sup>2</sup>Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Antalya;

<sup>3</sup>Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı, Antalya

**Amaç:** Sistemik lupus eritematozus (SLE) tanısı alan çocuklarda değişen sıklık ve şiddette nöro-psikiyatrik bulgular görülmesine rağmen kore ile başlayan SLE olgusu oldukça azdır.

**Olgu:** 13 yaşında erkek hasta, başağrısı ve sol kolda güçsüzlük yakınması ile getirildi. Başvurudan dört ay önce başlayan baş ağrısı, omuz ve kollarda ağrı, yorgunluk yakınmasının olduğu; başvurudan 2 ay önce diş çekimi sonrası konuşmada ve yazı yazmada bozulma ve yemek yemede zorlanma yakınmasının başladığı; bu dönemde sedimentasyon 43 mm/saat, ASO 382 IU/mL olması dışında kan tablosunun normal olduğu, kranial MR ve MR anjiyografi incelemesinin tamamen normal bulunduğu ve akut romatizmal ateş (ARA) ilişkili kore kabul edilerek halo-peridol tedavisi başlandığı; 5 hafta sonra yakınmalarının arttığı; fizik muayenede sol fasial paralizisi, sol kolda kas gücü kaybı saptanması üzerine çekilen kranial MR'da "Sağ lentiform nükleusta ve sağ frontoparietal alanda dağınık yerleşimli bir kaç adet milimetrik subakut enfarkt ile uyumlu diffüzyon kısıtlılığı" saptandığı; serebral dört damar anjiyografide "sağ internal karotis arter petröz segmentte kalibrasyon azalması, sol internal karotis arter petröz segment proksimalde ~%30 darlık, sağ orta serebral arter M1 segment orta kesimde oklüzyon" saptandığı (Şekil PS-159), otoantikör ve tromboz testlerinin alındığı ve



**Şekil (PS-159):** Difüzyon ağırlıklı görüntülerde sağ putamen ve insular kortekste difüzyon kısıtlılığı bulunan kranial MR.

santral sinir sistemi vaskülitini kabul edilerek düşük molekül ağırlıklı heparin, 3 doz puls steroid (30 mg/kg/doz) ve sonrasında 2 mg/kg/günden oral steroid tedavisi verildiği öğrenildi. Tedavi öncesi alınan C3 71.2 mg/dL, C4 11.2 mg/dL, lupus antikoagulan 79.35 sn (31-44), anti kardiolipin IgG>120 olduğu ancak teknik sorun nedeni ile ANA çalışılmadığı öğrenildi. Tekrarlanan testlerinde C3 77.4 mg/dL, C4 10.6 mg/dL, Direk Coombs (C3d) 1(+), ANA 1/100 nükleer membran (+), Sm ve SS-A/Ro 60 antijenleri greyzon bulundu. PET/CT'de "sağda temporoparietal alanda asimetrik yaygın diffüz hipometabolizma" ile uyumlu alan saptandı. SLE sınıflandırma kriterleri (SLICC-2012) dikkate alarak değerlendirildiğinde 1 klinik ve 4 kriter taşımakta olduğu görüldü. Bu bulgular ile hasta nöropsikiyatrik SLE kabul edilerek, 5 seans plazmaferez yapıldı ve puls siklofosamid tedavisi başlandı. İzlemede ikinci doz puls siklofosamid tedavisi sonrasında hastada kinik iyileşme gözlemlendi.

**Sonuç:** Çocukluk çağında kore saptandığında ilk olarak akla ARA gelmekle birlikte, bu hastaların SLE ve antifosfolipid antikorları varlığı açısından da değerlendirilmesi gereklidir.

**Anahtar sözcükler:** Kore, sistemik lupus eritematozus, çocuk

## PS-160

### Lenf nodu aspirasyonunda Mycobacterium tuberculosis üremesinin tespit edildiği yaygın lenfadenomegalisi olan primer Sjögren sendromu olgusu

Koray Ayar<sup>1</sup>, Belkis Nihan Şenisi<sup>2</sup>, Ediz Dalkılıç<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa;

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

**Amaç:** Sjögren sendromunda normal popülasyona göre lenfoma insidansı artmıştır, bu yüzden bu hastalarda eşlik eden lenfadenomegali varlığında sıklıkla tanısız amaçlı girişimsel işlemler yapılmaktadır. Biz yaygın lenfadenomegalisi olan primer Sjögren sendromlu bir hastada endobronşyal ultrasonografi (EBUS) ile lenf nodundan ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) yoluyla elde edilen aspiratta mycobacterium tuberculosis (MT) üremesi olan bir vakayı sunuyoruz.

**Olgu:** Yetmiş üç yaşındaki kadın hasta karın ağrısı ve dirençli sedimentasyon yüksekliği nedeniyle romatoloji tarafından değerlendirildi. Hastanın romatolojik sorgulamasında ağız kuruluğu ve göz kuruluğu yoktu, fotosensitivite mevcuttu. Yapılan tetkiklerde lökosit: 4540 mm<sup>3</sup>, hemoglobin: 12.1 mg/dl, trombosit: 165000 mm<sup>3</sup>, sedimentasyon: 68 mm/saat, CRP: 3.3 mg/dl, ANA +++ (sentromer), Anti-Ro negatif, Anti-La negatif, Schirmer-I testi her 2 gözde 15 mm ve minör tükrük bezi biyopsisinde Mason-Chisholm skoruna göre grade 4 olarak tespit edildi. Toraks BT'de parankimde belirgin tutulumu yoktu ancak aortapulmoner pencere düzeyinde en büyüğünün uzun aksı 22 mm olan birkaç adet lenfadenomegalisi mevcuttu. Hastaya primer Sjögren sendromu tanısı kondu. PET CT'de infradiaphragmatik ve supradiafragmatik lenfosit istasyonlarında malign görünümü lenf nodları tespit edilen hastaya tanısız amaçlı EBUS yöntemi ile 2 adet lenf nodundan İİAB yapıldı ve bir lenf

nodundan tüberküloz kültürü gönderildi. Her 2 lenf nodu İnce iğne aspirasyon sitolojisi benign lenfoid hücreler olarak raporlandı. Tüberküloz kültüründe MT üremesi tespit edilen hastaya 4'lü antitüberküloz tedavi başlandı.

**Bulgular:** Sunduğumuz olguda hiler lenfadenomegali dışında akciğer parankiminde tüberküloz düşündürür bulgu yoktur ve MT üremesi lenf nodu aspirasyonunda olmuştur. Literatürde benzer durumda MT üremesi tespit edilmiş vaka bulunmamaktadır. Tüberküloz hastalığı ülkemizde endemik olarak görülmekte ve akciğerde sebebi bilinmeyen lenfadenomegali varlığında ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken bir hastalıktır. Primer Sjögren sendromlu hastalarda eşlik eden lenadenomegali varlığında tanısız amaçlı girişimsel işlemler yapılırken tüberküloz da araştırılmalıdır.

**Sonuç:** Ülkemizde primer Sjögren sendromlu hastalarda eşlik eden lenfadenomegali varsa, girişimsel işlemler ile lenfoid kanserler araştırılırken tüberküloz da araştırılmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Mycobacterium tuberculosis, primer Sjögren sendromu, lenfadenomegali

## PS-161

### Otoimmün iç kulak hastalığı: Olgu sunumu

Serdar Can Güven<sup>1</sup>, Hamit Küçük<sup>2</sup>, Özkan Varan<sup>2</sup>, Duygu Tecer<sup>1</sup>, Abdurrahman Tufan<sup>2</sup>, Şeminur Haznedaroğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; <sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Otoimmün iç kulak hastalığı (OİKH) progresif veya dalgalanmalarla seyreden bilateral, asimetrik sensorinöral işitme kaybı ile karakterize, immünsüpresif tedaviye iyi yanıt veren bir klinik tablodur. İşitme kaybına tinnitus ve vestibüler semtomlar eşlik edebilmektedir. OİKH kulağa sınırlı olabilir veya sistemik otoimmün hastalığa sekonder gelişebilir. Bu bildiriye otoimmün iç kulak hastalığı olgusu sunulacaktır.

**Olgu:** Mayıs 2015'te, KBB bölümünce hızlı gelişen bilateral sensorinöral işitme kaybı nedeniyle pulse steroid tedavisi uygulanan, takibinde işitme kaybı gerileyen ve 1 mg/kg/gün oral metilprednizolon 10 güne tamamlanıp kesilecek şekilde idame tedavi düzenlenen 36 yaşında kadın hasta romatoloji polikliniğine yönlendirilmiş. Semptom sorgusu ağız kuruluğu, oral aft, fotosensitivite, ayak bileği ve dizlerde ağrı, 20 dk sabah tutukluğu dışında doğaldı. Fizik muayenede bilateral dirsek ve omuzda hassasiyet mevcuttu, bilateral kalça hareketleri ağrılıydı, perikonal eritem ve tırnak diplerinde mikrohemorajiler saptandı. ESR, CRP normal sınırlardaydı. ANA-IFA negatif olmakla beraber zayıf ince granüler boyanma özelliği taşımaktaydı. Şüpheli anti-PM-SCL pozitifliği dışında ENA profili negatifti. Schirmer testi normaldi. Kapilleroskopide patoloji izlenmedi, paterji testi negatifti. Klinik ve laboratuvar özellikleri herhangi bir sistemik otoimmün hastalık tanısı için yeterli değildi. Hasta otoimmün iç kulak hastalığı ön tanısı ile takibe alındı. 10 günlük oral steroid tedavisi tamamlanan hasta 1 ay sonra kontrole çağrıldı. Takipleri aksatan hasta 6 ay sonra tekrar işitme kaybı ile başvurdu. KBB tarafından tek doz betametazon enjeksiyonu

sonrası 64 mg/gün metilprednizolon başlandı ve işitme kaybının gerilediği öğrenildi. Değerlendirmede yeni semptom ve bulgusu yoktu. Hemogram, biyokimya ve akut faz reaktanları normal sınırlardaydı. Steroid tedavisine 64 mg/gün 1 aya tamamlandıktan sonra ayda bir 16 mg azaltılarak devam edilmesi önerildi. Takiplerinde işitme kaybı tekrarlamayan hastanın steroid dozu tedricen azaltıldı. Son olarak Temmuz 2016'da görülen hasta 5 mg/gün prednizolon kullanmaktaydı. Steroid dozunun 1 ay içinde azaltılarak kesilmesi planlandı, 3 ay sonra kontrole çağrıldı.

**Sonuç:** OİKH tanısı tipik klinik bulgular, işitme testinde sensorinöral kayıp, otoimmünite varlığı ve immünsüpresif tedaviye iyi yanıt alınması ile konulmaktadır. Yüksek doz steroid OİKH'de başlangıç tedavisidir, işitme stabil kalacak şekilde doz tedricen azaltılır. İdame tedavide metotreksat kullanılabilir, ancak etkinliği tartışmalıdır. Steroid tedavisine dirençli olgularda siklofosfamid, azatiopürin, mikofenelat mofetil, plazmaferez, rituksimab, anakinra ve sistemik/transtimpanik anti-TNF tedavileri fayda sağlayabilmektedir. Sensorinöral işitme kaybında OİKH gözardı edilmemeli, sistemik otoimmün hastalıklar yönünden hasta incelenmeli ve OİKH düşünülen olguların takip ve tedavisi KBB ve romatoloji klinikleri tarafından birlikte yürütülmelidir.

**Anahtar sözcükler:** Otoimmün, iç kulak, işitme kaybı

## PS-162

### Kronik plevral efüzyon araştırılan FMF hastasında mezotelyoma olgu sunumu

Hamit Küçük, Özkan Varan, Abdurrahman Tufan, Şeminur Haznedaroğlu, Mehmet Akif Öztürk, Berna Göker

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

**Amaç:** FMF tekrarlayıcı ataklarla giden otoinflamatuvar bir hastalıktır. Çoğunlukla peritonit atakları olsada hastalar plörit ataklarıyla da başvurabilmektedir. Taşıyıcılık oranının oldukça yüksek olduğu ülkemizin bazı bölgelerinde FMF dışı bazı nedenlerle olabilecek artrit ve plörit gibi bazı klinik durumlar FMF'e bağlanabilmektedir. Burada kronik plevral mayi şikayeti olup FMF olarak takip edilen ve kliniğimizde mezotelyoma tanısı alan bir olgu sunacağız

**Olgu:** 49 Y, erkek hasta, asker, Eskişehir, 1997 de karın ağrısı ve ateş olması üzerine FMF tanısı almış. (FMF gen analizi heterozigot 694 V) Kardeşinde FMF olan hastaya kolşisin 2x1 tedavisi başladıktan sonra hiç karın ağrısı atağı olmamış. 2008 yılında sağ akciğerde plevral efüzyon gelişen hastanın o dönemki tetkiklerinde malignite ve tüberküloz ekarte edilmiş. Labaratuvar bulguları: Plevral mayi eksuda %30 eozinofil %30 mezotel %40 lenfosit, LDH: 258, trigliserit 47, alb: 3.9, protein 5.5, sedimentasyon 15 mm/st, CRP 2.5 mg/L, ALT: 70 U/L, kreatinin 0.69 mg/dl, RF, anti ccp, ANA, ENA negatifti. Mayıs 2008 ve Aralık 2009'da yapılan plevral biyopsi kronik plörit ve poliklonal yaygın lenfoid hücre topluluğu, antrakozis pigmenti taşıyan histiyositlerden zengin yer yer hyalinizasyon ve fibrosis izlenmiş. EKO'da EF %60 olup kalp yetmezliği kliniği yoktu. 2013 yılında nefes darlığı artması üzerine boşaltıcı torasentez



yapılmış. 2–3 ayda bir boşaltılması gerekiyormuş ve boşaltılınca rahatlıyormuş. Nisan 2014 de pnomotorax gelişmiş göğüs tüpü takılmış. Tüp çekildikten 1 ay sonra tekrar pnomotorax gelişmiş tekrar tüp takılmış ve pudralama yapılmış taburcu olduktan 15 gün sonra tekrar pnomotorax gelişmiş ve tekrar tüp takılmış. Günlük 200–300 cc sıvı geldiği için tüp çekilememiş. Kolşisin tedavisi 4x1 e çıkılmış fayda görmemiş. Prednol 16 mg başlanmış sıvı bir miktar azalmış fakat tam düzelmemiş. Hastaya ekim 2015 de bir üniversite hastanesinde infliksimab tedavisi başlanmış. Dört uygulama almış sıvıda azalma olmamış. Hasta göğüs tüpünden günlük 200 cc gelen ile kliniğimize başvurdu. Göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi ile konsülte edildi. Göğüs cerrahisi tarafından tekrar opere edilen hastanın biyopsi sonucu mezotelyoma olarak raporlandı.

**Sonuç:** Plevral mayi FMF’de sık karşılaşılsada pnomotoraks gelişmesi ve kolşisine hiç yanıt vermemesi diğer nedenleri daha ciddi araştırmamız gerektiğini göstermektedir. Kronik plöritler FMF’de çok nadir olabilsede özellikle Nevşehir ve Eskişehir gibi mezotelyomanın sık görüldüğü bölgelerde kronik gidışli bir plevral patolojide mezotelyoma mutlaka akılda tutulmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Mezotelyoma, plevral mayi, FMF

## PS-163

### Tocilizumab tedavisi altında Takayasu arteritli olguda başarılı bir gebelik

Belkıs Nihan Coşkun<sup>1</sup>, Selime Ermurat<sup>1</sup>, Ayşe Nur Tufan<sup>2</sup>, Mustafa Ferhat Öksüz<sup>3</sup>, Burcu Yağız<sup>1</sup>, Yavuz Pehlivan<sup>1</sup>, Ediz Dalkılıç<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa; <sup>2</sup>Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul; <sup>3</sup>Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi, Bursa

Takayasu arteriti (TA), aorta ve ana dalları ile pulmoner arteri etkileyebilen, kronik, idiyopatik, granümatöz büyük damar vaskülitidir. TA, özellikle doğurganlık çağında kadınlarda görülen bir hastalık olduğundan sıklıkla gebelik isteği veya gerçekleşmiş bir gebelikle karşılaşılabilmektedir. Nadir bir hastalık olduğundan TA’nin gebelikteki seyri ve tedavisi konusunda veri sınırlıdır. Sınırlı sayıda da olsa TCZ tedavisi alırken gebelik gelişen romatoid artritli (RA) hastalarda olgu sunumları ve derlemeler mevcuttur. TCZ tedavisi alan TA li olguda gelişen gebelik ve sonrasında gerçekleşen sağlıklı doğum olan bir vaka-yı sunmayı amaçladık. 34 yaşında kadın, 2004 yılında, halsizlik, sol kolda çabuk yorulma ve yüksek sedimantasyon nedeniyle başvurdu. Fizik muayenede karotisler üzerinde 2/6 üfürüm, sol brakial arter ve radial arterde nabız ve tansiyon alınamıyordu. Bilgisayarlı tomografi (BT) anjiyografide sol ana karotis arter ve subklavyen arterlerin oklüde olduğu görüldü. Angiografi, fizik muayene ve akut faz yükseklikleriyle beraber, hastaya ACR tarafından belirlenen kriterlere göre TA tanısı konuldu. Hastaya prednisolon 1 mg/kg + metotreksat 15 mg/hafta + aspirin tedavisi başlandı. Şikayetleri gerileyen hasta tedavinin 6. ayında gastrik intolerans nedeniyle metotreksat kesildi ve azatiopurin 100 mg/gün başlandı. 2009 yılında planlı gebelik ile sağlıklı bir erkek bebek dünyaya getirdi. Gebelik ve 8 aylık laktasyon döneminde sadece prednisolon 5 mg kullanıldı. 2010 yılında aktivas-

yon nedeniyle prednisolon 30 mg’a çıkıldı ve tekrar azatiopurin başlandı. Prednisolon dozu 15 mg altına inilemeyen hastaya 2011 ve 2014 yılları arasında sırasıyla iki yıl infliksimab ve bir yıl adalimumab kullanıldı. Aralık 2014 tarihinde adalimumab tedavisi altında sol kolda ağrı, halsizlik, ateş, baş dönmesi ve bayılma olan hastanın ESH 82/saat, CRP 3.6 mg/dl idi. Aydınlatılmış onam ve eczane komite onayı alındıktan sonra, intravenöz TCZ (8 mg/kg/ay) başlandı, remisyona giren hasta üçüncü infüzyon sonrası plansız gebelikle tekrar polikliniğimize başvurdu. Hesaplandığında TCZ altıncı gebelik haftasına kadar kullanılmıştı. TCZ kesilerek düşük doz prednisolon ve aspirin (32. hafta kesildi) ile gebeliğe devam edildi. Gebeliğin 38. haftasında, genel anestezi altında, sezaryen ile maternal veya fetal advers olay olmadan doğum gerçekleştirildi. Doğum sonrası anne ve bebekte herhangi bir komplikasyon görülmedi. TA, sık görülen bir hastalık olmamasına karşılık özellikle doğurganlık çağındaki kadınlarda görüldüğünden gebelik isteği veya gerçekleşmiş gebelik romatologlar ve jinekologlar için sorun teşkil edebilmektedir. Gebelikte TCZ ile ilgili veriler sınırlı olup kadınlarda ve erkeklerde konsepsiyondan 3 ay önce tedavinin kesilmesi önerilmektedir. Gebelik esnasında TCZ’a maruz kalan olgular ayrıntılı prenatal ultrason ile multidisipliner yaklaşımla takip edilmelidir. Erken gebelik döneminde maruziyet olduysa elektif terminasyon gerekmeceği düşünülmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Gebelik, Takayasu arteriti, tocilizumab

## PS-164

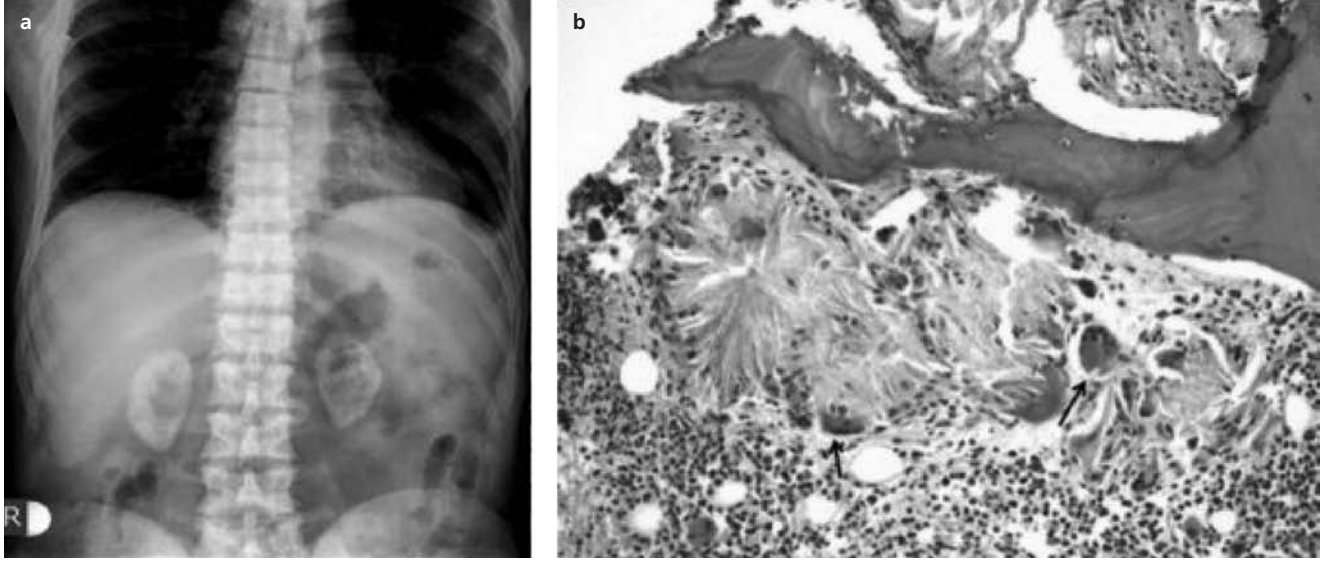
### Erişkin sistemik oksalozis olgu sunumu: Renal yetmezliği olan artritli başvuran 56 yaşında erkek hasta

Önay Gercik<sup>1</sup>, Eren Kalender<sup>1</sup>, Betül Bolat Küçükzeybek<sup>2</sup>, Melek Yılmaz<sup>1</sup>, Dilek Solmaz<sup>1</sup>, Mustafa Özmen<sup>1</sup>, Sercan Gücenmez<sup>1</sup>, Servet Akar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; <sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

**Amaç:** Primer hiperoksalüri (PH) gliksalat metabolizmasında defekt sonucunda görülen, otozomal resesif geçişli, metabolik bir hastalıktır. PH tip 1 en sık (%80) görülen tip olmakla birlikte, tip 2 (%10) ve tip 3 (%5) diğer PH nedenlerini oluşturmaktadır. PH tip 1, gliksilatın glisin’e dönüşümünden sorumlu alanin/gliksalat aminotransferaz (AGA) enzim aktivitesinin eksikliğinden kaynaklanır. Bu enzim aktivitesinde probleme yol açan AGXT geninde görülen mutasyonlardır. PH’de oksalatın renal birikimine bağlı tekrarlayan ürolitiazis, nefrokalsinozis ve renal yetmezlik yanısıra glomerüler filtrasyon hızının 30–40 mL/dk/1.73 m<sup>2</sup> altına düşmesi sonrasında oksalatın kalp, tiroid, santral ve periferik sinir sistemi, retina, eklemler, cilt, kemik gibi birçok organda birikmesi ile sistemik oksalozis tablosu ortaya çıkar. Hastalarda oksalatın kemik birikimine bağlı yaygın kemik ağrısı ve artralji, daha nadir olarak artrit görülebilmektedir.

**Olgu:** Dört yıldır son dönem böbrek yetmezliği ile hemodiyaliz yapılan 56 yaşında erkek hasta yaklaşık dört aydır devam eden dizlerde ağrı ve şişlik şikayetine üç gün önce başlayan sağ el bileğinde şişlik ve ağrının da eklenmesi ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde sağ el bileği eritemli, şiş; bilateral dizler



**Şekil (PS-164):** (a) Bilateral nefrokalsinozis. (b) Kristallere karşı oluşmuş yabancı cisim tipi dev hücreler (ok).

şiş ve ağrılı olup bacaklarda livedo reticularisi mevcuttu. Başvurusundaki laboratuvar tetkikleri Tablo PS-164'te özetlenmiştir. Kristal artrit ön tanısı ile yapılan eklem ponksiyon sıvısında direk bakıda kristal saptanmadı. Hastanın direk grafilerinde; ellerde subperiostal rezorbsiyon, iliak kemiklerde diffüz skleroz artışı, uzun kemiklerde kaba trabeküler görünüm izlendi. Servisteki izleminde pnömoni gelişen hastanın PAAG'de bilateral nefrokalsinozis görünümü (Şekil PS-164) ve Toraks BT'de kemiklerde yaygın sklerotik infiltrasyon görülmesi dikkat çekiciydi. EPO dirençli anemi ve kemiklerdeki yaygın sklerotik lezyonların etyolojisi aydınlatılmak üzere yapılan kemik iliği ve femur trucut biyopsilerinde; kemik iliğinde multinükleer histiyositlerle çevrelenmiş, çubuk tarzında kristal yapılarından oluşan yabancı cisim granülom yapıları izlendi. Kristal yapıların monosodyum urat kristallerine benzemediği patoloji tarafından belirtildi. Mevcut bulgularla sistemik okkalozis ön tanısı ile gönderilen genetik analizinde; AGXT geninde mutasyon saptandı. Klinik, radyolojik bulgular ve son olarak mutasyon analizi sonucu ile hastaya PH tip 1 tanısı konuldu.

**Tablo (PS-164):** Hastanın başvuru ve takip laboratuvar tetkikleri.

	Başvurudaki değerler	Takipteki değerler
Serum kreatinin (mg/dl)	7.0	4.35
Ürik asit (mg/dl)	6.5	5
CRP (mg/dl)	7.73	2.49
Sedimentasyon	99	19
RF	<20	-
Anti CCP	<1.5	-
ANA	Negatif	-
Hemoglobin (g/dl)	7.4	10
Ca/P (mg/dl)	7.3/4.9	7.9/3.6
PTH (pg/ml)	185	243

**Sonuç:** Hastaların çoğu çocukluk döneminde (en sık ortalama 5.5 yaş) nefrokalsinozis, renal yetmezlik nedeni araştırılırken

PH tip 1 tanısı almakta, erişkin yaşta oldukça nadir görülmektedir. Bilinen renal yetmezlik, nefrokalsinozis öyküsü olan artrit, artralji ile başvuran hastalarda PH tip 1 ayırıcı tanıda akıldan tutulmalıdır. PH tip 1 tanısı atlanması durumunda, renal transplantasyon sonrasında rekürrens beklenmesi nedeni ile bu hastalara renal ve karaciğer transplantasyonu yapılması ideal tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Artrit, primer hiperoksalüri tip 1, nefrokalsinozis

## PS-165

### Kikuchi-Fujimoto hastalığı: Nadir görülen bir servikal lenfadenopati nedeni

Meryem Can<sup>1</sup>, Hande Oğul Hıncal<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Istanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; <sup>2</sup>Istanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Kikuchi-Fujimoto hastalığı (KFH) nadir görülen, servikal lenfadenopati (LAP) ve uzamış ateşle prezente olması nedeniyle hematolojik malignitelerle ayırıcı tanıya giren benign seyirli bir hastalıktır. Biz de burada generalize LAP ve uzamış ateş nedeniyle tetkik edilmiş ve KFH tanısı almış bir olguyu sunduk.

**Olgu:** 23 yaşındaki erkek hasta, 2 ay önce boyun bölgesinde çift taraflı ağrılı şişlikler ve ateş şikayeti başlamış. 20 gün boyunca kullanmış olduğu antibiyotiklerden fayda görememiş. Şikayetlerine halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı eklenince dış merkezli bir Enfeksiyon Hastalıkları Servisi'ne yatışı yapılmış. Fizik muayenesinde ateş 38.3 °C ve bilateral ağrılı servikal LAP dışında bulgu saptanmamış. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde lökopeni (2900), lenfopeni (400), anemi (hemoglobin 10.3), LDH 474 U/L, ferritin 665 ng/ml olup diğer tetkikleri normal olarak izlenmiş. Çekilen boyun ultrasonografisinde bilateral servikal zincirde en büyüğü yaklaşık 20x17 mm çaplı multipl sayıda LAP ve toraks tomografisinde boyun alt kesitlerde ve supraklavikuler alanda yaklaşık 21x14

mm boyutunda multipl lenf nodları ve sağ aksiller bölgede en büyüğü 20x13 mm boyutunda multipl LAP görülmüş. Batın tomografisinde hepatosplenomegali saptanmış. Hastaya lenfoma ön tanısıyla eksizyonel servikal lenf nodu biyopsisi yapılarak antipiretik tedavi ile taburcu edilmiş. Hasta patoloji raporuyla tarafımıza başvurmuş olup fizik muayenesinde yaygın eklem hassasiyeti ve hareket kısıtlılığı mevcuttu. Bilateral servikal LAP sebat etmekteydi. Ateş yoktu. Patoloji raporunda yer yer birleşme eğilimi gösteren nekroz odakları, bu alanları çevreleyen kresentrik nükleuslu histiyositler ve T lenfoid hücrelerle apoptotik hücreden zengin infiltrasyon alanları izlendiği ve hastanın KFH olarak değerlendirildiği görüldü. Hastada generalize lenf nodu tutulumu olması ve konstitüsyonel semptomlarının devam etmesi üzerine metilprednizolon tablet 32 mg/gün tedavisi başlandı. Hastanın rekürrens ve sistemik lupus eritematozus gelişme riski açısından poliklinik takibi devam ediyor.

**Sonuç:** Servikal LAP ve konstitüsyonel semptomları olan hastalarda KFH da ayırıcı tanıda akla gelmeli ve patolojik klinik hakkında bilgilendirilmelidir. KFH kendini sınırlayan bir hastalık olarak tanımlansa da generalize tutulumu olan vakalarda semptomatik tedavi yanına steroid eklenmesi hastanın hayat kalitesini artırmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Kikuchi-Fujimoto hastalığı, servikal lenfadenopati

## PS-166

### Romatoid artrit ve ankilozan spondilit birlikteliğiyle seyreden bir olgu

*Semra Aktürk, Raikan Büyükcavcı, Selçuk Altay*

*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Malatya*

**Amaç:** Ankilozan spondilit (AS) ve romatoid artrit (RA) progresif seyirli kronik romatizmal hastalıklardır. AS ve RA birlikteliği nadir görülen bir durumdur (%0.3–1.5). Bu olgu sunumu ile AS ve RA birlikteliği olan bir vakada tanı ve tedavi yaklaşımına dikkat çekmek istedik.

**Olgu:** Dokuz yıldır RA tanısı ile izlenen hasta, son iki aydır artış gösteren kalça ve bel ağrısı nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Gece ağrısı ve sabah tutukluğu (>2 saat) mevcuttu. Fizik muayenede bilateral MKF eklemlerde ve el bileklerinde hassasiyet saptandı. Lomber hareketler tüm yönlere limitli ve ağrılıydı. SIE kompresyon testi bilateral (+), FABER sağda (+), kostakondral eklemlerde ve iliak krestlerde bilateral hassasiyet vardı. Lomber Schober: 3 cm olarak ölçüldü. Laboratuvar testleri; RF 20.6 IU/ML, anti-CCP (-), HLA-B27 (-), ESR: 25 mm/saat, CRP: 2.5 mg/l, karaciğer ve böbrek fonksiyonları normal olarak saptandı. El bilek grafisinde bilateral MKF eklemlerde daralma ve erozyon, interkarpal eklemlerde daralma gözlemlendi. Pelvis grafisinde solda grade 3 sakroileit, kontrastlı MRG' de sağda SIE anteriorunda subkondral kemik iliği ödemi ve kontrast tutulumu olarak değerlendirildi. Torakal ve lomber grafide kareleşme ve yaygın sindesmotiler gözlemlendi. Hasta mevcut klinik ve bulgularla RA ve AS birlikteliği olarak kabul edildi. Düzenli NSAİİ ve metotreksat 15 mg/ hafta kullanan hastanın DAS 28: 3.35 ve BASDAI: 5.8 idi. Hastanın tedavisine anti-TNF tedavi-

si (adalimumab) eklendi. Tedavinin 12. haftasında eklem ağrılarında ve tutukluk şikayetinde azalma, AS ve RA hastalık aktivasyon skorunda belirgin düzelme gözlemlendi.

**Sonuç:** Ankilozan spondilitin konnektif doku hastalıklarıyla birlikteliği literatürde bildirilmiştir. Bu yüzden RA tanısıyla takip edilen ve uzun süreli bel ve kalça ağrısı gibi RA açısından beklenmeyen şikayetler bildiren hastalarda bu birlikteliğin olabileceği hatırlanarak ayırıcı tanıya gidilmesi ve uygun tedavinin düzenlenmesi gerekmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Ankilozan spondilit, bel ağrısı, romatoid artrit

## PS-167

### Poliartralji ile romatolojiye başvuran genç hastada taşlı yüzük hücreli mide karsinomu

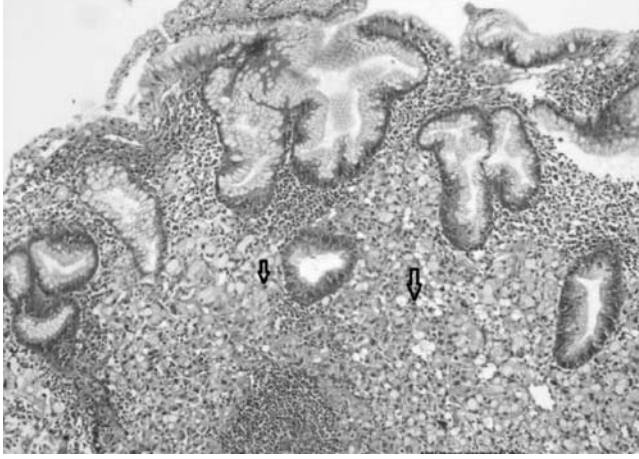
*Ayşe Camcı<sup>1</sup>, Mahmut Uzun<sup>2</sup>, Mustafa Dinler<sup>2</sup>, Mehtap Şahin<sup>2</sup>, Çiğdem Şahin<sup>3</sup>, Hatice Özer<sup>3</sup>, Mehmet Emin Derin<sup>1</sup>, Ali Şahin<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas; <sup>2</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sivas; <sup>3</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Sivas*

**Amaç:** Genç hasta grubunda poliartraljiye sebep olabilecek birçok romatolojik sebep vardır. Malignansilerin, ileri yaş grubunda daha sık gözlenmekle beraber genç hasta grubunda da göz ardı edilmemesi gerektiğini gösteren bir vakayı sizlerle paylaşmaktadık.

**Olgu:** 27 yaşında kadın, yaygın vücut ağrısı ile kliniğimize başvurdu. Son 2 aydır, sol omuzda, sağ kalçada daha belirgin olmak üzere tüm eklemlerinde gezici ve istirahat ile şiddetinde değişiklik olmayan sürekli karakterde ağrı tarifliyordu. Sabah tutukluğu, artrit, raynaud, fotosensitivite, döküntü, aft,üveit,ataklar halinde karın ağrısı ve ateş tanımlamıyordu. Son 2 ayda 5–6 kilo kaybı ve hafif dispeptik yakınmaları başlamıştı. hematokreyza melanası yoktu. Muayenede epigastrik ve küçük eklemler ön planda tüm eklemlerde yaygın hassasiyet dışında bulgusu yoktu. Sedimentasyon: 101, CRP: 87, fibrinojen: 678 hemogloblin: 11.5 WBC: 8900 kreatinin: 0.8, AST: 40, ALT: 30, RF, CCP, ANA ve alt grupları negatif, PAAC de bilateral hiller dolgunluk olan hastanın ileri tetiklerinde Ca19-9: 1300 bulundu (iki kez bakıldı). Tomografilerinde akciğerde bilateral hiller ve batında mezenterik yaygın lenf nodları saptandı.Kadın doğum muayenesi ve bronkoskopisi normal, bronkoskopik sitolojisi negatif olan hastanın PET BT'sinde lenf nodlarında ve pankreas başı lokalizasyonu ve mide komşuluğunda patolojik tutulum ve yaygın litik kemik metastazı saptandı (Şekil PS-167). Üst endoskopi de mide küçük kruvaturda 2 cm malign görünümlü ülserden alınan biyopsi taşlı yüzük hücreli karsinom saptanan hasta onkolojiye devredildi.

**Sonuç:** Malignansilere eşlik eden artraljilerin birçok sebebi olabilir; artmış inflamatuvar mediatörler, tümör yükü fazla olan hastalarda hiperürisemi, nöral tutulum, kemik metastazı ya da paraneoplastik sendromlar bunlardan bazılarıdır. İleri yaş hastalarda artrit ya da artralji ve akut faz yüksekliğinde malignite ekartasyonu daha çok yapılırken, gençlerde ek semptom yoksa gözden kaçabilir. El omuz sendromunda malignensiye sekon-



**Şekil (PS-167):** Hastanın patolojik inceleme görüntüsü.

der gelişen benzer klinikler görülebilir. Uygun radyolojik ve girişimsel tetkikler doğru tanıya ulaşmamızı sağlamıştır. Benzer yaş ve klinik bulgular olarak sık görmediğimiz bir metastatik mide karsinomu olgusunu sizlerle paylaşmak istedik.

**Anahtar sözcükler:** Poliartralji, malignensi

#### PS-168

#### Vaskülitte gelen hastada akılda tutulması gereken önemli bir ayırıcı tanı: HIV

Nurdan Oruçoğlu

Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Trabzon

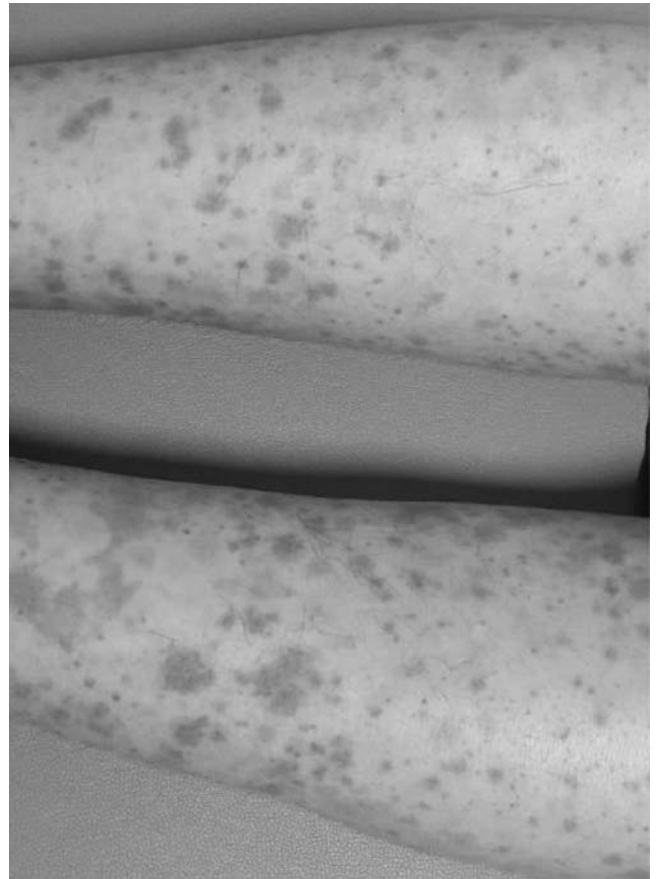
**Amaç:** HIV enfeksiyonunun kas iskelet sistemine ait semptomlara neden olduğu hastalığın tanımlandığı erken dönemlerden itibaren iyi bilinmektedir. Bu semptomlar arasında; poliartralji, artrit, spondiloartropatiler, HIV ilişkili vaskülit, polimiyozit, RA bulunmaktadır. Ancak bir romatolojik hastalığın mevcut kriterlerini dolduran hastalarda ise gerek başlangıç değerlendirmesi aşamasında, gerekse immunsupresif tedavilere başlanırken veya halen tedavi altında bulunan hastalarda, hem ülkemizdeki geri ödeme kuralları nedeniyle tetkik isteme kısıtlılığından hem de hastanın HIV açısından risk grubunda olabileceği düşünülmediğinden HIV taramaları zaman zaman göz ardı edilebilmektedir. Burada Lökositoklastik vaskülit etiyojisine yönelik araştırma sırasında yapılan HIV taraması ile tanı olarak, henüz vaskülitik döküntü dışında diğer ciddi sistemik semptomlar ve enfeksiyonlar gelişmeden anti-retroviral tedavinin erken dönemde başlaması sağlanan bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

**Olgu:** 26 yaşında erkek hasta alt ekstremitelerde purpura nedeniyle yapılan cilt biyopsisi lökositoklastik vaskülit olarak gelmesi üzerine etiyojisi için romatoloji polikliniğe yönlendirildi. Önceden bilinen Romatolojik hastalığı bulunmayan hastanın, 3 ay önce her iki avuç içi ve alt ekstremitelerde kaşıntısız peteşial ve purpurik döküntüleri ortaya çıkmış (Şekil PS-168). Lezyonların ortaya çıkışından önce bilinen enfeksiyon veya yakın zamanda geçirilen öyküsü, astım veya allerjisi, ilaç kullanımı, geçirilmiş cerrahi yoktu. Hastanın romatolojik sorgusunda oral ve genital aft, ar-

trit, ateş, kilo kaybı, karın ağrısı, üst veya alt solunum yolları semptomları, nöropati bulguları tarif etmiyordu. Fizik muayenesinde her iki alt ekstremitelerde palpable purpuralar gözlemlendi. Hepatosplenomegali veya lenf nodlarında büyüme saptanmadı. İnflamasyon bulgusu gösteren veya hassas eklemi yoktu. Diğer sistemik muayene bulguları normaldi. Laboratuvar sonuçlarında hemogramı normal, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri ve tam idrar tetkiki normaldi. Eritrosit sedimentasyon hızı 3 mm/saat, CRP: 0.3 mg/ dL, RF, ANA, ANCA, anti-CCP negatif, kompleman ve İmmünglobulin düzeyleri normaldi. Akciğer grafisinde patoloji saptanmadı. Hastanın hepatit serolojisi negatifti. Anti-HIV pozitif olarak saptanması üzerine doğrulama testi yapıldı. Yapılan doğrulama testinde de pozitif olduğu saptandı. HIV-RNA: 10980, CD4: 419 olarak gelen hastaya enfeksiyon hastalıkları tarafından anti-retroviral tedavi başlandı.

**Sonuç:** Romatolojik semptomları olan tüm hastaların başlangıç değerlendirmesinde HIV taramasının yapılması önceden tanı almamış hastalar için erken tedavi şansı sağlayabildiği gibi, mevcut romatolojik hastalık tanısı olan hastalarda da yeni gelişen semptomların varlığında, immunsupresif tedaviler başlanırken veya ilaçlarla ilgili komplikasyonların değerlendirilmesinde göz önünde bulundurmak da bu hastalarda immunsupresif tedavilere bağlı ciddi ve ölümcül olabilecek enfeksiyonlardan korunmak için hayat kurtarıcı bir önlemdir.

**Anahtar sözcükler:** HIV, vaskülit



**Şekil (PS-168):** Alt ekstremitelerdeki vaskülitik lezyonlar.

## PS-169

### AA amiloidoza sekonder gelişen dirençli masif proteinürüde medikal nefrektomi

Fahrettin Bıçakçı<sup>1</sup>, Merve Batur<sup>2</sup>, Murat Taşçı<sup>1</sup>, Murat Yiğit<sup>1</sup>, Gülsüm Doğan<sup>1</sup>, Arif Kaya<sup>1</sup>, Mevlüt Çeri<sup>3</sup>, Veli Çobankara<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Denizli;

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

Denizli; <sup>3</sup>Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Denizli

**Amaç:** Juvenil idyopatik artrit (JİA)'ın en önemli komplikasyonlarından birisi AA tipi amiloidozdur. Bu yazıda JİA'ya sekonder gelişen amiloidoza bağlı tedaviye dirençli masif proteinüri nedeniyle yapılan medikal nefrektomi vakası sunulmuştur.

**Olgu:** Yirmibeş yıldır JİA nedeniyle takip edilen 37 yaşında erkek hastada, konvansiyonel DMARDs ve ardından başlanan infliksimab tedavisine yanıt alınamaması nedeniyle etanersept tedavisine geçilmiş. Hastada 2012 yılında 3200 mg/gün proteinüri saptanması üzerine yapılan renal biyopsinin AA tipi amiloidozla uyumlu gelmesi üzerine etanersept kesilerek adalimumab, kolşisin ve ARB tedavisine başlandı. Hastanın takiplerinde üre: 30 mg/dL, kreatinin: 0.78 mg/dL ve albumin: 1.68 g/dL saptanırken proteinüri düzeyinin 8100 mg/gün şeklinde artış göstermesi üzerine mevcut tedavisi kesilerek sırasıyla tosilizumab, anakinra ve kanakinumab tedavileri verildi. Tedaviye yanıt alınamaması ve masif proteinüriye bağlı plevral effüzyon, sık tekrarlayan enfeksiyonlar ve ciddi malnutrisyon gelişmesi nedeniyle hastanın da onamı alınarak medikal nefrektomi yapılması planlandı. Bu amaçla hastaya hemodiyaliz (HD) kateteri takılarak haftada 5 gün ultrafiltrasyona ek olarak diklofenak sodyum 225 mg/gün ve ramipril 2.5 mg/gün şeklinde başlandı. Hastanın takiplerinde 10. günde serum kreatinin: 2.68 mg/dL, üre: 98 mg/dL, albumin: 2.6 g/dL tespit edilirken, idrar çıkışı oligoanürik seviyeye indi. Hastamız halen haftada 3 kez HD desteği almakta olup adalimumab 40 mg/2 hafta ve 4 mg/gün metilprednizolon tedavisi ile genel durumu iyi ve ek problemi olmayan takip edilmektedir.

**Sonuç:** Kronik inflamatuvar hastalıklara sekonder gelişen amiloidoza bağlı masif proteinürünün yoğun tedaviye rağmen kontrol edilemediği ve hasta için ciddi hayati risk teşkil ettiği durumlarda medikal nefrektomi son aşamada düşünülmesi gereken ancak etkin bir tedavi yöntemi olabilir.

**Anahtar sözcükler:** Amiloidoz, juvenil idyopatik artrit, medikal nefrektomi

## PS-170

### Romatoid artritli bir hastada mikroskopik kolit – Niçin? Vaka sunumu

Mehtap Tınazlı, Gauckhar Bakhtiyarova, Ali Shorbagi

Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Lefkoşa, KKTC

**Amaç:** Romatoid artrit (RA), etyolojisi bilinmeyen, eklemlerde deformitelere yol açabilen, kronik, otoimmün, sistemik bir hastalıktır. Tedavisinde non-steroid antienflamatuvar ilaçlar (NSAİİ), steroidler, non-biyolojik DMARD ve biyolojik DMARD ilaçlar

hastalığın derecesi ve progresyonuna göre çeşitli kombinasyonlarla yer almaktadırlar. Hızlı etki gösterdikleri ve semptomatik rahatlama sağladıkları için NSAİİ'ler sıklıkla proton pompa inhibitörleri (PPI) ile birlikte uzun süre kullanılmaktadır. NSAİİ ve PPI tek başına veya birlikte kullanımının mikroskopik kolit riskini artırdığı düşünülmektedir. Mikroskopik kolit (MK); sulu diyare ile karakterize kronik bir barsak hastalığıdır. Yazıda; RA tanılı, uzun süredir steroid, NSAİİ ve PPI kullanan ve kronik sulu diare ile başvuran, MK tanısı konan bir vaka paylaşılmıştır.

**Olgu:** Romatoid artrit tanısıyla izlenen 72 yaşında kadın hasta ishal, karın ağrısı ve bulantı şikayetleriyle başvurdu. Özgeçmişinde 25 yıldır romatoid artrit (RA) takipsiz, 6 yıldır osteoporozu, kalp kapak hastalığı vardı. Gastrointestinal şikayetleri 3-4 ay önce başlamıştı. Hasta prednisolone 15 mg/gün, leflunamid 10 mg/gün, salazopyrin 500 mg 2x1, Cal D vitamini almaktaydı. Kronik ishali olan hastanın kilo kaybı da olmuştu. Gaita mikroskopisi ve kültürü alındı. C. difficile koliti tanısı ile tedavisi verildi. 1 ay sonra hasta günde 8-10 kez sulu kansız ishal, karın ağrısı ve eklem ağrılarıyla başvurdu ve kronik ishal nedenini araştırmak amaçlı kolonoskopi ve gastroskopi yapıldı. Kolonoskopide: inflamatuvar barsak hastalığı ile uyumlu bulgular saptanmadı, ancak mukozada kolay kanama ve frajilite izlenmişti. Mukozal bütünlüğü normaldi. Gastroskopi olağandı. Kolon biyopsisi kollajenöz kolit ile uyumlu histomorfolojik bulgular içeriyordu. Tedavi için budenofalk 3x3 mg başlandı. Laboratuvar: hemogram; neutrofil hakimiyetli lökositöz, Hb 6.7 g/dl, AST/ALT: 593 u/l/150 u/l, albumin: 2.2 g/dl, prokalsitonin: 0.91 ng/ml, demir: 10 ug/dl, UIBC: 131 ug/dl, TIBC-141 ug/dl, ferritin: 379 ng/ml, transferin saturasyonu: %7.1. CRP (sensitif): 48.00 mg/dl (0.0-0.5), sedimentasyon: 67 mm/saat, RF: 10 iu/ml. Gaita mikroskopisi: 5-6 eritrosit, bol lökosit. Clostridium diffisile toksin A-B pozitif. Gaita kültüründe üreme yoktu.

**Sonuç:** Hastamız RA nedeniyle uzun zamandır steroid ve sık sık NSAİD (diclofenak) beraberinde PPI almakta idi. 25 yıllık hastalık süresi mevcuttu. Son 3-4 aydır gelişen sık sulu ishal öyküsünün varolan kronik romatizmal hastalığı ve bu hastalık tedavisi için kullandığı ilaçlarla ilişkili olabileceği düşünüldü. Bu hastada ilginç olan muhtemelen birden çok faktörün MK'e yol açmış olabileceğidir. Bir yandan kronik, sistemik, otoimmün bir hastalığı olması, diğer yandan tedavi ajanlarının uzun süreli kullanımı ve ayrıca araya giren barsak enfeksiyonu MK'i başlatmış olabilir. Budenofalk ile tedavi oldukça başarılıdır.

**Anahtar sözcükler:** Romatoid artrit, NSAİİ ve PPI, mikroskopik kolit

## PS-171

### Hidradenitis süppürativa nedeniyle adalimumab tedavisi alan olguda paradoksal monoartrit

Serpil Ergülü Eşmen<sup>1</sup>, İlkay Özer<sup>2</sup>

<sup>1</sup>KKHB SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Konya; <sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Konya

**Amaç:** Paradoks, düşünceler arasında tartışmaya açık, kesin bir yargı içermeyen karşıtlık anlamına gelmektedir. Anti-TNF kullanımını sırasında görülen paradoksal olaylar, potansiyel olarak

TNF blokörü endikasyonu olan beklenmeyen hastalık veya semptom olarak tanımlanabilir. Hidradenitis süppürativa nedeniyle adalimumab kullanımı sırasında, doz artırılarak hastalık kontrolü sağlandığında monoartrit gelişen olguyu sunduk.

**Olgu:** 35 Yaşında erkek, sol dizde şişlik ve ağrı şikayeti ile başvurdu. Koltuk altı ve kasık yerleşimli hidradenitis süppürativa nedeniyle adalimumab 40 mg 2 haftada bir başlandığı, lezyon kontrolü sağlanamayınca dozun 40 mg haftadır 1 olarak artırıldığı ve lezyonlarında gerileme başladıktan sonra diz eklemine şişlik, ağrı ve hareket kısıtlılığının olduğunu belirtti. Fizik muayenede sol diz şiş, hassas ve hareketi ağrılı idi. Isı artışı yoktu. Romatolojik sorgulamada eklem ağrı ve şişliği dışında pozitif bulgusu yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde CRP: 3.27 mg/L, sedimantasyon: 8 mm/saat, RF ve ANA negatif, anti-CCP negatifti. Anti-dsDNA negatif, kompleman C3 ve C4 normaldi. Proteinüri, hematüri yoktu. Brucella tetkikleri negatifti. Viral artrit bulgusu yoktu. Eklem sıvısı incelemesinde septik artrit bulgusu yoktu. Paradoksal olay düşünüldü. Almakta olduğu adalimumab dozu 2 haftada bir 40 mg düşüldü. Nonsteroid ve düşük doz steroid tedavi verildi.

**Sonuç:** Hidradenitis süppürativa apokrin ter bezi olan bölgede yerleşen bir hastalıktır. Klinik bulgular arasında, ağrılı nodüller, sinus yolları ve hipertrofik skarlar vardır. Orta şiddetteki olgular bile yaşam kalitesini etkiler. Geniş spektrumlu antibiyotik ve ekzizyon girişimleri uygulanır. Anti-TNF ve retinoidler etkin olmakla beraber fayda-risk oranı önemlidir. Adalimumab kullanımına bağlı paradoksik hidradenitis süppürativa olguları bildirilmiştir. Anti-TNF ilaçlarla gelişen paradoksik olaylar, psoriatik lezyonlar, üveit, sarkoidoz, granülamatöz inflamasyon veya vaskülit şeklinde olabilir. Bu olaylar genellikle altta yatan hastalığın kontrolü döneminde gelişmektedir. İmmun homeostazda TNF- $\alpha$ , IFN- $\alpha$ , IL-4 ve IFN- $\gamma$  arasındaki denge çok önemlidir. Paradoksal lezyonlar bu dengede bozulma sonucu gelişmektedir. Lezyonların değerlendirilmesinde multidisipliner yaklaşım ile ayırıcı tanının geniş tutulması gerekli olabilir. Anti-TNF ilacın kesilmesi, yeniden uygulama veya değişim hasta ve tutulum bazlı değerlendirilmelidir. Olgumuzda anti-TNF tedavide değişiklik yapılmadı. Doz azaltıldı. 2 haftada bir 40 mg/gün ile devam edildi. Eklem yakınmasına yönelik nonsteroid ve düşük doz steroid tedavi ile takip yapıldı. İnflamatuar barsak hastalığı olgularında anti-TNF kullanımı sırasında el ve ayaklarda de novo eklem şikayetleri ve sabah tutukluğu görülmektedir. Bu olgularda tipik olarak çok yüksek titre ANA (+), >1/640 görülür. Psoriaziform lezyonlara benzer şekilde barsak semptomları yokken gelişir ve sıklığı %1–2 olarak bildirilmiştir. Olgumuzda ANA negatifti. Nadir görülen paradoksal artrit olgumuzu sunduk.

**Anahtar sözcükler:** Hidradenitis süppürativa, paradoksal olay

## PS-172

### Sistemik sklerozisli hastada akciğer karsinomu gelişimi

Hasan Göğebakan<sup>1</sup>, Nurhan Atilla<sup>2</sup>, Gözde Yıldırım Çetin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kahramanmaraş; <sup>2</sup>Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

**Amaç:** Skleroderma (sistemik skleroz; SSk), deri ve iç organların yaygın fibrozu ile karakterize kronik otoimmün/inflamatuar bir

hastalıktır. Hastalık en sık 30–50 yaşlarında görülmektedir ve kadın/erkek oranı 8/1'dir. SSk patogenezi vaskülopati, immün aktivasyon ve fibroz triadından oluşmaktadır. Hastalığın etiolojisi tam olarak aydınlatılmamasına karşın genetik yatkınlık, çevresel faktörler, enfeksiyonlar ve mikrokimerizm patogenik süreci tetikleyen olası araçlar olarak gösterilmektedir. Kliniğimizde Sistemik sklerozis tanısıyla takip edilen ve takiplerinde AC ca gelişen olguyu sunmak istedik.

**Olgu:** Yaklaşık 5 yıldır Sistemik sklerozis tanısı olan takiplerinde interstisyel Akciğer hastalığı gelişen ve toplamda 12 doz siklofosfamid tedavisi almış olan, şu anda Azatioprin, Hidroksiklorokin ve Diltiazem tedavisi alan hasta kliniğimize öksürük, nefes darlığı ve kilo kaybı şikayetleriyle başvurdu. Şikayetleri 2 ay önce başlayan hastanın muayenesinde kaşektik görünümde, her iki el, yüz ve gövde de ciltte kalınlaşma, her iki akciğer bazellerinde dinlemekle krepitan raller tespit edildi. Laboratuvar tetkikleri normal sınırlardaydı. PA AC grafisinde her iki üst loblarda dansite artışı, bazellerde retikülonoduler görünüm mevcuttu. Hasta Göğüs hastalıkları kliniği ile konsulte edildi. AC BT çekildi. AC BT'de mediastinal alanda en büyüğü 11x0.6 cm boyutunda çok sayıda lenfadenopati izlendi. Sol akciğer üst lob apiko posterior segment anterior kısmı ve alt lob laterobazal segmentlerde plevra tabanlı akciğer parankimine uzanan nodüler dansitelerin eşlik ettiği interlober kalınlaşmalar izlendi. Ayrıca her iki akciğer parankiminde periferde daha belirgin olmak üzere yaygın buzlu cam dansitesinde alanlar izlendi. Sağ akciğerde en büyüğü üst lob posterior segmentte 22x16 mm boyutunda ölçülen genellikle plevra tabanlı ve akciğer parankimine spiküler tarzda uzanımları bulunan çok sayıda nodüler dansiteler izlendi. Sol akciğer üst lobda en büyüğü yaklaşık 3x4 mm olarak ölçülen birkaç adet şüpheli nodüler görünüm izlendi. Hastaya göğüs cerrahisi kliniği tarafından Sağ VATS+plevra bx+alt lob nodül wedge rezeksiyonu yapıldı. Patoloji sonucu küçük hücreli dışı AC CA (adeno ca) olarak raporlandı. Hastaya medikal onkoloji kliniği tarafından 6 kür kemoterapi uygulandı. Hasta şu anda poliklinik şartlarında düzenli olarak takip edilmekte.

**Sonuç:** Yapılan klinik çalışmalarda sistemik sklerozisli hastalarda AC ca gelişme oranı normal sağlıklı popülasyona göre 4–16 kat arasında artış gözükülmektedir. Uzun süreli interstisyel AC hastalığına sahip olan hastalar bu risk için temel oluşturmaktadır. Kliniğimize başvuran hastanın uzun süredir sistemik skleroza sekonder interstisyel AC hastalığı mevcuttu. Kliniğe öksürük, nefes darlığı ve kilo kaybı şikayetleriyle başvuran hastalarda mevcut şikayetleri hastalık aktivitesi ya da hastalığın bir parçası olarak değerlendirmeyip eşlik edebilecek malignite açısından dikkatli olup gerekli araştırmaların yapılması akılda bulunmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Sistemik sklerozis, akciğer karsinomu

## PS-173

### Pediyatrik ultrasonda minik adımlar

Ayşenur Paç Kısaarslan, Betül Sözeri, Zübeyde Gündüz, Hakan Poyrazoğlu, Ruhan Düşünsel

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

**Amaç:** Ailevi Akdeniz ateşi (AAA), entezit ilişkili artrit (ERA) tanılı hastalar ve kontrol grubunun entez ve eklem kırık dak kalınlıklarının karşılaştırılması.

**Yöntem:** En az 3 aydır klinik ve laboratuvar değerlendirme ile remisyonda olan AAA, ERA tanılı hastaların ve aynı yaş grubu semislikli çocukların bilateral diz, 2. metakarpofalangeal (MKP), tibiotalar eklem kırkırdak kalınlıkları, quadriseps, superior ve inferior patellar tendon ve aşil tendon kalınlıkları yüksek frekanslı (7.5–10 MHz) gri skala ultrasonografi cihazı ile ölçüldü.

**Bulgular:** Çalışmaya yaşları 8–17 yıl arasında olan 9 ERA, 8 AAA ve 11 kontrol grubu çocuk alındı. Gruplar arasında cinsiyet açısından istatistiksel fark yoktu. AAA tanılı hastaların 2.MKP ve diz eklem kırkırdak kalınlıkları diğer gruplara göre anlamlı olarak kalın tespit edildi ( $p<0.05$ ). Diğer bölgelerin ölçümlerinde gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark tespit edilmedi.

**Sonuç:** Henüz tecrübelerimizin sınırlı olduğu çocuk hastalarda kas-iskelet ultrasonografisi, artan çalışmalar ve sunulan verilerle klinik yaklaşımımıza daha büyük katkılar sağlayacaktır.

**Anahtar sözcükler:** Pediatri, ultrason, kas-iskelet sistemi

## PS-174

### Çoklu TNF- $\alpha$ blokörü dirençli ankilozan spondilit hastasında gelişen ilaca bağlı lupus: Olgu sunumu

Yasemin Pekin Doğan, Sibel Çağlar Okur, Didem İnceboy, Bilge Alpay, Nil Sayiner Çağlar

Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

**Amaç:** İlk kez 1953 yılında tanımlanan ilaca bağlı lupus (DIL), son 10 yılda romatizmal hastalıklarda sıklıkla kullanılan TNF- $\alpha$  antagonistleri ile de bildirilmiştir. DIL için kesin tanı kriterleri olmamakla birlikte SLE benzeri klinik ve laboratuvar bulgularının yanı sıra, şüpheli ilaç kullanımı öyküsü ve ilacın kesilmesi ile klinik bulgu ve belirtilerde hızlı iyileşmesi ile karakterizedir. Biz de yanıtızlık sebebiyle 3 değişik TNF- $\alpha$  blokörü ilaç kullanan ankilozan spondilit (AS) tanılı hastada infliksimab sonrası gelişen lupus olgusunu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 12 yıldır AS tanısı olan 51 yaşında kadın hasta 3 yıl süreyle sülfasalazin ve çeşitli anti-inflamatuvar ilaçlar kullanmış. Yüksek hastalık aktivitesi nedeniyle 2007 yılında hastaya etanercept tedavisi başlanmış. Fayda gören hasta 3 yıl kadar bu tedaviye devam etmiş ancak sekonder yanıtızlık sebebiyle ilaç kesilmiş. 2 yıl süreyle ilaç kullanmamış. Sonrasında şikayetleri artan hasta kliniğimize başvurdu, yüksek hastalık aktivitesi saptanarak golimumab tedavisi başlandı. 1 yıl tedaviye devam eden ancak bulgularında düzelme olmayan hasta yanıtız olarak değerlendirilerek infliksimab (5 mg/kg) tedavisine geçildi. Tedavinin 6. ayında yorgunluk, halsizlik, ateş, PİF ve MKF eklemlerinde artrit, saçlı deride ve yüzde döküntü gelişen hastada anti-TNF- $\alpha$  ilişkili lupus eritematozus düşünüldü. İstenen tetkiklerinde anti-dsDNA (68,8IU/ml) ve anti-nükleer antikor (ANA) pozitifliği olması üzerine infliksimab tedavisi sonlandırıldı. Prednizolon 10 mg/gün ve hidroksiklorokin 400 mg/gün tedavisi başlandı. Bulgularında hızla düzelme olan hastanın kliniğimizde izlemi devam etmekte.

**Sonuç:** Spondilartropatilerde anti-TNF- $\alpha$  tedavisi ile ANA ve anti-dsDNA gelişimi lupus başta olmak üzere otoimmünite ile ilişkili pek çok yan etkinin patogeneğinde suçlanmaktadır. An-

ti-TNF- $\alpha$  ilişkili lupus laboratuvar bulguları klasik DIL'den çok idyopatik SLE'ye benzer. ANA pozitifliği %32–100, anti-dsDNA pozitifliği %90'a varan oranlarda bildirilmiştir. Klasik DIL'de sıklıkla bulunan anti-histon antikor pozitifliği çok daha az görülür. Anti-TNF- $\alpha$  tedavisi verilen olgularda DIL gelişebileceği akılda tutulmalıdır. Bizim hastamız gibi çok sayıda ilaca yanıtız olan bir hastada tedavinin erken dönemi bile olsa, yeni bir takım semptomlar gelişmesi halinde lupus açısından dikkatli olmak kardiyak tamponad gibi hayati komplikasyonları önlemek açısından önemlidir. Böyle bir hastada ilacın hemen kesilerek otoantikörlerin araştırılması yerinde olacaktır.

**Anahtar sözcükler:** ANA, anti-TNF- $\alpha$ , lupus

## PS-175

### Marfan sendromuna eşlik eden ankilozan spondilit olgusu

Vedat Gerdan

Çiğli Bölge Eğitim Hastanesi

**Amaç:** Marfan sendromu, Fibrilin'in ve başlıca bağ doku bileşenlerinden biri olan elastik liflerin yapısını kodlayan fibrillin-1 olarak adlandırılan gendeki bir mutasyondan kaynaklanan, iskelet, kardiovasküler ve oküler sistem anormallikleri ile karakterize, en yaygın kalıtsal bağ doku hastalıklarından biridir. Literatürde bu birliktelik konusunda sadece birkaç olgu bildirimini mevcuttur.

**Olgu:** Ergenlik döneminde Marfan sendromu tanısı alan 42 yaşındaki bayan hasta yaklaşık 12 yıldır sol kürek kemiğinin altında ve sırtında sürekli ağrı nedeniyle başvurdu. Son 1 ay içinde yakınmaları artan hastaya yapılan ekokardiografi, toraks BT, miyokard perfüzyon sintigrafisi ve efor testinin normal bulunması ve laboratuvar incelemelerinde sürekli CRP yüksekliği saptanması üzerine romatolojinin de değerlendirmesi önerilmiş. Sorgulamasında yaklaşık 15 yıldır zaman zaman tutulma şeklinde birkaç gün kadar süren bel ve kalça ağrısının da olduğu, sabah yataktan etrafa tutunarak kalktığı, tutukluğun 1 saat kadar sürdüğü, ancak özellikle sırt ağrılarının gece uykudan uyandırdığı ve sadece ağrı kesicilerle azaldığı öğrenildi. Yakınmalarının ruhsal durumundan da etkilendiğini ifade eden hastaya fibromyalji düşünülerek pregabalin 150 mg/gün verilmiş ancak hiç fayda görmemiş. Fizik muayenede kolları, bacakları, parmakları ve ayak başparmakları vücudun geri kalanı ile orantısız olarak daha uzundu. Göğüs ekspansiyonu hafif derecede kısıtlı olmakla birlikte omurga hareketlerinde belirgin kısıtlılık saptanmadı. FABERE bilateral (+), BASDAI: 6.0; BASFI: 0.5 olarak hesaplanan ve HLA-B27 (-) olan hastanın çekilen pelvis grafisinde sağ grade 3 sol grade 1–2 sakroiliit saptanması üzerine ankilozan spondilit olarak kabul edildi. Non-steroid anti-inflamatuvar ilaç ve egzersiz önerilerek takibe alındı. Özellikle gece uykudan uyandıran ve egzersizle azalan sırt ağrısı ankilozan spondilit için tipik olmakla birlikte Marfan sendromunda da muhtemelen spinal deformiteler, paraspinal ligamanların gevşekliği, iskelet kaslarının yeterince gelişmemesi veya hipotoni si gibi nedenlerle Marfan sendromlu hastalar da da bel ağrısı görülebilir. Ancak hastamızda ağrının tipik inflamatuvar özelliği bize yakınmaların ankilozan spondilite bağlı olabileceğini düşün-

dürdü ve tipik radyolojik sakroiliitin bulunması ile de tanı konuldu. İlginç olarak bir derlemede ankilozan spondilit de tutulan sakroiliak eklem, kalça, asetabulum ve femur başı gibi hedef bölgelerin fibrokartilajdan zengin olduğu ve bu nedenle fibrilin-1 den zengin bağ dokuların hücre aracılı otoimmün bir yanıtın hedefi olabileceği görüşü ortaya atılmıştır.

**Sonuç:** Bu vaka bize Marfan sendromu gibi periferik eklemlerin hiper mobilitesi ile, diğer yandan ankilozan spondilit gibi göğüs ekspansiyonunda ve omurga hareketlerinde kısıtlanma ile karakterize iki zıt hastalığın bir arada bulunabileceğini göstermekle birlikte bu durumun nadir olarak saptanması ortak patogenetik bir mekanizmadan çok ko-insidental bir durum olduğunu düşündürmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Marfan sendromu, ankilozan spondilit

## PS-176

### Behçet hastasında salmonella enteridis'e bağlı miyozit, kas absesi

Aydan Köken Avşar<sup>1</sup>, Gerçek Can<sup>1</sup>, Gizem Korkut<sup>2</sup>, Ali Balcı<sup>3</sup>, Gökçe Kenar<sup>1</sup>, Saadetin Uslu<sup>1</sup>, Handan Yarkan Tuğsal<sup>1</sup>, Berrin Zengin<sup>1</sup>, Fatoş Önen<sup>1</sup>, Nurullah Akkoç<sup>1</sup>, Ahmet Merih Birlik<sup>1</sup>

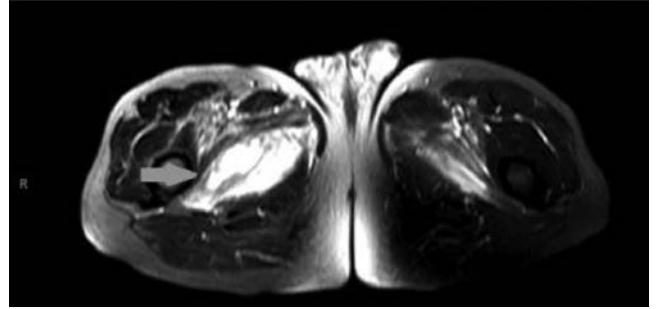
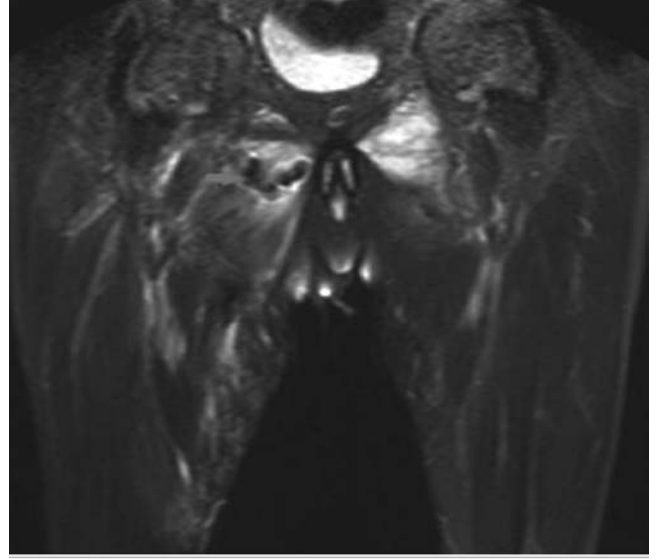
<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, İzmir;

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

<sup>3</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir

**Amaç:** Tifo dışı salmonella türlerinin neden olduğu lokal enfeksiyonlar, tüm enfeksiyonların %6'sını oluşturup genelde immün sistemi baskılanmış kişilerde görülür. Yumuşak doku enfeksiyonları oldukça nadir olup lokal enfeksiyonların %6-12 sini oluşturmaktadır. Bu tarz enfeksiyonlara neden olduğu salmonella türleri içinde S. enteridis, S. typhimurium ve S. choleraesuis sayılabilir. Bu olguda Behçet hastalığı nedeni ile immünyüpresif tedavi alan 42 yaşındaki erkek hastada S. enteridis'in neden olduğu miyozit ve kas absesinden bahsedilmiştir.

**Olgu:** 25 yıldır Behçet tanısı ile takip edilen ve posterior üveit nedeni ile azatiopürin, steroid ve siklosporin tedavisi alan hasta, ateş yüksekliği ve her iki bacak uyluk kısmında olan ağrı ile başvurdu. Belirgin bir kas güçsüzlüğü olmayan hastanın başvuru anında bakılan C-reaktif protein (CRP) değeri 52.6 mg/l, kreatinin kinaz (CK) değeri 91U/l, prokalsitonin değeri 0.15 mg/ml olarak saptandı. Yapılan alt ekstremite arterial ve venöz doppler ultrasonografisi (USG) de tromboz saptanmadı. Hastanın ekstremite manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) 'ında her iki adduktor ve obturator kas grupları içinde sıvı koleksiyonu, miyozit, abse görünümü mevcuttu (Şekil 1 ve 2 PS-176). Ortopedi tarafından sağ uyluktan doku örneği alınan hastanın doku kültüründe üremesi olmadı, tüberküloz açısından alınan doku PCR sonucu negatif olarak geldi. Brucella aglutinasyon testi negatifti. Hastanın alınan kan kültüründe Salmonella enteridis üremesi olması üzerine Salmonella ya bağlı miyozit, kas absesi düşünüldü. Cerrahi tarafından girişim için uygun olmadığı düşünülen hastaya antibiyotik tedavisi başlandı. Seftriakson toplam 8 hafta ve ciprofloksasin toplam 6 hafta olacak şekilde düzenlendi. Antibiyotik altında hastanın klinik, laboratuvar ve radyolojik olarak bulgularında gerileme saptandı.



**Şekil (PS-176):** Tanı anındaki kalça MR'ında SPIR sekanslı görüntüler.

**Sonuç:** Salmonella enfeksiyonları çok çeşitli şekilde enfeksiyon etkeni olarak karşımıza çıkar. Yumuşak doku ve kas absesi nadir görülmekte ve özellikle immün sistemi baskılanmış kişilerde görülmektedir. Behçet hastalığına bağlı jeneralize veya lokal miyozit görülmekle birlikte literatürde oldukça nadir olarak bildirilmiştir. Bizim olgumuzda Behçet hastalığı nedeni ile immünyüpresif tedavi alan bir hastada miyozit, kas absesi saptanmıştır. Literatürde sistemik lupus eritematozus ve romatoid artrit nedeni ile immünyüpresif tedavi alan hastalarda Salmonella ya bağlı kas ve yumuşak doku absesi bildirilmiş olup Behçet hastalığına eşlik eden salmonella kas absesi olgusu bulunmamaktadır. Sonuç olarak özellikle immün sistemi baskılanmış hastalarda tifo dışı Salmonella türlerinin yumuşak doku ve kas absesi etkeni olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Behçet, salmonella, kas absesi

## PS-177

### Mesleki maruziyetle birlikte görülen sistemik skleroz olgusu

Elif Er Gülbezer, Figen Yargucu Zihni

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

**Amaç:** İnhal partiküllerle mesleki maruziyeti olan hastalarda sistemik skleroz (SS) başta olmak üzere bağ dokusu hastalıkları



görülebilmektedir. Madenciler, diş teknisyenleri, metal ve tekstil taşıma işçileri risk altındaki meslek gruplarıdır.

**Olgu:** 46 yaşında erkek hasta. İlk kez 2010'da kilo kaybı nedeniyle başvurmuş. Sedimentasyon yüksekliği ve Raynaud fenomeni saptanarak romatolojiye yönlendirilmiş ama gitmemiş. 2013'te nefes darlığı, plöretik göğüs ağrısı ile göğüs hastalıklarına başvurmuş. Tetkiklerinde FVC:%74 DLCO:%54, HRCT'de bilateral multipl patolojik lenf bezleri ve interstisyel fibrozis saptanmış. BAL'da ARB izlenmemiş ve sitoloji benign saptanmış. Sklerodaktili ve Anti-Ro, La, SCL-70 pozitifliği bulunmuş. Hastaya SS tanısıyla immunsupresif başlanmış. Toplam 6.5 g PE siklofosamid sonrası azatioprin ve MMF'le izlenmiş. Hastalığı stabil seyretmiş. 2016'da MMF alırken devam eden kilo kaybı ve halsizlikle kliniğimize başvurduğunda Raynaud ve sklerodaktili mevcuttu (Şekil PS-177), dijital ülserinin hiç olmadığı öğrenildi. Kapilleroskopisinde kapiller tortiosite artışı ve az miktarda kapiller kayıp alanları izlendi. ANA: 1/2560 granüler, Anti-Scl70: 3+, SSB: 2+, Ro52: 3+, SSA: 3+ idi. DLCO:%68, pulmoner arter basıncı normaldi. HRCT'sinde stabil interstisyel bulguları ve patolojik lenf nodları, bilateral akciğer üst ve orta zonda peribronkovasküler dağılımlı nodüller izlenmekteydi. Özgeçmişinde kuvars madeninde çalıştığı, 1990'da iş yeri kazası sonrası sol gözünü kaybettiği ve malulen emekli olarak çiftçilik yaptığı öğrenildi. Abisinde lenfoma hikayesi mevcuttu. Hastaya meslek ilişkili hastalık, Erasmus sendromu, sarkoidoz, lenfoma, ön tanılarıyla mediastinal lenf nodu ve akciğer biyopsisi planlandı. Lenf nodlarında antrakoz pigmenti içeren makrofajlar, lenfositik Langerhans dev hücreleri ve nekroz içeren granülom formasyonları, akciğer nodüllerinde ise nekrotizan granülomatöz enflamasyon izlendi. Biyopsi materyallerinde Mycobacterium tuberculosis kompleksi üreyen hastaya tüberküloz tanısı kondu.

**Sonuç:** Silikozis varlığında ya da silikozis olmadan silika maruziyetinde sistemik skleroz gelişmesine Erasmus sendromu denir. Silika inhalasyonu ile sistemik skleroz arasındaki ilişki ilk defa 1957'de Erasmus tarafından tanımlanmıştır. Bulgular ilk silika maruziyetinden 15 yıl sonra ortaya çıkabilir. Partiküllerin inhalasyonu sonrası alveolar makrofajlarca salınan mediatörlerin otoimmün süreçleri tetiklediği ve otoantikör üretimi sonrası klinik belirtilerin gelişebileceği öne sürülmüştür. Özellikle genç erkek sistemik skleroz hastaları mesleki maruziyet açısından



Şekil (PS-177):

dan sorgulanmalıdır. Bunlarda eş zamanlı sigara kullanımı ve tüberkülozun sık gözlenebileceği unutulmamalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Sistemik skleroz, Erasmus sendromu, tüberküloz

## PS-178

### İleri yaşta tanı alan ve atipik tutulum gösteren bir Takayasu arteriti vakası

Sevgi Çolak<sup>1</sup>, Şükrü Alper Açıkgöz<sup>1</sup>, Kadriye Bir Yücel<sup>2</sup>, Ümit Ölmez<sup>2</sup>, Göksal Keskin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İmmünoloji ve Allerji Bilim Dalı, Ankara; <sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Giriş:** Takayasu arteriti aorta ve primer dallarını tutan, etyolojisi bilinmeyen bir kronik granülomatöz vaskülitir. Daha sık olarak subklavian, ana karotid, vertebral ve brakiosefalik arterleri tutar. Etkilenen arter duvarlarında inflamasyona bağlı kalınlaşma, daralma, oklüzyon ve ya dilatasyon görülebilir. Klinik olarak bitkinlik, kilo kaybı, düşük dereceli ateş gibi sistemik semptomların yanında, ilgili arter tutulum yerine göre vasküler yetmezlik bulguları gözlenir. Ekstremitelerde nabızsızlık, soğukluk, sağ-sol kan basıncı farkı, kladikasyon, vertebral arter tutulumuna bağlı nörolojik semptomlar ve senkop bunlardan bazılarıdır. %80-90 oranında kadın hastalarda ve 10-40 yaş arasında tanı alır.

**Amaç:** Bu vaka raporunda ileri yaşta tanı alan, atipik tutulum bölgesi ve klinik özellikleri ile farklı bir takayasu arteriti hastasının sunulması amaçlanmıştır.

**Olgu:** 64 yaşında bilinen herhangi bir kronik hastalığı olmayan kadın hasta 4 aydır devam eden halsizlik, yorgunluk yakınması ile doktora başvurmuş. Yapılan tetkiklerinde anemi ve akut faz reaktanlarında yükseklik saptanması nedeniyle olası malignite açısından gastroenteroloji bölümüne yönlendirilmiş. Çekilen toraks-abdomen-pelvik tomografisinde torakal ve abdominal aortada, sağ brakiosefalik ve sol subklavian arter proksimalinde çepçevre duvar kalınlaşması, çölyak arter çıkış düzeyinde darlık saptanması üzerine hasta immünoloji bölümüne yönlendirilmiş. Takayasu arteriti ön tanısı ile kliniğimize kabul edilen hastaya girişimsel radyoloji bölümü ile konsülte edilerek anjyografi yapıldı. Sonucunda arkus aorta, ayrılan arterlerin orijinleri ve kenar yapıları doğal görünümündeydi. Subklavian, aksiller ve brakiel arterler açık olup düzenli olarak dolmaktaydı. Torakal aorta ve çıkan arterler doğal görünümündeydi. Abdominal aorta kenarları sklerotik, çölyak trunkus ayrışım yerinde tıkalı olarak saptandı. Çölyak arterin dalları kollateral dolaşım ile dolmaktaydı. Laboratuvar, klinik ve görüntüleme yöntemleri ile değerlendirilen hastaya takayasu arteriti tanısı koyuldu ve yaşı da göz önünde bulundurularak prednizolon 15 mg/gün dozunda başlandı. Ek olarak antiagregan ve pentoksifilin tedavileri de eklendi. Henüz tedavinin ilk haftasında hastanın konstitüsyonel semptomlarında düzelme ile beraber akut faz reaktanlarında belirgin düşüş saptandı.

**Sonuç:** Takayasu arteriti hastaları; farklı tutulum bölgeleri dolayısıyla atipik bulgularla prezente olabileceği gibi; kronik süreçte kollateral dolaşım gelişimi ile tamamen semptomsuz da olabilirler. İleri yaşta konstitüsyonel semptomlar ve akut faz re-

aktanlarında yükseklik ile başvuran hastalarda takayasu arteriti tanısı akılda bulundurulmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Takayasu arteriti, vaskülit

### PS-179

#### Diffüz büyük B hücreli lenfoma gelişen Sjögren vakası

Murat Taşçı, Gülsüm Doğan, Murat Yiğit, Fahrettin Bıçakçı, Arif Kaya, Veli Çobankara

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

**Amaç:** Sjögren sendromu (SS) ekzokrin bezleri, iskelet sistemini ve viseral organları etkileyen yavaş seyirli, kronik, otoimmün bir hastalıktır. Dördüncü ve beşinci dekatlarda, kadınlarda daha sık ortaya çıkar. Karaciğer, akciğer, sinir sistemi, kalp, böbrek tutulumunun yanı sıra SS hastalarında normal popülasyona kıyasla lenfoma gelişimi açısından artmış bir risk söz konusudur.

**Olgu:** Romatoloji polikliniğimize başvuran 44 yaşındaki kadın hastanın eklem ağrıları, ağız ve göz kuruluğu, ışığa ve güneşe karşı hassasiyet şikayetleri vardı. Muayenesinde yüzde maküler tarzda döküntüsü olduğu görüldü. 10 ve 12. haftalarda iki spontan abortus öyküsü vardı. ANA 1/100 dilüsyonda speckled paternde pozitif, SS A (+), SS B (+), anti Sm (-), anti dsDNA (-) olarak saptandı. SLE lehine değerlendirilecek ek klinik ve laboratuvar bulgusu yoktu. Schirmer testi 3/7 mm, tükürük bezi biyopsisi Chrisholm skoruna göre grade 4 olan hastaya SS tanısı konulup hidroklorokin + steroid tedavisi başlandı. Takibin 2. yılında nefes darlığı şikayeti başlayan hastanın Velcro rallerinin saptanması üzerine çekilen HRCT de 4 mm nodül ve sol akciğer üst ve alt loblarda buzlu cam görünümü saptandı. DLCO %74, pulmoner arter basıncı normal olan hastaya interstiyel akciğer hastalığı tanısıyla IV siklofosfamid başlandı. Tedavinin 6. ayında çekilen kontrol HRCT de nodül boyutunun 4 mm'den 12 mm ve çıkmış olduğu görüldü. Hipalbuminemi (3.2 g/dl), LDH yüksekliği (370 U/L), nötrofilik lökositozu (15.710/mm<sup>3</sup>), lenfopenisi (1060/mm<sup>3</sup>), CRP yüksekliği (5.3 mg/dl), hafif düzeyde ,2 mikroglobulin yüksekliği (2.43 mg/L) saptandı. İlk tam anında pozitif olan RF'nin negatifleştiği görüldü. Periferik LAP, hepatosplenomegali saptanmadı. Akciğerdeki nodülden biyopsi planlandı fakat diyafragmaya olan yakınlığı nedeniyle yapılamadı. Lobektomi yapılan hastanın patolojisi diffüz büyük B hücreli lenfoma olarak geldi. Evre 1E Hodgkin dışı lenfoma tanısıyla kemoterapi başlandı.

**Sonuç:** SS hastalarında non Hodgkin lenfoma riski artmıştır. En sık marjinal zone lenfoma alt tipi görülür, bunu diffüz büyük B hücreli lenfoma izler. SS kadınlarda dokuz kat daha sık görülmesine rağmen lenfoma gelişimi açısından cinsiyet farkı yoktur. Tükürük bezlerinde büyüme, lenfadenopati, splenomegali, ciltte vaskülit bulguları, bacak ülserleri, ateş, glomerulonefrit gelişimi, lökopeni, lenfopeni, anemi, RF'nin negatifleşmesi, kriyoglobülinemi, hipergamaglobülinemi, yüksek β2 mikroglobulin düzeyi, düşük kompleman ve IgM düzeyleri SS hastalarında lenfoma gelişimi açısından risk faktörleridir. SS hastalarında lenfoma tanısının erken konulabilmesi için bu risk faktörlerine ait fizik muayene ve laboratuvar bulguları dikkatli değerlendirilmeli, şüpheli lenf nodlarından mutlaka biyopsi yapılmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Lenfoma, Sjögren

### PS-180

#### Santral sinir sistemi tutulumu, periferik ve kranial nöropatisi olan dirençli primer Sjögren sendrom olgusu

Fatih Yıldız<sup>1</sup>, Caner Baydar<sup>2</sup>, Onur Gökmen<sup>3</sup>, Yaser Said Çetin<sup>4</sup>

<sup>1</sup>SB. SBÜ Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Van;

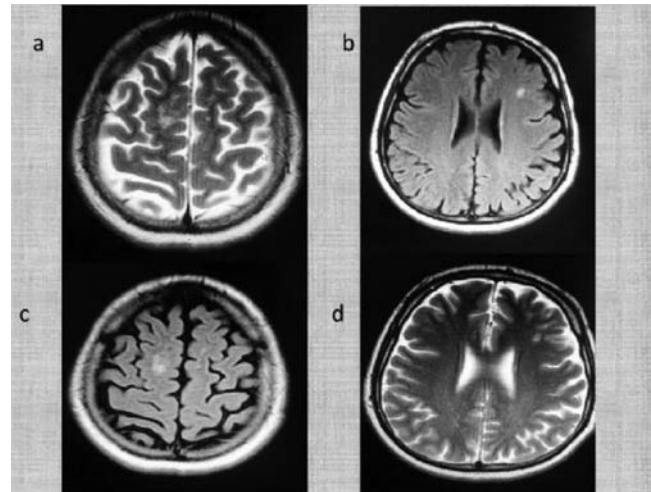
<sup>2</sup>SB. SBÜ Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Van;

<sup>3</sup>SB. SBÜ Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Van;

<sup>4</sup>SB. SBÜ Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KBB Kliniği, Van

**Amaç:** Sjögren sendromu (SjS), başta ekzokrin organları etkileyen kronik sistemik otoimmün bir hastalıktır. SjS'na bağlı nörolojik tutulum sıklığı farklı serilerde geniş bir spektrumda bildirilmektedir (%8.5–70). SjS'de sinir sistemi tutulumları, periferik (PSS) ve santral sinir sistemi (SSS) şeklinde ayrılır.

**Olgu:** 35 yaşında erkek hasta, baş ağrısı, baş dönmesi ve çift görme ile Eylül 2013'de nöroloji bölümüne başvuruyor. Serebral MR'da vaskülitik tutulum tespit ediyor. Hastaya pulse 1 g metilprednizolon (MP) 7 gün veriliyor. Schirmer: 5–5 mm, BUT: 5–5 sn ve LS grade: 2 idi. Tükürük bezi biyopsisi: fokus skoru: 1 ve SjS tanısı konuldu. Günde 200 mg hidroklorokin (HQ) ve ayda 800 mg iv siklofosfamid (CY) tedavisi eklendi. RF ve ANA 1/320 kaba granüler pozitif, ENA, ANCA ve ACA menfi idi. Hemogram, biyokimyasal testler ve TİT normaldi. Serolojik testler negatif idi. 6 kür CY sonrasında değerlendirmede MR bulgularında gerileme vardı. MR anjiyografi normaldi. MP günde 16 mg'a düşüldü. Hasta dışmerkeze başvuru yapıyor. Ağustos 2014'de 6 ayda bir 2 g Ritüksimab (RTX) başlanıyor. Ekim 2014'de çift görme ve nörolojik bulgularda artış 7 gün pulse 1 g MP tedavi veriliyor. 11.11.2014'deki serebral MR'da: serebral ve serebellar atrofi, beyaz cevherde ve derin beyaz cevherde çok sayıda T2A-FLAIR hiperintens kontrast tutulumu göstermeyen lezyonlar, Mc Donald kriterlerine göre multipl skleroz (MS) ile uyumlu bulunmadı (Şekil PS-180). Vaskülitik tutulum düşünülüyor. Baş ağrısı ve çift görmesi bulgusu olan hasta 32 mg MP ve 400 mg HQ çıktı. Şubat 2015'te RTX ayda 500 mg olarak değiştiriliyor. Kasım 2015'te baş ağrısı, baş dönmesi ve çift görme başlıyor. Serebral MR,verteks düzeyin-



**Şekil (PS-180):** T2A-FLAIR kesitlerde hiperintens kontrast tutulumu göstermeyen lezyonlar (a-d) .

de ve sol frontoparietalde subkortikal alanda milimetrik birkaç adet nonspesifik odak tespit ediliyor. RTX aylık tedaviye devam ediliyor. Mart 2016'da 6 ayda bir 2 gr RTX dönülüyor. Ağustos 2016'da sol elde uyuşma ve çift görme ile nörolojiye başvuruyor. Nörolojik muayene'de: sol gözde dışa bakış kısıtlı, bilateral serebellar testler beceriksizdi, DTR'ler alt ve üst'de ++/++, lateralize motor defisit yoktu. Solda unlar trasede hipoestezi ve EMG' de ulnar sinir tuzak nöropatisi tespit edildi. Hasta Sjs'na bağlı, SSS tutulum, kranial ve periferik nöropati kliniği ile takibi devam ediyor.

**Sonuç:** Sjs, SSS tutulumunun patogenezinin, MNH infiltrasyonu ve vaskülit sorumlu tutulmaktadır. SSS bulguları MS'yi taklit eder. Patoloji vaskülit, tromboz, periventriküler gliozis, perivasküler alanda dilatasyon veya demiyelinizasyon olabilir. Tedavide KS'lerin ve CY etkili olduğu belirtilmektedir. İdame tedavide AZA verilebilir. Özellikle vaskülitik paterni olan dirençli olgularda RTX yararlı olduğu bildirilmiştir. Nonvakülitik SSS tutulumunda RTX yararı net değildir. Olgumuz MP ve CY'e dirençli hasta idi. RTX 6 ayda bir tedaviden sonra nüks görüldü ve ayda bir 500 mg doza geçildi. 1 yıllık remisyondan sonra 6 ayda bir dozda nüks görüldü. İki farklı RTX doz uygulamasında değişik etkinlik gözlemledik.

**Anahtar sözcükler:** Sjögren sendromu, sinir sistemi, tutulum

## PS-181

### Tromboflebit sonrasında spinal kord tutulumu gelişen Behçet olgusu

Fatih Yıldız<sup>1</sup>, Özlem Gelişin<sup>2</sup>, Burcu Görgülü<sup>3</sup>

<sup>1</sup>SB. SBÜ Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Van;

<sup>2</sup>SB. SBÜ Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Van;

<sup>3</sup>SB. SBÜ Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Van

**Amaç:** Behçet hastalığı (BH), tekrarlayan oral aft, genital ülser, üveit, deri, damar, eklem, gastrointestinal ve sinir sistemi tutulumu ile giden idiopatik, kronik sistemik bir vaskülitidir. Behçet hastalarında, nörolojik tutulum sıklığı düşük olmasına rağmen morbidite ve mortalitesi yüksektir. Burada tromboflebit'den sonra gelişen Nörobeçet'li bir olgu sunulmaktadır.

**Olgu:** 27 yaşında kadın hasta, 5 yıl önce tekrarlayan oral aft, genital ülser ve üveit ile BH tanısı almış. Bilateral panüveit nedeniyle metilprednizolon (MP), azatiyopürin (AZA) ve Siklosporin-A kullanmış. Ocak 2014 tarihinde interferon alfa-2b (İFN) tedavisine geçilmiş. 2 yıl ataksız seyretmesi üzerine İFN'nu kesildi. Kolşisin 2x1 tb devam edildi. Temmuz 2016'da, sol uyluk bölgesinde tromboflebit gelişti. Hastaya kolşisin 3x1 tb ve im deposteroid verildi. Bir hafta sonra tromboflebit'in düzeldiği görüldü. 1 haftadır, her iki bacakta yeni gelişen, uyuşukluk ve yürüme güçlüğü vardı. Her iki alt ekstremitede 3/5 kas zaafı, T8'den itibaren seviye veren duyu kusuru saptandı. Üst ekstremiteler normaldi. DTR'leri iki yanlı canlı ve Babinski refleksi bilateral cevapsızdı. Nöroloji servisine yatış yapıldı. Lomber ponksiyonda, BOS'da 250/mm<sup>3</sup> lökosit saptandı. BOS proteini 94 (0-45) mg/dl idi. Gram boyama, ARB ve BOS kültürü menfi idi. Servikal ve torakal MRG'de T2 ağırlıklı incelemelerde C6-7'dan başlayıp T10 seviyesine kadar uzanım gösteren hiperintens görünüm tespit edildi (Şekil PS-181a,b). Kranial ve lomber spinal MRG normaldi. Hemogram ve tüm biyokimyasal testleri normaldi. Hepatit B-C, HIV, Brusella ve VDRL negatif idi. BOS incelemesi, kültür, seroloji ve MRG ile olası diğer nedenler dışlandıktan sonra BH'na bağlı spinal kord tutulumu düşünüldü. 10 gün süreyle 1 g İV pulse MP verilmesi planlandı. Tedavinin 3. gününde kliniğinde düzelmeye gözlemlendi. Tedaviye haftalık pulse steroid ve oral MP ile devam edildi. Bulanıklık görme nedeniyle yapılan oftalmolojik değerlendirmede; bilateral görme keskinliği; 10/10 idi. Biyomikroskopik muayenede sağda vitreusda 1+ hücre izlendi. Fundus muayenesi ve OCT normaldi. Üveit aktivasyonu saptanmadı. Siklofosamid önerildi, kabul etmemesi üzerine AZA 100 mg/gün başlandı. 1 ay sonraki kontrolde duyu muayenesi normaldi ve kas gücü tamma yakındı. Halen günde 150 mg AZA ve 8 mg MP almaktadır.

**Sonuç:** Behçet hastalığında %5-10 oranında santral sinir sistemi tutulumu görülmekte ve Nörobeçet sendromu olarak adlandırılmaktadır. Panüveit veya posterior üveit gelişiminden sonra daha sık görülür. Nörolojik bulgular parankimal veya parankim dışı bulgular olarak ayrılır. En sık parankimal tutulum gelişir (%80)



**Şekil (PS-181):** T2 ağırlıklı servikal ve torakal spinal MRG'de sagittal kesitlerde C6-7'den başlayıp T10 seviyesine kadar uzanan diffüz sinyal artışı görülmektedir (a, b) .

ve prognozu daha kötüdür. Sıklıkla beyin sapı, bazal ganglionlar, beyin hemisferleri ve spinal kord tutulumu ile seyredir. BH'da spinal kord tutulumuna nadiren rastlanmaktadır. Çalışmalarda lezyonların özellikle servikal spinal kordu tuttuğu, iki segmentten uzun olduğu ve bazılarının beyin sapına uzanabildiği gösterilmiştir. Nörobeheçet'de tromboflebit oranı yüksektir.

**Anahtar sözcükler:** Behçet, nörolojik tutulum, tromboflebit

## PS-182

### Lupus antikoagulan-hipoprotrombinemi sendromu:

#### Vaka sunumu

Mustafa Ferhat Öksüz<sup>1</sup>, Ahmet Bilgehan Şahin<sup>2</sup>, Safiye Elif Orhan<sup>2</sup>, Belkıs Nihan Coşkun<sup>3</sup>, Yavuz Pehlivan<sup>3</sup>, Ediz Dalkılıç<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Bursa; <sup>2</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa; <sup>3</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

**Amaç:** Lupus antikoagulan-hipoprotrombinemi sendromu (LAHS); lupus antikoagulanı ile birlikte kazanılmış Faktör II eksikliğiyle karakterize son derece nadir görülen bir hastalıktır. Literatürde 100'den az vaka bildirilmiştir. Lupus antikoagulan varlığı arteriyel ve venöz tromboz ile ilişkilidir. Fakat bu sendromda; gelişen anti Faktör II antikorlarına sekonder klinikte kanama ön plandadır. Bu vakada; LAHS tanısı koyduğumuz lupus hastası sunmaktayız.

**Olgu:** 26 yaşında, 1 yıldır idiopatik trombositopenik purpura (İTP) tanısıyla merkezimiz hematoloji bölümüne takip edilen bayan hasta ANA pozitifliği saptanması üzerine tarafımıza konsulte edilmiş. Hasta tarafımıza başvurduğunda en önemli şikâyeti diş eti kanmasıydı. Hastanın 1 yıldır steroid tedavisi aldığı ve steroide refrakter İTP kabul edilerek splenektomiye yönlendirildiği; portal ven trombozu sonrası antikoagulan başlandığı öğrenildi. Yapılan fizik muayenesinde tansiyonu 105/70 mmHg, nabızı 88, ateşi 36.9'du. Solunum sistemi, kardiyovasküler sistem ve batin muayenesi normaldi. Artrit ve döküntüsü yoktu. Hastanın laboratuvar incelemesinde biyokimyasal tetkikleri doğaldı. Lökosit sayısı 6550, hemoglobin 9.3 g/dL, trombosit sayısı 650900 saptandı. PT>120, aPTT: 78.4 bulundu. Hastanın warfarin tedavisi kesildi, ileri tetkik edildi. ANA

ileri dilüsyonda 1/320 pozitif ve Anti-dsDNA pozitif saptandı. Hastanın kompleman düzeyleri normal; Coombs testi negatifti. Lupus antikoagulanı ve Antikardiyolipin IgG pozitif saptandı. Hastanın takipte warfarin almamasına rağmen PT ve aPTT sini uzun olması üzerine mixing testi yapıldı. Mixing testinde PT'si düzelen hastanın faktör aktivite testi çalışıldı. Faktör II, VII, IX ve X aktivite testi düşük saptandı (Tablo PS-182). Faktör inhibitörleri negatifti. Hastaya Lupus zemininde gelişen LAHS tanısı kondu. Hastaya pulse steroid ve Rituximab yapıldı. Hastanın takipte PT ve aPTT'si normale döndü. Komplikasyonsuz takibine devam edilmekte.

**Sonuç:** Lupus antikoagulan-hipoprotrombinemi sendromu (LAHS) oldukça nadir bir sendromdur. Sendrom genelde çocuklarda ve genç yetişkinlerde daha siktir. Viral enfeksiyonlara sekonder gelişebileceği gibi SLE gibi otoimmün hastalıkların seyrinde de görülebilir. Patogenezde FII ye spesifik, diğer faktörlere non-spesifik bağlanıp faktörlerin hepatik klerensini artıran antikorların gelişimi rol oynamaktadır. Klinik olarak kanamalar ön planda olmakla birlikte bazı vakalarda lupus antikoagulan ilişkili tromboz da eşlik etmektedir. Viral enfeksiyona sekonder gelişen LAHS kendini kısıtlar, prognozu son derece iyidir. Fakat otoimmün hastalık ilişkili LAHS daha dirençlidir, relapslarla seyredir. Tedavide temel olarak faktör inhibitörlerini baskılamak için immunsupresyondur. Steroid, siklifosfamid, IVIG, rituximab seçeneklerden bazılarıdır. Sonuç olarak kanama diyatezi ile presente hastalarda kalıtsal faktör eksikliği ve inhibitörü dışlanınca LAHS ön tanılardan biri olmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Lupus antikoagulan-hipoprotrombinemi sendromu, sistemik lupus eritematozus

## PS-183

### Sklerodaktili, perikardiyal kalsifikasyon: Olgu sunumu

Ali Şahin<sup>1</sup>, Gökhan Toksoylu<sup>2</sup>, Mahmut Uzun<sup>2</sup>, Ayşe Camcı<sup>1</sup>, Murat Karakoç<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas; <sup>2</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sivas

**Amaç:** Bağ dokusu hastalığı genel bir terim olup daha çok belirli bir hastalığın klinik bulgularını tam olarak karşılamayan grubu oluşturur. Kalsinozis, Raynaud, özefagus motilite bozuk-

**Tablo (PS-182):** Faktör aktivite testi.

<b>Tedavi öncesi kanama profili</b>			
aPTT: 78.4 sn	PT: >120 sn	INR: >9.5	
<b>Karışım (Mixing testi)</b>			
aPTT (önce): 48 sn	PT (önce): 67.7	aPTT (sonra): 31 sn	PT (sonra) 15.5 sn
<b>Faktör düzeyleri (Tedavi öncesi)</b>			
FII: 17.4 (70-120)	FV: 75.14 (50-140)	FVII: 4.9 (50-150)	
FVIII: 145 (70-150)	FIX: 8.78 (70-120)	FX: 5.02 (70-150)	
<b>Faktör inhibitör düzeyleri</b>			
FVIII inhibitör: 0 bedhesta IU/ml		FIX inhibitör: 0 bedhesta IU/ml	
<b>Tedavi sonrası kanama profili</b>			
aPTT: 27.9 sn	PT: 11.7 sn	INR: 0.95	

luğu, sklerodaktili, telenjektaziler bir arada varlığı bize CREST'i düşündürür. Fakat bazen tüm bulgular bir arada olmayabilir. CREST sıklıkla bayanlarda görülür. Biz burada başlıca sklerodaktili, perikardiyal kalsifikasyonu olan erkek hastayı sunmak istedik.

**Olgu:** 53 yaşında erkek hasta 1 yıldır her iki ayak bileği ve el bileğinde şişlik ve ağrı, ciltte gerginlik hissi, progresif efor dispnesi şikayetleriyle başvurdu. Hastanın 1 yıldır aralıklı el ve ayak bileklerinde şişlik ve ağrıları oluyormuş. Bu şikayetlerle başvurduğu dış merkezde dahiliye, kardiyojloji ve göğüs hastalıklarına muayene olmuş. Yapılan tetkiklerinde perikardiyal kalsifikasyon saptanmış. Hasta ileri inceleme amaçlı merkezimize yönlendirilmiş. Hastanın sorgusunda yaklaşık 1 aydır her iki el ve ayak bileğinde şişlik ve hassasiyet mevcuttu. Kızarıklık ve ısı artışı yoktu. Hasta sabah tutukluğu tariflemiyordu, bel ve topuk ağrısı yoktu. Oral aft ve genital yara tariflemiyordu. Hastanın 1 yıl öncesine göre efor kapasitesinde belirgin azalma olduğu öğrenildi. Disfaji tariflemiyordu. Özellikle soğuk havalarda el ve ayak parmak uçlarında morarma olduğunu ifade ediyordu. Yüz ve el derisinde gerilme tarifliyordu. Yine hastanın daha önceden bilinen kalp ve akciğer hastalığı olmadığı saptandı. Fizik muayenede sklerodaktili, raynaud fenomeni pozitif, sağ akciğerde solunum sesleri azalmış, her iki ayak bileği ve el bileğinde şişlik ve ağrı mevcuttu. Aktif artrit bulgusu yoktu. Pretibial ödem saptanmadı. Juguler dolgunluğu yoktu. Kardiyolojik muayenede S1-S2 ritmik üfürüm ve ek ses saptanmadı. Göz muayenesinde kızarıklık, ağrı yoktu. Laboratuvar sonuçlarında ANA, ANTI-CCP, ds-dna, RF, scl-70 negatifti. Sedim: 32 mg/dl, CRP: 6.38 mg/dl olarak saptandı. WBC: 5.86, hb: 13.8, plt: 196.000, bft ve kçft, elektrolitler normaldi. Tam idrar tetkikinde proteinüri görülmedi. Hepatit markerları negatifti. PA akciğer grafisinde sağ akciğerde plevral effüzyonu olduğu görüldü. Hastaya çekilen toraks bt'de sağ hemitoraksta en kalın yerde 3 cm'e ulaşan ve majör fissura uzanım gösteren plevral effüzyon saptandı. Perikardda yaygın kalsifikasyon görüldü (Şekil PS-183). Eko ve sft-dlco çekildi. Eko'da ef: %55 minimal ty ve restriktif patern saptandı. sft-dlco'da fvc: %56, fev1: %55 fev1/fvc: %98 olarak saptandı. Abdomen USG'de HSM yok, perikolesistik alanda minimal serbest sıvı saptandı.



Şekil (PS-183): Toraks BT'de görülen perikardiyal kalsifikasyonlar.

**Sonuç:** Perikardiyal kalsifikasyon bağ dokusu hastalıklarında sık rastlanılan bir bulgu olmasına karşın, sklerodermada beklenen bir bulgu olarak düşünülmemektedir. Bu hastada perikardiyal kalsifikasyon açısından anamnez ve laboratuvarında enfeksiyöz, malign ve diğer kronik tanılardan uzaklaşıldı. Bu gibi vakalarda kapilleroskopik inceleme, semptomatik tedavi ve takip önemlidir.

**Anahtar sözcükler:** Sklerodaktili, perikardiyal kalsifikasyon

## PS-184

### Hermansky-Pudlak sendromu ve SLE birlikteliği olan olgu

Elif Er Gülbezer, Figen Yargucu Zihni

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

**Amaç:** Hermansky-Pudlak sendromu (HPS) okülokütanöz albinizm, trombosit agregasyon bozukluğu ve lizozomal seroid birikimi ile karakterize, otozomal resesif kalıtılan, nadir bir hastalıktır. Tüm dünyada prevalansı 1/500.000, Porto-Rikolularda 1/1800'dir.

**Olgu:** 35 yaşında, albinizmi olan kadın hasta. İlk kez 18 yaşında hemoptizi sonrası ciddi trombositopenisi saptanmış. ANA, anti-dsDNA ve antifosfolipid antikorları pozitif olan hastada eş zamanlı proteinüri nedeniyle renal biyopsi planlanmış. Ancak biyopsiyi reddetmesi üzerine hasta sistemik lupus eritematozus (SLE) tanısıyla 6 yıl steroid tedavisiyle izlenmiş. Steroid tedavisi sonrası trombositopeni ve proteinüride düzelmeye meydana gelmiş. Sonrasında tedavisini kesen ve takibi olmayan hasta romatoloji kliniğine eklem ağrısı, ciltte kolaylıkla çıkan morluklar ve yüzde döküntü şikayetiyle başvurdu. Romatolojik sorgulamasında el-ayak bileği ve dizlerde artralji, fotosensitivite, malar rash, özellikle damakta ve dil ucunda ara ara çıkan aftöz lezyonlar, ağız kuruluğu, serözit, ishal ve kabızlık atakları mevcuttu. Fizik muayenesinde okülokütanöz albinizmi, nistagmusu, ciltte yüzeysel hafif ekimotik alanlar ve damakta aftöz lezyonu olduğu gözlemlendi. Akut faz yanıtları, kan sayımı, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri ile idrar tetkikleri normal olan hastada ANA 1/640 granüler, 1/160 anti-lamin ve 1/320 lizozomal pozitif. Anti-dsDNA ve anti-SSA 2+ olarak saptandı. C3 düşük, C4 normal, antifosfolipid antikorları negatifti. Trombosit normal olan hastanın trombosit agregasyon testlerinde ADP ve epinefrinle hafif bozulma saptandı. Göz muayenesiyle saptanan iriste pozitif translüminasyon, hipoplazik makula, ince koroid, nistagmus ve 1/10 düzeyindeki görme oküler albinizmi desteklemekteydi. İshal ve kabızlık atakları olan hastaya yapılan kolonoskopi normal saptandı alınan biyopsilerde seroidle yüklü makrofajlar görüldü. Hasta okülokütanöz albinizm, trombosit agregasyon bozukluğu, kolon biyopsisinde saptanan seroid yüklü makrofajlar ile birlikte HPS olarak değerlendirildi. Otoantikor pozitifliği, fotosensitivitesi, malar döküntüsü, aftöz lezyonları, artraljisi, serözit atakları, trombositopeni ve proteinüri hikayesi olan hasta aynı zamanda SLE olarak değerlendirildi ve takibe alındı.

**Sonuç:** SLE ile birlikte görülen 2 HPS vakası yayınlanmıştır. İki vakada da bizim vakamızda olduğu gibi cilt ve mukoza bul-

guları, artralji, serözit ile birlikte lupus nefriti mevcuttu. HPS geninde meydana gelen mutasyonlar sonucu lizozomal fonksiyonlarda bozulma yaşandığı bilinmekte, patogenezi SLE'de de gösterilmiş ortak lizozomal proteinlerden (lamp-1 ve lamp-2) bahsedilmektedir. Aynı zamanda HPS hastalarında albinizm ve fotosensitiviteyle birlikte artan apoptotik keratinosit ürünlerinin otoantijen oluşumunu indüklenmesi hipotezler arasındadır.

**Anahtar sözcükler:** Hermansky-Pudlak sendromu, sistemik lupus eritematozus

## PS-185

### Ankilozan spondilit ve kondrokalsinozis birlikteliği

Fatih Sarıtaş<sup>1</sup>, Mehmet Ali Balcı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Tekirdağ Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Tekirdağ; <sup>2</sup>Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne

**Amaç:** Kondrokalsinozis hyalin ve/veya fibrokartilajın kalsifikasyonuna verilen isimdir. Kıkırdakta kalsiyum pirofosfat dihidrat depolanması ile kendini gösteren radyolojik veya patolojik bir durumdur. Genellikle CPPD hastalarında görülmekle birlikte bu hastalığa mutlak spesifik bir durum değildir. Prevelansı yaşla birlikte artar ve 60 yaş üzerinde dramatik bir artış gösterir. Daha erken yaşlarda kondrokalsinozise neden olan metabolik bir hastalık veya ailesel hastalık varlığı genellikle gözlenir. En sık fibrokartilaj etkiler (özellikle diz menisküsleri, el bileği triangular kıkırdak ve simfizis pubis) fakat aynı zamanda hyalin kıkırdakta (özellikle diz, glenohumoral eklem, kalça) lineer birikimler şeklinde subkondral kemiğe paralel ve ayrı olarak görülür. Ankilozan spondilit spondiloartritler denilen hastalık grubunun prototipidir. Özellikle genç erişkinlerde görülen bu hastalığın tipik özellikleri inflamatuvar karakterde bel ağrısı, radyografik olarak gösterilen sakroiliit, spinal mobilitede azalma, HLA B27 ile ilişki, ve pozitif aile öyküsüdür.

**Olgu:** 65 yaşında erkek hasta, bilinen hastalık öyküsü yok. 1 yıldır diz ve bel ağrısı yakınması mevcut. Ortopedi tarafından görüldükten sonra ankilozan spondilit ön tanısıyla Romatoloji polikliniğine

yönlendirilmiş. İnflamatuvar karakterde bel ağrısı tarifliyor. Se-def hastalığı, inflamatuvar bağırsak hastalığı ve üveit öyküsü yok. Yapılan tetkiklerinde ESR: 66 mm/h, CRP: 3.2 mg/dl, hgb: 12.6, WBC 9400, plt 360.000, ürik asit 7.8 tespit edilmiş. Lomber MR'da skolyoz, vertebrada osteofitik değişiklikler (spondiloar-tropati?) görülmüş. Sol diz MR'ında tibiofemoral eklemden sıvı azalması, suprapatellar bursada sıvı artışı, pelvis MR'ında ise sol sakroiliak eklem mesafesinde daralma görülmüş akut sakroiliit tespit edilmemiş. Diz eklemine direk grafide incelenmesinde kondrokalsinozis görülerek hastada Ankilozan spondilit ve kondrokalsinozis birlikteliği düşünülerek kolşisin tb ve NSAİİ başlandı (Şekil PS-186). Takiplerinde hastanın yakınmaları azaldı. Akut faz yanıtları geriledi.

**Sonuç:** Ankilozan spondilitin olağan başlangıç semptomu bel ağrısıdır. Aksiyal omurga tutulumu karakteristik özelliği olmakla birlikte periferik artrit bu hastalarda az olmayan oranlarda görülmektedir. Periferik küçük eklemler nadiren etkilenmesine rağmen kalça omuz ve diz eklemleri gibi büyük eklem tutulumu %50 ye varan oranlarda gözlenmektedir. Yine kondrokalsinoziste diz eklemi sık tutulan eklemlerdendir. Birlikteliği az gözlenmekle beraber, özellikle yaşlı hastalarda, diz gibi bir büyük eklem tutulumunda kristal depo hastalığı akla getirilmeli ve hasta bu yönden incelenmelidir.

**Anahtar sözcükler:** Ankilozan spondilit, kondrokalsinozis

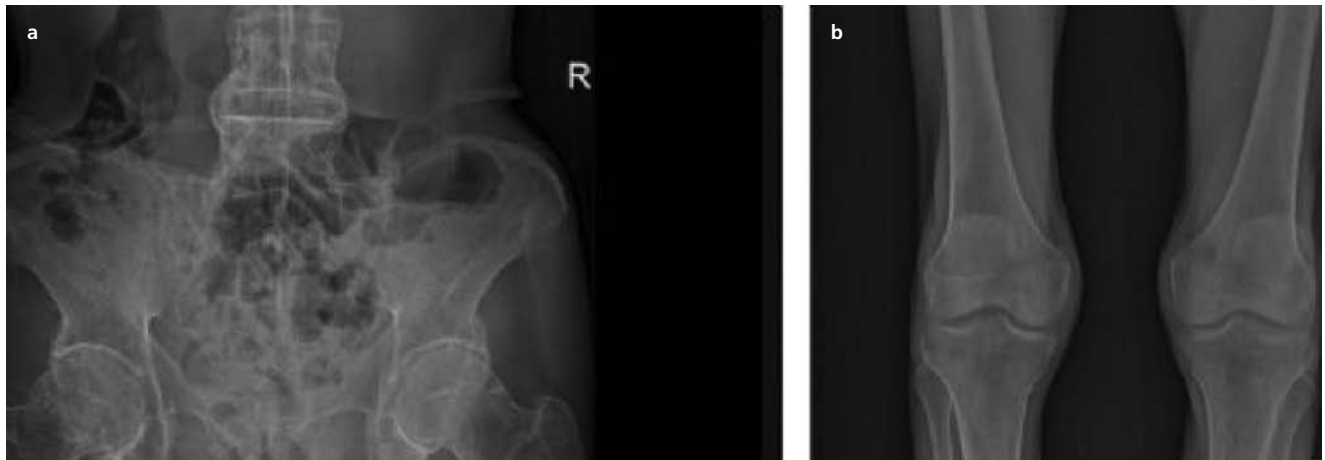
## PS-186

### Burun tıkanıklığı ile gelen hastada granümatöz polianjitis (Wegener): Olgu sunumu

Ayşe Camcı<sup>1</sup>, Muhammed Emre Urhan<sup>2</sup>, Esmâ Bayrak<sup>2</sup>, Mahmut Uzun<sup>2</sup>, Mustafa Dinler<sup>2</sup>, Mehmet Emin Derin<sup>1</sup>, Ali Şahin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas; <sup>2</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sivas

**Amaç:** Wegener granümatozu (GPA), c-ANCA ilişkili vaskülit olup nekrotizan, orta çaplı damar tutulumu ile karakterizedir. Üst solunum yolu (ÜSY), akciğer, böbrek tutulumu sık



Şekil (PS-185): (a) Sol sakroiliak eklem mesafesinde daralma ve (b) dizde kondrokalsinozis.

görülür. Biz ön planda lokal semptomlarla başvurarak sistemik karakter kazanan genç vakamızı paylaşacağız.

**Olgu:** 22 yaşında kadın, burun tıkanıklığı ile yapılan KBB muayenesinde bilateral nazal ülserler saptandığından romatolojiye başvurdu. Sistem sorgusunda ek romatolojik şikayet ve muayene bulgusu saptanmadı. Akciğer tomografisi ve 24 saat idrar proteini normaldi. Otoantikör incelemede c-ANCA 2+ saptanan hasta sınırlı GPA kabul edilerek steroid, metotreksat, baktrim profilaksis verildi. Takiplerinde burun kanaması dışında şikayeti olmadı. 10 ay sonra rutin kontrolünde sedimentasyon: 122, CRP: 75, TİT de hematüri, 24 saat idrar protein düzeyi 70 mg/gün, kreatinin 0.5, fizik muayenede sağ dizde ve sol ayak bileğinde artrit ve akciğer muayenesinde yer yer raller saptanarak yatırıldı. Akciğer grafide konsolide alanlar, tomografide ise yer yer nodüller ve kaviter lezyonlar (Şekil PS-186) saptanan hastaya sistemik tutulum açısından rituksimab ve pulse steroid başlandı.

**Sonuç:** GPA her yaşta fakat en sık 50–75 yaşlarında olmak üzere, 5/100.000 insidans ile nadir, relaps ve remisyonlar ile giden bir hastalıktır. Lokalize tutuluma sistemik tutulumla ilerleyebilir. ÜSY semptomları %80–100 oranında görülür. Böbrek, akciğer gibi majör organ tutulumu olmaksızın sadece ÜSY tutulumu ya da deri tutulumu, lokalize hastalık denir. Lokalize tutulumda metotreksat etkin bir tedavi seçeneğidir. ÜSY ve akciğer tutulumu relaps olabileceğini gösteren kötü prognostik faktörlerdir. Lokalize tutulum ile gelen hastaların da sistemik karakter kazanarak agresif gidişat sergileyebileceği unutulmamalı ve bu hastalar yakın takip edilmelidir. direkt grafiçoğu zaman normalgibi görünsede BT dekaviter lezyonlar saptanabilir. GPA'nın uzun dönem tedavisinde RTX özellikle genç hastalarda infertilite riski içermediğinden etkin ve güvenilir bir tedavi seçeneğidir. Bu hastalarda ayrıca TMP/SMX profilaksisi unutulmamalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Granülomatöz polianjiit, rituksimab



Şekil (PS-186): Radyografi ve tomografi görüntüleri.

## PS-187

### Sistemik lupus eritematozus ile sarkoidoz birlikteliği mi yoksa IgG4 ilişkili hastalık mı?

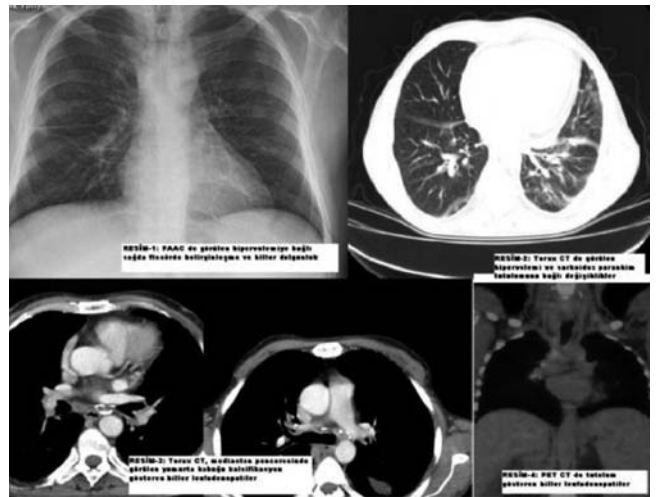
Ayşe Camcı<sup>1</sup>, Yasemin Acısu<sup>2</sup>, Murat Karakoç<sup>3</sup>, İpek Zan<sup>2</sup>, Gökhan Toksoylu<sup>2</sup>, Mehmet Emin Derin<sup>1</sup>, Ali Şahin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas; <sup>2</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sivas

**Amaç:** Sistemik lupus eritematozus (SLE) multisistem tutulumu yapabilen otoimmün bir hastalıkken, sarkoidoz (SC) lenf nodları (LN) ve dokuların kronik granülomatöz inflamasyonu ile karakterize sebebi bilinmeyen bir hastalıktır. Yıllardır SLE olarak takip edilen hastada asıl tanıyı tartışmayı amaçladık.

**Olgu:** 48 yaşında erkek hastaya artralji, artrit, bacaklarda şişlik ve proteinüri, anti-ds DNA ve ANA pozitifliği ile 2013 yılında SLE tanısı konularak azatiopürin, hidroksiklorokin başlanmış. Bir yıl takipsiz kalan ve ilaçlarını kullanmayan hasta karında ve bacaklarda şişlik ile gastroenteroloji tarafından kriptojenik karaciğer sirozu tanısı almış. PETBT'de mediasten ve batında LN, pankreas başında kitlesel lezyonda patolojik tutulum saptanmış. Diagnostik laparotomi ile alınan LN, pankreas ve karaciğer biyopsisinin non kazeifiye kronik granülomatöz reaksiyon saptanması üzerine bize yönlendirilmiş. Nefes darlığı, halsizlik, artralji ve ödem şikayeti olan hastanın tens asit, bilateral 2+ pretibial ödem ve hafif iktter, AST: 59, ALT: 98, kreatinin 0.8 t. Bilirubin: 2, albümin: 2.8, ANA IFA ve elisada 2+, anti ds DNA pozitif, hemoglobin: 8, beyaz küre: 1200, trombosit: 78000 sedimentasyon: 80, CRP: 76, PAAC'de bilateral hiller dolgunluk, tomografide yumurta kabuğu kalsifikasyon gösteren hiler LN saptandı. Bu aşamada SC ve SLE birlikteliği olabileceği düşünüldü. IgG4 500 gelmesi üzerine IG G4 ilişkili hastalık tanısı aklageldi. Hidroksiklorokin ve steroid tedavisi ile parasentez ihtiyacı ve ödemi tamamen geriledi. Sitopenisi, hipoalbuminemi ve akut fazları düzelen hastaya metotreksat başlandı.

**Sonuç:** SLE ve SC'da artrit, artralji, ateş, lenf nodu, hepatit gibi benzer birçok bulgu ortak görülebilmektedir. SC'da ANA pozitifliği görülebilir, anti dsDNA pozitifliği SLEye özgüdür. SC'da sık-



Şekil (PS-187): Radyografi, tomografi ve PET BT görüntülemeleri.

lıkla görülen akciğer tutulumu SLE tutulumu ile karışabilir. SC birçok hastalığın kliniğini taklit edebilmekte ve tanıda yanıltıcı bir yol açmaktadır. Fakat günümüzde benzer vakalarda özellikle IgG4 ilişkili hastalık da akılda tutulmalıdır. Hastamızda ön planda olan hepatit ile pankreas başında kitlesel görünüm bu hastalıklarda görülebilir. Fakat SLE'de kronik karaciğer hastalığına yol açabilecek uzun bir seyirden ziyade daha çok ataklar şeklinde hepatit gözlenir. Kronik seyir ve buna bağlı gelişen asit SC ya da IgG4 ilişkili hastalıkta daha sıklıkla saptanan ve bildirilen bulgulardır.

**Anahtar sözcükler:** Sarkoidoz, SLE, IgG4

## PS-188

### İmmünesupresif hastalarda gözardı edilmemesi gereken bir konu: Salmonella enfeksiyonu

Ayşe Camcı<sup>1</sup>, Muhammed Emre Urhan<sup>2</sup>, Esmâ Bayrak<sup>2</sup>, Mahmut Uzun<sup>2</sup>, Mehmet Emin Derin<sup>1</sup>, Mehtap Şahin<sup>1</sup>, Ali Şahin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas; <sup>2</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sivas; <sup>3</sup>Sivas Numune Hastanesi, Sivas

**Amaç:** Salmonella çiğ süt, süt ürünleri, tavuk, yumurta, meyve sebze tüketilmesi ile bulaşan ön planda enterik olmak üzere lokal ya da septisemik enfeksiyonlara yol açabilen bir hastalıktır. İntestinal, safra yolu, lenfoid sistem, kemik iliği tutulum bulgularından abse ye kadar uzanan oldukça geniş yelpazede klinik görülebilir. Kliniğimizde takipli, salmonella saptanan iki hastamızı sizle paylaşacağız.

**Olgu 1:** 63 yaşında erkek hasta, ani görme kaybı ile başvurması üzerine yapılan tetkiklerinde anterior iskemik nöropati saptanması ve sedimentasyon yüksekliği ile kliniğimize başvurdu. Çene klavikulyosunu, sol hemikraniyel bölgede, omuz ve kalça kuşağında ağrısı olan hastanın el PIF ve MKP'lerde sol omuz ve dizlerde hassasiyet mevcuttu. CRP: 150, sedim: 100, RF, CCP, ANCA, ANA ve alt grupları negatif. EKO normal ve kan kültüründe üreme saptanmadı. Temporal arter; USG'de halo sign, biyopsisinde: arterit saptandı. Temporal arterit tanısı ile pulse steroid, idame steroid, metotreksat, hidroksiklorokin başlandı. Leflunomid eklenen hastanın şikayetlerinin devam etmesi üzerine infliximab başlandı. Anti TNF'nin 3. ayında sağ dizde artrit, ateş ile gelen hastanın ponksiyon kültüründe salmonella üredi. MR görüntülemelerinde kalça ve diz lojunda abse saptanan hastaya debridman yapılarak antibiyotik başlandı.

**Olgu 2:** 72 yaşında erkek hasta, el eklemlerinde şişlik şikayeti ile başvurdu. 3 ay önce mkp lerde el bileğinde artrit ve sedimentasyon: 100, CRP: 150 RF, CCP ve otoantikolar negatif saptanan hastanın torako-abdominopelvik BT'leri normal yorumlanmış. Seronegatif RA ile steroid leflunomid ve hidroksiklorokin başlanmış. Kliniği iyi iken tekrar şikayetleri başlayan ve ateşi olan hastanın kan kültüründe Salmonella spp üremesi saptandı.

**Sonuç:** Salmonella septisemi esnasında abselere sebep olabilir. İmmünkompetan hastalarda da görülebilmektedir. İmmünesupresif tedavi bu riski artırmaktadır. Sadece eklem tutulumu ile prezente olması klinik olarak sık beklenen bir bulgu değildir. İmmünesupresif hastalarda birçok enfeksiyon görülebilmektedir fakat salmonella sık akla gelmediğinden gözden kaçabilir. Romatoid artrit ile takipte olan immünesupresif tedavi altında abse-

leri oluşan vakalar bildirilmiştir. Bizde sizle kliniğimizde takip edilen iki Salmonella olgusunu paylaşmak istedik.

**Anahtar sözcükler:** Salmonella, artrit, immünesupresif

## PS-189

### Spondiloartriti taklit eden bir olgu:

### Spondilit ile prezente infektif endokardit

Neslihan Gökçen<sup>1</sup>, Suade Özlem Badak<sup>2</sup>, Didem Arslan Taş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Adana; <sup>2</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Adana

**Amaç:** İnfektif endokardit (İE), sıklıkla kalp kapaklarını etkileyen endokardiyal yüzey enfeksiyonudur. Klinik seyre göre akut (6 hafta), subakut (6 hafta-3ay) ve kronik (>3 ay) olarak değerlendirilen İE'de etkenler genellikle, Stapylococcus aureus, Streptococcus pyogenes, Streptococcus pneumoniae, Neisseria gonorrhoeae, Enterokoklar ve Streptococcus viridansdır. Ateş, kilo kaybı, kas-eklem ağrıları gibi semptomları olabilen İE, fokal veya özgül olmayan nörolojik semptom ve bulgular, vasküler ve immünolojik olaylar ve romatolojik bulgular gibi birçok komplikasyon ile ilişkilidir. Spondilodiskit ve spondilit etiolojisinde İE önemli bir etkidir. Bu olguda, ön planda spondiloartrit düşünülen, spondilit kliniği ile prezente olan İE tanısı konulan hasta sunulmuştur.

**Olgu:** 43 yaşında kadın hasta bel ağrısı ve ara sıra yükselen ateş nedeniyle kliniğimize yatırıldı. Hastanın öyküsünden bel ve sırt ağrılarının 1.5 ay önce başladığı, ara sıra özellikle geceleri yükselen ve 39 dereceyi bulan ateşi ve gece terlemesi olduğu, ağrıları nedeniyle gece uykudan uyandığı, sabahları 1 saat süren tutukluğu olduğu ve hareketle rahatladığı öğrenildi. Kilo kaybı, eklem ağrısı ve şişliği, baş ağrısı, karın ağrısı, vücutta döküntü şikayeti olmayan ve hayvancılık ile uğraşan hasta; bu şikayetler ile dış merkeze başvurmuş, ön planda bruselloz olabileceği düşünülmüş ve araştırılmış fakat bir patoloji saptanmamış. Hastada, öyküsü sonrası bruselloz ve spondiloadropati ön tanıları düşünüldü. Hastanın fizik muayenesinde; Ateş: 37.5, vitalleri stabildi. Bel fleksibilitesi azalmış, FABER +/-, Schober: 4.5 cm, parmak ucu yer: 15 cm idi. Vertebral künt perküsyonla belirgin bir hassasiyeti yoktu. Akciğer sesleri doğal, kardiyak muayenesi doğaldı, ek ses ve üfürüm yoktu. Hastanın laboratuvar bulguları; beyaz küre: 10.5×103/mcl, Hb: 10.1 g/dl, Hct: 31.3, MCV: 78.6 fl, Cr: 0.58 mg/dl, CRP: 6.97 mg/dl, sedimentasyon: 38, Romatoid faktör: <20, HLA-B27 negatif saptandı.

**Sonuç:** Spondilit ve spondilodiskit ayırıcı tanısında İE akılda tutulmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** İnfektif endokardit, spondiloartrit, spondilit

## PS-190

### Ailevi Akdeniz ateşi ilişkili yeni ekson 2 (C311g) mutasyonu saptanan vaka

Soner Şenel<sup>1</sup>, Muhammet Doğan<sup>2</sup>, Yusuf Özkul<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri; <sup>2</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Kayseri

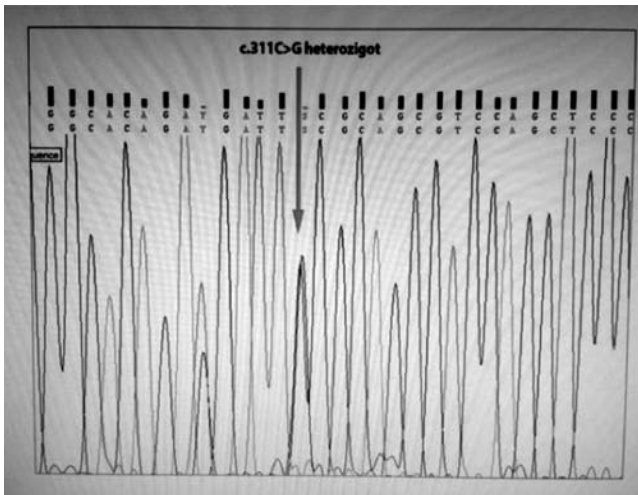


**Amaç:** Ailevi Akdeniz ateşi (FMF), ülkemizde ortalama 1/1000 prevalansa sahip olan bir hastalıktır. Son güncellemeye göre bildirilen mutasyon sayısı 314'tür. En sık mutasyonlar ekson 2 ve 10'da bulunmaktadır. Burada daha önce tanımlanmamış FMF ile ilişkili yeni mutasyon tanımlanmış bir vaka sunulacaktır.

**Olgu:** Yetmiş bir yaşında bayan hasta, ateş, titreme, göğüs, bögür, kol ve sırt ağrısı, karında şişkinlik şikayeti ile başvurdu. Hikayesinde bu şikayetlerin dönem dönem tekrarladığı ve bu şikayetler nedeni ile sık sık acil servise başvurduğu öğrenildi. Yaklaşık yirmi yıl önce şiddetli karın ağrısı nedeni ile batin operasyonu yapıldığı fakat bir sebep bulunamadığı söylenmiş ve sonrasında da dönem dönem karın ağrılarının devam etmiş. En son başvurduğu poliklinikte FMF'den şüphe edilmesi üzerine bölümümüze başvurdu. Detaylı romatolojik sorgulamada 3 gün geçmeyen 38 derece üzerinde tekrarlayan ateş, karın ağrısı ve plöretik atakları olduğu saptandı. Özgeçmişinde, eksploratif batin operasyonu, bahar allerjisi, esansiyel hipertansiyon mevcuttu. Soygeçmişinde aslen Yozgat kökenli ve sekiz çocuk sahibi olduğu öğrenildi ve birinci derece diğer yakınlarında FMF tanı veya bulgular yönünde net bilgi veremedi. Fizik muayenede kardiyak aritmi, batında operasyon skarı ve dizlerde kalınlaşma saptandı. Üniversitemiz Tıbbi genetik bölümünde periferik kandan DNA izolasyonu sonrası hedefe yönelik yeni nesil dizileme yöntemi ile MEFV geni analiz edildi. MEFV geninin 2. ekzonunda c.311C>G (p.Ser104Cys) heterozigot "missense" varyant tespit edildi. Daha sonra ABI 3130 cihazı (Applied Biosystems) ve BigDye Terminator v3.1 Cycle sequencing kiti (Applied Biosystems) kullanılarak Sanger dizileme ile bu varyant konfirme edildi (Şekil PS-190). Hastanın klinik olarak FMF uyumlu kabul edildi ve kolşisin 1.5 g/gün önerildi takiplerine henüz gelmediği için yanıt değerlendirilemedi.

**Sonuç:** Hastamız geriatrik yaşta olmasına rağmen yaklaşık 20 yıl öncesine dayanan kliniği FMF uyumlu olması ve MEFV geni 2. Eksonda daha önce tanımlanmamış hastalık ilişkili yeni bir mutasyon saptanmış ve bildirilmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Ailevi Akdeniz ateşi, ekson 2, mutasyon



**Şekil (PS-190):** Elektroferogramda ok c.311C>G (p.Ser104Cys) heterozigot mutasyonu göstermektedir.

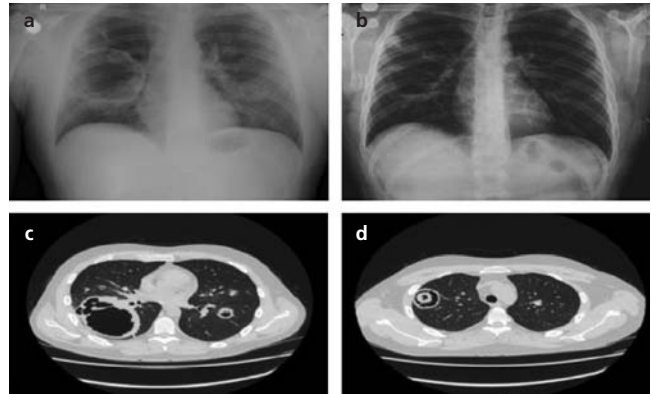
## PS-191

### Dev kaviterlerle seyreden bir granümatöz polianjitis vakası

Şule Ketenci Ertaş<sup>1</sup>, Kevser Gök<sup>2</sup>, Kemal Erol<sup>2</sup>, Gizem Cengiz<sup>2</sup>, Soner Şenel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri; <sup>2</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

E.E. 30 yaş erkek hasta, ülseratif kolit ve Sweet sendromu tanısı ile takipte olan hasta artrit gelişmesi üzerine Temmuz 2015'te dış merkeze Romatoloji Polikliniği'ne yönlendirilmiş. Toraks tomografisinde: Akciğer parankim alanlarının değerlendirilmesinde bilateral akciğerlerde etraflarında buzlu cam alanları bulunan nodüller ve asiner dansite artımları izlenmiştir (Wegener hastalığı?) ve yer yer boyutu büyük asiner dansite artımları içerisinde psödokaviter görünüm izlenmiştir. Nisan 2015 tetkiklerinde c-anca +, pr<sup>3</sup>>200, ana 1/100, ana profilleri -, diğer anca profili negatif gelince granümatöz polianjitis tanısıyla hastaya 1 g/ay siklofosamid verilmiş. Takipte 5 kez 500 mg/ay siklofosamid'e devam edilmiş. Mart 2016'da yapılan tetkiklerinde 1.2 g/gün proteinüri başlaması üzerine hastalık aktivasyonu olarak değerlendirilmiş. c-anca +, pr<sup>3</sup>: 165 olarak gelmiş. Böbrek biyopsisi: pauci-immün kresentik glomerulonefrit gelmiş. Nefrolojide 6 seans günaşırı plazmaferez yapılmış ve tekrar 1g/ay siklofosamid +pulse steroid tedavisi başlanmış. Takipte 1 kür daha siklofosamid almış. Yeniden siklofosamid almak için şubat 2016'da nefrolojiye gittiğinde çekilen PAAG'de akciğer kavitesinde büyüme görülmüş, mantar enfeksiyonu açısından araştırılmış fakat enfeksiyon çıkmayınca 1 kür daha siklofosamid almış. Mayıs 2016'da çekilen toraks BT: 'Akciğer parankim alanlarının değerlendirilmesinde her iki akciğerde çok sayıda büyüğü sağ akciğer alt lob süperiyor segmentte ~9,5x7.5 cm ölçüsünde içerisinde mural nodül bulunan çok sayıda kaviter lezyonlar izlenmiştir. Ayrıca yine her iki akciğerde bir kaç adet büyüğü solda fissür lokalizasyonunda ~10 mm ölçüsünde nodüller izlenmiştir. Hastada immün süpresyon var ise mantar enfeksiyonu ile uyumlu olarak düşünülmüştür. Wegener tanısı var ise Wegener kavitesi içerisinde mantar enfeksiyonunda düşünülmelidir' olarak raporlanmış. Hastada



**Şekil (PS-191):** Hastanın AC grafi ve BT görüntüleri. (a) Tedavi öncesi PAAG, (b) tedavi takibinde PAAG. (c) Kaviterlerinin BT'sinde orta zon kesiti, (d) kaviterlerin BT'de apeks kesiti.

mantar enfeksiyonu araştırılmış fakat akciğer enfeksiyonu dışlanmış. Hastalık aktivasyonu olarak değerlendirilmiş. Toplamda 6.5 g siklofosamid + yüksek doz steroid almasına rağmen kaviterin ilerlemesi üzerine rituksimab açısından tarafından tarafımıza yönlendirilmiş. Hasta haziran 2016 tarihinden itibaren polikliniğimizde takibe alındı. 1. kür ritüksimab (15 gün arayla T: 2000 mg) ve ardından 500 mg siklofosamid tedavisi verildi. Trimetoprim-sülfometoksazol 1x400 mg başlandı. Oral metilprednisolon dozu 48 mg'a çıkarıldı. Ayda bir 1 gram olmak üzere 2 kür daha siklofosamid verildi. Bu dönemde steroid dozu kademeli olarak azaltıldı. Hastanın Eylül 2016 kontrolünde PAAG çekildi ve kaviterde anlamlı küçülme tespit edildi. Hastanın sedimantasyon ve CRP değerleri geriledi. Öksürük ve nefes darlığı şikayetleri kayboldu. Akciğer grafisinde kavite boyutlarında küçülme tespit edildi. Hastanın tedavisi devam ediyor. Bu vaka granüloematöz polianjitis hastalığının mortal bir hastalık olduğunun ve yakın takip gerektirdiğinin hatırlatılması amacı ile sunulmuştur.

**Anahtar sözcükler:** Granüloematöz polianjitis, kavite, rituksimab

## PS-192

### Periferik eklem tutulumuyla gelen ankilozan spondilit olgusu

Öznur Kutluk, Ayça Ayşe Aytekin, Erdal Gilgil

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

Ankilozan spondilit (AS) özellikle sakroiliak eklemleri ve omurgayı etkileyen bir romatizmal hastalıktır. İlk semptom sıklıkla kronik inflamatuvar bel ağrısı ve tutukluktur. Hastalığın seyrinin genellikle kronik, sinsi ve semptomların zaman zaman silik olması nedeniyle tanı konulması gecikebilir. Biz de burada sunduğumuz olguda periferik eklem şikayetleriyle gelen, sırt ve bel ağrısı öyküsü olmayan, radyolojik olarak incelendiğinde AS'nin tipik radyolojik bulguları saptanan olguyu sunarak AS'de aksiyel tutulum olsa bile semptomların silik olabileceğini, periferik eklem tutulumuyla gelen hastalarda şikayet olmasa bile hastaların ayırıcı tanı açısından bu yönden de incelenmesi gerektiğini vurgulamak istedik. 49 yaşında erkek hasta sağ ayakta şişlik ve ağrı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Eklem şişliği 1 haftadır olan hastanın hikayesinde travma, yakın zamanda geçirilmiş enfeksiyon öyküsü yoktu. Özgeçmişinde 2 kez geçirilmiş üveit öyküsü vardı. Sistemik muayenesi normaldi. Hastanın muayenesinde sağ ayak bileği ve parmaklarında şişlik, hassasiyet ve ısı artışı vardı. Eklem hareketi her yöne ağrılıydı. Lokomotor sistem muayenesinde boyun antefleksiyon postüründe, bel öne fleksiyon postüründeydi. Boyun ve bel hareketleri her yöne kısıtlı olan hastanın göğüs ekspansiyonu: 2 cm, modifiye schober testi: 1 cm idi. Hastanın kalça muayenesinde her iki kalçada internal rotasyon kısıtlyken eklem hareketleri ağrısızdı. Hastanın diğer eklem muayeneleri normaldi. Laboratuvar tetkiklerinde hemogram normal, eritrosit sedimantasyon hızı (ESH) 49 mm/saat, C-reaktif protein (CRP) 4.8 mg/dl, romatoid faktör (RF) negatif, brucella negatifti. Hastanın radyolojik tetkiklerinde bilateral sakroiliak eklemlerde evre 4 sakroileit, bilateral koksofemoral eklemlerde simetrik daralma, lomber ve dorsal vertebralarda kareleşme, anterior ve posterior longitudinal liga-

man kalsifikasyonu, sindesmofitler, omurgada bambu kamışı görünümü ve kemik yapılarında yaygın osteopeni saptandı. AS tüm dünyada yaygın görülen, kalıcı harabiyete sebep olan, kronik bir hastalıktır. Özellikle sakroiliak eklemleri ve omurgayı etkileyerek, omurgada progresif ve asendan kemik füzyona yol açar. Omuz ve kalça dışında periferik eklem tutulumu nadirdir. Görüldüğünde ise genellikle hafif ve geçicidir, çoğu hastada eklem deformitesi yapmadan düzelir. Hastalar genellikle semptomların ne zaman başladığını kesin olarak söyleyemez ve ağrıyı lokalize edemezler. Hastalığın kronik ve sinsi olması, hastanın başka tanılarla takip edilmesine neden olur. Kullanılan analjezik ilaçlar ağrıyı baskılamak, fonksiyonel kısıtlılık gelişebilir ancak bu gelişme geniş bir zamana yayılır ve hastada hekime başvurma ihtiyacı oluşturmaz. Bizim olgumuzda olduğu gibi hasta periferik eklem tutulumu gibi akut bir tabloyla ya da üveit ile hekime başvurabilir. Periferik eklem şikayetleriyle gelen hastalarda tipik başvuru şekli olmasa da ayırıcı tanıda AS'de düşünülmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Ankilozan spondilit, periferik eklem, ayırıcı tanı

## PS-193

### Düşük doz metotreksat kullanımına bağlı gelişen pansitopeni ve stomatit

Hüseyin Yıldız<sup>1</sup>, Özge Yıldız<sup>2</sup>, Mustafa Volkan Demir<sup>1</sup>, İbrahim Taycı<sup>1</sup>, Adem Küçük<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Malatya Devlet Hastanesi, Dahiliye Kliniği, Malatya; <sup>2</sup>Malatya Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Malatya; <sup>3</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Konya

Romatoid artrit (RA), en sık rastlanan sistemik, otoimmün, simetrik olarak eklemlerde artrit yol açan, kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Hastalığın progresyonunu engellemek amacıyla hastalığı modifiye edici ilaçlar kullanılmaktadır. Bu grup ilaçlar içinde metotreksat (MTX) sıklıkla tercih edilir. MTX, folik asit metabolizmasını kompetitif olarak inhibe ederek deoksiribonükleik asit sentezinde bozulmaya neden olan bir antimetabolittir. Bu yazıda düşük doz metotreksat kullanan ve buna bağlı pansitopeni ve stomatit gelişen, RA tanılı, 76 yaşında bir kadın olgu sunuldu.

**Anahtar sözcükler:** Metotreksat, pansitopeni, stomatit

**Tablo (PS-193):** Hastanın hastaneye ilk başvurusunda ve taburculuğundaki tam kan sayımı.

	Başvuru esnasında kan sonuçları	Taburculuk öncesi kan sonuçları
WBC	880	5220
Hgb	9.7 g/dl	9.4 g/dl
Htc	%30.2	%30.3
MCV	95.9	97.6
Trombosit	147.000	319.000
Nötrofil	520 (%59)	2300 (%44.1)
Lenfosit	300 (%34.2)	1030 (%19.8)
Albümin	2.2 g/dl	2.2 g/dl
Kreatinin	0.70 mg/dl	0.81 mg/dl



Şekil (PS-193): Metotreksat alımına bağlı gelişen stomatit.

#### PS-194

*Bildiri geri çekilmiştir.*

#### PS-195

##### Uzman görüşüne göre primer Sjögren sendromu tanısı ile izlenen hastalarda farklı sınıflandırma kriterlerinin performansları, karşılaştırılması ve birlikte kullanılmasının tanıya katkıları

Zehra Kosuva Öztürk<sup>1</sup>, Handan Yarkan Tuğsal<sup>2</sup>, Gökçe Kenar<sup>2</sup>, Berrin Zengin<sup>2</sup>, Gerçek Can<sup>2</sup>, Fatoş Önen<sup>2</sup>, Nurullah Akkoç<sup>2</sup>, Ahmet Merih Birlik<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir;

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

**Amaç:** Sjögren sendromu (SS), azalmış gözyaşı ve tükürük bezi fonksiyonu ile karakterize kronik inflamatuvar bir hastalıktır. 1960'lı yıllardan beri klinik çalışmalarda kullanılmak ve bilimsel ortak dili sağlamak amacı ile birçok sınıflandırma kriteri ileri sürülmüştür. 1999 yılında, laboratuvar ve kliniğe dayalı, daha az invaziv olan matematiksel model (M. model) yöntemi önerildi. 2002 yılında, en yaygın kabul gören Amerikan-Avrupa Konsensus Kriterleri (AECG) geliştirildi. 2012 yılında, Sjögren Uluslararası Klinik İttifakı (SICCA) araştırmacıları, Amerikan Romatoloji Birliği (ACR) tarafından kabul edilen yeni kriterler önerdi. Çalışmamızda daha çok bilinen AECG ve ACR/SICCA kriterleri ile daha az bilinen M. modelin tanıdaki başarısı karşılaştırılmış ve kriterlerin birlikte kullanılmasının tanıya katkılarının araştırılması amaçlanmıştır.

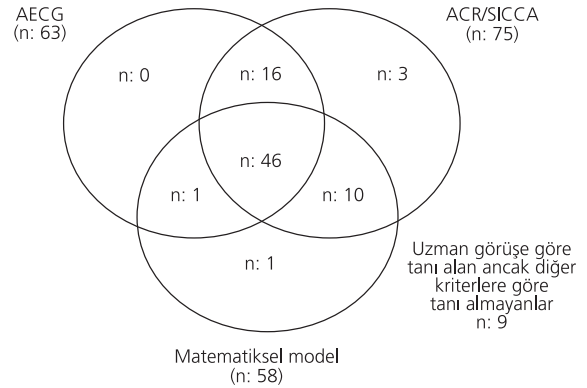
**Yöntem:** Çalışmaya, merkezimizde uzman görüşü ile primer SS tanısı alan 86 hasta alındı. Hastaların subjektif göz ve ağız kuruluğu sorgulandı. ANA, C3, C4, ENA panelleri, serum protein elektroforezleri, RF düzeyleri, BUT ve Schirmer-1 testleri, mi-

nör tükürük bezi biyopsisi kayıtlardan araştırıldı. Bu hastalarda; M. model, AECG ve ACR/SICCA kriterlerinin tanıdaki başarısına ve aralarındaki uyuma bakıldı (kappa analizi kullanıldı). ACR/SICCA kriterlerinde, oküler boyanma skoru (OSS) yerine BUT ve Schirmer-1 testi birlikteliği kullanıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya alınan hastaların (K/E=83/3) median yaşı 53.5 (23–76) saptandı. ACR/SICCA kriterleri ile hastaların 75'ine (%87), AECG kriterleri ile hastaların 63'üne (%73) ve M. model ile hastaların 58'ine (%67) pSS tanısı konuldu (Tablo 1 PS-195). 9 hasta (%10.4) herhangi bir kriteri karşılamadı (Şekil PS-195). ACR/SICCA ve AECG kriterleri arasında orta derece uyum saptandı (kappa: 0.5, p<0.01) (Tablo 2 PS-195). M. model ile AECG ve ACR/SICCA kriterleri arasında ise düşük derecede uyum saptandı (sırasıyla kappa: 0.25, 0.34). AECG ve M. model birlikte uygulandığında hastaların 74'ü (%86) tanı alırken, AECG ve ACR/SICCA birlikte uygulandığında hastaların 76'sı (%88.3), ACR/SICCA ve M. model birlikte uygulandığında hastaların 77'si (%89.5) pSS tanısı aldı. Her üç kriter birlikte uygulandığında yine hastaların 77'si (%89.5) pSS tanısı aldı. Kısıtlılıklar: OSS ve uyarılmamış tükürük akım hızı testinin uygulanamamış olmasıdır.

**Tablo 1 (PS-195):** Uzman görüşüne göre pSS tanısı ile izlenen hastalarda sınıflandırma kriterlerinin tanıda tek başına ve birlikte kullanıldıklarında performansları.

	Sınıflandırma kriterleri	Hasta sayısı (n)	% (Uzman görüşüne göre pSS hastalarına oranı)
Tek kritere göre	ACR/SICCA	75	87.2
	AECG	63	73.2
	Matematiksel model	58	67.4
İkili kritere göre	ACR/SICCA+	77	89.5
	Matematiksel model		
	AECG+ACR/SICCA	76	88.3
	AECG+Matematiksel model	74	86
Üç kritere göre	AECG+ACR/SICCA+ Matematiksel model	77	89.5



Şekil (PS-195): Uzman görüşüne göre pSS tanısı alan (altın standart) 86 hastanın sınıflandırma kriterlerine göre Venn diyagramı dağılımı.

**Tablo 2 (PS-195):** Sınıflandırma kriterlerinin aralarındaki uyum (kappa analizi).

Sınıflandırma kriterleri	Kappa	p
ACR/SICCA-AECG	0.5	<0.01
ACR/SICCA-Matematiksel Model	0.34	<0.01
AECG-Matematiksel Model	0.25	0.019

**Sonuç:** Sınıflandırma kriterleri tanı için geliştirilmemiştir. Ancak tanı için tek bir patognomonik bulgu ya da tanı testi olmadığında bu kriterlerinden yararlanılmaktadır. Bu çalışmada, pSS tanısında ACR/SICCA kriterleri tek başına kullanıldığında en yararlı yöntem olarak saptanmıştır. ACR/SICCA ve M. modelin birlikte kullanımı ise en yararlı sınıflandırma kriteri birlikteliği olarak belirlenmiştir. Bu çalışma, halen ideal bir sınıflandırma kriteri olmayan pSS'de, kriterlerin birlikte kullanılması durumunda bile bir grup hastanın tanı alamadığını göstermiştir. Çalışmamızda, bu hastaların tanınmasında ve ayırt edilmesinde tecrübeli bir uzmanın görüşüne geniş ölçüde ihtiyaç duyulduğu belirlenmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Primer Sjögren sendromu, sınıflandırma kriterleri

## PS-196

### Sistemik skleroz hastalarında ağız açıklığının belirleyicileri ve hastalığın klinik özellikleri ile ilişkisi

İpek Türk<sup>1</sup>, Nihan Cüzdan Coşkun<sup>1</sup>, Volkan Çiftçi<sup>2</sup>, Didem Arslan Taş<sup>1</sup>, İlker Ünal<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji İmmunoloji Bilim Dalı, Adana; <sup>2</sup>Çukurova Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Adana; <sup>3</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Adana

**Amaç:** Sistemik skleroz (SSc) hastalarında periorbital yumuşak doku fibrozisi olduğu için ağız açıklığı daralmaktadır. Bu çalışmanın amacı SSc hastalarında ağız açıklığının belirleyicilerini saptamak ve hastalığın klinik özellikleri ile ilişkisini incelemektir.

**Yöntem:** Çalışmaya Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı'nda takip edilen sistemik skleroz hastaları alındı. Hastaların sosyodemografik, klinik ve serolojik özellikleri kaydedildi. Cilt tutulumu modifiye Rodnan deri skoru (mRSS) kullanılarak ölçüldü. Hastalar diş hekimi tarafından muayene edilerek ağız açıklıkları ölçüldü. Ağız açıklığının ölçümünde interinsizal aralık kullanıldı. Ağız açıklığının, hastalığın klinik özellikleri ile ilişkisine korelasyon analizi ile bakıldı. Ağız açıklığını en çok etkileyen faktörleri belirlemek için Linear Regresyon modeline başvuruldu.

**Bulgular:** Çalışmaya 55'i diffüz, 25'i sınırlı tip olmak üzere 80 sistemik skleroz hastası alındı. Hastaların %83.8'i kadın, ortalama yaşları 53.39±11.65 yıldı. İki grup arasında yaş, hastalık süresi, gelir düzeyi, eğitim düzeyi açısından anlamlı fark yoktu (p>0.05). Kadın hastalarda ağız açıklığı daha dardı (p<0.001). Ağız açıklığı ile boy ve kilo arasında anlamlı zayıf pozitif korelasyon saptandı (sırasıyla p=0.005 r=0.312, p=0.041 r=0.229).

Ağız açıklığı diffüz tipte sınırlı tipi göre anlamlı olarak daha dardı (sırasıyla 34.00±6.74 mm, 42.52±4.9 mm p<0.001). Akciğer tutulumu olan hastalarda ağız açıklığı daha dardı (p=0.006). Telenjiektazi ve kalsinozis olan hasta grubunda olmayanlara göre ağız açıklığı daha dar olarak saptandı (sırasıyla p=0.017; p=0.003). Modifiye rodnan skoru yükseldikçe ağız açıklığı daralmaktaydı (p<0.001, r=-0.608). Ağız açıklığı ile parmak ucu avuç içi mesafesi (FTP) arasında anlamlı negatif korelasyon saptandı (p=0.001, r=-0.680). Anti scl 70 pozitif olan grupta ağız açıklığı daha dar (p=0.007), antisentromer pozitif olan grupta daha genişti (p=0.02). Ağız açıklığı ile FVC ve DLCO arasında anlamlı zayıf pozitif korelasyon saptandı (sırasıyla p<0.001, r=0.408, p=0.004 r=0.342). Ağız açıklığı ile serum albümin düzeyi arasında anlamlı zayıf pozitif korelasyon mevcuttu (p<0.001, r=0.433). Erkek cinsiyet, akciğer tutulumu, modifiye rodnan skoru ve parmak ucu avuç içi mesafesinin 0'ın üzerinde olması ağız açıklığını en çok etkileyen faktörler olarak bulundu. Modifiye rodnan skorundaki her 10 mm'lik artışın, ağız açıklığında 3.7 mm azalma ile sonuçlandığı saptanmıştır.

**Sonuç:** Çalışmamızda ağız açıklığının hastalık tipi, cilt tutulumu (mRSS, FTP), akciğer tutulumu, erkek cinsiyet, telenjiektazi ve kalsinozis varlığı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. SSc hastalarında ağız açıklığının daralması hayat kalitesini ciddi oranda etkileyen faktörlerden biri olmakla beraber çoğunlukla göz ardı edilmektedir. Çalışmamızda da özellikle cilt ve akciğer tutulumu varlığı ve şiddeti ağız açıklığını belirleyen faktörler olarak bulunmuştur.

**Anahtar sözcükler:** Ağız açıklığı, sistemik skleroz

## PS-197

### Menstruasyon ve Behçet hastalığı semptomları arasındaki ilişki

Gül Güzelant, Yeşim Özgüler, Sinem Nihal Esatoğlu, Güzin Karatemiz, Huri Özdoğan, Sebahattin Yurdakul, Hasan Yazıcı, Emire Seyahi

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

**Giriş:** Menstruasyonun sağlıklı bireylerde migren, akne vulgaris ve rekürren aftöz stomatit gibi durumları tetiklediği bilinmektedir. Ailevi Akdeniz ateşi (AAA) ve kronik otoimmün hastalıkları da alevlendirebileceği daha önceki çalışmalarda gösterilmiştir. Ayrıca Behçet sendromunu (BS) da aktifleştirebileceğini bildiren bir çalışma da mevcuttur.

**Amaç:** Bu çalışmada; menstruasyon ile BS'ye spesifik deri-mukoza lezyonlarının ilişkisinin araştırılması amaçlandı. Kontrol grubu olarak AAA hastaları seçildi.

**Yöntem:** Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Romatoloji Polikliniği'nde ardışık olarak görülen premenopozal dönemdeki BS ve AAA hastalarına anket yapıldı. BS tanılı hastalara menstruasyon döneminde deri-mukoza bulgularının artıp artmadığı soruldu. Benzer şekilde AAA hastalarına serozit ve ateş ataklarının menstrual period ile ilişkisi soruldu. Kontrol olarak her iki gruba da menstruasyon döneminde baş ağrısı olup olmadığı sorgulandı.

**Bulgular:** Ortalama yaşı 36±8 ve ortalama hastalık süresi 9±6 yıl olan 140 BS tanıli hasta sorgulandı. 21 (%15) hasta ilaç kullanmazken, 103 (%74) hasta kolşisin, kalan hastalar ise diğer immünsüpresiflerden birini kullanmaktaydı. Tablo PS-197’de gösterildiği üzere 78 (%56) hasta en az bir semptomunu menstruasyon ile ilişkilendirdi. En sık ilişki bildirilen semptom papulopüstüler lezyonlardı (%50). Anket yapılan 185 AAA hastasının ise ortalama yaşı 32±8 yıl ve ortalama hastalık süresi 12±8 yıldır. Hepsi kolşisin tedavisi altındaydı. Hastaların %75’i ataklarının menstruasyon ile çıktığını bildirdi. En sık bildirilen atak şekli 126 (%68) hasta ile peritonitti. Her iki grupta benzer oranda hasta (%41 ve %41) menstruasyon döneminde baş ağrısının olduğunu ifade etti.

**Tablo (PS-197):** İlişki bildirilen semptomlar.

	Evet	Hayır	Hatırlamıyorum
<b>Behçet sendromu (n=140)</b>			
Oral aft, n (%)	42 (30)	45 (32)	53 (38)
Genital ülser, n (%)	30 (21)	94 (67)	16 (11)
Papulopüstüler lezyonlar, n (%)	70 (50)	56 (40)	14 (10)
Nodüler lezyonlar, n (%)	30 (21)	90 (64)	20 (14)
En az 1 BS semptomu, n (%)	78 (56)	-	-
Baş ağrısı, n (%)	58 (41)	45 (33)	37 (26)
<b>Ailevi Akdeniz ateşi (n=185)</b>			
Peritonit, n (%)	126 (68)	51 (28)	8 (4)
Plörit, n (%)	102 (55)	74 (40)	9 (5)
Ateş, n (%)	73 (39)	100 (54)	12 (6)
En az 1 FMF semptomu, n (%)	138 (75)	-	-
Baş ağrısı, n (%)	76 (41)	77 (42)	32 (17)

**Sonuç:** Bu anket çalışması Behçet hastalarının yarısında en az bir deri-mukoza bulgusunun menstruasyon ile alevlendiğini gösterdi. En sık bildirilen semptom papulopüstüler lezyonlardı. AAA hastalarında ise menstruasyonun etkisi çok daha fazlaydı, hastaların 3/4’ü menstrual periodun ataklarını tetiklediğini bildirdi. Çalışmanın ana limitasyonu prospektif olarak günlük/takvim içeren bir değerlendirme olmayıp hastaların verdikleri cevaba dayanmasıydı. Bulgularımız akne vulgaris ile BS’nin papulopüstüler lezyonlarının patolojik olarak ilişkili olduğunu destekler nitelikteydi.

**Anahtar sözcükler:** Behçet hastalığı, menstruasyon

## PS-198

### Ailevi Akdeniz ateşi hastalarında farklı dozlarda kolşisin tedavisinin etkinliği

Sogol Sadri, Emine Aşçı, Gamze Ergün, Özge Velipaşalar, Selda Çelik, Sibel Yılmaz Öner, Cemal Bes, Nilüfer Alpay Kanitez  
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

**Amaç:** Ailevi Akdeniz ateşi (AAA) hastalığında önerilen kolşisin başlangıç dozu yetişkinlerde 1–1.5 mg/gündür. Klinik takip ile gerekirse 3 mg/güne kadar artırılabilirliği belirtilmektedir. EULAR’ın son AAA tavsiye raporunda, 5 yıllık stabil hastalık sonrasında uygun hastalarda kolşisin dozunun yakın takip ile azaltılabileceği bildirilmiştir. Ancak bu öneriyi destekleyen kli-

nik araştırmaların sayısı fazla değildir. Bu çalışmada, farklı dozlarda kolşisin tedavisi ile hastalığı kontrol altında seyreden AAA hastalarının, demografik ve klinik özellikleri karşılaştırılmıştır.

**Yöntem:** Nisan 2016 tarihinden itibaren kliniğimize başvuran tüm AAA hastalarının ataksız dönemde (son atak üzerinden en az 1 ay geçmiş) klinik ve laboratuvar bulguları, MEFV gen mutasyonları, ilaç uyumu, süre ve dozu önceden hazırlanmış bir forma kaydedilerek AAA kohortu oluşturulmaya başlandı. Hastalık şiddetini belirlemek için ‘international severity scoring system for familial mediterranean fever’ (ISSF) puanı hesaplandı. Elde edilen kohort içerisinde hastalığı kontrol altında olanlar (yılıda 4’ten az atak ve ISSF skoru ≤2), en az 3 yıl ortalama dozu sabit kalmak kaydı ile düşük doz (ortalama günlük kolşisin dozu <1 mg), orta doz ≥1 mg ile <1.5 mg/gün ve standart doz ≥1.5 mg/gün kolşisin tedavisi alanlar üzere 3 gruba ayrıldı. Eş zamanlı DMARD ya da biyolojik tedavi alanlar çalışma dışında bırakıldı.

**Bulgular:** Devam etmekte olan kohort çalışmamıza kaydedilen 162 AAA hastasının, 57’si hastalığı aktif olduğu için, 19’u kolşisin tedavisini henüz 2 yıla tamamladığı için, 10 hasta ise biyolojik ya da DMARD tedavisi aldığı için çalışma dışında bırakıldı. Geriye kalan 25’i erkek olmak üzere 76 (%47) hasta çalışma kriterlerini karşılamaktaydı. Ortalama yaşları 32.0±11.5 ve hastalık süreleri 18.2±10.9 yıl olan bu hastaların hiçbirinde amiloidoz ya da organ yetersizliği saptanmadı. Çeşitli sebeplerle (ilaç yan etkisi, tedavi uyumsuzluğu, hekim tavsiyesi) 16 hasta (%21) düşük doz kolşisin (grup A), 30 hasta (%39) orta doz kolşisin (grup B) ve kalan 30 hasta (%39) ise standart doz kolşisin (grup C) kullanmaktaydı (Tablo PS-198). Oluşturulan bu 3 subgrup arasında istatistiksel olarak anlamlı olabilecek herhangi bir demografik, klinik ya da laboratuvar veri farklılığı saptanmadı.

**Tablo (PS-198):** Farklı dozda kolşisin kullanan ailevi Akdeniz ateşi hastalarının klinik ve laboratuvar özellikleri.

	Grup A n=16	Grup B n=30	Grup C n=30	p değeri
Yaş	32.4±13.7	32.2±12.6	31.6±9.1	0.967
Cinsiyet (E/K)	4/12	9/21	12/18	0.534
Vücut-kütle indeksi	25.0±5.5	24.9±4.8	24.4±4.0	0.896
Hastalık süresi-yıl	18.0±11.7	19.8±12.4	16.8±9.0	0.565
Tanıda gecikme-yıl	9.9±12.3	9.0±10.5	8.4±9.4	0.903
Tedavi süresi-yıl	6.5±3.2	9.4±6.2	7.8±4.6	0.17
Atak sayısı/yıl	2.0±0.8	1.4±1.5	1.2±1.4	0.172
Karın ağrısı	15	27	26	0.741
Ateş	13	24	26	0.771
Plöretik ağrı	11	16	19	0.547
Artrit	8	8	13	0.22
Erezipeloid döküntü	4	2	7	0.119
Sakroiliit	4	7	4	0.606
M694V homozigot	1	1	4	0.36
M694V heterozigot	3	6	9	0.666
V726A homozigot	0	0	0	
V726A heterozigot	2	5	1	0.124
M680I homozigot	1	0	0	0.164
M680I heterozigot	1	4	3	0.798
CRP (mg/dl)	0.7±1.0	0.4±0.5	1.0±3.0	0.554
SAA (mg/dl)	1.9±1.5	1.6±1.1	1.8±1.4	0.689

**Sonuç:** AAA'da hastalık kontrolü amiloidoz gelişimini önlemek ve hayat kalitesini arttırmak için önemlidir. Son zamanlarda yapılan çalışmalar, tedavi hedeflerinin belirlenmesine katkı sağlamaktadır. Tedavi hedeflerini gözeterek kolşisin dozunu azaltmak bu uzun süreli yolculukta ilaç uyumunu arttırabilir. Çalışmamızda tedavi grupları arasında klinik ve labrotavuar anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Amiloidoza gelişmemiş olması, yıllık atak sayısı ve ISSF skoru ile inaktif olduğu belirlenen AAA hastalarında kolşisin dozunun azaltılabileceğini düşündürmüştür.

**Anahtar sözcükler:** Ailevi Akdeniz ateşi, düşük doz kolşisin

## PS-199

### Sistemik skleroz hastalarında nöropatik ağrı sendromu sıklığı ve hayat kalitesine etkisi

Nihan Cüzdan Coşkun<sup>1</sup>, İpek Türk<sup>1</sup>, Tunay Sarpel<sup>2</sup>, Eren Erken<sup>1</sup>, Zeliha Nazan Alparslan<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Adana; <sup>2</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Adana; <sup>3</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Adana

**Giriş:** Sistemik skleroz (SSc) yaygın fibrozis ile karakterize, heterojen semptomlar ile giden sistemik bir bağ dokusu hastalığıdır. Ağrı, sklerodermmanın majör komponentlerinden biri olmasa da hem sık görülen hem de hayat kalitesini düşüren bir semptom olarak karşımıza çıkmaktadır. Nöropatik ağrı sendromu (NAS) ise ağrının yanında parestezi, dizestezi, hiperaljezi ve alodini gibi ek semptomları içerir ve günümüzde kendi başına bir hastalık tablosu olarak kabul edilmektedir.

**Amaç:** Çalışmamızın amacı, SSc hastalarında NAS sıklığını belirlemek ve hayat kalitesine etkisini araştırmaktır.

**Yöntem:** Çukurova Üniversitesi Romatoloji Bilim Dalı'na başvuran SSc tanılı hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların ağrı şiddeti Vizüel Analog Skala (VAS) üzerinden puanlandı ve ağrısı mevcut olan hastalara bir nöropatik ağrı sorgulama formu olan LANNS anketi sorgulanması yapıldı. Hastaların ağrıya bağlı hayat kalitesi etkilenimleri kısa ağrı envanteri (BPI) ve genel hayat kaliteleri SF-36 anketleri ile sorgulandı. Tüm analizler SPSS17.0 istatistik programı kullanılarak yapıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya 102 SSc hastası dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 53.84±11.67 yıl ve kadın-erkek oranı %82.4-%17.6'ydı. Hastaların %70.3'ü diffüz, %26.7'si sınırlı tipte sklerodermaya sahipti. Tüm hasta grubunda total ağrı oranı %64.7 ve NAS oranı %33.3 olarak bulundu. Ağrısı olan hasta grubunun ise %51.5'i nöropatik ağrı şeklindeydi. Mekanik ağrı tarifleyen hasta grubunun ortalama VAS skoru 1.65±2.14 iken nöropatik ağrı grubunda ortalama VAS 5.50±1.98'di. En sık NAS görülen bölgeler sırası ile yüz, kalça ve alt bacak bölgeleri olarak saptandı. Ağrı ve NAS olan hastalarda ağrısı olmayanlara göre tüm SF36 alt skorları daha düşük olarak bulundu.

**Sonuç:** Çalışmamızın sonuçlarına göre NAS, SSc hastalarında yüksek oranda görülmekte ve hayat kalitesini düşürmektedir. NAS bulunan hastalarda tedavi yaklaşımı da yön değiştireceğinden, özellikle yüz, kalça ve bacak bölgesinde ağrı ve yanında çeşitli duyu anomalileri tarifleyen hastalarda bu sendrom mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Nöropatik ağrı sendromu, sistemik skleroz

## PS-200

### Antifosfolipid antikor birlikteliği olan ve olmayan sistemik lupus eritematozuslu hastaların ayırdedici klinik ve laboratuvar özellikleri

Müçteba Enes Yayla<sup>1</sup>, Ufuk İlgen<sup>2</sup>, İlyas Ercan Okatan<sup>1</sup>, Emine Uslu Yurteri<sup>1</sup>, Murat Torgutalp<sup>1</sup>, Ayşe Bahar Dinçer Keleşoğlu<sup>1</sup>, Murat Turgay<sup>1</sup>, Gülay Kınıklı<sup>1</sup>, Aşkın Ateş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara;

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

**Amaç:** Sistemik lupus eritematozus (SLE), antifosfolipid antikor sendromu (AFAS) ile birlikte olabilen klinik olarak heterojen özellikler gösteren kronik bir hastalıktır. AFAS olmayıp yüksek titrede antifosfolipid antikor (AFA) pozitifliği gösteren SLE hastaları mevcut olabilmektedir. AFAS tanısı almış ya da AFAS tanısı olmayan SLE hastalarının klinik ve laboratuvar özellikleri arasında farklılıklar olabilir. Bu çalışmada kliniğimizde takip etmiş olduğumuz bu hasta grupları arasında ayırıcı klinik ve laboratuvar özelliklerini belirlemeyi amaçladık.

**Yöntem:** Ocak 2014–2016 tarihleri arasında Romatoloji Polikliniği'ne başvuran, 18 yaş ve üzeri, 2012 SLICC sınıflandırma kriterlerine uygun olan 150 SLE tanılı hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. 51 hastada Lupus antikoagulan (LA) veya AFA antikorları pozitifliği ve 26 tanesi 2006 Sydney kriterlerine göre AFAS tanısı almıştı. Hastalar AFA negatif olan (AFAN), AFA veya LA pozitif olup AFAS tanısı olmayan (AFAP) ve AFAS tanılı SLE hastaları (AFAS) olarak üç gruba ayrıldı. Gruplar laboratuvar ve klinik özellikler açısından karşılaştırıldı.

**Bulgular:** AFAN, AFAP ve AFAS grubunda ortalama yaş ve kadın cinsiyet oranları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Livedo retikularis, malar rash, artrit sıklığı, plevral efüzyon varlığı, nörolojik tutulum ve trombositopeni açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptandı (Tablo 1 PS-200). AFAP ve AFAS grubunda, AFA antikor sıklıkları ve titrelere karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 2 PS-200). LA, AFAS grubunda %64, AFAP grubunda %33.3 pozitifliği ve iki grup arasında anlamlı farklılık saptandı (p=0.03). Hem AFAS hem de AFAP grubunda; livedo retikularis tablosu olan tüm hastalarda LA pozitifliği mevcuttu ve LA ile livedo retikularis arasında (p=0.016) anlamlı ilişki mevcuttu. AFAN, AFAP ve AFAS hastalarında sırasıyla venöz tromboz sıklığı %3, %4 ve %61 (p<0.001), arteriyel tromboz sıklığı %2, %0 ve 34.6 (p<0.001), gebelik komplikasyonu %2.1, %13 ve %39.1 (p<0.001) olarak tespit edildi ve gruplar arasında anlamlı farklılık mevcuttu.

**Sonuç:** SLE'ye sekonder AFAS hastalarında sadece SLE olgularına oranla livedo retikularis, trombositopeni, plörit ve artrit gibi klinik bulguların daha sık olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda malar rash ile AFAS ya da AFAP hastalar arasında negatif bir ilişki saptadık. AFA negatif hastalarla karşılaştırıldığında AFA pozitif hastalarda trombositopeni ve plevral efüzyon sıklığı, AFAS'lı olgularda ise nörolojik tutulum ve livedo retikularis sıklığı anlamlı olarak yüksekti. Ayrıca LA pozitifliğinin AFAS grubunda anlamlı olarak daha sık olduğunu gördük, bu sonuç SLE hastalarında LA pozitifliğinin antikardiyolipin (aCL) pozitifliğine oranla AFAS oluşumu açısından daha risk oluşturduğunu düşündürmüştür. Sonuç olarak, SLE hastaları-

**Tablo 1 (PS-200):** Grupların demografik, klinik ve laboratuvar özelliklerine göre karşılaştırılması.

	AFAN n=99	AFAS n=26	AFAP n=25	p değeri		
				AFAN-AFAP karşılaştırması	AFAN-AFAS karşılaştırması	AFAP-AFAS karşılaştırması
Yaş†	46.6±12	44.5±14	39.7±12	>0.05	>0.05	>0.05
Cinsiyet*	92 (92.9)	22 (84.6)	23 (92)	>0.05	>0.05	>0.05
Hastalık süresi†	10.9±8.8	9.1±6.9	7.2±6.5	>0.05	>0.05	>0.05
Livedo retikülaris*	0	4 (15)	1 (4)	>0.05	<0.05	>0.05
Malar rash*	60 (60.6)	7 (26.9)	9 (36)	>0.05	<0.05	>0.05
Plevral efüzyon*	3 (3)	2 (7.7)	5 (20)	<0.05	>0.05	>0.05
Nörolojik tutulum*	6 (6.1)	5 (19.2)	5 (20)	<0.05	<0.05	>0.05
Artrit*	35 (35.4)	14 (53.8)	5 (20)	>0.05	>0.05	<0.05
Venöz tromboz*	3 (3)	16 (61.5)	1 (4)	>0.05	<0.05	<0.05
Arteriyel tromboz*	2 (2.1)	9 (34.6)	0	>0.05	<0.05	<0.05
Gebelik komplikasyonu*	2 (2.1)	9 (39.1)	3 (13)	>0.05	<0.05	>0.05
Trombositopeni*	18 (18.2)	9 (34.6)	11 (44)	<0.05	>0.05	>0.05

AFAN: AFA negatif SLE hastaları, AFAP: AFA pozitif olup AFAS kriterlerini sağlamayan SLE hastaları, AFAS: AFAS olan SLE hastaları, N: Hasta sayısı. †Yıl, std, \*sayı, %

**Tablo 2 (PS-200):** AFAS ve AFAP grubunda AFA ve LA varlığı ve titreleri karşılaştırması.

	AFAS		AFAP		P değeri	
	%	Titre† (min/median/max)*	%	Titre† (min/median/max)*	% için	Titre için
Lupus antikoagülan	64	0.8/1.5/2.5	33.3	0.4/1/2.3	0.03	0.051
aCL IgM	38.5	0.4/5.3/76	60	0.3/10.3/80.9	0.12	0.23
aCL IgG	42.3	0.6/7.8/82	48	0.6/5.9/114	0.68	0.52
aPS IgA	7.7	0.3/2.7/42.5	8	0.3/2.2/40.1	1	0.44
aPS IgM	23.1	0.6/4.6/80	36	0.2/6.8/70.7	0.36	0.52
aPS IgG	11.5	0.3/3.5/169	24	0.2/4.3/90	0.29	0.59
aβ2GP IgG	42.3	0.5/5.1/52	44	0.2/4.9/88.2	0.90	0.90
aβ2GP IgA	26.9	0.6/4.5/24.4	32	0.8/4.1/74.3	0.69	0.66
aβ2GP IgM	30.8	0.2/3.7/27.3	48	0.6/4.5/154	0.20	0.19

\*Min, en düşük, median, ortanca, max, en yüksek değer †Titre birimi aCL, aPS, aβ2GP IgG için GPL U/ml, aCL,aPS, aβ2GP IgM için MPL U/mL, aβ2GP IgA için U/mL, aPS IgA için RU/mL

nın klinik ve laboratuvar özellikleri AFA antikor pozitifliği ve AFAS mevcudiyetine göre farklılık gösterebilmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Antifosfolipid antikor sendromu, lupus antikoagülanı, sistemik lupus eritematozus

## PS-201

### TWEAK ve Fn 14/CD163 reseptörleri romatoid artritte subklinik ateroskleroz göstergesi olabilir mi?

Mehtap Yavuz<sup>1</sup>, Neslihan Yılmaz<sup>2</sup>, Betül Cengiz Elçioğlu<sup>3</sup>, Taylan Şahin<sup>3</sup>, Palmet Gün Atak<sup>4</sup>, Şule Yavuz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Bilim Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul;

<sup>2</sup>İstanbul Bilim Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; <sup>3</sup>İstanbul Bilim Üniversitesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul; <sup>4</sup>İstanbul Bilim Üniversitesi, Biyokimya Anabilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** TWEAK, doku yapım-yıkımının düzenlenmesi, anjiyogenez ve proinflamatuvar sitokinlerin salınımının uyarılması gibi çeşitli işlevleri bulunan TNF ailesinden tip 2 transmem-

bran glikoproteindir. Ateroskleroz patogeneğinde TWEAK'ın Fn14 reseptörü ile etkileşiminin rol aldığı gösterilmiştir. Çalışmamızın amacı; romatoid artrit hastalarında serumda TWEAK ve reseptörlerinin (Fn14 ile CD163) düzeylerini değerlendirmek ve vasküler hasar ile ilişkisini araştırmaktır.

**Yöntem:** Çalışmaya 2015–2016 yılları arasında İstanbul Bilim Üniversitesi Romatoloji Bilim Dalı'na başvuran, 2010 ACR kriterlerine göre Romatoid Artrit (RA) tanısı almış olan hastalar ile kontrol grubu olarak Spondiloartrit (SpA) hastaları ve sağlıklı gönüllüler dahil edilmiştir. Bilinen kardiyovasküler hastalık, kapak hastalığı ve diyabetes mellitus tanısı olanlar ile 70 yaş üstü hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Serum TWEAK, CD163 ve Fn14 düzeyleri ELISA yöntemi tespit edilmiştir. Ateroskleroz değerlendirmesi için karotis intima-media kalınlığı (KIMK), aortik strain, sertlik ve elastikiyet parametreleri ölçümlenmiştir.

**Bulgular:** Ardışık başvuran 153 RA ve 61 SpA hastası değerlendirilmeye alınmış, 100 RA (K/E: 83/17) ile yaş ve cins uyumlu 50 SpA (K/E: 39/11) ve 50 sağlıklı kontrol (K/E: 44/6) kriterlere uygun bulunarak çalışmaya dahil edilmiştir. RA hastalarında,

**Tablo (PS-201):** Hasta ve kontrollerde serum TWEAK, Fn14 ve CD163 düzeyleri.

	RA hastaları (n=100)	SpA hastaları (n=50)	Sağlıklı kontrol (n=50)	p değeri*
<b>TWEAK</b>				
Mean±SD	942.4±305.9	1087.2±311.0	1061.3±402.8	0.05
Median (min-max) <sup>†</sup>	884 (400–2045)	1037 (268–1690)	975 (374–2843)	
<b>Fn14</b>				
Mean±SD	509.4±861.4	163.5±249.0	91.5±67.9	<0.001
Median (min-max) <sup>§</sup>	177 (26–5000)	70 (5–1262)	65 (11–313)	
<b>CD 163</b>				
Mean±SD	71.5±26.9	65.4±37.5	73.7±34.5	0.28
Media (min-max)	71.4 (13–145)	58 (21–157)	72 (25–124)	

\*Kruskal-Wallis testi <sup>†</sup>Mann-Whitney U testi; RA vs. SpA p=0.002. RA vs. sağlıklı p=0.04. AS vs sağlıklı p=0.2, <sup>§</sup>Mann-Whitney U testi; RA vs. SpA p<0.001. RA vs. sağlıklı p<0.001. AS vs sağlıklı p=0.7

SpA ve sağlıklı kontrollere göre serum TWEAK düzeyleri belirgin derecede düşük (p=0.05), Fn14 düzeyleri ise belirgin derecede yüksek (p<0.01) bulunmuştur. CD163 düzeyleri açısından gruplar arasında fark gözlenmemiştir (Tablo). RA hastalarında biyolojik tedavi alan ve seropozitif olanlarda Fn14 düzeyleri belirgin derecede yüksek bulunmuştur (sırasıyla 1042±1363 vs. 312±451, p<0.01 ve 674±101 vs. 188±236, p<0.01). Fn14 düzeyinin hastalık süresi ile pozitif yönde korele olduğu görülmüştür (r=0.38, p<0.01). Kardiyovasküler ölçümlerde, KIMK'na göre subklinik ateroskleroz varlığı (KIMK ≥0.9 mm) RA grubunda %13, SpA grubunda %12, sağlıklı kontrollerde %6 saptanmıştır (p=0.4). RA hastalarında sağlıklı kontrollere göre aortik sertliğin daha yüksek (p=0.03), aortik strain ve elastikiyetin ise daha düşük olduğu (sırasıyla p=0.03 ve p=0.02) görülmüştür. Multivariate analizde kardiyovasküler parametreler ile sadece yaş arasında anlamlılık olduğu görülmüştür, serum TWEAK ve Fn14 düzeyleri arasında ilişki tespit edilememiştir.

**Sonuç:** Aterosklerozda TWEAK serum düzeyinin azaldığı, sağlıklılarda çok düşük düzeyde eksprese edilen Fn14 reseptörünün ise arttığı bilinmektedir. Çalışmamızda RA hastalarında serum TWEAK düzeyleri düşük, Fn14 düzeyleri yüksek bulunmuş, ekokardiyografik ölçümlerde ise aortik parametrelerde bozulma tespit edilmiştir. Bu sonuçların erken dönem vasküler hasar ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. TWEAK ve Fn14 ölçümleri ile ekokardiyografik ölçümler arasında ilişki saptanmayışı, vasküler hasarın erken evresi ile ilgili olarak yorumlanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** TWEAK, ateroskleroz, romatoid artrit

## PS-202

### PENTRAXIN 3 – Juvenil sklerodermmanın yeni biyobelirteci olabilir mi?

Amra Adrovic<sup>1</sup>, Sezgin Şahin<sup>1</sup>, Kenan Barut<sup>1</sup>, Sinem Durmuş<sup>2</sup>, Hafize Uzun<sup>2</sup>, Özgür Kasapçopur<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; <sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Bilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Juvenil skleroderma (JS), nadir görülen ve organ tutulumuna göre sistemik (JSS) ve yerel skleroderma (JYS) olmak

üzere iki ana gruba ayrılan bir bağ doku hastalığıdır. Mikrovasküler değişiklikler ile cilt, cilt-altı dokularının ve iç organların fibrozisi hastalığın en önemli patofizyolojik mekanizmalarından biridir. Pentraxin 3 (PTX3) ise enflamatuvar hücreler ve fibroblastlar tarafından salgılanan proenflamatuvar bir proteindir. Erişkin sklerodermalı hastalarda serum PTX3 düzeyi anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Juvenil sklerodermalı hastalarda yapılan bir çalışma yoktur.

**Yöntem:** Bu çalışmada, JS hastalarındaki PTX3 düzeylerinin sağlıklı çocuklardaki değerler ile karşılaştırılması amaçlanmıştır. Böylece, juvenil sklerodermalı hastalardaki PTX3 düzeyinin fibrozisin bir belirteci olup olamayacağını gösterilmesi hedeflenmiştir. Serum PTX3 düzeyi, üreticisi tarafından (Sunredbio, Shanghai, PRC) sağlanan talimatlara göre ELİSA kitleri kullanılarak ölçülmüştür. İstatistiksel analiz için SPSS software versiyon 13.0 (SPSS Inc, Chicago IL, USA) kullanılmıştır.

**Bulgular:** Toplam 24 JSS, 20 JLS'li hasta ve 41 sağlıklı kontrol değerlendirildi. Hastaların ortalama yaşı: JSS için 15.3±3.1, JLS için 12.4 ±3.6 ve sağlıklı kontrol için 14.3±3.4 yaş olarak saptandı. Ortalama hastalık süresi JSS'da 2 yıl (0.6–15), JLS'da 1.5 yıl (0.6–18) olarak ölçüldü. Ortalama serum PTX3 düzeyi, JSS hastalarında 10.63±8.61 ng/ml, JLS hastalarında 11.75±9.11 ng/ml ve sağlıklı kontrollerde 2.76±1.338 ng/ml olarak bulundu. Serum PTX3 düzeyi, her iki hasta grubunda sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü (p<0.001). İki hasta grubu arasında PTX3 düzeyi açısından anlamlı bir fark bulunamadı. JSS hastalarındaki ortalama modifiye Rodnan skin skoru (mRSS) 19.95±11.088 (0–51) olarak hesaplandı. JSS hastalarında serum PTX3 düzeyi ile mRSS'nin pozitif korelasyon gösterdiği saptandı (Rho=0.497, p=0.030).

**Sonuç:** Juvenil sklerodermalı hastalarda (hem sistemik hem de yerel skleroderma) serum PTX3 düzeyi sağlıklı kontrollere göre daha yüksektir. Aşırı fibrozis ve artmış fibroblast aktivitesinin her iki hastalık formunda temel ve ortak bir patofizyolojik mekanizma olması, artmış PTX3 düzeyleri ile ilişkili görülmektedir. Çalışmamızdaki sonuçlar, artmış PTX3 düzeyinin, fibrotik aktivitenin göstergesi olabileceğini düşündürmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Juvenil skleroderma, pentraxin 3, biyobelirteç



## PS-203

### Sistemik skleroz hastalarında erken sol ventrikül disfonksiyonunu saptamada duyarlı bir teknik: Speckle-Tracking? Ekokardiyografi

Duygu Temiz Karadağ<sup>1</sup>, Tayfun Şahin<sup>2</sup>, Özlem Özdemir Işık<sup>1</sup>, Senem Tekeoğlu<sup>1</sup>, Ayten Yazıcı<sup>1</sup>, Ayşe Çefle<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli; <sup>2</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Kocaeli

**Amaç:** Sistemik Skleroz (SS) Ciltte ve iç organlarda aşırı fibröz doku oluşumu ve mikrovasküler hasar ile karakterize, sistemik otoimmün bir hastalıktır. Ventrikül kompliyansını azaltarak sağ ve sol ventrikül diyastolik disfonksiyonuna yol açan myokard fibrozisi, kötü prognozla yakından ilişkilidir. Çalışmamızın amacı 2-boyutlu speckle tracking ekokardiyografi (2D STE) yöntemini kullanarak subklinik kardiyak tutulumu olan SS hastalarında sol ventrikül (SV) disfonksiyonunu tespit etmektir.

**Yöntem:** 37 SS hastası (yaş: 52±12, kadın %89.4) ile yaş ve cinsiyet açısından karşılaştırılabilir olan 36 sağlıklı kontrole trans-toraksik 2D STE uygulandı. İki grup sol ve sağ ventrikül global strain, diyastolik değişkenler, kardiyak belirteçler, inflamatuvar ve metabolik parametreler açısından karşılaştırıldı.

**Tablo 1 (PS-203):** Farklı dozda kolşisin kullanan ailevi Akdeniz ateşi hastalarının klinik ve laboratuvar özellikleri.

	Sayı (N)	%
Sınırlı SS [n (%)]	36/47	76.6
Diffüz SS [n (%)]	11/47	23.4
Dispne [n (%)]	8/47	17.8
Sklerodaktili [n (%)]	41/47	91
Raynaud fenomeni [n (%)]	45/47	100
Dijital ülser [n (%)]	8/47	17.8
Pitting skar [n (%)]	20/47	44.4
Telenjektazi [n (%)]	42/47	93.3
Kalsinozis [n (%)]	2/47	4.4
Artrit [n (%)]	3/47	6.6
Özefagus tutulumu [n (%)]	16/47	26.7
Interstisyel akciğer hastalığı [n (%)]	12/47	25.5
ANA [n (%)]	47/47	100
Anti-sentromer antikor [n (%)]	23/47	48.9
Anti-Scl-70 [n (%)]	16/47	34
CENP-B [n (%)]	22/47	46.8
Ro-52 [n (%)]	4/47	8.5
Hastalık süresi, yıl (ort±SD)	8.06±6.3	
Modifiye Rodnan cilt skoru (ort±SD)	10.9±6.9	
FVC (%)	92.76±14.3	
DLCOVA (%)	76.6±22.4	

**Bulgular:** Kontrol gurubu ile karşılaştırıldığında, SS grubunda sol ventrikül global çembersel (Longitudinal PSS—2CH), boylamsal (Longitudinal PSS—APLAX), radyal (Longitudinal PSS—4CH) ve ortalama 2 boyutlu pik sistolik strain (PSS) değerleri anlamlı olarak düşük saptandı (sırasıyla: -18.2±3.2% ve -20±2.7% p=0.02; -17.8±3.5 ve -20.3±3.3% p=0.001; -23±3 ve

21.8±3% p=0.000; -17.5±5.7% ve -20.6±2.7% p=0.000). Erken (E) ve geç (A) diyastolik pik hızı SS hastalarında daha düşük saptansa da E/A oranı her iki hasta grubunda da benzer bulundu. Sağ ventrikül strain ve trikuspid halkasal düzlem sistolik uzanımı (TAPSE) açısından SS ve kontrol grubunda fark görülmedi. B-tip natriuretik peptid (BNP), CRP ve ESR SS hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulundu (sırasıyla: 198±250 mg/dl ve 122.5±161 mg/dl p=0.01; 0.5±0.4 mg/dl ve 0.3±0.3 mg/dl p=0.012; 21.7±15 mm/h ve 11±8.5 mm/h p=0.000). Her iki gruptaki kişilerin ortalama kiloları benzer olsa da, SS hastaları sağlıklı kontrollere göre daha kısa olduklarından vücut kitle indeksleri (VKI) daha yüksek bulundu (28.5±5 ve 25.9±2 kg/m<sup>2</sup>). SS hastalarında HOMA ve açlık insülin düzeyleri kontrol grubuna göre daha yüksek saptandı (sırasıyla p değerleri: p=0.02; p=0.008).

**Tablo 2 (PS-203):** 2D STE ve laboratuvar verileri.

	SS	Sağlıklı kontrol	p değeri
Yaş (yıl)	51.9±12.4	49.4±6	0.292
Cinsiyet, kadın [n (%)]	42/47 (%89.4)	33/36 (%91.7)	0.724
VKI (kg/m <sup>2</sup> )	28.5±5.3	25.9±2.2	0.011
Sigara [n (%)]	11/47 (%23.4)	12/36 (%33.3)	0.317
CRP (mg/dl)	0.5±0.4	0.3±0.3	0.012
ESR (mm/sa)	21.7±14.9	11±8.6	0.000
Açlık kan şekeri (mg/dl)	93.5±18	92.5±9	0.368
Insülin (IU/ml)	8.06±4.9	5.6±2.4	0.008
HbA1C (%)	5.1±1.6	5.7±3.4	0.225
HOMA	1.9±1.3	1.3±0.6	0.015
LDL (mg/dl)	120±36.8	154.7±63.3	0.015
Total kolesterol (mg/dl)	196.5±45	230.4±33.6	0.007
HDL (mg/dl)	52.4±15	52.7±13	0.936
Urik asit (mg/dl)	4.3±1.3	3.9±0.9	0.089
E (m/s)	0.20±0.21	0.25±0.27	0.049
A (m/s)	0.18±0.10	0.19±0.05	0.049
E/A	1.33±1.8	1.5±2	0.794
Longitudinal PSS—APLAX (%)	-18.2±3.2	-20±2.7	0.02
Longitudinal PSS—4CH(%)	-17.8±3.5	-20.3±3.3	0.001
Longitudinal PSS—2CH(%)	-23±3	-21.8±3	0.00
Global longitudinal PSS (%)	-17.5±5.7	-20.6±2.7	0.00
RV PSS (%)	-17.5±4.2	-18.9±3.9	0.121
TAPSE	21±4	21.4±4.6	0.71
PAP (mmHg)	14.5±14	11.1±13.2	0.311
LVEF (%)	72.3±6	75.4±4.3	0.01
Homosistein (mmol/L)	13.6±5.7	11.7±2.6	0.22
BNP (pg/ml)	198±250	122.5±16	0.01
Galectin 3 (pg/ml)	7.5±3.2	8.1±2.4	0.096

**Sonuç:** Ekokardiyografide sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (EF) korunmuş ve ortalama pulmoner arter basıncı (PAB) düşük saptanmış olan asemptomatik SS hastalarının 2D STE ile değerlendirilmesi myokard hastalığının erken tanınmasında faydalı bir yöntem olarak görünmektedir. Kardiyak hastalık gelişiminde geleneksel risk faktörleri ile birlikte metabolik ve inflamatuvar parametreler de dikkate alınmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** İki boyutlu speckle tracking ekokardiyografi (2D SPE), sistemik skleroz

## PS-204

### Biyolojik tedavi altındaki romatoid artrit hastalarında bilgisayarlı tomografiye göre akciğer değişiklikleri: HÜR-BİO gerçek yaşam verileri

Alper Sarı, Berkan Armağan, Abdulsamet Erden, Levent Kılıç, Ömer Karadağ, Ali Akdoğan, Şule Apraş Bilgen, Sedat Kiraz, İhsan Ertenli, Umut Kalyoncu

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

**Amaç:** Romatoid artrit (RA) hastalarında hedef organlardan birisi de akciğerlerdir. Akciğerlerde interstisyel akciğer hastalığı (İAH), romatoid nodüller, plevral efüzyon, bronşiektazi, küçük hava yolu hastalığı görülebilmektedir. İAH, RA hastalarında en sık görülen pulmoner tutulum tipidir. Bu çalışmanın amacı HÜR-BİO veri tabanına kayıtlı RA hastalarındaki toraks bilgisayarlı tomografi (BT) bulgularının sıklığının ve İAH olan hastaların aldıkları biyolojik tedavilerin özelliklerinin belirlenmesidir.

**Yöntem:** HÜR-BİO veri tabanı 2012 yılından itibaren prospektif olarak hastaların kaydedildiği tek merkezli veri tabanıdır. Bu veri tabanında Ağustos 2016 itibarıyla 1229 hasta bulunmaktadır. Hastaların üniversitemizde 2000–2016 yılları arasındaki toraks BT incelemelerinde elde edilen bulgular çalışma kapsamında geriye dönük olarak incelenmiştir. Radyoloji doktorunun İAH ve küçük hava yolu hastalığı olarak kaydettiği hastalar ayrı bir grup olarak incelenmiştir. İAH olan RA hastalarının başlangıçta ve son kontrollerinde almakta oldukları biyolojik tedavinin tipi ve takip süresindeki biyolojik tedavinin değişim özellikleri de incelenmiştir.

**Tablo (PS-204):** Toraks BT incelemesi yapılan hastaların BT bulgularının dağılımı.

Toraks BT bulgusu	n (%)
İntersitisyel kalınlaşma	13 (6.4)
Retiküler dansite	31 (15.3)
Buzlu cam	33 (16.3)
Romatoid nodül	18 (8.9)
Kaviter nodül	17 (8.4)
Efüzyon	18 (8.9)
Bronşiektazi	46 (22.7)
Traksiyon bronşiektazisi	17 (8.4)

**Bulgular:** 1229 (%78.8 kadın) hastanın ortalama yaşı 53.3 (12.9), ortalama hastalık süresi 11.4 (7.9) yıldır. 203 (%16.5) hastaya toraks BT incelemesi yapılmıştır. Toraks BT'de saptanan patolojik değişiklikler Tablo 1'de gösterilmiştir. Hastaların 29'unda (BT'si olanların %14.3'ü, tüm hastaların %2.4'ü) İAH bulunmaktadır. İAH hastaları daha yaşlıdır (64.5±6.7 vs 60.6±10.1, p=0.039) ve yüksek titre RF pozitifliği daha siktir (25/27 (%92.6) vs 77/121 (%63.3), p=0.003). İAH 11 (%37.9) hastada biyolojik tedavi öncesi bilinmekteyken, 18'inde takip sırasında saptanmıştır. 10/29 (%34.5) İAH hastasında balpeteği görünümü vardır. İAH hastalarının 10'una (%34.5) rituksimab, 19'una (%65.5) anti-TNF ajanlar başlanmıştır. 51 (31) ay takip

edilmişlerdir ve 16'sında (%55.2) biyolojikler arası değişim yapılmıştır. Son vizitte 19 hasta rituksimab, 3 hasta abatacept, 7 hasta anti-TNF kullanmaktadır. İAH hastaları arasında ilk biyolojik seçimlerinde fark yokken ve son vizitte (19/29 (%65.5) vs 69/183 (%37.7), p=0.005) rituksimab kullanımı daha siktir. Küçük hava yolu hastalığı 19 hastada (BT'leri olanların %9.3'ü, tüm hastaların %1.5'ü) vardır. Küçük hava yolu hastalarında sigara öyküsü daha azdır (4/19 (%21.0) vs 71/159 (%44.6), p=0.026) ve biyolojik tedavi öncesi HAQ skorları daha yüksektir (1.67 (0.85) vs 1,00 (0.57), p=0.004).

**Sonuç:** Biyolojik tedavi altındaki RA hastalarında akciğerde İAH yanı sıra başta bronşiektatik değişiklikler olmak üzere retiküler dansite artışları, buzlu cam dansiteleri ve romatoid nodüller görülebilmektedir. İAH hastalarında ilk biyolojik tedavi olarak üçte bir hastada rituksimab tercih edilmişken yaklaşık 4 yıllık takipte hastaların üçte ikisi rituksimab kullanmaya başlamıştır. RA hastalarında akciğer tutulumu biyolojik tedavi sırasında önemli bir komorbid durum olarak öne çıkmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** BT, İAH, romatoid artrit

## PS-205

### Biyolojik tedavi kullanan inflamatuvar artrit hastaları gebelik planlarını doktorları ile ne kadar paylaşıyorlar: HÜR-BİO gerçek yaşam verileri

Oğuz Abdullah Uyaroğlu<sup>1</sup>, Emrah Şeyhoğlu<sup>1</sup>, Alper Sarı<sup>2</sup>, Berkan Armağan<sup>2</sup>, Abdulsamet Erden<sup>2</sup>, Levent Kılıç<sup>2</sup>, Ömer Karadağ<sup>2</sup>, Ali Akdoğan<sup>2</sup>, Şule Apraş Bilgen<sup>2</sup>, Ali İhsan Ertenli<sup>2</sup>, Sedat Kiraz<sup>2</sup>, Umut Kalyoncu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara; <sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:** İnflamatuvar artrit hastalarının önemli bir kısmı gebelik çağındadır. Gebelik öncesi hastalık aktivitesinin kontrolü ve gerekli ilaçların uygun zamanda kesilmesi anne ve fetüsün sağlığı için oldukça önemlidir. Bunun için uygun doktor-hasta ilişkisi gerekmektedir. Bu çalışmanın amacı biyolojik tedavi kullanırken kendisi ve/veya eşi gebe kalan hastaların gebelik öncesi doktorları ile durumlarını hangi oranda paylaştıklarını saptamaktır.

**Yöntem:** Temmuz 2015–2016 tarihleri arasında hastanemizde biyolojik tedavi alan 1580 hasta standart bir form ile sorgulanmıştır. Gebelik potansiyeli olan 380 hastaya anket yapılmıştır. Bu ankette hastalara biyolojik tedavi başlandıktan sonra eşinin veya kendisinin gebe kalıp kalmadığı sorgulanmıştır. Gebelik öyküsü olan hastalara -Gebeliklerinin planlı olup olmadığı, -Takip eden doktorunun biyolojik tedavi kullanırken gebe kalacağı hakkında bilgisinin olup olmadığı sorulmuştur.

**Bulgular:** 380 hastanın 82'sinde (%21.5) hastanın kendisi veya eşi biyolojik ajan kullanırken gebe kalmıştır. Bu hastaların 48'i (%58.5) erkek ve 34'ü (%41.5) kadındır. Hastaların ortalama yaşları 34.9±5.4, hastalık süreleri 10.5±5.9 yıldır. Kadınların 18'i (%52.9) gebelik öncesi hastalığının aktif olduğunu belirtmektedir. Gebeliği olan hastaların 44'ü (%53.6) gebelik öncesi doktoruyla bilgi paylaşmamıştır [kadınların 15'i (%44.1), erkeklerin 29'u (%60.4), (p=0.15)]. Tüm hastaların 24'ünde (%29.3) plansız gebelik olmuştur [kadınların 15'i (%44.2) erkeklerin 9'u

(%18.7),  $p=0.013$ ]. Tüm hastaların 20'si (%24.4) gebe kalmayı planladığı halde doktoruyla bu durumu paylaşmamıştır.

**Sonuç:** İnflamatuar artrit hastalarının veya eşlerinin sağlıklı gebelik geçirebilmeleri için gebelik öncesinde yapılacak hazırlıklar önemlidir. Bizim çalışma grubumuzda hastaların yaklaşık %30'unda plansız gebelik varken, hastaların dörtte biri gebelik planladığı halde doktoruyla paylaşmamıştır. Plansız gebeliklerin kadın hastalarda daha sık olduğu göz önüne alınarak hem hastalar hem de eşlerinin bilgilendirilmesinin rutin sorgulama içerisine sokulması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Biyolojik tedavi, gebelik, inflammatuar artrit

## PS-206

### Romatoid artrit hastalarında rituksimab kullanımı:

#### Hangi aralıklarla verildi, nasıl vevap alındı?

#### HÜR-BİO gerçek yaşam verileri

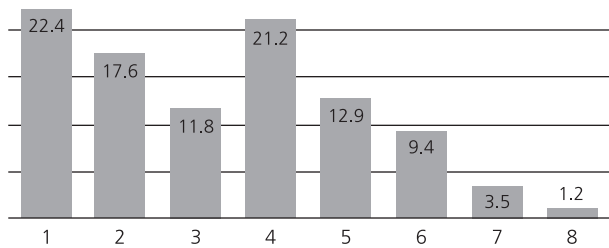
Umut Kalyoncu, Berkan Armağan, Abdulsamet Erden, Alper Sarı, Levent Kılıç, Ömer Karadağ, Ali Akdoğan, Şule Apraş Bilgen, İhsan Ertenli, Sedat Kiraz

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

**Amaç:** Romatoid artrit (RA) hastalarında tedavi seçeneklerinden birisi rituksimabdır. İlk yükleme tedavisinden sonra 6 ayda bir idame tedavisi verilmesi önerilmektedir. Bu çalışmada gerçek yaşamda, rituksimabın idame tedavisinde kullanılma sıklığı ve hastalık aktivitesi üzerine olası etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** HÜR-BİO RA veri tabanı 2012 yılından itibaren prospektif olarak hastaların kaydedildiği tek merkezli veri tabanıdır. Bu veri tabanında 2016 Ağustos itibariyle 1229 RA hastası bulunmaktadır. Bu hastaların 273'üne (%22.1) en az bir defa rituksimab reçete edilmiştir. Bu hastaların 85'inin ikamet adresi Ankara il sınırları içerisinde. Ankara'da yaşayan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Kliniğimizde hastaların rituksimab aldığı tarihler ve bu sıradaki DAS-28 skorları kaydedilmiştir. 6 aylık aralığa göre 1 aylık gecikme olması "normal sınırlarda" kabul edilmiştir. 3 aylık gecikme "biraz düzensiz", 3 aydan uzun süreli gecikmeler ise "düzensiz" olarak sınıflanmıştır.

**Bulgular:** 85 hastanın (%80 kadın) ortalama yaşı 59.1 (10.1), ortalama hastalık süresi 12.9 (8.6) yıldır. %74.1'i seropozitifdir. 39/85 (%46) hasta daha önce en az bir biyolojik ajan kullanmıştır. Ortanca rituksimab kür sayısı 3 (1-8) olarak saptanmıştır. 85 hastaya toplam 211 kür rituksimab tedavisi verilmiştir. Rituksimab kür sayısı ve yüzdesi grafik 1'de gösterilmiştir. Tüm rituksi-



Şekil (PS-206): Hastaların rituksimab kür sayısına göre dağılımları.

mab kürlerinin ortalama süresi 7.9 (2.8) ay olarak saptanmıştır. Kürlerin 102'si (%52.6) normal zamanında, 60'ı (%30.9) biraz düzensiz ve 32'si (%16.5) düzensiz zamanda uygulanmıştır. Kürlerin zamanında, biraz düzensiz ve düzensiz uygulanması ile ortalama DAS-28 cevapları arasında fark saptanmıştır [zamanında uygulamada ortalama DAS-28 3.31 (1.19), biraz düzensiz uygulamada 3.26 (1.35) ve düzensiz uygulamada 3.57 (1.34),  $p>0.05$ ]. Rituksimab kürleri öncesi hastaların %33.7'si remisyonda, %19.1'i düşük hastalık aktivitesinde, %36.3'ü orta hastalık aktivitesinde ve %10.9'u ise yüksek hastalık aktivitesine sahiptir.

**Sonuç:** Ankara il sınırlarında takip edilen RA hastalarında rituksimab idamesi yaklaşık 2 ay gecikmeli olarak uygulanmaktadır. Rituksimab idamesinde gecikme olsa dahi tedavi öncesi ortalama hastalık aktivite skorları benzerdir. Bizim merkezimizde hastaların yaklaşık %85'i normal zamanda/biraz düzensiz olarak tedavisini almışlardır ve tedavi öncesi hastaların yaklaşık yarısı remisyonda ve/veya düşük hastalık aktivitesindedir.

**Anahtar sözcükler:** Rituksimab, romatoid artrit

## PS-207

### Vaskülit olgularının demografik özellikleri ve dağılımları: Hacettepe Üniversitesi Vaskülit Merkezi prospektif veri tabanı sonuçları

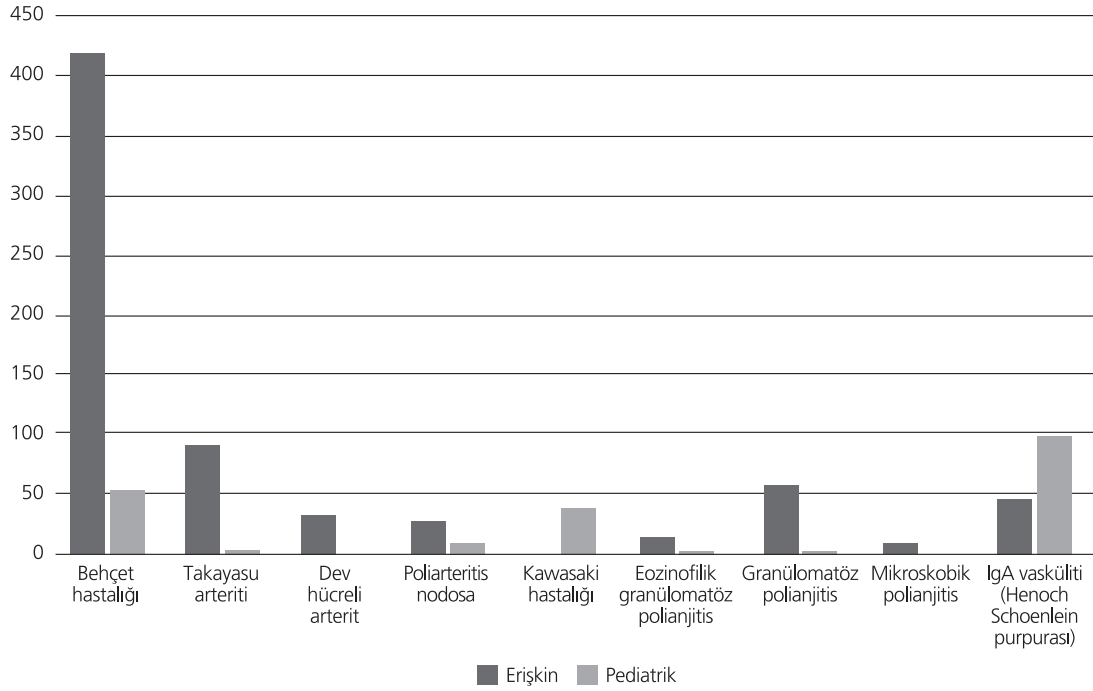
Ömer Karadağ<sup>1</sup>, Abdulsamet Erden<sup>1</sup>, Berkan Armağan<sup>1</sup>, Alper Sarı<sup>1</sup>, Ezgi Deniz Batu<sup>1</sup>, Emrah Şeyhoğlu<sup>2</sup>, Oğuz Abdullah Uyaroğlu<sup>2</sup>, Esra Fırat<sup>2</sup>, Ertuğrul Çağrı Bölek<sup>2</sup>, Emre Bilgin<sup>2</sup>, Serap Arıcı<sup>1</sup>, Hafize Emine Sönmez<sup>1</sup>, Levent Kılıç<sup>1</sup>, Umut Kalyoncu<sup>1</sup>, Ali Akdoğan<sup>1</sup>, Şule Apraş Bilgen<sup>1</sup>, Sedat Kiraz<sup>1</sup>, İhsan Ertenli<sup>1</sup>, Seza Özen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Vaskülit Merkezi (HUVAM), Ankara; <sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Vaskülitler heterojen bir hastalık grubudur. Vaskülitlerin alt tiplerine göre dağılımı sadece yaş ve cinsiyete göre değil, aynı zamanda coğrafi bölgeye göre de değişir. Her vaskülit tipinin lokal prevalansı, bölgede geliştirilecek olan sağlık politikalarını, bölgesel tıp eğitim içeriğini ve hekimlerinin konuyla ilgili farkındalığını artırması açısından önemlidir. Bu çalışmada merkezimize başvuran çocuk ve yetişkin vaskülit hastalarının dağılımının sunulması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Hacettepe Üniversitesi Vaskülit Merkezi (HUVAM) Temmuz 2014'te kurulmuştur ve multidisipliner yaklaşım sayesinde hastalarımızın tanı, takip ve tedavisi kolaylaşmaktadır. Ekim 2014'ten itibaren Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde görülen hastalar prospektif olarak veri tabanına kaydedilmektedir. Bu çalışmada Temmuz 2016 sonu itibariyle, kayıt sistemimizde bulunan ve 2012 Chapel Hill sınıflandırma kriterlerini karşılayan hastaların dağılımlarının verilmesi amaçlanmıştır.

**Bulgular:** Bu dönemde 1024 (Kadın/Erkek: %55.2/%44.8) yeni tanı veya takipli hasta vaskülit merkezinde değerlendirildi. Hastaların 214'ü (%20.9) pediatrik yaş grubundaydı. Yetişkin hastalar arasında en sık görülen vaskülit Behçet hastalığı, çocuk yaş grubunda en sık vaskülit olarak Henoch Schönlein Purpura (HSP) saptandı (Şekil PS-207). Erişkin Behçet hastalarının 250'sinde (%59.7) üveit/nörolojik/vasküler gibi majör tutulumlar mevcuttu. Erişkin hastalarda Takayasu arteriti, dev hücreli arteritten daha



**Şekil (PS-207):** Vaskülit tiplerine göre hasta sayıları.

sık saptandı. Büyük damar vaskülitlerinde kadın cinsiyetin daha baskın olduğu bulundu. Erişkinlerde en sık saptanan küçük damar vaskülitinin ise granülatöz polianjitis olduğu saptandı. Erişkin hastaların 22'ünde IgG4 ilişkili hastalık mevcuttu.

**Sonuç:** Çalışmamızda, Behçet hastalığının beklenildiği gibi en sık vaskülit olduğu saptanmıştır. Ayrıca Takayasu arteritinin, dev hücreli arteritinden daha sık olduğu, mikroskopik polianjitis'in ise oldukça nadir olduğu gösterilmiştir. Çocuklar çağı vaskülitlerinde Batı Avrupa modelleri ile karşılaştırıldığında, merkezimizde Kawasaki hastalığının daha az Behçet hastalığının ise belirgin olarak daha fazla olduğu görülmüştür. Bahsi geçen farklılıklar genetik ve çevresel faktörlerden kaynaklanıyor olabilir.

**Anahtar sözcükler:** Vaskülit

## PS-208

### Sistemik sklerodermalı PO tedavi alan hastaların klinik durumunun değerlendirilmesi

Hamide Şişman, Derya Fikir Kırbaç, Eren Erken, Pınar Kum, İpek Türk, Nihan Cüzdan

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Balcalı Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, Adana

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı sistemik skleroderma tanısı olup tedavisini oral olarak alan hastaların klinik durumunu değerlendirmek.

**Yöntem:** Araştırma prospektif, karşılaştırmalı, tanımlayıcı tipte planlandı. Veri toplamaya kurum etik kurul onayı ve kurum iz-

**Tablo 1 (PS-207):** Hastaların laboratuvar ve klinik özellikleri.

		Erişkin (n=810)	Pediyatrik (n=214)
Damar boyutu gözetmeyen	Behçet hastalığı	419	53
	Cogan sendromu	2	-
Büyük damar	Takayasu arteriti	90	3
	Dev hücreli arterit	31	-
Orta damar	Poliarteritis nodosa	26	8
	Kawasaki hastalığı	-	37
Küçük damar	Eozinofilik granülatöz polianjitis	13	1
	Granülatöz polianjitis	57	2
	Mikroskobik polianjitis	7	0
	IgA vaskülit (Henoch Schoenlein purpurası)	45	97
	IgG4 ilişkili hastalık	22	3
Diğerleri	Burger, kriyoglobunemik vaskülit, aortitis vs.)	100	10

**Tablo 2 (PS-207):** Vaskülitlerin demografik özellikleri.

	Erşkin ortalama yaş (SD)	Pediatric ortalama yaş (SD)
Behcet hastalığı	42.3 (15.1)	11.8 (6.5)
Kadın	%52.8	%47.1
Takayasu arteriti	40.0(15.1)	14.3 (4.1)
Kadın	%91.2	100%
Dev hücreli (temporal) arterit	69.5 (8.2)	-
Kadın	%74.2	
Poliarteritis nodosa	38.4 (15.6)	11.2 (7.3)
Kadın	%42.3	%50.0
Kawasaki hastalığı	-	4.9 (3.3)
Kadın		%32.4
Eosinofilik granülatöz polianjitis	48.3 (19.3)	10
Kadın	%64.2	100%
Granülatöz polianjitis	50.4(15.9)	8.5
Kadın	%49.1	%50
IgA Vaskülit (Henoch-Schoenlein purpurası)	31.0 (16.5)	7.5 (3.9)
Kadın	%44.4	%47.4
IgG4 ilişkili hastalık	47.6 (11.3)	
Kadın	%58.8	%66.7
Diğer (Burger, kriyoglobunemik vaskülit, aortitis vs.)	49.3 (15.3)	14
Kadın	%51.2	%50

ni alındıktan skleroderma tanısı alan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar dahil edildi. Hastaların klinik muayeneleri sorumlu hekim tarafından yapıldı. Araştırmanın sonuçları SPSS 15 paket programında analiz edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 33 hastanın 32 (%97)'si kadın, yaş ortalaması 53 (min: 35-max: 75), hastalık süresi 5 yıl ve üzeri 23 (%69.7) kişi idi. Hastaların 27'si (%81.8) İmuran tb alıyordu. Hastaların tanı anında 33 (%100)'ünün Raynaud fenomeni 29'unun (%87.9) telenjektazi, 13'ünün (%39.4) Hipertansiyon, 29'unun (%87.9) nefes darlığı, 22'sinin (%66.7) sindirim sistemi sorunları, 31'inin (%93.9) eklem darlığı şikayeti ile doktora başvurduğu belirlendi. Hastaların fizik muayenesinde 7'sinde (%21.9) digital ülser, 1'inde (%3.1) proteinüri vardı. Hastaların EKG bulgularına göre 2'sinde (%6.41) myokard iskemisi, aritmal ritmi ve ventriküler aritmi, EKO sonucuna göre ise hastaların 25'inde (%75) pulmoner hipertansiyon saptandı. Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu tüm hastalarda normal sınırlarda olup, hastalarda perikardiyal effüzyona rastlanmadı. Pulmoner değerlendirmede TLC değerine göre 20 (%60.6) kişide şiddetli obstrüksiyon, FVC değerine göre 4 (%12.1) kişi de şiddetli retriksiyona rastlandı. PA Akciğer Grafisi değerlendirmesinde sadece 1 (%3.1) hastada plevral effüzyon, 22'sinde (%65.6) bilateral basiler pulmoner fibrozis saptandı. HRCT değerlendirmesinde 29'unda (%87.5) buzlu cam görüntüsü, 31'inde (%93.8) fibroz tespit edildi. Modifiye Rodnan Deri Skorlamasında 29'unda (%87.9) sağ parmakta, 28'inde (%84.8) sol parmakta şiddetli kalınlaşma, 14'ünde (%42.4) sağ elde, 15'inde (%45.5) orta derecede kalınlaşma, 16'sında (%48.5) sağ kol ve sağ ön kolda, 15'inde (%45.5) sol kolda ve sol ön kolda kalınlaşma bulunamadı. 15'inde (%45.5) yüz bölgesinde, 11'inde (%33.3) sağ ayak, 14'ünde (%42.7) sol ayakta orta derecede kalınlaşma bulunurken, 22'sinde (%66.7) göğüs bölgesinde, 21'inde (%63.6) karın bölgesinde, 23'ünde (%69.7)

sağ baldır, 24'ünde (%72.7) sol baldır bölgesinde, 20'sinde (%60.6) hem sağ hem de sol bacakta normal kalınlaşma bulundu.

**Sonuç:** Oral tedavi alan skleroderma hastalarının önemli bir kısmının (%69.7) hastalık süresi beş yıldan daha uzun olduğu görülmüştür. Yine hastaların %81.8'i pulmoner tutulum için İmuran kullanmaktadır. İmuran kullanmakta olan hastaların büyük çoğunluğuna pulmoner tutulum için İmuran öncesi Endoksan tedavisi uygulanmış olup, oral tedavi uygulanan hastaların hastalık süresinin uzun olması, önceki takip ve tedavi dönemleri ile ilişkili olabilir. Sonuç olarak, skleroderma hastalarına özellikle sistemik bulgular için yaşam boyu tedavi gerekmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Sistemik skleroderma, tedavi, yan etki

## PS-209

### Adenozin deaminaz 2 enzim eksikliği (DADA2) olan hastaların karakteristik özellikleri

Abdulsamet Erden<sup>1</sup>, Ezgi Deniz Batu<sup>2</sup>, Hafize Emine Sönmez<sup>2</sup>, Alper Sarı<sup>1</sup>, Berkan Armağan<sup>1</sup>, Levent Kılıç<sup>1</sup>, Ekim Zihni Taşkıran<sup>3</sup>, Zehra Serap Arıcı<sup>2</sup>, Yelda Bilginer<sup>2</sup>, Ali Akdoğan<sup>1</sup>, Ömer Karadağ<sup>1</sup>, Umut Kalyoncu<sup>1</sup>, Seza Özen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; <sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; <sup>3</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Adenozin deaminaz 2 (DADA2) enzim eksikliği otozomal resesif olarak kalıtılan, ADA2 proteinini kodlayan CERC1 geninde mutasyon sonucu ortaya çıkan otoinflamatuvar bir hastalıktır. Hastalarda sistemik inflamasyon ve vaskülopati gözlenir. Bu çalışmanın amacı çocuk ve erişkin DADA2 vakalarının karakteristik özelliklerini sunmaktır.

**Tablo 1 (PS-209):** Erişkin ve pediatrik Adenozin deaminaz 2 (DADA2) enzim eksikliği hastalarının karakteristik özellikleri.

	<b>Toplam hasta</b>	<b>Erişkin hastalar</b>	<b>Pediatrik hastalar</b>
<b>Genel özellikler</b>			
Hasta sayısı, n (%)	13 (100)	6 (46.1)	7 (53.9)
Başlangıç yaşı ortanca, (min-max)	6.5 (1.5–35)	8.5 (2–35)	4 (1.5–14)
Tanı yaşı ortanca, (min-max)	17 (3–45)	21.5 (17–45)	14 (3–17.5)
Cinsiyet erkek n(%) / kadın n (%)	8 (61.5) / 5 (38.5)	4 (66.6) / 2 (33.4)	4 (57.1) / 3 (42.9)
Akrabalık, n (%)	6 (46.2)	2 (33.3)	4 (57.1)
CECR1 gen mutasyonu, n (%)	10 (76.9) → G47R/G47R 2 (15.4) → G47R/- 1 (7.7) → G47R/G47V	4 (66.7) → G47R/G47R 1 (16.7) → G47R/- 1 (16.7) → G47R/G47V	6 (85.7) → G47R/G47R 1 (14.3) → G47R/-
MEFV gen mutasyonu, n (%)	10 (76.9) → -/- 2 (15.4) → E148Q/- 1 (7.7) → R202Q/-	5 (83.3) → -/- 1 (16.7) → R202Q/-	5 (71.4) → -/- 2 (28.6) → E148Q/-
PAN kriterlerini karşılayan, n (%)	8 (61.5)	5 (83.3)	3 (42.9)
Eksitus, n (%)	2 (15.4)	2 (33.3)	0 (0)
<b>Semptomlar</b>			
Ateş, n (%)	13 (100)	6 (100)	7 (100)
Tekrarlayan karın ağrısı, n (%)	13 (100)	6 (100)	7 (100)
Myalji, n (%)	13 (100)	6 (100)	7 (100)
Artralji, n (%)	12 (92.3)	6 (100)	6 (85.7)
Güçsüzlük, n (%)	12 (92.3)	5 (82.3)	7 (100)
Halsizlik, n (%)	10 (76.9)	5 (83.3)	5 (71.4)
Artrit, n (%)	9 (69.2)	5 (83.3)	4 (57.1)
Diare, n (%)	5 (38.5)	3 (50)	2 (28.6)
Kilo kaybı, n (%)	4 (30.8)	3 (50)	1 (14.3)
Raynaud fenomeni, n (%)	4 (30.8)	3 (50)	1 (14.3)
Testiküler tutulum, n (%)	3 (23.1)	2 (33.3)	1 (14.3)
Gece terlemesi, n (%)	3 (23.1)	3 (50)	0 (0)
Yan ağrısı, n (%)	2 (15.4)	1 (16.7)	1 (14.3)
Kusma, n (%)	1 (7.7)	0 (0)	1 (14.3)
Pankreatit, n (%)	1 (7.7)	1 (16.7)	0 (0)
Bağırsak perforasyonu, n (%)	1 (7.7)	0 (0)	1 (14.3)
<b>Deri tutulumu</b>			
Livedo retikularis, n (%)	12 (92.3)	5 (83.3)	7 (100)
Pannikülit / Eritema nodosum, n (%)	6 (46.2)	3 (50)	3 (42.9)
Dijital ülser, n (%)	1 (7.7)	1 (16.7)	0 (0)
<b>Neurolojik tutulum</b>			
İskemik inme, n (%)	7 (53.8)	3 (50)	4 (57.1)
Periferik nöropati, n (%)	7 (53.8)	2 (33.3)	5 (71.4)
Baş ağrısı, n (%)	5 (38.5)	4 (66.7)	1 (14.3)
Kraniyal sinir tutulumu n (%)	3 (23.1)	0 (0)	3 (42.9)
Hemorajik inme, n (%)	2 (15.4)	2 (33.3)	0 (0)
Optik nörit, n (%)	1 (7.7)	1 (16.7)	0 (0)
Nöbet, n (%)	1 (7.7)	1 (16.7)	0 (0)
Laküner enfarkt, n (%)	1 (7.7)	1 (16.7)	0 (0)
<b>Oftalmolojik tutulum</b>			
Strabismus, n (%)	5 (38.5)	2 (33.3)	3 (42.9)
Diplopi, n (%)	3 (23.1)	2 (33.3)	1 (14.3)
Nistagmus, n (%)	1 (7.7)	1 (16.7)	0 (0)
Ekzoftalmus, n (%)	1 (7.7)	1 (16.7)	0 (0)
<b>Ko-morbidite</b>			
Hipertansiyon, n (%)	4 (30.8)	3 (50)	1 (14.3)
Amiloidoz, n (%)	1 (7.7)	1 (16.7)	0 (0)
Diabetes mellitus, n (%)	1 (7.7)	1 (16.7)	0 (0)
Hemofagositik sendrom, n (%)	1 (7.7)	0 (0)	1 (14.3)
<b>Laboratuvar Bulguları</b>			
Proteinüri (>150 mg/gün), n (%)	7 (53.8)	6 (100)	1 (14.3)
Düşük IgM düzeyi, n (%)	4 (30.8)	2 (33.3)	2 (28.6)
Lenfopeni, n (%)	3 (23.1)	3 (50)	0 (0)
ANA pozitifliği, n (%)	3 (23.1)	2 (33.3)	1 (14.3)
Hiperkoagulabilite, n (%)	1 (7.7)	1 (16.7)	0 (0)
ANCA pozitifliği, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Hbs Ag veya Anti-Hbc Ig G pozitifliği, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<b>Görüntüleme ve biyopsi bulguları</b>			
Hepatosplenomegali, n (%)	5 (38.5)	3 (50)	2 (28.6)
Hepatik arter anevrizması, n (%)	4 (30.8)	2 (33.3)	2 (28.6)
Renal arter anevrizması, n (%)	3 (23.1)	3 (50)	0 (0)
Splenik enfarkt, n (%)	1 (7.7)	1 (16.7)	0 (0)
Superior mesenterik arter anevrizması, n (%)	1 (7.7)	1 (16.7)	0 (0)
Myelofibrozis, n (%)	1 (7.7)	1 (16.7)	0 (0)
<b>Tedavi</b>			
FFP'ye cevap	2/4 (50)	1/2 (50)	1/2 (50)
Etanercept'e cevap	9/10 (90)	2/3 (66)	7/7 (100)

**Yöntem:** 2014–2016 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Pediatrik ve Erişkin Romatoloji bölümlerinde DADA2 nizam eksikliği tanısıyla takip edilen 13 hastanın (8 erkek, 5 kadın) klinik ve laboratuvar özellikleri incelendi.

**Bulgular:** Hastaların semptom başlangıcı ve tanı için medyan yaşlar sırasıyla 6.5 (1.5–35) ve 17 (3–45) idi. DADA2 enzim eksikliği olan hastaların karakteristik özellikleri Tablo 1 PS-209’da gösterilmiştir. Bu hastalardan dokuzu poliartetiritis nodosa (PAN) tanısı ile kliniğimizde takip edilmekteydi. Altı vaka akrabalık mevcut iken bu hastalardan ikisi kardeş idi. İlk başvuru semptomları incelendiğinde; hastalar tekrarlayan karın ağrısı [8 (61.5%) hasta], ateş [7 (53.8%) hasta], artrit [5 (38.5%) hasta] ve cilt lezyonları [4 (30.8%) hastada eritema nodosum ve pannikülit, 3 (23.1%) hastada livedo retikularis], nörolojik semptomlar (diplopi, ataksi, hemorajik serebrovasküler olay) ve hipertansiyon ile başvurmuşlardı (Tablo 2 PS-209). Hastaların tüm öyküsü irdelendiğinde bütün hastalarda tekrarlayan karın ağrısı ve ateşe eşlik eden akut faz yanıtı yüksekliği görüldü. Hastaların izlemindeki cilt bulguları [livedo retikularis %92.3 (n=12), eritema nodosum %46.2 (n=6), ve dijital ülserler %7.7 (n=1)], nörolojik ve kas-iskelet sistemi bulguları [Myalji %100 (n=13), artralji %92.3 (n=12), artrit %69.2 (n=9), periferik nöropati %53.8 (n=7), iskemik inme %53.8 (n=7), strabismus %38.5 (n=5), hemorajik inme %15.4 (n=2) ve medulla spinalis atrofi %7.7 (n=1)] ve diğer organ tutulumu bulguları Tablo 2 PS-209’da gösterilmiştir. Sekiz hastada çeşitli orta boy arterlerde (hepatik arter, renal arter ve superior mezenterik arter) anevrizmalar tespit edildi. İki erişkin hasta DADA2 tanı aldıktan kısa süre sonra öldü. Bir hasta yalnızca kolşisin tedavisiyle neredeyse 10 yıldır asemptomatik olarak izlenmektedir. 10 hastaya etanercept tedavisi verildi. Bu hastaların 7 (70%)’si çocuk hasta iken, 3 (30%) hasta erişkin hasta grubunda idi. 9 (%90) hasta etanercept tedavisine cevap verirken, erişkinde ex olan hastanın 1’i etanercept cevabı olmadı.

**Tablo 2 (PS-209):** Hastaların DADA2 ile ilgili ilk semptomları.

Başlangıç semptomları	n (%)
Tekrarlayan karın ağrısı	8 (61.5)
Ateş	7 (53.8)
Artrit	5 (38.5)
Pannikülit/Eritema nodosum	4 (30.8)
Livedo retikularis	3 (23.1)
Diplopi	1 (7.7)
Ataksi	1 (7.7)
Hipertansiyon	1 (7.7)
Hemorajik inme	1 (7.7)

**Sonuç:** DADA2 enzim eksikliği, PAN benzeri vaskülitik lezyonlara ve otoinflamatuvar semptomlara yol açar. DADA2 enzim eksikliği yakın dönemde tanımlanmış bir hastalık olmakla birlikte farklı semptomlara sahip hastaların tanımlanmasıyla birlikte hastalığın fenotipi hakkında bilgi birikimi oluşmaktadır. İnme, periferik nöropati, livedo retikularis, myalji, tekrarlayan ateş ve tekrarlayan karın ağrısı DADA2 enzim eksikliğinden

şüphelenilmesi gereken önemli bulgulardır. Literatüre benzer şekilde hastalarımızın çoğu etanercept tedavisine yanıt verdi.

**Anahtar sözcükler:** DADA2 eksikliği, vaskülit, otoinflamatuvar

## PS-210

### Neonatal lupus eritematozus tanısı alan 755 yenidoğanın annelerinin gebelik öykülerinin incelemesi: Sistemik derleme

Abdulsamet Erden<sup>1</sup>, Levent Kılıç<sup>1</sup>, Emre Bilgin<sup>2</sup>, Serdar Ceylan<sup>2</sup>, Benazir Hymabaccus<sup>2</sup>, Yusuf Ziya Şener<sup>2</sup>, Fatih Gürler<sup>2</sup>, Alper Sarı<sup>1</sup>, Berkan Armağan<sup>1</sup>, Ömer Karadağ<sup>1</sup>, Umut Kalyoncu<sup>1</sup>, Sedat Kiraz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; <sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Neonatal lupus eritematozus (NLE) anti-SS-A/Ro ve anti SS-B/La antikorlarının transplasental geçişine bağlı olarak ortaya çıkan edinsel otoimmün bir hastalıktır. Kütanöz, kardiyak, hepatik ve hematolojik bulgular ile ortaya çıkabilir. Bu sistemik derlemede NLE etkeni olabilecek olası maternal öykü ipuçlarını tespit etmek amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Sistemik derleme Ağustos 2016’da Pubmed Medline üzerinde yapıldı. Yayınlar ’neonatal lupus, congenital hearth block’ (MeSH) terimleri kullanılarak “İngilizce” ve “insanda” kısıtlamaları yapılarak tarandı. Çalışma düzeninden bağımsız olarak 1377 makalenin özetleri incelendi. İnceleme sonucunda 277 makale/vaka raporu tam metin olarak değerlendirildi. Bu değerlendirme sonucunda 199 makale/vaka raporu çalışmaya dahil edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen yayınlardan toplamda 755 NLE hastasının verileri elde edildi. EULAR 2016 kongresinde ve Ulusal Romatoloji 2015’te anne ve yenidoğanların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri poster olarak sunuldu (Tablo 1 PS-210). 249 annenin önceki gebelik öyküleri ile ilgili bilgiye ulaşılmıştı ve 40 (%16.1)’ında NLE gebelik öyküsü vardı. Bu bebeklerin ise 30 (%75)’unda konjenital kalp bloğu (KKB), 10 (%25)’unda cilt döküntüsü, 1 bebekte ise deri döküntüsü ve hematolojik tutulum eş zamanlı görülmüştü. Söz konusu 40 annenin 15 (%37.5)’i Sjögren sendromu (SS), 13 (%32.5)’ü sistemik lupus eritematozus (SLE) ve sadece 1 (%2.5)’i Raynaud fenomeni tanısına sahip iken, 11 (%27.5) annede herhangi bir bağ dokusu hastalığı tanısı bulunmamaktaydı. Bu 40 hastanın seroloji incelendiğinde; 34 (%85) hastada anti- SS-A ve/veya anti-SS-B pozitifken sadece 2 (%5) hastada seroloji negatifti, 4 (%10) hastada bilinmiyordu. Tablo 2 PS-210’da NLE ve KKB öyküsü olan annelerin otoantikorlarının değerlendirilmesi ayrıntılı olarak verilmiştir. Önceki NLE gebeliklerinde KKB gebelik öyküsü olan 30 annenin 14 (%46.6)’ü Sjögren sendromu, 6 (%20.0)’sı SLE ve 1’i (%3.3) sadece Raynaud fenomeni tanısına sahip iken, 9 annede herhangi bir bağ dokusu hastalığı tanısı bulunmamaktaydı. NLE gebeliklerinde KKB gebelik öyküsü olan 30 annenin serolojisi irdelendiğinde; 24 (%80.1) hastada anti- SS-A ve/veya anti-SS-B pozitifken, sadece 2 (%6.6) hastada seroloji negatifti, 4 (%13.3) hastanın ise antikor profilleri bilinmiyordu. KKB öyküsü olan 30 hastanın 25 (%83.3)’inde izole KKB tekrarladığı görüldü. 30 hastanın 3 tanesinde tek-

**Tablo 1 (PS-210):** 755 neonatal lupuslu hastanın demografik özellikleri.

<b>Maternal özellikler</b>	
Yaş, ort. (SD)	29.72 (4.82)
Neonatal lupus tanısı gebelik haftası medyan (min-max)	23 (21–40)
Gebelik sırası, n (%)	
1. gebelik	81 (35.5)
2. gebelik	94 (41.2)
3. gebelik	34 (14.9)
<b>Maternal tanı dağılımı, n (%)</b>	
SLE	176 (32.2)
Sjögren sendromu	99 (18.1)
Romatoid artrit	7 (0.9)
Sistemik sklerozis	2 (0.3)
Diğer hastalıklar (miks bağ dokusu, farklılaşmamış bağ dokusu, raynaud fenomeni, lökositoklastik vaskülit, anti fosfolipit sendromu, hipertiroidi, hipotiroidi, preeklampsi)	83 (11)
Tanı anında hastalığı yok	175 (32.7)
Tanısı bilinmeyen	208 (27.7)
<b>Otoantikor dağılımı, n (%)</b>	
Anti-SSA	506 (84.2)
Anti-SSB	313 (52.1)
Anti-rnp	31 (5.2)
Anti-SSA +Anti-SSB	275 (38.3)
Anti-SSA+ Anti-rnp	6 (0.8)
Anti-SSA +Anti-SSB+ Anti-rnp	9 (1.3)
Antikor (-)	57 (9.1)
Eski neonatal lupus gebelik öyküsü, n (%)	40 (5.2)
Maternal konjenital kalp bloklu doğum öyküsü, n (%)	30 (3.9)
<b>Fetal özellikler</b>	
Erkek/Kadın n (%)	205 (43) / 272 (57)
<b>Neonatal Lupus prezentasyonu, n (%)</b>	
Kalp bloğu	467 (61.8)
Ras	249 (33.1)
Yapısal kalp hastalığı	42 (5.7)
Karaciğer	78 (10.5)
Hematolojik tutulum	117 (15.5)
<b>Konjenital kalp blok tipi, n (%)</b>	
1. derece blok	19 (6.7)
2. derece blok	27 (9.5)
3. derece blok (av tam blok)	219 (77.1)
Sinüs bradikardisi	19 (6.7)
<b>Vakaların coğrafi dağılımı, n (%)</b>	
1. Avrupa kıtası	289 (38.3)
2. Amerika kıtası	275 (36.5)
3. Asya kıtası	167 (22.1)
4. Avustralya kıtası	20 (2.7)
5. Afrika kıtası	3 (0.4)

rar döküntü gözlenirken, 1 tanesinde hem döküntü hem de kalp bloğu, diğer 1 tanesinde ise konjenital kalp bloğu, döküntü ve hematolojik tutulum bir arada görüldü.

**Sonuç:** Her ne kadar NLE öyküsü olan annelerde tanımlı bir farklılık olmasa da, SS'nda sıklıkla daha fazla rastlandığı görüldü. 11 (%27.5) annede ise herhangi bir bağ dokusu hastalığı saptanamamıştır. Konjenital kalp bloğu öyküsü olan 30 hastanın 27 tanesinde konjenital kalp bloğu tekrarlamıştır. NLE öyküsü olan hastalarda anti SS-A ve SS-B antikorları anlamlı bir şekilde en sık tespit edilen antikorlardır.

**Anahtar sözcükler:** Neonatal lupus (NLE), konjenital kalp bloğu (KKB)

**Tablo 2 (PS-210):** Neonatal lupus (NLE) ve konjenital kalp bloğu (KKB) öyküsü olan annelerin otoantikorlarının değerlendirilmesi.

<b>Oto antikorlar</b>	<b>NLE öyküsü olanlar</b>	<b>KKB öyküsü olanlar</b>
Anti- SS-A ve anti-SS-B pozitifliği, n (%)	21 (52.5)	13 (43.3)
Anti- SS-A pozitifliği, n (%)	10 (25)	8 (26.6)
Anti- SS-A ve anti- RNP pozitifliği, n (%)	2 (5)	2 (6.6)
Anti-SS-B pozitifliği, n (%)	1 (2.5)	1 (3.3)
Antikor pozitifliği saptanmayan, n (%)	2 (5)	2 (6.6)
Antikor sonucu bilinmeyen, n (%)	4 (10)	4 (13.3)



## PS-211

### Takayasu arteritindeki fazla kiloluluk/obezite ve metabolik sendrom sıklığı sistemik lupus eritematozusta sıklıklara benzerdir

Gökçe Kenar, Handan Yarkan Tuğsal, Berrin Zengin, Gerçek Can, Ahmet Merih Birlik, Nurullah Akkoç, Fatoş Önen  
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir

**Amaç:** Bu çalışma ile Takayasu arteriti (TA) hastalarında fazla kiloluluk/obezite ve metabolik sendrom (MetS) prevalanslarını saptamayı ve bu tabloların hastalık aktivitesi ve serum leptin düzeyi ile ilişkisini incelemeyi hedefledik.

**Yöntem:** Bu kesitsel çalışmaya, Dokuz Eylül Üniversitesi Romatoloji Polikliniği'nde izlenmekte olan TA hastaları ve kontrol grubu olarak, yaş ve cinsiyeti benzer sistemik lupus eritematozus (SLE) hastaları alındı. TA hastalık aktivitesi, "Indian Takayasu Clinical Activity Score 2010-A (ITAS2010-A)", akut faz reaktantları (AFR) ve radyolojik aktivite parametreleri (TA izlem protokolü doğrultusunda, hastalara 3-6 ay aralarla B-mod/Doppler ultrasonografi (USG) ve 6-12 ay aralarla manyetik rezonans anjiyografi (MRA) tetkikleri uygulanmıştı) ile değerlendirildi. Ateroskleroz yönünden bilateral karotis arterlerde ateroskleroz plak varlığı araştırıldı ve karotis intima-media duvar kalınlığı (İMK) ölçümleri yapıldı. TA hastalarında ölçülen serum leptin ve ghrelin düzeylerinin de fazla kiloluluk/obezite ve MetS ile ilişkisi kontrol edildi.

**Bulgular:** ACR "American College of Rheumatology" sınıflandırma kriterlerini karşılamakta olan 32 TA hastası (28 kadın, ortalama yaş 43) çalışmaya dahil edildi. TA'lı hastalardaki fazla kiloluluk (vücut kitle indeksi (VKİ), 25 ve 30 kg/m<sup>2</sup> arasında), obezite (VKİ ≥30 kg/m<sup>2</sup>) ve MetS (The National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III criteria) prevalansları sırasıyla %26.5, %17.6 ve %23.5 olarak tespit edildi. Bu sıklıklar SLE hastalarında saptananlara benzerdi (p>0.05). Benzer AFR seviyelerine sahip olmalarına rağmen fazla kilolu/obez olan hastaların normal kilolu hastalara göre daha yüksek ITAS2010-A skoruna sahip olduğu görüldü. Yine benzer AFR'lere sahip olmalarına rağmen, MetS olan TA hastalarının MetS olmayan hastalara göre radyolojik aktivite skorları daha yüksekti. Fazla kilolu/obez TA hastalarının leptin seviyeleri

normallere göre daha yüksekti. MetS olan hastaların karotis arterlerdeki ateroskleroz plağı sıklığı, MetS olmayan hastalara göre daha fazlaydı ancak karotis İMK ölçüm değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmedi (Tablo PS-211).

**Sonuç:** Çalışmanın sonuçları, TA hastalarında en az SLE hastalarındaki kadar sıklıkta fazla kiloluluk/obezite ve MetS bulunduğunu ve fazla kilolu/obez ve MetS olan TA'lı hastaların hastalıklarının daha aktif olduğunu düşündürdü.

**Anahtar sözcükler:** Takayasu arteriti, metabolik sendrom, obezite

## PS-212

### Ankilozan spondilit hastalarında geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının kullanım durumu ve ilişkili faktörler

Fatma İknur Çınar<sup>1</sup>, Özlem Özdemir<sup>2</sup>, Nurten Özen<sup>3</sup>, Gülcan Bağcıvan<sup>4</sup>, Işıl Aydoğan<sup>5</sup>, Ayşe Gül Yalçın<sup>5</sup>, Sedat Yılmaz<sup>5</sup>, Muhammet Çınar<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Hemşirelik Yüksek Okulu, İç Hastalıkları Hemşireliği, Ankara; <sup>2</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara; <sup>3</sup>Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul; <sup>4</sup>Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Servisi, Ankara; <sup>5</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

**Giriş:** Ankilozan spondilit (AS), uzun süreli tedavi ihtiyacı olan kronik bir hastalıktır. Özellikle kronik ve ağrı ile seyreden hastalıklarda konvansiyonel tedavilerin yanında hastalar tarafından "Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp" (GTT) uygulamalarının yaygın olarak kullanıldığı gösterilmiştir. Anti-TNF tedaviler AS tedavisinde çığır açmış olmasına rağmen bu hastaların da GTT uygulamalarına başvurduğu görülmektedir. Bir çalışmada AS hastalarının %94.7'sinin diyet ve bitkisel tamamlayıcı tedavi kullandıkları bildirilmiştir. Diğer bir çalışmada da romatoid artritli hastaların %80'inden fazlasının GTT uygulamalarını kullandıkları saptanmıştır. Fakat AS ile ilgili ülkemizde böyle bir veri bulunmamaktadır.

**Amaç:** Bu çalışmada, AS hastalarının GTT uygulamalarını kullanım durumları ve ilişkili faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

**Tablo (PS-211):** Fazla kiloluluk/obezite veya metabolik sendromu olan Takayasu hastalarının klinik ve laboratuvar özellikleri.

		Metabolik Sendrom			Fazla kiloluluk ve obezite		
		(+) (n=8)	(-) (n=24)	P değeri	(+) (n=15)	(-) (n=17)	P değeri
ITAS2010-A	Aktif (n)	1	4	>0.05	5	0	0.015*
	İnaktif (n)	7	20		10	17	
Radyolojik aktivite	Aktif (n)	5	6	0.04*	6	5	>0.05
	İnaktif (n)	2	17		8	11	
CRP (mg/L)		11.5	11.4	>0.05	13.6	9.6	>0.05
ESR (mm/saat)		35	26	>0.05	30.7	27.1	>0.05
Ateroskleroz plağı varlığı (n)		4	1	0.04*	3	2	>0.05
Leptin (ng/mL)		58	79	>0.05	100	53	0.05*
Ghrelin (pg/mL)		295	284	>0.05	249	317	>0.05

**Yöntem:** Bu çalışmaya bir üçüncü basamak eğitim ve araştırma hastanesi romatoloji polikliniğinde takip edilen 100 AS hastası dahil edildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların demografik, klinik özellikleri ve GTT uygulamalarına başvurma durumları önceden hazırlanmış "Hasta Değerlendirme Formu"na kaydedildi. Hastaların hastalık aktivite durumları, hasta global değerlendirme, doktor global değerlendirme (numerik görsel analog skala (nVAS; 0–10) ve Hasta İndeks Verilerini Rutin Değerlendirme (Routine Assessment of Patient Index Data=RAPID)-3 Skoru ile değerlendirildi. Hastaların ilaç tedavisine uyum durumları Morisky (1986) tarafından geliştirilen Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği ile değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastaların 94'ü (%94.0) erkek, ortalama yaşları 35.3±8.3 yıl ve ortalama hastalık süresi 10.6±5.8 yıl idi. Hastaların ortalama RAPID3 skoru 11.3±6.3, doktor global değerlendirme skoru 2.6±1.8 ve hasta global değerlendirme skoru 4.9±2.7 olarak saptandı. Altmışaltı hasta (%66.0) anti-TNF, 61 hasta (%61.0) NSAİ ilaç kullanmaktaydı ve 28 hasta (%28.0) ilaca bağlı bir yan etki yaşadığını bildirdi. Hastaların %27.0'si herhangi bir GTT uygulamasını kullandığını bildirdi. Yaş arttıkça, evli olanlarda, çalışanlarda, doktor global değerlendirme, hasta global değerlendirme ve RAPID3 skorları düşük olanlarda ve Morisky skoruna göre puanı düşük (uyum yüksek) olanlarda GTT uygulamalarını kullanma durumunun istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttığı bulundu (p<0.05). Anti-TNF kullanımı ile GTT uygulaması kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı. Hastaların %27.0'si yararlı olabileceğini düşündüğü için, %19.0'u iyileştireceğine inandığı ve %10.0'u da ağrısını azaltmak için GTT uygulamalarını kullandığını bildirdi.

**Sonuç:** Çalışmamızda hastaların yaklaşık üçte birinin GTT uygulamalarını kullandığı saptanmıştır. Literatür ile karşılaştırıldığında AS hastalarında GTT uygulamalarını kullanma durumlarının daha düşük olduğu görülmektedir. GTT uygulamalarını kullananların hastalık aktivite skorlarının daha düşük, tedaviye uyumlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Ankilozan spondilit, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları

## PS-213

### Biyolojik tedavi altındaki romatoid artrit hastalarında artmış erken koroner arter hastalığı vardır: HÜR-BİO gerçek yaşam verileri

Berkan Armağan, Alper Sarı, Abdulsamet Erden, Levent Kılıç, Ömer Karadağ, Ali Akdoğan, Şule Apraş Bilgen, Sedat Kiraz, Ali İhsan Ertenli, Umut Kalyoncu

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Romatoid artrit (RA) hastalığı koroner arter hastalığı (KAH) için bir risk faktörüdür. RA hastalarında kronik inflamatuvar süreçten dolayı erken KAH sıklığında artış olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı biyolojik tedavi almakta olan RA hasta kohortunda KAH sıklığının belirlenmesi ve olası ilişkili faktörlerin tanımlanmasıdır.

**Yöntem:** HÜR-BİO RA veri tabanı 2012 yılından itibaren prospektif olarak hastaların kaydedildiği tek merkezli veri tabanıdır. Bu veri tabanında 2016 ağustos itibarıyla 1235 RA hastası bulunmaktadır. Eylül 2012 tarihinden itibaren 1000 hastanın demografik ve klinik verileri yanı sıra komorbid hastalıkları da kaydedilmiştir. Hastalara sorulan sorulardan birisi de KAH olup olmadığıdır. Eğer KAH tanısı var ise kullanmakta olduğu ilaçlar, uygulanan girişimler (stent ve/veya bypass greft) kaydedilmiştir. Erken KAH tanımı olarak KAH'ın erkeklerde <55 yaş, kadınlarda <65 yaş öncesinde sahip olunması olarak kabul edilmiştir.

**Bulgular:** 1000 hastanın 798'i (%79.8) kadındır, ortalama yaşları 53.1±12.6'dır. KAH 57 (%5.7) hastada saptanmıştır, bunların 38'i kadın 19'u erkektir. Hastalık süresi 12.3 (9.3) yıldır. Tüm RA hastaları ile karşılaştırıldığında KAH hastalarında Erkek/Kadın oranı daha fazladır, daha ileri yaştadır ve klasik risk faktörleri daha sıklıkla bulunmaktadır (Tablo 1 PS-213). KAH hastalarının ilk biyolojik öncesi eritrosit sedimentasyon hızı ve HAQ skorları daha yüksektir. Son vizitte HAQ skoru KAH olan hastalarda daha yüksek kalmıştır. Erken KAH 38/57 (%66.7) hastada saptanmıştır. Erken olan ve olmayan KAH hastalarında kardiyovasküler klasik risk faktörleri, tedavi başlangıcında hastalık aktivitesi (DAS-28 skoru) ve fonksiyonel kapasite (HAQ) açısından fark yoktur. KAH hastalarına yapılan müdahaleler Tablo 2 PS-213'de gösterilmiştir. 20 (%35.1) hastaya bypass, 12'sine (%21.0) ise stent uygulanmıştır.

**Tablo 1 (PS-213):** KAH olan ve olmayan hastaların özellikleri.

	KAH var n=57	KAH yok n=943	p
Kadın, n (%)	38 (66.6)	19 (80.6)	0,011
Hipertansiyon, n (%)	38 (66.6)	271 (28.7)	<0.001
Diabetes mellitus, n (%)	11 (19.3)	97 (10.3)	0.033
Sigara (şimdi/geçmişte), n (%)	30 (52.6)	370 (39.2)	0.003
Yaş, ortalama (SD)	64.7 (9.9)	52.4 (12.4)	<0.001
Başlangıç sedimantasyon hızı, ortalama (SD)	45.7 (30.3)	36.1 (24.6)	0.009
Başlangıç HAQ, ortalama (SD)	1.27 (0.64)	1.02 (0.62)	0.025
Son HAQ, ortalama (SD)	0.84 (0.64)	0.66 (0.58)	0.024

**Tablo 2 (PS-213):** KAH hastalarına yapılan müdahaleler.

İşlem	Erken KAH (n=38)	Diğer KAH (n=19)
Bypass, n (%)	10 (26.3)	7 (36.8)
Stent + bypass, n (%)	3 (7.9)	0
Stent, n (%)	9 (23.7)	3 (15.9)
Medikal izlem, n (%)	16 (42.1)	9 (47.6)

**Sonuç:** Biyolojik tedavi altındaki RA hastalarının %5.7'sinde KAH saptanmıştır. Hastaların yaklaşık üçte birine bypass, beşte birine stent uygulaması yapılmıştır. Önemli olarak bu hastaların yaklaşık üçte ikisinde erken KAH bulunmaktadır. KAH

**Tablo 1 (PS-214):** Organ/sistem tutulumuna göre rituksimab yanıtı.

Organ/sistem tutulumu	TY (n, %)	KY (n, %)	Yanıtız (n, %)	KY veya yanıtız olup TY geliştiren hasta %	Remisyona kadar geçen süre, ay (KY veya yanıtız olup TY geliştirene kadar, ort±SS)
Nefrit (n=37)	10 (27)	16 (43)	11 (30)	14/27 (50)	10.2±1.7
Trombositopeni/OIHA (n=15)	9 (60)	4 (27)	2 (13)	3/6 (50)	12±4.3
Artrit (n=12)	8 (67)	3 (25)	1 (8)	3/4 (75)	9±2
Vaskülit (n=7)	3 (43)	4 (57)	Yok	2/4 (50)	8±1.2
Genel hastalık aktivitesi (n=8)	7 (87.5)	1 (12.5)	Yok	1/1 (100)	11±1.7

KY: Kısmi yanıt, OIHA: Otoimmün hemolitik anemi, TY: Tam yanıt

hastalarında klasik risk faktörleri beklendiği gibi daha sık gözlenirken, ilginç olarak erken KAH ve diğer KAH hastaları arasında yaş dışında ek risk faktörü saptanmamıştır. Bu durum erken KAH'ı tetikleyen asıl faktörün altta yatan inflamatuvar romatizmal hastalık olduğunu düşündürmektedir. Bu çalışmada hastaların öykülerinden yola çıkarak sıklık hesaplanmıştır, subklinik hastalıklar ve olası ani ölümler de hesaba katılır ise koroner arter hastalığının önemli bir komorbid durum olduğu söylenebilir.

**Anahtar sözcükler:** Prematür KAH, romatoid artrit

## PS-214

### Tek merkeze ait sistemik lupus eritematozus'lu 79 hastada rituksimab tecrübesi

Bahar Artun Esen, Çiğdem Çetin, Medban Mastanzade, Murat Erdugan, Emin Oğuz, Sevil Kamalı, Ahmet Gül, Lale Öcal, Murat İnanç

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

**Amaç:** Olumsuz sonuçlanan iki randomize kontrollü çalışmaya (RKÇ) rağmen dikkate değer sayıda çalışmada bir anti-CD20 monoklonal antikor olan Rituksimab'ın SLE'li hastalarda olumlu klinik etkisi gösterilmiştir. Bu çalışmada farklı tutulumları olan lupus hastalarında Rituksimab'ın etkinliğini değerlendirmeyi hedefledik.

**Yöntem:** 2010–2016 yılları arasında rituksimab ile tedavi edilmiş 79 SLE'li hastanın retrospektif analizi yapılmıştır. Tüm hastalar ACR 1997 SLE kriterlerinden en az 4'ünü karşılamaktaydı. Hastalık karakterleri, tedavi geçmişleri, bazal klinik ve laboratuvar özellikler, 3. ve 6. ay tedavi yanıtları, ilaç siklüs sayısı, alevlenme, enfeksiyon, yan etki ve infüzyon reaksiyonları incelendi. Hastalık aktivitesi SLE hastalık aktivite indeksi (SLEDAI) kullanılarak belirlendi. Tedavi yanıtı etkilenen organ/sisteme göre değerlendirildi. Genel hastalık aktivitesi olan hastalar için SLEDAI skorunun en az yarı yarıya düşmesi kısmi; ≤2 olması ise tam yanıt olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** 79 hastanın %88'i kadındı. Ortalama yaş ve hastalık süresi sırasıyla 40±12 yıl (20–72) ve 122±79 ay (6–396) idi. Bazalde hastaların %70'inde anti-dsDNA pozitifdi; ortalama SLEDAI ve C3 düzeyleri (±SS) sırasıyla 12.5±7.7 (3–36) ve 86±26 (22–153)

idi. Hastaların %64'ünde önceki tedavi olarak siklofosfamid, %62'sinde mikofenolat mofetil (MMF), %63'ünde azatiyoprin (AZA), %23'ünde metotreksat (MTX), %5'inde kalsinörin inhibitörü (CNI), %4'ünde leflunomid ve %5'inde intravenöz immunoglobulin kullanılmıştı. Rituksimab olguların çoğunda 15 günde bir iki kere 1000'er mg olarak uygulandı. 35 hasta 1 siklüs, 25 hasta 2 siklüs, 11 hasta 3 siklüs, 5 hasta 4 siklüs, 2 hasta 5 siklüs ve 1 hasta 6 siklüs ilaç aldı. İlk siklüs tedaviden sonra uygulanan diğer siklüslerin nedeni 18 hastada idame (%40.5), 22 hastada remisyon indüksiyonunun devamı (%50) ve 4 hastada alevlenme idi (%9.5). Her organ/sistem için 6. aydaki tedavi yanıtları Tablo 1 PS-214'de özetlenmiştir. Rituksimab alan hastaların %46'sı beraberinde MMF, %13'ü AZA, %5'i CNI ve %10'u MTX kullanmaktaydı. Hastaların dörtte biri rituksimab ile beraber immünsupresif ilaç almamaktaydılar. Lupus nefritlerinin çoğu sınıf IV (%58) takiben sınıf V (%19) nefritdi. Sınıf IV nefriti olan hastalarda tam yanıtlılar anlamlı derecede daha fazlaydı. Sınıf V'lerde ise tedavinin 6. ayında tam yanıtı olan hasta yoktu. Bazal ve tedavinin 6. aylarındaki ortalama SLEDAI skoru, günlük ortalama steroid dozu, anti-dsDNA pozitifliği, ve C3 düzeylerinin karşılaştırması Tablo 2 PS-214'de gösterilmiştir. Toplamda 9 infüzyon reaksiyonu gözlemlendi. Bu hastaların hiçbirisi rituksimab tedavisine devam edemediler. Enfeksiyon gözlenen 12 hastanın 3'ü hospitalize edildi.

**Sonuç:** SLE'li hastalarda rituksimab kullanımına ilişkin olumsuz RKÇ sonuçlarına rağmen, klinik tecrübe ilacın, özellikle ciddi ve refrakter olgularda iyi bir tedavi seçeneği oluşturabileceğini göstermektedir. Güvenirlilik profili iyi ancak infüzyon reaksiyonları sorun teşkil edebilmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Sistemik lupus eritematozus, rituksimab

**Tablo 2 (PS-214):** Bazal ve tedavinin 6. aylarındaki ortalama SLEDAI skoru, günlük ortalama steroid dozu, anti-dsDNA pozitifliği, ve kompleman düzeylerinin (C3) karşılaştırması.

	Bazal	Tedavinin 6. ayı	P (bazal vs 6. ay)
SLEDAI (ort±SS)	12.1±7.3	2.6±3.7	<0.05
Steroid dozu (ort±SS)	17±12	5.5±5.6	0.01
Anti-dsDNA pozitifliği (n, %)	55 (70)	20 (26)	<0.05
C3 (ort±SS)	84.4±28.2	97±24	<0.05

## PS-215

### Behçet hastalarında oral ülser aktivitesi kadınlarda ilaç uyumu ile ilişkilidir

Gonca Mumcu<sup>1</sup>, Fatma Alibaz Öner<sup>2</sup>, Sibel Yılmaz Öner<sup>3</sup>, Gülsen Özen<sup>4</sup>, Pamir Atagündüz<sup>5</sup>, Nevsun İnanç<sup>3</sup>, Leyla Köksal<sup>1</sup>, Tülin Ergun<sup>4</sup>, Haner Direskeneli<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul; <sup>2</sup>Fatih Sultan Mehmet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul; <sup>3</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; <sup>4</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** İlaç uyumu; semptomların kontrolü, mortalite ve morbiditenin azaltılması ve tedavinin etkinliğinin artırılması açısından büyük önem taşımaktadır. Bu araştırmanın amacı, Behçet hastalığında (BH) cinsiyete göre oral ülser aktivitesi ile ilaç uyumu arasındaki ilişkinin incelemesidir.

**Yöntem:** Bu kesitsel araştırmaya 330 BH'lı hasta (K/E: 167/163 yaş ort: 38.5±10.5 yıl) dahil edildi. Hastaların son 1 ay içindeki oral ülser aktivitesi ve ilaç uyumu değerlendirildi. İlaç uyumunun değerlendirilmesinde 8 maddelik Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) kullanıldı. Puan aralığı 0–8 arasında olan ölçeğin puan değerinin 6'nın altında olması ilaç uyumunun düşük olduğu anlamına gelmektedir.

**Bulgular:** Son 1 ay içinde hastaların %66.4'ünde (n=219) aktif oral ülser olduğu belirlendi. İlaç uyumu düşük olan kadın hastalarda, oral ülser aktivitesi (%72.7) ilaç uyumu yüksek olanlara göre (%50) daha fazla bulundu (p=0.023). Benzer eğilim erkek hastalarda da görülmesine rağmen anlamlı fark gözlenmedi (p=0.52). Ayrıca araştırma grubunda günlük ilaç alım sıklığının ilaç uyumu yüksek olan grupta (2.4±0.6) diğerlerine (2.6±0.8) göre daha az olduğu da belirlendi (p=0.04 ve p=0.041).

**Sonuç:** Kadın BH'lılarda ilaç uyumunun düşük olması ile oral ülser aktivitesinin artabileceği görülmektedir. Bu durum klinikte tedavi başarısı açısından önemli olabilir. Ancak günlük ilaç alım sıklığının da ilaç uyumunu etkileyebileceği göz ardı edilmemelidir.

**Anahtar sözcükler:** İlaç uyumu, oral ülser, Behçet hastalığı

## PS-216

### Behçet hastalığında hastalık algısının değerlendirilmesi

Gonca Mumcu<sup>1</sup>, Fadime Lehimiç<sup>1</sup>, Özlem Fidan<sup>1</sup>, Hülya Özdemir<sup>1</sup>, Uğur Alpar<sup>2</sup>, Ali Uğur Ünal<sup>3</sup>, Zeynep Ertürk<sup>3</sup>, Yasemin Şahinkaya<sup>3</sup>, Fatma Alibaz Öner<sup>4</sup>, Nevsun İnanç<sup>5</sup>, Tülin Ergun<sup>5</sup>, Haner Direskeneli<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul; <sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, İstanbul; <sup>3</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; <sup>4</sup>Fatih Sultan Mehmet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul; <sup>5</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Hastalık algısı, kronik hastalıklarda semptomların uzun süre devam etmesi ve tedavi ile tamamen ortadan kaldırılamıyor olmasından etkilenebilmektedir. Bu araştırmanın amacı Behçet hastalığında (BH) hastalık algısını organ tutulumlarına ve cinsiyete göre incelemektir.

**Yöntem:** Bu kesitsel araştırmaya 110 BH'lı hasta (K/E: 50/60 yaş ort.: 38.5±9.88 yıl) katıldı. Hastalık algısı Türkçeye geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) ile değerlendirildi. Bu ölçek; hastalıkla ilişkilendirilen semptomlar, hastalığa yönelik inançlar ve hastalık sebepleri olmak üzere 3 temel alandan oluşmaktadır.

**Bulgular:** Araştırma grubunda; halsizlik (%77.3) ve ağrı (%67.3) en yaygın semptomlardır. Kutanöz ve kas-iskelet sistemi tutulumları olan hastalar (6.13±3.28 ve 6.77±3.08) bu organ tutulumları olmayanlara göre (3.5±2.44 ve 5.08±3.3) daha fazla sayıda semptomu hastalıkları ile ilişkilendirdiler (p=0.029 ve p=0.011). Ayrıca göz tutulumu olan hastalarda kronik süreden etkilenmenin (26.17±5.47) bu organ tutulumu olmayanlara (22.14±8.57) göre daha fazla olduğu da belirlendi (p=0.005).

Hastalık nedenleri açısından; stress, ailevi problemler, emosyonel durum, kişilik özellikleri ve immün sisteme yönelik puanların kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu gözlemlendi (p<0.05).

**Sonuç:** Kutanöz, göz ve eklem tutulumu olan Behçet'li hastaların hastalıklarına yönelik daha fazla olumsuz görüşe sahip oldukları görülmektedir. Bu durumun hasta kaynaklı çıktılarının değerlendirilmesini etkileyebileceği düşünülebilir. Ayrıca kadın hastaların semptomlarına yönelik daha kompleks bir reaksiyon gösterdikleri de izlenmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Behçet hastalığı, hastalık algısı, semptomlar

## PS-217

### Vasküler Behçet hastalarının karakteristik özellikleri

Aşkın Ateş<sup>1</sup>, Ercan Okatan<sup>1</sup>, Murat Torğutalp<sup>1</sup>, Emine Uslu<sup>1</sup>, Özge Başaksu<sup>2</sup>, Merih Yalçın<sup>2</sup>, Kürşat Bilgin<sup>2</sup>, Bahar Dinçer<sup>1</sup>, Enes Yayla<sup>1</sup>, Murat Turgay<sup>1</sup>, Gülay Kınıklı<sup>1</sup>, Nurşen Düzgün<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; <sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Behçet hastalığı (BH) her tip ve çapta damarı tutan vaskülitler içinde sınıflandırılan multisistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Vasküler tutulum prevalansı %15–50 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir. Bu çalışmada Behçet hastalarında vasküler tutulum özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** 2006–2016 yılları arasında multidisipliner Behçet hastalığı polikliniğine başvuran Behçet hastalığı tanısı ile izlediğimiz 692 hastanın klinik özellikleri retrospektif olarak analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Toplam 692 hastanın 176 (%25.4)'ünde vasküler tutulum saptandı. Vasküler tutulumu olan (n=176) ve olmayan (n=516) hastaların ortalama yaşları sırasıyla 42.5±12.3 ve 42.2±12.2 yıl ile benzer iken, erkek cinsiyet sıklığı vasküler tutulumu olan hastalarda anlamlı şekilde daha yüksekti (sırasıyla %72 ve %42, p<0.001). Vasküler tutulum olan hastalarda üveit sıklığı (%45) vasküler tutulum olmayan hastalara (%32.4) göre anlamlı yüksek bulundu (OR: 1.7, p=0.003). 164 (%23.7) hastada ven ve 52 (%7.5) hastada arter tutulumu vardı. Vasküler tutulumu olan hastaların 142 (%80.7)'inde derin ven trombozu saptandı ve en sık görülen vasküler tutulumdu. Ven tutulum lo-

kalizasyonları ve sıklıkları Tablo 1 PS-217'de verilmiştir. Vasküler tutulumlu 176 hastanın 52 (%29.5)'inde arter tutulumu saptandı. Arter tutulumu olmadan tek başına derin ven trombozu 125 (%71) hastada, ven tutulumu olmaksızın tek başına arter tutulumu 12 (%6.8) hastada saptanırken, 40 (%22.7) hastada arter ve ven tutulumu birlikteydi. Arter tutulumu en sık 45 (%25.6) hasta ile pulmoner arter tutulumu şeklindeydi [pulmoner arterde tromboz 35 (%20), anevrizma 10 (%5.7) ve tromboz + anevrizma ise 6 (%3.4) hastada ]. Hastaların 15 (%8.5)'inde periferik, iliak ve abdominal arterlerde anevrizma ve/veya tromboz saptandı. Ven tutulumunun ortaya çıkış zamanı tanı konulduktan median 24 ay, arter tutulumunun ortaya çıkışı ise tanıdan median 26 ay sonra idi. Vasküler tutulumu olan hastaların 20 (%12.2)'inde serebral sinüs trombozu saptandı. Serebral sinüs trombozu olan hastaların %70'inde derin ven trombozu veya arter tutulumu da vardır. Vasküler tutulumu olan 47 hastada ve 91 sağlıklı kontrolde faktör V Leiden, metilentetrahidrofolat redüktaz (sağlıklı kontrol hariç) ve protrombin gen mutasyonlarına bakılarak gruplar karşılaştırılmıştır. Vasküler tutulumu olan Behçet hastalarında anlamlı şekilde faktör V Leiden ve protrombin gen mutasyonlarının sıklığı sağlıklı kontrollerden yüksek bulundu (sırasıyla p=0.001 ve p= 0.036) (Tablo 2 PS-217).

**Tablo 1 (PS-217):** Ven tutulum lokalizasyonları ve sıklıkları.

Ven lokalizasyonu	Hasta sayısı (%) n=176
Derin ven trombozu	142 (%80.7)
Budd-Chiari sendromu	7 (%4.0)
Vena cava inferior sendromu	18 (%10.2)
Vena cava süperior sendromu	8 (%4.5)
Iliak ven trombozu	18 (%10.2)
Renal ven trombozu	1 (%0.6)
Safen ven trombozu	23 (%13.1)
Femoral ven trombozu	36 (%20.5)
Popliteal ven trombozu	43 (%24.4)
Krural ven trombozu	12 (% 6.8)
Juguler ven trombozu	5 (%2.8)
Subklavian ven trombozu	2 (%1.1)
Bazilik ven trombozu	1 (%0.6)
Safalik ven trombozu	1 (%0.6)
Serebral sinüs trombozu	20 (%12,2)

**Tablo 2 (PS-217):** Vasküler Behçet hastaları ve sağlıklı kontrollerde FaktörV Leiden, Protrombin ve MTHFR gen mutasyonlarının sıklığı.

Populasyon	Normal sayı (%)	Homozigot sayı (%)	Heterozigot sayı (%)	p*
<b>Vasküler Behçet hastaları (n=47)</b>				
Faktör V Leiden	32 (%68)	4 (%8.5)	11 (%23.4)	0.001
Protrombin	40 (%85)	1 (%2.1)	6 (%12.8)	0.036
MTHFR	30 (%63.8)	5 (%10.6)	12 (%25.5)	
<b>Sağlıklı kontrol (n=91)</b>				
Faktör V Leiden	83 (%91.2)	0	8 (%8.8)	
Protrombin	88 (%96.7)	0	3 (%3.3)	

\*Vasküler Behçet hastaları ile sağlıklı kontrollerin karşılaştırılması

**Sonuç:** Behçet hastalığında vasküler tutulum, özellikle erkeklerde siktir. Derin ven trombozu en sık tutulum şeklidir. Arter tutulumu daha düşük olmakla birlikte mortalitede ciddi risk (özellikle pulmoner arter anevrizması) oluşturması nedeniyle önemlidir. Tromboza yatkınlık oluşturan faktör V Leiden ve protrombin gen mutasyonlarının sıklığının artmış olması hastalık patogenezinde önemli rol oynayabilir.

**Anahtar sözcükler:** Behçet hastalığı, vasküler tutulum

## PS-218

### Ankilozan spondilit hastalarında anti-TNF tedavi kullanımı ile metabolik sendrom arasındaki ilişki

Arzu Ferhat Osmanoglu<sup>1</sup>, Selda Çelik<sup>2</sup>, Nilüfer Alpay Kanitez<sup>2</sup>, Nazlı Caf<sup>1</sup>, Sibel Yılmaz Öner<sup>2</sup>, Esmâ Uğuztemur<sup>2</sup>, Cemal Bes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi Kliniği, İstanbul; <sup>2</sup>Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Ankilozan Spondilit (AS) aterosklerozun eşlik ettiği inflamatuvar bir hastalık olup, bu hastalarda metabolik sendrom (MetS) parametrelerinin bulunabildiğine dair çalışmalar mevcuttur. TNF- $\alpha$ , metabolik sendromun önemli parametrelerinden dislipidemi ve insülin rezistansına yol açabilecek sorumlu faktörlerden biri olarak düşünülmektedir. TNF- $\alpha$  inhibitörlerinin kullanımı artiküler semptomları iyileştirmenin yanında, lipid ve glukoz metabolizması üzerinde olumlu etki gösterebilir. Biz bu çalışmada AS'li hastalarda anti-TNF tedavisi ile MetS arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

**Tablo (PS-218):** Anti-TNF tedavi alan AS'li hastalarda MetS ve ilişkili parametreler.

	Anti-TNF alan grup (n=78)	Anti-TNF almayan grup (n=145)	P
Yaş	39.1±9.5	39.9±11.8	0.601
Cinsiyet (E/K)	59/19	85/60	0.008
Hastalık süresi (ay)	145.2±90.8	103.3±97.1	0.003
BASDAI	3.0±2.4	3.5±2.0	0.172
BASFI	29.5±29.1	22.1±24.5	0.061
VKI	29.0±6.1	27.8±5.7	0.178
MetS (%)	26/78 (33)	29/145 (20)	0.022
HT (var) (%)	12/78 (15)	12/145 (8)	0.184
Glukoz	102.4±35.4	97.8±23.7	0.307
Trigliserid	151.2±123.2	126.2±88.4	0.123
LDL	105.8±29.8	114.2±36.7	0.075
HDL	46.7±15.4	49.7±16.2	0.188
ESR	15.7±14.4	19.6±17.4	0.072
CRP	1.1±1.7	1.1±1.5	0.794

**Yöntem:** Çalışmaya Şubat–Mayıs 2016 tarihleri arasında polikliniğimize başvuran 223 AS hastası (79 kadın/144 erkek; ortalama yaş 39.6±11.0) alındı. Çalışmaya katılan vakaların sistolik ve diastolik kan basıncı, vücut kitle indeksi (VKİ), bel çevresi ölçümü yapıldı. Eritrosit sedimentasyon hızı (ESR), C-reaktif protein (CRP), açlık kan şekeri, kolesterol paneli bakıldı. MetS tanısı NCEP ATP III kriterlerine göre konuldu. Hastalık süreleri, an-

ti-TNF kullanımını kaydedildi. Hastalık aktivitesini ve fonksiyonel kapasitelerini değerlendirmek için BASFI-BASDAI ölçümleri yapıldı. Hastalar anti-TNF tedavi alan ve almayanlar olarak iki grupta değerlendirildi. Gruplar arasındaki karşılaştırmalar için istatistik analizi olarak student-t testi ve ANCOVA analiz yapıldı.

**Bulgular:** Toplam 223 hastanın 78'i (%35) anti-TNF tedavi alıyordu. Yaş dağılımı her iki grup arasında benzerdi. Anti-TNF tedavi alan grupta erkek hasta sayısı daha fazlaydı (%75.6 vs %58.6). Hastalık süresi de anti-TNF alan grupta daha uzundu (145.2±90.8 vs 103.3±97.1). Serum lipid düzeyleri, glukoz, ESR, CRP, BASFI, BASDAI ölçümleri, VKİ ve hipertansiyon açısından her iki grup arasında anlamlı farklılık yoktu. MetS, anti-TNF alan 78 hastanın 26'sında (%33.3) varken, anti-TNF tedavi almayan 145 hastanın 29'unda (%20) vardı. TNF- $\alpha$  inhibitör kullanımının MetS üzerindeki etkisi cinsiyetten bağımsızdı.

**Sonuç:** Anti-TNF tedavi alan AS'li hastalarda MetS almayanlara göre daha yüksek oranda saptanmıştır. Tedavi ile enflamasyonun katabolik etkisinin baskılanması bunda etkili olmuş olabilir.

**Anahtar sözcükler:** Ankilozan spondilit, metabolik sendrom, anti-TNF

## PS-219

### Sistemik sklerozda osteoprotegrin/RANKL/TRAIL/Wnt, katenin sinyal yolları: Osteoporoz, fibroz ve vaskülopati ilişkisi

Ali Taylan<sup>1</sup>, Burak Karakaş<sup>1</sup>, Oğuz Gürler<sup>2</sup>, Gökçe Kenar<sup>3</sup>, Ali Rıza Şişman<sup>3</sup>, Harun Akar<sup>1</sup>, Burak Toprak<sup>1</sup>, Merih Birlik<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir; <sup>2</sup>Samsun Medikal Park Hastanesi, Samsun; <sup>3</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir

**Giriş:** Osteoprotegrin (OPG) kemik döngüsünün önemli bir sinyal molekülüdür ve Receptor Activator of NF-B ligand (RANKL) ile bağlanması, osteoklastların olgunlaşması ve kemik yıkımını önler. Wnt, katenin sinyali ile inhibitörleri veya antagonistleri (Dickkopf-1, Sklerostin, SFRP1) arasındaki etkileşim, sistemik sklerozda (SSc) fibroz gelişimi, ayrıca hücrelerden OPG salınımı ile ilgilidir. OPG ile TNF-related apoptosis-inducing ligand (TRAIL) dengesi, vasküler hasar için önemli bir göstergedir.

**Amaç:** Bu çalışma da, sınırlı ve yaygın SSc hastalarında OPG/RANKL/TRAIL/Wnt, katenin sinyal yollarının, klinikte osteoporoz, fibroz ve vasküler hasar parametreleri ile ilişkisini araştırdık.

**Yöntem:** Yaş, cinsiyet, VKİ, menopoz açısından eşleştirilmiş 54 SSc hastası ve 30 sağlıklı kontrol çalışmaya alındı. Hastaların deri ve sistemik fibroz (modifiye rodnan deri skoru, akciğer fibrozu), kardiyovasküler risk faktörleri (sistemik arteriyel ve pulmoner hipertansiyon, geçirilmiş inme ve Mİ) not edildi. Serum Ca, P, albumin, TSH, OPG, RANKL, N-telopeptit (NTX), osteocalcin (OT), parathormon (PTH), kemik alkalen fosfat (BALP), TRAIL, dickkopf-1 (DKK1), SFRP1, sklerostin ve kemik mineral dansitesi (KMD) ölçüldü.

**Bulgular:** SSc hastalarında OPG ve RANKL seviyesi kontrollerden farklı değildi, ancak KMD ve Vitamin D düzeyleri yaygın SSc da daha belirgin olmak üzere, sağlıklı kontrollerden belirgin

düşük bulundu. DKK-1 seviyesi SSc hastalarında yüksek bulunmakla beraber Sklerostin ve SFRP1 seviyeleri benzerdi. TRAILR1 seviyesiyle kardiyovasküler disfonksiyon parametreleri arasında ilişki bulunamadı. Korelasyon analizlerinde, SSc da, mRodnan deri skoru ile femur boynu ve lomber T skoru arasında negatif ilişki bulundu ( $r=-0.4$  ve  $r=-0.3$ ).

**Tablo (PS-219):** SSc ve sağlıklı kontrollerin çeşitli demografik ve laboratuvar bulguları.

	SSc (n=54 K)	Sağlıklı kontrol (30K)	p
Yaş (yıl)	53.0±10.3	50.1±6.5	0.135
VKI (kg/m <sup>2</sup> )	28.3±6.2	29.7±5.1	0.311
ESH (mm/s)	23 (13–39)	11.5 (6–17)	<0.001
CRP (mg/dl)	4.6 (1.7–9.2)	2.6 (0.8–4.4)	0.017
TSH ( $\mu$ U/ml)	1.8 (1.0–3.2)	1.5 (1.1–2.4)	0.335
Ca (mg/dl)	9.4 (9.0–9.6)	9.4 (9.2–9.6)	0.423
P (U/L)	3.7±0.5	3.6±0.5	0.624
PTH (pg/mL)	218 (177–300)	187(143–279)	0.051
25 (OH)VIT D (ng/mL)	8.5 (4.6–16.1)	16.5 (9.4–21.2)	0.010
OT (ng/mL)	32.1 (22.5–48.1)	25.3 (20.3–32.6)	0.055
NTX (nmol/L)	22.0 (17.1–36.1)	16.4 (14.1–28.8)	0.040
BALP (U/L)	161 (123–282)	131(120–233)	0.177
OPG (ng/mL)	72.1 (55.7–152.9)	74.6 (48.6–128.1)	0.776
RANKL (ng/L)	999 (683–2191)	839 (631–1288)	0.211
OPG/RANKL	10.6 (7.3–15.2)	9.4 (7.2–13)	0.342
L2–L4 lomber T skoru	-1.38±1.39	-0.71±1.32	0.045
Femur boynu total (gr/cm <sup>2</sup> )	-0.91±1.39	-0.22±1.07	0.032
SFRP1 (ng/mL)	22.6 (13.1–40.1)	24.9 (19.3–38.5)	0.391
DKK1 (ng/mL)	29.8 (23.5–43.3)	22.2 (17.8–42.2)	0.050
Sklerostin (ng/mL)	20.0 (15.3–33.1)	20.2 (17.4–39.8)	0.901
TRAIL (pg/mL)	8.9 (6.6–17.4)	7.8 (5.6–11.7)	0.149

İstatistiksel anlamlılık  $p \leq 0.05$ 'tir.

**Sonuç:** SSc, diğer kronik inflamatuvar hastalıklar gibi osteoporoz açısından riskli bir hastalıktır. Derideki fibrotik değişiklikler ve buna bağlı vitamin D yapımındaki azalma en önemli sebeptir. Bu arada, Wnt  $\beta$  katenin yolağının kontrolsüz uyarımı veya antagonistlerinin fonksiyonel etkisizliği, fibrotik süreçten ayrı olarak osteoporozun dengelenmesine katkı yapmış olabilir. SSc'da, Wnt  $\beta$  katenin antagonistlerinin epigenetik modifikasyonlar ile disfonksiyonu öne sürülen pro-fibrotik mekanizmalardan birisidir. Bizim çalışmamızda, DKK1'in SSc hastalarında artmış olması yeni bir veridir ve anti-fibrotik tedavi yaklaşımları için önemli olabilir ve daha yüksek hasta gruplarında tekrarlanması gerekmektedir. SSc'da, OPG/TRAILR1 ilişkisi kardiyovasküler disfonksiyonla ilgili yararlı bir belirteç olarak öne çıkmamaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Sistemik skleroz, OPG, DKK1

## PS-220

### Anti-TNF alfa kullanımı ile malignite arasındaki olası ilişkinin değerlendirilmesinde göz ardı edilen yöntemsel hata

Yeşim Özgüler<sup>1</sup>, Yusuf Yazıcı<sup>2</sup>, Gülen Hatemi<sup>1</sup>, Hasan Yazıcı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; <sup>2</sup>New York Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, New York, ABD

**Amaç:** Anti-TNF alfa ajanların kullanımı ile malignite gelişimi arasındaki ilişki hala tartışmalı bir konudur. Toplumda birden fazla birincil kanser oranı tüm kanserlilerin yaklaşık 1/6'sını oluşturmaktadır. Anti-TNF alfa kullanan hastaların malignite oranlarını genel toplum ile karşılaştıran çalışmalarda birden fazla birincil malignite geliştiren hasta oranı sadece genel toplumda beklenene yansıtılmakta olup bu çalışmaların analizinde kullanılan standardize insidans oranı (SIR) anti-TNF alfa kullanan grupta malignite riskinin daha az gösterilmesine neden olmaktadır. Bu çalışmayla anti-TNF alfa kullanan hastalarla genel toplumu malignite açısından karşılaştıran çalışmalarda birden fazla birincil malignite konusunun ne kadar işlendiğini değerlendirmeyi amaçladık.

**Yöntem:** En son yayımlanan, en geniş kapsamlı ve sonucunda anti-TNF alfa ajanlarının maligniteye arttırmadığı yönünde yargıya varan derlemenin referanslarını analiz ettik. Anti-TNF alfa ajanları kullananlar ile genel toplumu karşılaştıran referansları birden fazla birincil malignite konusunu belirtip belirtmediğini değerlendirmek amaçlı çalışmaya dâhil ettik. Tüm referanslar 2 bağımsız yazar tarafından değerlendirildi ve anlaşmazlıklar tekrar birlikte değerlendirilerek çözüldü.

**Bulgular:** Analiz ettiğimiz 37 çalışmadan 20'sinde anti-TNF kullanan hastalarda malignite oranı genel toplum ile karşılaştırılmıştı. Bu çalışmalardan sadece 1 tanesinde birden fazla birincil malignite konusuna değinilmişti.

**Sonuç:** Söz konusu ettiğimiz metodolojik sorun anti-TNF alfa kullanan hasta grubunda malignite oranlarının beklenenden daha az saptanmasına yol açarak yanlışlığa (depletion of the susceptibles=eğilimi olanların tükenmesi) neden olmaktadır. Bu sorunu göz ederek yayımlanmış çalışmaların tekrar analiz edilerek sonuçların düzeltilmesi gerekir.

**Anahtar sözcükler:** Anti-TNF, malignite, standardize insidans oranı

## PS-221

### Takayasu arteritinde komorbid hastalıklar ve kardiyovasküler risk

Helin Masyan<sup>1</sup>, Sinem Nihal Esatoğlu<sup>2</sup>, Ayşe Merve Çelik<sup>1</sup>, Vedat Hamuryudan<sup>2</sup>, Hasan Yazıcı<sup>2</sup>, Emire Seyahi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul;* <sup>2</sup>*Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

Romatoid artrit ve sistemik lupus eritematozus (SLE) gibi kronik inflamatuvar hastalıklarda komorbiditenin arttığı ve ölümcüllüğü etkilediği bilinmektedir. Takayasu arteritinin (TA) seyrinde vasküler komplikasyonların hastalığın prognozu etkilediği bilinmekle birlikte eşlik eden komorbid hastalıkların sıklığı bilinmemektedir. Ayrıca, TA'lı hastalarda hipertansiyon sıklığının arttığı ve erken ateroskleroz geliştiği bilinmekte ancak, normal popülasyonda kardiyovasküler risk ile ilişkisi bilinen parametrelerin (hiperlipidemi, hipertansiyon, sigara öyküsü, ailede erken kardiyak ölüm) TA hastalarındaki sıklığı hakkında yeterli veri bulunmamaktadır. Biz bu çalışmada TA hastalarının uygun kontrollerle karşılaştırarak komorbidite ve kardiyovasküler riskini değerlendirmek istedik.

**Yöntem:** Mayıs-Ağustos 2016 ayları arasında, Romatoloji Polikliniği'ne ardışık olarak başvuran yaşları 18-60 arasında değişen 85 (74 K, 11 E) TA ile 64 (60 K, 4 E) SLE hastası çalışmaya alındı. Ayrıca, 48 (38 K, 10 E) hastane personelinden oluşan gönüllü çalışmaya katıldı. Hasta ve kontrollere standart bir soru formu ile sistemlere yönelik olarak daha önce bir doktor tarafından aldıkları hastalık tanıları sorgulandı. Hastalıkları belirlerken Charlson komorbidite indeksi değiştirilerek kullanıldı. Framingham koroner kalp hastalıkları risk hesaplaması da yapıldı.

**Tablo (PS-221):** Hasta ve kontrollerin demografik özellikleri ve komorbidite dağılımı.

	Takayasu arteriti (n=85)	SLE (n=64)	Sağlıklı kontrol (n=48)	P
Kadın/Erkek	74/11	60/4	38/10	AD
Yaş, ort±SD	44 ±12	42±12	44±11	AD
Hastalık başlangıç yaşı, ort±SD	31±12	29±12	-	AD
Sigara, (aktif içen), n (%)	14 (17)	17 (27)	19 (40)	<0.05
Hiperlipidemi, n (%)	18 (21)	10 (16)	11 (23)	AD
Hipertansiyon, n (%)	46 (54)	20 (31)	6 (13)	<0.01
Diabetes mellitus, n (%)	8 (9)	6 (9)	4 (8)	AD
Framingham risk skoru, med [IQR]	3 [1-9]	3 [1-6]	3 [1-7]	AD
Ailede kardiyovasküler hastalık, n (%)	41 (48)	14 (22)	11 (23)	<0.01
Kalp hastalıkları, n (%)	40 (47)	17 (27)	9 (19)	<0.01
Kronik akciğer hastalıkları, n (%)	11 (13)	1 (2)	2 (4)	<0.05
Plevra/perikard hastalıkları, n (%)	7 (8)	13 (20)	0	<0.01
Böbrek hastalıkları, n (%)	12 (14)	18 (28)	5 (10)	<0.05
Mide /karaciğer hastalıkları, n (%)	4 (5)	6 (9)	3 (6)	AD
Tiroid hastalıkları, n (%)	13 (15)	16 (25)	8 (17)	AD
Deri hastalıkları, n (%)	9 (11)	7 (11)	3 (6)	AD
Psikiyatrik hastalık/ilâç kullanımı, n (%)	31 (37)	24 (38)	10 (21)	AD
MSS hastalıkları, n (%)	14 (17)	8 (13)	5 (10)	AD
Solid organ neoplazileri/lenfoma, n (%)	5 (6)	2 (3)	0	AD
Eşlik eden başka romatolojik hastalık, n (%)	7 (8)	2 (3)	0	AD
Inflamatuvar barsak hastalıkları, n (%)	9 (11)	0	0	<0.01
Inflamatuvar bel veya sırt ağrısı, n (%)	21 (25)	18 (28)	3 (6)	<0.05
Ailede romatolojik hastalık, n (%)	26 (31)	22 (34)	4 (8)	<0.01

**Bulgular:** Tablo PS-221 demografik özellikleri, kardiyovasküler risk faktörleri ve komorbid hastalık oranlarını vermektedir. Hasta ve sağlıklı kontrollerin ortalama yaşları, erkek/kadın oranları benzerdi. TA ve SLE hastalarının hastalık süreleri benzerdi. Kardiyovasküler risk faktörlerin dağılımı: Aktif sigara kullanımı sağlıklıları da daha fazla oranda izlenirken, hipertansiyon sıklığı ve ailede kardiyovasküler hastalık öyküsü anlamlı şekilde TA hastalarında sıklıktı. Framingham risk skoru gruplar arasında fark göstermedi. Komorbid hastalıklar: Kalp hastalıkları, (özellikle iskemik ve kapak) ve kronik akciğer hastalıkları (astım, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları, pulmoner hipertansiyon) daha çok TA hastalarında izlenirken, perikard/plevra ve böbrek hastalıkları daha çok SLE grubunda görüldü. İnflamatuvar hastalıklar: Sağlıklıları oranla hem TA hem SLE hastalarında, inflamatuvar bel/sırt ağrısı ve ailede romatolojik hastalık sıklığı artmıştı. İnflamatuvar barsak hastalıkları ise hemen sadece TA hastalarında gözlemlendi. Kısıtlılıklar: Çalışma bir hastanede yapıldığı için, ikinci bir hastalığı fazla oranda bulma olasılığımız fazladır, bu nedenle sonuçlarımız yanıltıcı olabilir. Ayrıca kontrol sayıları yeterli değildir.

**Sonuç:** TA hastalarında komorbidite daha çok vasküler tutulum komplikasyonlarından oluşmaktadır. Bunun dışında, inflamatuvar barsak hastalıkları ve inflamatuvar bel/sırt ağrılarının artmış olması dikkat çekmektedir. TA hastalarının ailelerinde kardiyovasküler ve romatolojik hastalık öyküsünün artmış olması, TA'da ve ilişkili olduğu hastalıklarda genetik mekanizmaların rol oynayabileceğine işaret etmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Takayasu arteriti, komorbidite, kardiyovasküler risk

## PS-222

### Periferik vasküler tutulum şiddeti nedeni ile spesifik tedavi alan sistemik sklerozlu hastaların klinik özellikleri ve tırnak dibi video-kapillarskopik bulguları

Yasemin Yalçınkaya, Ali Uğur Ünal, Zeynep Ertürk, Sema Kaymaz, Pamir Atagündüz, Nevsun İnanç, Haner Direskeneli

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

**Amaç:** Periferik vasküler tutulum (PVT), sistemik skleroz (SSk) hastalarında morbiditeye önemli katkısı olan tutulumlardan biridir. SSk hastalarında şiddetli dijital iskemiye yönelik farklı yaklaşımları hedefleyen vazodilatatör tedaviler kullanılabilmektedir.

**Yöntem:** ACR/EULAR sınıflandırma kriterleri (2013)'ne göre SSk tanısı konulmuş ve Medsger hastalık şiddeti ölçeğine göre PVT  $\geq 2$  olan (parmak ucunda yara izi PVT=2, dijital ülser varlığı PVT=3 ve dijital gangren varlığı PVT=4) hastalar değerlendirilmeye alındı. Hastalardan iloprost (prostaglandin analogu) infüzyonu ve bosentan (endotelin reseptör antagonisti) ve/veya sildenafil (fosfodiesteraz tip 5 inhibitörü) tedavileri alan hastalar analize dahil edildi. Klinik ve laboratuvar özellikler, modifiye Rodnan deri skoru (MRDS), telanjiektazi skoru (Shah), hastalık aktivite (Valentini) ve şiddeti (Medsger) ölçekleri değerlendirildi. Eş zamanlı yapılan tırnak dibi video-kapillarskopisi (TVK) ile saptanan patolojik bulgular ve buna göre belirlenen TVK skleroderma bulguları (erken/aktif/geç) kaydedildi.

**Bulgular:** Periferik vasküler tutulum (PVT) şiddeti  $\geq 2$  olan 26 hasta mevcuttu (23 kadın, %89) [PVT=2 (n=15), PVT=3 (n=10), PVT=4 (n=1)]. Periferik vasküler tutulumla yönelik spesifik tedavi alan 22 hasta (19 kadın, %87) analiz edildi. Tüm hastalar aralıklı iloprost infüzyonu almıştı (n=22), iloprost ek olarak bosentan alan 10, bosentan + sildenafil kombinasyon tedavisi alan 9 hasta mevcuttu. Hastaların genel özellikleri Tablo 1 PS-222'de ve tedavi gruplarına göre kapillarskopik bulgular ve hastalık aktivite ölçütleri Tablo 2 PS-222'de özetlenmiştir. Kombinasyon tedavisi alan grupta tekli bosentan alan gruba göre; ortalama yaş daha düşüktü ( $41 \pm 10$ 'a karşı  $54 \pm 10$ ), anlamlılığa ulaşmamakla birlikte non-Raynaud semptomu süresi daha kısa ( $11 \pm 12$ 'ye karşı  $8 \pm 5$ ) ve telanjiektazi skoru daha yüksekti ( $7.1 \pm 4.2$  'e karşı  $4.8 \pm 3.2$ ). Tüm gruplarda TVK-geç bulgunun sık olduğu saptanmıştır. Diğer özellikler ve hastalık değerlendirme ölçütlerinde fark saptanmamıştır.

**Tablo 1 (PS-222):** Periferik vasküler tutulumla yönelik spesifik tedavi alan SSk hastaların klinik ve demografik özellikleri.

	n=22
Yaş	48±12
Takip süresi (ay)	75±41
Raynaud süre (yıl)	12±10
Non-Raynaud (yıl)	9±9
Difüz deri tutulumu	10 (%45)
Sınırlı deri tutulumu	12 (%55)
ANA (+)	19 (%87)
Anti-Scl70 (+)	11 (%50)
Telanjiektazi	19 (%86)
Disfaji	19 (%86)
İnterstiyel akciğer tutulumu	14 (%64)
Fleksiyon kontraktürü	10 (%45)
Yüksek PAB (Eko>40 mmHg)	4 (%18)
Yüksek akut faz	18 (%82)
Düşük FVC	12 (%55)
Düşük DLCO	14 (%64)
Siklofosfamid (pulse)	9 (%41)
Azatioprin	10 (%46)
Mikofenolat mofetil	10 (%46)
Rituksimab	6 (%27)
Düşük doz steroid (PRD<10 mg/gün)	17 (%77)

**Tablo 2 (PS-222):** Tüm hastalar ve tedavi gruplarında kapillarskopik ve hastalık değerlendirme ölçütleri.

	Spesifik tedavi alan tüm SSk hastaları (n=22)	İloprost infüzyonu + Bosentan (n=10)	İloprost infüzyonu +bosentan +sildenafil (n=9)
TVK-erken	2 (%9)	1 (%10)	1 (%11)
TVK-aktif	2 (%9)	2 (%20)	0 (%0)
TVK-geç	18 (%82)	7 (%70)	8 (%89)
Telanjiektazi skoru	6±3.7	4.8±3.2	7.1±4.2
MRDS	13.5±8.7	13.6±9.3	13.2±7.6
Aktivite Skoru	2.1±1.2	2.2±1.3	2.2±1.2
Şiddet Skoru	7.5±2.4	7.8±2.3	7.4±2.7



**Sonuç:** Periferik vasküler tutulum şiddeti nedeni ile tedavi alan, hastalık süresi uzun ve yoğun immünsupresif maruziyeti bu SSK kohortunda TVK-geç bulgunun sık olduğu görülmüştür. Kombinasyon tedavisi gerektiren şiddetli dijital iskemisi olan SSK hasta grubunun, daha genç olduğu ve daha kısa hastalık süresine sahip olma eğiliminde olduğu gözlemlendi. TVK-geç bulgusu olan hastaların hastalığın erken döneminden itibaren tedavi yönünden dikkatli takibi yapılmalıdır. Kapillarskopinin genel hastalık değerlendirme ölçütlerine ek olarak dijital iskeminin takibinde, riskli hasta gruplarını ve prognozu belirlemede faydalı olabileceği düşünülmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Sistemik skleroz, periferik vasküler tutulum, turnak-dibi kapillarskopisi

## PS-223

### Ankilozan spondilitli hastalarda kalp tutulumunun tespiti

Ahmet Hüsrev Tekeli<sup>1</sup>, Refik Ali Sarı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Tonya Devlet Hastanesi, Trabzon; <sup>2</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon

**Amaç:** Ankilozan spondilit (AS)'te, aort yetmezliği ve kardiyovasküler tutulumda artmış risk vardır. Aort yetmezliği sıklığı %6–10'dur, %3–33 sıklıkta ileti problemleri görülür. AS'de ayrıca diğer kardiyovasküler hastalıklarında artmış riski vardır. Amacımız, AS'li hastalarda ekokardiyografi (EKO) ile kardiyak tutulumu değerlendirmektir.

**Yöntem:** Çalışmamıza KTÜ'de yaşları 18–82 arasında değişen, 26'sı kadın (%57.8), 19'u erkek (%42.2) olmak üzere toplam 45 AS hastası ile çalışmaya dahil edildi. Ankilozan spondilit hastalarında EKO bulguları değerlendirildi.

**Bulgular:** AS hastalarının EKO bulgularının dağılımına bakıldığında, görülen lezyonların sol ventrikül diyastolik disfonksiyon (%45.2), sol ventrikül hipertrofi (%25.8), kapak hastalığı (%25.8), asendan aort dilatasyonu (%12.9) olduğu görüldü. Kısıtlılıklar (Limitations): Çalışmamızın hasta sayısının nispeten az olması, kontrol grubunun olmaması gibi bazı sınırlamaları vardı.

**Sonuç:** AS'li hastalarda kardiyak fonksiyonlar etkilenmektedir, bu sebeple rutin olarak klinik ve ekokardiyografik olarak kardiyak değerlendirme yapılmalıdır.

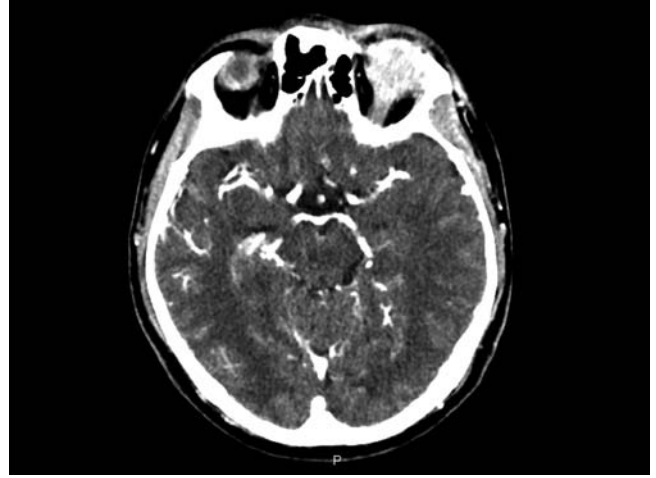
## PS-224

### Olgu sunumu: Orbital psödotümör ile prezente olan IgG4 ilişkili hastalık

Meryem Can<sup>1</sup>, Hande Oğul Hıncal<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; <sup>2</sup>İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** IgG4 ilişkili hastalık (IgG4-İH) tüm organ ve sistemleri etkileyebilen, serumda artmış IgG4 düzeyi, tutmuş olduğu dokuda ise IgG4+ lenfoplazmositik hücre infiltrasyonu, obliteratif flebit ve storiform tipte fibrozis izlenen, kitle yapma eğiliminde fibroinflatuar bir hastalıktır. IgG4 ilişkili oftalmik hastalık dakriyoadenit, orbital miyozit ve orbital psödotümör şeklinde



**Şekil (PS-0224):** Orbital psödotümör MR.

prezente olabilir. Biz de burada orbital psödotümör nedeniyle tetkik etmiş olduğumuz IgG4-İH tanısı alan bir olguyu sunduk.

**Olgu:** 36 yaşında erkek hasta 15 gün önce başlayan sol gözde şişme, göz kapağında düşme, bulanık ve çift görme şikayetleriyle başvurmuş olduğu Göz Hastalıkları Polikliniği tarafından tarafımıza yönlendirildi. Hastanın orbital tomografisinde sol orbita superior ve lateral bölümlerinde lakrimal glandı ve superior rektus kasını tutan, ekspansif ve kontrast tutan yumuşak doku yoğunlukları izlendiği ve orbital psödotümör olarak değerlendirildiği görüldü. Son 1 haftadır metilprednisolon 40 mg/gün tedavisi altında olan hastanın yakınmalarında gerileme izlendi. Anamnez ve fizik muayenesinde özellik saptanmadı. Ayırıcı tanıda IgG4-İH, sarkoidoz, granümatöz polianjiit, Churg-Strauss sendromu, Graves hastalığına bağlı ekzoftalmus düşünülerek istenmiş olan laboratuvar tetkiklerinde ANA 1: 100 granüler pozitif, IgG4 258 mg/dL (8–140 mg/dL) olarak izlendi. Hastanın diğer laboratuvar bulguları ve toraks tomografisi doğaldı. Doku biyopsisini reddeden hasta mevcut klinik ve laboratuvar verileriyle olası IgG4 ilişkili orbital psödotümör olarak kabul edilerek metilprednisolon tedavi rejimi düzenlendi. Relaps ve olası diğer organ tutulumları açısından hastanın Romatoloji poliklinik takibi devam ediyor.

**Sonuç:** IgG4-İH'nın klinik ve serolojik bulgularının diğer otoimmün ve bağ dokusu hastalıklarıyla benzerlik göstermesi nedeniyle günümüzde bu olgularla sık karşılaşmaktayız. Daha önce Sjögren sendromunun bir alt tipi olarak değerlendirilen Mikulicz hastalığı artık IgG4 ilişkili dakriyoadenit ve siyaloadenit olarak tanımlanmaktadır. Dakriyoadenit ve siyaloadeniti olan hastalarda ANA, RF ve anti-dsDNA pozitifliği bildirilmiştir. Hastalık genellikle kitle lezyonuyla prezente olması nedeniyle malignitelerle de ayırıcı tanıya girmektedir. Doku biyopsisinin mümkün olmadığı yoğun fibrozis gelişmiş olgular göz önüne alındığında gelecekteki araştırmaların organ spesifik tanı kriterlerine ve noninvazif tanı metodlarına yönelik olması gerekliliği görülmektedir.

**Anahtar sözcükler:** IgG4 ilişkili hastalık, orbital psödotümör