

XIX. Ulusal Romatoloji Kongresi Bildiri Özetleri 26-30 Eylül 2018, Bodrum

Sözlü Sunumlar (SS-01 — SS-36)

SS-01

Romatoid artrit hastalarında serum calprotectin düzeyi ile klinik, laboratuvar ve ultrasonografik olarak değerlendirilen hastalık aktivite parametreleri arasındaki ilişkinin incelenmesi

Murat Torgutalp, Ayşe Bahar Keleşoğlu Dinçer, Aşkın Ateş
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı,
Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Calprotectin, RA patogenezinde önemli olan IL-1 β , IL-6 ve tümör nekroz faktörü alfa gibi sitokinlerin salınımını arttıran bir protein olup romatoid artrit'te (RA) hastalık aktivitesinin belirteci olarak kullanılabilir. Bu çalışmanın amacı, serum calprotectin düzeylerinin RA'lı hastalarda klinik, laboratuvar ve ultrasonografik olarak değerlendirilen aktivite belirteçleri ile ilişkisini incelemektir.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya 2010 ACR/EULAR sınıflama kriterlerini karşılayan 80 RA hastası ile 30 sağlıklı kontrol dahil edildi. Tüm hastalar klinik (şiş eklem sayısı, hassas eklem sayısı, hastalık aktivite indeksi-DAS28, basitleştirilmiş hastalık aktivite indeksi-SDAI, klinik hastalık aktivite indeksi-CDAI, sağlık değerlendirme anketi-HAQ) ve ultrasonografik (US7) olarak değerlendirildi. RA hastaları DAS28-ESR (eritrosit sedimentasyon hızı) değerlerine göre 2 alt gruba ayrıldı; Grup 1 (DAS-28 \leq 3.2-remisyon ve düşük hastalık aktivitesi), Grup 2 (DAS28>3.2-orta ve yüksek hastalık aktivitesi). Klinik, laboratuvar ve US7 skorları arasındaki korelasyon spearman testi ile incelendi.

Bulgular: RA hastalarının serum calprotectin düzeyleri sağlıklı kontrollerden anlamlı derecede yüksekti (sırasıyla 96.3 \pm 45.9, 54.7 \pm 50.0; p<0.001). RA ve kontrol grupları arasında yaş (sırasıyla; 57.2 \pm 9.6, 53.9 \pm 10.5, p=0.115) ve cinsiyet (kadın; %78.8, %70, p=0.336) dağılımları benzer olup RA hastalarının klinik, laboratuvar ve ultrason karakteristikleri Tablo 1 SS-01'de gösterilmiştir. Calprotectin düzeyleri Grup 1'de 74.8 \pm 45.5 (n=37) ve Grup 2'de 114.7 \pm 37.9 (n=43) olarak saptandı (p<0.001). DAS28-ESR ve CDAI skorlarına göre gruplarıdaki serum calprotectin düzeyi ve US7 skorlarının karşılaştırılması Şekil SS-01'de gösterilmiştir. Serum calprotectin düzeyi ile DAS28-ESR, DAS28-CRP (C-re-

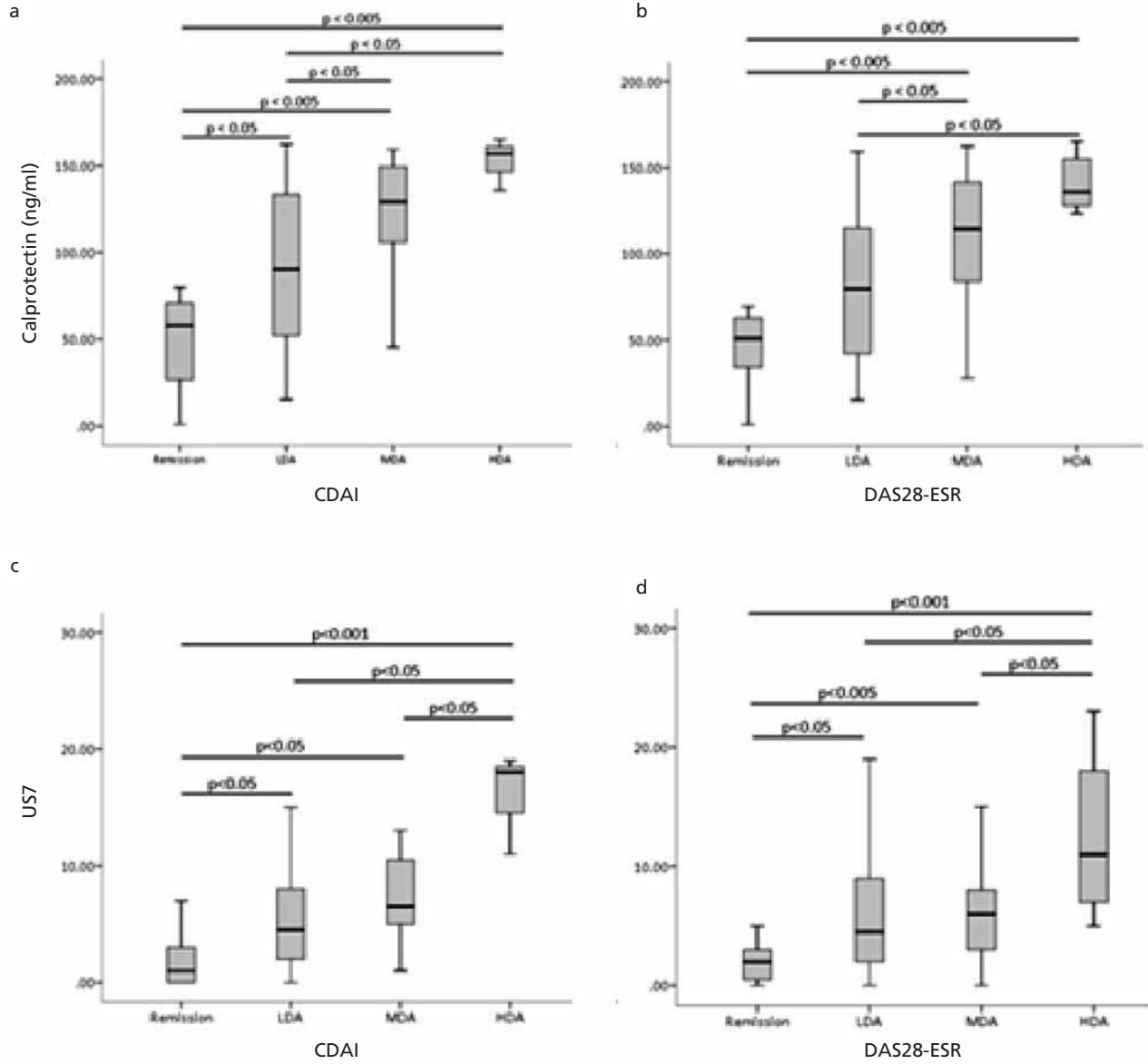
aktif protein), SDAI, CDAI, ESR, CRP ve US7 arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulundu (Tablo 2 SS-01).

Tablo 1 (SS-01): RA'lı 80 hastanın klinik, laboratuvar ve ultrasonografik özellikleri.

| | Grup 1 (n=37) | Grup 2 (n=43) | p değeri |
|-------------------------|-------------------|--------------------|-------------|
| Kadın cinsiyet, n (%) | 30 (81.1) | 33 (76.7) | 0.64 |
| Yaş, yıl | 55.4 \pm 9.4 | 58.8 \pm 9.6 | 0.12 |
| Hastalık süresi, yıl | 13.2 \pm 9.1 | 12.2 \pm 7.6 | 0.61 |
| RF pozitifliği, n (%) | 26 (70.3) | 31 (72.1) | 0.86 |
| ACPA pozitifliği, n (%) | 24 (64.9) | 28 (65.1) | 0.98 |
| CDAI | 4.3 \pm 2.1 | 11.4 \pm 6.9 | <0.001 |
| HAQ | 0.22 \pm 0.23 | 0.55 \pm 0.39 | <0.001 |
| US7 total skoru | 4.92 \pm 4.82 | 8.09 \pm 6.87 | 0.021 |
| Calprotectin, ng/ml | 74.78 \pm 45.48 | 114.72 \pm 37.90 | <0.001 |

Tablo 2 (SS-01): Calprotectin, ESR ve CRP ile diğer değişkenler arasındaki spearman korelasyon analizi.

| | | Calprotectin | ESR | CRP |
|-----------|---|--------------|--------|--------|
| ESR | r | 0.361 | - | 0.494 |
| | p | <0.001 | - | <0.001 |
| CRP | r | 0.306 | 0.494 | - |
| | p | <0.01 | <0.001 | - |
| DAS28-ESR | r | 0.488 | 0.816 | 0.512 |
| | p | <0.001 | <0.001 | <0.001 |
| DAS28-CRP | r | 0.495 | 0.561 | 0.780 |
| | p | <0.001 | <0.001 | <0.001 |
| CDAI | r | 0.482 | 0.467 | 0.408 |
| | p | <0.001 | <0.001 | <0.001 |
| SDAI | r | 0.429 | 0.554 | 0.923 |
| | p | <0.001 | <0.001 | <0.001 |
| HAQ | r | 0.327 | 0.295 | 0.219 |
| | p | <0.01 | <0.01 | >0.05 |
| US7 | r | 0.444 | 0.247 | 0.309 |
| | p | <0.001 | <0.05 | <0.01 |



Şekil (55-01): (a-d) Serum calprotectin düzeyi ve US7 skoru ile hastalık aktivitesi arasındaki ilişki.

Sonuç: Bu çalışma, serum calprotectin düzeyleri ile US7 skoru arasında güçlü bir korelasyon olduğunu ve orta-şiddetli RA hastalarında hastalık aktivitesini etkin olarak gösterebildiğini doğrulamaktadır. Ayrıca ESR ve CRP ile karşılaştırıldığında; serum calprotectin düzeyi ile HAQ, CDAI ve ultrasonografik parametreler arasında daha yüksek düzeyde bir korelasyon saptandı. Sonuç olarak çalışmamız RA hastalarında inflamatuvar aktivitenin değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan akut faz reaktanlarına ek olarak calprotectin'in rolünü desteklemektedir.

Anahtar sözcükler: Calprotectin, ultrasonografi, romatoid artrit, aktivite

SS-02

Romatoid aritli hastalarda biyolojik DMARD'ların başlangıcından önce ve sonra kortikosteroid kullanımının karşılaştırılması: TReasure gerçek yaşam verileri

Burcu Yağız¹, Belkıs Nihan Coşkun², Yavuz Pehlivan¹, Ediz Dalkılıç¹, Sedat Kiraz³, İhsan Ertenli³, Orhan Küçükşahin⁴, Cemal Bes⁵, Nilüfer Alpay Kanitez⁵, Timuçin Kaşifoğlu⁶, Şule Yaşar Bilge⁶, Hakan Emmungil⁷, Sezin Turan⁷, Süleyman Serdar Koca⁸, Burak Öz⁸, Muhammet Çınar⁹, Koray Taşçılar¹⁰, Bahar Keleşoğlu Dinçer¹¹, Aşkın Ateş¹¹, Servet Akar¹², Önay Gerçik¹², Şükran Erten¹³, Levent Kılıç³, Gözde Kübra Yardımcı³, Ömer Karadağ³, Gezmiş Kimyon¹⁴, Duygu Ersözülü¹⁵, Müge Aydın¹⁵, Rıdvan Mercan¹⁶, Ender Terzioğlu¹⁷, Veli Yazısız¹⁷

Tablo 1 (SS-02): Kortikosteroid kullanan ve kullanmayan hastaların demografik, klinik ve laboratuvar bulgularının karşılaştırılması

| | N | Kortikosteroid kullananlar | N | Kortikosteroid kullanmayanlar | P |
|-----------------------|-----|----------------------------|-----|-------------------------------|--------|
| Kadın N (%) | 789 | 635 (%80.5) | 420 | 330 | 0.431* |
| Yaş | 789 | 55 (45–62) | 420 | 52.5 (40.5–61) | 0.005† |
| VKI | 780 | 28.55 (24.51–32.61) | 419 | 27.69 (24.14–32.19) | 0.117† |
| Hastalık süresi (yıl) | 774 | 9 (5–15) | 416 | 9 (6–14) | 0.709† |
| RF (%) | 744 | 534 (%71.8) | 400 | 266 (66.5%) | 0.064* |
| Anti-CCP (%) | 595 | 386 (%64.9) | 302 | 187 (61.9%) | 0.384* |
| ESR (mm/h) | 620 | 32 (17–52) | 314 | 36 (20–58) | 0.007† |
| CRP (mg/L) | 608 | 15.6 (6.625–38) | 318 | 17.3 (7–40) | 0.355† |
| PGA | 561 | 70 (50–80) | 279 | 70 (50–80) | 0.223† |
| Ağrı | 509 | 70 (50–80) | 232 | 70 (50–80) | 0.188† |
| HAQ-DI | 471 | 0.9 (0.55–1.4) | 208 | 0.9 (0.5–1.35) | 0.378† |
| HES | 449 | 3 (1–5) | 210 | 3 (2–5) | 0.510† |
| ŞES | 448 | 6 (3–10) | 211 | 6 (4–11) | 0.814† |
| CDAI | 116 | 27 (14–34) | 71 | 29 (24–33) | 0.473† |
| SDAI | 114 | 52 (31–73) | 70 | 54 (40–69) | 0.446† |
| DAS-28 CRP | 519 | 4.35 (3.17–5.43) | 244 | 4.48 (3.26–5.45) | 0.445† |

*Mann Whitney U; †Chi-Quare.

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa; ²Bursa İlker Çelikcan Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Bursa; ³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ⁴Ankara Liv Hospital, Romatoloji Kliniği, Ankara; ⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul; ⁶Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa; ⁷Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne; ⁸Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ; ⁹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara; ¹⁰Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul; ¹¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ¹²İzmirKatip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; ¹³Ankara Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara; ¹⁴Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Hatay; ¹⁵Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Adana; ¹⁶Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ; ¹⁷Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Romatoid artrit (RA), ağrı, eklem yıkımı ve fonksiyon kaybına neden olan kronik, inflamatuvar, sistemik, otoimmün bir hastalıktır. Glukokortikoidler (GC) hızlı anti-inflamatuvar

etkileri nedeniyle RA tedavisinde en sık kullanılan ilaçlardandır. Bu çalışmada biyolojik DMARD'ların GC kullanımını üzerindeki etkilerini değerlendirmeyi amaçladık

Yöntem: TReasure, hedefe yönelik tedavi alan spondiloartrit (SPA) ve RA hastaları ile ilgili bilgilerin kaydedildiği, çok merkezli, web tabanlı kayıt kütüğüdür. Mayıs 2018 itibarıyla, mevcut çalışma kapsamında 1.209 RA hastası kaydedilmiştir. Yaş, cinsiyet, hastalık süresi, VKİ, akut faz reaktanları, şiş ve hassas eklem sayıları (28 eklem), hasta global değerlendirilmesi, VAS, DAS-28, CDAI ve SDAI değerlendirilmiştir. GC dozları <2.5 mg düşük, 2.5–7.5 mg orta ve ≥7.5 mg yüksek olarak sınıflandırılmıştır.

Bulgular: GC kullanan ve kullanmayan hastaların başlangıç klinik özellikleri arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Sadece GC kullanan hastaların daha yaşlı olduğu (p=0.005) ve sedimantasyon değerlerinin daha düşük olduğu izlenmiştir (p=0.007) (Tablo 1 SS-02). GC kullananların %80.5'i kadındır ve yaş ortalaması 55'tir. GC kullanan hastalarda RA süresi ortalama 9 yıl olup, hastaların yaklaşık %72'sinde RF ve %65'inde CCP pozitifdir. Tedavi başlangıcında hastaların %67.1'ine 7.5 mg altunda steroid başlanmıştır. Takip süresince hastaların %62.5'i steroidi 2.5–7.5 mg dozunda kullanmaya devam etmiştir (Tablo 2 SS-02). Hastaların 420'si (%34.7) 90±84.62 aylık (30–120) takipten sonra steroid tedavisini kesmiştir.

Tablo 2 (SS-02): Kortikosteroid başlangıç ve son doz karşılaştırması.

| | | Son doz | | | | Total | p* |
|--------------|----------------|-------------------|-------------|-------------|-------------|-----------|-------------|
| | | <2.5 mg | 2.5–7.49 mg | 7.5–15 mg | >15 mg | | |
| Tüm hastalar | Başlangıç dozu | <2.5 mg, N (%) | 43 | 8 | 3 | 0 | 54 (%4.4) |
| | | 2.5–7.5 mg, N (%) | 78 | 651 | 28 | 5 | 762 (%62.7) |
| | | 7.5–15 mg, N (%) | 55 | 86 | 151 | 4 | 301 (%24.7) |
| | | >15 mg, N (%) | 10 | 17 | 22 | 48 | 97 (%7.9) |
| | | Total, N (%) | 196 (%16) | 762 (%62.5) | 204 (%16.7) | 57 (%4.6) | |

*McNemar.

Sonuç: Veri tabanındaki RA hastalarının yaklaşık %35’inde takip sırasında steroid kesilmiştir. Bu durum biyolojik tedavilerin etkinliğinin en önemli göstergelerinden biridir. Hastaların %32.6’sına 7.5 mg ve üzerinde steroid tedavisi başlanmıştır. Hastaların %16’sında steroid dozunun 2.5 mg’a inilebildiği görülmüştür. Yine de hastaların büyük çoğunluğu (%62.5) steroidi orta dozda kullanmaya devam etmektedir. Biyolojik tedavilerin etkinliği kanıtlanmış olsa da takipte steroid tedavisinin istenilen doza çekilememesi, tedavi değişikliğinin uygun zamanda yapılamamasından kaynaklanabilir.

Anahtar sözcükler: Biyolojik DMARD, doz, glukokortikoid, romatoid artrit

SS-03

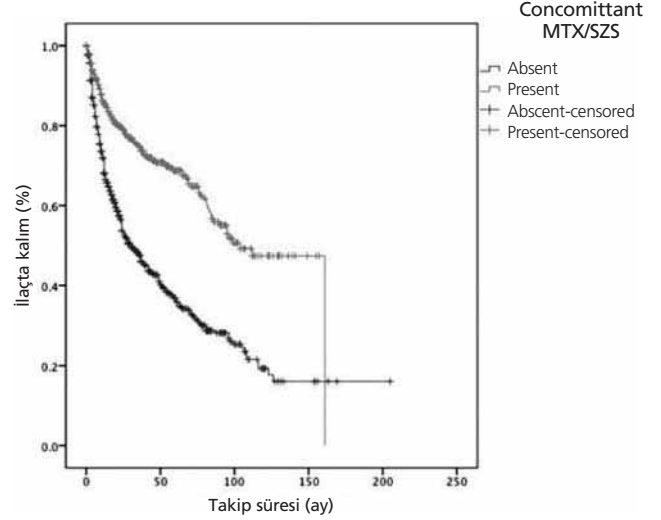
Spondiloartrit hastalarında tümör nekroz faktör inhibitörleri ile birlikte bazalde konvansiyonel sentetik hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilaç kullanımının rolü olabilir mi?

Servet Akar¹, Sedat Kiraz², Önay Gerçik¹, İhsan Ertenli², Orhan Küçükşahin³, Ediz Dalkılıç⁴, Cemal Bes⁵, Timuçin Kaşifoğlu⁶, Hakan Emmungil⁷, Süleyman Serdar Koca⁸, Muhammed Çınar⁹, Veli Yazısız¹⁰, Ender Terzioğlu¹⁰, Bahar Kelesoğlu Dinçer¹¹, Aşkın Ateş¹¹, Nilüfer Alpay Kanitez⁵, Sedat Yılmaz⁹, Pamir Atagündüz¹², Şükran Erten¹³, Ömer Karadağ², Sezin Turan⁷, Yavuz Pehlivan⁴, Burak Öz⁸, Şule Yaşar Bilge⁶, Berkan Armağan², Burcu Yağız⁴, Belkis Nihan Coşkun⁴, Koray Taşçılar¹⁴, Umut Kalyoncu²

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; ²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ³Ankara Liv Hospital, Romatoloji Kliniği, Ankara; ⁴Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa; ⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul; ⁶Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir; ⁷Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne; ⁸Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ; ⁹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ¹⁰Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya; ¹¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ¹²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; ¹³Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ¹⁴Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: csDMARD grubu romatoid artrit için seçkin tedavi seçenekleri olup tümör nekroz faktör inhibitörleri (TNFi) ile birlikte kullanımlarının da etkinliği çok iyi bilinmektedir. Öte yandan aksiyal spondiloartrit (SpA) hastalarında csDMARD kullanımına ilişkin veriler oldukça sınırlıdır ve TNFi ile birlikte kullanımı önerilmemektedir. Bununla birlikte son zamanlarda ankiroz spondilit (AS) hastalarında TNFi ile birlikte csDMARD kullanımının etkisine dair çelişkili veriler bildirilmiştir. Bu çalışmamızda SpA hastalarında eş zamanlı csDMARD kullanımının, ilk TNFi ajanın ilaçta kalımı üzerinde etkisinin araştırılması planlanmıştır.

Yöntem: İki Türk kayıt kütüğüne [TÜRK-BİO (n=356) ve TReasure (n=1382)] AS veya SpA tanıları ile kaydedilmiş hastaların verileri gözden geçirildi. İlaçta kalım süresi; ilk TNFi reçete edildiği tarihten son vizit tarihi veya ilacın kesildiğinin bildirildiği tarihe kadar geçen süre olarak hesaplandı. İlaç survi



Şekil (SS-03): İlk tümör nekroz faktörü ile birlikte csDMARD kullanan ve kullanmayan hastalarda ilaçta kalım sürelerinin karşılaştırılması.

analizinde Kaplan-Meier metodu, log-rank test ile birlikte kullanıldı. Her bir değişkenin ilaçta kalım üzerinde göreceli etkisi Cox proportional hazard metodu ile değerlendirildi.

Bulgular: Totalde SpA tanısı ile ilk TNFi başlanmış olan 1738 hasta [1040 (59.1%) erkek, medyan (range) yaş 39 (16–81)] analize dahil edildi. Medyan hastalık süresi 116 ay idi. 690 (%39.7) hastaya adalimumab, 387 (%22.3) etanercept, 324 (%18.6) infliximab, 202 (%11.6) golimumab ve 135 (%7.8) sertolizumab reçete edilmişti. İlk biyolojik reçete tarihinde 794 hastanın (%45.7) sulfasalazin veya metotreksat kullandıkları bildirilmişti. Çalışma grubumuzda medyan ilaçta kalım süresi 12 (0–205) ay olarak bulundu. Totalde 585 (%33.7) hasta ilk TNFi ilacı kesmişti. 323 (%55.2) hasta etkisizlik, 133 (%22.7) hasta yan etki nedeni ile ilacı kesmişlerdi. Bazalde eş zamanlı olarak csDMARD kullanan hastalarda ilaçta kalım istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha iyi bulundu (medyan ilaçta kalım 104 vs 30 ay; p<0.001; Şekil SS-03). Cox regresyon modelinde bazal yaş (HR 0.978, p=0.028) ve csDMARD kullanımı (HR 0.341, p<0.001) daha uzun ilaçta kalımın bağımsız tahmin ettiricileri olarak bulundu. Bununla birlikte kadın cinsiyet, psoriasis, entezit ve üveit varlığı ise daha kötü ilaçta kalım için prediktif faktörler idi.

Sonuç: Bu çalışmanın sonuçları önemli oranda SpA hastasının ilk TNFi ile birlikte csDMARD kullandığını ve ilk TNFi ile eş zamanlı csDMARD kullanımının ilaçta kalım üzerinde pozitif etkisi olabileceğini göstermiştir.

Anahtar sözcükler: csDMARD, aksiyal spondiloartrit, ilaçta kalım

SS-04

Romatoid artritte sürdürülebilir remisyonla ilişkili faktörler: Uzun süreli remisyonu öngörmek mümkün müdür?

Sibel Yılmaz Öner, Ümmügülsüm Gazel, Meryem Can, Pamir Atagündüz, Haner Direskeneli, Nevsun İnanç

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

Tablo 1 (SS-04): DAS28 kriterlerine göre uzun süreli ve kısa süreli remisyonadaki romatoid artrit hastalarının bazal demografik ve klinik verilerinin karşılaştırılması.

| | Uzun süreli remisyonunda olan hastalar (n=63) | Kısa süreli remisyonunda olan hastalar (n=14) | p |
|---|---|---|-------|
| Bazal DAS28, ort±SD | 2 ±0.4 | 2.2±0.3 | 0.045 |
| Bazal HAQ (0–3) | 0.3±0.5 | 0.5±0.4 | 0.026 |
| RF (+), n (%) | 46 (66.3) | 7 (50) | 0.930 |
| anti-CCP (+), n (%) | 41 (65) | 5 (35.7) | 0.035 |
| Bazal CRP (+), n (%) | 7 (11.1) | 4 (28.5) | 0.091 |
| Bazal ESH (mm/sa), ort±SD | 13±7.8 | 16.6±7.5 | 0.850 |
| Yaş, ort±SD, yıl | 51.3±12.5 | 52.9±10.5 | 0.647 |
| Kadın, n (%) | 41 (65.0) | 11 (78.5) | 0.329 |
| Komorbidite varlığı | 30 (47.6) | 8 (57.1) | 0.530 |
| Tedavi başlangıcına kadar geçen süre (ay, ort±SD) | 15.6±26.9 | 32.6±51 | 0.536 |
| DMARD1 (+), n (%) | 51 (80.9) | 13 (92.8) | 0.442 |
| DMARD2 (+), n (%) | 35 (55.5) | 7 (50.0) | 0.706 |
| Biyolojik DMARDs (+), n (%) | 18 (28.5) | 2 (14.2) | 0.270 |
| Eklem dışı bulgu varlığı, n (%) | 14 (22.2) | 4 (28.5) | 0.907 |
| SDAI, ort±SD | 3.6±2.8 | 4.3±2.3 | 0.396 |
| Doktor global değerlendirme, ort±SD | 0.8±0.8 | 1.1±0.8 | 0.145 |
| Hasta global değerlendirme, ort±SD | 1.7±1.8 | 2.1±1.2 | 0.253 |
| Siş eklem sayısı, ort±SD | 0.1±0.4 | 0.3±0.8 | 0.687 |
| Hassas eklem sayısı, ort±SD | 0.3±1 | 0,1±0,5 | 0.470 |
| Hastalık süresi, ort±SD (yıl) | 10.3±7.3 | 15.1±9.9 | 0.117 |
| Boolean rem, n (%) | 28 (44.4) | 4 (28.5) | 0.276 |
| SDAI rem, n (%) | 33 (52.3) | 5 (35.7) | 0.259 |
| Anksiyete (+), n (%) | 9 (14.2) | 4 (28.5) | 0.197 |
| Depresyon (+), n (%) | 13 (20.6) | 4 (28.5) | 0.517 |
| Fibromiyalji (+), n (%) | 6 (9.9) | 2 (14.2) | 0.597 |
| Yorgunluk (GFI), ort±SD | 13.2±12.5 | 16.9±12.8 | 0.251 |

Amaç: Romatoid artrit (RA) hastalarında uzun süreli remisyonu (USR) öngörebilecek bazal faktörleri ve bunların farklı remisyon (rem) kriterleri üzerine etkilerini değerlendirmek.

Yöntem: Eylül 2012–2013 tarihleri arasında kliniğimizde takip edilen ardışık 428 RA hastasından DAS28 remisyonunda olan (n=77, K/E: 41/36; ort. yaş: 51.6±1.2; hastalık süresi: 11.2±8 yıl; RF/anti-CCP (+): 53/46; bDMARD alan: %26) çalışmaya alındı ve prospektif olarak 62.2±9.9 ay izlendi. Hastalardan ≥6 ay DAS28 remisyonunda olanlar “USR”, diğerleri “kısa süreli rem. (KSR)” grubuna alındı ve 2 grup bazal demografik ve klinik verileri anksiyete, depresyon, fibromiyalji ve yorgunluk açısından karşılaştırıldı. Bazal, 1. ve 5. yıl vizitlerinde DAS28, SDAI ve Boolean remisyonundaki hasta oranları belirlendi ve 3 grubun takipteki DAS28 rem. vizit sayıları karşılaştırıldı.

Bulgular: Yetmiş yedi hastadan, 63’ü USR ve 14’ü KSR grubunda idi. Bazal düşük DAS28 ve HAQ skorları (p=0.045; p=0.026, sıra-

sıyla) ve (+) anti-CCP (p=0.035) USR’un pozitif prediktörleri olarak saptandı. Anksiyete, depresyon, fibromiyalji ve yorgunluk USR grubunda daha düşük olmakla birlikte anlamlı farklılık yoktu (Tablo 1 SS-04). Başlangıçta Boolean (n=32) ve DAS28 (n=77) remisyonundaki hastaların DAS28 rem. vizit sayıları arasında fark saptanmadı (5.7±3.2 vs 5.4±3.1; p=0.995). Benzer şekilde SDAI (n=38) ve DAS28 rem. grupları arasında da fark yoktu (5.6±3.3 vs 5.4±3.1; p=0.769). İlk vizitte DAS28 rem. karşılayan hasta sayısı (n=77, 100%), 1. yılda %64’e (n=50) ve 5. yılda da %42.6’ya (n=29) geriledi. 3 vizitte SDAI ve Boolean kriterlerini karşılayan hasta oranları %49, %44 vs %32.4 (n=22) ve %41, %28 vs %20.6 (n=14) olarak saptandı. Rem. süresi 6 ay alındığında başlangıç ve 5. yılda SDAI remisyonundaki hasta oranları arasında fark yoktu ancak Boolean remisyonundaki hasta oranları farklı idi. Süre 12 ay alırsa, hem Boolean ve hem de SDAI remisyonunu, başlangıç ve 5. yılda karşılayan hasta oranları arasında anlamlı farklılık yoktu (Tablo 2 SS-04).

Tablo 2 (SS-04): Remisyon süresi 6 ve 12 ay olarak alındığında hastaların başlangıç ve 5. yıl vizitlerinde DAS28, SDAI ve Boolean kriterlerine göre remisyon durumları.

| Remisyon grupları/Kriterler | Başlangıç vizitinde remisyonunda olan hastalar (% , n) | 5. yıl vizitinde remisyonunda olan hastalar (% , n) | p |
|---|--|---|-------|
| Remisyon süresi ≥6 ay alındığında (n=59) | DAS28 | 100 (56) | |
| | SDAI | 48.2 (27) | 0.216 |
| | Boolean | 41.0 (23) | 0.001 |
| Remisyon süresi ≥12 ay alındığında (n=26) | DAS28 | 100 (29) | |
| | SDAI | 62.0 (18) | 1.000 |
| | Boolean | 51.7 (15) | 0.267 |

Sonuç: Bazal düşük DAS28 ve HAQ skorları ve (+) anti-CCP, USR'un pozitif prediktörleri olarak saptandı. Remisyonu etkileyebilecek psikososyal faktörlerin varlığı USR grubunda daha düşük olmakla birlikte anlamlı farklılık saptanmadı. DAS28 remisyonuna kıyasla, Boolean ve özellikle de SDAI rem. uzun dönemde daha tutarlı olarak saptanmıştır. Rem. süresi 12 ay alırsa SDAI ve Boolean kriterlerinden hangisinin tercih edildiğinden bağımsız USR'u öngörebilmek mümkün olacaktır.

Anahtar sözcükler: Romatoid artrit, remisyon, DAS28, SDAI, Boolean, uzun süreli remisyon

SS-05

Romatoid artritin klinik seyri ve maliyet analizi: Expert-RA çalışmasına tek bir merkezden katılan hastaların 6 yıl sonra yeniden değerlendirilmesi

Gizem Ayan¹, Sinem Nihal Esatoğlu², Gülen Hatemi², Vedat Hamuryudan²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul; ²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Mayıs 2011–Ağustos 2012 arasında yürütülmüş çok merkezli, kesitsel bir çalışma (EXPERT-RA) romatoid artrit (RA) ilişkili hastalık maliyetinin toplum ve hastalar üzerinde önemli bir yük oluşturduğunu göstermiştir (Hamuryudan ve ark. Clin Exp Rheumatol 2016;34:1033). Ülkemizde güncel tedavilerin RA'nın seyri ve sağlık harcamaları üzerindeki etkilerini araştıran ileriye dönük çalışma yoktur.

Yöntem: EXPERT-RA çalışmasına katılan hastalardan merkezimizde izlenenler aynı sorgulama formu kullanılarak güncel hastalık durumları, ilaç kullanımları ve RA ilişkili maliyetler açısından ortalama 72±17.6 SD ay sonra değerlendirildi. Hastalık aktivitesi RAPID3, fonksiyonel durum HAQ-DI ve Steinbrocker fonksiyonel indeksi, yaşam kalitesi ise EQ-5D ölçekleri ile değerlendirildi. Çalışmanın ana hedefi RA hastalarında zaman içinde hastalık aktivitesi, fonksiyonel durum, yaşam kalitesi ve sağlık harcamalarında değişimleri belirlemektir.

Bulgular: EXPERT-RA çalışmasında yer alan 689 hastanın 75'i (%11) merkezimizde izleniyordu. Aradaki sürede 7 hasta (%9) ölmüş, 3 hasta ise kardiyovasküler olay sonrası palyatif bakımında idi. 2 hastaya ulaşılamadı ve 1 hasta da çalışmaya katılmayı reddetti. Geri kalan 62 hasta (%83; 52 kadın; ortalama yaş: 56.8±13.3 SD; ortalama hastalık süresi: 225±120 SD ay) yeniden değerlendirildi. Takipleri boyunca en az 1 biyolojik ilaç kullanan hasta sayısı 49 (%79), yeniden değerlendirme sırasında biyolojik ilaç alan hasta sayısı ise 34 (%55) idi. Hastalık aktivitesi 6 yıl önceye göre daha düşük, fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi ise anlamlı olarak daha iyi bulundu (Tablo SS-05). Hastaların %89'u Steinbrocker Sınıf I ya da 2 ve 7'si (%11) Sınıf 3 olarak değerlendirildi. Doğrudan harcamalar dolaylı harcamalara göre daha yüksek idi ve RA ilişkili harcamaların üçte ikisini oluşturmaktaydı (Tablo SS-05). Ölen 7 hastanın (4 kadın, 3 erkek; ölüm yaşı 68.2±8.12 SD, ortalama hastalık süresi 127.6±73.8 SD ay) 3'ü son olarak Rituksimab, 2'si sentetik DMARD (1'i biyolojik naif) kullanmakta, 2 hasta ise tedavisiz

izlenmekteydi (1'i biyolojik naif). Ölüm nedenleri 4 hastada ciddi enfeksiyon, 3 hastada diğer nedenlerdi.

Tablo (SS-05): RAPID 3, HAQ-DI, EQD5 Skorları ve yıllık doğrudan ve dolaylı harcamalar.

| | 2011 (n=62) | 2018 (n=62) | p |
|--|-------------|---------------|-------|
| Ortalama (SD) RAPID 3 skoru | 4.85±1.64 | 4.36±1.54 | 0.059 |
| Ortalama (SD) HAQ-DI skoru | 1.86±0.59 | 0.69±0.57 | 0.001 |
| Ortalama (SD) EQD5 skoru | 0.57±0.21 | 0.68±0.21 | 0.003 |
| Yıllık ortalama (SD) doğrudan harcamalar (€) | - | 2262.4±2227.4 | |
| Yıllık ortalama (SD) dolaylı harcamalar (€) | - | 1220.1±2449.2 | |

Routine assessment of Patient Index Data 3: RAPID3, Health Assessment Questionnaire-Disability index: HAQ-DI EUROQoL Quality of Life Scale: EQD5 -: Veri mevcut değil.

Sonuç: Sınırlı hasta üzerindeki bu gözlemimiz güncel tedavilerle RA'da orta vadede hastalık kontrolünün olumlu olduğuna işaret etmektedir. Biyolojik ilaç kullanım oranı artmış, doğrudan harcamalar RA ilişkili harcamaların ana paydasını oluşturmuştur. Kardiyovasküler olaylar ve ciddi enfeksiyonlar mortalite ve morbiditenin başlıca nedenleridir.

Anahtar sözcükler: Romatoid artrit, yaşam kalitesi, biyolojik tedaviler, sağlık harcamaları, maliyet analizi

SS-06

Ankilozan spondilit hastalarında tümör nekroz faktör-alfa inhibitör tedavi yanıtına sigaranın etkisi: TÜRK-BIO veritabanı sonuçları

Handan Yarkan Tuğsal¹, Gerçek Can¹, Sedat Çapar², Berrin Zengin¹, Gökçe Kenar¹, Servet Akar³, Ediz Dalkılıç⁴, Soner Şenel⁵, Süleyman Serdar Koca⁶, Abdurrahman Tufan⁷, Ayten Yazıcı⁸, Nevsun İnanç⁹, Ender Terzioğlu¹⁰, Hülya Ellidokuz², Nurullah Akkoç¹, Fatoş Önen¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; ²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstatistik Bilim Dalı, İzmir; ³İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; ⁴Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa; ⁵Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri; ⁶Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ; ⁷Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ⁸Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli; ⁹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; ¹⁰Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya; ¹¹Romatoloji Serbest Hekim, İzmir

Amaç: Sigaranın ankilozan spondilit (AS) hastalarında doz bağımlı yapısal hasarla ilişkili olduğu birçok çalışma ile gösterilmiş olmasına rağmen, hastalık aktivitesi, fiziksel mobilite, yaşam kalitesi ve tedavi yanıtına etkisi ile ilgili yeterli kanıt yoktur. Bu nedenle bu çalışmayla, ilk tümör nekroz faktör-alfa inhibitör (TNFi) tedavisini alan AS hastalarında hastalık aktivitesi, tedavi yanıtı ve tedavi uyumuna sigaranın etkisini araştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: 9 merkezden Türkbio veritabanına kayıtlı, Modifiye New York kriterlerini karşılayan, BASDAI'si >4 olan, ilk TNFi (adalimumab, sertolizumab, etanersept, golimumab ve infliksi-

Tablo (SS-06): Çalışma gruplarındaki bazal demografik ve klinik özellikler ile tedavi uyumu ve yanıtı.

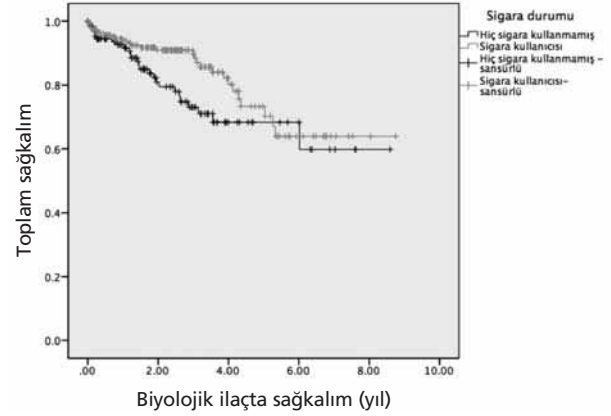
| | Sigara durumu | | | Tüm hastalar | P* |
|--|--------------------|------------------------|-----------------------------|-------------------|--------|
| | Sigara kullanıcısı | Hiç sigara kullanmamış | Sigara durumu bilinmeyenler | | |
| Sayı, n (%) | 191 (52) | 131 (36) | 42 (12) | 364 | |
| Yaş, ortanca (IQR), yıl | 38 (30–44) | 39 (30–46) | 36.5 (28.5–45.3) | 38 (30–45) | 0.39 |
| Hastalık süresi, ortanca (IQR), yıl | 3.3 (0.6–8.9) | 3.7 (0.9–7.3) | 0.22 (0–3.2) | 2.8 (0.6–7.6) | 0.79 |
| Erkek, n (%) | 139 (65) | 56 (26) | 20 (9) | 215 | <0.001 |
| HLA pozitifliği, n (%) | 95 (58) | 58 (35) | 11 (7) | 164 | 0.23 |
| VKI, kg/m ² , ortanca (IQR) | 25.1 (22.6–29.4) | 27.1 (23.9–29.5) | 25.4 (25.4–25.4) | 26.3 (22.88–29.4) | 0.14 |
| DMARD kullanımı, n (%) | 18 (43) | 15 (36) | 9 (21) | 42 | 0.55 |
| CRP, mg/L, ortanca (IQR) | 11.5 (5–25.2) | 13 (5–29) | 9 (5–20) | 12 (5–25) | 0.77 |
| ESH, mm/h ortanca (IQR) | 26 (12–42.2) | 32 (19–49) | 29 (14–41.5) | 28 (15–44) | 0.03 |
| BASDAI, ortanca (IQR) | 58 (49–66) | 54 (46–62) | 63 (58–74) | 57 (49–65) | 0.019 |
| BASFI, ortanca (IQR) | 38 (25–52) | 34 (21.25–45.5) | 52 (42–71) | 37.5 (24–52) | 0.052 |
| BASMI, ortanca (IQR) | 20 (4–50) | 15 (4–30) | 40 (20–69) | 30 (10–50) | 0.34 |
| HAQ, ortanca (IQR) | 0.75 (0.5–1) | 0.625 (0–0.875) | 1.44 (0.97–2.28) | 0.75 (0–1.125) | 0.007 |
| ASDAS, ortanca (IQR) | 3.7 (2.7–4.2) | 3.35 (0–3.975) | 3.6 (0.6–4.17) | 3.5 (2.4–4.1) | 0.042 |
| Tedavi kesme nedeni n(%) | | | | | |
| Yan etki | 8 (47) | 6 (35) | 3 (18) | 17 | 0.58 |
| Etki kaybı | 25 (49) | 16 (31) | 10 (20) | 51 | |
| Diğer | 34 (63) | 15 (28) | 5 (9) | 54 | |
| Tedavi yanıtı, n (%) | 163 (56) | 104 (35) | 26 (9) | 293 | 0,16 |
| Toplam izlem süresi, median (IQR) | 2.9 (1.5–4.3) | 2 (1.1–3.5) | 1.15 (0.37–1.66) | 2.44 (1.14–3.7) | 0.003 |
| Biyolojik izlem süresi | 2.36 (1–3.72) | 1.75 (0.77–3.22) | 1.05 (0.42–1.62) | 1.86 (0.79–3.41) | 0.048 |

*Sigara kullanıcısı vs. hiç sigara kullanmamış.

mab) tedavisini alan 364 AS hastası çalışmaya alındı. Hem 3 hem de 6. ay vizitinde bazale göre BASDAI'de %50 veya en az 20 mm düzelme elde edilen hastalar “yanıtlı” olarak değerlendirildi. Klinik ve demografik özellikler sigara kullanıcısı (geçmişte veya şimdi) ve hiç kullanmamış hasta gruplarında karşılaştırıldı. Demografik ve tanımlayıcı verilerin ortanca/çeyrekler arası aralık (IQR) değerleri hesaplandı. Gruplar non-parametrik testler ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan 364 AS hastasından (%40.9 kadın; ortalama yaş: 38.3) 322'sinin (%88) sigara içme durumu biliniyordu (%52 sigara kullanıcısı, %36 hiç kullanmamış). Ortanca takip süresi 1.86 yıl (IQR 0.79–3.41) ve hastalık süresi 2.76 yıl (0.58–7.62) idi. Bazalde sigara kullanıcılarının hiç kullanmamış olanlara göre erkek oranı yüksek, ESH düşük, BASDAI, BASFI, HAQ ve ASDAS değerleri yüksekti. Bazal yaş, hastalık süresi, HLA durumu, vücut kitle indeksi (VKİ), CRP düzeyi ve tedavi yanıtı iki grupta da benzerdi (Tablo SS-06). Çok değişkenli analiz sonucunda, erkekler (OR:2.35; 95%CI (1.35–4.2), p<0.003), aktif DMARD kullananlar (OR:2.14; (1.03–4.4) p=0.04), gençler (<50 yaş) (OR: 1.02 (0.99–1.05) p=0.07), hastalık süresi uzun olanlarda (>4 yıl) (OR: 1.8 ; 95%CI (1.03–3.21), p=0.04) tedavi yanıtı ve tedavi uyumu (HR:3.17, 95%CI (1.9–5.3); HR: 1.8, 95%CI (0.99–3.25); HR:2.1, 95%CI (1.17–3.6) ve HR: 1.96, 95%CI (1.18–3.24) daha iyi saptandı. Sigara kullananlarda, hiç kullanmamış olanlara göre tedavi uyumu daha iyi (p=0.06) olduğu ancak istatistiksel anlamlı düzeye ulaşmadığı izlendi (Şekil SS-06) .

Sonuç: İlk TNFi tedavisini alan AS hastalarının değerlendirildiği bu çalışmada, sigara kullanıcılarında hiç kullanmayanlara göre bazalde hastalık aktivitesinin daha yüksek olduğu ancak si-



Şekil (SS-06): Sigara durumuna göre biyolojik ilaçta sağkalım.

gara kullanımının tedavi yanıtı veya tedavi uyumu ile ilişkili olmadığı görülmüştür.

Anahtar sözcükler: Ankilozan spondilit, sigara, TNFi

SS-07

Yeni EULAR/ACR-2017 sınıflandırma ölçütlerinin juvenil sistemik lupus eritematozus hastalarındaki etkinliği

Sezgin Şahin¹, Şule Bektaş¹, Amra Adrović¹, Oya Koker², Kenan Barut¹, Özgür Kasapçopor¹

¹Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; ²Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Jüvenil sistemik lupus eritematosus (jSLE) hastalarının sınıflandırmasında en yaygın kullanılan ölçütler ACR-1997 ve SLICC-2012'dir. ACR-1997'nin en önemli kısıtlılığı duyarlılığının düşük olması iken SLICC-2012'nin ise özgüllüğünün düşük olmasıdır. 2017 ACR kongresinde, EULAR ve ACR ortak iş birliği ile erişkinlerde daha etkin olduğu gösterilen yeni bir ölçüt geliştirilmiştir. jSLE tanısı almış hastalarda yeni EULAR/ACR sınıflandırma ölçütlerinin etkinliğinin ACR-1997 ve SLICC-2012 ölçütleri ile karşılaştırılması

Yöntem: Hastaların ilk olarak jSLE tanısı aldığındaki bulguları ve kan değerleri, ACR-1997, SLICC-2012 ve EULAR /ACR sınıflandırma ölçütlerine göre değerlendirildi. Hastaların tanıdan sonraki hem 1. yıl vizitinde hem de son vizitinde, bu sınıflama ölçütlerinin duyarlılık değerlendirilmesi yeniden yapılmıştır. Özgüllük değerlendirmesi için 104 hasta (jSLE olmayan) polikliniğe başvuru sırasına göre çalışmaya alındı.

Bulgular: Sınıflama ölçütlerinin klinisyenin tanısı anındaki duyarlılık değerlendirilmesi için 104 jSLE hastası değerlendirildi. Toplamda 12 olgu, takip süresi 1 yılın altında olduğu için, ilk değerlendirmeden sonra çalışmadan çıkarıldı. Tanıdan sonraki birinci yılve son vizit değerlendirmesi için 92 olgu uygun olarak bulundu. Çalışmamızdaki kızların erkeklere oranı 4.7:1'di. Olgularımızdaki medyan tanı yaşı 13.0 iken, medyan hastalık süresi 5 yıl olarak saptandı. Yeni geliştirilen sınıflama ölçütleri EULAR/ACR'ın duyarlılığı; tanı sırasında ve birinci yılda SLICC-2012 ve ACR-1997 ile kıyaslandığında daha yüksek saptandı (Tablo 1 SS-07). Son vizitte yeni kriterler ve SLICC-2012 kriterlerinin duyarlılığı aynı iken, ACR-1997 kriterlerinin duyarlılığı daha düşük saptandı.

Tablo 1 (SS-07): jSLE sınıflandırmasında çeşitli ölçütlerin duyarlılığının farklı zaman dilimlerinde karşılaştırılması.

| | Tanı (n=104) | 1.Yıl (n=92) | Son vizit (n=92) |
|----------------|--------------|--------------|------------------|
| ACR-1997 | %85.6 (n=89) | %90.2 (n=83) | %95.7 (n=88) |
| SLICC-2012 | %91.3 (n=95) | %94.6 (n=87) | %97.8 (n=90) |
| EULAR/ACR 2017 | %93.3 (n=97) | %95.7 (n=88) | %97.8 (n=90) |
| p | >0.05 | >0.05 | >0.05 |

Tablo 2 (SS-07): jSLE sınıflandırmasında çeşitli ölçütlerin özgüllüğünün karşılaştırılması.

| | Özgüllük (n=104) |
|----------------|------------------|
| ACR-1997 | %89.4 (n=94) |
| SLICC-2012 | %81.7 (n=85) |
| EULAR/ACR 2017 | %86.5 (n=90) |

Sonuç: Yeni sınıflama ölçütü EULAR/ACR-2017, tanı sırasında ve birinci yıl değerlendirmesinde SLICC-2012 ve ACR-1997 kriterlerine göre daha çok sayıda hastanın SLE olarak sınıflandırılmasını sağladı. Ancak son vizitte, EULAR/ACR ve SLICC-2012 kriterlerinin duyarlılığı arasında fark saptanmadı. Her ne kadar duyarlılıklar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, yeni sınıflandırma seti ile klinik çalışmalara daha fazla hasta alımı mümkün gibi görünmektedir. Yeni sınıflama ölçütü EULAR/ACR-2017'nin özgüllüğü, ACR1997'nin

özgüllüğüne ulaşamadı (Tablo 2 SS-07). Ancak SLICC-2012 ölçütlerine göre özgüllüğü daha yüksekti (daha az hastayı yanlışlıkla SLE olarak sınıflandırmış oldu).

Anahtar sözcükler: Sistemik lupus eritematozus, sınıflandırma, ACR1997, SLICC2012, duyarlılık, özgüllük

SS-08

Ailesel Akdeniz ateşi tanısı olan Türk hastalarda kanser riski: 3899 hastanın retrospektif analizi

Emre Bilgin¹, Deniz Can Güven², Serdar Ceylan³, Özge Aybi³, Rıza Can Kardaş³, Büşra Fırlatan³, Tolga Yıldırım⁴, Seza Özen⁵, Ömer Dizdar⁶, Mutlu Hayran⁶, Umur Kalyoncu¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Medikal Onkoloji Bilim Dalı, Ankara; ³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara; ⁴Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Ankara; ⁵Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Pediatrik Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ⁶Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Preventif Onkoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Ailesel Akdeniz ateşi (AAA) periyodik ateş ve serozit ile karakterize, en sık Türkiye, Ermenistan, İsrail ve Kuzey Afrika ülkeleri gibi Akdeniz'e komşu ülkelerde görülen periyodik ateş sendromlarının ek sık görülenidir. Yakın dönemde, İsrail'de yapılan bir çalışmada AAA hastalarında sağlıklı popülasyona göre genel kanser riskinin daha düşük olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, AAA'nın en ölümcül komplikasyonlarından olan amiloidoz gelişen vakalarda, kanser vaka serileri bildirilmiş olsa da olası ilişkiyi gösteren geniş çapta çalışma yoktur. Merkezimizde takip edilen AAA tanılı hastaların genel kanser riskinin belirlenmesi ve genel toplum verileri ile karşılaştırılması.

Yöntem: Hacettepe Üniversitesi hastaneleri otomasyon sistemi üzerinden, AAA için geçerli olan ICD-10 tanı kodu (E.85.0) kullanılarak tarama yapıldı. Hikaye, fizik muayene ve laboratuvar yöntemleri ile AAA tanısı konulan ve muayene notları olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Klinik ve/veya biyopsi ile amiloidoz tanısı konulan hastalar not edildi. Otomasyon sistemi, hasta dosyaları ve onkoloji kayıt sisteminden hastaların kanser tanıları tarandı. Yaş ve cinsiyet-spesifik kanser hızları Türkiye Ulusal Kanser Verileri ile karşılaştırıldı. Standardize insidans hızı (standardized incidence ratio- SIR) gözlenen vaka sayısının beklenen vaka sayısına oranlanması ile hesaplandı.

Bulgular: Toplam 3899 hasta dahil edildi. Hastaların medyan yaşı 22, %56'sı kadın idi. Amiloidozu olan 120 hasta saptandı, bu hastaların yarısı kadın iken medyan yaş 42 olarak saptandı. Tüm grupta 38, amiloidoz alt grubunda 6 kanser vakası (2 renal, 1 mikozis fungoides, 1 KML, 1 rektum ve 1 primeri bilinmeyen adenokanser) tespit edildi (Tablo SS-08). Her iki cinsiyette kanser riski, genel topluma göre anlamlı olarak düşük saptandı [erkekler için; SIR 0.35 (95%CI 0.18-0.63), p<0.001]. kadınlara için; SIR 0.5 (95%CI 0.34-0.72), p<0.001]. Amiloidozu olan alt grupta ise kanser riski, genel toplumdan anlamlı fark bulunmadı [erkekler için; SIR 1.36 (95%CI 0.43-3.2), p=0.5; kadınlar için; SIR 0.82 (95%CI 0.13-2.7), p=0.8; cinsiyet gözetmeksizin SIR 1.1 (95%CI 0.45-2.3), p=0.73].

Tablo (SS-08): Cinsiyete göre kanser tiplerinin dağılımı.

| Kanser tipi | Erkek (n) | Kadın (n) |
|--------------------------------|-----------|-----------|
| Meme | - | 7 |
| Akciğer | - | 1 |
| Prostat | 1 | - |
| Kolorektal | 1 | 1 |
| Over | - | 4 |
| Endometriyum | - | 1 |
| Gastrik | - | 1 |
| Pankreas | 1 | - |
| Renal | 1 | 2 |
| Santral sinir sistemi | - | 2 |
| Lösemi | 2 | 1 |
| Lenfoma | 1 | 5 |
| Kaposi sarkomu | 1 | - |
| Yumuşak doku sarkomu | - | 2 |
| Yolk kesesi | - | 1 |
| Primeri bilinmeyen adenokanser | 2 | - |
| Total | 10 | 28 |

Sonuç: Bu çalışmada, AAA tanısı olan Türk hastalarda genel kanser riskinin, popülasyona göre daha düşük olduğu, eşlik eden amiloidoz varlığında ise bu avantajın ortadan kalktığı saptanmıştır. Bu durum, daha büyük ölçekli prospektif çalışmalar ile değerlendirilmeli, altta yatan olası kanser-inflamasyon ilişkisi aydınlatılmaya çalışılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Ailesel Akdeniz ateşi, kanser, standardize insidans oranı

SS-09

Ailevi Akdeniz ateşine (FMF) bağlı kompozit hasar ve ilişkili faktörler

Abdurrahman Tufan¹, Berkan Armağan², Erdal Bodakçı³, Timuçin Kaşifoğlu³, Hasan Satış¹, Nuh Ataş¹, Alper Sarı², Hakan Babaoğlu¹, Umut Kalyoncu², Şule Yaşar Bilge³, Salman Reyhan¹, Özkan Varan¹, Levent Kılıç², Sedat Kiraz², İhsan Ertenli², Ali Akdoğan³, Berna Göker¹, Şeminur Haznedaroğlu¹, Mehmet Akif Öztürk¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ³Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

Amaç: Ailevi Akdeniz ateşi (FMF) ataklarla seyretmekle birlikte bazı hastalarda kronik inflamasyon görülebilmektedir. FMF hastalarında birçok organda hasar görülebilmektedir ve mevcut çalışmalar FMF hastalarında kalıcı organ hasarının sadece amiloidoz ve infertilite gibi tek bir özgül komponentini araştırmıştır. Daha önce FMF'e bağlı hasarın tamamını bir arada inceleyen ve ilişkili faktörleri ortaya koyan bir çalışma yapılmamıştır. Bu çalışmada büyük bir FMF kohortunda FMF'e bağlı hasar ve ilişkili faktörler araştırılmıştır.

Yöntem: FMF'in Central Anatolia (FiCA) kohortundaki hastalar çalışmaya alındı. Kohort sürekli büyümekte olup (son olarak

836 hasta) Tel Hashomer kriterlerini karşılayan ve en az 1 yıldır kolşisin alan hastalar dahil edilmektedir. Mevcut analizler 664 hasta üzerinde (%63.5' kadın ortalama yaş 36±12.1) yapılmıştır. Hastaların demografik, klinik, tedavi özellikleri ve varsa mutasyonları web bazlı veritabanına kaydedildi. FMF ilişkili hasar valide bir hasar ölçüm metodu olan auto-inflammatory disease damage index (ADDI) ile değerlendirildi. Hastalık ilişkili hasar ile karakteristikler arasındaki ilişkiler multivariate analizlerle araştırıldı.

Bulgular: Hastaların %81.2'sinde ateş, %90'ında peritonit, %48.8'inde plevrit, %54.4'ünde artrit ve %29'unda ELE vardı. Dominant atak tipi hastaların %7.1'inde ateş, %62.7'sinde serozit, %16.7'sinde kas iskelet ataklarıydı. Gen mutasyonu 536 hastada bilinmekteydi ve hastaların %77.6'sında M694V mutasyonu (%28.8 M694V homozigot) vardı. Hastalar 6 ayda birden az atak geçiriyorsa iyi yanıtı (hastaların %59.5'i), ayda bir veya daha fazla atak geçiriyorsa kolşisin yetersiz yanıtı (hastaların %9.2'si) olarak sınıflandırıldı. Median ADDI skoru 1 (min 0–max 11) bulundu. Hasarlar en fazla kas-iskelet, reproduktif ve böbrek domainlerinde saptandı. Kronik kas-iskelet ağrısı hastaların %52.4'ünde, kalıcı eklem hasarı %2.7'sinde, infertilite %11.2'sinde, amenore %7.1, proteinüri %7.8, amiloidoz %6.8% ve böbrek yetmezliği %4.1 hastada vardı. Yaş, homozigot M694V mutasyonu, persistan inflamasyon, kas-iskelet dominant atak seyri ve kolşisin tedavi yanıtı hasarın bağımsız faktörleri olarak belirlendi.

Sonuç: Homozigot M694V, kronik inflamasyon, kas-iskelet dominant atak seyri ve kolşisin yanıtı hasarı belirleyen bağımsız faktörler olup bu risk faktörlerine sahip hastalarda uzun dönem hasarı önlemek için etkili tedavi yaklaşımlarının zamanlı kullanımı gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: Ailevi Akdeniz ateşi, FMF, hasar, kolşisin direnci, tedavi

SS-10

Gerçek yaşamda psoriyatik artritte minimal hastalık aktivitesi

Sibel Bakırcı¹, Dilek Solmaz¹, Noura Al Asoimi¹, Ediz Dalkılıç², Meryem Can³, Abdulsamet Erden⁴, Cem Özişler⁵, Muhammed Çınar⁶, Levent Kılıç⁴, Umut Kalyoncu⁴, Sibel Zehra Aydın¹

¹Ottawa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Kliniği, Ottawa, Kanada; ²Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Kliniği, Bursa; ³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul; ⁴Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Kliniği, Ankara; ⁵Dişkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara; ⁶Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

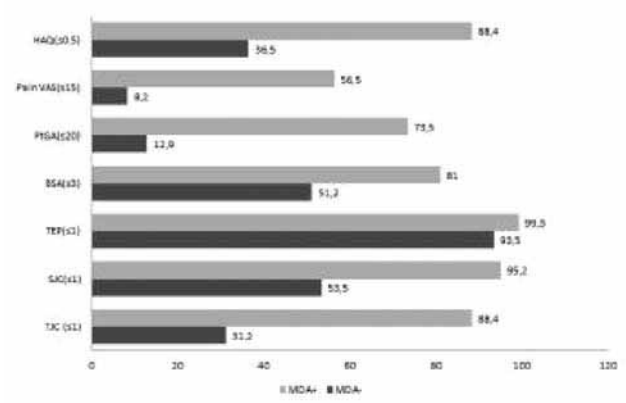
Amaç: Minimal hastalık aktivitesi (MDA), psoriyatik artrit (PsA)'li hastalarda önemli bir tedavi hedefi olmasına rağmen hasta tarafından bildirilen sonuç ölçekleri (patient reported outcomes-PRO) açısından düşük eşik değerine sahip olması nedeniyle eleştirilmektedir. Bu çalışmanın amacı, PsA hastalarında MDA bileşenlerinin prevalansını değerlendirmek ve MDA'e sahip olan ve olmayan hastalarda (MDA+ ve MDA-) hastalık karakteristiklerini ve paternlerini incelemektir.

Yöntem: PsArt-ID (Psoriatic Arthritis-International Database) çok merkezli longitudinal olarak veri toplanan uluslararası bir web-tabanıdır (www.trials-network.org). Bu analize en az 1 yıllık hastalık süresi olan PsA hastaları dahil edildi. Hastalar, MDA kriterlerinin en az 5/7'sini karşıladıklarında MDA+ olarak değerlendirildi (Şekil SS-10).

Bulgular: Ocak 2018 tarihinde, Türkiye'den 1283 ve Kanada'dan 119 hasta çalışmaya dahil edildi, bunların 317'si MDA için tam veriye sahipti ve bu hastalar analize dahil edildi. MDA+ ve MDA- hastalardaki, demografik özellikler, hastalık karakteristikleri ve paternleri Tablo SS-10'da özetlenmiştir. Her iki grupta da demografik özellikler açısından fark yoktu. Monoartrit alt tipi (RR: 2.01, %95 CI: 1.579–2.559), entezit yokluğu (RR: 1.570, %95 CI: 1.027–2.398) ve distal interfalangeal eklem tutulumunun olmaması (RR: 1.1, %95 CI: 1.001–1.25) MDA'yi elde etmenin yüksek olasılığı ile ilişkili olarak bulundu. MDA'in içerdiği farklı bileşenler değerlendirildiğinde ise, ağrı-görsel analog skalası (pain-VAS) ≤ 15 ve hasta genel değerlendirmesi (patient global assessment-PtGA) ≤ 20 , daha az sıklıkla MDA'ye ulaşan bileşenlerdi, hastaların sırasıyla %44.5 ve %26.5'u MDA kriterlerini doldurmuş olsa bile bu bileşenleri hala karşılayamamaktadır (Şekil SS-10). Öte yandan, MDA- hastalarda, vücut yüzey alanı (%51.2) ve şiş eklem sayısı (%53.5) bileşenleri hastaların çoğunluğunda elde edilebilirken, bunların %93.5'inde Leeds enthesitis index (LEİ)'i ile entezit saptanmadı. Doktorun hasta genel değerlendirmesi (Physician global assessment) (>21 'e karşı ≤ 20) ve BASDAI (>41 'e karşılık ≤ 40 , sadece aksiyel hastalık için), MDA+ ve MDA- hastalar arasında sadece orta düzeyde bir uyumu vardı (sırasıyla, kappa=0.47, p=0.05 ve kappa=0.469, p=0.072).

Sonuç: MDA, çalışmalar ve klinik pratik için objektif bir tedavi hedefi sağlar, ancak gerçek hayatta PRO'lar, tüm bileşenler içinde MDA'ye ulaşmanın en önemli engelleridir.

Anahtar sözcükler: Psoriyatik artrit, minimal hastalık aktivitesi, hasta tarafından bildirilen sonuç ölçekleri



Şekil (SS-10): MDA+ ve MDA- hastalarda tüm MDA bileşenlerinin dağılımı. TJC: Hassas eklem sayısı; SJC: Şiş eklem sayısı; TEP: Hassas enteral noktalar; BSA: Vücut yüzey alanı; PtGA: Hasta genel değerlendirmesi; VAS: Görsel analog ölçek; HAQ: Sağlık değerlendirme anketi.

SS-11

Psoriyatik artritte mortalitede artış saptanmamıştır: Ulusal psoriyatik artrit kohortu (PSART) verileri

Abdulsamet Erden, Levent Kılıç, Dilek Solmaz, Sibel Bakırcı Üreyen, Gezmiş Kimyon, Esen Kasapoğlu Günel, Atalay Doğru, Özün Bayındır, Ediz Dalkılıç, Cem Özişler, Servet Akar, Gözde Yıldırım Çetin, Emine Figen Tarhan, Orhan Küçükşahin, Ahmet Omma, Emel Gönüllü, Fatih Yıldız, Emine Duygu Ersözlü, Muhammed Çınar, Abdurrahman Tufan, Seval Pehlevan, Serpil Ergülü Eşmen, Sema Yılmaz, Tuncay Duruöz, Sibel Zehra Aydın, Umut Kalyoncu

PSART (Türkiye Psoriyatik Artrit Kohortu) Çalışma Grubu

Amaç: Psoriyatik artrit (PsA) mortalite hakkındaki veriler kısıtlı ve çelişkili sonuçlar içerir. Ülkemizde bu konuda bir veri

Tablo (SS-10): MDA'e göre demografik özellikler ve hastalık karakteristikleri.

| | MDA- | MDA+ | p değeri |
|---|---------------------|---------------------|----------|
| n/total n (%) | 170/317 (53.9) | 147/317(46.0) | |
| Türkiye | 128/232 (55.2) | 104/232 (44.8) | 0.362 |
| Kanada | 42/85 (49.4) | 43/85 (50.6) | 0.362 |
| Kadın | 109/188 (58) | 79/188 (42) | 0.061 |
| Yaş (yıl)* | 50 (40–59) | 51.5 (37–60.5) | 0.924 |
| Eğitim yılı* | 11 (5–15) | 11 (5–14) | 0.738 |
| Hastalık süresi (ay)* | 95 (66–155) | 88 (59–155) | 0.843 |
| Vücut kitle indeksi (kg/m ²)* | 28.20 (24.46–33.05) | 27.53 (23.76–30.91) | 0.166 |
| Aile öyküsü (Psöriazis veya PsA) | 63/171 (36.8) | 40/146 (27.4) | 0.074 |
| Tırnak tutulumu | 92/171 (53.8) | 73/146 (50) | 0.500 |
| Daktilit | 65/170 (38.2) | 55/147 (37.4) | 0.881 |
| Entezit | 35/170 (20.6) | 16/147 (10.9) | 0.022 |
| PsA klinik paternleri | | | |
| Poliartrit | 78/170 (45.9) | 70/146 (47.9) | 0.714 |
| Oligoartrit | 66/170 (38.8) | 50/146 (34.2) | 0.415 |
| Monoartrit | 1/170 (0.6) | 9/146 (6.2) | 0.007 |
| DIP eklem tutulumu | 42/170 (24.7) | 23/146 (15.8) | 0.050 |
| Aksiyel tutulum | 79/170 (46.5) | 56/146 (38.4) | 0.171 |
| Artritis mutilans | 0/170 (0) | 1/146 (0.7) | 0.462 |

Tüm veriler n / total n (yüzde (%)) veya medyan (birinci–üçüncü yüzdeler) *olarak verildi.

Tablo 1 (SS-11): Demografik veriler, tedaviler, komorbiditeler ve ölüm nedenleri.

| No | Yaş | Cinsiyet | Komorbiditeler | Tedaviler | Ölüm nedeni |
|----|-----|----------|---------------------|------------------------------|--|
| 1 | 60 | Erkek | HT, MS | SSZ, steroid | AIKH, KBH |
| 2 | 57 | Erkek | HU | MTx, HCQ, steroid | AI KS |
| 3 | 68 | Erkek | DM, HT, HL, MS, KAH | Mtx, SSZ, steroid | Kc S, KKY |
| 4 | 62 | Erkek | HT, HL, HU | Mtx | HE, TH, SŞ, mandibula ve maksillanın yassı hücreli karsinomu |
| 5 | 63 | Erkek | HL, HU | Mtx, SSZ, steroid, golimumab | Ani kardiyak ölüm, pankreas başı kanseri |
| 6 | 40 | Erkek | Yok | Yok | Bilinmiyor |
| 7 | 61 | Kadın | HT | Mtx | HT, AKS |
| 8 | 43 | Erkek | HT, HL | Mtx, golimumab | Intihar |
| 9 | 75 | Erkek | KAH | Lef, Mtx | Pankreas kanseri |
| 10 | 34 | Kadın | DM, MS, HU | Lef | Pnömoni |
| 11 | 50 | Kadın | Yok | Lef, Mtx, steroid | AMI, ani ölüm, PTE |
| 12 | 79 | Kadın | KAH | Mt | Pnömoni, ABY |

ABY: Akut böbrek yetmezliği; AIKS: Alkolik karaciğer S; AIKH: Akut iskemik kalp hastalığı; AKS: Akut koroner sendrom; AMI: Akut miyokardial infarktüs; DM: Diabetes mellitus; HCQ: Hidroksiklorokin; HE: Hepatik ensefaloopati; HL: Hiperlipidemi; HT: Hipertansiyon; HU: Heparürisemi; KAH: Koroner arter hastalığı; KBH: Kronik böbrek hastalığı; Kc S: Karaciğer sirozu; KKY: Konjestif kalp yetmezliği; Lef: Leflunomide; MS: Metabolik sendrom; mt: Metotreksat; PTE: Pulmoner tromboemboli; SS: Septik şok; SSZ: Sulfasalazine; TH: Toksik hepatit.

bildirilmemiştir. Bu çalışmada çok merkezli ulusal PsA kütüğündeki hastaların mortalite oranının belirlenmesi ve ilişkili faktörlerin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Yöntem: PsART (Türkiye Psoriyatik Artrit Kohortu), 2014 yılında oluşturulmuş ulusal, prospektif, çok merkezli web tabanlı bir kayıt kütüğüdür. PsART hastaların demografik verilerini, klinik, tedavi bilgilerini ve hastalık aktivite parametreleri içerir. Nisan 2018 tarihinde hastaların herhangi bir nedenden dolayı

ölümü, ölüm bildirim sisteminden tespit edildi. Ölüm oranları 1000 hasta/yılı (H/Y) [kaba ölüm oranı (KÖO)] olarak hesaplandı. KÖO belirli bir zaman dilimindeki ölümlerin sayısının, bu süre içinde ölme riskine maruz kalan kişi sayısına bölünerek hesaplanmaktadır. Ülkemizin yaş gruplarına ve cinsiyete göre ölüm oranları www.tuik.gov.tr'den alınmıştır. Standart ölüm oranı [SÖO] (beklenen ölüm sayısına göre gözlemlenen oran), bir kohortta gözlemlenen ölümlerin, aynı alandaki genel popülasyondan aynı büyüklükte çalışma grubundaki bireylerin yaş ve

Tablo 2 (SS-11): Mortalite ile ilişkili parametreler.

| | Ölen hastalar (n=12) | Yaşayan hastalar (n=1204) | p |
|--|----------------------|---------------------------|--------|
| Yaş, ortalama±SD | 57.1 (13.1) | 46.3 (12.6) | 0.03 |
| PSA tanısında yaşı, ortalama (SD) | 53.8 (12.9) | 40.4 (4.4) | 0.02 |
| PsART takip süresi (yıl), ortalama (SD) | 1.1 (0.9) | 2.9 (0.5) | <0.001 |
| Psoriasis tanısı sonrası takip süresi (aylar), ortalama (SD) | 228 (174) | 180 (140) | 0.2 |
| Cinsiyet (Erkek), % | 66.7 | 34.3 | 0.02 |
| Beden kitle indeksi (BKI), ortalama (SD) | 27.7 (4.8) | 28.2 (5.1) | 0.7 |
| Eğitim süresi ortalama (SD) | 5.3 (3.3) | 8.4 (4.7) | 0.001 |
| Şiş eklem sayısı, ortalama (SD) | 4.2 (9.6) | 1.9 (3) | 0.012 |
| Hassas eklem sayısı, ortalama (SD) | 9.0 (11.7) | 3.8 (4.9) | <0.001 |
| BASFI, ortalama (SD) | 78.3 (19.3) | 30.8 (24.4) | 0.01 |
| Hasta global değerlendirme (VAS), ortalama (SD) | 77.5 (13.3) | 45.4 (24.5) | 0.01 |
| Doktor global değerlendirme (VAS), ortalama (SD) | 74.2 (18.3) | 37.9 (22.4) | <0.001 |
| Yorgunluk (VAS), ortalama (SD) | 65.7 (29.3) | 45.2 (26.8) | 0.04 |
| Ağrı (VS), ortaama (SD) | 65.0 (32.7) | 44.0 (27.4) | 0.04 |
| HAQ, ortalama (SD) | 1.08 (0.7) | 0.7 (0.6) | 0.2 |
| ESR mm/saat, ortalama (SD) | 41 (7.6) | 25.9 (20.2) | <0.001 |
| C-RF mg/lt, ortalama (SD) | 26.7 (21.9) | 10.6 (17.7) | 0.04 |
| Hipertansiyon, % | 50.0 | 21.8 | 0.02 |
| DM, % | 16.7 | 14.3 | 0.6 |
| Metabolik sendrom, % | 33.3 | 11.7 | 0.02 |
| Hiperürisemi, % | 25.0 | 6.6 | 0.04 |
| Koroner arter hastalığı, % | 75.0 | 3.7 | <0.001 |
| Depresyon, % | 41.6 | 16.7 | 0.02 |

BASFI: Bath ankilozan spondilit fonksiyonel indeksi; CRP: C-reaktif protein; DM: Diabetes mellitus; ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı; VAS: Visual analog skala.

Not: Psa mortalite ile ilgili ilk yazılarda belirgin bir mortalite artışı var denirken son dönemlerde artmış bir mortalite var olup olmadığı çalışmanın tipine göre değişmektedir. Yazılar icd kodu üzerinden yapıyorsa mortalite yüksek iken kohort yazılarında ise toplulma aynı veya düşük çıkmaktadır.

cinsiyetleri standardize edilmiş grupta beklenenlere oranı olarak hesaplanır.

Bulgular: PsART 1216 PsA hastasını (%64 kadın) içermektedir. Ortalama; yaş 46±41 yıl, hastalık süresi 5.4±6.67 yıl ve takip süresi 2.9 (0.62) yıl idi. Toplam takip süresi 3540 H/Y olarak hesaplandı (erkekler için 1221 H/Y). Takip süresinde on iki hasta (8 erkek) öldü. Ölenlerin yaş ortalaması 57.1 (13.0) idi. Demografik veriler, güncel tedaviler, komorbiditeler ve ölüm nedeni Tablo 1 SS-11'de belirtildi. Genel KÖO 1000 H/Y başına 3.38 idi. Ülkemizdeki genel KÖO ise 1000 H/Y başına 5.3 idi. Erkek hastalar için KÖO 1000 H/Y başına 6.55 (Türkiye için 1000 kişi-yılda 5.8) iken kadın hastalar için 1000 H/Y 1.72 (Türkiye için 1000 kişi-yılda 4.8) idi. Mortalite oranı erkek hastalarda anlamlı olarak daha yüksekti (%1.9'a karşı %0.5; p=0.01). Genel SÖO oranı 0.63 (0.04–1.309) idi. Erkek hastalar için SÖO 1.12 (0.25–1.98) iken kadınlarda ise 0.35 (0.18–0.885) idi. Mortaliteyi etkileyen faktörler Tablo 2 SS-11'de gösterilmiştir.

Sonuç: Ulusal PsA kohortumuzda, mortalite oranı genel popülasyona göre artmadığı gözlemlendi. Erkek PsA hastalarında kadın hastalara göre daha yüksek mortalite oranına sahip olsa da, ülkemiz genel KÖO ile karşılaştırılabilir. Ölen hasta sayısı tartışma için yeterli değildi, ancak ölen vakaların çoğunluğu kardiyovasküler komorbiditeye sahipti.

Anahtar sözcükler: Psoriyatik artrit, mortalite

SS-12

Yeni Still aktivite skorunun geliştirilmesi ve validasyonu

Umut Kalyoncu¹, Timuçin Kaşifoğlu², Ahmet Omma³, Cemal Bes⁴, Muhammet Çınar⁵, Hakan Emmungil⁶, Orhan Küçükşahin⁷, Servet Akar⁸, Kenan Aksu⁹, Fatih Yıldız¹⁰, Nilüfer Alpay Kanitez⁴, Abdulsamet Erden¹, Emre Bilgin¹, Sezin Turan⁶, Ediz Dalkalç¹¹, Selime Ermurat¹¹, Mutlu Hayran¹²

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ²Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir; ³Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara; ⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; ⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ⁶Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne; ⁷Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ⁸İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; ⁹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; ¹⁰Van Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Van; ¹¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa; ¹²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Preventif Onkoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Erişkin başlangıçlı Still hastalığının (EBSH) aktivitesini belirlemek amacıyla kullanılan kabul edilmiş bir ölçüm parametresi bulunmamaktadır. Bu çalışmada EBSH aktivitesini değerlendirmek için kullanılacak basit bir Still aktivite skorunun (SAS) oluşturulması amaçlanmıştır.

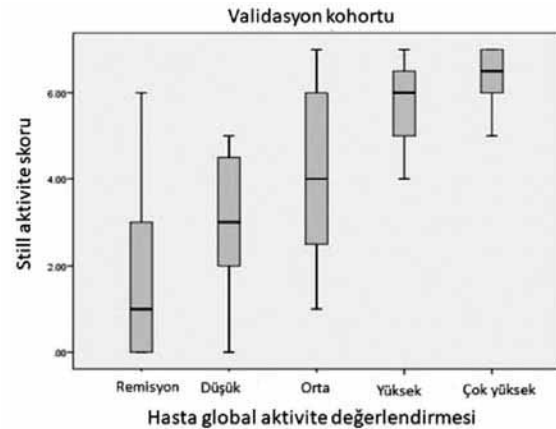
Yöntem: 11 farklı merkezle kesitsel olarak yapılmıştır. Tüm hastalar Yamaguchi kriterlerini karşılamaktadır. Standart bir form ile hastaların yaşları, cinsiyeti, hastalık süreleri ve şimdiki semptomları sorgulanmıştır. Eritrosit sedimentasyon hızı (ESH), CRP, lökosit sayısı ve ferritin değerleri de kaydedilmiştir. Visual analog skalası (VAS) (0–10 cm) ve likert skalası (remisyon, düşük, orta, yüksek ve çok yüksek hastalık aktivitesi) kullanılarak doktor ve hastaların hastalık global değerlendirme yapılmıştır. İlk etapta 125 hasta çalışmaya alınmış ve SAS oluşturulmuştur (derivasyon kohortu). Daha sonra yeni 72 hastada oluşturulan skorun validasyonu yapılmıştır (validasyon kohortu). SAS ordinal logistik regresyon yöntemi yöntemiyle oluşturulmuştur.

Bulgular: 197 (%66.5 kadın) EBSH'nin ortalama yaşları 39 (13), ortalama hastalık süresi 2 (0–30) yıldır. Değerlendirme sırasındaki EBSH bulguları sırasıyla ateş 69 (%35.0), rash 55 (%27.9), artrit 57 (%28.9), artralji 112 (%56.9), boğaz ağrısı 58 (%29.4), myalji 80 (%40.6), lenfadenopati 25 (%12.7), splenomegali 37 (%18.8), hepatomegali 23 (%11.7), karın ağrısı 8 (%4.1), plöre-tik ağrı 8 (%4.1), perikardit 4 (%2.0), hemofagositik sendrom 4 (%2.0). Ortalama (SD) ESH, CRP, ferritin ve lökosit sayısı sırasıyla 32.5 (31), 43.4 (65.3), 1169 (3088) ve 10356 (4821). Ortalama hasta global ve doktor global aktivite değerlendirme 3.86 (3.29), ve 3.05 (3.06). SAS'nun komponentleri ve skorlaması Tablo SS-12'de gösterilmiştir. SAS ile hasta global aktivite değerlendirme (likert) arasındaki korelasyon derivasyon kohortunda %85, validasyon kohortunda %75'dir. SAS ile hasta global aktivite değerlendirme (VAS) arasındaki korelasyon derivasyon kohortunda %79, validasyon kohortunda %73'dir. SAS'nun 4 ve üzerinde olmasının aktif/çok aktif düzeyi belirlemesi için hassasiyet ve özgünlüğü %100 ve %82.6'dır (Şekil 1 SS-12).

Tablo (SS-12): Still aktivite skorlaması.

| | 0 puan | 1 puan | 2 puan |
|---------------------------|--------|--------|--------|
| Ateş | - | | + |
| Atralji | - | | + |
| Nötrofil \geq %65 | - | + | |
| Ferritin \geq 350 ng/ml | - | + | |

*Şiş eklem sayısı \geq 2 ise 1 puan daha eklenecek.



Şekil (SS-12): Still aktivite skoru ve hasta global aktivite değerlendirme.

Sonuç: Bu çalışmada EBSH için, rutin klinik ve laboratuvar değerlendirme ile elde edilebilecek basit ve kullanışlı yeni bir SAS geliştirilmiş ve valide edilmiştir. SAS ile aktif hastalık düzeyi tespit edilebilmektedir. Gelecekte bu skorun klinik araştırmalarda ve rutin pratikte kullanımı ile ilgili bilgilere gereksinim vardır.

Anahtar sözcükler: Still, aktivite skoru

SS-13

Skleroderma hastalarında meprin metalloproteinazların moleküler regülasyonu ve fonksiyonu

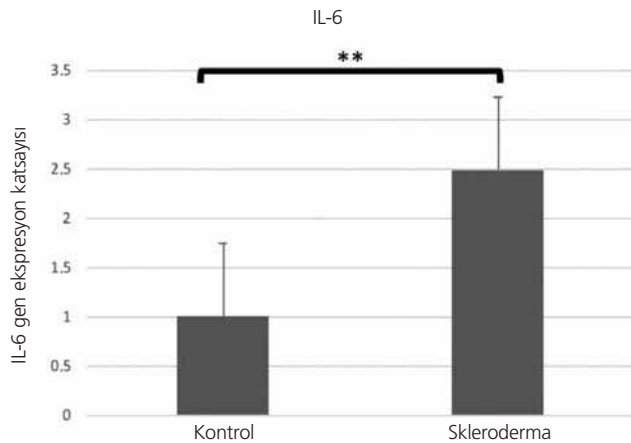
Ayşe Koçak¹, Gül Akdoğan², Aydan Köken Avşar¹, Duygu Harmancı¹, Ahmet Merih Birlik¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir; ²İzmir Ekonomi Üniversitesi, İzmir

Amaç: Skleroderma (SSc) deri ve internal organ fibrozisi ile karakterize otoimmün bir bağ dokusu hastalığıdır. Aşırı ekstrasellüler matris (ECM) birikimi SSc ile bağlantılıdır. SSc'de patolojik mekanizma hala belirsizdir. Henüz, hastalık için spesifik bir tedavi yoktur. Meprinler, günümüzde fibrotik araştırmalarda yeni çalışılmaya başlanmıştır. Bu zamana kadar birçok patogeneze rol aldıkları bildirilmiştir. Meprinlerin iki farklı türü vardır. Bunlar: meprin-alfa ve meprin-beta'dır. Fibrozisteki en önemli görevi, ekstrasellüler matriste, kollajen maturasyonunda önemli rol oynarlar. Aynı zamanda interlökin-6 (IL-6) salınımında meprinlerin rolü olduğu bilinmektedir. Sklerodermada da IL-6 etkin bir sitokindir ve miktarı fazladır. Bunun yanında aktivatör protein 1 (AP-1), meprin regülasyonunda görevlidir. Disintegrin metalloproteinaz 10/17 (ADAM 10/17) hem skleroderma da önemli bir sitokin olan tümör nekroz faktör alfanın (TNF-a) salgılanmasında hem de meprinlerin salgılanmasında önemlidir.

Yöntem: Bu çalışmada, SSc'de meprin regülasyonunda görev alan proteinlerin, transkripsiyon faktörlerinin ve sitokinlerin rolünün araştırılması amaçlanmıştır. Meprinlerin, SSc patogenezindeki fonksiyonları incelenmiştir.

Bulgular: Dokuz Eylül Üniversitesi, Romatoloji ve İmmünoloji Bilim Dalına başvuran 80 SSc hasta ve 80 sağlıklı kontrol ça-



Şekil (SS-13): Skleroderma ve kontrol IL-6 gen ekspresyonları.

laşmaya dahil edilmiştir. Hasta kanlarından mRNA izolasyonları yapılmıştır. AP-1, IL-6 ve TNF-alfa gen ekspresyonları qPCR ile meprin-beta ve meprin-alfa protein miktarları ise ELISA yöntemi ile ölçülmüştür. qPCR sonuçlarında her bir genin ekspresyon seviyesi için $\Delta\Delta Ct$ (Delta delta Ct) yöntemi ile rölatif gen ekspresyon analizi yapılmıştır. Gruplar arasındaki anlamlılık SPSS 22.0 kullanılarak, Anova- Sidak testi ile belirlenmiştir. $p < 0.05$ değerleri anlamlı olarak kabul edilmiştir. AP-1, IL-6, TNF-alfa gen ekspresyon değerleri skleroderma hastalarında kontrole oranla artmıştır. Ayrıca, meprin alfa ve meprin beta protein ekspresyon değerleri de sklerodermada artmıştır.

Sonuç: Çalışmamız meprinlerin fizyolojik fonksiyonlarının ECM remodeling ve inflamasyona bağlı olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla, meprinlerin SSc patogenezinde rol aldığını söyleyebilmekteyiz. Tüm veriler, SSc'nin hedefe yönelik tedavilerde meprinlerin ele alınabileceğini göstermektedir. Meprinler, sklerodermada inflamasyon ve ECM birikimi arasındaki dengeyi sağlamak için terapötik hedef olarak kullanılabilirler.

Anahtar sözcükler: Skleroderma, meprin metalloproteinazlar, AP-1, IL-6

SS-14

Sistemik lupus eritematozuslu (SLE) hastalarda hastalık aktivitesini belirlemede aday biyobelirteçler olarak serum BAFF ve APRIL

Selma Sarı¹, Suzan Çınar², Bahar Artım Esen³, Ahmet Gül³, Lale Öcal³, Günnur Deniz², Murat İnanç³

¹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul; ²İstanbul Üniversitesi Aziz Sancar Deneysel Tıp Araştırma Enstitüsü, İmmünoloji Anabilim Dalı, İstanbul; ³İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: BAFF ve APRIL, B hücre gelişiminde yer alan sitokinlerdir ve SLE patogenezinde önemlidir. Bu çalışmada, SLE hastalarında serum BAFF/APRIL düzeylerinin klinik özellikler ve hastalık aktivitesi ile ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya SLE'li 79 hasta ve 27 sağlıklı kontrol alındı. Serum BAFF/APRIL düzeyleri ELISA yöntemi ile çalışıldı. Ayrıca, BAFF/APRIL seviyeleri, en az 6 aylık tedaviden sonra 19 aktif SLE hastasında ikinci kez ölçüldü. Hastalık aktivitesi SLEDAI ile değerlendirildi. 79 hastanın 16'sında yeni böbrek tutulumu saptandı, 12 hastada böbrek tutulumu daha önce belirlenmişti.

Bulgular: BAFF/APRIL düzeyleri kontrol grubuna göre SLE'li hastalarda yüksekti ($p < 0.001$). BAFF/APRIL düzeyleri ile SLEDAI skoru arasında korelasyon saptanmadı. Hastalar SLEDAI=0, lupus düşük hastalık aktivite durumu ve aktif hastalık olarak gruplandırıldığında gruplar arasında BAFF/APRIL düzeyleri farklı bulunmadı. Renal aktiviteli hastalarda ise BAFF düzeyi yüksekti ($p=0.01$) ve APRIL ile proteinüri arasında pozitif korelasyon saptandı ($r=0.42$, $p=0.02$). BAFF/APRIL seviyeleri ile anti-dsDNA pozitifliği arasında ilişki görülmezken, artmış BAFF seviyeleri düşük kompleman (C3) ile ilişkiliydi. BAFF/APRIL seviyeleri renal SLEDAI skoru, renal biyopsi aktivite indeks ve kronisite indeks skoru ile korelasyon gösterme-

di. Lupus nefriti belirteçleri kullanılarak yapılan ROC eğrisinde AUC=0.97 ile proteinüri miktarı en yüksek ayırıcı kapasiteye sahip iken AUC değerleri sırasıyla BAFF için 0.670, APRIL için 0.581, C4 için 0.337, C3 için 0.196 bulunmuştur. Tedavi öncesi ve sonrası 19 hastanın BAFF düzeyleri benzerdi (1.63 ng/ml ve 1.2 ng/ml). Tedavi sonrası 19 hastanın APRIL düzeylerinde artış görüldü (2.11 ng/ml ve 2.31 ng/ml).

Tablo (SS-14): Sağlıklı kontrol grubu ile lupuslu hastaların serum BAFF ve APRIL düzeyleri.

| | Sağlıklı kontrol grubu; medyan, aralık | SLE'li hastalar; medyan, aralık | p değeri |
|---------------|---|------------------------------------|-------------|
| BAFF (ng/ml) | 0.41 (0.2–1.94) | 0.7 (0.13–7.65) | p<0.001 |
| APRIL (ng/ml) | 1.05 (0–2.89) | 2.3 (0–33.9) | p<0.001 |

Sonuç: BAFF/APRIL düzeyleri SLE'li hastalarda kontrollere göre yüksek bulunmuş, fakat genel hastalık aktivitesi ile ilişki saptanmamıştır. BAFF düzeyleri renal aktivite ile ilişkili olabilir ve C3 düzeylerinde azalma ile korelasyon göstermektedir. Renal aktivite dikkate alınarak yapılan AUC değeri yüksektir. Tedavi sonrasında APRIL seviyelerinde artış saptanmıştır. Bu sonuçlar her iki sitokinin SLE patogenezinde rol aldığını, serum BAFF ve APRIL düzeylerinin renal aktiviteyi SLE'li hastalarda bir biyomarker olarak değerli olabileceğini desteklemektedir. Bu analizlere farklı tedavilerin etkisi konusunda uzun dönem çalışmalara gerek vardır.

Anahtar sözcükler: BAFF, APRIL, sistemik lupus eritematozus (SLE)

SS-15

Sistemik lupus eritematozuslu hastalarda hastalık aktivitesinin serum ve idrar TWEAK, MCP-1 ve NGAL ile değerlendirilmesi

Şafak Mirioğlu¹, Suzan Adın Çınar², Halil Yazıcı³, Ahmet Gül⁴, Lale Öcal⁴, Murat İnanç⁴, Bahar Artım Esen⁴

¹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul; ²İstanbul Üniversitesi Aziz Sançar Deneysel Tıp Araştırma Enstitüsü, İmmünoloji Anabilim Dalı, İstanbul; ³İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul; ⁴İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: TWEAK, MCP-1 ve NGAL sistemik lupus eritematozus (SLE) patogenezinde rol oynayan proinflamatuvar moleküllerdir. Bu nedenle hastalık aktivitesini gösteren biyobelirteçler olarak kullanılacakları düşünülmektedir. Çalışmamızda serum ve idrar TWEAK, MCP-1 ve NGAL düzeylerinin SLE'de hastalık aktivitesiyle olan ilişkisini incelemeyi amaçladık.

Yöntem: SLICC SLE sınıflandırma kriterlerini karşılayan, SLEDAI ≥ 4 olan ya da BILAG indeksinde en az bir organ/sistemde A skoru elde eden hastalar "aktif" olarak kabul edildi ve çalışmaya seçildi. SLEDAI içindeki 4 renal kriterden en az birinin varlığı renal aktivite olarak kabul edildi: Proteinüride ≥ 0.5 g/gün artış, idrar sedimentinde her alanda ≥ 5 eritrosit veya ≥ 5 lökosit bulunması, idrar sedimentinde silendirler görülmesi. Bu kriterlere göre renal [n=15, aktif lupus nefriti (LN)] ve non-renal (n=15) olmak üzere 30 aktif SLE hastası çalışmaya dahil edildi. Renal (n=16) ve non-renal (n=15) inaktif SLE hastaları,

Tablo 1 (SS-15): Aktif SLE (aktif LN ve aktif non-renal SLE), inaktif SLE ve sağlıklı kontrol gruplarının serum ve idrar biyobelirteç düzeyleri.

| Biyobelirteç | Aktif LN (n=15) | Aktif non-renal SLE (n=15) | P | Aktif SLE (n=30) | İnaktif SLE (n=31) | P | Sağlıklı kontrol (n=20) | P (Aktif SLE vs sağlıklı) |
|--------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|-------|------------------------------|-----------------------------|--------|-------------------------------|---------------------------------|
| sMCP-1 (ng/l) (medyan, IQR) | 426.38 (304.5–492) | 152 (51.38–570) | 0.141 | 314.19 (142.25–542.25) | 252.63 (119.5–358.25) | 0.189 | 61.25 (25.31–90) | <0.001 |
| uMCP-1 (ng/l) (medyan, IQR) | 426.38 (304.5–492) | 152 (51.38–570) | 0.141 | 314.19 (142.25–542.25) | 252.63 (119.5–358.25) | 0.189 | 61.25 (25.31–90) | <0.001 |
| uMCP-1 (ng/l) (medyan, IQR) | 607.24 (500.57–717.71) | 585.33 (368.19–623.43) | 0.206 | 588.43 (451.76–640.69) | 455.33 (359.14–639.14) | 0.106 | 121.05 (31.17–437.83) | <0.001 |
| uMCP-1 (ng/mg kre.) (medyan, IQR) | 0.970 (0.531–1.496) | 0.626 (0.324–1.603) | 0.373 | 0.894 (0.445–1.523) | 0.689 (0.393–1.115) | 0.306 | 0.117 (0.052–0.666) | <0.001 |
| sNGAL (ng/ml) (medyan, IQR) | 629.5 (574.5–704.5) | 642.23 (374–765) | 0.419 | 635.86 (514.61–718.13) | 386.77 (331.32–447.22) | <0.001 | 152.18 (106.03–427.32) | <0.001 |
| uNGAL (ng/ml) (medyan, IQR) | 1039.1 (862.1–1167.1) | 904.1 (746.1–1217.1) | 0.443 | 988.6 (831.1–1170.35) | 786.1 (628.1–1020.1) | 0.002 | 223.6 (115.6–361.35) | <0.001 |
| uNGAL (ng/mg kre.) (medyan, IQR) | 1480.8 (947.59–2535.59) | 2022.93 (653.58–3519.33) | 0.983 | 1736.25 (779.83–2988.07) | 1072.03 (579.38–1686) | 0.024 | 231.98 (103.08–612.28) | <0.001 |
| sTWEAK (ng/ml) (medyan, IQR) | 1756.4 (1584.4–2066.4) | 1200 (954.4–1500) | 0.006 | 1542.2 (1160.55–1805.9) | 1194.4 (886.4–1482.4) | 0.005 | 186.26 (134.61–520.78) | <0.001 |
| uTWEAK (ng/ml) (medyan, IQR) | 1649.17 (1105.83–1854.17) | 1250.83 (1154.17–1652.5) | 0.237 | 1500.83 (1142.08–1789.17) | 1172.5 (905.83–1592.5) | 0.026 | 912.5 (671.25–1049.99) | <0.001 |
| uTWEAK (ng/mg kre.) (medyan, IQR) | 2200.2 (1519.81–4711.65) | 2160.33 (812.23–4062.5) | 0.468 | 2180.26 (1181.95–4207.96) | 1578.13 (846.21–2597.37) | 0.089 | 739.33 (468.27–1548.6) | <0.001 |

Tablo 2 (SS-15): Aktif LN, inaktif LN, renal aktif AAV ve sağlıklı kontrol gruplarının serum ve idrar biyobelirteç düzeyleri

| Biyobelirteç | Aktif LN (n=15) | inaktif LN (n=16) | P | Renal aktif AAV (n=14) | P (Aktif LN vs AAV) | Sağlıklı kontrol (n=20) | P (Aktif SLE vs sağlıklı) |
|--------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|--------|------------------------------|---------------------|---------------------------|---------------------------|
| sMCP-1 (ng/l) (medyan, IQR) | 426.38 (304.5–492) | 286.69 (122.47–376.53) | 0.063 | 219.5 (110.75–540.25) | 0.162 | 61.25 (25.31–90) | <0.001 |
| uMCP-1 (ng/l) (medyan, IQR) | 607.24 (500.57–717.71) | 526.05 (357.71–642) | 0.114 | 656.71 (579.38–724.62) | 0.190 | 121.05 (31.17–437.83) | <0.001 |
| uMCP-1 (ng/mg kre.) (medyan, IQR) | 0.970 (0.531–1.496) | 1.1 (0.433–1.484) | 0.874 | 0.930 (0.661–1.648) | 0.793 | 0.117 (0.052–0.666) | 0.001 |
| sNGAL (ng/ml) (medyan, IQR) | 629.5 (574.5–704.5) | 404.73 (366.09–519.95) | <0.001 | 534.05 (442.8–820.5) | 0.116 | 152.18 (106.03–427.32) | <0.001 |
| uNGAL (ng/ml) (medyan, IQR) | 1039.1 (862.1–1167.1) | 806.1 (612.35–1087.35) | 0.030 | 934.6 (712.6–1088.1) | 0.222 | 223.6 (115.6–361.35) | <0.001 |
| uNGAL (ng/mg kre.) (medyan, IQR) | 1480.8 (947.59–2535.59) | 1400.35 (638.48–1943.86) | 0.252 | 1105.69 (928.62–1836.23) | 0.458 | 231.98 (103.08–612.28) | <0.001 |
| sTWEAK (ng/ml) (medyan, IQR) | 1756.4 (1584.4–2066.4) | 1288.4 (948.9–1525.9) | 0.001 | 1091.4 (151.25–2523.4) | 0.138 | 186.26 (134.61–520.78) | <0.001 |
| uTWEAK (ng/ml) (medyan, IQR) | 1649.17 (1105.83–1854.17) | 1194.17 (912.5–1632.08) | 0.082 | 1711.67 (1534.17–1908.33) | 0.541 | 912.5 (671.25–1049.99) | <0.001 |
| uTWEAK (ng/mg kre.) (medyan, IQR) | 2200.2 (1519.81–4711.65) | 2200.93 (866.6–3510.49) | 0.252 | 2563.12 (1518.92–4036.39) | 0.896 | 739.33 (468.27–1548.6) | <0.001 |

aktif renal tutulumu olan ANCA ilişkili vaskülit (AAV) hastaları (n=14) ve 20 sağlıklı gönüllü kontrol grupları olarak seçildi. Serum (s) ve idrar (u) TWEAK, MCP-1 ve NGAL düzeyleri ELISA ile çalışıldı.

Bulgular: Medyan hastalık süresi 83 (23.5–135) ay ve medyan yaşı 35 (27–47.5) olan 61 SLE hastasının 51'i (%83.6) kadındı. Aktif SLE (n=30) grubunda serum ve idrar TWEAK ile NGAL seviyeleri inaktif SLE (n=31) grubuna kıyasla belirgin olarak daha yüksekti (sTWEAK: p=0.005; uTWEAK: p=0.026; sNGAL: p<0.001 ve uNGAL: p=0.002); ancak serum ve idrar MCP-1 düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmadı (p=0.189 ve p=0.106) (Tablo 1 SS-15). Aktif LN ile non-renal aktif SLE hastalarında uTWEAK (p=0.237), sMCP-1 (p=0.141), uMCP-1 (p=0.206), sNGAL (p=0.419) ve uNGAL (p=0.443) seviyeleri benzerdi; fakat sTWEAK düzeyleri aktif LN hastalarında daha yüksekti (p=0.006). Aktif LN, renal aktif AAV grubuyla karşılaştırıldığında ise anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 2 SS-15). Tüm biyobelirteçlerin düzeylerinin SLEDAI skorları ile korelasyon gösterdiği tespit edildi (sTWEAK: p=0.001; uTWEAK: p=0.006; sMCP-1: p=0.049; uMCP-1: p=0.014; sNGAL: p<0.001 ve uNGAL: p=0.002) (Şekil SS-15).

Sonuç: sTWEAK, uTWEAK, sNGAL ve uNGAL SLE'de hastalık aktivitesini yansıtan önemli biyobelirteçlerdir. Ancak bu biyobelirteçlerin SLE için spesifik olmadıkları, aktif renal tutulumlu AAV'de de yükseldikleri belirlenmiştir. sTWEAK renal aktiviteyi non-renal aktiviteden ayırt edebilmektedir. Bulgularımızın farklı çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: Sistemik lupus eritematozus, TWEAK, MCP-1, NGAL

SS-16

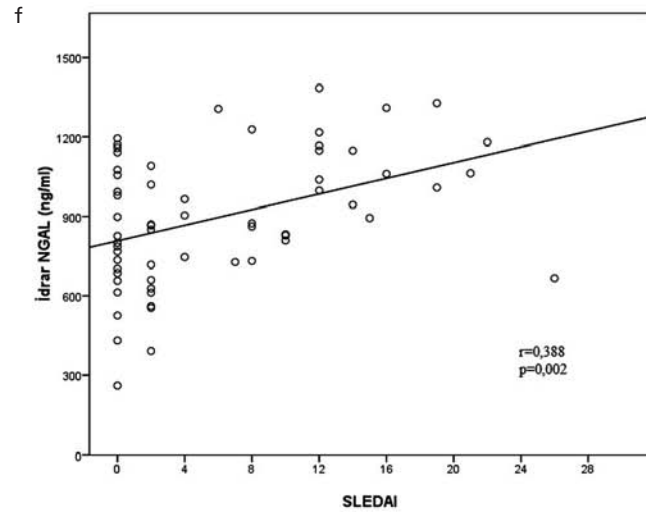
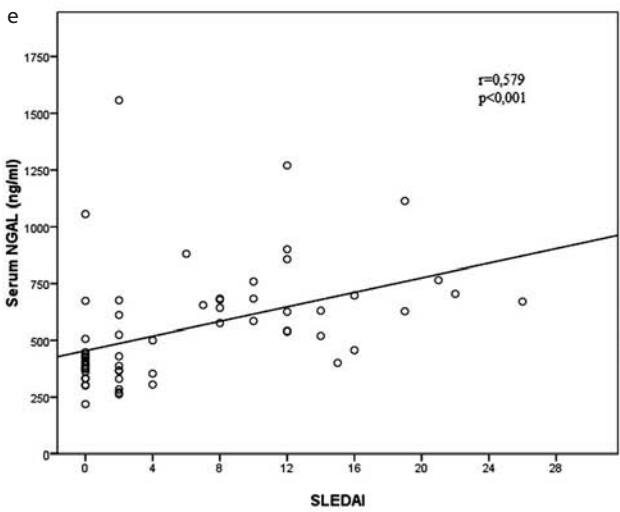
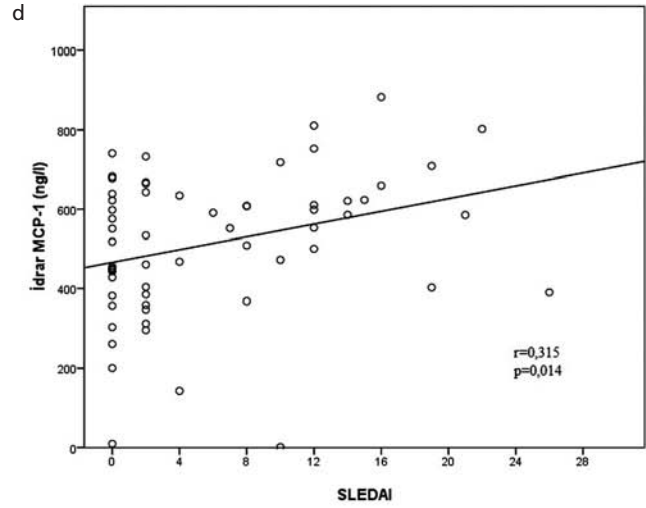
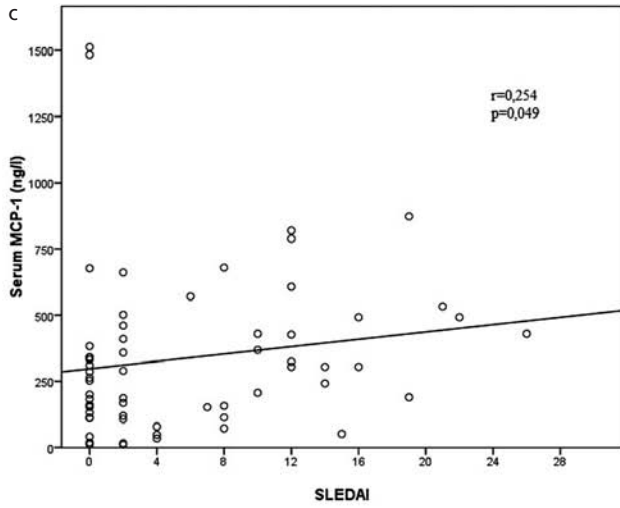
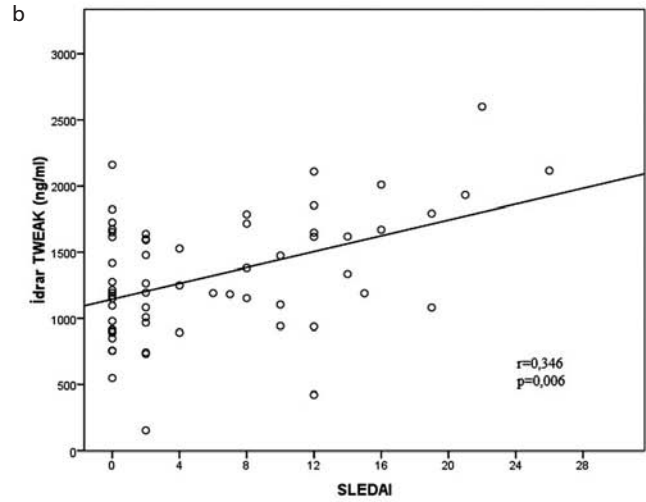
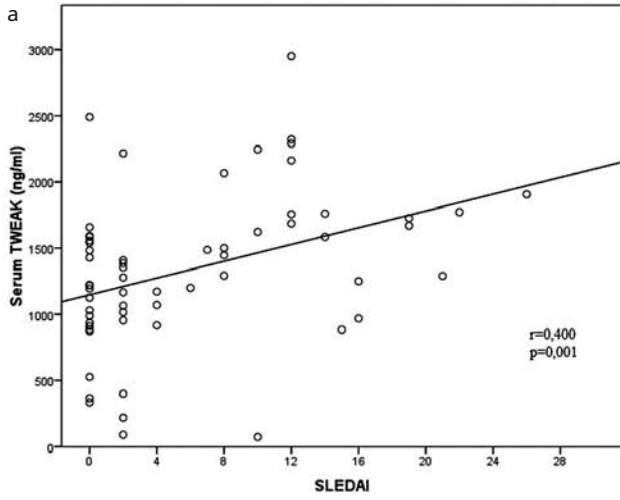
Sistemik lupus eritematozus'lu (SLE) hastalarda SLEDAI-2K ile SLEDAI-2KG (glukokortikoid) indekslerinin karşılaştırılması

Selma Sarı¹, Bahar Artım Esen², Ahmet Gül², Lale Öcal², Murat İnanç²
¹*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul;* ²*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

Amaç: SLE remisyon ve alevlenmelerle seyreden bir hastalıktır. SLE'de birleşik hastalık aktivitesi ölçümü klinik ve laboratuvar bulguları esas alınarak SLEDAI ile yapılabilir. SLEDAI-2K'dan yeni geliştirilen SLEDAI-2K-glukokortikoid indeksi (SLEDAI-2KG) hastaların kullanmakta olduğu glukokortikoid dozlarını hesaba katarak hastalık aktivitesini hesaplamaktadır. Bu kesitsel çalışmada SLE hastalarında iki indeks karşılaştırılmıştır.

Yöntem: Çalışmaya SLE'li 79 hasta dahil edildi. Hastalık aktivitesi SLEDAI-2K prospektif ve SLEDAI-2KG kayıtlardan yararlanılarak değerlendirildi. Hastalar hem SLEDAI-2K hem de SLEDAI-2KG kullanılarak SLEDAI=0 (Grup 1), lupus düşük hastalık aktivite durumu (LLDAS) kriterlerini dolduranlar (Grup 2) ve aktif hastalık (Grup 3) olarak gruplandırıldı. LLDAS kriterleri 1) major organ tutulumu yok ve SLEDAI-2K ≤4 2) yeni hastalık aktivitesi 3) SELENA-SLEDAI hekim global değerlendirilmesi (PGA) ≤1 4) prednizolon veya eşdeğer dozu ≤7.5 mg 5) iyi tolere edilmiş idame immünsüpresif veya onaylı biyolojik ajan tedavisi olarak tanımlanmıştır.

Bulgular: Hastalarımızın 68'i (%86) kadın, 11'i (%14) erkekti. Medyan yaş 34 (aralık 18–74), medyan hastalık süresi 36 (0–436) aydı. 10 (%12) hastada vaskülit, 5 (%6) hastada artrit, 28 (%35) hastada renal aktivite, 6 (%7) hastada malar raş, 10 (%12) hasta-



Şekil (SS-15): SLE hastalarında (a) sTWEAK, (b) uTWEAK, (c) sMCP-1, (d) uMCP-1, (e) sNGAL ve (f) uNGAL düzeylerinin SLEDAI skorları ile korelasyonu.

da alopesi, 7 (%8) hastada trombositopeni, 7 (%8) hastada lökopeni vardı. Hastaların 48'inde (%60.8) hipokomplemanemi, 23'ünde (%29.1) anti-dsDNA pozitifliği mevcuttu. 63 hasta glukokortikoid kullanırken medyan prednizon dozu 16 (0–75) mg idi. SLEDAI-2K skorunun medyanı 4 (aralık 0–24) iken SLEDAI-2KG skorunun ise 7 (aralık 0–25) idi. SLEDAI-2K ve SLEDAI-2KG skorları arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır ($r=0.93$, $p<0.01$). SLEDAI-2K ve SLEDAI-2KG karşılaştırıldığında hastalık aktivitesi 0 olan hasta oranı %24 ve %9, LLDAS %20 ve %27, aktif hasta %56 ve %64 bulundu.

Tablo (SS-16): SLE hastalarının demografik ve klinik özellikleri.

| | SLE, n=79 |
|---|-------------|
| Kadın/erkek | 68/11 |
| Yaş (yıl, aralık) | 34 (18–74) |
| Hastalık süresi (ay, aralık) | 36 (0–436) |
| Klinik tutulum | |
| Vaskülit, n (%) | 10 (12.7) |
| Artrit, n (%) | 5 (6.3) |
| Renal aktivite, n (%) | 28 (35) |
| Proteinüri, n (%) | 26 (33) |
| Hemolitik anemi, n (%) | 6 (7.5) |
| Trombositopeni, n (%) | 7 (8.9) |
| Otoantikörler | |
| ANA, n (%) | 74 (93.7) |
| Anti-dsDNA, n (%) | 23 (29.1) |
| C3 seviyesi (mg/dl, ortalanca, aralık) | 81 (34–185) |
| C4 seviyesi, (mg/dl, ortalanca, aralık) | 2 (2–42) |
| SLEDAI-2K skor (ortalanca, aralık) | 4 (0–24) |
| SLEDAI-2KG skor (ortalanca, aralık) | 7 (0–25) |
| Tedavi | |
| Prednizon, n (%) | 63 (79.7) |
| Azatiopürin, n (%) | 21 (26.6) |
| Antimalaryal, n (%) | 52 (62.8) |
| Mikofenolat mofetil, n (%) | 21 (26.6) |

Sonuç: SLEDAI-2K ile SLEDAI-2KG arasında anlamlı korelasyon vardır. SLEDAI-2KG ile yapılan gruplandırmada aktif hasta sayısı daha yüksek oranda saptanmaktadır. Klinik çalışmalarda glukokortikoid dozunun azaltılmasının da tedavi yanıtında önemli olduğu dikkate alınır SLEDAI-KG tedavi yanıtının daha belirgin olarak ortaya çıkmasını sağlayabilir. SLEDAI-2KG'nin prognoz açısından öneminin anlaşılması için prospektif çalışmalar gereklidir.

Anahtar sözcükler: SLEDAI-2K, SLEDAI-2KG, sistemik lupus eritematozus

SS-17

Primer Sjögren sendromu hastalarında major tükürük bezi ultrasonografisinin tükürük akım hızları ve ağız sağlığı ile ilişkisi

Yasemin Yalçınkaya¹, Gonca Mumcu², Filiz Türe Özdemir³, Zeynep Ertürk¹, Pamir Atagündüz¹, Haner Direskeneli¹, Nevsun İnanç¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; ²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul; ³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Major Tükürük Bezi Ultrasonografisi (TB-US), Sjögren sendromu (SjS) hastalarında tükürük bezlerinin değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılmaya başlanan non-invaziv bir görüntüleme yöntemidir. Bezlerdeki kronik inflamasyon ve destrüktiyon sonucu ortaya çıkan tükürük akım hızları'ndaki (TAH) azalma nedeni ile, tükürük salgısının ağız içindeki fonksiyonel ve koruyucu etkisi azalmaktadır. Bu nedenle, ağız sağlığı ile ilişkili hayat kalitesinde azalma, SjS hastalarında sıklıkla görülebilmektedir. Bu çalışmada, primer SjS hastalarında; TAH, ağız sağlığı ile ilişkili hayat kalitesinde değişim ve TB-US değişiklikleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: ACR-EULAR sınıflandırma kriterlerini (2002) karşılayan 67 primer SjS hastası (K/E:66/1) çalışmaya dahil edildi. Major Tükürük Bezlerinin US görüntüleri (bilateral parotis ve submandibular bezler) iki farklı skorlama yöntemi ile skorlandı (Hocevar A.(0–48) and Milic VD. (0–12)). Stimüle olmayan tükürük örnekleri sabah saat 9–10:00 saatlerinde toplandı. Sonrasında TAH, laboratuvar koşullarında, ml/dakika olarak ölçüldü. Ağız sağlığı ile ilişkili hayat kalitesinin değerlendirilmesi, hasta ölçekli bir sonlanım ölçümü olan 'Oral health impact profile' (OHIP-14) (Yüksek skorlar daha kötü bir ağız sağlığı ile ilişkili hayat kalitesini göstermektedir) kullanılarak yapıldı. Ağız sağlığı (GM) ve US görüntüleri (NI) iki farklı araştırmacı tarafından çift-kör olarak değerlendirildi.

Tablo 1 (SS-17): Primer SjS hastalarının demografik ve klinik özellikleri.

| | N=67 (61 kadın) |
|---|-----------------|
| Ortalama yaş | 51.1±11.8 |
| Takip süresi / ay | 60±49 |
| LAB | |
| antiRO-LA | %46–%21 |
| Klinik | |
| Sikka semptomları - artralji/artrit | %92–%81 |
| Parotit atakları - lenfadenopati | %24–%16 |
| Raynaud fenomeni - periferik nöropati | %16–%6 |
| Lökositoklastik vaskülit - akciğer tutulumu | %4.5–%3 |
| Konj kalp bloklü bebek - renal tubuler asidoz | %3–%1.5 |
| İlaç kullanımı | |
| HQC | %90 |
| Düşük doz steroid (PRD<7.5 mg/gün) | %30 |
| MTX | %30 |
| AZA | %7.5 |
| RTX | %1.5 |

Tablo 2 (SS-17): Primer SjS hastalarında tükürük akım hızları, OHIP-14 ve parotis-US skorları.

| | Tükürük akım hızı ≤0.1 ml/dk (n=21) | Tükürük akım hızı >0.1 ml/dk (n=46) | p |
|------------------------------|---|---|-------|
| Parotis (sağ)-homojenite | 1.7±0.7 | 1.02±0.7 | 0.001 |
| Parotis (sağ)-hipoekoik alan | 1.3±1.1 | 0.4±0.7 | 0.001 |
| Parotis (sol)-homojenite | 1.6±0.9 | 1.1±0.7 | 0.007 |
| Parotis (sol)-hipoekoik alan | 1.2±0.9 | 0.5±0.8 | 0.001 |
| Hocevar-total | 24.6±9.1 | 15.4±8.7 | 0.001 |
| Milic-total | 7.4±2.2 | 4.8±2.4 | 0.000 |
| OHIP-14 | 27.4±20.4 | 8.04±13.9 | 0.000 |

Tablo 1 (SS-18): Grupların verileri.

| N (%) | Primer SS (60) | Sekonder SS (42) | Sağlıklı kontrol (52) | p |
|---------------------------|----------------|------------------|-----------------------|-------|
| Yaş | 52±11 | 54±11 | 46±9 | 0.001 |
| Menopoz durumu | 37 (62) | 33 (79) | 17 (32) | 0.000 |
| Menopoz yaşı | 47±5 | 48±4 | 45±4 | 0.722 |
| Hormon replasman tedavisi | 8 (13) | 3 (7) | 3 (6) | 0.334 |
| Cinsel aktivite | 46 (77) | 25 (60) | 43 (83) | 0.033 |
| Vajinal kuruluk | 38 (63) | 18 (43) | 11 (21) | 0.000 |
| Vulvar kuruluk | 26 (43) | 17 (41) | 8 (15) | 0.004 |
| Disparoni | 34 (57) | 14 (33) | 16 (31) | 0.010 |
| Spontan genital ağrı | 17 (28) | 5 (12) | 5 (10) | 0.019 |
| Azalmış cinsel istek | 44 (73) | 34 (81) | 26 (50) | 0.003 |
| SF-36 mental Index | 43.5±10 | 45±12 | 47±9 | 0.237 |
| SF-36 fiziksel index | 43±11 | 43±10 | 45±9 | 0.537 |
| HAD-anksiyete | 7±4 | 7±5 | 7±4 | 0.879 |
| HAD-depresyon | 5±4 | 5±5 | 5±4 | 0.824 |

Bulgular: Hastaların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1 SS-17'de özetlendi. Stimüle olmayan TAH ortalama 0.9±0.8 ml/dk saptandı. Kserostomi (TAH ≤0.1 ml/dk) %31.3 (n=21) hastada görüldü. Hocevar, Milic ve OHIP-14 skorları kserostomik hastalarda daha yüksek olarak saptandı. Parotis homojenite ve hipoekoik alan skorlarının kserostomisi olanlarda daha yüksek olduğu görüldü (p<0.05) (Tablo 2 SS-17).

Sonuç: Stimüle olmayan TAH, primer SjS hastalarında parotislerdeki yapısal destruksiyon ile ilişkili bulundu. Azalmış tükürük salgısı nedeni ile ağız sağlığı ile ilişkili hayat kalitesinde bozulma olduğu görüldü. Klinik pratikte TB-US'nin, TAH ve ağız sağlığı ile ilgili, klinisyenler için ipucu sağlayabileceği düşünüldü.

Anahtar sözcükler: Sjögren sendromu, tükürük akım hızı, major tükürük bezi ultrasonografisi

SS-18

Sjögren sendromunda jinekolojik semptomlar ve cinsellik

Özlem Özdemir Işık, Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle

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

Amaç: Sjögren sendromu (SS) hastalarında vajinal kuruluk ve disparoni gibi semptomlar görülmektedir. Bu çalışmada primer SS (pSS) ve sekonder SS (sSS) hastalarının jinekolojik semptomları ve hastalığın cinsellik üzerine etkilerini sunmayı planladık.

Yöntem: 60 pSS, 42 sSS, 52 sağlıklı kontrol (SK) ile görüşüldü. 154 hastaya cinsellik ile ilgili sorular soruldu, SF-36, HAD ölçeği, pSS ve sSS hastalarına ayrıca HAQ ve Modifiye Hiil anketi uygulandı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalamaları pSS'da 52±11, sSS'da 54±11, SK'de 46±9 yıl idi. pSS ve sSS gruplarında yaş açısından anlamlı fark olmamakla birlikte SK grubunda yaş ortalaması düşüktü. SF-36 mental indeks skoru, SF-36 fiziksel indeks skoru, HAD-Anksiyete skoru ve HAD-Depresyon skoru açısından 3 grup arasında anlamlı fark yoktu. PSS'da hastaların %62'si,

sSS'da %79, SK grubunda %33 hasta menopozda idi. Vajinal ve vulvar kuruluk SS'da, özellikle pSS kolunda, kontrol grubuna göre anlamlı oranda yüksekti. Gruplar arasında cinsel aktif olan kadın oranı sSS grubunda düşüktü. Spontan genital ağrı ve disparoni özellikle pSS'da yüksek oranda olup istatistiksel anlamlılık saptandı. SS gruplarında azalmış cinsel istek daha anlamlı oranda yüksekti (Tablo 1 SS-18). HAQ skoru pSS grubunda sSS grubuna göre anlamlı oranda düşüktü. Disparoni, dizüri, vajinal kuruluk ve yorgunluk pSS'de anlamlı oranda yüksekti (Tablo 2 SS-18). Vulvar, vajinal kuruluk, disparoni, azalmış seksual istek, kas, eklem ağrısı ve yorgunluğun cinselliğe etkisi bakımından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı. PSS grubunda anlamlı oranda, hastalığın cinselliğe olumsuz etki ettiği görüldü. Her iki grupta cinsellikten zevk alma, cinsel anlamda yaşadıkları sorunların eşleriyle aralarında problem oluşturup oluşturmadığı sorulduğunda iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı. Her iki grupta hastaların %97'si daha önce cinsellik ile ilgili yakınmalarının sorgulanmadığını belirtti. PSS hastalarının %80'i, sSS hastalarının %88'i cinsellikle ilgili sorunlarını hiçkimseye konuşmadıklarını belirtti.

Tablo 2 (SS-18): Primer ve sekonder Sjögren hastalarının kısa anket sonuçları.

| N (%) | Primer SS | Sekonder SS | p |
|--------------------------------|-----------|-------------|-------|
| Vajinal kuruluk | 38 (63) | 18 (43) | 0.041 |
| Vulvar kuruluk | 26 (43) | 17 (41) | 0.774 |
| Disparoni | 34 (57) | 14 (33) | 0.020 |
| Spontan genital ağrı | 17 (28) | 5 (12) | 0.047 |
| Dizüri | 13 (22) | 2 (4.8) | 0.018 |
| Azalmış cinsel istek | 44 (73) | 34 (81) | 0.372 |
| En az bir jinekolojik semptom | 49 (82) | 34 (81) | 0.927 |
| Eklem ağrısı | 33 (55) | 23 (55) | 0.981 |
| Kas ağrısı | 38 (63) | 23 (55) | 0.072 |
| Yorgunluk | 48 (80) | 26 (62) | 0.055 |
| En az bir kas iskelet semptomu | 47 (78) | 27 (64) | 0.118 |
| HAQ | 0.19±0.33 | 0.45±0.82 | 0.013 |

Sonuç: Sjögren sendromunda hastaların yaş itibarıyla menopoz evresinde olmalarının da semptomlara katkısı vardır. Poliklinik

koşullarında bu konularla ilgili hastalara yeterli zaman ayrılmamakta ve hastalar sorgulanmamaktadır. Bu nedenle biraz daha fazla zaman ayırarak hastalarımıza hastalıkları dolayısıyla oluşabilecek jinekolojik bulguları açısından ve tedavi yöntemleri açısından bilgi verilmiş ve farkındalık yaratılmıştır

Anahtar sözcükler: Sjögren sendromu, jinekolojik semptomlar

SS-19

Vasküler Behçet hastalarında post-trombotik sendromun ciddiyeti ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi:

Çok merkezli retrospektif çalışma

Aysun Aksoy¹, Seda Çolak², Burcu Yağız³, Belkis Nihan Coşkun³, Ahmet Omma², Naile Bolca⁴, Rabia Ergelen⁵, Rafi Haner Direskeneli¹, Fatma Alibaz Öner¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; ²Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul; ³Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa; ⁴Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Bursa; ⁵Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Vasküler tutulum, Behçet hastalarının (BH) yaklaşık üçte birinde görülmektedir, vakaların %80'inde alt ekstremitelerde venöz trombozu (DVT) şeklindedir. Post-trombotik sendrom (PTS) DVT sonrası gelişebilen majör komplikasyonlardan biridir. Bu çalışmada DVT öyküsü olan vasküler BH (VBH)'lerinde PTS varlığının, ciddiyetinin, risk faktörlerinin ve yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Çalışmaya Türkiye'deki 3 romatoloji kliniğinde tabii DVT öyküsü olan 96 Behçet hastası (K/E:18/78, ortalama yaş: 38.8±8.74) alındı. PTS varlığının saptanması için Villalta ölçeği kullanıldı. Bu ölçeğe göre; skor >4 ise PTS var; 5-9, 10-14, >14 sırasıyla hafif, orta ve ciddiPTS olarak değerlendirildi. Ciddi PTS'yi değerlendirmek için yapılan diğer skorlama CEAP (klinik, etiyolojik, anatomik, patofizyolojik) oldu, bu skorlamaya göre 4 ve üzerindeki skorlar ciddi PTS ile ilişkiliydi. Venöz Disabilite Skoru (VDS) ve Venöz Klinik Ciddiyet Skoru (VKCS) venöz hastalık şiddet değerlendirilmesinde kullanıldı. Bütün hastalara klinik değerlendirilmelerinden sonraki 1 hafta içerisinde deneyimli radyolog tarafından her iki alt ekstremitede Doppler ultrasonografi (US) yapıldı.

Bulgular: Vasküler tutulum sırasında hastaların ortalama yaş 32.7±8.65 idi. Venöz değerlendirme ilk vasküler tutulumdan ortanca 6 (0-34) yıl sonra yapıldı. Değerlendirme sırasında ortanca hastalık süresi 9 (0-34) yıl idi. 80 (%84.2) hasta immunsupresif (IS) ve 13 hasta IS'lere ek olarak antikoagülan (AK) tedavi almaktaydı. 93 hastanın 57'sinde (%61.3) PTS mevcuttu ve 19 (%19.8)'unda da ciddi PTS vardı. PTS varlığı ile cinsiyet, yaş, antikoagülan kullanımı ve relaps varlığı arasında ilişki saptanmadı. CEAP skorlamasına göre 32 (%36) hastada ciddi PTS saptandı. DopplerUS incelemesinde 10 hastada normal bulgular saptandı, ancak bu hastaların yarısında klinik olarak PTS mevcuttu. Bilateral tutulum 31 (%31.4), üst-alt bacak ven tutulumu 40 (%47.6) hastada mevcuttu. PTS varlığı ile doppler US bulguları arasında (bilateral, üst-alt bacak tutulumu, reflü tromboz varlığı) ilişki saptanmadı.

Sonuç: Çalışmamızda değerlendirilen VBH'larının yarısından fazlasında PTS varlığı saptandı. Bu hastaların da üçte birinde

Tablo (SS-19): Behçet hastalarının klinik ve venöz değerlendirme özellikleri.

| Vilalta Skoru değerlendirmesine göre | Post-trombotik sendrom | | p değeri |
|--------------------------------------|------------------------|-------------|----------|
| | Yok | Var | |
| BSAS değeri (n=93) | 10 (0-47) | 20 (1-69) | .002 |
| Ayakta kalma süresi (saat) | 8.09±3.9 | 8.24±3.9 | .856 |
| VKSS skoru (n=85) | 2.27±1.64 | 6.54±4.09 | .000 |
| VDS | 0 | 18 (%50) | .003 |
| | 1 | 15(%41.7) | |
| | 2 | 3 (%8.3) | |
| Veines QoL toplam skoru (n=93) | 97.19±17.8 | 77.75±17.3 | .000 |
| Veines QoL semptom skoru | 44.3±9.9 | 35.2±9.1 | .000 |
| CEAP | 1.53±1.34 | 2.94±1.83 | .000 |
| DVT sayısı | 1 | 24(%40) | .888 |
| | 2 ve üzeri | 12 (%36.7) | |
| Tedavi | IS | 13 (%39.4) | .817 |
| | IS+AK | 17 (%36.2) | |
| Tedavi süresi (ay) | IS | 37.5(0-200) | .810 |
| | AK | 1.5(0-60) | .813 |
| Tromboz süresi (yıl) | <5 | 15 (%40.5) | .827 |
| | >5 | 20 (%36.4) | |
| Varis çorabı kullanımı | Hayır | 18 (%42.5) | |
| | Evet | 12 (%24.5) | |

BSAS: Behçet sendrom aktivite skoru; PTS: Post-trombotik sendrom; Veines QoL/Symp: Venöz yetersizlik epidemiyolojik ve ekonomik çalışma yaşam kalite ve semptom skoru; VKSS: Venöz klinik ciddiyet skoru; VDS: Venöz disabilite skoru; DVT: Derin venöz trombozu; IS: Immunsupresif; AK: Antikoagülasyon.

ciddi PTS mevcuttu. Ancak çalışmamızda PTS gelişimini predikte eden bir faktör saptanmadı. VBH'larının takibinde PTS, hastanın yaşam kalitesini etkileyen önemli bir problemdir ve standart klinik izlemde PTS değerlendirmesi de vasküler relaps sıklığı yanında dikkate alınmalıdır.

Anahtar sözcükler: Behçet hastalığı, vasküler, derin ven trombozu, post trombotik sendrom

SS-20

Behçet sendromu üveitinde hasar progresyonu ile ilişkili faktörler

Yılmaz Özyazgan¹, Didar Uçar¹, Mustafa Erdoğan², Yeşim Özgüler², Gülen Hatemi², Sebahattin Yurdakul², Vedat Hamuryudan², İzzet Fresko², Melike Melikoğlu², Emire Seyahi², Serdal Uğurlu², Hasan Yazıcı²

¹Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul; ²Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Behçet sendromunda (BS) üveit, tekrarlayan inflamatuvar ataklar ile seyreden ve tedaviye rağmen üvea, retina ve optik sinirde hasarla sonuçlanan bir hastalıktır. Sık ataklar ve posterior segment tutulumu kötü prognoz olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmanın amacı uzun dönem ve düzenli takibi yapılmış olan hastalarda daha detaylı, standardize tarama yöntemi ile hasarı predikte eden faktörleri tespit etmektir.

Yöntem: 1990–2008 yılları arasında Behçet polikliniğimizde takibe başlanan hastaların dosyaları tarandı. En az 10 yıldır düzenli olarak 4 ay arayla takibe gelen ve ilk vizitinde grade (GRD) 2'den fazla hasar gelişmemiş olan; son vizitinde farklı derecelerde (GRD 0–5 arası) hasarı olan 49 hasta çalışmaya dahil edildi. Hasar ciddiyeti, Behçet üvetii için geliştirilen valide edilmiş hasar derecelendirme skorlamasına (Özyazgan ve ark., hazırlanma aşamasında) göre derecelendirildi. Hasar progresyonu için aday faktörler, hasar skorunda ilerleme saptanan ve saptanmayan hastalar arasında kıyaslandı.

Bulgular: Kırkdokuz hastaya (E:K=35:14, ort. ilk vizit yaşı 27±8, ort. takip süresi 20.9±5.5 yıl, ort. vizit sayısı 76.5±35.2) ait 98 göz değerlendirildi. Ort. görme keskinlik skoru, ilk vizitte 0.02±0.08; son vizitte 0.47±0.52 saptandı. Ort. atak sayısı 13.2±9.4 idi. Bazal hasar skorları; 79 gözde GRD 0, 16 gözde GRD 1 ve 3 gözde GRD 3 olarak tespit edildi. Son vizit hasar skorları; 15 gözde GRD 0, 21 gözde GRD 1, 32 gözde GRD 2, 12 gözde GRD 3, 10 hastada GRD 4 ve 8 hastada GRD 5 olarak saptandı. Son vizitte 81/98 gözde hasar progresyonu saptandı. İzole anterior üveit atakları hasar progresyonu ile ilişkili bulunmadı (2.5±2.9 vs 2.8±5.5, p=0.7). Hasar progresyonu olan gözlerde; atak sayısı (14.5±10.8 vs 23.3±12.3; p=0.008), posterior üveit atak sayısı (0.4±1.2 vs 6.5±4.9, p<0.001), panüveit atak sayısı (0.8±1.3 vs 6.6±5.0, p<0.001), retina muayenesine engel olan ciddi vitroz opaziteli atak sayısı (0 vs 3.2±3.8, p<0.001), arkuat alanda; retinal infiltrasyon (0.2±0.4 vs 1.4±1.9, p<0.001) ve retinal hemoraji (0.1±0.2 vs 0.7±1.4, p<0.001), hipopyonlu atak sayısı (0.2±1.0 vs 0.9±1.3, p=0.019) daha fazla saptandı.

Sonuç: Bu çalışma anterior üveit ataklarının BS'de progressif hasarla ilişkili olmadığını doğrulamıştır. Bunun yanında, poste-

rior ve panüveit atakları, ciddi vitroz opaziteye sebep olan ataklar, arkuat alandaki retinal infiltratlar ve hemorajiler ve hipopyonlu ataklar hasarın önemli prediktörleridir. Bu özelliklere sahip hastalar daha agresif tedavi edilmelidir.

Anahtar sözcükler: Behçet sendromu, prognostik faktör, üveit

SS-21

Anevrizması olan Behçet hastalarının tedavisi, prognozu ve mortalitesi

Berkan Armağan¹, Ertuğrul Çağrı Bölek¹, Alper Sarı¹, Gözde Kübra Yardımcı¹, Bayram Farisoğulları¹, Emre Bilgin¹, Abdülşamet Erden¹, Levent Kılıç¹, Gonca Eldem¹, Ömer Karadağ¹, Bora Peynircioğlu¹, Barbaros Erhan Çil¹, Metin Demircin¹, Ali Akdoğan¹, Şule Apraş Bilgen¹, İhsan Ertenli¹, Sedat Kiraz¹, Umur Kalyoncu¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara; ³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Anevrizma gelişimi, Behçet hastalarında (BH) artmış morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Bu çalışmada, anevrizması olan BH tedavi yaklaşımları ve yanıtlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: BH ve anevrizması olan 23 hastanın verisi 2013 yılında yayınlanmıştır. 2013'den Haziran 2018'e kadar anevrizması olan BH'ları prospektif olarak kaydedilmektedir. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, anevrizma öncesi ve sonrası tedavileri, uygulanan vasküler işlemler (girişimsel radyoloji, cerrahi) kaydedilmiştir. Hastaların vasküler tutulumları, tedavi sonrası takipte radyolojik ve klinik olarak 3 gruba ayrılmıştır; regresyon, stabilizasyon, progresyon. Girişim yapılan anevrizmadaki progresyon ise "nüks" olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Anevrizması olan 39 BH ortalama yaşı ve tanı yaşı ile ortalama takip süresi sırasıyla 41.3±11.5 ve 29.7±7.7 yıl ile 71.8 (2–186) aydır. BH klinik özelliklerden oral aft %100, genital ülser %80.6, akneiform lezyon %47.2, eritema nodozum %33.3, paterji pozitifliği %34.5, artrit %27.8, ateş %24.3, üveit %30.6, nörolojik tutulum %5.1, gastrointestinal tutulum %7.7 hastada görülmüştür. Arteriyel anevrizmaların %5.1'i subklavian, %5.1'i koroner/kardiak, %38.8'i pulmoner, %10.3 torakal aorta, %33.3'ü abdominal aorta, %5.1'i renal, %25.6 iliak ve %12.8'i femoral bölgededir. İndüksiyon ve idame tedavileri Tablo 1 SS-21'de, anevrizma sonrası ilk tedavileri ve prognozları ise Tablo 2 SS-21'de gösterilmiştir. Hastaların 7'si (%17.9) acil olmak üzere 25'ine (%64.1) vasküler girişim yapılmıştır. Girişim yapılan 8 (%34.8) hastada nüks görülmüştür. Takipte 7 (%17.9) hastada exitus gelişmiştir (Şekil SS-21). Girişim yapılanlarda müdahalenin acil olup olmaması, akut faz değerinin başlangıçta yüksekliği (%61.9) ile progresyon arasında ilişki saptanmamıştır. Pulmoner arter tutulumu olanlarda %20.0 (2/10 hasta), aorta ve dallarında tutulum olanlarda %64.0 (16/25 hasta) progresyon olmuştur (p=0.038). Anevrizma saptandığı sırada medikal indüksiyon tedavisi verilmeyen 7 hastanın 5'inde progresyon, 1'inde regresyon izlenmiş ve 1'inin takibi yoktur.

Tablo 1 (SS-21): Behçet hastalarının anevrizma tedavi seçenekleri.

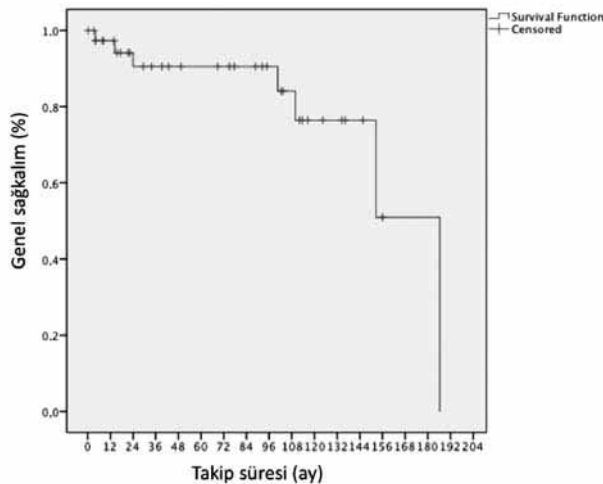
| | İndüksiyon tedavisi n=39 (%) | İdame tedavisi* n=39 (%) |
|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| Medikal tedavisiz, n (%) | 7 [†] (17.9) | 3 (7.6) |
| Kolşisin, n (%) | 32 (82) | 15 (38.4) |
| Orta-yüksek doz steroid, n (%) | 31 (79.4) | 11 (28.2) |
| Siklofosfamid, n (%) | 18 (46.1) | 9 (23) |
| İnterferon, alfa, n (%) | 21 (53.8) | 18 (46.1) |
| Azatiopürin, n (%) | 5 (12.8) | 11 (28.2) |
| Anti-TNF, n (%) | 1 (2.5) | 5 (12.8) |
| Anti-koagülan n (%) | 12 [‡] (30.7) | 7 (17.9) |
| Girişimsel [§] , n (%) | 16 (41) | 4 (10.2) |
| Cerrahi [§] , n (%) | 9 (23) | 5 (12.8) |

*İdamede tedavide bazı hastalar birden fazla çeşit immünsüpresif tedavi almıştır. [†]Bu hastalara cerrahi müdahale yapıldıktan sonra romatoloji bölümünce takip edilmiştir. [‡]Venöz tromboz nedeniyle zaten anti-koagülan kullanan hastalar. [§]İdamede işlem yapılan hastalar daha önce işlem yapılmış hastalar olup 1 hastaya 2 defa idame tedavisi olarak işlem yapılmıştır.

Tablo 2 (SS-21): Behçet hastalarının vasküler girişim ve indüksiyon tedavilerine göre yanıt değerlendirilmesi.*

| | Stabil/regresyon n=18 (%) | Progresyon n=18 (%) | p |
|---------------------|------------------------------|------------------------|-------|
| Vasküler girişim | | | 0.298 |
| Yapılanlar | 10 (55.5) | 13 (72.2) | |
| Yapılmayanlar | 8 (44.4) | 5 (27.7) | |
| İndüksiyon tedavisi | | | 0.315 |
| Cyc | 2 (11.1) | 1 (5.5) | |
| Cyc+IFN | 10 (55.5) | 5 (27.7) | |
| IFN | 3 (16.6) | 2 (11.1) | |
| Anti-TNF | 0 | 1 (5.5) | |
| Azatiopürin | 2 (11.1) | 3 (16.6) | |
| Tedavisiz | 1 (5.5) | 5 (27.7) | |
| Sadece steroid | 0 | 1 (5.5) | |

*3 hastanın takipte verisi bulunmamaktadır. Cyc: Siklofosfamid; IFN: İnterferon alfa.



Şekil (SS-21): Anevrizması olan Behçet hastalarında mortalite.

Sonuç: BH anevrizmasında indüksiyon ve idame tedavisinde siklofosfamid ve/veya interferon alfa en sık tercih edilen tedavilerdir. Yaklaşık 2/3'ünde girişimsel müdahale gerekmiştir. Aorta ve dallarında klinik ve radyolojik progresyon daha belirgindir. Medikal tedavi verilmeksizin girişimsel işlem yapılanlarda ise progresyon daha fazladır.

Anahtar sözcükler: Behçet hastalığı, arteriyel anevrizma, mortalite

SS-22

Behçet sendromunda bacak ülseri: 24 hastalık gözlemsel çalışma

Yeşim Özgüler¹, Zekayi Kutlubay², Atilla Süleyman Dikici³, Melike Melikoğlu¹, Mehmet Cem Mat², Hasan Yazıcı¹, Emire Seyahi¹

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; ²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul; ³İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Behçet sendromunda (BS) bacak ülserleri ile ilgili deneyim oldukça sınırlıdır. Esas olarak post-trombotik sendrom şeklinde görülebilen nispeten nadir bir komplikasyondur. Tedavisi zordur ve işsizliğe ve yaşam kalitesinde ciddi bozulmaya yol açar. Bu gözlemsel çalışmada, bacak ülseri olan hastaların klinik özelliklerini tanımlamayı amaçladık.

Yöntem: Mayıs 2016 ile Ocak 2018 arasında BS kliniğimizde görülen toplam 24 hasta (23E/1K) standart bir anket yardımıyla değerlendirildi. Venöz tutulumun lokalizasyonunu değerlendirmek için venöz DUS ve gerekirse abdominal BT kullanıldı. Gerek duyulduğunda biyopsi alındı. Tıbbi ve diğer girişimsel tedaviler dosya verilerinden elde edildi.

Bulgular: Hastalığın başlangıç yaşı ortalama 27.5±7.1 idi, ortalama takip süresi 7.8 (IQR: 2.9–14.2) yıl idi (Tablo SS-22). Bacak ülseri nedeniyle 11 hasta (%46) işsizdi. Alt ekstremitte ven trombozu 20 (%83) hastada mevcuttu. 4 hastada herhangi bir venöz tromboz veya yetersizlik yoktu. 3 hastada histopatolojik inceleme yapıldı ve 1'inde nekrotizan vaskülit, 2'sinde venöz staz izlendi. 24 hastada toplam 34 ülseri gözlemledik. Ülserler çoğunlukla medial malleol (15/34) ve tibianın ön yüzünde (14/34) idi. Beş olguda lateral malleol (2), popliteal fossa (1) ve tibianın posterior yüzeyi (2) gibi sıra dışı bölgelerde bacak ülseri vardı. Azatioprin, siklofosfamid, interferon, infliximab ve kortikosteroidleri gibi immünsüpresifler kullanıldı. Iloprost infüzyonları medyan 6 aylık süre için 13 (%54) hastaya verildi. Ek olarak, *Lucilia sericata* larvaları 9 hastada denendi. 2 hastada deri grefti uygulandı, sadece 1'i başarılı oldu. 17 ülserden 11'i (%46) ortalama 24 (IQR: 9–78) ayda iyileşti. Geriye kalan 13 (%54) 'ünde, tüm tedaviye rağmen ortalama 7 yıl boyunca (IQR: 5–11) ülserler iyileşmedi. Ülser iyileşen grupta iyileşmeyen gruba göre BS başlangıcındaki ortalama yaş anlamlı olarak daha gençti (24.4±5.4 vs. 30.4±7.3; p<0.05) ve hastalık başlangıcı ile ülser gelişimi arasındaki ortalama süre anlamlı olarak daha kısası idi [3 yıl (IQR: 1–4.5) vs 10 yıl (IQR: 4–14), p<0.05]. Ülser iyileşmesinde tedavi şekli ve venöz tutulum şiddeti ile belirgin bir ilişki yoktu.

Tablo (SS-22): Demografik ve klinik veriler.

| | |
|---|----------------|
| n (Erkek/Kadın) | 24 (23/1) |
| Hastalık başlangıcındaki ortalama yaş | 27.5±7.1) |
| Hastalık başlangıcı ile ülser gelişimi arasında geçen ortalama süre-yıl | 4.0 (2.5–11.5) |
| Ortanca takip süresi-yıl | 7.8 (2.9–14.2) |
| Bacak ülseri nedeni ile işsizlik (%) | 11 (46) |
| Göz tutulumu, n (%) | 7 (29) |
| Büyük damar tutulumu (%) | 9 (38) |
| Dural sinus trombozu (%) | 3 (12.5) |
| Vena cava sup. trombozu (%) | 1 (4) |
| Pulmoner arter tutulumu (%) | 5 (21) |
| Diğer arteriyel tutulumlar (%) | 1 (4) |
| Vena cava inferior - iliak ven trombozu (%) | 8 (33) |
| Alt ekstremitte ven trombozu (%) | 20 (83) |
| Bilateral (%) | 15 (62.5) |
| Fimoral ven (%) | 20 (83) |
| Paplıtesi ven (%) | 14 (58) |
| Yüzeyel ven (%) | 7 (29) |
| Venöz tromboz veya yetersizliği olmayan hasta sayısı (%) | 4 (17) |
| Soliter ülseri olan hasta sayısı (%) | 12 (50) |
| Birden fazla ülseri olan hasta sayısı (%) | 12 (50) |
| Ülseri iyileşen hasta sayısı (%) | 11 (46) |
| Ülseri iyileşmeyen hasta sayısı (%) | 13 (54) |
| Anatomik lokalizasyon (total n=34) | |
| Medial malleolus (%) | 15 (44) |
| Tibia ön yüzü (%) | 14 (41) |
| Diğer (%) | 5 (5) |

Sonuç: Bacak ülseri esas olarak alt ekstremitelerde venöz hastalığa bağlı olarak gelişmektedir. Bacak ülseri işsizliğe yol açabilir ve tedaviye oldukça dirençli olabilir. BS seyri sırasında erken ortaya çıkan ülserler daha hızlı iyileşir ve tedaviye daha iyi cevap vermektedirler.

Anahtar sözcükler: Behçet sendromu, derin ven trombozu, bacak ülseri

SS-23

Behçet sendromunda alt ekstremitte derin ven trombozu tedavisinde interferon-alfa: Olgu serisi

Yeşim Özgüler¹, Gülen Hatemi¹, Fırat Çetinkaya², Koray Taşçılar³, Serdal Uğurlu¹, Emire Seyahi¹, Hasan Yazıcı¹, Melike Melikoğlu¹

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; ²Colormed Radyoloji Merkezi, İstanbul; ³Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Alt ekstremitte derin ven trombozu (AEDVT) Behçet sendromunun (BS) önemli bir komplikasyonudur ve nüks sık görülür. Tedavisinde azatiyoprin (AZA) ve kortikosteroid (CS) ilk tercih edilen ajanlardır. İnterferon- α (IFN), BS'nin göz tutulumunda oldukça etkili bir ajan iken vasküler tutulumdaki etkinliği ile ilgili veri oldukça sınırlıdır. Bu çalışmada IFN'nin AEDVT'deki etkinliğini ve güvenilirliğini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Mart 2010'dan bu yana ilk akut AEDVT atağı geçiren tüm BS hastaları merkezimizde standart bir protokolle prospektif olarak izlenmiştir. Akut AEDVT, ilk tanıda Doppler US (DUS) ile doğrulandı ve takipte ve nüks şüphesinde DUS değerlendirildi. Standart başlangıç tedavisi AZA ve CS'lerden oluşmaktaydı. IFN, bu rejime dirençli olan, tolere edemeyen veya birlikte göz tutulumu olan hastalarda kullanıldı. IFN'nin etkinliği indeks trombüsünün rekanalizasyon oranı ve nüks oranına göre değerlendirildi. İyi rekanalizasyon en az %50 oranında tanımlandı. IFN kullanımı sırasında istenmeyen olaylar kaydedildi.

Bulgular: AEDVT olan 33 hasta (26E/7K) ortalama 40.7±13.4 ay izlendi. Takipte 17 (%52) hastaya IFN başladı. IFN, 2 hastada eşlik eden üveit nedeniyle AEDVT'nin ilk atağında başladı. 7 hastada AZA altında AEDVT nüksü nedeniyle IFN'a geçildi. Diğer 9 hastada AZA'dan IFN'ye geçiş nedenleri yan etki (2), yüzeyel tromboflebit nüksü (4), post-trombotik sendrom nedeni ile bacak ülseri gelişimi (2) ve göz tutulumu (1). IFN (ort. 29±20 ay) ile tedavi edilen 3/17 hastada IFN başlamadan iyi rekanalizasyon gelişmişti. Kalan 13/14 hastada (%93) IFN ile iyi rekanalizasyon sağlandı. 2 hastada (%12) IFN altında relaps gelişti. AZA ile tedavi edilen 29 hastanın ise (ort. 20±16 ay), sadece 13'ü (%45) iyi rekanalizasyona sahipti. 13 (%45) hastada AZA tedavisinde relaps gelişti ve bu hastaların 9'unda (%69) kötü rekanalizasyon vardı. IFN kesilmesine neden olan tek yan etki 1 hastada gelişen tiroidit idi.

Sonuç: AZA tedavisine rağmen BS'deki AEDVT için relaps oranı yüksektir. IFN, AEDVT nükslerini önlemek ve nüksün önemli bir belirleyicisi olan iyi rekanalizasyonu sağlamak için ümit verici bir ajan gibi görünmektedir. Az sayıdaki hasta ve paralel kontrol grubunun olmaması bu prospektif çalışmanın kısıtlılıklarıdır.

Anahtar sözcükler: Behçet sendromu, derin ven trombozu, interferon-alfa, azatiyoprin

SS-24

Behçet sendromuna bağlı venöz tutulumda endovasküler girişimler

Elif Dinçses, Sinem Nihal Esatoğlu, Melike Melikoğlu, İzzet Fresko, Emire Seyahi

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

Amaç: Behçet sendromuna (BS) bağlı venöz tutulumuna yönelik girişimsel yöntemler uygulanan hastalarımızı sunduk ve literatür derlemesi yaptık. Olguların sunumu ve PUBMED'de sistematik literatür taraması yapıldı.

Olgu: Olgu 1: 37 yaşında BS tanılı ve takipsiz erkek hastada VCI'dan sol popliteal vene uzanan tromboz saptanarak; trombektomi ve trombolitik, iliak ven stenti ve SFA-CFV arası greft uygulanmış. Antikoagülan (AK) altında retromboz gelişmiş ve işlemler tekrarlanmış. Azatiyoprin (AZA), steroid ve antibiyoterapi başlanmasına rağmen 4. ayında girişim yerinde akıntı ile başvurdu. İliak venler tromboze, vasküler yapıların etrafında abse saptandı. Olgu 2: 25 yaşında erkek hastaya sağ femoral ven trombozu nedeniyle trombektomi ve balon anjiyoplasti uygulanarak AK başlanmış. İliak vene kadar trombozu olan hastaya BS

tanısı konarak IFN başlandı. Olgu 3: 30 yaşında BS tanılı erkek hastaya sol iliak, femoral, popliteal venlerde tromboz saptanarak trombektomi ve trombolitik uygulanmış. İşlemin 1. ayında AK altında ileal enfarkt gelişmiş, rezeksiyon yapılarak AZA başlanmış. Görüntüleme parsiyel rekanalizasyon saptandı. Olgu 4: 36 yaşında erkek hastada sol iliak, femoral, politeal, krural venlerde tromboz saptanarak BS tanısı almış; trombektomi ve VCI filtresi uygulanmış; AZA, steroid ve AK başlanmış. 5 ay sonra başvurdu, parsiyel rekanalizasyon mevcuttu. İnflksimab başlandı, 1. yılda yapılan kontrol görüntüleme tam rekanalizasyon görüldü. Olgu 5: 41 yaşında BS tanılı kadın hastada sol femoral ve poplital ven trombozu nedeniyle trombektomi, trombolitik uygulanmış ve AK başlanmış. 3 ay sonra başvuran hastada parsiyel rekanalizasyon saptandı. Literatürde 301 yayından seçilen 15 yayında toplam 30 vaka bildirilmiştir ve Tablo SS-24'de sunulmuştur.

Sonuç: Alt ekstremitte tutulumu olan toplam 18 hastanın 2'sinde ilk girişim başarısızdır. 1 hastada işlem sonrası ileal enfarkt; 10 hastada reoklüzyon olmuş; 6 hastaya tekrar müdahale edilip bunların 3'ünde akım sağlanabilmiştir. 2 hastada parsiyel rekanalizasyon görülmüştür. Budd Chiari sendromu olan 8 hastanın birinde girişimler sonrası oklüzyon ve başka bir hastada ileus sonucu ölüm bildirilmiştir. Üst ekstremitte/SVC trombozu olan 9 hastanın 4'ünde reoklüzyon olmuştur. Toplam 35 olgunun 19'unda (54%) endovasküler girişim sonrasında stenoz veya enfeksiyon ortaya çıkmıştır. Bu veriler, BS'de vasküler girişimlerin oldukça başarısız ve aynı zamanda enfeksiyon açısından riskli olduğunu göstermektedir.

Anahtar sözcükler: Behçet, girişim, trombektomi, tromboz, venöz

Tablo 1 (SS-24): Literatürdeki olguların klinik özellikleri.

| Yazar, yıl | Cinsiyet, yaş | Tutulmuş damar | Girişim | Takip süresi | Son durum |
|--------------------|---------------|---|---|--------------|---|
| Thorell, 2015 | K, 52 | Subklavyen venler, sol brakiosefalik ven | SVC stent | 12 ay | Stent patent |
| Seinturier, 2014 | K, 30 | Sağ femoral, kommon iliak ven | Fibrinoliz, trombektomi, tromboliz. 1 yıl sonra balon dilatasyon, stent | 30 ay | Asemptomatik |
| Li, 2014 | 2 hasta** VY | Alt ekstremitte DVT* | IVC filtresi | 12 ay | Emboli 3. ayda rekanalize, Nüks yok |
| Li, 2014 | 2 hasta* VY | IVC, HV (BCS) | IVC trombektomi, HV balon anjiyoplasti | 24 ay | Rekanalize |
| Geng, 2013 | E, 40 | Bilateral alt ekstremitte DVT*, PAA | IVC filtresi | 9 ay | Nüks yok |
| Celik, 2013 | K, 32 xxx | SVC, bilateral jugular, brakiosefalik ven, SVCS | Lokal trombolitik | 24 ay | Asemptomatik |
| Jeong, 2013 | K, 25 | IVC, bilateral iliak venler | IVC trombektomi, balon anjiyoplasti | 1 ay | Nüks yok |
| Yu, 2012 | E, 36 | SVC (tromboz yokmuş) | SVC balon anjiyoplasti. 1 hafta sonra SVC stent. 2 ay sonra stent trombozu ekzizyon ve bypass | 12 ay | Nüks yok |
| Tekbas, 2012 | 5 E hasta+ VY | Kronik iliofemoral (2 hastada IVC tutulumu eşlik ediyor) | 3 hastada PTA ve stent. 1 ay içinde oklüzyon, PTA, lokal trombolitik; diğer 2 hastada başarısız girişim | VY | Oklüde |
| Tekbas, 2012 | 2 E hasta+ VY | Kronik bilateral subklavyen, brakiosefalik, internal juguler, SVC | PTA ve stent; 1. hafta ve 8. ayda oklüzyon tekrar PTA | 48 ve 36 ay | Stentler patent |
| Tekbas, 2012 | E, VY | Kronik Subklavyen | PTA | 12 ay | Ven patent |
| Tekbas, 2012 | 2E hasta+ VY | Kronik HV IVC stenozu (BCS), Iliofemoral | IVC stent, iliofemoral PTA | VY | Stent patent |
| Vanderghenst, 2008 | E, 38 | SVC (tromboz yokmuş), SVCS | SVC anjiyoplasti | 36 ay | Asemptomatik |
| Han, 2004 | E, 45 | HV IVC (BCS) | IVC balon anjiyoplasti, stent | VY | Stent patent |
| Kuniyoshi, 2002 | K, 24 | IVC (BCS) | 3 kere PTA başarısız, 11 ay sonra cerrahi rezeksiyon, trombektomi, IVC greft | 5 yıl | HV IVC re oklüde, rezeksiyon, HV sağ atriyum greft bypass |
| Kuniyoshi, 2002 | K, 58 | IVC (BCS) | 6 ay sonra rezeksiyon, trombektomi | 5 ay | Ileus, multiorgan yetmezlik exitus |
| Uthman, 2001 | E, 27 | Sağ subklavyen | Lokal trombolitik, balon anjiyoplasti. 1 ay sonra oklüzyon tekrar balon dilatasyon, stent | 6 ay | Nüks yok |
| Radke, 2001 | K, 29 | Sağ iliofemoral, IVC, sağ renal ven | IVC filtre, 8. gün persistan oklüzyon; filtre çıkarılmıştır | 12 ay | Asemptomatik |
| Sağdıç, 1996 | 2 hasta+ VY | Iliofemoral* | 1 hastada IVC filtre; diğer hastada Palma op, Greft, AV fistül | 28 ve 31 ay | 1 hastada emboli yok; diğeri 5. ayda re oklüde |
| Sağdıç, 1996 | VY | SVC | Sağ innominat ven ve sağ atriyum arası greft, bypass | 24 ay | 6. aya kadar patent, takipte kollateraller |
| Bismuth, 1990 | E, 21 | HV, IVC, BCS, intrakardiyak tromboz* | Mesoatrial şant greft | 4 ay | Greft Patent |

*Pulmoner emboli eşlik etmektedir. *Birden çok hasta genel özellikleri ile bildirilmiştir. VY: Verisi yok, IVC: Inferior vena kava, SFA: Superfisiyel femoral arter, CFV: Ana femoral ven, SVC: Superior vena kava, DVT: Derin ven trombozu, BCS: Budd-chiari sendromu, PAA: Pulmoner arter anevrizması, HV: Hepatik ven, PTA: Perkütan translüminal anjiyoplasti, AV: Arteriovenöz.

SS-25

Geç başlangıçlı Behçet hastalarının klinik özellikleri

Gül Güzellant Özköse¹, Yılmaz Özyazgan², Cem Mat³, Vedat Hamuryudan¹, Hasan Yazıcı¹, Emire Seyahi¹

¹*Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul;* ²*Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul;* ³*Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

Amaç: Behçet sendromunun (BS) klasik başlangıcı 3. dekattadır. 40 yaşından sonra Uluslararası Çalışma Grubu (ISG) kriterlerini doldurma oldukça nadirdir ve bu konudaki bilgimiz sınırlıdır. Geç başlangıcın tanımı belirsiz olsa da, çoğunlukla oftalmoloji veya dermatoloji kliniklerinden yayınlanmış birkaç olgu serisi (2–4) klasik başlangıçlı hastalara göre geç başlangıçlı hastaların daha az ciddi veya benzer olduğunu göstermiştir. Bu retrospektif çalışmanın amacı, geç başlangıçlı BS hastaların klinik özelliklerini değerlendirmek ve bunları bir grup klasik başlangıçlı BS hasta ile karşılaştırmaktır.

Yöntem: Ocak 2000–Aralık 2010 tarihleri arasında polikliniğimize kaydedilen 3335 BS hastası retrospektif olarak incelendi. 40 yaşından sonra ISG kriterlerini karşılayanlar (≥40) geç başlangıç olarak, 30 yaşından önce kriterleri dolduranlar ise klasik başlangıç olarak kabul edildi. Her geç başlangıçlı hasta için, 2 ardışık kayıtlı erken başlangıç hastası kontrol grubu olarak seçildi. Sadece ilk klinik bulgular kaydedildi. Her bir hasta için klinik aktivite indeksi (1) modifiye edilerek hesaplandı.

Tablo 1 (SS-25): Geç yaş ve klasik yaş başlangıçlı erkek Behçet hastalarının klinik özellikleri.

| | Geç başlangıçlı erkek hastalar (n=70) | Klasik başlangıçlı erkek hastalar (n=163) | p |
|--|---------------------------------------|---|--------|
| ISG kriter doldurma yaşı, yıl | 47.0±6.0 | 24.2±4.5 | |
| Oral aft, n (%) | 69 (99) | 163 (100) | - |
| Genital ülser, n (%) | 60 (86) | 137 (84) | 0.845 |
| Papülopüstüler lezyonlar, n (%) | 49 (70) | 133 (82) | 0.050 |
| Nodüler lezyonlar, n (%) | 15 (21) | 76 (47) | 0.0001 |
| Vasküler tutulum, n (%) | 13 (19) | 27 (17) | 0.710 |
| Göz tutulumu, n (%) | 24 (34) | 88 (54) | 0.006 |
| Sadece vh (+), n (%)* | 2 (8) | 25 (28) | 0.058 |
| Tek veya her 2 gözde <0.1 görme keskinliği, n (%)* | 8 (33) | 27 (33) | 0.941 |
| Artrit, n (%) | 10 (14) | 45 (28) | 0.028 |
| Paterji pozitifliği, n (%) | 39 (56) | 94 (58) | 0.876 |
| MSS tutulumu, n (%) | 3 | 3 | - |
| GIS tutulumu, n (%) | 1 | 1 | - |
| Aktivite skoru, ort±SD | 3.95±2.14 | 4.16±1.89 | 0.474 |

*Göz tutulumu olan hastalar arasından hesaplandı.

Bulgular: Tüm kohortta %4'lük prevalans ile geç başlangıçlı BS olan 134 (70 E / 64 K) hasta vardı. Elli dört hastada başlangıç yaşı 40–44 arasında, 47 hastada 45–49 arasında ve kalan 32 hastada da 50 ve üzeri idi. Kontrol olarak 268 (163 E / 105 K) klasik başlangıçlı hasta seçildi. Grupların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1 ve 2 SS-25'de tanımlanmıştır. Deri bulguları, artrit ve

göz tutulum sıklığı ile birlikte ortalama klinik aktivite skorları, klasik başlangıçlı erkek grubunda geç başlangıçlı erkek grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. İlginç bir şekilde, pozitif paterji testi, vasküler tutulum ve şiddetli göz tutulumu olanların sıklığı, klasik ve geç başlangıçlı erkek hastalar arasında farklı görünmemektedir. Öte yandan, klinik özellikler ve toplam aktivite skorları, kadınlarda klasik ve geç başlangıçlı gruplar arasında benzer saptanmıştır. Temel limitasyon, verilerin yalnızca hasta dosyalarına dayanması ve takip verilerinin mevcut olmamasıdır.

Tablo 2 (SS-25): Geç yaş ve klasik yaş başlangıçlı kadın Behçet hastalarının klinik özellikleri.

| | Geç başlangıçlı kadın hastalar (n=64) | Klasik başlangıçlı kadın hastalar (n=105) | p |
|--|---------------------------------------|---|-------|
| ISG kriter doldurma yaşı, yıl | 46.6±5.7 | 23.1±4.4 | |
| Oral aft, n (%) | 64 (100) | 105 (100) | - |
| Genital ülser, n (%) | 51 (80) | 90 (86) | 0.307 |
| Papülopüstüler lezyonlar, n (%) | 39 (61) | 71 (68) | 0.377 |
| Nodüler lezyonlar, n (%) | 29 (45) | 60 (57) | 0.135 |
| Vasküler tutulum, n (%) | 2 | 0 | 0.142 |
| Göz tutulumu, n (%) | 26 (41) | 41 (39) | 0.839 |
| Sadece vh (+), n (%)* | 7 (27) | 14 (34) | 0.535 |
| Tek veya her 2 gözde <0.1 görme keskinliği, n (%)* | 4 (15) | 9 (23) | 0.538 |
| Artrit, n (%) | 13 (20) | 25 (24) | 0.597 |
| Paterji pozitifliği, n (%) | 34 (53) | 49 (47) | 0.346 |
| MSS tutulumu, n (%) | 2 | 2 | - |
| GIS tutulumu, n (%) | 0 | 1 | - |
| Aktivite skoru, ort ± SD | 3.59±1.32 | 3.30±1.47 | 0.202 |

*Göz tutulumu olan hastalar arasından hesaplandı.

Sonuç: Klasik başlangıçlı grup ile karşılaştırıldığında, erkekler geç başlangıçlı kohortta daha az oranda görüldü. Geç başlangıçlı erkek hastalarda cilt, eklem, göz tutulumu daha azdı ve klasik başlangıçlı grupla karşılaştırıldığında anlamlı olarak daha düşük aktivite skorlarına sahipti. Kadınlarda klasik ve geç başlangıç grup arasında fark yoktu.

Anahtar sözcükler: Behçet sendromu, ileri yaş

SS-26

Behçet sendromunda sekonder amiloidoz sıklığı azalma eğiliminde

Güzin Karatemiz, Sinem Nihal Esatoğlu, Yeşim Özgüler, Sebahattin Yurdakul, Melike Melikoğlu, İzzet Fresko, Vedat Hamuryudan, Emire Seyahi, Serdal Uğurlu, Huri Özdoğan, Hasan Yazıcı, Gülen Hatemi

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

Amaç: Behçet sendromunda (BS) ölümlerin önemli nedenlerin biri de AA amiloidozdur (AAA). Etkin tedavilerle beraber romatoid artrit ve infeksiyöz hastalıklara ikincil gelişen amiloidoz sıklığında azalma bildirilmiştir. Amiloidozlu BS'lilerin klinik özelliklerini, hastalık seyirlerini ve BS'lilerde yıllar içinde AAA sıklığındaki değişimi saptamayı amaçladık.

Yöntem: 1976'dan beri kliniğimizde takipli tüm hasta dosyaları tarandı. Demografik özellikler, BS bulguları, BS, AAA tanı yaşları, tedaviler, son durumları not edildi. Sonlanım noktalarını ölüm ve/veya son dönem böbrek hastalığı (SDBY) olarak belirledik. AAA sıklığını iki ayrı kohortta 1976–2000 (ilk kohort) 2000–2017 (2. kohort) hesapladık.

Bulgular: 9410 BS hastasının 27'sinde (%0.29) amiloidoz saptandı. 24 vaka ilk kohorttaki 3820 BS'lu hastadan, kalan 3 vaka 2. kohorttaki 5590 hasta arasındandı. AAA sıklığı 2. kohortta %0.62 den %0.054'e gerilemişti. E /K oranı 22/5 ve BS tanı yaşı ort. 29.5±7.4 idi. AAA'luların 22'sinde (%82) major organ tutulumu vardı (15'inde vasküler, 13'ünde göz, 2 sinde nörolojik). AAA tanısı BS tanısından ort. 9.8±6.7 yıl sonra (ort. AAA yaşı 39.3±9.3 yıl) 14 hastada renal, 13'ünde rektal biyopsi ile konmuştu. AAA tanısı sonra 24 hasta önceden almakta olduğu immünespresif ve/veya kolşisine devam etti. 2. kohorttaki 3 hastaya biyolojik başlandı (2 anti TNF, 1 tocilizumab). İlk kohorttaki 2/24 hasta tanı esnasında anti-TNF almaktaydı. Ort. 3 yıllık (IQR: 1–8.75) takipten sonra 14 hasta (%52) öldü, 3 hasta takipten çıktı, kalan 10 hasta ort. 16 yıl (IQR: 10–23) takibin sonunda yaşamaktaydı. Ölüm; 5'inde enfeksiyon, 5'inde SDBY ve diğerleri subaraknoid kanama, gastrik adenoca, karaciğer s (muhtemelen amiloidoz kaynaklı) ve iatrojenik barsak perforasyonu idi. Ölen 14 hastanın 10'unda (%71) önceden SDBY gelişmişti. 15 olguda (15/27) amiloidozdan ort. 3.5 yıl (IQR: 1.25–6.5) sonra SDBY gelişti. Renal transplant 5'ine yapıldı. 3, 4, 6 ve 12 yıl takip sonrasında 4 hasta halen yaşamaktaydı. Ex. hasta nakilden 11 yıl sonra subaraknoid kanamayla öldü.

Sonuç: Amiloidoz BS'nin nadir ama ölümcül bir komplikasyondur. Tanıdan ort. 3 yıl sonra hastaların ~%50'si ölmüştü. Çalışmada, inflamatuvar-enfeksiyöz nedenlere benzer şekilde BS'ye bağlı AAA sıklığında azalmayı gösterdik. 2. kohorttaki

AAA sıklığının daha az olması kohort takip süresinin kısa olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Anahtar sözcükler: Behçet, sekonder amiloidoz

SS-27

Behçet sendromunda ven duvar kalınlığı artmıştır

Migena Gjon¹, Emine Şebnem Durmaz², Serkan Akbaş², Atilla Süleyman Dikici², İsmail Mihmanlı², Hasan Yazıcı³, Emire Seyahi³

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul; ²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul; ³İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Behçet sendromunda (BS), alt ekstremitte venöz tromboz (AEVT) vasküler tutulumunun en sık karşımıza çıkan formudur. AEVT'nun görüntülenmesi esas olarak intraluminal trombüsü ultrasonografi (USG) ile tespit etmeye yöneliktir. Vasküler tutulum açısından yüksek riskli hastaları öngörmeye rutinde kullanılan bir biomarker bulunmamaktadır. Yapılan bir MR çalışmasında, BS'unda ven duvar skoru (ven duvar kalınlığı ve kontrast tutulumu) sağlıklılara göre daha yüksek bulunmuş. Bir diğer çalışmada, doppler USG kullanılarak ölçülen VDK'nın vasküler tutulumu olmayan BS hastalarında, ankilozan spondilit ve sağlıklı kontrollere karşılaştırıldığında daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu nedenle de ven duvar kalınlığının vasküler tutulumu öngörmeye kullanılabileceği düşünülmüştür. Biz çalışmamızda alt ekstremitte venöz tutulumu olan ve olmayan Behçet hastalarında ve sağlıklılarda B-mod doppler ultrasonografi (USG) aracılığıyla alt ekstremitte venlerin duvar kalınlıklarını ölçmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmamıza AEVT olan 47 BS hastası (40 E/7 K), AEVT olmayan 50 BS hastası (43 E/7K) ve yaş ve cinsiyet

Tablo (SS-27): Hastalık süresi ve VDK vasküler tutulumlu BS hastası.

| | Vasküler tutulumlu BS hasta (n=47; 40 E/ 7 K) | Vasküler tutulumu olmayan BS hasta (n=50; 43 E/ 7 K) | Sağlıklı kontroller (n=38; 31 E/ 7K) | P değeri |
|--------------------------------------|--|---|---|-------------|
| Yaş | 37.06±5.26 | 36.98±4.47 | 34.87±7.22 | 0.296 |
| Hastalık süresi | 10.96±6.45 | 9.68±5.89 | - | 0.310 |
| Ven duvar kalınlığı, ortalama±SD, mm | | | | |
| Sağ CFV 1. gözlemci | 0.91±0.67 | 0.69±0.15 | 0.57±0.11 | 0.001 |
| Sağ CFV 2. gözlemci | 0.93±0.76 | 0.70±0.18 | 0.58±0.09 | <0.001 |
| Sol CFV 1. gözlemci | 1.04±0.85 | 0.66±0.11 | 0.56±0.07 | <0.001 |
| Sol CFV 2. gözlemci | 1.09±0.83 | 0.69±0.16 | 0.57±0.07 | <0.001 |
| Sağ SFV 1. gözlemci | 0.79±0.38 | 0.60±0.11 | 0.51±0.9 | <0.001 |
| Sağ SFV 2. gözlemci | 0.80±0.42 | 0.62±0.13 | 0.52±0.07 | <0.001 |
| Sol SFV 1. gözlemci | 0.88±0.38 | 0.62±0.12 | 0.49±0.09 | <0.001 |
| Sol SFV 2. gözlemci | 0.90±0.40 | 0.63±0.13 | 0.51±0.07 | <0.001 |
| Sağ VSM 1. gözlemci | 0.60±0.22 | 0.52±0.11 | 0.43±0.07 | <0.001 |
| Sağ VSM 2. gözlemci | 0.64±0.25 | 0.53±0.13 | 0.46±0.08 | <0.001 |
| Sol VSM 1. gözlemci | 0.67±0.23 | 0.53±0.11 | 0.42±0.09 | <0.001 |
| Sol VSM 2. gözlemci | 0.65±0.27 | 0.53±0.11 | 0.43±0.07 | <0.001 |

uyumlu 38 sağlıklı kontrol (31 E/7K) dahil edildi. Bağımsız 2 radyolog hastalıklara kör olarak B mod USG aracılığıyla her iki bacakta ana femoral ven (CFV), yüzeysel femoral ven (SFV) ve vena safena magna (VSM) venlerinin duvar kalınlıkları ölçüldü.

Bulgular: Tablo SS-27’de görüldüğü gibi, hasta grupları ile sağlıklı grup yaş açısından, hasta grupları ise hastalık süresi açısından benzerdi. AEVT öyküsü olan hastaların ortalama ilk tromboz yaşları 26.4±5.8 yıl idi. İki gözlemci arasında çok iyi uyum vardı (kappa=0.9). Ölçülen her damarın ven duvar kalınlığı AEVT olan ve olmayan BS hastalarında sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. En yüksek VDK ise AEVT olan BS hastalarında saptandı.

Sonuç: Klinik ve radyolojik olarak vasküler tutulumu olmayan BS hastalarında, derin ve yüzeysel alt ekstremitte venlerinin venöz duvar kalınlığının artmış olduğunu saptadık. VDK’nın BS’de klinik vasküler tutulumunu öngörmede faydalı olup olmayacağı gözlem süresinin uzaması ile daha net anlaşılacaktır.

Anahtar sözcükler: Behçet sendromu, vasküler tutulum, ven duvar kalınlığı, ultrasonografi

SS-28

Erkek Behçet hastalarında artmış alt ekstremitte venöz duvar kalınlığı tanısal bir test olabilir mi?

Fatma Alibaz Öner¹, Rabia Ergelen², Aydan Mütüş¹, Zeynep Ertürk¹, Ruslan Asadov², Tülin Ergun³, Haner Direskeneli¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; ²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul; ³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

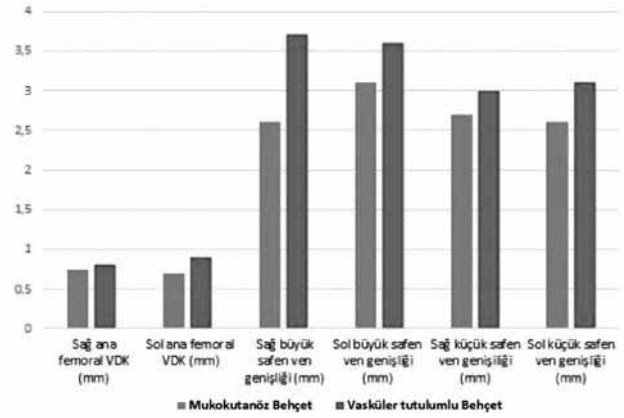
Amaç: Vasküler tutulum Behçet hastalığında (BH) %40’a varan oranda görülür ve özellikle erkek hastalarda önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Alt ekstremitte derin venlerinde inflamasyona bağlı tromboz vasküler tutulumun en sık görülen şeklidir. Yakın zamanda, venöz duvar kalınlığı ve dilatasyonunun ultrasonografi (US) ile değerlendirilmesinin venöz vasküler inflamasyon varlığını gösterebileceği bildirilmiştir. Bu çalışmada, vasküler tutulum açısından en riskli grup olan mukokutanöz tutulumlu erkek Behçet hastalarında alt ekstremitte venöz duvar kalınlıkları ve dilatasyonunun US ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Tablo (SS-28): Bilateral alt ekstremitte venöz duvar ölçümleri.

| | Behçet hastalığı (n=59) | Ankilozan spondilit (n=27) | Sağlıklı kontrol (n=28) | P değeri |
|---|-------------------------|----------------------------|-------------------------|----------|
| Yaş (yıl) | 32.5 (23-42) | 32 (20-37) | 31.5 (25-42) | 0.23 |
| Vücut Kitle İndeksi (kg/m ²) | 25.1 (18-33) | 25 (18-32) | 23.8 (20-29) | 0.213 |
| Sağ common femoral ven duvar kalınlığı (mm) | 0.8 (0.04-1.8) | 0.3 (0.1-0.6) | 0.3 (0.1-0.6) | <0.001 |
| Sol common femoral ven duvar kalınlığı (mm) | 0.8 (0.3-1.6) | 0.3 (0.1-0.5) | 0.2 (0.04-0.6) | <0.001 |
| Sağ büyük safen ven genişliği (mm) | 3.1 (0-6.4) | 2.5 (1.1-3.5) | 2.1 (1.3-3.5) | <0.001 |
| Sol büyük safen ven genişliği (mm) | 3.1 (0-7.4) | 2.6 (0.3-4.8) | 2.4 (1.6-3.6) | <0.001 |
| Sağ küçük safen ven genişliği (mm) | 2.8 (0-5.3) | 1.7 (1-3.1) | 1.4 (0.9-3.7) | <0.001 |
| Sol küçük safen ven genişliği (mm) | 2.7 (0-5.2) | 1.8 (1.1-3.4) | 1.6 (0.8-3.6) | <0.001 |

Yöntem: Çalışmaya Marmara Üniversitesi Romatoloji polikliniğinde BH tanısı ile takipli 29 erkek mukokutanöz BH, 30 vasküler tutulumlu erkek BH, yaş eşleştirilmiş 27 erkek ankilozan spondilit (AS) hastası ve 24 erkek sağlıklı kontrol alınmıştır. Bilateral alt ekstremitte venöz dopler US, olgulara kör ve deneysel bir radyolog (RE) tarafından yapılmıştır. Bilateral common femoral ven (CFV) duvar kalınlığı, bilateral büyük ve küçük safen ven dilatasyonu değerlendirilmiştir. Aktivite değerlendirilmesinde Behçet sendromu aktivite skoru (BSAS) kullanılmıştır. On olguda CFV duvar kalınlığı iki ayrı radyolog tarafından (RE, RA) “araştırmacı-arası (interobserver) güvenilirlik” değerlendirilmesi için aynı gün tekrarlanmış ve radyologlar arasında kuvvetli uyum saptanmıştır (r=0.765, p<0.001).

Bulgular: Behçet grubunda ortalama hastalık süresi 9.1±6.3 yıl, ortalama BSAS 24±17 idi. Tüm venöz duvar ölçümleri BH’da sağlıklı kontrollere ve AS’li hastalara kıyasla anlamlı derecede yüksekti (hepsi için p<0.001, Tablo SS-28). Mukokutanöz ve vasküler tutulumlu BH kıyaslandığında, vasküler tutulumlu BH’larında tüm ölçümler yüksek olmakla beraber, yalnız sol CFV kalınlığı ve sağ büyük safen ven genişliği değerleri istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0.001 ve p=0.028, Şekil SS-28). Venöz duvar ölçümleri ile BSAS ve akut faz reaktanları arasında ise herhangi bir ilişki saptanmadı.



Şekil (SS-28): Behçet hastalarında damar tutulumuna göre venöz duvar ölçümleri.

Sonuç: Bu kesitsel çalışmada erkek Behçet hastalarında alt ekstremitelerde derin venlerinde artmış duvar kalınlığı saptanmıştır. Saptanan artış damar tutulumundan bağımsızdır. Benzer artışın sağlıklı kontroller ve AS hastalarında olmaması, artmış venöz duvar kalınlığının BH'na özgü olduğunu düşündürmektedir. Özellikle tanınan sorun yaşanan erken şüpheli erkek Behçet hastalarında venöz duvar kalınlığı ölçümü non-invasif tanısal bir test olarak kullanılabilir.

Anahtar sözcükler: Behçet hastalığı, erkek, venöz kalınlık

SS-29

Behçet hastalığında pulmoner hipertansiyon sıklığı

Berkan Armağan¹, Metin Okşul², Yusuf Ziya Şener², Alper Sarı¹, Abdülsamet Erden¹, Gözde Kübra Yardımcı¹, Levent Kılıç¹, Ömer Karadağ¹, Ergün Barış Kaya², Lale Tokgözoğlu², İhsan Ertenli¹, Ali Akdoğan¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Behçet hastalığı (BH), seyirinde pulmoner arter tutulumunun (PAI) da görülebildiği sistemik bir vaskülitir. Bu çalışmanın amacı, BH'larında pulmoner hipertansiyonun (PH) sıklığı ve nedenlerinin saptanmasıdır.

Yöntem: Şubat-Ekim 2017 arasında Hacettepe Üniversitesi Romatoloji bölümüne başvuran, "BH uluslararası çalışma grubu kriterlerine" göre BH tanısı almış 154 hasta, transtoraksik ekokardiyografi ile değerlendirildi. Hastalar baskın organ tutulumlarına göre 5'e ayrıldı: grup 1 mukokütanöz ve artiküler,

grup 2 oküler, grup 3 vasküler, grup 4 gastrointestinal, grup 5 nörolojik tutulum. Grup 1 dışında birden fazla organ tutulumu olanlar, gruplandırılırken birden fazla gruba dahil edildi. Sistolik pulmoner arter basıncı (sPAB) ≥ 40 mmHg olan hastalar BH-PH olarak kabul edildi. PH olan hastalar ise; grup 1 pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH), grup 2 sol kalp hastalıklarına bağlı PH, grup 3 akciğer hastalıklarına bağlı PH, grup 4 kronik tromboembolik PH (KTEPH), grup 5 nedeni belirsiz PH olarak gruplandırıldı.

Bulgular: PH olan ve olmayan hastaların demografik ve klinik özellikleri Tablo SS-29'da gösterildi. BH'larının 17 (%11.0)'sinde PH olduğu görüldü. Vasküler tutulum, PH'ı olan hastalarda olmayanlara göre daha fazlaydı (%52.9 vs. %28.5; $p=0.04$). Görüntüleme yöntemleriyle 10 hastada PAI olduğu görüldü ve PH olan hastalarda olmayan göre daha sıkı [%23.5 (4/17 hasta) vs. %4.4 (6/137 hasta); $p=0.003$]. Organ tutulumlarına göre hastalar gruplandırıldığında; PH en sık vasküler tutulumu olan hasta grubunda olsa da gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmadı. 9 (%52.9) hasta PH kliniği açısından semptomatik (NYHA FS $>I$) idi. En sık PH nedeni; 9 (%52.9) hasta ile sol kalp hastalığıydı (Grup II). Dört (%23.5) hastada grup IV PH vardı ve bunların 3 tanesi (%75) semptomatik idi. Diyastolik disfonksiyon 32 (%20.8) ve sistolik disfonksiyon 1 hastada tespit edildi. BH-PH grubunda, LV diyastolik fonksiyon bozukluğu PH olmayan gruba göre anlamlı olarak fazlaydı, sırasıyla (8 (47.1%) vs 24 (17.6%), $p=0.005$).

Sonuç: Pulmoner hipertansiyon, BH'larında nadir değildir ve en sık nedeni grup II PH'dır. Grup IV PH'da sıklıkla görülebilmektedir. Bizim verilerimiz PH'dan şüphelenilen tüm BH'larının

Tablo (SS-29): Behçet hastalarının demografik ve klinik özellikleri.

| | Tüm hastalar (n=154) | sPAP ≥ 40 mmHG (n=17) | sPAP < 40 mmHG (n=137) |
|---|-------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Kadın, n (%) | 62 (40.3) | 6 (35.3) | 56 (40.9) |
| Yaş, ortalama (min.-maks.) | 41 (18-73) | 46 (24-72) | 40 (18-73) |
| Hastalık süresi (ay), ortalama (min.-maks.) | 126 (6-540) | 168 (12-540) | 120 (6-480) |
| Diabetes mellitus, n (%) | 9 (5.8) | 1 (5.9) | 8 (5.8) |
| Hipertansiyon, n (%) | 26 (16.9) | 5 (29.4) | 21 (15.3) |
| Sigara, n (%) | | | |
| Hiç içmemiş | 76 (49.4) | 7 (41.2) | 69 (50.4) |
| Aktif içici | 47 (30.5) | 5 (29.4) | 42 (30.7) |
| Bırakmış | 31 (20.1) | 5 (29.4) | 26 (19.0) |
| Oral ülser, n (%) | 154 (100) | 17 (100) | 137 (100) |
| Genital ülser, n (%) | 104 (67.5) | 11 (64.7) | 93 (67.9) |
| Eritema nodozum, n (%) | 64 (41.6) | 7 (41.2) | 57 (41.6) |
| Papülo-püstüler lezyon, n (%) | 35 (22.7) | 3 (17.6) | 32 (23.4) |
| Akneiform lezyon, n (%) | 105 (68.2) | 8 (47.1*) | 97 (70.8*) |
| Artiküler tutulum, n (%) | 35 (22.7) | 4 (23.5) | 31 (22.6) |
| Üveit, n (%) | 75 (48.7) | 9 (52.9) | 66 (48.2) |
| Paterji, n (%) | 40 (26) | 6 (35.3) | 34 (24.8) |
| Vasküler tutulum, n (%) | 48 (31.2) | 9 (52.9†) | 39 (28.5†) |
| Pulmoner artertutulumu, n (%) | 10 (6.5) | 4 (23.5‡) | 6 (4.4‡) |
| Nörolojik tutulum, n (%) | 18 (11.7) | 2 (11.8) | 16 (11.7) |
| Gastrointestinal tutulum n (%) | 12 (7.8) | 1 (5.9) | 11 (8.0) |

* $p=0.04$; † $p=0.04$. ‡ $p=0.003$. SPAP: Sistolik pulmoner arter basıncı, min: Minimum, maks: Maksimum.

grup II ve IV PH açısından dikkatlice araştırılması gerektiğini göstermektedir. Behçet hastalarındaki sekel arteriyel stenoz ve/veya oklüzyonlar, PH gelişimine KTEPH benzeri katkı sağlayabilir. Endarterektomi bu hastalarda bir tedavi seçeneği olabilir.

Anahtar sözcükler: Behçet hastalığı, endarterektomi, pulmoner hipertansiyon

SS-30

Behçet hastalığında IL33/ST2 yolağının klinik bulgular, akut faz reaktanları ve hematolojik parametrelerle ilişkisi

Ayşe Bahar Keleşoğlu Dincer¹, Murat Torgutalp¹, Emine Gözde Aydemir Gülöksüz¹, Serdar Sezer¹, Müçteba Enes Yayla¹, Emine Uslu Yurteri¹, İlyas Ercan Okatan¹, Gülay Kınıklı¹, Tahsin Murat Turgay¹, Aşkın Ateş¹, Ebru Us²

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Behçet Hastalığı (BH), reküren ataklarla seyreden mukutanöz, vasküler, oküler ve eklem bulguları ile karakterize etiyojisi bilinmeyen inflamatuvar bir hastalıktır. Patogenezinde interlökin-1 (IL-1) ve IL-18 gibi bir takım sitokinlerin rolü olduğu gösterilmiştir. IL-33, IL-1 süperailinden bir sitokin olup olarak IL-18'e benzemektedir. IL-33 pleiotropik etkili bir sitokindir. Bazı hastalıklarda pro-inflamatuvar bazılarında ise anti-inflamatuvar etki gösterir. Son yıllarda nötrofil-lenfosit oranının (NLO) ve platelet-lenfosit oranının (PLO) romatolojik hastalıklarda inflamatuvar aktivitenin değerlendirilmesinde rol oynayabilecekleri gösterilmiştir. Kronik inflamatuvar hastalıklarda şiddetli inflamasyon varlığında MPV'de düşüklük olduğu gösterilmiştir. BH'da serum IL-33 ve bunun çözünabilir reseptörü olan sST2'nin hastalığın klinik bulguları, hastalık aktivitesi belirteçleri ve hematolojik parametrelerle ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 01.04.2017 ve 21.10.2017 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Multidisipliner Behçet Polikliniği'ne başvuran toplam 127 BH ve yaş-cinsiyet uyumlu 30 sağlıklı kontrol alınmıştır. Behçet hastalarının klinik bulguları kaydedilmiş, hastalık aktive düzeyleri Behçet Hastalığı Aktivite Skalası (BSAS), Behçet Hastalığı Anlık Aktivite Formu (BDCAF), hasta ve doktor Vizüel Analog Skorları (VAS-Pt, VAS-Ph) kullanılarak değerlendirilmiştir. Hastaların serum IL-33 ve sST2 düzeyleri ELISA yöntemi çalışılmıştır. Sedimentasyon hızı (ESH), C-reaktif protein (CRP), NLO, PLO ve MPV düzeyleri değerlendirmeye alınmıştır.

Bulgular: Behçet hastalarının klinik ve demografik özellikleri Tablo 1 SS-30'da özetlenmiştir. Serum IL-33 ve sST2 düzeyleri sağlıklı kontrol grubunda BH grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.001, p<0.001 sırasıyla). BH klinik bulguları ile IL-33 ve sST2 düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 2 SS-30'da gösterilmiştir. Hastalık aktiviteleri açısından değerlendirildiğinde ise serum IL-33 ve sST2 düzeyleri ile BSAS, BDCAF, ESH, CRP, NLO ve PLO arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Sonuç: Literatürde BH'da serum IL-33 ve sST2 düzeyleri hakkındaki çalışmalar çelişkilidir. IL-33, IL-1 ailesinden olmasına rağmen Th-2 aracı immun yanıtı tetikleyerek IL-4, IL-5 ve IL-13 düzeylerini artırmakta ve Th1 sitokin seviyelerini ise azaltmasına bağlanabilir. Bu durum IL33/sST2 yolağının Behçet hastalığı ile ilişkili olmadığını, hastalık aktivitesinde rolü olmadığını düşündürmektedir.

Tablo 1 (SS-30): Behçet hastalarının klinik ve demografik özellikleri.

| | Behçet hastaları | Kontrol | p |
|---|------------------|-----------|-------|
| Yaş (± SD) | 45.17±12.96 | 42.7±11.6 | 0.335 |
| Cinsiyet, Kadın n(%) | 70 (55.1) | 18 (60) | 0.628 |
| Hastalık süresi (yıl) | 13.6±10.37 | | |
| Klinik bulgular n(%) | | | |
| Oral ülser | 127 (%100) | | |
| Genital ülser | 84 (%66.1) | | |
| Üveit | 42 (%33.1) | | |
| Cilt bulgusu | 59 (%46.4) | | |
| Artrit | 24 (%18.9) | | |
| Paterji pozitifliği | 26 (%20.5) | | |
| Tromboz | 42 (%33.1) | | |
| Merkezi Sinir sistemi tutulumu | 7 (%5.5) | | |
| Gastrointestinal Sistem Tutulumu | 5 (%3.9) | | |
| Kullanılan ilaçlar n(%) | | | |
| Kolşisin | 117 (92.1) | | |
| Azatiyoprin | 35 (%27.6) | | |
| Steroid | 10 (%7.9) | | |
| Interferon-a | 4 (3.1) | | |
| Sulfosalazin | 3 (%2.4) | | |
| Mikofenolat mofetil | 2 (%1.6) | | |
| Infliximab | 2 (%1.6) | | |
| Hastalık aktivitesi (ortalama± SD) | | | |
| BSAS | 14.1±14.5 | | |
| BDCAF | 2±1.8 | | |
| ESH (mm/saat) | 17.8±14.6 | | |
| CRP (mg/dL) | 8.8±8.7 | | |

Anahtar sözcükler: Behçet hastalığı, IL-33, sST2, hematolojik parametre, akut faz reaktanları

SS-31

Anti-nötrofil sitoplazmik antikor ilişkili vaskülitlerde nötrofil-lenfosit oranı ile renal tutulum arasındaki ilişki

Gökhan Sargın, Taşkın Şentürk

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

Amaç: ANCA ilişkili vaskülitlerin klinik bulguları genel olarak benzer olup akciğer ve renal tutulumuna bağlıdır. MPA'nın başlıca klinik özelliği hızlı ilerleyen glomerülonefrittir. GPA'da nekrotizan glomerülonefrit görülmekte, EGPA'da ise renal tutulumu daha azdır. Renal tutulum prognozu kötüleştirildiği için erken tanı ve tedavi önemlidir. Nötrofil-lenfosit oranı (NLR), inflamatuvar hastalıkta mortalite ve prognozu gösterebilir. Bu

Tablo 2 (SS-30): Behçet hastalarının klinik özellikleri ile IL33 ve sST2 düzeyleri arasındaki ilişki.

| Klinik bulgu | IL-33 p | sST2 p |
|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| OA var / yok | 1.9 (0.5–5.8) / 1.5 (0.4–5.9) 0.419 | 731.9 (305.8–3040.6) / 738.3 (234–3178.8) 0.409 |
| GÜ var / yok | 3.5 (0.5–5.8) / 1.5 (0.4–5.9) 0.132 | 2810 (442.1–3040.6) / 722 (234–3178.8) 0.092 |
| Papülopüstüler erüpsiyon var / yok | 2.0 (0.5–5.8) / 1.6 (0.4–5.9) 0.474 | 729.4 (362.4–2876.3) / 736.3 (234–3178.8) 0.872 |
| Eritema nodozum var / yok | 1.7 (0.5–4.0) / 1.6 (0.4–5.9) 0.987 | 667.7 (362.4–2934.2) / 736.3 (234–3178.8) 0.533 |
| Üveit var / yok | 2.6 (0.9–4.0) / 1.4 (0.4–5.9) 0.111 | 2558.8 (424.8–2934.2) / 705.0 (234.0–3178.8) 0.052 |
| DVT var / yok | 2.7 (0.5–5.8) / 1.6 (0.4–5.9) 0.232 | 2709.8 (656.3–2914.3) / 734.3 (234.0–3178.8) 0.01 |
| Artrit var / yok | 2.6 (0.5–5.6) / 1.5 (0.4–5.9) 0.294 | 1843.3 (486.6–2838.6) / 722.2 (234.0–3178.8) 0.489 |

çalışmadaki amacımız, ANCA ile ilişkili vaskülitli hastalarda renal tutulum ile NLR arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır.

Yöntem: Çalışmaya ANCA ilişkili vaskülit tanısı konulan 52 hasta ve 30 sağlıklı kontrol grubu dahil edildi. Hasta ve kontrol grubuna ait demografik veriler, takip süresi, sedimantasyon, CRP, nötrofil ve lenfosit sayısı değerlendirildi. Hastalık aktivitesi BVAS; NLR ise tam kan sayımından elde edilen sonuçlar kullanılarak hesaplandı. Veriler SPSS 18.0 kullanılarak değerlendirildi. İstatistiksel analiz olarak Student-t, Mean Whitney U, Spearman testleri ve lojistik regresyon analizi yapıldı. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Hastaların 38'i (%73.1) MPA, %17.3'ü GPA ve %9.6'sı EGPA olup ortalama takip süresi 46.8 ± 14.8 aydı. Hasta grubunda sedimantasyon, CRP, nötrofil sayısı ve NLR kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p < 0.001$) (Tablo 1 SS-31). Hastaların %55.8'inde renal tutulum vardı. Renal tutulum olan hastalarda BVAS skoru 12.1 ± 4.0 , olmayanlarda ise 5.2 ± 3.2 idi. Renal tutulum olan hastalarda sedimantasyon, CRP, nötrofil sayısı ve NLR, olmayanlara göre daha yüksekti. Bunlarda sadece NLR iki grup arasında anlamlı olarak farklıydı ($p = 0.02$) (Tablo 2 SS-31). CSS olan hastalarda renal tutulum yoktu. GPA ve MPA'lı hastalar ve sadece GPA'lı hastalarda renal tutulum olan ve olmayan grup arasında NLR istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklıydı (sırasıyla, $p = 0.01$, $p = 0.04$). MPA'lı hastalarda BVAS ile NLR arasında korelasyon ($p = 0.032$, $r = 0.53$) ve lojistik regresyon analizinde NLR'nin renal tutulum için tek bağımsız prediktör olduğunu saptandı.

Tablo 1 (SS-31): ANCA ilişkili vaskülit ile kontrol grubuna ait demografik ve laboratuvar özellikleri.

| | ANCA ilişkili vaskülitler n=52 | Kontrol grubu n=30 | p değeri |
|----------------------|--------------------------------|-----------------------|----------|
| Yaş (yıl) | 59.0 ± 12.4 | 52.0 ± 16.7 | 0.06 |
| Cinsiyet (E/K) | 24/28 | 15/15 | 0.7 |
| BVAS | 9.0 ± 5.0 | - | <0.001 |
| Sedimantasyon (mm/h) | 70.9 ± 23.9 | 17.4 ± 11.3 | <0.001 |
| CRP (mg/dL) | 85.7 ± 74.4 | 3.0 ± 2.3 | <0.001 |
| Nötrofil (μ l) | $12.002.5 \pm 8.579.3$ | $5.049.0 \pm 1.469.4$ | <0.001 |
| Lenfosit (μ l) | $1.746.3 \pm 1.064.3$ | $2.376.0 \pm 700.9$ | <0.001 |
| NLR | 7.2 [3.0–13.0] | 1.9 [1.5–2.8] | <0.001 |

Sonuç: ANCA ilişkili vaskülitlerde renal tutulum yaşamı tehdit etmektedir. Gecikmiş tanı ve sonuçları sağ kalımı azaltmakta ve

prognozu kötüleştirmektedir. Renal tutulum için proteinüri, hematüri, lökositoz, akut faz reaktanlarında artış olmakla birlikte, olmayanlara göre NLR anlamlı olarak artış göstermekte ve bağımsız bir prediktör faktördür. Bu nedenle NLR, erken dönemde tanı ve hızlı tedavi modifikasyonu için değerli bir belirteçtir.

Tablo 2 (SS-31): Renal tutulumu olan ve olmayan hastaların demografik ve laboratuvar özellikleri.

| | Renal Tutulum (+) n=29 | Renal Tutulum (-) n=23 | p değeri |
|----------------------|------------------------|------------------------|----------|
| Yaş (yıl) | 58.2 ± 11.9 | 60.1 ± 13.3 | 0.4 |
| BVAS | 12.1 ± 4.0 | 5.2 ± 3.2 | <0.001 |
| Sedimantasyon (mm/h) | 76.7 ± 25.9 | 63.5 ± 19.0 | 0.08 |
| CRP (mg/dL) | 91.7 ± 77.0 | 78.2 ± 72.0 | 0.5 |
| Nötrofil (μ l) | 12.919 ± 7.724 | 10.846 ± 9.600 | 0.1 |
| Lenfosit (μ l) | 1.556 ± 1.023 | 1.985 ± 5.868 | 0.06 |
| NLR | 9.0 [4.1–15.0] | 3.4 [2.0–11.8] | 0.02 |

Anahtar sözcükler: ANCA ilişkili vaskülit, renal tutulum, nötrofil-lenfosit oranı

SS-32

Takayasu arteritli hastalarda artmış spondiloartropati sıklığı

Sakine Güzel Esen¹, Berkan Armağan², Nuh Ataç³, Murat Uçar⁴, Özkan Varan³, Abdulsamet Erden², Hakan Babaoğlu³, Alper Sarı², Reyhan Bilici Salman³, Hasan Satış³, Ömer Karadağ², Şeminur Haznedaroğlu³, Şule Apraş Bilgen², Mehmet Akif Öztürk³, Sedat Kiraz², Berna Göker³, İhsan Ertenli², Umut Kalyoncu², Ali Akdoğan², Abdurrahman Tufan¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara;

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı,

Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi,

İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ⁴Gazi

Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Takayasu arteriti (TA) ve Spondiloartrit (SpA) aynı yaş dönemlerini etkileyen iki ayrı inflamatuvar hastalıktır. Literatürde TA-SpA birlikteliğini bildiren yayınların artması bu iki hastalığın birbiri ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu çalışmanın amacı TA tanılı hastalarda SpA sıklığını değerlendirmektir.

Yöntem: TA hastalarının ayrıntılı klinik ve demografik özellikleri kaydedildi ve Assessment of SpondyloArthritis internatio-

nal Society (ASAS) kriterlerine uygun SpA özelliklerinin varlığı açısından değerlendirildi. Hastalar inflamatuvar bel ağrısı, entezit, üveit, inflamatuvar barsak hastalığı (İBH), periferik artrit açısından sorgulandı. HLA-B27, direk grafi ve sakroiliak magnetik rezonans görüntüleme (MRG) ile değerlendirme yapıldı. Direk grafide bilateral evre ≥ 2 veya unilateral evre ≥ 3 sakroiliit, radyografik SpA olarak değerlendirildi. STIR veya T2 ağırlıklı MRG sekanslarında tek kesitte 2 veya daha fazla ya da en az 2 ardışık kesitte 1 kemik iliği ödemi alanı görülmesi aktif sakroiliit olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 69 TA (65 kadın, %94.2) tanılı hasta dahil edildi. Tip 5 en sık anjiyografik tip iken, kladikasyon (%52.2), karotidini (%40.6), çarpıntı (%36.2), baş ağrısı (%28) ve dispne (%22.2) en sık görülen klinik bulgu ve semptomlardı. Ayrıntılı değerlendirmeden sonra 14 (%20.3) hastada ASAS kriterlerine göre SpA tespit edildi. SpA'nın alt tipleri; ankilozan spondilit (n:5), İBH ilişkili SpA (n:4), psöriyazis ilişkili SpA (n:3), periferik SpA (n:1) ve undifferansiye SpA (n:1) şeklindeydi. 9 hastada SpA tanısı TA tanısından daha önce mevcuttu. 14 hastanın 2'sinde (%14.2) HLA B27 pozitifliği saptandı. Tip 1 ve 2 TA, SpA-TA birlikteliği olan hastalarda daha sıkı. Dirençli TA'ya bağlı biyolojik tedavi ihtiyacı TA-SpA birlikteliği olan hastalarda olmayanlara göre daha yüksekti (%64.3 vs %29.1, p=0.014).

Sonuç: Bu sonuçlar TA ile SpA arasında anlamlı bir ilişki olduğunu düşündürmektedir. Olası ortak genetik ve immunopatojenik faktörler bu ilişkinin nedeni olabilir. SpA tanısının genellikle TA'dan önce konulması nedeniyle SpA'lı hastalarda TA nin ortaya çıkması açısından daha ayrıntılı değerlendirme yapılmıştır.

Anahtar sözcükler: Takayasu arteriti, spondiloartropati, anti-TNF

SS-33

İdiyopatik inflamatuvar miyopatiler: Tek bir merkez tarafından izlenen 123 hastanın 2017 ACR/EULAR sınıflandırma kriterlerine göre değerlendirilmesi

Emin Oğuz, Ezgi Şahin, Murat Erdugan, Bahar Artım Esen, Ahmet Gül, Lale Öcal, Murat İnanç

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

Amaç: Bu çalışmada İdiyopatik İnflamatuvar Miyopati (IIM) hastalarda, 2017 ACR/EULAR IIMs sınıflandırma kriterlerinin (ACR/EULAR2017) duyarlılığı, olumu yönleri ve kısıtlılıklarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kliniğimizde 1994–2017 yılları arasında takip edilen ve Bohan/Peter kriterlerini karşılayan 123 IIM tanılı hastanın demografik verileri, klinik ve serolojik özellikleri önceden belirlenmiş protokole göre toplandı. Hastalar kas biyopsisi dahil edilmeden ve biyopsi kayıtları olan 70 hastaya kas biyopsisi sonuçları ile değerlendirildi. ACR/EULAR2017 IIMs alt gruplarını tanımlamadaki duyarlılığı ve özgüllüğü incelendi.

Bulgular: Hastaların %66'sı kadın, yaş ortalaması 46 ve ortalama takip süresi 77 aydı. IIM hastaların demografik, klinik ve serolojik özellikleri Tablo 1 SS-33'de özetlenmiştir. Hastaların

%66'sı dermatomyozit (DM), %28'i polimiyozit (PM), %6'sı immün aracılı nekrotizan miyopati (IMNM) ve inklüzyon cisimciği miyoziti (ICM) tanılıydı. ACR/EULAR2017 kas biyopsisi olmadan yapılan değerlendirmede, hastaların %95'i olası ve kesin IIM olara sınıflandı (olası %7, kesin IIM %88). IIM olarak sınıflandırılmayan hastaların demografik, klinik ve serolojik özellikleri Tablo 2 ve 3 SS-33'de özetlenmiştir. ACR/EULAR2017 kas biyopsisi olmadan IIM alt gruplarına uygulandığında DM %99 (hepsi kesin), PM %91 (olası %21, kesin PM %70), IMNM %100 (olası %33, kesin IMNM %67) ve ICM %0 olarak sınıflandı. ACR/EULAR2017 kas biyopsisi skorlaması IIMs alt gruplarına uygulandığında DM %100 (olası %3, kesin DM %97), PM %93 (olası %30, kesin PM %63), IMNM %83 (hepsi olası), ICM %100 (olası %50, kesin ICM %50) oranında sınıflandı. Bohan/Peter, diğer sınıflandırma kriterleri ve ACR/EULAR2017 IIMs alt gruplarını sınıflandırması Tablo 3 SS-33'de özetlenmiştir. ACR/EULAR 2017, 2 DM hastasını (klasik DM: 1, dermatitsiz DM: 1) PM olarak; 4 hipomiyopatik DM (HDM) hastasını amiyopatik DM (ADM) olarak (%100) ve IMNM hastalarının 6'sı PM (%100) olarak sınıflandırıldı.

Tablo 1 (SS-33): IIM hastaların demografik, klinik ve serolojik özellikleri.

| | Min. | Maks. | Ortalama | SD |
|---------------------------|------|-------|----------|-------|
| Yaş | 11 | 82 | 46.2 | 15 |
| Takip süresi (ay) | 6 | 516 | 77.4 | 89.9 |
| Erkek | | | 42 | 34 |
| Tanı | | | N | % |
| DM | | | 81 | 66 |
| ADM | | | 16 | 13 |
| HDM | | | 4 | 3 |
| JDM | | | 4 | 4 |
| Dermatitsiz DM | | | 1 | 0.8 |
| PM | | | 34 | 28 |
| JPM | | | 1 | 0.8 |
| IMNM | | | 6 | 5 |
| SAAM | | | 4 | 3 |
| ICM | | | 2 | 2 |
| Klinik | | | N | % |
| Disfaji | | | 43 | 35 |
| IAH | | | 36 | 29 |
| Artrit | | | 31 | 25 |
| Respiratuvar kas tutulumu | | | 15 | 12 |
| Kalsinosiz cutis | | | 7 | 6 |
| Makinist eli | | | 5 | 4 |
| Malignite (n=117) | | | 29 | 24 |
| Ölüm (n=117) | | | 22 | 19 |
| DM cilt bulgular (n=81) | | | N | % |
| Heliop raş | | | 64 | 79 |
| Gotttron papül/bulgu | | | 70 | 86 |
| V işaret | | | 41 | 51 |
| Şal bulgusu | | | 28 | 36 |
| Laboratuvar | Min. | Maks. | Ortalama | SD |
| CK (U/L) | 36 | 93369 | 4858 | 10794 |
| AST (U/L) | 17 | 1139 | 186 | 194 |
| ALT (U/L) | 8 | 563 | 122 | 119 |
| LDH (U/L) | 134 | 4465 | 888 | 655 |
| Otoimmün seroloji | | | N | % |
| ANA | | | 47 | 38 |
| Anti-Jo-1 | | | 15 | 12 |

ADM: Amiyopatik DM; DM: Dermatomyozit; HDM: Hipomiyopatik DM; ICM: Inklüzyon cisimciği miyoziti; IMNM: İmmün aracılı nekrotizan miyopati; JDM: Jüvenil DM; JPM: Jüvenil PM; PM: Polimiyozit; SAAM: Statinle ilişkili otoimmün miyopati.

Tablo 2 (SS-33): ACR/EULAR IIMs sınıflandırma kriterlerine göre kas biyopsisiz skorlamada tanı konulmayan 6 hastanın demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri.

| Yaş | Cinsiyet | Tanı | Kas biyopsisiz/ biyopsisli skor | Üst/Alt ekstremite proksimal kas güçsüzlüğü | Boyun fleksör kaslarda tutulum | Kas enzim yüksekliği | Disfaji | Respiratuar kas tutulumu | İAH | Artrit | Malignite | ANA | Anti-Jo-1 | EMG |
|--------|----------|------|---------------------------------|---|--------------------------------|----------------------|---------|--------------------------|-----|--------|-----------|---------|-----------|-----------------|
| 1.39-K | | PM | 4.3/6.3 | Yok/Var | Yok | Var | Yok | Yok | Var | Var | Yok | Negatif | Negatif | Miyojen tutulum |
| 2.38-K | | PM | 4.3/5.3 | Yok/Var | Var | Var | Yok | Yok | Yok | Yok | Yok | Pozitif | Negatif | Miyojen tutulum |
| 3.41-K | | PM | 5.1/8.2 | Yok/Var | Yok | Var | Yok | Yok | Var | Var | Yok | Negatif | Negatif | Miyojen tutulum |
| 4.45-K | | DM | 5.1/8.4 | Yok/Var | Yok | Var | Yok | Yok | Yok | Var | Yok | Negatif | Negatif | Miyojen tutulum |
| 5.59-E | | ICM | 4.1/9.0 | Yok/Yok | Yok | Var | Var | Yok | Yok | Yok | Yok | Negatif | Negatif | Miyojen tutulum |
| 6.67-K | | ICM | 4.1/7.3 | Yok/Yok | Yok | Var | Var | Yok | Yok | Yok | Yok | Pozitif | Negatif | Miyojen tutulum |

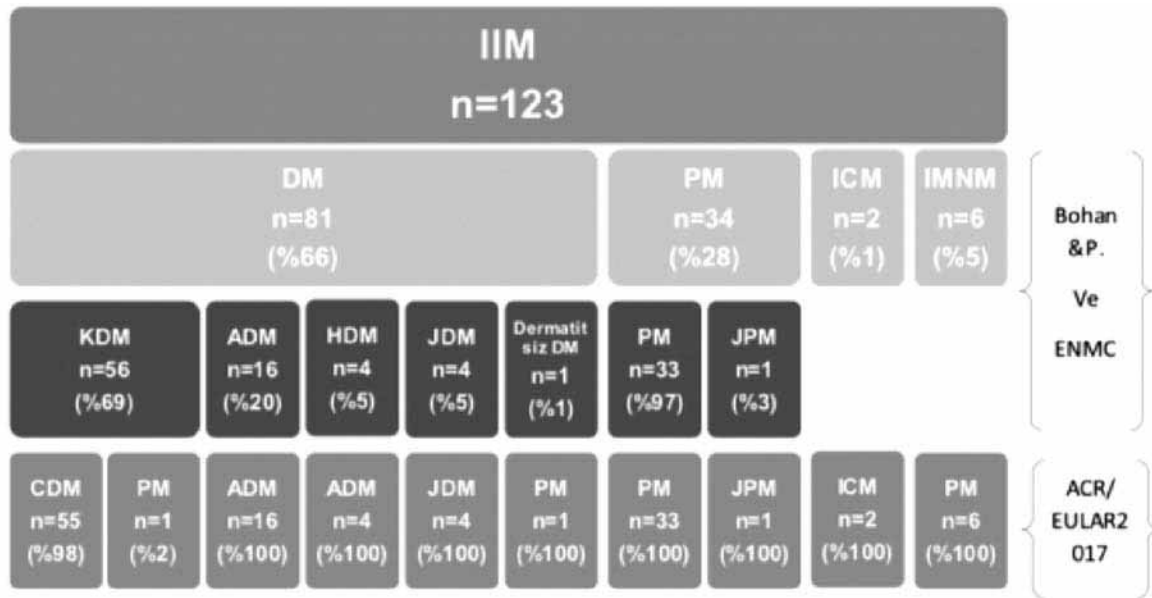
Sonuç: ACR/EULAR2017 ile kas biyopsisi ve EMG dikkate alınmadan 123 IIM hastasının %95'inde sınıflama yapıldı. Duyarlılık DM'de (%99) daha yüksek, PM'de (%91) daha düşük bulundu. Kas biyopsi sonuçları dikkate alındığında duyarlılık artmaktadır (%98). Yeni kriterlerle "Klinik ADM" hastalarının

tamamı sınıflanmıştır. ACR/EULAR2017 HDM ve IMNM hastalarının sınıflandırılmasında sorunlar olmasına karşın, sınıflandırma sürecinde klinik değerlendirmeye ağırlık verilmesinin getirdiği olumlu gelişme dikkat çekmektedir.

Anahtar sözcükler: ACR/EULAR, IIMs, Bohan/Peter

Tablo 3 (SS-33): ACR/EULAR IIMs sınıflandırma kriterlerine göre kas biyopsisiz skorlamada tanı konulmayan 6 hastanın demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri.

| Yaş | Cinsiyet | Tanı | Kas biyopsisiz/ biyopsisli skor | Üst/Alt ekstremite proksimal kas güçsüzlüğü | Boyun fleksör kaslarda tutulum | Kas enzim yüksekliği | Disfaji | Respiratuar kas tutulumu | İAH | Artrit | Malignite | ANA | Anti-Jo-1 | EMG |
|--------|----------|------|---------------------------------|---|--------------------------------|----------------------|---------|--------------------------|-----|--------|-----------|---------|-----------|-----------------|
| 1.39-K | | PM | 4.3/6.3 | Yok/Var | Yok | Var | Yok | Yok | Var | Var | Yok | Negatif | Negatif | Miyojen tutulum |
| 2.38-K | | PM | 4.3/5.3 | Yok/Var | Var | Var | Yok | Yok | Yok | Yok | Yok | Pozitif | Negatif | Miyojen tutulum |
| 3.67-K | | IMNM | 5.8/6.0 | Var/Var | Yok | Var | Yok | Yok | Yok | Yok | Yok | Negatif | Negatif | Miyojen tutulum |



ADM: Amiyopatik; DM: Dermatomiyozi; ICM: Inklüzyon cisimciği miyoziti; IMNM: Immün aralı nekrotizan miyopati; HDM: Hipomiyojik DM; JDM: Juvenil DM; JPM: Juvenil PM; KDM: Klasik DM; PM: Polimiyozit.

Şekil (SS-33): Bohan/Peter, ENMC ve 2017 ACR/EULAR IIMs sınıflandırma kriterlerine göre IIMs alt grupları.

SS-34

Primer Sjögren sendromlu hastalarda hasta kökenli ölçeklerle yaşam kalitesinin ve hastalık aktivitesinin değerlendirilmesi

Hande Hınçal¹, Neslihan Yılmaz², Oktay Olmuşçelik¹, Meryem Can³
¹İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul; ²İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; ³İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Sjögren sendromu (SS), ekzokrin salgı bezlerinin lenfositik infiltrasyonu ile karakterize kronik sistemik bir hastalıktır. Sjögren sendromu gerek kuruluk, yorgunluk ve kronik ağrı semptomları, gerek organ-sistem tutulumları, gerekse neden olduğu psikolojik, ekonomik ve sosyal sorunlar nedeniyle hastaların sağlık ilişkili yaşam kalitesini düşürmektedir. SS'li hastalarda hastalık aktivitesi ve şiddeti EULAR tarafından valide edilmiş ölçeklerle değerlendirilmektedir (ESSPRI ve ESSDAI). Biz de bu çalışmamızda SS'li hastalarda hasta kökenli ölçekleri kullanarak hastaların yaşam kalitesini etkileyen faktörleri ve hastalık aktivitesini saptamayı hedefledik.

Yöntem: İstanbul Medipol Üniversitesi Hastanesi ve Şişli Florence Nightingale Hastanesi'ne başvuran Amerika-Avrupa Konsensus Grubu (AECG) 2002 kriterlerine göre primer Sjögren sendromu tanılı 54 hasta; kontrol grubu olarak 49 sağlıklı yetişkin çalışmaya dahil edildi. Olguların demografik, klinik ve laboratuvar verileri hasta takip formuna kaydedildi ve SF-36, HAD (Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği), MAF (Çok Boyutlu Yorgunluk Değerlendirme Ölçeği), HAQ (Stanford Sağlık Değerlendirme Ölçeği), ESSPRI (EULAR Sjögren Sendromu Hasta Bildirim İndeksi), ESSDAI (EULAR Sjögren Sendromu Hastalık Aktivite İndeksi) ölçekleri dolduruldu.

Bulgular: Çalışma ve kontrol grupları arasında yaş ve cinsiyet açısından anlamlı farklılık saptanmadı (51.81±11.12 yıl vs 50.12±10.54 yıl, p= 0.4; K/E 52/2 vs K/E 48/1, p= 0.6). Çalışma grubunun ortalama ESSDAI skoru 5.48 ±5.94; ortalama ESSPRI skoru 5.52±2.19 olarak görüldü. SF-36'nun ruhsal sağlık alt parametresi dışındaki diğer tüm alt parametrelerinde kontrol grubuna göre düşüklük izlendi. SF-36 ölçeğinin tüm alt parametreleri ile ESSPRI'nin korele olduğu görüldü.

Sonuç: Yapmış olduğumuz bu çalışmada hastalık aktivitesinden ziyade, hastalık semptom şiddetinin hastaların yaşam kalitesi ile korele olduğunu gördük. Sjögren sendromu gibi kronik hastalık süreçlerinde hastalığın kontrol altına alınması kadar hastaların yaşam kalitesinin yükseltilmesi de önemli bir tedavi hedefi olmalıdır.

Anahtar sözcükler: Primer Sjögren sendromu, ESSPRI, ESSDAI

SS-35

134 randomize kontrollü çalışmada istatistik yardım ancak %22 yayında açıklanmış olup böyle yayınlarda p değeri daha doğru kullanılmıştı

Elif Dinçses^{1*}, Gül Güzelant^{1*}, Gülen Hatemi¹, Necdet Süt², Hasan Yazıcı³

*Yazarların Eşit Katkısı Olmuştur. ¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; ²Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı, Edirne; ³Academic Hospital, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: P değerinin doğru kullanılması en saygın dergilerde dahi yetersiz olabilmektedir. Bir biyoistatistik uzmanı/epidemiolog (b/e) yardımı ile bu durumun iyileştirilebileceği akla yakındır. Bu amaçla romatoloji alanında randomize kontrollü çalışmalarda (RKÇ) b/e ile birlikte çalışmanın, p değerini doğru raporlamaya katkısını değerlendirdik. "Birlikte çalışma"yı; incelediğimiz makalenin yazarları arasında b/e olması ve/veya yöntemler bölümünde istatistik yardımın resmi olarak belirtilmesi olarak tanımladık.

Yöntem: "Annals of the Rheumatic Diseases", "Arthritis Care and Research", "Arthritis and Rheumatology", "Rheumatology Oxford" dergilerinde 2015 ve 2016'da yayımlanan tüm RKÇ'ler iki bağımsız gözlemci (ED, GG) tarafından tarandı, tam metinleri okundu. Yazarlar arasında b/e bulunması ve/veya yöntemler bölümünde resmi istatistik yardım açıklanması yanında başlıca etki büyüklüğünün raporlanması (açıkça verilmesi, sunulan verilerle dolaylı olarak hesaplanabilirliği veya hiç verilmemesi), etki büyüklüğüne ait güven aralığı belirtilmesi değerlendirildi. Ayrıca bulgularda mutlak p değeri vermek yerine < veya > şeklinde verilmesi ve randomize çalışma kollarının demografik klinik özellikleri tablosunda uygunsuz şekilde p değeri verilmesi tarandı.

Bulgular: Toplam 134 RKÇ'nin 29 (%22) tanesinde bir b/e ile birlikte çalışma vardı (Grup I). 26 çalışmada ortak yazarlar arasında bir b/e varken, 3 çalışmada ise alınan yardım sadece yöntemler kısmında belirtilmişti. Geri kalan 105 (%78) RKÇ Grup II olarak belirlendi. Etki büyüklüğünün verilmesi ve mutlak bir p değeri belirtilmesi Grup I'de anlamlı olarak fazlaydı (Tablo SS-35). Ancak güven aralığı verilmesi ve randomize kolların demografik özellikleri için gereksiz p değeri hesaplanmasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo SS-35). Gözlemciler arası uyum iyi olup 21 veri girişinde uyumsuzluk, 3. gözlemci yardımıyla (HY) düzeltildi.

Sonuç: İncelenen RKÇ'lerin ancak %22'sinde açıklanan -ve beklendiği gibi p değerinin görece daha doğru kullanılması ilişkili olduğunu gösterdiğimiz b/e ile birlikte çalışma oranı şaşırtıcı olarak azdır. Bilemediğimiz, taradığımız yayınların bir bölümünde istatistik yardımın alınmış ancak açıklanmamış olmasıdır. Varsa böyle bir durumun etik boyutları ayrı ve önemli bir tartışma konusudur. Bir yandan p değerinin çok yanlış kullanıldığından yakınmak bir yandan da çalışmaların ancak 1/5'inde resmi istatistik yardım belirtmek bir açıklama gerektirir. Çalışmamızın kısıtlılığı Grup I'deki makale sayısının azlığıdır.

Anahtar sözcükler: İstatistik analiz, p değeri, randomize kontrollü çalışma, etki büyüklüğü

SS-36

Relapsing polikondritte aortik tutulum

Mustafa Erdoğan, Sinem Nihal Esatoğlu, Gülen Hatemi, Vedat Hamuryudan

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

Amaç: Aortik tutulum (AT) relapsing polikondritte (RP) %5–10 sıklıkta görülmektedir. RP'de aortik tutulumun özelliklerini sistematik literatür derlemesi (SLD) ile değerlendirdik.

Yöntem: İlgili terimler ile PUBMED taraması yapıldı. İngilizce, Almanca ve Fransızca dillerinde 2017 yılına kadar yayınlan-

Tablo (SS-35): Gruplarda değerlendirilen parametrelerin karşılaştırılması.

| | Grup I (b/e +) n=29 | Grup II (b/e-) n=105 | Grup I and II arasındaki fark |
|--|------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| Etki büyüklüğü verilen, n (%) | 26 (90) | 61 (58) | OR 6.25 (%95 CI 1.77–21.9) p=0.004 |
| Açıkça verilen, n (%) | 2 (7) | 5 (5) | OR 1.48 (%95 CI 0.27–8.06) p=0.64 |
| Verilerle hesaplanabilir (HR, OR, RR, β katsayısı), n (%) | 24 (83) | 56 (53) | OR 4.2 (%95 CI 1.49–11.85) p=0.006 |
| NNT ve NNH verilen, n (%) | 0 | 2 (1) | - |
| Etki büyüklüğünün güven aralığı verilen, n (%) | 16 (55) | 43 (41) | OR 1.77 (%95 CI 0.77–4.06) p=0.17 |
| Mutlak p değeri verilen, n (%) | 25/27 (93) | 63/91 (69) | OR 5.55 (%95 CI 1.23–25.08) p=0.02 |
| Demografik veriler için uygunsuz olarak p değeri hesaplanan, n (%) | 3/27 (11) | 20/91 (22) | OR 0.44 (%95 CI 0.12–1.62), p=0.22 |

mış, ilgili tüm makaleler 2 araştırmacı tarafından, bağımsız olarak değerlendirilerek veriler elde edildi.

Bulgular: Arama sonucunda çıkan 352 makaleden 281'i dil ve ilgisiz içerik nedeni ile; 6 makale ise önceki vakaların mükerrer bildirim olması nedeni ile elendi. Altmış yedi vaka bildiriminden 69 hasta [34 kadın, 35 erkek; ortanca ilk semptom yaşı: 32 (IQR:24–46), RP tanısı anında medyan yaş: 36 (IQR:28–51), AT tanısı anında medyan yaş: 37.5 (IQR:20–52.5)] ve 4 kohorttan dahil edilen 30 hastanın verileri elde edildi. İlk RP semptomu ve AT arası medyan süre 5 yıl (IQR:1–8 yıl), RP tanısı ve AT arası medyan süre 1 yıl (IQR:0–3) olarak saptandı. AT, hastaların %68'inde torasik aortada, %21'inde ise abdominal aortada saptanmıştır. Ekstra-aortik arteriyel tutulum en sık koroner arter (KA) idi (n=15) (Tablo SS-36). En sık semptom nefes darlığı idi (n=25, %31) (Tablo SS-36). Hastaların 25'inde tanının bilgisayarlı tomografi (BT) ile, 20'sinde ekokardiyografi (EKO) ile, 11'inde düz grafi ile, 10'unda MRI ile, 8'inde PET-CT ile ve 4'ünde ise cerrahi işlem anında konulmuştur. BT, en sık kullanılan metod olmakla beraber 2 hastada tanıyı atlamış ve bu hastalara MRI ve PET-CT ile tanı konulmuştur. 25 hasta (%31) medyan 24 ay [IQR:12–48] takip süresi sonunda ölmüştür. Kortikosteroid (n=76) en sık kullanılan tedavi olup, onu oral immünsüpresifler (n=51), siklofosamid (n=29), infliximab (n=14), tocilizumab (n=6) ve adalimumab (n=3) takip etmektedir. 63 hastaya AT nedeniyle kardiyovasküler cerrahi uygulandığı görüldü.

Sonuç: AT ilk semptom sonrası medyan 5, RP tanısı sonrası medyan 1 yılda ortaya çıkmaktadır ve hastalığın atlanan bir tutulumu mu yoksa geç bir tutulumu mu olduğu net değildir. Her ne kadar nefes darlığı, karın ağrısı veya ateş yakınmaları bulunsa da bazı hastalar asemptomatik olabilir. Hastaların çoğunda AT'a bağlı cerrahi gerekmiştir. Ölüm oranı yüksek bulunmuştur (%29). 15 hastada koroner arter tutulumu saptanmıştır ve bunların 5'i 13.5 ay takip süresinde ölmüştür. BT'nin performansı yeterli görünmektedir. AT saptandığında KA tutulumu taramak faydalı olabilir.

Tablo (SS-36): Hastaların klinik özellikleri.

| Aortik tutulum lokalizasyonu | n (%) |
|--------------------------------|-------------|
| Torasik aorta | 67 (67) |
| Asendan | 30 (30) |
| Kök | 21 (21) |
| Arkus | 17 (17) |
| Desendan | 8 (8) |
| Abdominal aorta | 21 (21) |
| Aortik kapak, n (%) | |
| İzole aort kapak | 8 (8) |
| Aortik kapak ve aorta | 5 (5) |
| Aortik kapak ve mitral kapak | 4 (4) |
| Extra-aortik arter tutulumu, n | |
| Koroner | 15 (19) |
| İliak | 9 (11) |
| Subklavian | 7 (9) |
| Karotis | 5 (6) |
| Mesenterik | 5 (6) |
| Renal | 5 (6) |
| Diğer | 11 (14) |
| Semptom, n (%)* | |
| Dispne | 37/70 (53) |
| Ateş | 12/70 (16%) |
| Göğüs ağrısı | 10/70 (14) |
| Karın ağrısı | 10/70 (14) |
| Kilo kaybı | 5/70 (7) |
| Sirt ağrısı | 5/70 (7) |
| Diğer† | 1 |
| Asymptomatic | 15/70 (21) |
| Ölüm nedenleri, n | |
| Aort diseksiyonu veya rüptürü | 6 |
| Akut miyokard infarktüsü | 3 |
| Enfeksiyon/sepsis | 3 |
| Kardiyovasküler operasyon | 3 |
| Akut aort kapak disfonksiyonu | 3 |
| Kalp yetmezliği | 2 |
| Subaraknoid kanama | 1 |
| Konvulziyon | 1 |
| Ani ölüm | 1 |

*Alt ekstremitte (n=4), temporal (n=2), brakijosefalik trunkus, çölyak, common hepatis, aksiller, cerebral (her biri n=1). †Diğer: Halsizlik (n=3), dijital ülser (n=2), senkop (n=2), üst ekstremitte ağrısı (n=2), alt ekstremitte ağrısı (n=2), disfaji (n=1), düşük el (n=1).

Anahtar sözcükler: Aort, relapsing polikondrit, vaskülit

Poster Sunumlar

(PS-001 — PS-294)

Bilimsel Çalışmalar (PS-001 – PS-134)

PS-001

Çocukluk çağı romatizma hastalıklarında interferon imzası

Hafize Emine Sönmez¹, İ. Çağatay Karaaslan², Ezgi Deniz Batu¹, Banu Anlar³, Betül Sözeri⁴, Yelda Bilginer¹, Adriana Almeida De Jesus⁵, Rapheala Goldbach Mansky⁵, Seza Özen¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Moleküler Biyoloji Anabilim Dalı, Ankara; ³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara; ⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Anabilim Dalı, İstanbul; ⁵Translational Autoinflammatory Diseases Studies, National Institute of Allergy and Infectious Diseases, NIH, Bethesda, MD, USA

Amaç: İnterferonların (IFN) yolağında meydana gelen hataların otoinflamatuvar ve otoimmün hastalıklara zemin hazırladığı gösterilmiş ve interferon ilişkili genlerin aşırı ekspresyonu ile seyreden yeni bir grup otoinflamatuvar hastalık tanımlanmıştır (tip 1 interferonopatiler). IFN yolağında artmış proteinlerin ekspresyonunun çalışılması interferon imzası olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışmamızda hastalarımızda interferon imzasını çalışarak, bu yeni grup otoinflamatuvar hastaların tanısına yardımcı olmayı amaçladık.

Yöntem: Tip 1 interferonopatilerin sık görülen klinik özellikler, literatür taraması ve uzman görüşüne dayanarak listelendi. Bu bulgulara dayanarak olası 12 hasta belirlendi (Tablo PS-001). Sonrasında hastanın klinik bulgularından yola çıkılarak pilot bir klinik skor oluşturuldu. Bu hastaların klinik skorları ve

interferon imzaları 23 kontrol örneği ile (8 sağlıklı çocuk, 6 oligoartiküler juvenil idiyopatik artrit (oJIA), 4 sistemik lupus eritematozus (SLE) ve 5 ADA2 eksikliği tanılı hastalar) ile karşılaştırıldı. 28-IFN-ilişki genin ekspresyonuna NanoString teknolojisi kullanılarak bakıldı. IFN6/IFN28 skoru ve CXCL10 (IP10) z skoru hesaplandı.

Bulgular: Olası tip 1 interferonopati düşünülen hasta grubunda IFN6, IFN28 skoru sağlıklı kontroller ve hasta kontroller ile karşılaştırıldığında anlamlı olarak yüksekti. SLE hastaları ile ise anlamlı fark bulunamadı. İlginç olarak olası tip 1 interferonopati düşünülen hasta grubunda CXCL10 (IP10) skoru SLE hastalarına göre yüksekti.

Sonuç: Klinik skorla birlikte IFN 6 ve/veya 28 skorunun kullanılması bu hasta grubunun tanısında klinisyenlere yardımcıdır. Daha geniş hasta gruplarında doğrulama çalışması sürmektedir.

Anahtar sözcükler: İnterferonopatiler, otoinflamatuvar hastalıklar

PS-002

Erişkin Still hastalığı: 150 hastanın klinik bulguları, laboratuvar özellikleri ve biyolojik ajan kullanımı

Emin Oğuz¹, Rukiye Dilara Tekin², Gizem Dağcı², Murat Erdugan¹, Murat Bektaş¹, Çiğdem Çetin¹, Savran Aghamuradov¹, Bahar Artım Esen¹, Murat İnanç¹, Lale Öcal¹, Ahmet Gül¹

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

Tablo (PS-001): Olası tip 1 interferonopati düşünülen hasta grubunu ayırmada kullanılabilecek pilot klinik skorun ve IFN skorlarının karşılaştırması.

| Pilot klinik skor | Olası tip 1 interferonopati düşünülen hasta grubunu n=12 | JIA N=6 | SLE N=4 | DADA2 N=5 |
|--|--|--------------------|-----------------------|----------------------|
| 1. Cilt bulguları (nodüler eritem, akral yüzeylerde soğukla aktive olan pembe-mor renkli plaklar) | 12/12 | 0/6 | 0/4 | 1/5 |
| 2. Vaskülopati (chill-blain benzeri raş, mikroanjyopatik vaskülopati, gangren/ülser/infarkt akral yüzeylerde) | 6/12 | 0/6 | 0/4 | 1/5 |
| 3. Lipodistrofi | 2/12 | 0/6 | 0/4 | 0/5 |
| 4. Eklem bulguları (kontraktür, non-eroziv artrit) | 5/12 | 0/6 | 0/4 | 0/5 |
| 5. Miyozit (yamalı) | 2/12 | 0/6 | 0/4 | 0/5 |
| 6. SSS bulguları (bazal gangliyon kalsifikasyonu, lökoensefalopati, beyaz cevher hastalığı, L/P'de lenfosit infiltrasyonu) | 8/12 | 0/6 | 0/4 | 0/5 |
| 7. Pulmoner tutulum (intertisyel akciğer hastalığı, pulmoner fibrozis, pulmoner hipertansiyon) | 2/12 | 0/6 | 0/4 | 0/5 |
| 8. Lökopeni/lenfopeni ataklarda | 4/12 | 0/6 | 4/4 | 1/5 |
| Median klinik skor | 5 | 0 | 1 | 0 |
| Median 6-gene IFN skor (minimum-maksimum) | 137.87 (0.251–380.09) | 3.17 (-0.08–23.42) | 159.66 (-0.22–381.69) | 10.25 (2.86–36.37) |
| Median 28-gene IFN skor (minimum-maksimum) | 324.01 (24.66–949.98) | 18.64 (8.91–95.76) | 236.45 (2.75–475.96) | 60.39 (21.24–209.29) |
| CXCL10 z-skoru | 186.07 | 35.46 | 52.05 | 74.97 |

Amaç: Bu çalışma ile ESH tanısıyla kliniğimizde izlenen hastaların klinik ve laboratuvar özelliklerinin, biyolojik ajan kullanımını ve tedavi etkinliğinin bir protokol çerçevesinde retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 1990–2017 arasında Bilim Dalımızda en az 6 ay takip edilen ve Yamaguchi tanı kriterlerini karşılayan 150 ESH hastasının; demografik verileri, klinik özellikleri, serolojik durumu, uygulanan tedaviler ve sonuçları standart bir form kullanılarak retrospektif olarak incelenmiştir.

Tablo 1 (PS-002): ESH hastaların demografik ve klinik özellikleri.

| | Min. | Mak. | Medyan | Ortalama | SD |
|-----------------------------------|------|------|--------|----------|----------|
| Yaş (yıl) | 16 | 71 | 34 | 36 | 14 |
| Takip süresi (ay) | 6 | 348 | 90 | 104 | 77 |
| Taniya kadar geçen süre (ay) | 1 | 160 | 3 | 7 | 17 |
| Klinik özellikler | | | | N | % |
| Ateş | | | | 150 | 100 |
| Farenjit | | | | 117 | 78 |
| Cilt döküntüsü | | | | 113 | 75 |
| LAP | | | | 62 | 41 |
| HSM | | | | 51 | 34 |
| Serozit | | | | 11 | 7 |
| Artralji | | | | 137 | 91 |
| Artrit | | | | 84 | 56 |
| Akut artrit | | | | 52 | 62 |
| Poliartrit (n=47) | | | | 38 | 79 |
| Oligoartrit (n=47) | | | | 9 | 21 |
| Kronik artrit | | | | 32 | 38 |
| Poliartrit (n=28) | | | | 13 | 46 |
| Oligoartrit (n=28) | | | | 15 | 54 |
| Karpal eklemlerde erozyon/ankiloz | | | | 14 | 44 |
| MAS | | | | 4 | 3 |
| Amiloidoz | | | | 1 | 0.7 |
| Mortalite | | | | 1 | 0.7 |
| Hastalık seyir | | | | N | % |
| Monosiklik sistemik | | | | 68 | 45 |
| Polisiklik sistemik | | | | 51 | 34 |
| Kronik artiküler | | | | 31 | 21 |

Bulgular: 150 hastanın (102 kadın, 48 erkek) yaş ortalaması 36, ortalama takip süresi 90 ay ve taniya kadar geçen süre medyan 3 aydı (Tablo 1 ve 2 PS-002). Hastaların %45'i monosiklik sistemik, %34'ü polisiklik sistemik, %21'i kronik artiküler formda seyretti. Kronik artiküler formda karpal erozyon/ankiloz %44 hastada saptandı. ESH hastalarında ateş %100, farenjit %78, cilt döküntüsü %75, lenfadenopati %41, hepatosplenomegali %34, serozit %7, makrofaj aktivasyon sendromu %3, amiloidoz %0.7 ve mortalite %0.7 sıklıkla saptandı. Hastaların %91'inde artralji, %51'inde artrit saptandı. Hastaların 32'sine (%21) biyolojik ajan verilmişti. Biyolojik ajan başlanan hastalarla, almayan hastaların karşılaştırılması Tablo 3 PS-002'de özetlenmiştir. Biyolojik ajan alan hastaların yaş ortalaması 32, almayanların 37 (p≥0.04); taniya kadar geçen ortalama süre biyolojik ajan alan grupta 15 ay, almayanlarda 5.5 ay saptandı (p≥0.01). Kronik artiküler formdaki hastaların %56, poliartiküler sistemik formdaki hastaların ise %34 biyolojik ajan başlanmıştı (p≥0.009). Biyo-

lojik ajan kullanan grupta kronik artrit, oligoartrit başlangıç paterni ve karpal ankiloz sırasıyla %56; 40; 33 almayanlarda ise %12; 11; 4 olarak saptandı (hepsi için p<0.001). Kullanılan biyolojik ajanlar ve yanıtları Tablo 4 PS-002'de özetlenmiştir. Anakinra başlanan 20 hastanın %80'inde, tocilizumab başlanan 16 hastanın %81'inde, etanercept başlanan 14 hastaların %27'sinde, infliximab başlanan 16 hastanın %25'inde parsiyel veya komplet remisyon gözlemlendi. Tofacitinib başlanan 2 hasta da komplet remisyon gözlemlendi.

Tablo 2 (PS-002): ESH hastaların laboratuvar özellikleri.

| | Min. | Mak. | Median | Mean/N | SD/% |
|---------------------------------------|------|-------|--------|--------|-------|
| Lökosit (10 ³ /uL) (n=124) | 6300 | 38520 | 15600 | 19384 | 3349 |
| >10000 | | | | 118 | 95 |
| Nötrofil (%) | 53 | 97 | 83 | 83 | 6 |
| >%80 | | | | 111 | 90 |
| Akut faz yanıt | | | | | |
| CRP (mg/L) | 12 | 481 | 150 | 168 | 90 |
| Sedimentasyon (mm/h) | 42 | 250 | 100 | 98 | 31 |
| Ferritin (ng/mL) (n=128) | 15 | 10000 | 1646 | 7847 | 16028 |
| >500 | | | | 106 | 83 |
| Karaciğer enzim yüksekliği | | | | N | % |
| AST | | | | 45 | 30 |
| ALT | | | | 45 | 30 |
| ALP | | | | 39 | 26 |
| GGT | | | | 39 | 26 |
| Otoimmün seroloji | | | | N | % |
| ANA | | | | 6 | 4 |
| RF | | | | 2 | 1 |

Sonuç: Kliniğimizde izlenen ESH hastaların çoğu kadındı. Hastalığın en sık görülen formu monosiklik ve polisiklik sistemik formdu, daha az sıklıkta kronik artiküler form gözlemlendi. Biyolojik ajan kullanım ihtiyacı kronik artiküler formda, karpal ankilozu olanlarda, daha erken yaşta tanı konan ve ortalama tanı süresi uzayan hastalarda daha yüksekti. Tedavide anti-TNF ajanlar etkisizken, tocilizumab ve anakinra ile elde edilen sonuçlar başarılı idi.

Anahtar sözcükler: ESH, seyir, biyolojik ajan

PS-003

Ailevi Akdeniz ateşi hastalarının demografik ve klinik özellikleri

Özlem Özdemir Işık, Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle

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

Amaç: Ailevi Akdeniz ateşi (AAA) tekrarlayan ve kendini sınırlayan ateş, poliserozit, artrit, deri döküntüsü ile seyreden otozomal resesif bir hastalıktır. Bu çalışmada polikliniğimizde takip edilmekte olan AAA hastalarının demografik ve klinik özelliklerini sunmayı planladık.

Yöntem: 2001–2017 yılları arasında romatoloji polikliniğine başvuran, Tel-Hashomer kriterlerine göre AAA tanısı konulan 402 hastanın klinik, demografik, genetik özellikleri ve almakta oldukları tedavileri inceledik.

Tablo 3 (PS-002): ESH biyolojik ajan kullanan ve kullanmayan hastaların karşılaştırılması.

| | Biyolojik ajan var n=32 | Biyolojik ajan yok n=118 | p |
|---|----------------------------|-----------------------------|--------|
| Yaş, ortalama | 32 | 37 | 0.04 |
| Taniya kada geçen süre (ay) | 15 | 5.5 | 0.01 |
| Takip süresi (ay) | 107 | 101 | 0.61 |
| Erkek | 38 (%32) | 10 (%31) | 0.91 |
| Döküntü | 21 (%66) | 92 (78) | 0.15 |
| Farenjit | 27 (84) | 90 (77) | 0.36 |
| LAP | 18 (60) | 44 (39) | 0.03 |
| HSM | 14 (44) | 37 (31) | 0.18 |
| Artralji | 31 (97) | 106 (90) | 0.30 |
| Artrit | 19 (59) | 62 (52) | 0.49 |
| Akut | 1 (3) | 51 (43) | <0.001 |
| Kronik | 18 (56) | 14 (12) | <0.001 |
| Poliartrit | 6 (20) | 44 (39) | 0.05 |
| Oligoartrit | 12 (40) | 12 (11) | <0.001 |
| Karpal eklemlerde erozyon/ankiloz | 9 (33) | 5 (4) | <0.001 |
| El bileği ekleminde tutulum | 16 (52) | 44 (40) | 0.23 |
| El küçük eklemlerde tutulum | 11 (35) | 38 (34) | 0.87 |
| Karaciğer enzim yüksekliği | | | |
| AST | 4 (14) | 41 (36) | 0.02 |
| ALT | 4 (14) | 41 (36) | 0.02 |
| ALP | 9 (31) | 30 (26) | 0.61 |
| GGT | 9 (30) | 30 (26) | 0.68 |
| Lökosit, ortalama (10 ³ /uL) | 16700 | 20026 | 0.71 |
| Nötrofil, ortalama (%) | 84 | 83 | 0.84 |
| Akut faz yanıt | | | |
| CRP, ortalama (mg/L) | 180 | 165 | 0.46 |
| Sedimentasyon, ortalama (mm/saat) | 111 | 95 | 0.01 |
| Ferritin, ortalama (ng/mL) | 8101 | 7780 | 0.70 |
| Prednizolon, ortalama | | | |
| Günlük doz (mg/gün) | 10 | 7 | 0.001 |
| Süre (ay) | 84 | 54 | 0.001 |
| Kümülatif doz (mg) | 27927 | 10193 | 0.001 |

Bulgular: AAA hastalarının %60'ı kadın olup, ortalama yaşları 37±11 yıl, tanı yaşı 28±12 yıl, hastalık başlangıcı ile tedaviye başlanması arasında geçen süre 93±104 ay idi. Başlangıç bulgusu %72 hastada ateş ve karın ağrısı iken, %7 göğüs ağrısı, %4 sadece ateş, %15 artrit, %1 erizipel benzeri eritem, %1.5 bel ağrısı idi. Hastaların takiplerinde %76'sında ateş yüksekliği, %86'sında karın ağrısı, %13'ünde erizipel benzeri eritem, %21'inde göğüs ağrısı, %4'ünde miyalji, %32'sinde artrit saptandı. 8 hastada kronik böbrek hastalığı mevcut olup ikisi kro-

nik diyaliz programında idi.14 hastada biyopsi ile kanıtlanmış amiloidoz tespit edildi. Hastaların %2.7'si spondilit, %0.2'si dirençli hastalık aktivitesi, %1'i amiloidoz nedeniyle biyolojik tedavi almaktaydı. 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,

Tablo 4 (PS-002): ESH kullanılan biyolojik ajanlar ve yanıtlar.

| Biyolojik ajan | Süre (ay) Mean±SD | Seyir | | Yanıt | | Yanıt alınan hastalarda seyir | |
|--------------------|----------------------|------------------|---------------------|------------------|-------------------|-------------------------------|---------------------|
| | | Kronik antiküler | Polisiklik sistemik | Komplet remisyon | Parisyel remisyon | Kronik artiküler | Polisiklik sistemik |
| Anakinra (n=20) | 35±31 (3-88) | 9 (%45) | 11 (%55) | 14 (%70) | 2 (%10) | 6 (%30) | 10 (%50) |
| Tocilizumab (n=16) | 27±21 (3-68) | 7 (%44) | 9 (%56) | 13 (%81) | 0 | 6 (%37) | 7 (%44) |
| Etanercept (n=15) | 11±14 (1-48) | 15 (%100) | 0 | 4 (%27) | 0 | 4 (%27) | 0 |
| Infliximab (n=16) | 14±23 (3-76) | 12 (75) | 4 (%25) | 0 | 4 (%25) | 4 (%25) | 0 |
| Adalimumab (n=2) | 12 | 2 (100) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tofacitinib (n=2) | 18 | 0 | 2 (100) | 2 (100) | 0 | 0 | 2 (100) |

%6.7, %2.4, %1 idi (Tablo 1 PS-003). AAA hastalarımızda M694V mutasyonu varlığı ile artrit, erizipel benzeri eritem, proteinüri ve sakroiliit gelişimi arasında anlamlı istatistiksel ilişki saptandı ($p<0,01$). M694V homozigot mutasyonu olanlarda amiloidoz belirgin düzeyde yüksek olmasına rağmen heterozigot mutasyonu olan hastalarda amiloidoz saptanmaması nedeniyle istatistiksel değerlendirme yapılamadı (Tablo 2 PS-003). Hastalık başlangıcı homozigot mutasyonu olanlarda heterozigotlara oranla oldukça erken saptandı ($p<0.001$).

Tablo 1 (PS-003): AAA hastalarının verileri.

| N=402 | n (%) |
|-------------------------|----------|
| Ateş | 299 (76) |
| Karın ağrısı | 347 (86) |
| Erizipel benzeri eritem | 54 (13) |
| Göğüs ağrısı | 83 (21) |
| Ailede AAA öyküsü | 174 (43) |
| Apendektomi | 96 (24) |
| Amiloidoz | 14 (3.5) |
| Kronik böbrek hastalığı | 8 (2) |
| İnflamatuar bel ağrısı | 63 (15) |
| Kalça ağrısı | 27 (7) |
| Topuk ağrısı | 30 (8) |
| Periferik artrit | 129 (32) |
| Üveit | 4 (1) |
| Sakroiliit | 44 (11) |
| Opocalcium kullanımı | 10 (2.5) |

Sonuç: AAA hastalarında takip ve tedavinin devamlılığı amiloidoz gelişimini saptamak açısından önemlidir. AAA hastalarımızda en sık rastlanan mutasyon M694Vdir ve bu hastalarda artrit, erizipel benzeri eritem, sakroiliit literatürle uyumlu olarak anlamlı oranda yüksektir.

Anahtar sözcükler: Ailevi Akdeniz ateşi, MEFV gen mutasyonu

PS-004

Ailevi Akdeniz ateşi hastalarında ISSF skoru ile hastalık şiddetinin değerlendirilmesi ve etki eden faktörler

Nazife Şule Yaşar Bilge, Erdal Bodakçı, Timuçin Kaşifoğlu

İskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İskişehir

Amaç: Ailevi Akdeniz ateşi (FMF), tekrarlayan ateş ve serozit atakları ile karakterize otoinflamatuvar bir hastalıktır. Atakların seyri, sıklığı ve hastalığın şiddeti her hastada farklılık göstermektedir. FMF hastalık şiddetini değerlendirmek için çeşitli skor sistemleri geliştirilmesine rağmen mevcut verilerle hastalık şiddetini öngörmek mümkün değildir. Bu çalışmada FMF hastalarında, hastalık şiddetine etki edebilecek faktörlerin değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

Yöntem: Romatoloji polikliniğinde takipli 150 FMF hastasının dosyaları retrospektif olarak incelendi. FMF hastalık şiddeti Demirkaya ve ark tarafından geliştirilen uluslararası FMF hastalık şiddet skor sistemi (ISSF) (2) ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil olan 150 hastanın 87'si (%58) kadın, 44'ü (%42) erkekti ve ortalama yaşları 35.71 ± 13.22 idi. Hastalar ISSF skora göre skoru ≤ 2 =hafif şiddette, $3-5$ =orta şiddette ve ≥ 6 =ağır şiddette olacak şekilde 3 gruba ayrılarak demografik ve klinik özellikleri karşılaştırıldı. FMF hastalık şiddet skoru ile cinsiyet dağılımı arasında korelasyon saptanmadı ($p>0.05$). Ağır şiddette hastalığı olan grupta semptomların başlama yaşı ve tanı yaşının hafif şiddette hastalığı olan gruba göre daha küçük olduğu saptandı (Tablo 1 PS-004). Hastaların klinik bulguları ile hastalık şiddeti arasındaki korelasyon değerlendirildiğinde plörit, erizipel benzeri eritem (EBE), artrit, miyalji, amiloidoz ve KRY'nin hastalık şiddet skoru ≥ 6 olan grupta hastalık şiddetinin hafif ve orta olduğu gruplara göre daha sık görüldüğü saptandı (Tablo 2 PS-004). Her üç grupta, M694V mutasyonu ile hastalık şiddeti arasındaki ilişki değerlendirildi ve fark saptanmadı ($p=0.109$).

Sonuç: Çalışmamızda FMF hastaları ISSF skor sistemine göre üç gruba ayrıldı. Ağır şiddetli hastalık grubunda semptomların başlama yaşı ve tanı yaşının daha erken olduğu saptandı ve klinik bulguların hastalık şiddeti arttıkça doktora başvurunun daha erken olmasına bağlandı. Plörit, EBE, artrit, miyalji, amiloidoz ve KRY, hastalığın ağır şiddetli olarak değerlendirildiği grupta daha sık görülmekteydi. Daha önce yapılan çalışmalarda amiloidozlu hastalarda artrit ve plöritin daha sık olduğu saptanmıştır. Sonuçlarımızdan yola çıkarak, ağır şiddetli hastalıkta plörit, EBE, artrit ve miyalji daha sık saptandığından bu hastalarda inflamatuvar yanıtın ve sonucunda amiloidozun daha sık görüldüğü söylenebilir. Bu nedenle hastaların takiplerinde ISSF skoru kullanılarak skoru ≥ 6 olan hastaların daha yakın takip edilmesi önerilebilir.

Anahtar sözcükler: FMF, şiddet, ISSF skoru

Tablo 2 (PS-003): M694V mutasyonu ve klinik bulgular arasındaki ilişki.

| N (%) | Negatif (n=125) | Heterozigot (n=129) | Homozigot (n= 89) | p |
|-------------------------|-----------------|---------------------|-------------------|--------|
| Ateş | 75 (60) | 80 (62) | 67 (75) | 0.0503 |
| Karın ağrısı | 107 (85.6) | 107 (82.9) | 79 (88.8) | 0.487 |
| Erizipel benzeri eritem | 5 (4) | 13 (10.1) | 19 (21.3) | 0.0003 |
| Göğüs ağrısı | 21 (16.8) | 24 (18.6) | 20 (22.5) | 0.0575 |
| Uzamış miyalji | 2 (1.6) | 5 (3.9) | 3 (3.4) | 0.535 |
| Artrit | 32 (25.6) | 34 (26.4) | 41 (46.1) | 0.002 |
| Sakroiliit | 11 (8.8) | 12 (9.3) | 19 (21.3) | 0.0096 |
| Amiloidoz | 4 (3.2) | 0 (0) | 10 (11.2) | N/A |
| Proteinüri | 7 (5.6) | 5 (3.9) | 18 (20.2) | 0.000 |

Tablo 1 (PS-004): Hastaların FMF şiddet skorları ile yaş dağılımlarının karşılaştırılması.

| | FMF hastalık şiddeti | | | p | Çoklu karşılaştırma p |
|-----------|----------------------|-------------|-------------|-------|---------------------------|
| | ≤2 (1) | 3-5 (2) | ≥6 (3) | | |
| Yaş | 35.09±13.75 | 37.61±13.61 | 30.68±8.68 | 0.160 | - |
| Sby* | 16.88±9.07 | 18.48±12.25 | 10.94±9.06 | 0.009 | 1-3: 0.0048 2-3: 0.028 |
| Tanı yaşı | 26.62±12.83 | 29.31±14.40 | 19.34±11.13 | 0.031 | 1-3: 0.0048 2-3: 0.028 |

*Semptomlarının başlama yaşı.

Tablo 2 (PS-004): Hastaların FMF hastalık şiddet skorları ile klinik bulgularının karşılaştırılması.

| | | FMF hastalık şiddeti | | | p |
|-----------|-----|----------------------|------------|------------|--------|
| | | ≤2 | 3-5 | ≥6 | |
| Ateş | Var | 49 (%80.3) | 63 (%90.0) | 17 (%89.5) | 0.253 |
| | Yok | 12 (%19.7) | 7 (%10.0) | 2 (%10.5) | |
| Peritonit | Var | 54 (%88.5) | 65 (%92.9) | 18 (%94.7) | 0.579 |
| | Yok | 7 (%11.5) | 5 (%7.1) | 1 (%5.3) | |
| Plörit | Var | 20 (%32.8) | 33 (%41.1) | 14 (%73.7) | 0.006 |
| | Yok | 41 (%67.2) | 37 (%52.9) | 5 (%26.3) | |
| Vaskülit | Var | 3 (%4.9) | 7 (%10.0) | 3 (%15.8) | 0.293 |
| | Yok | 58 (%95.1) | 63 (%90.0) | 16 (%84.2) | |
| EBE | Var | 11 (%18.0) | 40 (%57.1) | 13 (%68.4) | <0.001 |
| | Yok | 50 (%82.0) | 30 (%42.9) | 6 (%31.6) | |
| Artrit | Var | 7 (%11.5) | 19 (%27.1) | 9 (%47.4) | 0.003 |
| | Yok | 54 (%88.5) | 51 (%72.9) | 10 (%52.6) | |
| Miyalji | Var | 20 (%32.8) | 19 (%27.1) | 11 (%57.9) | 0.041 |
| | Yok | 41 (%67.2) | 51 (%72.9) | 8 (%42.1) | |
| Amiloidoz | Var | 3 (%4.9) | 10 (%14.3) | 9 (%47.4) | <0.001 |
| | Yok | 58 (%95.1) | 60 (%85.7) | 10 (%52.6) | |
| KRY | Var | 2 (%3.3) | 1 (%1.4) | 4 (%21.1) | 0.001 |
| | Yok | 59 (%96.7) | 69 (%98.6) | 15 (%78.9) | |

PS-005**Ailevi Akdeniz ateşi hastalarında cinsiyetin klinik bulgular, hastalık şiddeti ve tedavi uyumu üzerine etkisi var mıdır?**Nazife Şule Yaşar Bilge¹, Erdal Bodakçı¹, Muzaffer Bilgin², Timuçin Kaşifoğlu¹¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir; ²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Eskişehir

Amaç: Ailevi Akdeniz ateşi (FMF), en sık görülen otoinflamatuar hastalıktır. FMF her iki cinsiyette eşit sıklıkta görülür. FMF hastalarında erkek cinsiyetin, artrit varlığının, aile öyküsü ve homozigot M694V mutasyonunun şiddetli hastalık ve amiloidoz gelişimi ile ilişkisi olduğuna dair veriler mevcuttur. Ancak şu ana kadar cinsiyet ile hastalık şiddeti ilişkisini bire bir değerlendiren çalışma mevcut değildir. Bu çalışmadaki amaç FMF hastalarında cinsiyet ile klinik bulgular, hastalık şiddeti ve tedavi uyumu arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Yöntem: Romatoloji polikliniğinde takipli 100 FMF hastasının klinik bulguları dosyalarından kaydedildi. FMF hastalık şiddeti

Demirkaya ve ark tarafından geliştirilen uluslararası FMF hastalık şiddet skor sistemi (ISSF) ile değerlendirildi. İlaç uyumunu değerlendirmek içinde modifiye Morisky tedavi uyum ölçeği anketleri uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 100 hastanın 56'sı kadın, 44'ü erkekti. Kadın hastaların ortalama yaşı 34.71±12.31, erkeklerinki 35.29±15.04 idi ve her iki grupta yaşlar arasında anlamlı fark yoktu (p=0.835) (Tablo 1 PS-005). Hastaların klinik bulguları karşılaştırıldığında ateş, peritonit, plörit, vaskülit, artrit, miyalji, amiloidoz ve kronik renal yetmezlik gelişimi açısından fark olmadığı (p>0.05) ancak erizipel benzeri eritemin (EBE) kadınlarda (%58.9 vs %29.5, p=0.006) daha sık görüldüğü saptandı (Tablo 2 PS-005). Hastaların FMF şiddet skorları cinsiyete göre karşılaştırıldığında her iki cinsiyet arasında fark olmadığı saptandı (2.93±2.05 vs 3.12±2.21, p=0.716). Çalışma grubunda yer alan hastaların kolşisin dozu ve kullanım sürelerinin cinsiyetler arası fark göstermediği saptandı (p=0.608 ve p=0.868). Morisky ilaç uyum ölçeği ile hastaların bilgi düzeyleri ve motivasyon durumları değerlendirildiğinde kadın erkek arası fark olmadığı görüldü (p=0.112 ve p=0.228).

Tablo 1 (PS-005): Hastaların cinsiyete göre yaşlarının, semptomlarının başlama yaşı (SBY) ve tanı yaşlarının karşılaştırılması.

| | Ortalama ± standart sapma | | p |
|-----------|---------------------------|-------------|-------|
| | Kadın | Erkek | |
| Yaş | 34.71±12.31 | 35.29±15.04 | 0.835 |
| SBY | 16.14±11.10 | 18.20±12.75 | 0.465 |
| Tanı yaşı | 25.80±12.46 | 27.40±15.38 | 0.770 |

Tablo 2 (PS-005): Cinsiyete göre klinik bulguların karşılaştırılması.

| | | Kadın | Erkek | p |
|--------------|-----|------------|------------|-------|
| Karın ağrısı | Var | 44 (%78.6) | 39 (%88.6) | 0.288 |
| | Yok | 12 (%21.4) | 5 (%11.4) | |
| Peritonit | Var | 51 (%91.1) | 43 (%97.7) | 0.225 |
| | Yok | 5 (%8.9) | 1 (%2.3) | |
| Plörit | Var | 29 (%51.8) | 22 (%50.0) | 1.000 |
| | Yok | 27 (%48.2) | 22 (%50.0) | |
| Vaskülit | Var | 4 (%7.1) | 1 (%2.3) | 0.381 |
| | Yok | 52 (%92.9) | 43 (%97.7) | |
| EBE | Var | 33 (%58.9) | 13 (%29.5) | 0.006 |
| | Yok | 23 (%41.1) | 31 (%70.5) | |
| Artrit | Var | 14 (%25.0) | 9 (%20.5) | 0.767 |
| | Yok | 42 (%75.0) | 35 (%79.5) | |
| Miyalji | Var | 19 (%33.9) | 17 (%38.6) | 0.782 |
| | Yok | 37 (%66.1) | 27 (%61.4) | |
| Amiloidoz | Var | 8 (%14.3) | 10 (%22.7) | 0.407 |
| | Yok | 48 (%85.7) | 34 (%77.3) | |
| KRY | Var | 2 (%3.6) | 4 (%9.1) | 0.401 |

Sonuç: Çalışmamızda FMF hastalarının klinik bulgularının, hastalık şiddetinin, kolşisin kullanımı ve dozunun, ilaç uyumunun cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediği değerlendirildi. EBE kadınlarda daha sık görülen bir klinik bulgu iken FMF'in ana klinik özellikleri olan ateş, serözit gibi bulguların her iki cinsiyette de benzer sıklıkta olduğunu saptadık. FMF hastalık şiddetini etkileyen bazı faktörlerden bahsedilse de cinsiyetin bunlardan biri olmadığını ve FMF hastalarının her iki cinsiyette de ilaç uyumunun benzer olduğunu gördük.

Anahtar sözcükler: FMF, cinsiyet, şiddet, ilaç uyumu

PS-006

Ailesel Akdeniz ateşi hastalarında yurtdışı kolşisin tedavisi: Yurtiçi kolşisine bir üstünlüğü var mıdır?

Ozan Cemal İcaçan, Nilüfer Alpaz Kanitez, Selda Çelik, Barış Yılmaz, Sibel Yılmaz Öner, Cemal Bes

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

Amaç: Kolşisin, Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA)'nın tedavisinde güvenle kullanılan, etkin ve AAA ilişkili amiloidozu engellediği çalışmalarla kanıtlanmış bir ilaçtır. Bu çalışmamızda, yan etki ya da etkisizlik nedeniyle yurtiçi kolşisini keserek bunun yerine yurtdışı kolşisin tedavisi başladığımız, en az 6 aylık izlemi

olan AAA hastalarında bu tedavi değişikliğinin hastalık aktivitesini baskılamada etkin olup olmadığını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya, Tel Hashomer kriterlerine göre AAA tanısı almış ve en az 6 aydır yurtdışı kolşisin tedavisi almakta olan t47 hasta alındı. Hastaların demografik özellikleri, hastalık yaşı, tanı yaşı, yurtiçi kolşisin tedavisi altında son 6 aydaki atak sayısı, yurtdışı kolşisin kullanımı sonrası 6 aylık izlemdeki atak sayısı gibi veriler gözden geçirildi.

Bulgular: 47 hastanın 29'u (%61.7) kadın, 18'i erkek, yaş ortalaması 35.06±10.39, hastalık yaşı ortalaması 20.81±12.68 yıl, ortalama tanı yaşı 8.13±7.08. Yurtdışı kolşisin tedavisine geçilme nedeni 42 hastada (%89.44) etkisizlik, 5 hastada (%10.6) ise yan etkilerdi. Yurtiçi ve yurtdışı kolşisin tedavisi altında 6 aylık takipteki atak sayıları normal dağılım gösterdiğinden yapılan karşılaştırmalar bağımlı gruplar Student t testi kullanılarak karşılaştırıldı. P değerinin 0.05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuç kabul edildi. Yurtiçi kolşisin tedavisi altında son 6 aydaki ortalama atak sayısı 6.91±5.55 iken, yurtdışı kolşisin tedavisine geçildikten sonra 6 aylık izlemdeki ortalama atak sayısı 3.40±5.28 olarak anlamlı bir şekilde azalmış bulundu (p=0.001).

Tablo (PS-006): Hastaların demografik özellikleri.

| Değişken | Ortalama±SD |
|--|-------------|
| Yaş | 35.06±10.39 |
| Hastalık yaşı | 20.81±12.68 |
| Tanı yaşı | 8.13±7.08 |
| Yurtiçi kolşisin tedavisi altında son 6 aydaki ortalama atak sayısı | 6.91±5.55 |
| Yurtiçi kolşisin dozu (mg/gün) | 1.82±0.26 |
| Yurtdışı kolşisin dozu (mg/gün) | 1.88±0.35 |
| Yurtdışı kolşisin tedavisi altında son 6 aydaki ortalama atak sayısı | 3.40±5.28 |
| Yurtdışı kolşisin verilme nedeni | |
| Etkisizlik N (%) | 42 (89.4) |
| Yan etki N (%) | 5 (10.6) |

Sonuç: Kolşisin, AAA'nın tedavisinde güvenle kullanılan, etkinliği ve amiloidozu engellediği birçok çalışma ile kanıtlanmış bir ilaçtır. Yurtiçi kolşisin preparatları ile yan etki geliştiğinde veya bu ilacın etkisiz kaldığı durumlarda genellikle yurtdışı kolşisin tedavisine geçilmektedir. Kolşisin preparatlarını birbirinden ayıran en önemli özellik ilaca eklenen katkı maddeleridir. Kolşisin preparatlarının hepsinin aynı etkinlikte olmaması ya da yan etki profilinin farklı olmasının nedeni katkı maddelerinin farklılığı ile açıklanabilir. AAA tedavisinde, yurtdışı kolşisinin yurtiçi kolşisine göre bir üstünlüğü olup olmadığı konusunda günümüze kadar yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır. Hasta sayısı az ve izlem süresi kısa olmasına karşın bu çalışma bize, yurtdışı kolşisinin uygun hasta grubunda yurtiçi kolşisine iyi bir alternatif olduğunu göstermiştir.

Anahtar sözcükler: Kolşisin, amiloidoz, yurtdışı

PS-007

Ailevi Akdeniz ateşi hastalarının atak öncesi prodrom sıklığı, özellikleri ve klinik faktörlerle olan ilişkisi

Hakan Babaoğlu, Özkan Varan, Nuh Ataş, Hasan Satış, Reyhan Bilici Salman, Şeminur Haznedaroğlu, Berna Göker, Mehmet Akif Öztürk, Abdurrahman Tufan

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

Amaç: FMF hastalarında atak öncesi prodrom döneminin varlığı yaklaşmakta olan bir atağın sonlandırılması veya atak şiddetinin azaltılması için yapılacak önleyici tedaviler açısından bir fırsat penceresi olabilir. Nitekim diğer periyodik ateş sendromları olan TRAP ve HIDS'de bu fırsat penceresinde kısa etkili IL-1 inhibitörü kullanımının hastalık atağını engellediği gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı FMF hastalarındaki atak öncesi prodrom sıklığının belirlenmesi, prodrom belirtilerinin saptanması ve klinik faktörlerle ilişkisinin araştırılmasıdır.

Yöntem: Çalışmaya Gazi FMF kohortundan 677 hasta dâhil edildi. Hastaların demografik verileri, hastalık özellikleri ve MEFV mutasyonları kaydedildi. Hastalara atak tipleri ve varsa atak öncesi prodromları ve prodrom özellikleri kohort veritabanından analiz edildi. Yaş, cinsiyet, hastalık başlangıç yaşı, MEFV gen durumu, m694v mutasyonu varlığı, homozigot MEFV mutasyonu gibi bağımsız klinik faktörler kullanarak prodrom varlığını öngörme açısından lojistik regresyon analizi yapıldı.

Bulgular: Hastaların %61'i kadın, ortalama yaşı 37±11.7 idi. Hastaların %84'ünün atak prodromuna sahip olduğu saptandı (Tablo 1 PS-007). En sık prodrom belirtilerinin atak bölgesindeki rahatsızlık hissi, halsizlik ve iştahsızlık olduğu, prodromun ortanca latent süresinin 2.5–3 (0.5–72) saat olduğu saptandı. Hastaların atak tiplerine göre yapılan atak öncesi dönem semptom değerlendirmesinde, atak şekli ateş olan hastaların %81, peritonit olanların %87, plevrit olanların %67, artrit olanların %73, ELE olanların %50 ve miyozit olanların %57'sinin atak öncesi prodrom döneminde hastaya özgü semptomatik bulgularının olduğu saptandı. Yapılan regresyon analizinde prodrom varlığının bağımsız klinik belirleyicileri araştırıldı. Peritonit olanlarda prodrom olma belirleyicisinin, kadın cinsiyet [OR=2.227 (1.23–4.25), p=0.01], miyozit prodromu varlığı belirleyicisinin, m694v pozitifliği [OR=3.57 (1.5–8.4), p=0.004] olduğu saptandı (Tablo 2 PS-007).

Tablo 1 (PS-007): Hastaların demografik verileri ve hastalık özellikleri.

| | N=677 |
|------------------------------|-------------|
| Yaş, yıl | 37 (11.7) |
| Kadın | 412 (%61) |
| FMF tanı yaşı, yıl (n=633) | 24.6 (12.4) |
| Hastalık süresi, yıl (n=616) | 21 (12) |
| Aile öyküsü (n=592) | %67 |
| Ateş | 222 (%32) |
| Peritonit | 564 (%83) |
| Plevrit | 365 (%54) |
| Artrit | 443 (%65) |
| Miyozit | 163 (%24) |
| Erizepel benzeri eritem | 202 (%30) |
| Prodrom varlığı | 566 (%84) |
| m694v/m694v | 176 (%26) |
| M694v/ | 122 (%18) |
| m694v/M680I | 62 (%9) |
| M694v/v726a | 49 (%7) |
| M694v/e148q | 30 (%4) |
| m680I/m680I | 21 (%3) |

Sonuç: FMF hastaların büyük kısmında atak öncesi dönemde değişken sürelerde kişiye ve atak tipine özgü semptomlar olabilmektedir. Bu semptomlar bütünü genel olarak prodrom dönemi olarak adlandırılabilir. Bu dönem hastalığın patogenezindeki temel sitokin olan IL-1b artışının başladığı dönem olabilir. Bu fırsat penceresi döneminde IL-1 inhibitörü kullanımı ile atakların ortaya çıkması engellenebilir veya atak şiddeti azaltılabilir. Bunun için sitokin ve/veya ilaç çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Anahtar sözcükler: Ailevi Akdeniz ateşi, Prodrom, FMF

PS-008

Çocukluk çağı ailevi Akdeniz ateşi olgularında kanakinumab deneyimi

Rabia Miray Kışla Ekinci¹, Sibel Balcı¹, Derya Ufuk Altıntaş², Mustafa Yılmaz¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Adana; ²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Allerji ve İmmunoloji Bilim Dalı, Adana

Tablo 2 (PS-007): Atak tiplerine göre prodrom varlığı ve klinik belirleyicilerin değerlendirilmesi.

| | Prodrom | | | Prodrom klinik belirleyici faktörler | |
|-------------------------------|---------------|-----------|----|--|-------|
| | Bütün Ataklar | Bazıları | % | OR (%95 GA) | P |
| Ateş n=222 | 130 (%59) | 50 (%22) | 81 | Saptanmadı | |
| Peritonit n=564 | 360 (%64) | 128 (%23) | 87 | Kadın 2.3 (1.23–4.25) | 0.01 |
| Plevrit n=365 | 162 (%44) | 83 (%23) | 67 | Hastalık başlangıç yaş <18, 1.7 (0.99–3.1) | 0.055 |
| Artrit n=443 | 200 (%45) | 124 (%28) | 73 | Saptanmadı | |
| Miyozit n=163 | 59 (%36) | 34 (%21) | 57 | M694v 3.6 (1.5–8.5) | 0.004 |
| Erizepel benzeri eritem n=202 | 53 (%26) | 46 (%24) | 50 | Saptanmadı | |

Klinik belirleyici olarak kullanılan faktörler: yaş, cinsiyet, 18 yaşından önce tanı almış olmak, m694v varlığı, homozigot MEFV mutasyonu varlığı.

Amaç: Dünyada en sık görülen kalıtsal otoinflatuar hastalık olan Ailevi Akdeniz ateşi (AAA) tedavisinde kolşisin preparatları uzun yıllardır kullanılmaktadır. Ayrıca, hastalık patogenezinde pirin proteinini kodlayan MEFV genindeki otozomal resesif geçişli mutasyonların aşırı Interlökin 1, yanıtına yol açtığı kanıtlandığından bu yana anti-IL1 tedavilerin dirençli AAA olgularında başarı ile kullanıldıkları bildirilmektedir. Kanakinumab, uzun etkili selektif insan monoklonal IL-1 β antikorudur. Bu çalışmada, merkezimizde takip edilen AAA'lı hastalarda kanakinumab deneyimimizi paylaşmayı amaçladık.

Yöntem: Bölümümüzde AAA tanısı ile takip edilen 665 hasta arasından, kanakinumab tedavisi verilen 14 hasta (5 erkek, 9 kız) çalışmaya dahil edilmiştir. Demografik özellikleri, genetik sonuçları, klinik ve laboratuvar parametreleri, kanakinumab tedavi süreleri ve alınan yanıtlar geriye dönük olarak kaydedilmiştir.

Bulgular: Olguların 11'i (%75.8) M694V homozigot genotipinde olup, diğer 3 olgunun MEFV geninde P369S/R202Q birleşik heterozigot, R202Q homozigot ve R202Q heterozigot mutasyonları mevcuttu. Hastaların ortanca semptom başlama yaşı 3.5 (0.5–10) yıl, tanı yaşı 6 (3–16) yıl, takip süresi 7.5 (1–17) yıl ve kanakinumab başlama yaşı 11 (4–18) yıl olarak saptandı. Uygulanan ortanca kanakinumab dozu 3 (2–4) mg/kg olup, 12 (%85.7) vakada 2 ayda bir uygulanmıştır. Ortanca kanakinumab uygulama sayısı 9, minimum 2- maksimum 60'tur. Hastaların 9'unda (%64.3) akut faz yanıtı ilk kanakinumab dozundan sonra normale dönmüştür. 10 (%71.5) hastada tam yanıt alınmış ve tedavi sonrasında atak gözlenmemiştir. Kanakinumab tedavi endikasyonları; 1 hastada renal amiloidoz, 11 hastada tolere edilen en yüksek kolşisin dozuna rağmen ayda birden fazla atak geçirme ve atak dışı dönemde akut faz yanıt yüksekliği olup, bu hastaların 2'sinde kolşisin intoleransı da gözlenmiştir. İki hastada (%14.2) endikasyon persistan artrit olup, öncesinde kolşisin tedavisine ek olarak metotreksat ve etanersept kullanılmış ancak remisyon sağlanamamıştır. Poliartiküler tutulumlu, RF pozitif artriti olan hastada hastalık önce kısmi cevap sonra hastalık nüksü ve eklem hasarı ile seryetmiştir. Hastaların hiçbirinde yan etki gözlenmemiştir.

Sonuç: Kanakinumab, kolşisin dirençli çocukluk çağı AAA ve sekonder renal amiloidozda kolşisine ek olarak etkin ve güvenilir bir tedavi seçeneği olup, destrüktif poliartriti olan vakalarda eklem bulguları üzerine beklenen etkiyi gösterememiştir

Anahtar sözcükler: Ailevi Akdeniz ateşi, çocuk, kanakinumab

PS-009

Ailevi Akdeniz ateşi hastalarında atak ve remisyon sırasında gözlenen hemogram değişkenleri

Yunus Emre Özer¹, Emel Gönüllü², Ünal Erkokmaz³

¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sakarya; ²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya; ³Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Sakarya

Amaç: Ailevi Akdeniz Ateşi ateş ve poliserozit ataklarının görüldüğü otoinflatuar, otozomal resesiv geçişli bir hastalıktır. Klinik gidişi heterojendir ve atak dönemlerinde klinik verilere ek olarak C Reaktif proteininin arttığı gösterilmiştir. Bizim bu çalışmamızda hastalarımızı klinik yakınmaların eşlik ettiği dönemde yüksek CRP düzeyini atak, kliniğin olmadığı ve CRP düzeyinin normal olduğu dönemi remisyon saydığımız anda hemogram sayımında gözlenen değişiklikleri retrospektif olarak gözlemlemektedir.

Olgu: Çalışmaya 67 hasta dahil edildi. Dahil edilen toplam 67 hastanın 21'i erkek, 46'sı kadın idi. Erkek hastaların yaş ortalaması 41.57 \pm 11.08, kadın hastaların ise 35.84 \pm 11.75 idi. Tüm hastaların ortalama yaşı ise 38.18 \pm 11.20 idi. 54 hastanın verileri çalışmaya uygun görülerek incelendi (Tablo PS-009). Çalışmada kullanılan tüm sürekli değişkenlerin dağılımı normal dağılıma uygun olmadığından dolayı remisyon ve atak dönemlerinde hematolojik değişkenler yönünden farklılığın incelenmesinde Wilcoxon T testi kullanıldı.

Sonuç: FMF hastalarının remisyon ve atak dönemleri arasında hematolojik değişkenler yönünden yapılan karşılaştırmalarda nötrofil yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (0.047). Diğer değişkenler yönünden ise anlamlı fark bulunmadı.

Anahtar sözcükler: Ailevi Akdeniz ateşi, hemogram

PS-010

Ailevi Akdeniz ateşi (FMF) hastalarının tedaviye uyumlarının MORISKY-8 skalası ile değerlendirilmesi

Selin Cilli Hayıroğlu, Hayal Ahmetoğlu, Nurdan Kotevoğlu

Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul

Amaç: Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi FTR Anabilim Dalı/Romatoloji polikliniğinde izlenen FMF hastalarının tedaviye uyumlarını ve klinik özelliklerini tespit etme.

Tablo (PS-009): Ailevi Akdeniz ateşi olan hastaların remisyon ve atak dönemlerinde hemogram özellikleri.

| | n | Atak | Remisyon | p |
|-----------------------------------|----|---------------------------|---------------------------|--------|
| CRP | 54 | 27.90 [17.60–51.10] | 3.23 [3.03–4.20] | <0.001 |
| RDW (Red cell distribution width) | 54 | 16.00 [14.80–17.00] | 16.10 [15.20–17.30] | 0.157 |
| MPV (mean platelet volume) | 54 | 7.50 [6.85–8.29] | 7.52 [7.02–8.20] | 0.054 |
| PDW (platelet distribution width) | 54 | 17.70 [17.20–18.20] | 17.70 [17.30–18.30] | 0.185 |
| Nötrofil | 54 | 4740.00 [3330.00–6180.00] | 3815.00 [2980.00–4660.00] | 0.047 |
| Lenfosit | 54 | 1900.00 [1500.00–2210.00] | 2035.00 [1700.00–2400.00] | 0.060 |
| Nötrofil/Lenfosit | 54 | 1.14 [0.90–1.25] | 0.79 [0.57–1.47] | 0.137 |

Yöntem: Polikliniğimizde takip edilmekte olan 143 FMF hastasının kayıtları retrospektif olarak incelendi. Telefon görüşmesi ile Morisky-8 ilaç uyumu ölçeği doldurulması hedeflendi. Telefonla arama ile 123 hastaya ulaşılabildi. Ulaşılabilen hastaların 56'sı ilgili ölçeği doldurmayı kabul etti. Mann-Whitney, Kruskal-Wallis ve Spearman Korelasyon testleri kullanıldı.

Bulgular: Kadın hasta sayısının (%73) ağırlıklı olduğu hasta grubumuzda hastaların 2/3'ünde aile hikayesi mevcuttu. Hastaların tanı konma yaşı ortalama 30 ± 13 , şikayet başlama yaşı ise ortalama 22 ± 12 idi. Eklem şikayetlerinin alt ekstremitelerde (ayak, diz) daha fazla olduğu, hastaların önemli oranında (%80) karın ağrısı şikayetinin eşlik ettiği dikkati çekmekteydi. Plörit atağı ve ateş diğer izleyen şikayetlerdi (sırasıyla %65, %83). Hastaların %40'nun akut fazları yüksekti. Atak sıklığı hastaların %54'ünde ayda ≤ 3 gün idi. Atak süresi çoğunlukla 3 gün civarında idi. Tüm grupta 17 hasta ilacı kullanmayı bıraktığını ifade etti. Morisky-8 ölçeğinin puanının yükselmesi (daha fazla ilaç uyumsuzluğu) ile tanı alma yaşının ileri olması arasında zayıf olmakla birlikte pozitif yönde korelasyon tespit edildi ($p\leq 0.05$). Morisky-8 ölçeği skorlaması ile yaş cinsiyet hastalık süresi eklem tutulum tipi ilişkili bulunamadı.

Sonuç: FMF gibi intermittan seyreden, yaşam boyu devam eden ve ciddi sonuçları olabilen bir hastalıkta tedaviye uyum beklenen düzeyde değildir. Hastaların bu konuda daha yakın takibine, hastalıkla ve tedavisiyle ilgili bilgilendirilmelerine ihtiyaç vardır.

Anahtar sözcükler: Ailevi Akdeniz ateşi, karın ağrısı, morisky-8, FMF

PS-011

Ailevi Akdeniz ateşi atakları lüzumu halinde anakinra kullanımı ile engellenebilir mi?

Hakan Babaoğlu, Özkan Varan, Nuh Ataş, Hasan Satuş, Reyhan Bilici Salman, Şeminur Haznedaroğlu, Berna Göker, Mehmet Akif Öztürk, Abdurrahman Tufan

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

Amaç: IL-1 antagonistleri kolşisin dirençli FMF (cr-FMF) hastalarında tercih edilen tedavilerdir. Bu ajanların hastalık kontrolü sağladığı ve hayat kalitesini iyileştirdiği bilinmektedir. Fa-

kat, bu tedavi seçeneklerinin maliyeti düşünüldüğünde, farmakoekonomik açıdan yeni tedavi rejimlerinin etkinliğinin araştırılması gerekmektedir. Bu çalışmada cr-FMF hastalarında lüzumu halinde (LH) anakinra kullanımının atak önleme veya şiddetini azaltmadaki etkinliğinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Hastaların demografik verileri, hastalık özellikleri ve MEFV mutasyonlarının başlangıç vizitinde; izlemde ortaya çıkan atakların tipleri, süresi, şiddeti ve her bir atağın günlük yaşam üzerindeki etkilerinin mobil uygulama (FMFAIDD) veya atak günlüğü ile kaydedildiği Gazi FMF kohort verileri retrospektif olarak analiz edildi. Hastalık takibi süresince herhangi bir dönemde LH anakinra kullanan hastalar çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: 15 hastanın takip süresince bir dönem LH anakinra kullandığı saptandı. LH anakinra kullanımının rasyoneli belirgin atak prodromu (n=10) veya atak tetikleyicisi (n=3) olmasıdır. Atak prodromu olan hastalara atak geleceğini hissettiklerinde, anakinra öncesi dönemdeki atak günü kadar ardışık, atak tetikleyicisi olan hastalara ise tetikleyici ile karşılaştığı sürece LH anakinra kullanması önerilmektedir. Ayrıca, İki hastanın ise atak şiddet ve süresini azalttığı gerekçesiyle kendi isteği ile LH anakinra kullandığı saptandı. Altı hastada günlük kullanım sonrasında LH uygulamaya geçildiği, 9 hastanın ise doğrudan LH anakinra uyguladığı saptandı. Bütün hastalar tolere edilebilir maksimum doz kolşisin kullanıyordu. Persistan akut faz yükseklikleri veya proteinürileri yoktu. LH anakinra kullanımı median süresi 6 (3-36) ay olarak saptandı. LH anakinra öncesi ve sonrası atak özellikleri karşılaştırıldı (Tablo PS-011). LH anakinra kullanımının atak frekans ($p=0.001$), şiddet ($p=0.002$) ve süresini ($p=0.001$) ve devamsızlık-verimsizlik ($p=0.002$) parametrelerini azalttığı saptandı. Atak prodrom döneminde anakinra kullanan hastalarda (n=10), %40 prodromun atağa ilerlemesinin engellendiği, ilerleyen atakların ise şiddet ve süresinin azaldığı saptandı. LH anakinra kullanımının halen 10 hastada (%66) devam ettiği, 5 hastanın tekrar süregelen kullanıma geçildiği saptandı.

Sonuç: LH anakinra bazı seçilmiş hastalarda FMF ataklarının ortaya çıkışını önemli oranda engelleyen ayrıca ortaya çıkan atakların süresini ve şiddetini azaltabilen maliyet etkin bir tedavi seçeneğidir.

Anahtar sözcükler: FMF, anakinra

Tablo (PS-011): Lüzumu halinde anakinra kullanımı önce ve sonrasında atak özelliklerinin karşılaştırılması.

| n=15 | Kolşisin | Kolşisin+Lüzumu halinde anakinra | p |
|---------------------|----------------|----------------------------------|-------|
| Ataş şiddeti, VAS | 10 (7-10) | 6 (0-10) | 0.002 |
| Süre, gün | 3 (2-5) | 1.5 (0-5) | 0.001 |
| Sıklık, n | 4 (3-9) | 2 (0-5) | 0.001 |
| CRP (ml/dl) | 5.1 (2.4-12.5) | 4.2 (2.7-14.4) | 0.58 |
| AIDAI | 18 (5-100) | 4 (0-27) | 0.001 |
| Atak/prodrom oranı* | 1 | 0.6 (0-1) | 0.02 |
| Devamsızlık | 7 (2-23) | 2 (0-9) | 0.002 |
| Verimsizlik | 9 (4-30) | 3.5 (0-13) | 0.002 |

Atak frekansı, devamsızlık ve verimsizlik parametreleri 3 aylık ortalama değer olarak sunulmuştur. AIDAI: Otoinflamatuvar hastalık aktivite indeksi; CRP: C-reaktif protein; VAS: Görsel analog skala. *10 hasta prodrom nedeniyle aralıklı anakinra kullanılmaktadır.

PS-012

Erişkin başlangıçlı Still hastalığı tanısında hangisi daha değerlidir? Tek başına nötrofil mi nötrofilik lökositoz mu?

Emre Bilgin, Abdulsamet Erden, Berkan Armağan, Alper Sarı, Gözde Kübra Yardımcı, Bayram Farisoğulları, Ertuğrul Çağrı Bölek, Levent Kılıç, Ömer Karadağ, Ali Akdoğan, Şule Apraş Bilgen, Ali İhsan Ertenli, Sedat Kiraz, Umut Kalyoncu

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

Amaç: Yamaguchi kriterleri erişkin başlangıçlı Still hastalığı (EBSH) tanısında en yaygın kullanılan kriter setidir. Bu kriter setinin majör bileşenlerinden biri de nötrofilik lökositozdur. Ancak nötrofilik lökositozun, tek başına nötrofiliden daha üstün olduğuna dair veriler yetersizdir. Bu çalışmada Yamaguchi kriterlerinde “nötrofilik lökositoz” yerine tek başına “nötrofilinin” kullanılmasının tanısal faydasının gösterilmesi.

Yöntem: Bölümümüzde EBSH tanısı alıp takip edilen hastalar çalışmaya dahil edildi. EBSH tanısı başvuru şikayeti, hikayesi, fizik muayene, laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri bulguları ışığında klinisyenin kararına göre konulmuş olmakla birlikte tüm hastalara Yamaguchi kriterleri uygulandı. Tanı anındaki tam kan sayımı kullanıldı. Yamaguchi kriter setinin majör komponentlerinden biri nötrofilik lökositozdur (>%80 granülosit). Laboratuvarımızdaki test üst limitleri ışığında lökositoz [$(>10000/\text{mm}^3) \times 1000$] ve nötrofilii [$(>6400/\text{mm}^3) \times 1000$] tanımlandı. Normal dağılmayan değişkenlerin tanımlayıcı istatistiği medyan ve çeyrekler arası aralık olarak [Med(ÇAA)] olarak verildi.

Bulgular: Toplam 61 [46 (75%) kadın] hasta dahil edildi. Majör ve minör Yamaguchi kriter komponentlerinin sıklığı Tablo PS-012’de verilmiştir. Medyan lökosit ve nötrofil sayısı sırasıyla 13.5 (ÇAA; $10.1-18.9$) $\times 1000/\text{mm}^3$, 12 (ÇAA; $7.2-17.6$) $\times 1000/\text{mm}^3$ olarak bulundu. “Nötrofilii”, “nötrofilik lökositoz” a göre daha sık saptandı [51 (83.6%)–37 (60.6%), $p < 0.001$]. Eğer “nötrofilik lökositoz” yerine “nötrofilii” majör kriter olarak kullanılırsa, 14 (%23) hasta 1 majör kriteri karşılamış olacaktır. Mevcut Yamaguchi kriterleri bu hastalara uygulandığında 61 hastanın 57’si (%93.5) kriterleri karşılarken, “nötrofilik lökositoz” yerine “nötrofilii” majör kriter olarak alınıp Yamaguchi kriterleri uygulandığında tüm hastaların kriterleri karşıladığı görüldü.

Tablo (PS-012): Yamaguchi kriter setinin majör ve minör komponentlerinin görülme sıklığı.

| Parametre | n, % |
|-------------------------------------|-----------|
| Ateş | 61 (100) |
| Artralji | 58 (95) |
| ANA ve RF negatifliği | 58 (95) |
| Boğaz ağrısı | 48 (79) |
| Karaciğer fonksiyon testi bozukluğu | 47 (77) |
| Döküntü | 43 (71) |
| Lökositoz ve >%80 nötrofilii | 37 (60.6) |
| Lenfadenopati ve/veya splenomegali | 23 (38) |

Sonuç: Çalışmaya dahil edilen, lökositozu olan tüm hastalarda nötrofilii mevcut iken bunun tersi doğru değildir. Diğer bir de-

yişle, “nötrofilii” yerine “nötrofilik lökositoz” kriter olarak alındığında, Yamaguchi kriterleri kullanılarak hastaların %7’sinde EBSH tanısı atlanacaktır. Bununla birlikte, reaktif hemofagositozun lökosit sayısını etkileyeceği daima akılda tutulmalıdır. Sonuç olarak, “nötrofilik lökositoz” yerine “nötrofilii” varlığının kriter olarak kullanılması, gerçek yaşamda EBSH tanısı için daha uygun gözükmektedir.

Anahtar sözcükler: Nötrofilii, nötrofilik lökositoz, erişkin başlangıçlı Still hastalığı

PS-013

Erişkin başlangıçlı Still hastalığının diğer nedeni bilinmeyen ateş etyolojilerinden ayrımında ferritin için farklı kestirim değerlerinin karşılaştırılması:

Tek merkezli, prospektif çalışma sonuçları

Emre Bilgin, Abdulsamet Erden, Berkan Armağan, Alper Sarı, Gözde Kübra Yardımcı, Bayram Farisoğulları, Ertuğrul Çağrı Bölek, Levent Kılıç, Ömer Karadağ, Ali Akdoğan, Ali İhsan Ertenli, Şule Apraş Bilgen, Sedat Kiraz, Umut Kalyoncu

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

Amaç: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı (EBSH) nadir bir otoimmün hastalıktır ve sık başvuru şekillerinden biri nedeni bilinmeyen ateştir (NBA). Reaktif lenfositosis, ARDS gibi ölümcül komplikasyonlar EBSH sürecinde görülebilir, bu nedenle EBSH erken tanı ve tedavisi hayati önem taşımaktadır. Akut faz reaktanlarından biri olan ferritin, EBSH’nda sistemik inflamasyona bağlı olarak yükselir. EBSH-NBA ayrımındaki rolü ise net değildir. Bu çalışmada NBA ile başvuran hastalarda EBSH’na yönlendirecek ferritin kestirim değerlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Hastanemiz İç Hastalıkları yataklı servislerine NBA etyolojisi araştırılmak üzere yatırılan hastalar 30 aylık süre içinde kaydedildi. Tüm tanı yöntemlerinin kullanılmasına rağmen tanı koyulamayan hastalar dışlandı. Bölümümüzde EBSH tanısı konulup takip edilen hastalar çalışmaya dahil edildi, bu hastalardan da tanı anındaki ferritin değerleri bilinmeyenler dışlandı. Belirlenen ferritin kestirim değerlerinin tanısal performansının değerlendirilmesi için Receiver Operator Curve (ROC) analizi yapıldı. Laboratuvarımızda kullanılan ferritin normal üst limiti ise 336 ng/ml idi.

Bulgular: Toplam 150 hasta (EBSH grubu için $n=63$; NBA grubu için $n=87$) dahil edildi. Medyan ferritin seviyesi EBSH grubunda, NBA’ya göre anlamlı olarak daha yüksek saptandı [1705 (657–6417) ng/ml–424 (141–1188) ng/ml, $p < 0.001$]. NBA grubu ayrıca üç alt gruba ayrıldı: romatolojik ($n=31$, %35.6), infeksiyöz ($n=28$, %32.2) ve malign ($n=28$, 32.2%) nedenler. Bu alt gruplarda medyan ferritin düzeyleri sırasıyla 222 (104–1020), 527 (145–1057), 599 (166–2766) ng/ml idi. Belirlenen ferritin kestirim değerleri için eğri altında kalan alan (EAA), %95 güven aralıkları, sensitivite ve spesifisite değerleri Tablo PS-013’de verilmiştir. Devamlı değişken olarak alındığında ferritin değerleri için oluşan ROC eğrisi Şekil PS-013’de verilmiştir.

Sonuç: EBSH-NBA ayrımında belirlenen tüm ferritin kestirim değerleri için test performansı yeterince iyi olarak saptandı. Bu-

Tablo (PS-013): Ferritin kestirim değerleri için eğri altında kalan alan (EAA), %95 güven aralıkları, sensitivite ve spesifisite değerleri.

| Kestirim değeri (ng/ml) | Eğri altında kalan alan (EAA) | Sensitivite, % | Spesifisite, % | p değeri | 95%, güven aralığı (GA) |
|-------------------------|-------------------------------|----------------|----------------|----------|-------------------------|
| >3xÜL | 0.66 | 64 | 68 | 0.001 | 0.56–0.74 |
| >5xÜL | 0.67 | 52 | 82 | <0.001 | 0.58–0.74 |
| >750 | 0.69 | 75 | 63 | <0.001 | 0.60–0.77 |
| >1250 | 0.66 | 59 | 76 | 0.001 | 0.57–0.75 |
| >2500 | 0.66 | 43 | 85 | 0.001 | 0.57–0.75 |

nunla birlikte, normal üst limit kestirim değeri olarak alındığında sensitivite %98 iken, normalin 5 kat üstü kestirim değeri olarak alındığında spesifisite %82 olarak saptandı. EBSH ile NBA alt grupları arasındaki ayırmda ferritin rolünün belirlenmesi için daha fazla hasta sayısına sahip çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar sözcükler: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı, nedeni bilinmeyen ateş, ferritin

PS-014

Erişkin başlangıçlı Still hastalığını diğer nedeni bilinmeyen ateş etyolojilerinden nasıl ayırabiliriz? Üçüncü basamak referans merkezinden prospektif bir çalışma sonuçları

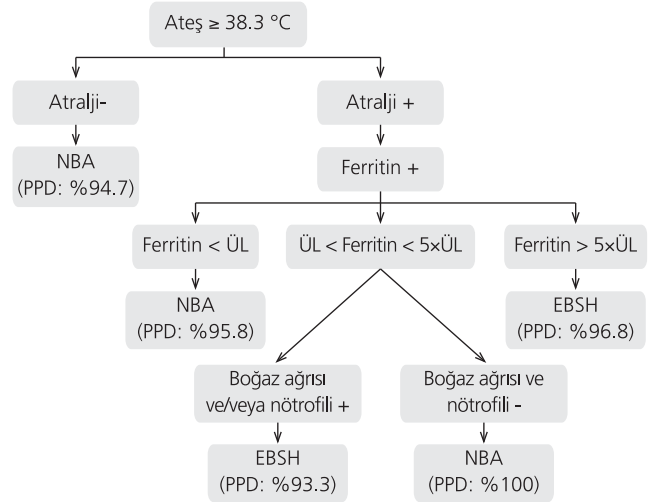
Emre Bilgin¹, Mutlu Kadir Hayran², Abdulsamet Erden¹, Alper Sarı¹, Berkan Armağan¹, Bayram Farisoğulları¹, Gözde Kübra Yardımcı¹, Ertuğrul Çağrı Bölek¹, Levent Kılıç¹, Ali Akdoğan¹, Ömer Karadağ¹, Şule Apraş Bilgen¹, Ali İhsan Ertenli¹, Sedat Kiraz¹, Umur Kalyoncu¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Preventif Onkoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı (EBSH) etyolojisi ve patogenezi tam olarak aydınlatılmamış, nadir, otoinflamatuar bir hastalıktır. Sık başvuru şekillerinden biri de nedeni bilinmeyen ateştir (NBA). Diğer taraftan, NBA ile başvuran hastaların ayırıcı tanısında en sık karşılaşılan romatolojik hastalık EBSH'dir. Bu çalışmada, henüz güncel literatürde tam olarak aydınlatılmamış olan, EBSH'nı diğer NBA nedenlerinden ayırabilecek klinik ve/veya laboratuvar parametrelerin tanımlanması ve bu amaçla kullanılacak, klinisyen dostu bir algoritmanın oluşturulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Hastanemiz İç Hastalıkları yataklı servislerine NBA etyolojisi araştırılmak üzere yatırılan hastalar 30 aylık süre zarfında kaydedildi. Tüm tanı yöntemlerinin kullanılmasına rağmen tanı koyulamayan hastalar dışlandı. Bölümümüzde EBSH tanısı konulup takip edilen hastalar çalışmaya dahil edildi. EBSH tanısı alanlardan tanı anında, NBA ile başvuran hastalardan hastaneye yatışlarında edinilen çeşitli klinik ve laboratuvar veriler kaydedildi. Veri niteliğine göre tek değişkenli analizler yapıldı, ardından lojistik regresyon analizi yapıldı. p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Toplam 156 hasta (EBSH grubu, n=69; NBA grubu, n=87) dahil edildi. NBA grubu ayrıca üç alt gruba ayrıldı: ro-



Şekil (PS-14): EBSH-NBA ayrımı için önerilen algoritma. PPD: Pozitif prediktif değer; ÜL: Üst limit.

matolojik (n=31, %35.6), infeksiyöz (n=28, %32.2) ve malign (n=28, %32.2) nedenler. EBSH grubunda 51 (%74) hasta kadın iken, NBA grubunda 34 (%40) hasta kadın idi (p=0.03). Döküntü, artralji, artrit, boğaz ağrısı, gece yükselen ateş sıklığı (p<0.001, her biri için) ve hemofagositoz öyküsü (p=0.037) EBSH grubunda daha sık saptandı. Ateş pik sayısı ≥ 3 ve lenfadenopati varlığı (p=0.002 ve p=0.001, sırasıyla) NBA grubunda anlamlı olarak daha sık saptandı. EBSH grubunda lökositoz, nötrofil, trombositoz, hiperferritinemi, LDH yüksekliği ve kompleman 3 yüksekliği anlamlı olarak daha sık iken (p<0.001, her biri için), albumin <3 g/dl ve RF pozitifliği (p=0.009 ve p=0.002, sırasıyla) NBA grubunda daha sık idi. Tek ve çok değişkenli analiz sonuçları Tablo PS-014'de verilmiştir. EBSH-NBA ayrımı için önerilen algoritma Şekil PS-014'te verilmiştir.

Sonuç: Nedeni bilinmeyen ateş kliniği ile başvuran hastalarda iki klinik (artralji, boğaz ağrısı) ve iki laboratuvar (hiperferritinemi ve nötrofil) parametresi ile EBSH tanısı kuvvetle konulabilir veya dışlanabilir bir algoritma oluşturulmuştur. Bu algoritmanın günlük pratikte kullanımı ile ilgili ileri gözlemlere gereksinim vardır.

Anahtar sözcükler: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı, nedeni bilinmeyen ateş

Tablo (PS-014): Tek ve çok değişkenli analiz sonuçları.

| Değişkenler | Tek değişkenli analiz | | | Çok değişkenli analiz | | |
|------------------------------------|-----------------------|--------------------|--------|-----------------------|--------------------|-------|
| | Odds oranı | Güven aralığı (GA) | p | Odds oranı | Güven aralığı (GA) | p |
| EBSH yönünde | | | | | | |
| Gece ateş varlığı | 7.66 | 3.53–16.5 | <0.001 | | | |
| Döküntü | 10.08 | 4.80–21.2 | <0.001 | 31.3 | 3.6–271.9 | 0.02 |
| Artrit | 6.58 | 3.09–14.01 | <0.001 | | | |
| Artralji | 36 | 10.46–123.83 | <0.001 | 158.1 | 4.3–5755.8 | 0.006 |
| Boğaz ağrısı | 27.72 | 11.58–66.33 | <0.001 | 20.8 | 2.8–154.7 | 0.003 |
| Hemofagositoz öyküsü | 4.79 | 0.96–23.89 | 0.079 | | | |
| Nötrofili | 10.87 | 4.90–24.13 | <0.001 | 18.4 | 2.6–132.3 | 0.004 |
| Trombositoz | 6.25 | 2.84–13.72 | <0.001 | | | |
| Ferritin $\geq 5 \times \text{ÜL}$ | 4.88 | 2.34–10.16 | <0.001 | 132.8 | 7.1–2502.9 | 0.001 |
| LDH | 7.12 | 2.35–21.59 | <0.001 | 6.2 | 0.76–50.9 | 0.087 |
| C3 | 3.20 | 1.47–7.00 | 0.003 | | | |
| Kadın cinsiyet | 2.90 | 1.46–5.73 | 0.002 | | | |
| NBA yönünde | | | | | | |
| ≥ 3 ateş pik sayısı | 3.66 | 1.16–11.52 | 0.019 | 69 | 2.2–2114.4 | 0.015 |
| Plevrit | 2.04 | 0.68–6.12 | 0.19 | | | |

PS-015

Erişkin ailesel Akdeniz ateşi hastalarında kronik inflamasyon: Altta yatan nedenler ve amiloidozla ilişkisi

Özkan Varan, Hamit Küçük, Hakan Babaoğlu, Duygu Tecer, Nuh Atas, Reyhan Bilici Salman, Hasan Satış, Mehmet Akif Öztürk, Şeminur Haznedaroğlu, Berna Göker, Abdurrahman Tufan

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

Amaç: Ailevi Akdeniz ateşi hastalarında (FMF) atak dışı dönemlerde persistan akut yüksekliği görülebilmektedir ve amiloidoz gelişmesi için bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir. Bu yazıda, FMF hastalarında kronik inflamasyonun altta yatan nedenleri ve uzun dönem izlemede amiloidoz ile ilişkisi araştırıldı.

Yöntem: Kohortumuzda ≥ 5 yıl düzenli takip edilen FMF hastaları çalışmaya dahil edildi. Elektronik tıbbi kayıtları kullanıldı. Rutin değerlendirmenin bir parçası olarak, tüm hastalarda yüksek CRP düzeylerinin potansiyel nedenlerini bulmak için ayrıntılı öykü, fizik muayene, uygun laboratuvar ve radyografik tetkikleri incelendi.

Bulgular: ≥ 5 yıllık düzenli takipleri olan 146 FMF hastası dahil edildi. 37 hastada (%25.3) kronik inflamasyon saptanmıştır. 25'inde (%67.5) çok sık FMF atakları veya FMF kronik hastalık belirtileri vardı. Bunlardan 8 tanesinde (%21.6) aksiyal spondiloartrit, 2 tanesinde enflamatuvar barsak hastalığı, birinde eşlik eden romatoid artrit hastalığı vardı. Bir hastada persistan akut faz yüksekliğine neden olabilecek herhangi bir neden saptanmadı. Tüm çalışma grubunda beş yıllık takip döneminde beş hastada (%3.42) amiloidoz geliştiği saptandı. Bu hastaların 4 tanesinde persistan akut faz yüksekliği vardı (Odds Ratio) 13.09, %95 Güven Aralığı: 1.41–121.2).

Sonuç: Çalışmanın sonuçları, atak geçirmeyen dönemlerde persistan yüksek CRP düzeylerinin, FMF'li hastalarda amiloidoz

doz gelişimi için güçlü bir risk faktörü olabileceğini göstermektedir. Kronik inflamasyonlu FMF hastalarının büyük çoğunluğunun aktif FMF hastalığı olduğu saptandı.

Anahtar sözcükler: Ailevi Akdeniz ateşi, kronik inflamasyon, amiloidoz

PS-016

Kronik rekürren multifokal osteomyelit hastalarında tüm vücut MR görüntüleme ile saptanan kemik tutulumu paternleri

Adalet Elçin Yıldız

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Amaç: Kronik rekürren multifokal osteomyelit (KRMO) aseptik inflamatuvar bir kemik hastalığıdır. Çocuklar, adolesanlar ve genç erişkinlerde görülür. En sık klinik başvuru bulgusu lokal kemik ağrısı ve/veya şişliğidir. Hastalık alevlenme ve iyileşme dönemleri ile uzun yıllar sürer. Klinik bulgular ile hastalıktan şüphelenildiğinde manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve kemik biyopsisi ile tanı doğrulanır. Multipl kemik odağı aynı anda tutulmuş ve klinik olarak gizli lezyonlar olabileceğinden tüm vücut MRG hem tanı aşamasında hem de hastalığın takibinde önemli bir yere sahiptir. Bu çalışmada KRMO hastalarında MRG'de saptanan tipik kemik tutulumu paternlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: KRMO tanısı almış ve görüntülemelerinden en az biri tüm vücut MRG incelemesi olan 17 hastaya ait 53 MRG incelemesi geriye dönük olarak değerlendirildi. Tüm vücut MRG incelemelerinde koronal STIR görüntüleri değerlendirildi.

Bulgular: On yedi hastanın (K:10, E:7) yaş ortalaması 11.8 (yaş aralığı 5–19, ortanca 11) idi. Hastaların tanı anında ve takiplerinde toplam 152 lezyon saptandı. Lezyonlar tüm hastalarda multifokaldi ve hastaların 12'sinde en az bir odakta simetrik

yerleşimliydi. Lezyonlar uzun kemiklerin metafizlerinde (özellikle tibia ve femur) bir veya her iki taraftan epifizyel veya apofizyel büyüme plağına komşuluk gösterir şekilde (16/17), pelvik kemiklerde sakroilyak eklemlere veya 'Y' kırıkdağına komşu (12/17), vertebra korpusları veya aksesuar elemanlarında (10/17), el ve ayak kemiklerinde (7/17), sternumda (3/17), mandibulada (2/17) ve klavikulada (1/17) yerleşimliydi. Sekiz hasta da sinovit bulguları da saptandı.

Sonuç: Tüm vücut MR görüntüleme klinik olarak multifokal ağrı tanımlayan hastalarda tanısal görüntüleme yöntemi olmalıdır. Simetrik, multifokal tutulum ve lezyonların tipik dağılım paternleri KRMO tanısının desteklenmesine önemli katkı sağlar.

Anahtar sözcükler: Kronik rekürren multifokal osteomyelit, tüm vücut, MRG

PS-017

Ailesel Akdeniz hastalarında serum Versican düzeylerinin ölçümü

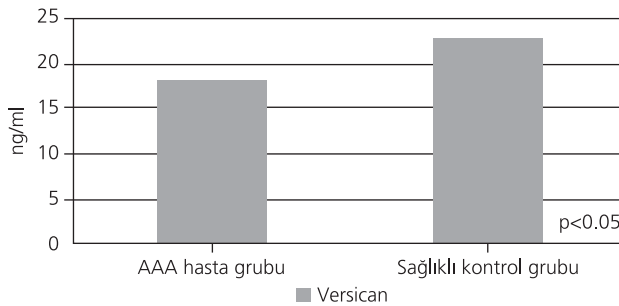
Mehmet Emin Derin¹, Gökmen Asan², Meliha Bayram², Okan Halef Doğan³, Ali Şahin¹

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

Amaç: Ailesel Akdeniz ateşi (AAA), tekrarlayan ateş atakları, steril peritonit, plevral inflamasyon, artrit ve/veya erizipel benzeri döküntü ile karakterize otoinflamatuvar bir hastalıktır. Versican birçok dokuda bulunan hiyalurinan ile etkileşime giren kondrin sülfat yapısında ekstraselüler matriks proteoglikanıdır. Versicanın rolü hücre-ECM iletişimini regülasyonudur. Çalışmalarda pro veya anti-inflamasyon etkisi gösterilmiştir. AAA hastaları ve kontrol grubunda serum Versican düzeylerini karşılaştırmak.

Yöntem: Çalışmaya Haziran 2017– Eylül 2017 tarihleri arasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Romatoloji BD'na başvuran Tel Hashomer Kriterlerine göre AAA tanısı ile takip edilen 37 AAA hastası ile, İç Hastalıkları Polikliniğine check-up amaçlı başvuran 35 kişi alındı. Tüm hastaların klinik bulguları kaydedildi. Versican düzeyleri ELİSA yöntemi ile CÜTF Biyokimya AD çalışıldı.

Bulgular: AAA grubunun ortanca yaşı 33 (19–64) yıl, Kontrol grubunun ise 26 (18–38) yıldı. AAA grubunda 21 (%56.8) ka-



Şekil (PS-17): AAA ve sağlıklı kontrol grubunda serum Versican düzeylerinin karşılaştırılması.

dın, 16 (%43.2) hasta erkek idi. Kontrol grubunda ise 14 (%60) kadın, 21 (%60) hasta erkek idi. AAA grubunda ortanca Versican düzeyi 18.3 ng/ml, kontrol grubunda ise 23 ng/ml olarak bulundu ($p < 0.05$). ROC analizine göre Versican seviyesi cut-off değeri < 21.15 ng/ml olarak tespit edildi (Sensitivite %0.68, Spesifite %0.65). Pozitif Prediktif değeri: 0.65, Negatif Prediktif Değeri ise: 0.68 olarak hesaplandı. Eritrosit Sedimentasyon Hızı, CRP, Fibronojen ve diğer klinik bulgular ile versican düzeyi arasında korelasyon saptanmadı ($p > 0.05$).

Sonuç: Serum Versican seviyesi AAA grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük saptandı. Ancak atak dışı AA-A hastalarında versican seviyesi ve diğer parametreler arasında herhangi bir korelasyon saptanmadı. Versican'ın AAA'daki rolünü daha iyi anlayabilmek için atak sırasında, atak dışı ve kontrol grubuyla yapılacak daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar sözcükler: Ailevi Akdeniz ateşi, Versican

PS-018

Monogenik otoinflamatuvar hastalıkların erken tanısında NGS yönteminin uygulanması

Afig Berdeli, Demet Tıgılı Özkan, Merve Atan Mahboub, Nihan Bağdatlı, Rashad Rasulov

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı Moleküler Tıp Laboratuvarı, İzmir

Amaç: Son yıllarda geliştirilen yeni nesil DNA dizileme teknolojisi, genetik/epigenetik düzenleyici ağların, kromatin yapısı, nükleer yapılanma ve genom varyasyonları (çeşitliliği) hakkında bilgi sağlayan önemli bir araç olmuştur. Yeni nesil DNA dizileme sistemleriyle yüksek doğrulukla, hızlı olarak, dizileme yapılabilmektedir. DNA fragmanlarının klonlanması ihtiyacını ortadan kaldırarak, amplifiye edilmiş tek DNA fragmanlarından gelen dizi verisinin belirlenmesini sağlamaktadır. Ayrıca önemli bir özelliği de heterojen kliniğe sahip olan hastalıklar saptanabilmektedir. Bu yöntemle elde edilen genom dizisi araştırmacılara başka hiçbir deneysel yöntem ile elde edilemeyecek kadar zengin ve özgün bilgi sağlamaktadır. Yeni DNA dizileme teknikleri, hızlı şekilde veri sağlıyor; böylece Sanger tekniği ile birkaç yıl süren genom dizilimi projeleri birkaç hafta içinde tamamlanabilmektedir.

Yöntem: Bu çalışma yarı-iletken ion geçirgenliği temeline dayalı masif paralel dizileme yapan ion torent PGM sisteminde yapılmıştır. Hedef genomik zenginleştirme (genomic enrichment) yaklaşımı uygulanmıştır. 30 adet genin tüm gen kodlayan bölgeleri ve splice mutasyonları tespit etmeye imkan veren tüm intron bölgeleri dizilemeye dahil edilmiştir. Yeni Nesil Dizileme panelinde analiz edilen genler NLRP3, NLRC4, IL1RN, PSMB8, TNFRSF1A, MVK, PSTPIP1, MEFV, NOD2, PLCG2, NLRP1, CARD8, NLRP12, CARD14, CECR1, TNFRSF11A, TMEM173, TNFAIP3, LACC1, OTULIN, IL23R, TREX1, IL12RB1, PRF1, DNASE1, UNC13D, STX11, STXBP2, USP43, RIPK1. Çalışmaya 359 hasta (186 erkek–173 kadın) alınmıştır. Bu hastalar çeşitli otoinflamatuvar semptomları bulunan hastalardan seçilmiştir.

Bulgular: Tüm verilerin değerlendirilmesi sonucunda benzersiz varyant 1101 olarak saptandı. Bu varyantların 238 tanesi düşük kalitede olduğu için değerlendirmeye alınmadı. 863 varyantın 475 tanesi exonic, splice, frameshift, 177 tanesi sinonim, 388 tanesi intronik, utr, downstrteam, upstrem bölgelerinde saptandı. Örneklerden elde edilen verilerin analizi sonucunda ortalama 3.635.446 total okuma, 853 total baz, 276 bp, %82 chip yükleme, %100 Enrichment, %80 clonal, %90 Final library elde edilmiştir.

Sonuç: Analiz sonucunda; 50 hasta CAPS, 8 hasta HIDS, 7 hasta TRAPS, 3 hasta DIRA ve 1 hasta PAPA moleküler tanısı almıştır. NLRP12 geninde otoinflamatuar sendromu ile ilişkili 9 mutasyon tespit edilmiştir. NLRP1 geninde 2, NOD2 geninde 17, NLRC4 geninde 5, PLCG2 geninde 15 ve PSMB8 geninde 3 mutasyon veya polimorfizm tespit edilmiştir.

Anahtar sözcükler: Otoinflamatuar, yeni nesil dizileme

PS-019

Ailesel Akdeniz ateşi olan çocuklarda entesopati sıklığı

Merter Keçeli¹, Pelin Ertan², Mine Özkol¹, Özgür Akgül³

¹Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Pediatrik Radyoloji Bilim Dalı, Manisa; ²Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Pediatrik Nefroloji Bilim Dalı, Manisa; ³Celal Bayar Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Manisa

Amaç: Entesopati tendonların, ligamanların ve eklem kapsülünün kemik bağlanma noktalarında oluşan patolojisidir. Bölge-mizde yaygın bir hastalık olan Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA)'nde, tüm yaştağı olgularda kas-iskelet klinik yakınmaları sıklıkla entesopatiye bağlıdır.

Yöntem: AAA tanılı çocuk hastalarda, AAA ile entesopati arasındaki olası bağlantıyı araştırdık. Amacımız, AAA olan çocuklarda ultrason ve Doppler US ile, subklinik entesal tutulum prevalansını saptamaktır. Çalışmaya 13 kız, 17 erkek; yaş ortalaması 10.6±0.6 yıl olan, tanısı genetik çalışma ve gingival biopsi ile konmuş 30 AAA tanılı hasta dahil edildi. Ortalama tanı alma süresi 2±0.5 yıl idi. Kontrol grubu sağlıklı, normal büyümesini sürdüren 13 kız, 12 erkek, yaş ortalaması 9.2±0.5 yıl olan 25 olgu katıldı. Klinik olarak aktif artrit ve entesit bulgusu olmayan AAA hastalar ile kontrol olguları ultrason ile değerlendirildi. Sonografik bulgular tendon kalınlığı, Power RDUS damarlanma sinyali, tenonda kalsifikasyon, bursit, komşu kemikte erozyon ve entesopati oluşumuydu. Bu bulgular patellada üst kesimde kuadriseps tendonu insersiyosu, patella alt polünde patellar tendon insersiyosu, tibial tuberositaz düzeyinde patellar tendonun distal insersiyosu, Aşil tendonunun kalkaneusa üst polüne insersiyosu, plantar fasyanın kalkaneus alt polüne insersiyosunda toplam beş noktadan yapıldı. Kontrol ve AAA'lı çocukların tüm bulgularının Student t test ve Mann-Whitney U test ile karşılaştırılması planlandı.

Bulgular: AAA tanılı olgularda, sağlıklı kontrol grubuna göre tüm tendonların kalınlıklarında istatistiksel olmayan azalma saptandı. AAA ve sağlıklı olguların hiçbirinde Power RDUS'de kanlanma artışı, bursit, komşu kemikte erozyon, tendonda kalsifikasyon sap-

tanmadı. Tıbbi kayıtlarının incelenmesi ile AAA'lı olguların büyüme gelişme geriliği gösterdikleri görüldü. Tüm olgularda boy ve ağırlık ölçümleri yaşlarına göre 3 persentilin altındaydı.

Sonuç: Bu çalışmanın amacı, AAA'lı çocuklarda entesopati sıklığını göstermektir. Erişkin AAA'lı hastalarda, bu durum ultrasonografik olarak tanımlanabilmiştir. Biz kısıtlı sayıda AAA'lı çocuk hastalarda artmış entesopati sıklığı saptamadık. AAA'lı olgularda görülen sağlıklı olgulara göre tendon kalınlığında azalma, kronik hastalığı olan olguların hareketlerinin ebeveynler ya da olgunun kendisi tarafından kısıtlanmasına bağlı olabilir. Ayrıca bu olguların yaş gruplarına göre büyüme gerilikleri olabileceği göz önünde tutulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Ailevi Akdeniz ateşi, entesopati, ultrason, Doppler US

PS-020

Ailevi Akdeniz ateşi hastalarında infertilite sıklığı ve ilişkili faktörler

Nuh Ataş¹, Berkan Armağan², Erdal Bodakçı³, Timuçin Kaşifoğlu³, Hasan Satış¹, Alper Sarı², Şule Yaşar Bilge³, Hakan Babaoğlu¹, Gözde Kübra Yardımcı², Reyhan Bilici Salman¹, Levent Kılıç², Abdurrahman Tufan¹, Mehmet Akif Öztürk¹, Berna Göker¹, Şeminur Haznedaroğlu¹, Umut Kalyoncu²

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara;

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara;

³Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

Amaç: Ailevi Akdeniz ateşi (FMF) MEFV gen mutasyonu ile ilişkili olup, en sık görülen otoinflamatuar hastalıktır. Hastalık serozit ve artrit intermittan febril atakları ile karakterize olmasına karşın bazı hastalarda komplikasyon gelişebilmektedir. İnfertilite/subfertilite otoinflamatuar hastalıkların komplikasyonları olarak görülmekle birlikte, FMF ilişkili infertilite ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı FMF'e bağlı infertilite/subfertilite sıklığını ve ilişkili faktörleri araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya FMF in Central Anatolia (FICA) kohortundaki çocuk istemi olan 403 erişkin hasta (ortalama yaş 41.4±10.7, %68.7 kadın) dahil edildi. Bütün hastalar Tel Hashomer kriterlerini karşılamakta olup en az 1 yıllık kolşisin kullanım öyküsü mevcuttu. Demografik özellikler, FMF atakları, gen mutasyon analizleri, amiloidoz ve alınan tedaviler kaydedildi.

Bulgular: FMF atak oranları %89.6 peritonit, %83.1 ateş, %51.4 plevrit, %43.4 artrit ve %28 raş şeklindeydi. MEFV mutasyonu 317 kişide çalışılmış olup, hastaların %77.9'unda M694V mutasyonu (%27.4 homozigot) mevcuttu. 42 (%10.4) hasta kolşisin yanıtızsıydı. İnfertilite 45 hastada (%11.2) mevcuttu. Bunların 38'i erkek, 7'si kadındı. Kadın cinsiyet (OR: 2.9; %95 CI, 1.07–7.98) ve kolşisin yanıtızsızlığı (OR: 2.9; %95 CI, 1.07–7.98) infertilitenin bağımsız risk faktörleri olarak belirlendi.

Sonuç: Kadın cinsiyet ve kolşisin yanıtızsızlığı infertilitenin bağımsız risk faktörleri olarak belirlendi. Etkili tedavi yöntemiyle bu hastalarda fertilitate oranı artabilir.

Anahtar sözcükler: FMF, kolşisin, infertilite

PS-021

Ankilozan spondilit hastalarında akut faz reaktan değişimi

Ferhan Demirel Aydemir¹, Gökçe Kenar², Berrin Zengin², Handan Yarkan², Aydan Köken Avcı², Merih Birlük², Fatoş Önen², Gerçek Can²

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

Amaç: Ankilozan spondilit (AS) hastalarında akut faz reaktanlarının (AFR) tanısında ve takip sırasında yüksek olma oranının ve AFR'si takip boyunca hiç yükselmeyen AS hasta grubunun özelliklerini tespit etmek ve bu AFR yüksekliğinin hastaların klinik, genetik özellikleri, hastalık aktiviteleri ve kullandıkları ilaçlar ile ilişkisini araştırmaktır.

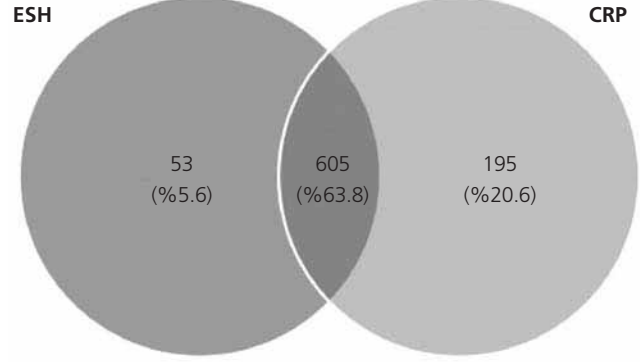
Yöntem: Bu çalışmaya Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı polikliniğinde 1984 modifiye New York kriterlerine göre AS tanısı ile takip edilen 948 hastanın tümü dahil edildi. Hastaların tüm vizitlerinde ölçülen Eritrosit Sedimentasyon Hızı (ESH) ve C-Reaktif Protein (CRP) düzeyleri TÜRK-BİO kayıt kütüğü ve hastane veritabanı üzerinden retrospektif tarama ile incelendi. ESH ve CRP yüksek olan vizit yüzdesi belirlenerek klinik ve laboratuvar parametrelerle ilişkileri incelendi.

Bulgular: Toplam 948 AS hastasından, 293'ü kadın ve 655'i erkek idi. Hastaların yaş ortalaması 46.6±12.1 idi (Tablo 1 PS-021). İlk vizitte 626 (%68.5) hastada CRP, 578 (%64.6) hastada ESH yüksekliği saptanırken, izlem boyunca hastaların %84.6'sında CRP, %69.5'inde ESH yüksekliği, %10'unda ise AFR'lerin hiç yükselmediği saptandı. ESH ile CRP arasında iyi düzeyde korelasyon bulundu (r=0.666, p=0.000). İlk vizite göre CRP ile BASDAI (r=0.81, p=0.023) ve ASDAS (r=0.468, p=0.000) arasında, ESH ile BASDAI (r=0.111, p=0.02) ve ASDAS (r=0.334, p=0.000) arasındaki ilişkiden daha iyi düzeyde korelasyon saptandı. Hastalık aktivitesinin değerlendirilmesinde ASDAS hem ESH (p=0.00) hem de CRP (çok yüksek hastalık aktivitesi-p=0.000, inaktif hastalık-p=0.001) ile BASDAI'ye göre özellikle inaktif ve çok yüksek hastalık şiddeti açısından daha iyi bir performans gösterdi (Şekil PS-021 ve Tablo 2 PS-021).

Tablo 1 (PS-021): Çalışmaya dahil edilen hastaların demografik özellikleri.

| Parametre | Sayı (%) |
|------------------------------------|---|
| Yaş | Ort. 46.6 yaş±12.1 (min.21 yaş/max.86 yaş) |
| Başlangıç yaşı | Ort. 27.3 yaş ±10.5 (min.6 yaş/max.67 yaş) |
| Tanı yaşı | Ort. 34.5 yaş±12.0 (min.9 yaş/max.76 yaş) |
| Cinsiyet>kadın/erkek | 293 (%30.9)/655 (%69.1) |
| HLA B27>pozitif/negatif/bilinmiyor | 237 (%25)/100 (%10.5)/611 (%64.5) |

Sonuç: AS hastalarında akut faz reaktanları yüksekliği nadir görülen bir durum değildir. İzlem süresince özellikle CRP



Şekil (PS-21): Herhangi bir zamanda sadece ESH/CRP veya her ikisi birlikte yükselen hastaların ven diyagramı.

%80'den fazla hastada pozitiflik göstermektedir. AS için ESH ve CRP, hastalık aktivite ölçüklerinin yanısıra, günlük pratikte halen en anlamlı laboratuvar belirteci olarak değerlendirilmelidir.

Tablo 2 (PS-021): İlk vizitte ESH/CRP ile hastalık aktivite parametreleri arasındaki ilişki.

| | ESR r | ESR p | CRP r | CRP p |
|--------|----------|----------|----------|----------|
| BASDAI | 0.111 | 0.02 | 0.81 | 0.023 |
| BASMI | 0.123 | 0.003 | 0.205 | 0.00 |
| BASFI | 0.219 | 0.00 | 0.224 | 0.00 |
| ASDAS | 0.334 | 0.00 | 0.468 | 0.00 |

Anahtar sözcükler: Ankilozan spondilit, akut faz reaktanı, eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein, Hastalık Aktivite İndeksi

PS-022

Serum fibroblast büyüme faktörü-23 düzeyleri aksiyel spondiloartrit hastalarında daha yüksektir ve hastalık aktivitesi ile ilişkili olabilir

Önay Gerçik¹, Eyüp Çoban¹, Betül Özbek İpteç², Gamze Avcıoğlu², Dilek Solmaz¹, Öziin Bayındır¹, Gökhan Kabadayı¹, Didem Kozacı², Servet Akar¹

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; ²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Aksiyel spondiloartrit (axSpA), sakroiliak eklemler ve omurgada inflamasyon ve yeni kemik oluşumu ile karakterize kronik romatizmal bir hastalıktır. Hastalık seyrinde görülen yeni kemik oluşumunun altında yatan mekanizma henüz tam olarak anlaşılamamıştır. Bununla birlikte düşük sklerostin düzeylerinin ankilozan spondilitte (AS) sindesmotit gelişimi ile ilişkili olabileceği yönünde veriler bulunmaktadır. Bir diğer osteosit faktörü de fosfatürik bit hormon olarak tanımlanan fibroblast büyüme faktörü-23'tür (FGF-23). FGF-23'ün osteoblast farklılaşması ve matriks mineralizasyonunu inhibe ettiği ve vitamin

Tablo (PS-022): Aksiyal spondilartirit hastaları ve sağlıklı kontrollerin karşılaştırılması.

| | Ax-SpA (n=109) | AS (n=54) | Nr-AxSpA (n=55) | Sağlıklı kontroller (n=57) |
|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| Ortalama yaş (yıl) | 39.8±10.3 | 40.5±10.9 | 39.0±9.7 | 37.0±8.2 |
| Erkek cinsiyet (%) | 51 | 61 | 40 | 44 |
| Ortalama mSASSS | 4.1±11.3 | 5.8±13.5 ^π | 0.4±1.0 | |
| Ortalama ASDAS-CRP | 2.5±9.8 | 2.7±1.0 | 2.3±0.8 | |
| Ortalama fibroblast büyüme faktörü-23 düzeyi (pg/mL) | 188.5±160.7 ^μ | 207.7±149.2 ^ρ | 169.7±170 | 130.8±100.3 |
| Ortalama sklerostin düzeyi (pg/mL) | 1309.0±754.4 | 1150.8±754.3 | 1464.4±728.1 ^α | 1365±676.7 |
| Ortalama kolekalsiferol düzeyi (ng/mL) | 21.9±11.7 [*] | 23.3±11.1 ^ε | 20.5±12.1 | 16.8±10.1 |

(n: p=0.034, AS vs nr-AxSpA; ^μp=0.008, AxSpA vs sağlıklı kontroller; ^ρp=0.014, AS vs sağlıklı kontroller; ^αp=0.030, AS vs nr-AxSpA; ^{*}p=0.008, AxSpA vs sağlıklı kontroller; ^εp=0.012, AS vs sağlıklı kontroller)

D'nin (vitD) düzenleyici hormonu gibi davrandığı gösterilmiştir. Bu nedenle çalışmamızda axSpA hastalarında serum FGF-23, sklerostin ve vitD düzeylerinin değerlendirilmesi ve FGF-23 düzeyi ile yapısal hasar başta olmak üzere çeşitli değişkenler arasında ilişkinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Toplam 109 axSpA hastası (ASAS sınıflama kriterlerine göre 54 AS ve 55 non-radyografik [nr-] axSpA) ile yaş ve cinsiyet uyumlu 57 sağlıklı kontrol analize dahil edildi. Böbrek yetmezliği, ciddi komorbiditesi olan hastalar ile TNFi verilenler çalışmaya dahil edilmedi. Demografik ve hastalık ilişkili veriler standardize bir form yardımı ile toplandı. Serum FGF-23, sklerostin ve vitD3 düzeyleri ticari kitler ile, üreticinin talimatlarına uygun olarak tespit edildi.

Bulgular: Serum FGF-23 ve vitD3 düzeyleri axSpA hastalarında, sağlıklı kontroller ile kıyaslandığında anlamlı olarak yüksek bulundu. Sklerostin düzeyleri axSpA hastalarında düşük olma eğiliminde iken gruplar arasında istatistikî fark tespit edilmedi (Tablo PS-022). AxSpA hastalarında serum FGF-23 düzeyleri; ESH (p=0.006 ve r=0.265) ve CRP (P=0.017 ve r=0.229) düzeyleri ile korele idi. FGF-23 ve vitD3 düzeyleri ile diğer hastalık aktivite veya ciddiyet (mSASSS ve sindesmotif varlığı dahil) göstergeleri arasında herhangi bir ilişki bulunamadı. Subgrup analizinde FGF-23 ve vitD3 düzeylerinin AS hastalarında kontrollere göre (P=0.014 ve P=0.012) anlamlı olarak yüksek olmasına karşın nr-axSpA hastalarından farklı olmadığı görüldü. Bununla birlikte sklerostin düzeyleri nr-axSpA hastalarında daha yüksek idi (1464.4±728.1 vs 1150.8±754.3 pg/mL).

Sonuç: Sonuçlarımız serum FGF-23 düzeylerinin axSpA hastalarında arttığını ve hastalık aktivitesinin bu artışa katkıda bulunabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar sözcükler: Ankilozan spondilit, FGF-23, sklerostin

PS-023

Aile öyküsü varlığının aksiyel spondilartirit hastalarında fenotipik etkilerinin değerlendirilmesi

Dilek Solmaz¹, Önay Gerçik¹, Gökhan Kabadayı¹, İsmail Batuhan Daniş¹, Servet Akar¹

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Başta ankilozan spondilit (AS) olmak üzere spondilartirit (SpA) grubu hastalıkların ailesel birikim gösterdiği bilinmektedir. AS hastalarında %40'a varan oranlarda ailede SpA öyküsü bildirilmiştir. Ailesel ve sporadik olgular arasındaki farklılıkların değerlendirildiği sınırlı sayıda çalışmada, hastalık özellikleri ve yapısal hasar açısından tutarsızlıklar göze çarpmaktadır. Çalışmaların çoğunluğu AS hastalarında ve ailede AS öyküsü değerlendirilerek yapılmıştır. Bu çalışmada amacımız aksiyel SpA (ax-SpA) hastalarında ASAS önerilerine göre aile öyküsü sıklığını ve bunun hastalık fenotipi üzerine olan etkilerini değerlendirmektir.

Yöntem: Merkezimizde ax-SpA tanısı ile takip edilen 526 hasta (325 [%62] erkek; ortalama yaş 42.3±11.9 yıl) çalışmaya dahil edildi. Çalışma grubu 358 (%68) AS ve 168 (%32) non-radyografik ax-SpA hastalarından oluşmaktaydı. Aile öyküsü varlığı ASAS önerilerine göre birinci veya ikinci derece akrabalarından birinde; AS, akut anterior üveit, reaktif artrit, psoriasis veya inflamatuvar barsak hastalığı olması şeklinde değerlendirildi. Hastaların demografik ve hastalık ilişkili verileri standart bir form aracılığı ile toplandı. Yapısal hasarın değerlendirilmesinde modified Stoke Ankylosing Spondylitis Spine Score (mSASSS) kullanıldı.

Bulgular: 134 (%25.5) hastada SpA için aile öyküsü varlığı tespit edildi. En sık olarak sırasıyla ailede AS (102/134; %76.1) ve psoriasis (46; %34.3) varlığı bulundu. 89 (%66) hastanın birinci derecede akrabası etkilenirken, 40 hastada (%29.8) birden fazla aile bireyi etkilenmişti. Aile öyküsü olanlar ve sporadik vakalar karşılaştırıldığında; aile öyküsü olanlarda kadın hasta oranı, psoriasis ve HLA B27 sıklığı daha fazla ve semptom süresi daha uzun bulundu (Tablo PS-023). Ancak aktivite, fonksiyon ve yapısal hasar açısından değerlendirildiğinde iki grup arasında farklılık saptanmadı. Aile öyküsü olan erkeklerde mSASSS skoru kadınlardan daha yüksek iken (19.0±26.1 vs 3.4±12.4 p<0.001) bu farklılık sporadik olgularda gözlenmedi (19.0±26.1 vs 14.6±22.8 p=0.481).

Sonuç: Çalışmamızda ailesel olgularda kadın cinsiyet ve HLA B27 pozitifliğinin daha fazla olduğu ve daha uzun semptom süresine sahip oldukları bulundu. Buna karşın hastalık aktivite, fonksiyon ve yapısal özellikleri açısından farklılık gösterilemedi.

Anahtar sözcükler: Aksiyel spondilartirit, ailesel

Tablo (PS-023): Aile öyküsü olan ve olmayan aksiyal spondiloartrit hastalarının demografik ve klinik özellikleri.

| | Ailesel Ax-SpA (n=134) | Sporadik Ax-SpA p (n=392) | p |
|--|------------------------|---------------------------|--------|
| Yaş, ortalama±SD | 43.7±12.0 | 41.8±11.8 | 0.086 |
| Kadın, % | 47.0 | 35.2 | 0.015 |
| Semptom süresi; ortalama±SD | 16.6±11.7 | 13.6±9.4 | 0.018 |
| Tanıda gecikme; ortalama±SD | 7.4±8.7 | 6.7±7.4 | 0.379 |
| Sigara, % | 71.6 | 70.5 | 0.797 |
| BMI, ortalama±SD | 26.6±4.8 | 26.4±8.8 | 0.135 |
| Periferik artrit, % | 49/132; 37.1 | 121/346; 35.0 | 0.661 |
| Entezit, % | 53.4 | 48.4 | 0.380 |
| Daktilit, % | 1.5 | 2.3 | 0.734 |
| Uveit, % | 11.9 | 10.9 | 0.750 |
| Psoriasis, % | 12.0 | 2.3 | <0.001 |
| Inflamatuar barsak hastalığı, % | 2.3 | 3.4 | 0.762 |
| Inflamatuar bel ağrısı (herhangibir kritere göre), % | 88.8 | 89.1 | 0.400 |
| NSAID yanıt oranı, % | 89.2 | 57.4 (155/270) | 0.983 |
| HLA B27 pozitifliği, % | 71.2 (74/104) | 57.4 (155/270) | 0.018 |
| CRP mg/dl; ortalama±SD | 13.6±21.0 | 15.5±23.6 | 0.261 |
| BASFI; ortalama±SD | 3.7±2.8 | 3.5±2.7 | 0.374 |
| BASDAI; ortalama±SD | 4.4±2.3 | 4.2±2.3 | 0.615 |
| ASDAS-CRP; ortalama±SD | 2.9±1.1 | 2.9±1.1 | 0.755 |
| BASMI; ortalama±SD | 2.8±2.2 | 2.6±2.2 | 0.493 |
| mSASSS; ortalama±SD | 12.2±22.5 | 11.8±20.8 | 0.649 |
| Sindesmotif varlığı, % | 55.3 (52/94) | 60.9 (176/289) | 0.338 |
| Kalça tutulumu, % | 14.2 (18/127) | 20.5 (76/369) | 0.117 |

PS-024**Ankilozan spondilitte hastalık aktivitesi ve tedavi seçiminde yaşın etkisi: TÜRK-BİO veritabanı**

Sadettin Uslu¹, Gerçek Can¹, Ediz Dalkılıç², Soner Şenel³, Servet Akar⁴, Nevsun İnanç⁵, Ayşe Cefle⁶, Aydan Köken Avcı⁷, Servet Yolbaş⁸, Sema Yılmaz⁸, Merih Birlik¹, Nurullah Akkoç⁹, Fatoş Önen¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir;
²Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa;
³Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri; ⁴İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir;
⁵Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul;
⁶Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli;
⁷İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Malatya;
⁸Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Konya;
⁹Serbest Doktor, İzmir

Amaç: Ekim 2011'de kurulan TÜRK-BİO veritabanı, Türkiye genelinde 12 farklı merkezin katıldığı ülke çapında bir biyolojik veritabanıdır. Çalışmamızdaki amaç ankilozan spondilit (AS) hastalarında yaşın hastalık aktivitesi ve seçilen tedavi üzerindeki etkisini tanımlamaktır.

Yöntem: 2011–2019 yılları arasında TÜRK-BİO kayıt veritabanına kaydedilen AS hastaları, hastalık yaşına göre gruplandırıldı: genç <60 yaş, ≥60 yaş ise yaşlı AS. Demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri; hastalık aktivitesi belirteçleri ve diğer takip parametreleri, mevcut ve önceki tedaviler açık kaynak kodlu bir yazılım kullanılarak her ziyarette elektronik olarak kaydedildi. Hasta tarafından bildirilen sonuç ölçümlerinin kaydı, dokunmatik ekran kullanan hastalar tarafından elektronik olarak gerçekleştirildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 1017 AS hastası (957 genç ve 60 yaşlı) dahil edildi. Hastaların demografik, klinik ve ilaç verileri Tablo 1 PS-024'te gösterilmiştir. DMARDS ve biyolojik kullanımı ile

ilgili 2 grup arasında anlamlı fark yoktu. Klinik aktivite açısından, başlangıç ve son vizitteki inflamatuvar belirteçler veya BASDAI ortalama skorları arasında fark yoktu. Anti-TNF tedavisinden sonraki son vizitte, BASDAI, serum CRP düzeyleri ve sağlık değerlendirme skorları dahil olmak üzere hastalık aktivitesi belirteçleri, genç ve yaşlı AS gruplarında başlangıç değerlerine göre benzer değişiklikler göstermiştir. Bununla birlikte, en son takip HAQ, yaşlı hastalar ile karşılaştırıldığında genç hastalarda daha düşük bulundu (Tablo 2 PS-024). Bununla birlikte, son vizitteki HAQ skoru, yaşlı hastalar ile karşılaştırıldığında genç hastalarda daha düşük bulundu. Yan etkilerin hem genç (%19.9) hem de yaşlı (%26.8) AS hastalarında benzer olduğu bildirilmiştir. Enfeksiyonlar en sık görülen advers olaydı (60 yaş > %11, ≥60 yaş %12.7) ve bunu alerjik reaksiyon izledi (60 yaş > %2.4, ≥60 yaş %2.8). Malignite üç hastada (<60 yaş; mediastinal germ hücreli tümör, kolon kanseri, ≥60 yaş; non-Hodgkin lenfoma) gözlemlendi.

Tablo 1 (PS-024): Yaşlı ve genç AS hastalarında demografik ve klinik özelliklerin karşılaştırılması.

| | Genç AS hastaları (<60) (N=957) | Yaşlı AS hastaları (≥60) (N=60) |
|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Yaş; ortalama±SD (yıl) | 38±10 | 65±5* |
| Cinsiyet (Kadın), n (%) | 359 (37.5) | 30 (50) |
| Hastalık süresi; Medyan (Q1-Q3) (ay) | 96 (49-150) | 101 (53-249) |
| HLA-B27 pozitifliği; n (%) | 169 (59.9) | 10 (66.7) |
| Öncesinde DMARD kullanımı; n (%) | | |
| Methotreksat | 334 (28.3) | 16 (21.6) |
| Leflunomid | 42 (3.6) | 1 (1.4) |
| Salazoprin | 693 (58.7) | 40 (54.1) |
| Hidroksiklorokin | 35 (3) | 2 (2.7) |
| Anti-TNF kullanımı; n % | 1175 (99.5) | 74 (100) |

*p<0.001

Tablo 2 (PS-024): Başlangıç ve son vizitteki izlem parametrelerindeki değişiklik ve biyolojik ilaç beraberinde DMARD kullanımı.

| | Genç AS hastaları (<60) (N=957) | | Yaşlı AS hastaları (≥60) (N=60) | |
|--|---------------------------------|-------------|---------------------------------|-------------|
| | Başlangıç | Son vizit | Başlangıç | Son vizit |
| BASDAI; ortalama±SD | 47.59±20.41 | 18.76±20.84 | 48.06±23.22 | 22.20±19.44 |
| CRP; ortalama±SD (mg/dL) | 24.65±31.85 | 12,00±20.12 | 30.32±36.77 | 11.28±19.47 |
| HAQ; ortalama±SD | 1.0±0.7 | 0.5±0.7* | 1.0±0,7 | 0.7±0.7* |
| Biyolojik ilaçla beraberinde MTX kullanımı (%) | 80 (6.8) | 76 (6.4) | 10 (13.5) | 8 (13.1) |
| Biyolojik ilaçla beraberinde LEF kullanımı (%) | 3 (0.3) | 3 (0.3) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| BASDAI değışiklik; ortalama±SD [†] | -52.59±69.21 | | -42.09±72.3 | |
| CRP değışiklik; ortalama±SD (mg/dL) [†] | -18.89±344.61 | | -35.51±61.99 | |
| HAQ değışiklik; ortalama±SD [†] | -44.84±99.83 | | -34.75±65.65 | |

*p<0.05; [†]p>0.05.

Sonuç: Yaşlı AS hastalarının güven verici olarak benzer tedavi modaliteleri ve hastalık aktivitesi parametrelerine sahip olduklarını gösterdik. AS hastalarının verilerini değerlendirirken; yaşlı AS hastalarının sayısının düşük olduğu ve erken yaşta teşhis edilebileceği düşünülmelidir. Özellikle yaşlı hasta popülasyonunun gelecek yıllarda, spesifik ihtiyaçlarını daha iyi tanımlamak ve yönetmek için geriatrik AS popülasyonuna yönelik daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: Ankilozan spondilit (AS), anti-TNF, BASDAI, CRP

PS-025

Ankilozan spondilitli hastalarda temporomandibular eklem disfonksiyonu ilişkisi

Yaşar Keskin

Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Temporomandibular eklem (TME) disfonksiyon belirtileriyle ankilozan spondilit (AS) arasındaki ilişkiyi saptamaktır.

Gereç ve Yöntem: Hastalara demografik bilgileri, sistemik hastalıkları, travma hikayesi, TME bozuklukları, aktivite sesi, yüz ağrısı, diş gıcırdatma, diş sıkma, esneme, ağız açıklığı, maseterde ağrı, sağa sola yatma sorgulanmıştır. Çalışmamıza 48 AS hastası, 39 kontrol grubu olmak üzere 87 hasta dâhil edilmiştir.

Bulgular: Hastaların yaş ortalamaları 40.93±11.38, BMI 24.65±3.54 idi. Hastaların yaş ve BMI'leri arasında istatistik olarak fark yoktu (p>0.05). Ankilozan spondilit ile medeni durum (p=0.046), diş eksikliği (p=0.049), diş protezi (p=0.006), diş sıkma (p=0.039) arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0.05). Diğer parametrelerimiz olan TME bozuklukları (p=0.897), sağa sola yatma (p=0.196), maseter ağrı durumu (p=0.067), esneme (p=0.090), diş gıcırdatma (p=0.507), yüz ağrısı (p=0.157), aktivite sesi (p=0.166), VAS (p=0.796), kapanış durumu (p=0.848), travma (p=0.390), sistemik hastalık (p=0.300), cinsiyet (p=0.146), yaş (p=0.817), ağız açıklığı (p=0.917) ile ilişki saptanmamıştır.

Sonuç: AS hastalarında omurga ve ekstremiteler dışında TME disfonksiyonu yönünden de değerlendirilmelidir. AS ve TME disfonksiyonu ile ilgili çalışmaların daha büyük hasta popülasyonlarında yapılması uygun olacaktır.

Anahtar sözcükler: Temporomandibular eklem, ankilozan spondilit, disfonksiyon

PS-026

Convolutional sinir ağırları yöntemi ile direkt sakroiliak radyografler kullanılarak sakroiliit tanısı

Kemal Üreten^{1,3}, Hasan Erbay², Hadi Hakan Maraş³

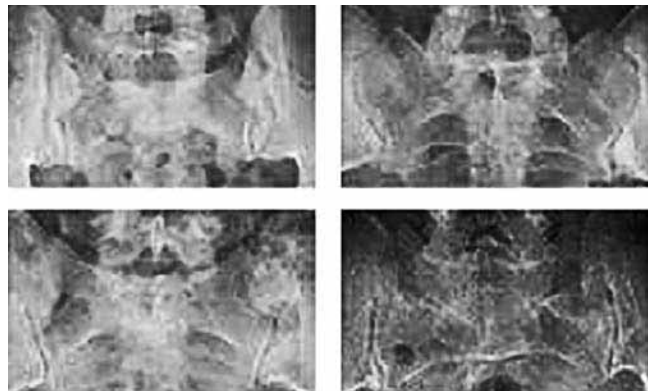
¹Kırıkkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Romatoloji Kliniği, Kırıkkale;

²Kırıkkale Üniversitesi, Mühendislik Fakültesi, Bilgisayar Mühendisliği,

Kırıkkale; ³Çankaya Üniversitesi, Mühendislik Fakültesi, Bilgisayar Mühendisliği, Ankara

Amaç: Spondiloartritlerde tanı gecikmesi 5–11 yıl arasında değişir. Sakroiliit tanısı ve evrelendirilmesinde direkt grafiler kullanılır. Direkt grafiler ucuz, kolay ulaşılabilen görüntüleme yöntemidir. Bu çalışmada direkt radyograflerden sakroiliit tanısı için yapay sinir ağırları yöntemlerinden biri olan Konvolusyonel Sinir Ağı (Convolutional Neural Network-CNN) yöntemi kullanılmış, ve %70.83 doğruluk oranına ulaşılmıştır.

Yöntem: CNN en az 3 katmandan oluşur; girdi katmanı, saklı katman ve çıktı katmanı. Görüntüye konvolusyon filtreleri uygulanarak uygun algoritma ile yapay sinir ağırlarının eğitimi sağlanır (Şekil 1 PS-026). Uygulanacak katman sayısı, nöron sayısı, iterasyon sayısı, eğitim ve test için kullanılacak örnek sayıları önceden belirlenir. İşlem sonunda doğruluk oranını gösteren bir gra-



Şekil 1 (PS-26): Sakroiliak grafi örnekleri.

fik elde edilir (Şekil 2 PS-026). Bu çalışmada Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji kliniğinde tedavi gören 78 sağlıklı (55 grafi eğitim için, 23 grafi test için) ve 82 Ankilozan spondilitli hastanın sakroiliak grafileri (57 grafi eğitim için, 25 grafi test için) kullanılmıştır. Eğitim için, CNN yöntemi uygulanmış, MATLAB® ortamında çalışılmıştır.

Bulgular: Bilgisayar destekli teşhis (BDT) medikal görüntüler üzerine yapay zeka, makine öğrenmesi ve derin öğrenme yöntemleri uygulanarak patolojilerin tanısında bilgisayarların kullanılması yöntemidir. Son yıllarda BDT yöntemleri ile deri lezyonlarının tanısı (malign melanom), meme Ca tanısı, beyin tümörleri tanısı, akciğer patolojileri tanısı, diyabetik retinopati tanısını içeren başarılı pek çok çalışma vardır. Bel ağrısı sık görülen bir hasta şikayettir. Spondiloartritlerin sinsi başlangıçlı olması ve ek olarak akut faz reaktanları yüksek olmayan, HLA-B27 negatif hastalarda tanı gecikmesi daha uzun olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada hastaların Romatoloğa erken yönlendirilmesinin erken tanı sağladığı tespit edilmiştir.

Sonuç: Sacroiliac grafilerin değerlendirilmesi deneyim gerektirir. Birinci basamak sağlık kurumlarında görevli hekimlerin farkındalıkları yanı sıra pelvis grafilerinden sakroiliit tanısı hastaların doğru yönlendirilmesine yardımcı olacaktır. Deneyimli hekimler içinse iş yoğunluğu, yorgunluk, dalgınlık gibi insani nedenlerle bazı bulgular gözden kaçabilmektedir, böyle durumlarda BDT yöntemleri doktorlara yardımcı olabilir. Bu çalışma da sakroiliit tanısı için direkt grafiler kullanılmış, %70.83 oranda doğru sonuç alınmıştır. Başarı için eldeki görüntünün kalitesi ve yeterli veri bulunması önemlidir.

Anahtar sözcükler: Ankilozan spondilit, sakroiliit, bilgisayar destekli tanı, yapay sinir ağları

PS-027

Aksiyel spondiloartrit hastalarında TNF inhibitör tedavisine inanç ne kadar önemli?

Handan Yarkan Tuğsal, Özün Bayındır, Önay Gerçik, Gökhan Kabadayı, Sercan Gücenmez, Mustafa Özmen, Dilek Solmaz, Servet Akar

Izmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

Amaç: Çalışmanın amacı, aksiyel spondiloartrit (axSpA) hastalarında tümör nekroz faktör-alfa inhibitör (TNFi) tedavisine inancın terapötik yanıtta etkisini araştırmak ve TNFi'lerine inançla ilişkili faktörleri belirlemektir.

Yöntem: TNFi tedavi etkinliğinin ve ilaçta sağ-kalımın değerlendirildiği gözlemsel bir kohort çalışmada izlenen toplam 114 axSpA hastası (71 erkek (%62), ortalama yaş; 42.3±12.7) değerlendirildi. Bu çalışmaya ASAS sınıflama kriterlerine göre axSpA tanısı almış, ilk TNFi tedavisini alan veya farklı bir TNFi tedavisine geçilen hastalar dahil edildi. Hastaların TNFi tedavisine inancı 'İlaçlar Hakkında İnanç Anketi' (The Beliefs about Medicines Questionnaire) (BMQ) ile tedavi başlangıcında, 12. ve 24. ayda değerlendirildi. BMQ ölçeği spesifik alt gruplarında Endişe ve İhtiyaç değerlendiren beşer soru bulunmaktadır (her biri 5–25 puan arasında). BMQ genel alt grubu da TNFi'lerinin doktorlar tarafından Aşırı kullanım ve TNFi'nin Zararlarını de-

ğerlendiren sorularından oluşur. Ayrıca İhtiyaç-Endişe Farkı (İEF) hesaplanabilmektedir (-20'den 20'ye), yüksek skorlar ilaç kullanımı için hissedilen ihtiyacın fazla olduğunu ve/veya endişenin az olduğunu göstermektedir. Demografik ve klinik veriler standart formdan, tedavi yanıtı ASDAS Klinik Önemli Düzeltme (Clinically Important Improvement (CII) ve BASDAI'de 20mm'den fazla düzeltme ile değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların demografik ve başlangıç karakteristikleri Tablo 1 PS-027'de özetlenmiştir. Değerlendirme yapılan tüm zaman dilimlerinde BMQ spesifik Endişe skorları İhtiyaç skorlarından düşük saptandı. Endişe ve Aşırı kullanım skorları 24. ayda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşerken, 12. ayda anlamlı fark gözlenmedi (Tablo 2 PS-027). Yaş; bazal İEF (p=0.04) ve Zarar skoru (p=0.04) ile; 12. ay Aşırı kullanım (p=0.04) ve Zarar skoru (p=0.003) ile pozitif fakat 3. ay ASDAS CII (p=0.01) ile negatif ilişkili saptandı. Geçmişte DMARD kullanımı; bazal İEF (p=0.03) ile negatif ilişkili bulundu. SpA aile öyküsü; 12. ayda daha yüksek Zarar (p=0.02) ve 24. ayda daha yüksek Aşırı kullanım inancı (p=0.04) ile ilişkili bulunmuştur. Tedavi inancı ile tedavi yanıtı, cinsiyet, TNFi tipi ve eğitim düzeyi arasında ilişki bulunmadı.

Tablo 1 (PS-027): Hastaların bazal klinik özellikleri.

| Özellik | N (%) |
|-------------------------------|------------|
| Erkek | 71 (62) |
| HLA-B27 pozitifliği | 41/61 (67) |
| Periferik artrit | 61 (53.5) |
| Entezit | 61 (53.5) |
| Üveit | 10 (8.8) |
| İnflamatuvar barsak hastalığı | 7 (6.1) |
| Psöriazis | 6 (5.3) |
| Daktilit | 4 (3.5) |
| SpA aile hikayesi | 30 (26.3) |
| Geçmişte DMARD kullanımı | 85 (74.6) |
| Şimdiki DMARD kullanımı | 30 (26.3) |
| TNFi tipi | |
| Etanersept | 33 (29) |
| Adalimumab | 32 (28) |
| İnfliksımab | 32 (28) |
| Golimumab | 14 (12) |
| Sertolizumab | 3 (3) |

Tablo 2 (PS-027): Çalışma süresince akut faz reaktanlarında, hastalık aktivitesinde ve BMQ skorlarındaki değişimler.

| | Bazal | 12. ay | 24. ay |
|------------------------------------|-----------|------------|-----------|
| ESH, ortalama±SD | 36.6±24.7 | 23.8±20.5 | 20.7±16.9 |
| CRP, ortalama±SD | 22.9±29 | 12.7± 25.3 | 7.3±12 |
| BASDAI, ortalama±SD | 5.7±1.7 | 2.4±1.8 | 2.4±2.1 |
| BASFI, ortalama±SD | 5.3±2.6 | 2.7±2.6 | 2.6±2.5 |
| ASDAS-CRP, ortalama±SD | 3.9±2.1 | 2±1.2 | 1.8±1.3 |
| İhtiyaç skoru, ortalama±SD | 21.7±7.9 | 19.7±3.7 | 20.7±3.3 |
| Endişe skoru, ortalama±SD | 17.3±3.9 | 16.3±4.2 | 15.4±4.6 |
| İEF, ortalama±SD | 4.5±8.3 | 3.2±5.2 | 5.6±4.9 |
| Zarar skoru, ortalama±SD | 11.3±3.3 | 11.1±3.5 | 10.7±3.9 |
| Aşırı kullanım skoru, ortalama ±SD | 11.4±3.1 | 10.6±3.4 | 10.2±3.5 |

Sonuç: Bu çalışmada yaş, geçmiş DMARD kullanımı ve SpA aile hikayesinin axSpA hastalarında TNFi tedavisine inanç ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ancak çalışmamızın sonuçları TNFi ilaçlara inancın tedavi yanıtına etkili olduğunu düşündürmemektedir.

Anahtar sözcükler: İnanç, ilaç, TNFi, aksiyel spondiloartrit

PS-028

Kronik bel ağrılı hastalarda aksiyel spondiloartrit gelişimini tahmin ettirecek özellikler olabilir mi?

Dilek Solmaz, Önay Gerçik, Gökhan Kabadayı, İdil Kurut Aysin, Servet Akar

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

Amaç: Kronik bel ağrısı (BA), özellikle inflamatuvar bel ağrısı (IBA) spondiloartrit (SpA) tanısında önemli bir yere sahiptir ve kronik bel ağrısı olanlar arasında %5'e varan oranlarda SpA gelişiminden bahsedilmektedir. Genel popülasyonda bel ağrısı olan bireyler arasında IBA sıklığı kullanılan kriter setine göre %5–20 arasında bildirilmektedir. Bu hastaların da çeşitli çalışmalarda %24–44'ünün ASAS sınıflama kriterlerine göre aksiyel

SpA (axSpA) olarak sınıflandırılabilirdiği gösterilmiştir. Bu çalışmada kronik bel ağrısı olan hastalarda axSpA gelişimini predikte edebilecek faktörleri ortaya koymayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya merkezimizde SpA ön tanısı ile hastaların ardışık olarak dahil edildiği kohorttan kronik bel ağrısı (>3 ay) olan bireyler dahil edildi. Toplamda ASAS kriterlerine göre axSpA olarak sınıflandırılabilen 526 [325 (%62) erkek; ortalama yaş 42.3±11.9 yıl] ve ASAS kriterlerini doldurmayan 90 hasta dahil edildi [non-kriter bel ağrısı (BA) grubu; 22 (24.4) erkek, ortalama yaş 39.8±9.2]. AxSpA grubu; 358 (%68) AS ve 168 (%32) non radyografik axSpA hastalarından oluşmaktaydı. Hastaların demografik ve hastalık ilişkili verileri standart bir form aracılığı ile toplandı. IBA varlığı; Calin, Berlin ve ASAS kriterlerine göre değerlendirildi. Hastaların bazal demografik ve klinik verileri univariate ve multivariate analizde değerlendirilerek axSpA gelişimi predikte edilmeye çalışıldı.

Bulgular: Non-kriter BA grubundaki hastalarda erkek cinsiyet oranı ve HLA B27 pozitifliği anlamlı şekilde düşük bulundu. axSpA grubunda da semptom süresi daha uzun, eğitim süresi daha kısaydı. İki grupta Calin, Berlin ve ASAS kriterlerine göre IBA kriterlerini doldurma oranları benzerdi. axSpA grubunda yapısal hasar daha ön plandayken iki grup arasında aktivite, fonksiyon ve

Tablo 1 (PS-028): Aksiyel spondiloartrit hastalarının ve sınıflandırılmayan kronik bel ağrısı olan hastaların demografik ve klinik özellikleri.

| Değişkenler | axSpA (n=526) | Non-kriter BA (n=90) | p |
|---------------------------------|---------------|----------------------|--------|
| Yaş, ortalama±SD | 42.3±11.9 | 39.8±9.2 | 0.145 |
| Kadın, % | 38.2 | 75.6 | <0.001 |
| Semptom süresi; ortalama±SD | 14.4±10.1 | 11.1±8.6 | 0.001 |
| Sigara, % | 68.6 | 60.0 | 0.260 |
| Eğitim süresi yıl, ortalama±SD | 9.9±4.4 | 11.2±4.9 | 0.025 |
| ASAS aile öyküsü pozitifliği, % | 31.9 | 33.3 | 0.794 |
| BMI, ortalama±SD | 26.4±7.9 | 26.5±5.4 | 0.937 |
| Periferik artrit, % | 35.6 | 24.4 | 0.048 |
| Entezit, % | 49.9 | 61.8 | 0.061 |
| Daktilit, % | 2.1 | 0 | 0.375 |
| Uveit, % | 11.2 | 6.7 | 0.260 |
| Psoriasis, % | 5.0 | 2.2 | 0.255 |
| IBH, % | 3.1 | 0 | 0.262 |
| Calin'e göre IBA | 89.0 | 85.2 | 0.362 |
| Berline'e göre IBA | 74.0 | 67.0 | 0.190 |
| ASAS'a göre IBA | 80.3 | 72.4 | 0.113 |
| NSAID yanıt oranı, % | 89.1 | 70.1 | <0.001 |
| HLA B27 pozitifliği, % | 61.2 (74/104) | 11.4 (155/270) | <0.001 |
| CRP mg/dl; ortalama±SD | 15.0±22.9 | 6.2±13.4 | <0.001 |
| BASFI; ortalama±SD | 3.5±2.8 | 3.5±2.7 | 0.892 |
| BASDAI; ortalama±SD | 4.3±2.3 | 4.7±2.3 | 0.081 |
| ASDAS-CRP; ortalama±SD | 2.9±1.1 | 2.7±0.9 | 0.232 |
| BASMI; ortalama±SD | 2.7±2.2 | 2.1±1.4 | 0.183 |
| ASQoL; ortalama±SD | 9.7±9.5 | 9.7±4.5 | 0.682 |
| HAQ-S; ortalama±SD | 0.8±0.5 | 0.8±0.5 | 0.551 |
| mSSASS; ortalama±SD | 11.9±21.2 | 0.4±1.3 | 0.004 |
| Sindesmotif varlığı, % | 59.5 | 8.0 | 0.012 |
| Kalça tutulumu, % | 19.0 | 4.1 | 0.001 |

Tablo 2 (PS-028): axSpA tanısını predikte etmekte kullanılabilir faktörlerin univariate ve multivariate analiz sonuçları.

| Değişkenler | Univariate OR (%95 CI) | p | Multivariate OR (%95 CI) | p |
|---------------------------------|------------------------|--------|--------------------------|--------|
| Cinsiyet (erkek vs kadın) | 4.9 (2.9–8.3) | <0.001 | 3.2 (1.4–7.2) | 0.003 |
| Artrit | 1.7 (0.99–2.42) | 0.50 | 1.6 (0.66–4.0) | 0.283 |
| HLA B27 (pozitif vs negatif) | 12.2 (5.6–26.3) | <0.001 | 7.2 (2.8–18.2) | <0.001 |
| CRP yüksekliği | 5.4 (2.7–10.7) | <0.001 | 11.6 (2.6–52.3) | 0.001 |
| Semptom süresi (<10 vs ≥10 yıl) | 1.6 (1.06–2.6) | 0.025 | 1.001 (0.47–2.10) | 0.998 |
| Eğitim süresi (≤8 vs > 8 yıl) | 0.5 (0.31–0.84) | 0.008 | 0.73 (0.33–1.59) | 0.434 |
| NSAİD yanıtı | 3.38 (1.8–6.36) | <0.001 | 1.72 (0.71–4.17) | 0.224 |

yaşam kaliteleri arasında fark saptanmadı (Tablo 1 PS-028). Univariate analizde; erkek cinsiyet, artrit varlığı, HLA B27 pozitifliği, yüksek CRP, düşük eğitim süresi, uzun semptom süresi ve NSAİD yanıtı axSpA ile ilişkili bulunurken, multivariate analizde erkek cinsiyet, CRP yüksekliği ve HLA B27 pozitifliği axSpA tanısını bağımsız şekilde tahmin ettirmektedir (Tablo 2 PS-028).

Sonuç: Non-kriter kronik bel ağrısı olan hastalarda; yapısal hasar dışı hastalık yükü axSpA olarak sınıflandırılan hastalar ile benzer görülmektedir. Bu hastalar arasında; HLA B27 pozitifliği, CRP yüksekliği ve erkek cinsiyet varlığında axSpA gelişimi açısından dikkatli olunmalıdır.

Anahtar sözcükler: Ankilozan spondilit, bel ağrısı

PS-029

Geç başlangıçlı spondilartirit hastalarında TNF inhibitörü tedavilerinin sürekliliği ve etkinliği: TReasure gerçek yaşam verileri

Nilüfer Alpay Kanitez¹, Cemal Bes¹, Sedat Kiraz², İhsan Ertenli², Orhan Küçükşahin², Ediz Dalkılıç², Timuçin Kaşifoğlu², Hakan Emmungil², Süleyman Serdar Koca², Muhammet Çınar², Veli Yazısız², Ender Terzioğlu², Bahar Keleşoğlu Dinçer², Aşkın Ateş², Ufuk İlgen², Emre Tekgöz², Sedat Yılmaz², Pamir Atagündüz², Şükran Erten², Servet Akar², Ömer Karadağ², Sezin Turan², Yavuz Pehlivan², Zeynel Abidin Akar², Şule Yaşar Bilge², Ozan Cemal İçaçan¹, Levent Kılıç², Sema Kaymaz Tahra², Önay Gerçik², Gözde Kübra Yardımcı², Burcu Yağız², Belkis Nihan Coşkun², Koray Taşçılar², Umut Kalyoncu²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul; ²Treasure Kayıt Kütüğü adına

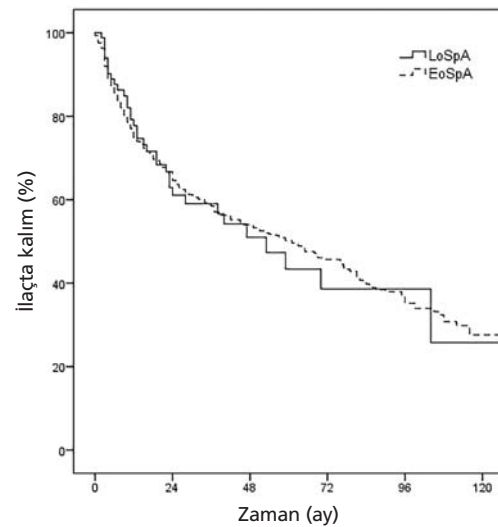
Amaç: Spondilartirit (SpA) genellikle genç hastalarda başlar ve 45 yaşında sonra klinik başlangıç nadirdir. Gün geçtikçe ortalama yaşam süresinin uzaması nedeniyle gelecekte romatoloji pratiğinde geç başlangıçlı SpA oranının daha sık görülebileceği tahmin edilmektedir. Geç başlangıçlı SpA hastalarının fonksiyonel bozukluk, eklem dışı hastalık, komorbiditeler ve tedavi durumu açısından erken başlayan SpA hastalarına göre farklılıkları olabilir. Erken başlangıçlı SpA (EoSpA) ile geç başlangıçlı SpA (LoSpA) hastalarının TNF inhibitörü tedavileri ile ilaçta kalım ve etkinlik verilerini karşılaştırmaktır.

Yöntem: TReasure, 2017 yılında 17 merkezin katılımıyla oluşturmuş romatoid artrit (RA) ve SpA hastalarının kaydedildiği, web tabanlı bir kayıt-kütüğüdür. TReasure'dan verileri elde edilen,

ASAS kriterlerini karşılayan SpA hastaları, LoSpA (semptom başlangıcı >45 yaş) ve EoSpA (semptom başlangıcı ≤45 yaş) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Tedavide verilen ilk TNF inhibitörlerinin tedavi süresi, ilaç kesilme nedeninden bağımsız olarak ilaç kesilmesine kadar geçen süre olarak hesaplandı. Kaplan-Meier sağ kalım analizi ve log rank testi uygulandı. İlaçların kesilme gerekçeleri değerlendirildi.

Bulgular: TNF inhibitörleri ile tedavi edilen 1382 SpA hastasının %9.4'ü (n=130) LoSpA'ya dahil edildi ve %90.6'sı (n=1252) EoSpA grubuna dahil edildi. LoSpA grubu daha fazla kadın, entezit ve sedef hastalığı oranına sahipti. Ortalama tedavi süresi LoSpA'da 53 ay ve EoSpA'da 61 aydı. Başlangıçtaki hastalık aktivitesi ölçümleri, LoSpA'da daha yüksek olan ASDAS-ESH dışında benzerdi (Tablo PS-029). LoSpA'da majör tedavi yanıt oranı (BASDAI50) son visit için EoSpA'dan daha düşüktü (%26.1 vs %46.2; p=0.009). TNF inhibitörleri ile ilaçta kalım açısından, hasta grupları arasında anlamlı bir fark yoktu (Şekil PS-029). Her iki grupta da devam başlıca nedeni ilaç etkisizliği idi (LoSpa'da %68.6 ve EoSpA'da %60, p>0.05).

Sonuç: LoSpA hastaları tüm biyolojik kullanan SpA hastalarının yaklaşık %10'u idi. LoSpA hastaları ağırlıklı olarak kadındı ve nispeten daha yüksek bazal hastalık aktivitesine ve daha düşük tedaviye yanıt oranına sahiptiler. Bu sonuç, kadınlarda fibromiyaljinin daha fazla görülüyor olması ve fibromiyalji hastaları



Şekil 2 (PS-29): Spondilartirit hastalarının hastalık başlangıç yaşına göre TNF inhibitörlerinde kalım eğrileri.

larda SpA aktivitesinin daha yüksek bulunabileceği ile ilişkili olabilir. Öte yandan, LoSpA grubundaki TNF inhibitörleri ile ilaçta kalım oranları ve ilaç kesme nedenleri, genç gruptakine benzer saptandı.

Tablo (PS-029): Spondilartirit hastalarının hastalık başlangıç yaşına göre klinik özellikleri ve TNF inhibitörü kullanım oranları.

| | LoSpA n: 130 | EoSpA n:1252 | p values |
|------------------------------------|-----------------|-----------------|-------------|
| Yaş [median (min-max)] | 56.5 (45-75) | 35 (0-76) | <0.001 |
| Cinsiyet n (%) | 90 (69) | 494 (40) | <0.001 |
| Hastalık süresi [median (min-max)] | 61 (1-334) | 108 (0-686) | <0.001 |
| HLA-B27, n (%) | 29 (42) | 444 (58) | 0.013 |
| Uveit, n (%) | 15 (12) | 133 (11) | 0.765 |
| Daktilit, n (%) | 3 (9) | 15 (4) | 0.221 |
| Entezit, n (%) | 20 (56) | 105 (31) | 0.003 |
| Psoriasis, n (%) | 26 (20) | 111 (9) | <0.001 |
| FMF, n (%) | 5 (4) | 71 (5) | 0.411 |
| IBD, n (%) | 6 (5) | 24 (2) | 0.052 |
| BASDAI [median (min-max)] | 6.1 (0-10) | 6 (0-10) | 0.748 |
| BASFI [median (min-max)] | 5.3 (0-10) | 4.5 (0-10) | 0.098 |
| ASDAS-ESH [median (min-max)] | 3.3 (1.23-4.9) | 2.9 (0-5.7) | 0.001 |
| ASDAS-CRP [median (min-max)] | 3.6 (1.5-5.9) | 3.3 (0.7-8) | 0.251 |
| Adalimumab | 57 (44) | 518 (41) | 0.225 |
| Etanercept | 18 (14) | 253 (20) | |
| Golimumab | 14 (11) | 165 (13) | |
| Infliksimab | 29 (22) | 204 (16) | |
| Sertolizumab | 12 (9) | 112 (9) | |

Anahtar sözcükler: Geç başlangıçlı spondilartropati, TNF inhibitörleri

PS-030

Aksiyal spondilartirit hastalarında inflamatuvar bağırsak hastalığı birlikteliğinin radyografik hasara etkisinin değerlendirilmesi

Fırat Baluken, Mehmet Pamir Atagündüz
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

Amaç: Spondilartirit grubu hastalıklar ve inflamatuvar barsak hastalığı nedeni bilinmeyen, kronik, birlikte görülebilen, ortak patogeneze ve genetik yatkınlığı bulunan iki hastalık grubudur. SpA hastalarında aksiyal eklemlerde görülen inflamasyona sekonder bulgular konvansiyonel radyografiler ile tespit edilebilir ve radyografik hasar olarak adlandırılır. SpA ve İBH'nin birlikteliği sırasında izlenen intestinal inflamasyonun radyografik hasarın şiddeti üzerine olası etkilerinin değerlendirilmesi bu çalışmanın amacıdır.

Yöntem: Vaka grubu, Marmara Üniversitesi Gastroenteroloji ABD'da İBH ile takipli ve beraberinde ASAS'a göre Aksiyal SpA tanısı olan 33 hasta olarak belirlendi. Kontrol grubu olarak, Marmara Üniversitesi Romatoloji ABD'dan takipli AxSpA tanısı olup İBH tanısı olmayan, radyografik hasara etkili olduğu daha önce literatürde bildirilmiş; yaş, cinsiyet, hastalık süresi, sigara kullanı-

mı, HLA-B27 ve tedavi gibi parametreler açısından birebir eşleştirilen 33 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların AP sakroiliak, lateral / ve AP servikal ve lomber direkt grafileri, bir şiddet parametresi olan BASRI skorlama sistemi ile değerlendirildi. BASRI skorları istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Vaka ve kontrol grubunda birbir eşleştirme yapıldığı için demografik ve klinik parametreler açısından istatistiksel farklılık saptanmadı. Tüm grupta vaka ve kontrol grubu arasında BASRI total, sakroiliak ve omurga bölgelerinde istatistiksel anlamda farklılık saptanmadı. SpA alt tipi klasik AS olan hastalarda: BASRI sakroiliak ortalaması; vaka grubunda 2.86±0.78, kontrol grubunda 3.75±0.44 BASRI total ortalaması; vaka grubunda 4.19±2.4, kontrol grubunda 6.75±2.51 olarak bulundu. Bu grupta BASRI sakroiliak, servikal ve total skorları İBH tanısı olmayan ankilozan spondilit hastalarında (kontrol grubu) anlamlı olarak daha yüksek olarak bulundu. Vaka grubunda inflamatuvar barsak hastalığı ve spondilartirit birlikte geçen süre ile BASRI skorları arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı.

Sonuç: Bulgularımız İBH-Aksiyal Spondilartirit birlikteliğinde özellikle klasik AS grubunda radyografik hasar şiddetinin daha düşük olduğunu göstermektedir. Bu sonuç "Enteropatik artrit" in aksiyal tutulumu olarak adlandırılan İBH ilişkili AS'nin izole AS' den daha hafif radyografik hasara neden olan farklı seyirli bir hastalık olabileceği gibi kronik intestinal inflamasyonun SpA'da yeni kemik oluşumunu baskılıyor olabileceğini de düşündürmektedir

Anahtar sözcükler: Spondilartropati, ankilozan spondilit, inflamatuvar barsak hastalığı

PS-031

Ankilozan spondilitli hastalarda ASAS sağlık indeksi ile fonksiyonel bozukluğun ve genel sağlık durumunun değerlendirilmesi

Oğuzcan Kınikoğlu¹, Meryem Can²

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

Amaç: Ankilozan spondilitli hastalarda, hastanın günlük işlerine, sağlık ve yaşam kalitesi üzerine etkisini gösteren ASAS sağlık indeksi ve çevresel indeks, hastanın bakış açısını göstermekte ve kolay uygulanabilir olması nedeniyle tercih edilmektedir. Biz de bu çalışmamızda, AS'li hastalarda ASAS- sağlık indeksi ve çevresel indeksini kullanarak hastaların genel sağlık durumunu, fonksiyon bozukluğunu belirlemeyi ve diğer doktor ve hasta kökenli ölçeklerle uyumunu saptamayı hedefledik.

Yöntem: Ocak 2017-Nisan 2018 tarihleri arasında İstanbul Medipol Üniversitesi Romatoloji Bilim Dalı polikliniğine başvuran Aksiyal spondilartirit ASAS kriterlerini tamamlayan 94 hasta dahil edildi. ASAS HI (ASAS sağlık indeksi), hastalık aktivitesini belirlemeye yardımcı olan Bath ankilozan spondilit disease activity index (BASDAI), Bath ankilozan spondilit functional index (BASFI), hasta kökenli ölçekler health assessment questionnaire (HAQ) (sağlık değerlendirme ölçeği), ankilozan spondilit quality of life scale (ASQoL) anketleri doldurtuldu.

Hasta ve doktor kökenli ölçekler arasındaki korelasyonlar Spearman korelasyon testiyle değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 91 hastanın; 45'i (%50) erkekti, ortalama yaşları 35.6 (10.6) ve ortalama hastalık süreleri 25.7 (40.5) olarak bulundu. Ayrıca hastalar ASAS-Sİ sonucuna göre kategorize edildiğinde 29 hastanın (%33) normal fonksiyona 32 hastanın (%36.4) orta derecede fonksiyon kaybına ve 27 hastanın (%30.7) ciddi fonksiyon kaybına sahip olduğu görüldü. BASDAI skorlarıyla karşılaştırıldığında hastalık aktivitesi ile ASAS HI sonuçları arasında ilişki saptandı (p=0.00). ASAS HI sonuçları; BASFI, BASDAI, Spinal ağrı, HAQ skoru sonuçlarıyla [(sırasıyla) r: 0.5, 0.6, 0.5, 0.6] (p<0.05) pozitif yönde korelasyon saptandı.

Sonuç: Bizim bu kesitsel çalışmamızda ASAS-Sağlık indeksi ve Çevresel Faktör indeksi sonuçlarının; BASFI, BASDAI, Spinal ağrı, HAQ skoru sonuçlarıyla pozitif yönde korele olduğunu gösterdik. ASAS-Sağlık indeksi ve çevresel indeksle hastaların genel sağlık durumları, fonksiyonel bozukluk dereceleri, ağrı düzeyleri, sosyal katılım ve duygusal-cinsel fonksiyon durumları değerlendirilmektedir. Bu çalışma, ankilozan spondilitli hastalarda, fonksiyonel bozukluğu ve genel sağlık durumunu ilk defa yeni bir indeksle değerlendiren ve diğer parametrelerle ilişkisini gösteren ilk çalışmadır.

Anahtar sözcükler: Ankilozan spondilit, ASAS sağlık indeksi

PS-032

Ankilozan spondilitli bireylerde aerobik egzersiz eğitiminin etkinliğinin incelenmesi

Bilge Basakci Calik¹, Mine Pekesen Kurtça¹, Elif Gür Kabul¹, Orçin Telli Atalay¹, Harun Taşkın¹, Murat Yiğit², Murat Taşçı², Veli Çobankara²

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu, Denizli; ²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Denizli

Amaç: Ankilozan spondilit (AS) gibi kronik hastalıklarda bireyin günlük yaşam fonksiyonlarını iyileştirmek için fizyoterapi ve rehabilitasyon yöntemlerinin en başında egzersiz tedavisi gelmektedir. AS'li bireylerde geleneksel egzersizlere ek olarak aerobik egzersiz eğitimi önerilmektedir. Çalışmamız aerobik egzersiz eğitiminin, AS'li bireylerde fonksiyonel düzey, hastalık aktivitesi, mobilite, fonksiyonel egzersiz kapasitesi ve yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmak amacıyla planlandı.

Yöntem: Çalışmaya, Modifiye New York kriterleri ne göre AS tanısı alan 15 birey (8 kadın, 7 erkek; ort. yaş = 44.93±11.53 yıl) dahil edildi. Bireylerin demografik ve hastalıkla ilgili veriler kaydedildikten sonra, tedavi öncesi ve sonrası iki kez olmak üzere fonksiyonel düzey Bath AS Fonksiyonel İndeksi (BASFI), hastalık aktivitesi Bath AS Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAI), mobilite Bath AS Metrology İndeksi (BASMI), fonksiyonel egzersiz kapasitesi 6 dakika yürüme testi (6 DYT) ve yaşam kalitesi Nottingham Sağlık Profili (NSP) ile değerlendirildi. Aerobik eğitimden oluşan antrenman programı 12 hafta boyunca haftada 3 gün 40 dakika süresince uygulandı. Aerobik eğitimin hemen sonrasında bireylere spinal mobilitayı artırmaya yönelik

egzersiz programı da gözetim altında uygulandı. İstatistiksel analiz için Wilcoxon testi kullanıldı.

Bulgular: Eğitim sonrası öncesine göre BASDAI (p=0.005), BASMI (p=0.038), 6 DYT (p=0.041) ve NSP toplam puanı (p=0.008) açısından farkın anlamlı olduğu bulunurken, BASFI (p=0.078) açısından farkın anlamlı olmadığı bulundu.

Sonuç: Sonuçlarımız AS'li bireylerde aerobik ve spinal mobilite egzersiz eğitiminin hastalık aktivitesi, aksiyel mobilite, fonksiyonel egzersiz kapasitesi ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etki oluşturduğunu göstermiştir.

Anahtar sözcükler: Ankilozan spondilitli aerobik eğitim, spinal mobilite eğitimi

PS-033

Spondiloartrit hastalarında anti-TNF tedaviye rağmen karşılanmamış gereksinim vardır; HÜR-BİO gerçek yaşam verileri

Levent Kılıç, Alper Sarı, Berkan Armağan, Kübra Gözde Yardımcı, Abdulsamet Erden, Bayram Farisoğulları, Ömer Karadağ, Ali Akdoğan, Şule Apraş Bilgen, İhsan Ertenli, Sedat Kiraz, Umur Kalyoncu

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

Amaç: Tümör nekrozis faktör inhibitörlerinin (TNFi) spondiloartriti (SpA) tedavisinde etkinliği büyük randomize çalışmalarda gösterilmiştir ancak hastaların bir kısmında tedavide başarısız olunmaktadır. Bu çalışmanın amacı, tek merkezli bir gerçek yaşam biyolojik kayıt sisteminde kayıtlı SpA hastalarında 2 veya daha fazla TNFi kullanımının sıklığı ve buna etki eden faktörlerin araştırılmasıdır.

Yöntem: HÜR-BİO (Hacettepe Üniversitesi Romatoloji Biyolojik Kayıt Sistemi) 2005 yılında kurulmuş olan tek merkezli bir biyolojik kayıt sistemidir. HÜR-BİO'da kayıtlı ve TNFi tedavisi alan 2386 SpA hastası arasında Mayıs 2018 tarihi itibarı ile en az 3 kontrol viziti olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalar TNFi değişim sayısına göre 3 gruba ayrıldı; hiç biyolojik değişimi olmayanlar (Grup 1), 1 TNFi değişimi olanlar (grup 2), 2 veya daha fazla TNFi değişimi olanlar (grup 3). Grup 1 ve grup 3'ün demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri karşılaştırıldı.

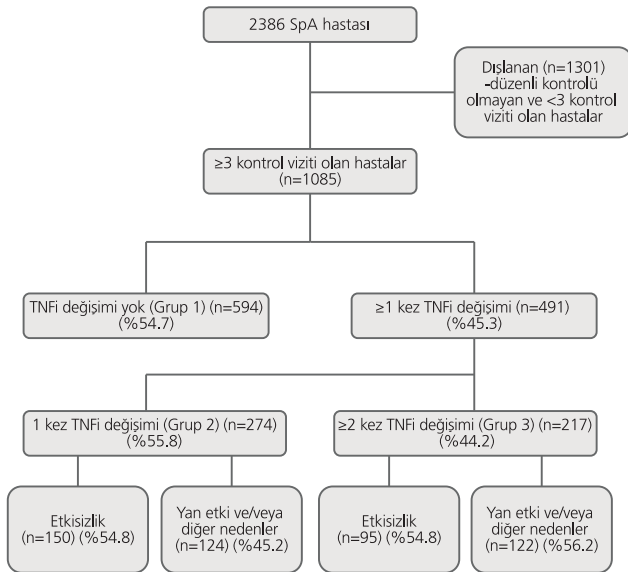
Bulgular: Toplamda 1085 (%41.8 kadın) SpA hastası çalışmaya dahil edildi. Hastaların TNFi değişim sayısı ve nedenlerine göre dağılımı Şekil PS-033'de verilmiştir. Grup 1 ve Grup 3'ün bazal (ilk TNFi başlangıcında) demografik ve klinik özellikleri Tablo PS-033'de özetlenmiştir. TNFi başlangıcından itibaren takip süresi grup 3 hastalarda daha uzundu [4.8 (3.1)'e karşın 5.8 (3.1) yıl, p<0.001]. Çok değişkenli analizde; kadın cinsiyet [OR: 3.51, %95GA: 1.49–8.27], kalça tutulumu [OR: 4.99, %95GA: 1.34–18.62], bazal eritrosit sedimentasyon hızı [OR: 0.977, %95GA: 0.96–0.99], bazal BASDAI skoru [OR:1.026, %95GA: 1.003–1.050] ve uzun takip süresi [OR: 1.22, %95GA: 1.04–1.42] 2 veya daha fazla TNFi değişimi için risk faktörleri olarak bulundu.

Tablo (PS-033): Grup 1 ve Grup 3'ün bazal (ilk TNFi başlangıcında) demografik ve klinik özellikleri.

| | TNF değişimi yok Grup 1 (n=594) | ≥2 kez TNFi değişimi Grup 3 (n=217) | p |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---|--------|
| Yaş, yıl (SS) | 36.8 (11.4) | 36.4 (10.5) | 0.67 |
| Kadın, n (%) | 201 (33.8) | 124 (57.1) | <0.001 |
| Hastalık süresi, yıl, ortalama (SS) | 4.9 (5.8) | 4.6 (5.7) | 0.46 |
| BASDAI (SS) | 5.4 (2.0) | 6.3 (1.7) | <0.001 |
| BASFI (SS) | 4.3 (2.4) | 5.0 (2.5) | 0.012 |
| ESR, mm/sa (SS) | 30.4 (24.1) | 27.8 (24.2) | 0.210 |
| CRP, mg/dL (SS) | 3.3 (5.5) | 3.1 (4.1) | 0.716 |
| Spinal tutulum, n (%) | 138/395 (34.9) | 35/156 (22.4) | 0.04 |
| Kalça tutulumu, n (%) | 4-9/427 (11.5) | 28/147 (16.0) | 0.14 |
| VKL, kg/m ² (SS) | 27.5 (5.3) | 28.1 (6.0) | 0.28 |
| HLA-B27 pozitif, n (%) | 172/289 (59.5) | 47/106 (44.3) | <0.009 |

Sonuç: TNFi; SpA tedavisinde etkili bir tedavi seçeneği olmasına rağmen gerçek yaşamda düzenli takibi olan SpA hastalarının yaklaşık %20'sinde 2 ve daha fazla tedavi değişimi gerekmektedir. Kalça tutulumu, başlangıç hastalık aktivitesinin yüksekliği, akut faz yüksekliği gibi bilinen ciddi SpA risk faktörleri olan hastalarda anti-TNF değişimi beklendiği üzere daha siktir. Öte yandan SpA hastalarında erkek cinsiyet daha ciddi tutulum olmasına rağmen değişimin kadınlarda daha fazla yapılması başka psikososyal nedenlerin de etkisi olduğunu düşündürmektedir. Gerçek yaşamda anti-TNF almasına rağmen aktivitesi devam eden karşılanmamış ihtiyacı olan bir hasta grubu bulunmaktadır, bu hastalarda IL-17 yolağını bloke eden yeni ajanlar alternatif tedavi seçeneği olabilir.

Anahtar sözcükler: Spondiloartrit (SpA), biyolojik DMARD, TNF inhibitörleri (TNFi)



Şekil (PS-33): TNFi değişimi akış şeması.

PS-034

Ankilozan spondilit ve renal yetmezliği olan hastalarda anti-TNF deneyimi: Tek merkezli, retrospektif çalışma

Belkıs Nihan Coşkun¹, Burcu Yağız², Yavuz Pehlivan², Ediz Dalkılıç²

¹Bursa İlker Çelikcan Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Bursa;

²Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

Amaç: Ankilozan spondilit (AS) tedavisinde Anti-TNF tedavisinin etkinliği ve güvenilirliği iyi bilinmektedir. Renal yetmezliği olan AS'li hastalarda biyolojik tedavilerin kullanımına ilişkin veriler kısıtlıdır. Bu çalışmada AS tanısı ile takip edilen, renal yetmezliği olan hastalarda, Anti-TNF ilaç kullanımının etkinlik ve güvenilirliğini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Anti-TNF ajan kullanan 863 AS tanılı hasta retrospektif olarak taranarak, glomeruler filtasyon hızı (GFR) üç aydan uzun süredir < 60 ml /dk / 1.73 m² olan 25 hastaya ulaşıldı. İlaç ilişkili yan etkiler kayıt edildi. Tedavi başlangıcındaki ve son vizitteki eritrosit sedimentasyon hızı (ESR), C-reaktif protein (CRP), kreatinin, GFR düzeyleri ve Bath Ankilozan spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAI) ölçümleri kayıt edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 25 hastanın 23'ü (%92) erkek, ortalama yaş 53.56±10.7 yıl, hastalık süresi 18.28±12.41 yıl, hastalık başlangıç yaşı 35.28±10.60 yıl idi. Hastaların 15'inin (%71.4) HLA-B27 değeri pozitif idi. Dokuz (%36) hastada periferik tutulum, 3 (%12) hastada üveit, 3 (%12) hastada inflamatuvar barsak hastalığı mevcuttu. Sekiz (%32) hastaya renal biyopsi, bir (%4) hastaya da rektal biyopsi yapılmıştı. Patolojik tanılarının biri IgA nefropatisi, biri fokal segmentel glomerüloskleroz, diğerleri ise amiloidozdu. Hastaların 12'si (%48) takip esnasında diyaliz tedavisi almaktaydı. Hastaların 15'i (%60) bir, 8'i (%32) iki, ikisi (%8) üç anti-TNF ilaç kullanmıştı. İlk kullanılan tedaviler etanercept (%52), infliximab (%24), adalimumab (%24) idi. Dört hastada plevral effüzyon, infektif endokardit, septik artrit, protez enfeksiyonu yan etkileri gelişti. Dört hastada exitus görüldü. Hastaların ikisi enfeksiyon, biri çoklu organ yetmezliği, diğeri ise fistülde gelişen trombus nedeniyle hayatını kaybetti. Hastaların 22'sinde (%88) tedavi etkindi. Tedavi öncesi ve son görüşme BASDAI skorları karşılaştırıldığı-

da anlamlı olarak bir düşüş saptandı. ($p<0.000$) Tedavi öncesi ve son görüşmedeki GFR düzeylerinde düşüş saptandı ($p<0.002$) (Tablo PS-034).

Tablo (PS-034): Hastaların başlangıç ve son vizitteki değerleri.

| | Biyolojik başlangıç | Son vizit | p değeri |
|-----------------------------------|---------------------|-------------|----------|
| Kreatinin | 2.1±1.61 | 3.79±2.68 | 0.005 |
| GFR (ml/dak/1.73 m ²) | 52.96±33.77 | 27.84±19.13 | 0.02 |
| CRP (mg/dl) | 3.04±2.88 | 2.83±3.50 | 0.656 |
| BASDAI | 6.29±0.95 | 2.81±3.79 | 0.000 |

Sonuç: Çalışmamız sonucunda Anti-TNF kullanımının renal yetmezlikli AS hastalarında etkin bir tedavi yöntemi olduğu görülmüştür. Olası fırsatçı enfeksiyonlar akılda tutulmalıdır. Her ne kadar GFR hızında azalma gözlenmekle birlikte bunun biyolojik ajanlardan mı yoksa renal yetmezliğin doğal seyrinden mi olduğu net değildir. Bu konuda daha geniş hasta sayısına ait randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar sözcükler: Ankilozan spondilit, anti-TNF tedavi, renal yetmezlik

PS-035

Anti-TNF tedavisi altında olan hastalarda ortalama eritrosit hacmi (MCV) takip edilmeli midir? MCV artışı hematolojik malignitenin bir işareti olabilir

Erdal Bodakçı¹, Döndü Üsküdar Cansu¹, Hava Üsküdar Teke², Cengiz Korkmaz¹

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir; ²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji Bilim Dalı, Eskişehir

Amaç: Hematolojik hastalıklardan özellikle miyelodisplastik sendrom (MDS) ve akut lösemide artmış ortalama eritrosit hacmi (MCV) prognostik bir faktör olarak kabul edilir ve tanı açısından da yol göstericidir. Amacımız anti-TNF tedavisi altında izlenen ankilozan spondilitli (AS) hastalarda takiplerde MCV düzeylerinde değişiklik olup olmadığını belirlemektir.

Yöntem: 2010–2017 yılları arasında AS tanısı ile anti-TNF (etanerept (ETN), infliksimab (INF), adalimumab (ADA) ve golimumab (GO)) kullanan hastalar çalışmaya dahil edildi. Anti-TNF başlanması 0,3,6,9,12. ayı ve en son kontroldeki MCV değerleri kaydedildi (INF için 0, 2, 4, 6, 8, 10, 12. aylar

ve en son değer alındı). MCV için üst değer 95 seçildi. MCV yüksekliği saptanan hastalarda periferik yayma değerlendirildi ve MCV yüksekliği yapabilecek diğer nedenler dışlandı. 107 anti-TNF kullanan ardışık hastaya karşılık ve 30 NSAİİ ve 30 salazopirin ile birlikte NSAİİ kullanan hastalar kontrol grubu olarak alındı.

Bulgular: 107 anti-TNF alan hasta hastanın erkek/kadın 80/27, ortalama yaş 41.5 yıl, ortalama hastalık süresi 13.3 yıl idi. Anti-TNF kullanan grupta MCV>95 olan 5 hasta varken NSAİİ kullanan grupta MCV yüksekliği saptanmadı ($p<0.001$) ve SZP+NSAİD kullanan grupta 1 MCV yüksekliği saptandı. MCV değeri 95 üzerinde olan 5 hastanın MCV'leri anti-TNF tedavisinin takip eden 3. ayda 1, 6.ayda 3, 12.ayda 1 kişi gözlemlendi. Bu hastalardan birinde ETN tedavisi altında MCV değerlerinin progresif yükseldiği ve tedavinin 12. ayında bakılan periferik yaymasında blast görülmesi üzerine yapılan kemik iliğinde myelodisplastik sendrom zemininde akut myeloid lösemi tanısı konulduğu görüldü (Hasta ve kontrol grubunun özellikleri ve MCV düzeyleri ile ilgili veriler Tablo PS-035'de verilmiştir).

Sonuç: Anti-TNF ilaçlar MCV yüksekliği yapabilen ilaçlar sınıfında yer almalı ve tedavi alan hastalarda hemogram tetkikinde yer alan MCV değerleri de bir takip ölçütü olarak kullanılmalı, MCV yüksekliği devam eden veya progrese olan hastalar olası MDS veya akut lösemiye gidici açısından araştırılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Anti-TNF, MCV, hematolojik malignite

PS-036

Anti-TNF tedavisi alması kararlaştırılmış ankilozan spondilitli bireylerde eş zamanlı başlanan bilişsel egzersiz terapi yaklaşımının hastaların biyopsikososyal durumları üzerine etkisi

Nur Banu Karaca¹, Fatma Birgül Oflaz¹, Aykut Özçadircı¹, Gamze Arın¹, Umut Kalyoncu², Edibe Ünal¹, Sedat Kiraz²

¹Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Ankara; ²Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Ankilozan spondilitli (AS) bireylerin yaşam kaliteleri, fonksiyonları, depresyon ve anksiyete düzeyleri çeşitli derecelerde etkilenebilmektedir. Bu durum kronik ağrının biyopsikososyal boyutunu açıklamakla beraber, hastalığın çok yönlü değerlendirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu çalışmanın

Tablo (PS-035): AS tanısı altında Anti-TNF kullanan hastaların özellikleri ve MCV değerleri.

| Gruplar | Sayı, n | Cinsiyet E/K | Hastalık süresi ort. yıl | Yaş ort. yıl | Bazal MCV ortalaması | 6. ay MCV ortalaması | MCV>95, n |
|----------------|---------|--------------|--------------------------|--------------|----------------------|----------------------|-----------|
| Anti-TNF grubu | 107 | 80/27 | 13,3 | 41,7 | 82,4 | 83,1 | 5 |
| ADA | 30 | 23/7 | 17,5 | 44 | 81,95±1,24 | 81,95±1,24 | 1 |
| INF | 24 | 17/7 | 12,3 | 41 | 82,33±1,29 | 82,99±1,29 | 1 |
| GO | 23 | 20/3 | 11,5 | 41 | 84,61±1,77 | 84,54±1,77 | 2 |
| ETN | 30 | 20/10 | 12,1 | 41,1 | 81,95±1,11 | 83,43±1,11 | 1 |
| NSAİI grubu | 30 | 23/7 | 5,5 | 38 | 84,67±1,24 | 84,3±1,24 | 0 |
| SZP+NSAİI | 30 | 20/10 | 8,4 | 47,4 | 87,4±1,11 | 86,63±1,11 | 1 |

amacı anti-TNF tedavisi alması kararlaştırılmış ankilozan spondilitli bireylerde eş zamanlı başlanan Bilişsel Egzersiz Terapi Yaklaşımı'nın (BETY) hastaların biyopsikosozyal durumları üzerine etkisini araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya anti-TNF tedavisi alması kararlaştırılmış 48 birey dahil edildi. Hastalar BETY eğitimine katılabilme durumuna göre iki gruba ayrıldı. Grup 1 (n=12)'deki hastalar anti-TNF tedavileri ile eş zamanlı olarak 12 hafta boyunca, haftada 3 gün, birer saat BETY eğitimi alırken, grup 2 (n=36)'deki hastalar yalnız anti-TNF tedavisi ile takip edildi. Hastaların biyopsikosozyal değerlendirmeleri Hacettepe Üniversitesi Romatolojik Rehabilitasyon Ünitesi'nde geliştirilen Bilişsel Egzersiz

Terapi Yaklaşımı Ölçeği ile yapıldı (Tablo 1 PS-036). 12 hafta sonunda aynı ölçek her iki gruba tekrar uygulandı. Ölçeğe verilen cevaplar her soru için kendi içinde analiz edildi. Bireylere ait demografik bilgiler kaydedildi (Tablo 2 PS-036).

Bulgular: BETY ölçeğinin maddelerine verilen yanıtlar soru incelenerek grup içi karşılaştırma yapıldığında 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 23, 24. ve 30. sorularda her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı fark görüldü (p<0,05). Bunun yanı sıra 1, 10, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 22, 26, 27, 28. ve 29. sorularda BETY eğitimine katılan grupta anlamlı değişme gözlenirken (p<0,05), kontrol grubunda istatistiğe yansıyan bir fark görülmedi (p>0,05). 17, 19. ve 25. sorularda ise her iki grupta da anlamlı fark bulunmadı (p>0,05).

Tablo 1 (PS-036): Bilişsel Egzersiz Terapi Yaklaşımı Ölçeği.

Lütfen aşağıdaki her bir soruyu okuyun ve bugün dâhil son bir hafta içinde her bir maddenin sizin için uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

| | Evet her zaman | Evet sıklıkla | Evet bazen | Evet nadiren | Hayır hiçbir zaman |
|--|----------------|---------------|------------|--------------|--------------------|
| 1. Ağrımı artıracaklarını bile bile kendimi işleri yapmaktan alıkoyamıyorum. | | | | | |
| 2. Ağrım olduğunda hareket etmekten çekiniyorum. | | | | | |
| 3. Ağrımın daha da kötüye gideceğinden korkuyorum. | | | | | |
| 4. Ağrı kesici almazsam rahat edemiyorum. | | | | | |
| 5. Ağrıyla nasıl baş edebileceğimi bilmiyorum. | | | | | |
| 6. Yatağa yatıp kalkarken zorlanıyorum. | | | | | |
| 7. Basamak/merdiven inip çıkarken zorlanıyorum. | | | | | |
| 8. Yürüyüşümün bozuk olduğunu düşünüyorum. | | | | | |
| 9. Tuvalete oturup kalkarken zorlanıyorum. | | | | | |
| 10. Barsak fonksiyonlarım düzensiz olduğunu düşünüyorum. | | | | | |
| 11. Kendimi yorgun hissediyorum. | | | | | |
| 12. Ağrılarım nedeniyle kaslarımı – eklemlerimi doğru kullanmayı bilmiyorum. | | | | | |
| 13. Hastalığının vücudumda yarattığı değişiklikler nedeniyle insanların sürekli bana baktıklarını düşünüyorum. | | | | | |
| 14. Hasta olduğu için bedenimi kabullenemiyorum. | | | | | |
| 15. Hastalığının bende yarattığı olumsuz duygulardan kurtulamıyorum. | | | | | |
| 16. Hastalığının bir insanın başına gelebilecek en kötü şey olduğunu düşünüyorum. | | | | | |
| 17. Geçmişte yaşadığım olumsuz duyguları hatırlamanın ağrılarımı artırdığını düşünüyorum. | | | | | |
| 18. Gelecekle ilgili kaygılardan kendimi bir türlü kurtaramıyorum. | | | | | |
| 19. Kendime değer vermiyorum. | | | | | |
| 20. İstemediğim olaylar karşısında 'hayır' diyemediğim için ağrılarım arttığını düşünüyorum. | | | | | |
| 21. İşlerimi yetiştirmek için aceleci davranmanın ağrımı artırdığını düşünüyorum. | | | | | |
| 22. Aklımdaki işleri bitirene kadar rahat edemiyorum. | | | | | |
| 23. Kendime vakit ayıramıyorum. | | | | | |
| 24. Hastalığım hayattan geri çekilmeme neden oldu. | | | | | |
| 25. Sosyalleşmekte ve arkadaş edinmekte kendimi yetersiz hissediyorum. | | | | | |
| 26. Arabaya binip inmekte zorlanıyorum. | | | | | |
| 27. Hastalığının beni cinsellikten uzaklaştırdığını düşünüyorum. | | | | | |
| 28. Ellerimle yapabileceğim işleri yapmakta zorlanıyorum (ayakkabı bağını bağlama, düğme iliklemek, yemek yemek, banyo yapmak, kavanoz açmak vs...). | | | | | |
| 29. Hasta olduktan sonra cinselliğe eskisi kadar istekli değilim. | | | | | |
| 30. Uyku sorunları (uykuya dalmada zorluk, sık sık uyanma, kalitesiz uyku...) yaşıyorum. | | | | | |

Tablo 2 (PS-036): Bireylere ait demografik bilgiler.

| | Grup 1 (N=12) ̄ ± SS | Grup 2 (N=36) ̄ ± SS |
|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Yaş (yıl) | 38.75±9.52 | 39.31±9.89 |
| Boy (cm) | 163.17±5.73 | 163.60±10.33 |
| Kilo (kg) | 70.42±12.16 | 71.4±16.52 |
| VKI (kg/m ²) | 26.41±4.1 | 26.51±4.8 |
| Hastalık durasyonu (yıl) | 4.17±6.17 | 4.0±6.48 |
| Semptom durasyonu (yıl) | 11.00±6.22 | 9.28±7.63 |
| Tanı için geçen süre | 6.83±4.7 | 5.28±3.91 |
| Cinsiyet | n (%) | |
| Kadın (%) | 10 (83.3) | 21 (58.3) |
| Erkek (%) | 2 (16.7) | 15 (41.7) |

VKI: Vücut kitle indeksi, ̄: Ortalama, SS: Standart sapma.

Sonuç: Bu ölçekte ilaçla değişmeyen maddelerin özelliklerinin, hastanın olayları yorumlama biçiminin ortaya koyduğu duygudurumunu ifade ediyor olması dikkat çekicidir. BETY grubunda bu maddelerde iyileşme gözlenmesi ise bu eğitimin, bilişsel yeniden yapılandırma zemininde, hastanın hastalığını yorumlama biçiminde de değişim yaratmasına bağlanabilir. Sonuç olarak; anti-TNF tedavileri ile eş zamanlı BETY uygulamasının yararlarının görülmesinin yanı sıra, anti-TNF tedavisine yeni başlayan AS'li hastalara biyopsikososyal değerlendirmelerin yapılmasının hastanın tedavi gereksinimlerinin planlanmasında yol gösterici olabileceği vurgulanabilir.

Anahtar sözcükler: Biyopsikososyal model, anti-TNF tedavi, Bilişsel Egzersiz Terapi Yaklaşımı Ölçeği, ankilozan spondilit

PS-037

HLA-B27 pozitifliğinin erkek ankilozan spondilit hastalarında anti-TNF tedavi cevabına etkileri

Burcu Duyur Çakıt, Zeynep Alpoğuz, Hakan Genç

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç: Anti-TNF tedavi alan erkek Ankilozan spondilit (AS) hastalarında HLA-B27 pozitifliğinin anti-TNF tedavi etkinliği üzerindeki olası etkilerini araştırmaktır.

Yöntem: Üç yıldır anti-TNF tedavi alan 30 erkek AS hastasının verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların kullandığı anti-TNF tedavi ajanları, demografik veriler ve laboratuvar aktivite parametreleri kaydedildi. Hastaların ağrı düzeyleri Vizüel Analog Skala (VAS), Hastalık aktivitesi Bath Ankylosing Spondylitis Activity Index (BASDAI), fonksiyonel durum Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI) ile değerlendirildi. Hastalar HLA-B27 pozitif ve negatif olmak üzere 2 gruba ayrıldı ve hastalık aktivite ve fonksiyon parametreleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Retrospektif analize dahil edilen 30 erkek AS hastasının 11'inde HLA-B27 pozitifliği. HLA-B27 pozitif hastaların yaş ortalamaları 38.18±8.18 yıl, HLA-B27 negatif hastaların yaş ortalamaları 40.57±5.89 yıldır. Grupların yaş ortalamaları açısından istatistiksel anlamlı fark yoktu (p>0.05). Ortalama hastalık süreleri açısından gruplar arasında fark yoktu (HLA-B27 pozitif:15.9±7.4 yıl, negatif: 15.89±4.71 yıl, p>0.05). Grupların başlangıç ortalaması

BASDAI (HLA-B27 pozitif:6.15±1.41, negatif: 6.72±1.1) ve BASFI (HLA-B27 pozitif:5.59±1.9, negatif: 5.97±1.49) değerleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmedi (p>0.05). Gruplar BASDAI ile bakılan hastalık aktivitesi açısından karşılaştırıldığında HLA-B27 pozitifliğinin 1, 2 ve 3. yıl anti-TNF etkinliğine belirgin etkisi saptanmadı (p>0.05). Bununla beraber HLA-B27 pozitif hastalarda anti-TNF tedavi ile 1. yılda BASFI ile değerlendirilen fonksiyonel parametrelerin daha belirgin olarak düzeldiği tespit edildi (p=0.016). Ancak 2 ve 3. yıldaki iyileşmeler açısından gruplar arasında fark yoktu.

Sonuç: HLA-B27 pozitif AS hastalarında anti-TNF tedavi HLA-B27 negatif hastalara göre fonksiyonel parametrelerde ilk yılda daha belirgin düzelmeye sağlamaktadır. Bununla birlikte HLA-B27 pozitifliğinin AS'li hastalarda anti-TNF tedavisi ile elde edilen hastalık aktivite azalması üzerinde belirgin fark yaratmadığı gözlemlendi.

Anahtar sözcükler: Ankilozan spondilit, HLA-B27, anti-TNF tedavi

PS-038

Ankilozan spondilitte serum ürik asit düzeyinin hastalık şiddeti ve kemik mineral yoğunluğu üzerine etkisi-pilot çalışma

Ayşe Nur Bardak, Betül Yavuz Keleş, Burcu Önder, Kadriye Öneş, Özkan Araz, Cemil Atalay, Zeynep Yurttutan, Merve Sekizkardeş

İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: İnsan vücudunda pürin nükleotidlerinin katabolizma ürünü olarak endojen üretilen ve aynı zamandan hayvansal gıdalar ile fruktozdan da egzogen yolla aldığımız ürik asidin antioksidan ve proinflatuar etkileri bulunmaktadır (1). Ürik asit (ÜA) düzeyindeki değişiklikler birçok hastalıkta gözlenirken osteoporoz hastalarında da ürik asitin kemik mineral yoğunluğu üzerine olumlu etkileri bildirilmiştir (2). Bu çalışmanın amacı ankilozan spondilit (AS) hastalarında serum ÜA düzeylerinin, ankilozan spondilit hastalarının klinik durumlarına ve kemik mineral yoğunluğu üzerine etkilerini araştırmaktır.

Yöntem: İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim Araştırma Hastanesi'nde AS tanısı ile başvurmuş hastalar bu çalışma için değerlendirildi. Renal, kardiyovasküler ve karaciğer fonksiyon bozukluğu olan, geçirilmiş kanser hikayesi olan, hormonal ve metabolik rahatsızlığı ile psoriyatik artirit .vs olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların yaş, cinsiyet, boy, kilo, beden kitle indeksi (BKİ), AS süresi, sigara-alkol tüketimleri, düzenli egzersiz yapma durumu, eski kırık hikayesi, periferik artirit, sabah tutukluğu, modifiye schober, göğüs ekspansiyonu, tragus duvar, parmak zemin mesafesi ve BASDAI, BASFI VE BASMI skorları kaydedildi. Ayrıca serum ÜA, biyokimya, sedim ve C-reaktif protein (CRP) değerleri ile lomber ve femur kemik mineral yoğunlukları (KMY) hastaların dosyalarından kaydedildi. Hastalar serum ÜA seviyelerine göre yüksek ÜA grubu ve normal ÜA grubu olarak ikiye ayrıldı. İki grubun çalışma verileri karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen otuz sekiz hastanın yaş ortalaması 39±11.4 yıl ve hastalık süresi 9.6±7.8 yıldır. Hastaların

cinsiyet dağılımı dokuz (%23.7) kadın ve yirmi dokuz (%76.3) erkek şeklindeydi. Hastaların serum ÜA düzeyleri 5.54±1.31 mg/dL. On hastada serum ÜA seviyesi yüksekken, 28 hastada normal sınırlardaydı. Her iki grup arasında yaş, cinsiyet, hastalık süresi, sedim, CRP, sigara-alkol tüketim miktarları, düzenli egzersiz yapma durumu, önceki kırık hikayesi, Modifiye Schöber, tragus-duvar, göğüs ekspansiyonu, BASDAİ, BASFİ ve BASMİ açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Sabah tutukluğu varlığı yüksek ÜA grubunda anlamlı şekilde daha azdı. Yüksek ÜA grubunda L1-4 ve L2-4 KMY değerleri istatistiksel anlam- lı şekilde fazlaydı (p<0.05).

Sonuç: Bu çalışma pilot çalışma olmakla birlikte, elde edilen verilere göre AS'li hastalarda serum ÜA seviyesindeki yükseklik, lomber KMY artışı ile ilişkili olabilir.

Anahtar sözcükler: Ankilozan spondilit, ürik asit, kemik mine- ral yoğunluğu

PS-039

Ankilozan spondilitli hastalarında anti-TNF ajanlar ve sinir iletim çalışmaları: Pilot çalışma

Betül Yavuz Keleş, Ayşe Nur Bardak, Burcu Önder, Kadriye Öneş
İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim Araştırma Hastanesi,
İstanbul

Amacı: Ankilozan spondilit (AS) tedavisinde kullanılan anti-TNF ajanların önemli yan etkilerinden biri de santral sinir sisteminde demiyelinizan süreçlere neden olmasıdır. Santral sinir sistemi demiyelinizasyonu ile ilgili birçok çalışma varken biyolojik ajanların uzun dönemde periferik sinir sistemi üzerine etkilerini araştıran sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı uzun dönem anti-TNF ajanlarının kullanımına bağlı periferik sinirlerde etkilenme olup olmadığını araştırmaktır.

Yöntem: İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim Araştırma Hastanesi'nde AS tanısı ile takipli olan hastalar bu çalışma kapsamında değerlendirildi. Hastalar almakta oldukları tedavilerine göre konvansiyonel grup ve anti-TNF grubu olarak ikiye ayrıldı. Anti TNF grubuna dahil edilen hastalarda beş yıl ve üzeri anti TNF kullanma şartı arandı. Hastaların yaş, cinsiyet, boy, kilo, hastalık süresi, dominant kolu, BASDAİ, BASFİ VE BASMİ skorları kaydedildi. Tüm hastalara her iki üst ekstremitede median-ulnar motor ve duyu iletim çalışmaları ile her iki alt ekstremitede tibial- peroneal motor ve sural sinir duyu iletim çalışmaları yapıldı. Ayrıca median, ulnar ve tibial sinir F-yanıt çalışmaları yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen on altı hastanın yaş ortalaması 41.9±9.9 yıldır. Hastaların ikisi (%12.5) kadın ve ondördü (%87.5)

erkekti. Her iki grubun yaş, cinsiyet, boy, kilo ve hastalık süresi açısından fark yoktu. Elektrofizyolojik değerlendirmede dominant kol median sinir duyu amplitüdü konvansiyonel gruba göre anlamlı şekilde düşüktü (p=0.0339). Dominant ve non dominant kol ulnar ve median F yanıtları ile tibial F yanıtları anti TNF grubunda uzamıştı (p<0.05). Tibial ve peroneal sinir motor iletim çalışmasında distal latanslar ile sural sinir duyu iletim çalışmasında iletim hızı anti-TNF grubunda yavaşlamıştı. Anti-TNF grubunda ilaç kullanım süresi ile elektrofizyolojik veriler arasında anlamlı bir korelasyon gözlenmedi.

Sonuç: Uzun dönem anti-TNF kullanımı ile periferik sinir tutulumu arasındaki ilişkiyi değerlendiren bu pilot çalışmanın sonucunda anti-TNF grubunda konvansiyonel gruba göre F yanıtlarında uzama ve sural sinir iletim hızlarında yavaşlama gözlemlendi. F yanıtları ve sural sinir duyu iletim hızı her ne kadar konvansiyonel gruba göre uzamış olsa da normal referans sınırlar içinde olduğu da gözlenmiştir. Hasta sayısı arttırıldığında elde edilecek sonuçlar daha kesin sonuçlara ulaşmamızı sağlayacaktır.

Anahtar sözcükler: Ankilozan spondilit, anti-TNF ilaçlar, sinir iletim çalışması

PS-040

Ankilozan spondilitli hastalarda kullanılan anti-TNF alfa ajanların hepatotoksisite riski farklı mıdır?

Erdal Bodakçı¹, Döndü Üsküdar Cansu¹, Filiz Binici², Cengiz Korkmaz¹

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir; ²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı Hemşireliği, Eskişehir

Amacı: Anti-TNF alfa ajanlar nadir de olsa toksik veya otoimmün karaciğer hastalığına sebep olabilirler. Amacımız, anti-TNF kullanan ankilozan spondilit (AS) hastalarımızda anti-TNF ajanın tipine göre hepatotoksisite açısından fark olup olmadığını belirlemektir.

Yöntem: 2015–2017 yılları arasında AS tanısı ile anti-TNF (golimumab (GOL), etanercept (ETN), infliximab (INF), adalimumab (ADA), sertolizumab pegol (CZP)) kullanan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Bilinen diyabet, hipertansiyon, obezite (vki>25), karaciğer hastalığı (hepatit, hepatosteatoz) olan, tüberküloz profilaksisi için izoniazid alan ve NSAİİ kullanan hastalar çalışma dışı bırakıldı. GOL, ETN ve ADA için tedavinin 0, 3, 6, 9 ve 12. aydaki alanin aminotransferaz (ALT) ve aspartat aminotransferaz (AST) değerleri, INF için

Tablo (PS-040): AS tanısı ile 4 farklı anti-TNF ajan kullanan hastaların hepatotoksisite sıklığı.

| Anti-TNF | Sayı (n) | Cinsiyet E/K | Toplam tetkik sayısı | Takiplerde ALT >40 saptanan tetkik sayısı | Takiplerde AST >40 saptanan tetkik sayısı |
|----------|----------|--------------|----------------------|---|---|
| GOL | 23 | 18/5 | 115 | 21 (%18.2) | 6 (%5.2) |
| ETN | 16 | 12/4 | 80 | 3 (%3.7) | 2 (%2.5) |
| INF | 14 | 11/3 | 70 | 6 (%8.5) | 5 (%7.1) |
| ADA | 18 | 16/2 | 90 | 9 (%10) | 5 (%5.5) |
| Toplam | 71 | 57/14 | 355 | 39 (%10.9) | 18 (%5.0) |

ise 0, 2, 4, 6, 12. aylardaki değerler kaydedildi. ALT ve AST'nin >40 olanlar hepatotoksisite olarak kabul edildi.

Bulgular: 71 anti-TNF alan hastanın 57'si erkek idi. CZP kullanan hasta sayısı (n=2) az olduğu için çalışma dışı tutuldu. 23 GOL kullanan hastanın 0, 3, 6, 9 ve 12. aylardaki ALT >40 saptanan tetkik sayısı 21 iken, AST için bu sayı 6'ydı. GOL kullanan hastalarda hepatotoksisite sayısı 115 tetkikten 21 olup (%18.2) en yüksek değere sahipti. 3 hastada GOL ara verildikten sonra tekrar başladığında yükselme görülmedi. INF tedavisi altında 1 hastada enzim yüksekliği nedeniyle ilaç kesilip başlandıktan sonra tekrar yükseldiği görüldü. INF bir daha verilmedi. Diğer hastalarda ilaca ara verilmesi yeterli oldu. ALT değerini AST'ye göre artışı daha belirgindi (AS tanısı ile 4 farklı anti-TNF ajan kullanan hastaların hepatotoksisite sıklığı Tablo PS-040'da verilmiştir).

Sonuç: Literatürde INF ilişkili otoimmün karaciğer hastalığının sıklığının diğer anti-TNF'lere göre daha fazla olduğu bildirilse de geçici asemptomatik hepatotoksisite sıklığı hakkında çok fazla bilgi yoktur. Çalışmamızda GOL kullanan hasta grubunda hepatotoksisite sıklığını diğer 3 anti-TNF ajana göre daha yüksek saptadık. Sonuç olarak tüm anti-TNF ajanların otoimmün hepatit yapmaksızın geçici hepatotoksite yapabileceği romatologlar tarafından bilinmelidir.

Anahtar sözcükler: Ankilozan spondilit, anti-TNF, hepatotoksisite

PS-041

Antifosfolipid antikor pozitif olan hastaların sistemik lupus eritematozus varlığına göre klinik ve laboratuvar özelliklerinin karşılaştırılması

Ayten Yazıcı¹, Ahmet Omma², Sedat Yılmaz³, Şule Yavuz⁴, Koray Ayar⁵, Esen Kasapoğlu⁶, Bünyamin Kısacık⁷, Ayşe Çefle¹, Doruk Erkan⁸

¹Kocaeli Üniversitesi Kocaeli Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli; ²Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Ankara; ³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Ankara; ⁴İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; ⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Bursa; ⁶Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, İstanbul; ⁷Medikalpark Hastanesi, Gaziantep; ⁸Hospital For Special Surgery, Weill Cornell Medicine, New York, USA

Amaç: Antifosfolipid antikor (aPL) pozitif hastalara yönelik 2016 yılında ulusal bir veritabanı oluşturuldu. Bu veritabanının amacı aPL ilişkili klinik problemleri ve tedavi yanıtını daha iyi tanımlamak; gelecekte yapılması planlanacak klinik araştırmalara da bir kaynak oluşturmaktır. Veritabanının ilk değerlendirmesi niteliğindeki bu çalışma, sistemik lupus eritematozus (SLE) tanısı olan aPL pozitif hastaların diğer aPL pozitif hasta-

Tablo (PS-041): Primer aPL/APS ile SLE aPL/APS hastalarının demografik, klinik ve laboratuvar bulguları.

| n (%) | Primer aPL/APS (n=38) | aPL pozitif SLE (n=57) | p |
|----------------------------------|-----------------------|------------------------|--------|
| Ortalama yaş±sd (min-max) | 41.7±10.5 (24-65) | 42.9±10.0 (19-70) | 0.57 |
| Kadın cinsiyet | 28 (74) | 47 (83) | 0.30 |
| Trombotik APS | 25 (66) | 39 (68) | 0.79 |
| Arteriyel | 11 (29) | 14 (25) | 0.71 |
| Venöz | 18 (47) | 29 (51) | 0.74 |
| Arteriyel + venöz | 4 (11) | 5 (9) | 0.78 |
| Geçici iskemik atak | 3 (8) | 7 (12) | 0.50 |
| Gebelik ilişkili APS | 17 (45) | 26 (46) | 0.95 |
| Trombotik + gebelik ilişkili APS | 7 (18) | 15 (26) | 0.37 |
| Kriter dışı bulgular | 18 (47) | 30 (53) | 0.12 |
| Livedo retikülaris | 6 (16) | 6 (11) | 0.45 |
| Trombositopeni | 7 (18) | 12 (21) | 0.75 |
| Hemolitik anemi | 0 | 11 (19) | 0.004* |
| Kalp kapak hastalığı | 8/32 (25) | 13/55 (24) | 0.89 |
| Kronik deri ülseri | 2 (5) | 3 (5) | 1.00 |
| aPL nefropatisi (biyopsi tanılı) | 2 (5) | 2 (4) | 0.68 |
| Beyaz cevherde değişiklik | 3/25 (12) | 11/46 (24) | 0.23 |
| Lupus antikoagülan pozitifliği | 22/35 (63) | 33/57 (58) | 0.64 |
| aCL pozitifliği (≥40 GPL/MPL) | 25/37 (68) | 44/57 (77) | 0.30 |
| aCL IgG | 15/25 (60) | 35/44 (80) | 0.08 |
| aCL IgM | 11/25 (44) | 20/44 (46) | 0.91 |
| aβ2GPI pozitifliği (≥40 GPL/MPL) | 7/23 (30) | 10/37 (27) | 0.95 |
| aβ2GPI IgG | 6/7 (86) | 7/10 (70) | 0.45 |
| aβ2GPI IgM | 3/7 (43) | 6/10 (60) | 0.49 |
| Tedaviler | | | |
| ASA | 19 (50) | 37 (65) | 0.15 |
| Warfarin | 20 (53) | 29 (51) | 0.87 |
| Hidroksiklorokin | 14 (37) | 55 (97) | 0.000* |

aPL: antifosfolipid antikor pozitif hasta; APS: Antifosfolipid sendromu; ASA: Asetil salisilik asit; n: Hasta sayısı; ort: Ortalama; sd: Standart deviyasyon; SLE: Sistemik lupus eritematozus. *p<0.05 (istatistiksel olarak anlamlı).

larla klinik ve laboratuvar özellikler açısından karşılaştırması amacı ile yapılmıştır.

Yöntem: Başka otoimmün sistemik bir hastalığı olsun olmasın aPL pozitif hastaların demografik, klinik ve laboratuvar verileri daha önce tanımlanan protokole göre veritabanına kaydedildi. Buna göre Sapporo antifosfolipid sendromu (APS) kriterlerine uygun olarak bir yıl içerisinde en az iki kere aPL antikoru [Lupus antikoagülan (LA), antikardiolipin antikoru (aCL), anti β_2 glikoprotein I antikoru (a β_2 GPI)] pozitif olan hastaların verileri sisteme girildi. Bu çalışmada aPL pozitif SLE hastaları (SLE aPL/APS) ile herhangi bir otoimmün hastalığı olmayan aPL pozitif hastalar (primer aPL/APS) analize dahil edildi.

Bulgular: Ortalama yaşı 42.6 \pm 10.1 (min-max: 19–70) yıl olan 105 aPL pozitif hastanın 83 tanesi kadın (%79) olup 67’de (%64) otoimmün sistemik bir hastalık mevcuttu. SLE dışında başka otoimmün hastalığı 10 hasta incelemeye dahil edilmedi. Çalışmaya alınan 95 hastanın 57’si (%60) ACR SLE sınıflandırma kriterlerini doldurmakta olup 38’i (%40) primer aPL/APS tanılı hastalardı. Trombotik olay tüm hastaların 64’ünde (%67) (25 arteriyel, 47 venöz, 9 ikisi birden), gebelik ile ilişkili olay ise 43 (%45) hastada mevcuttu. 22 hastada (%23) ise hem trombotik hem de gebelik ile ilişkili olay mevcuttu. Hastaların yaklaşık %50’sinde en az bir kriter dışı bulgu tespit edildi. Primer aPL/APS ile SLE aPL/APS hastaları demografik, klinik, laboratuvar bulguları ve tedavileri açısından karşılaştırıldıklarında otoimmün hemolitik anemi sıklığı ve hidroksiklorokin kullanımının SLE’li hastalarda daha fazla olduğu görüldü. Diğer bulgular her iki grup için de benzerdi (Tablo PS-041).

Sonuç: Veritabanımızın ilk değerlendirmesine göre SLE tanısı olan ve olmayan aPL pozitif hastalarda tromboz sıklığı, gebelik ilişkili olaylar ve otoimmün hemolitik anemi dışındaki diğer kriter dışı bulguların benzer olduğu görülmüştür.

Anahtar sözcükler: Antifosfolipid sendromu, sistemik lupus eritematozus, otimmün hastalıklar

PS-042 [Geri Çekildi]

PS-043

Behçet sendromunda vasküler tutulum ve subklinik ateroskleroz arasındaki ilişki

Emine Uslu Yurteri¹, Evren Üstüner², Murat Torgutalp¹, Mücteba Enes Yayla¹, İlyas Ercan Okatan¹, Ayşe Bahar Dinçer Keleşoğlu¹, Serdar Sezer¹, Emine Gözde Aydemir Gülöksüz¹, Gülay Kınıklı¹, Tahsin Murat Turgay¹, Aşkın Ateş¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İbni Sina Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İbni Sina Hastanesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Behçet sendromu (BS), oral aft, genital ülser ve oküler semptomlarla karakterize olan vaskülitik bir süreçtir. BS hastalarında vasküler lezyonların etyopatogenezi net olmamasına rağmen, bu lezyonların gelişiminde endotel disfonksiyonunun önemli olduğu düşünülmektedir. Endotel disfonksiyonu, aterosklerozda başlangıç lezyonu olarak kabul edilmektedir ve son çalışmalar, karotis intima media kalınlığındaki (cIMK) artışın endotel disfonksiyonu ile anlamlı şekilde ilişkili olduğunu gös-

termektedir. Bu çalışmada BS hastalarda vasküler tutulum varlığında subklinik ateroskleroz sıklığının değerlendirilmesini amaçladık.

Yöntem: Bu çalışmaya 100 BS hastası ve 30 sağlıklı gönüllü (SG) hasta dahil edildi. Kardiyovasküler (KV) olaylar, tip 1 veya 2 diabetes mellitus (DM), kronik böbrek hastalığı, obezite ve malignite öyküsü olan katılımcılar çalışma dışı bırakıldı. Bilateral cIMK’ler BS hastalarında ve SG’de B-mode ultrasonografi (US) kullanılarak değerlendirildi. Karotis plağı olanlar ve cIMK \geq 0.9 olanlar ultrasonografik risk (UR+) pozitif olarak tanımlandı.

Bulgular: 100 BS hastası (62 kadın, 38 erkek, yaş 45.9 \pm 12), yaş ve cinsiyet benzer 30 sağlıklı kontrol (18 kadın, 41.8 \pm 12.2) US ile değerlendirildi. Hastaların ve sağlıklı kontrollerin demografik özellikleri, KV risk faktörleri ve US bulguları Tablo 1 PS-043’de özetlenmiştir. BS’de cIMK, SG’ye göre daha yüksekti (0.78 \pm 0.21’e 0.69 \pm 0.13 mm; p=0.006), vasküler tutulum gösteren BS’de cIMK, vasküler olmayan gruba göre daha yüksekti (0.83 \pm 0.21’e 0.75 \pm 0.21; p=0.072). UR + ve UR- BS hastalarının hastalık özelliklerinin ve geleneksel KV risk faktörlerinin karşılaştırması Tablo 2 PS-043’de gösterilmiştir. UR + BS hastalarında yaş, vasküler hastalık ve major organ tutulumu (göz, vasküler, sinir sistemi ve gastrointestinal tutulumu dahil) anlamlı olarak daha yüksekti. Regresyon analizinde yaş ve vasküler hastalığa sahip olmak bağımsız olarak subklinik ateroskleroz ile ilişkiliydi.

Tablo 1 (PS-043): BS ve SG de demografik özellikler, KV risk faktörleri ve karotis ultrason bulguları.

| | BS | SG | p |
|---|-------------------|------------------|-------|
| Yaş, yıl | 45.9 \pm 12.0 | 41.8 \pm 12.2 | 0.097 |
| Kadın, s (%) | 62 (62) | 18 (60) | 0.834 |
| Hipertansiyon, s (%) | 17 (17) | 7 (23.3) | 0.433 |
| Sigara, s (%) | 42 (42) | 10 (33.3) | 0.395 |
| Sedimentasyon (mm/saat) | 14.45 \pm 12.74 | 10.93 \pm 7.33 | 0.152 |
| CRP (mg/dl) | 7.03 \pm 14.39 | 3.40 \pm 4.63 | 0.031 |
| LDL (mg/dl) | 120.7 \pm 34.1 | 116.0 \pm 22.6 | 0.433 |
| Sağ cIMK | 0.79 \pm 0.25 | 0.70 \pm 0.14 | 0.011 |
| Sol cIMK | 0.77 \pm 0.21 | 0.68 \pm 0.14 | 0.029 |
| Ortalama cIMK | 0.78 \pm 0.21 | 0.69 \pm 0.13 | 0.006 |
| cIMK \geq 0.90 mm ve/veya Karotis plak, n (%) | 32 (32) | 2 (6.7) | 0.006 |

Tablo 2 (PS-043): UR+ ve UR- Behçet hastalarının özellikleri.

| | UR+ (32) | UR-(68) | p |
|------------------------------------|------------------|------------------|-------|
| Yaş | 53.2 \pm 9.6 | 42.5 \pm 11.5 | 0.001 |
| Hastalık süresi, yıl | 14.9 \pm 10.9 | 12.9 \pm 9.5 | 0.367 |
| Kadın | 18 (56.3) | 44 (64.7) | 0.416 |
| Posterior üveit ve retinal vasküit | 6 (18.8) | 13 (19.1) | 0.965 |
| Vaskülobehçet | 15 (46.9) | 18 (26.5) | 0.043 |
| GK kullanımı | 10 (34.5) | 28 (39.4) | 0.643 |
| Hipertansiyon | 8 (25) | 9 (13.2) | 0.144 |
| Sigara | 10 (31.3) | 32 (47.1) | 0.135 |
| CRP, mg/dl | 7.27 \pm 12.84 | 6.92 \pm 15.15 | 0.912 |
| LDL kolesterol, mg/dl | 121.2 \pm 34.8 | 120.5 \pm 34.1 | 0.934 |

Sonuç: Bu çalışma vasküler hasta grubunda cIMK ölçümlerinin nonvasküler gruptan daha yüksek olduğunu gösterdi. Diğer vaskülitik tablolarda olduğu gibi behçet hastalarında vasküler tutulum olmasında benzer şekilde ateroskleroz gelişimi için bağımsız bir risk faktörü olup, US bu KV riski taramada ucuz ve kolay ulaşılabilen bir yöntem olarak bu hastaların izleminde kullanılabilir. Ancak hasta sayımızın azlığı, menapoz gibi fizyolojik KV risk faktörlerinin ekarte edilmemesi çalışmamızın kısıtlayıcı yönleridir.

Anahtar sözcükler: Behçet, carotis intima media kalınlığı, ateroskleroz

PS-044

Behçet hastalığında spinal kord tutulumu: Hacettepe Üniversitesi Vaskülit Merkezi (HUVAM) deneyimi

Ertuğrul Çağrı Bölek¹, Alper Sarı¹, Levent Kılıç¹, Berkan Armağan¹, Abdulsamet Erden¹, Meryem Aslı Tuncer², Şule Apraş Bilgen¹, Ali Akdoğan¹, Sedat Kiraz¹, Umut Kalyoncu¹, Ömer Karadağ¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Spinal kord tutulumu Nöro-Behçet hastalığı (NBH) seyrinde nadir görülüp sfinkter disfonksiyonu ve/veya erektil disfonksiyon gibi farklı bulgularla ortaya çıkabilmektedir. Bu çalışmada, Hacettepe Üniversitesi Vaskülit Merkezi (HUVAM) kohortunda kayıtlı Behçet hastalarında (BH) spinal kord tutulumunun sıklığı ve klinik özelliklerini incelemeyi amaçladık.

Yöntem: HUVAM veri tabanında oluşturulduğu Ekim 2014 tarihinden beri başvuran tüm vaskülit hastaları prospektif olarak kaydedilmektedir. Ekim 2014'den Aralık 2017'ye kadar kayıtlı 1585 vaskülit tanılı hastanın 419'unda BH (Uluslararası Çalışma Grubu kriterlerine göre 329 komplet BH, 90 inkomplet BH) mevcuttu. Spinal kord tutulumu nörolojik muayene ve manyetik rezonans görüntülemeyle (MRG) değerlendirildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri ile tedavi karakteristikleri kaydedildi.

Bulgular: Hastaların 77'si (%18.4) Uluslararası Konsensus Önerileri (International Consensus Recommendations, ICR) kriterlerine göre NBH (61 kesin, 16 olası) idi. Parankimal hastalığı olan (mikst=mNBH ve parankimal=pNBH) 52 hastanın 12'sinde (%23) spinal kord tutulumu saptandı. Spinal kord tutulumu olan hastaların 2'si izole spinal kord tutulumuydu. Spinal kord tutulumu olan ve olmayan NBH arasında oral aft, genital ülser, göz ve vasküler tutulum sıklığı açısından anlamlı farklılık saptanmamış-

Tablo (PS-044): Spinal kord tutulumuparankimal NBH olan hastaların klinik ve sosyodemografik özelliklerinin dağılımı.

| No | NBH tanı yaşı, cinsiyet | Atak sayısı | Ölüm | Baş ağrısı | Bulgular | | | | | | | | İzole spinal kord tutulumu varlığı (Üst SSS tutulumu olmaksızın) | Spinal kord bölgesi / tutulum özellikleri | | | | | |
|----|-------------------------|-------------|------|------------|--------------------|-----------------------|-------------------|---------------------------------|----------|---------------------|------------------------|----------------------|--|---|------------------------------------|----------------|--------------------|------------------------|---------------------------|
| | | | | | Piramidal bulgular | Sensorinöral bulgular | Görsel yakınmalar | Ataksi/ekstrapiramidal bulgular | Dizartri | Yutma disfonksiyonu | Sfinkter disfonksiyonu | Erektil disfonksiyon | | Servikal segment | Toraksik segment | Lomber segment | Diffüz kord atrofi | Aktif transvers myelit | Aktif longitudinal myelit |
| 1 | 21, E | 2 | - | - | + | + | + | - | - | - | + | - | + | - | Alt toraksik segmentlerde | - | + | - | - |
| 2* | 27, E | 1 | + | - | + | + | - | - | - | - | + | + | - | C3 düzeyi | T9-10 düzeyi | - | - | - | - |
| 3 | 29, E | 6 | - | + | + | + | - | - | - | - | + | - | - | C2 düzeyi | T4-10 düzeyi | - | + | - | - |
| 4 | 43, E | 1 | + | - | + | + | - | - | - | - | + | + | - | C2-6 düzeyi | - | - | - | - | - |
| 5 | 30, E | 2 | - | - | + | + | - | - | - | - | + | + | - | C3-8 düzeyi | T1-10 düzeyi | - | - | - | + |
| 6 | 27, K | 2 | - | - | - | - | - | + | - | - | + | - | - | C4 düzeyi | - | - | - | - | - |
| 7 | 30, E | 2 | + | + | + | + | - | - | - | - | - | - | - | Medulla oblongatadan C2 düzeyine | - | - | - | - | - |
| 8 | 29, K | † | - | - | + | + | - | - | + | + | + | - | - | C2-3, C4-5 düzeyleri | Üst toraksik segmentler | - | - | - | - |
| 9 | 28, E | † | - | - | + | + | - | - | - | - | + | - | + | - | T1-4 düzeyi | - | + | + | - |
| 10 | 42, E | † | - | - | + | + | - | - | + | + | + | - | - | - | T4-9 düzeyi | - | - | - | - |
| 11 | 33, E | 2 | + | - | + | + | - | + | - | - | + | - | - | - | Tüm toraksik segmentlerde belirgin | - | + | - | - |
| 12 | 22, K | 1 | - | - | + | + | - | - | - | - | + | - | - | - | Toraksik spinal korda yaygın | - | - | - | - |

*Mikst form: Parankimal NBH ve SSS vasküler tutulumu (Non-Parankimal), inferior communican arter anevrizması. †8, 9 ve 10 numaralı hastaların atak sayısı bilinmemektedir. NBH: Nöro-Behçet hastalığı.

tır. Spinal kord tutulumu olan ve olmayan parankimal hastalık arasında ortalama tanı yaşı farklılık göstermemektedir (24.9±5.4'e karşı 29.2±9.24, p=0.22). BH ve NBH tanıları arasında geçen medyan süre 5.29 yıldır (Çeyrekler açıklığı, ÇA=9.95). Spinal kord tutulumlu BH olan hastaların klinik özellikleri Tablo PS-044'de özetlenmiştir. Dört hastada diffüz spinal kord atrofi saptandı. Servikal (7/12, %58.3) ve torasik (9/12, %75) spinal kord segmentleri en sık etkilenen bölümlerdi. Onbir (%91.6) hastada sfinkter disfonksiyonu mevcuttu. Hastaların yaşam boyunca aldıkları tedaviler içerisinde kortikosteroidler (IV pulse = 11/12, %91.7 ve oral orta-yüksek doz= 11/12, %91.7), siklofosfamid (5/12, %41.7), a-interferon (11/12 %91.7) ve anti-TNF (5/12 %41.6) en sık tercih edilen tedavi seçenekleridir. Nörolojik hastalık için takip süresince (medyan 7.74 yıl) hastaların 3'ünün (%25) tek nörolojik atakla sınırlı olduğu, 4 hastanın (%33.3) öldüğü kaydedilmiştir.

Sonuç: Spinal kord tutulumunun BH seyrinde nadir görülmektedir ancak morbidite ve mortalitesi oldukça yüksektir.

Anahtar sözcükler: Behçet sendromu, nörolojik belirtiler, manyetik rezonans görüntüleme, belirti ve bulgular, spinal kord tutulumu

PS-045

Behçet hastalığında nörolojik tutulumun klinik özellikleri ve hastalık seyri

Ertuğrul Çağrı Bölek¹, Alper Sarı¹, Levent Kılıç¹, Berkan Armağan¹, Abdülsamet Erden¹, Meryem Aslı Tuncer², Şule Apraş Bilgen¹, Ali Akdoğan¹, Ali İhsan Ertenli¹, Umur Kalyoncu¹, Ömer Karadağ¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Nöro-Behçet hastalığı (NBH); Behçet hastalığı (BH) seyrinde nadir olsa da önemli mortalite ve morbidite nedenidir. Biz bu çalışmada; Hacettepe Üniversitesi Vaskülit Merkezi'nde (HUVAM) kayıtlı, NBH için seyir ve sonlanımları incelemeyi amaçladık.

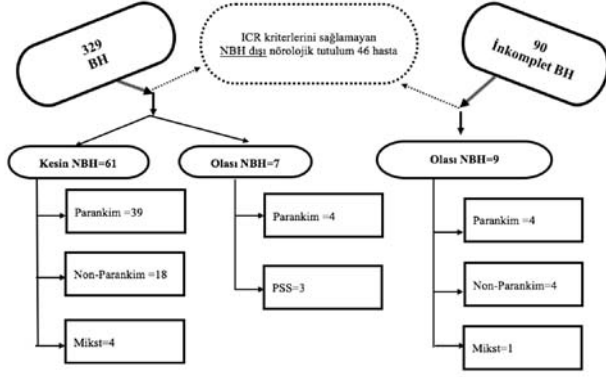
Yöntem: Ekim 2014'ten itibaren tüm vaskülitlerin prospektif kaydedildiği HUVAM veri tabanında; Aralık 2017'ye kadar kayıtlı 1585 vaskülit içerisinde 456'sı BH olarak bildirilmiştir. Bu hastaların 329'u Uluslararası Çalışma Grubu (ISG) kriterlerini karşılıyordu. Kriterleri karşılamayanların verileri tecrübeli bir romatoloji uzmanı tarafından yeniden gözden geçirildi ve 90'ı inkomplet BH olarak değerlendirildi. BH lehine değerlendirilen 419 hastanın 123'ünün (%29.3) nörolojik bulgu ve yakınmaları vardı. Uluslararası Konsensus Önerileri'ne (ICR) göre NBH özelliklerini karşılamayan 46'sı çalışma dışı bırakıldı. Son analizde; 77 NBH olan hasta (61 kesin, 16 olası) çalışmaya dahil edildi. Hastalar periferik sinir sistemi tutulumu (pss-NBH, n=3, %4), parankimal NBH (pNBH, n=47, %61), non-parankimal NBH (npNBH, n=22, %28.6) ve bunların birlikteliği olan mikst NBH (mNBH, n=5, %6.4) olarak gruplandırıldı (Şekil 1 PS-045).

Bulgular: Hastaların demografik ve klinik özellikleri Tablo PS-045'de özetlenmiştir. NBH, göz tutulumu olanlarda daha sık olmakla beraber çok değişkenli analizde herhangi bir risk faktörü saptanmamıştır. MRG'lerine erişilebilen hastaların (pNBH ve mNBH, n=48) 35'inde (%72.9) beyin sapı tutulumu mevcuttur (Pons: 28/48, %58.3, Mezensefalon:23/48, %47.9 ve M.Oblongata:10/48, %20.8). Bunu sırasıyla beyaz cevher (n=31, %64.6) ve diensefalon (n=18, %37.5) izlemektedir. Hastaların 12'sinde (%25) spinal tutulum izlendi. pNBH ve mNBH

Tablo (PS-045): NBH ve NBH olmayan hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin dağılımı.

| | Tüm hastalar (n=419) | NBH olmayan (n=342) | pNBH (n=47) | npNBH (n=22) | mNBH (n=5) | p* |
|--|----------------------|---------------------|------------------|------------------|-----------------|-------|
| Cinsiyet (erkek/kadın) | %53.7 | %52 | %61.7 | %45.5 | %100 | 0.20 |
| BH tanı yaşı, ortalama±SD | 29.21±9.04 | 29.56±8.93 | 28.29±8.8 | 25.41±10.2 | 27.63±8.1 | 0.19 |
| BH takip süresi, yıl, medyan (ÇA) | 9.36 (ÇA=13.02) | 8.81 (ÇA=13.15) | 12.45 (ÇA=13.38) | 13.13 (ÇA=12.52) | 12.91 (ÇA=18.4) | 0.73 |
| NBH tanı yaşı, ortalama±SD | - | - | 34.5±9.28 | 29.7±11.3 | 29.93±9.7 | 0.07 |
| Nörolojik bulgu ile BH tanısı alma oranı | - | - | 25.5 | 31.8 | 80 | 0.59 |
| BH tanısı ile NBH tanısı arasında medyan süre, yıl (ÇA) [†] | - | - | 5.75 (ÇA=11) | 6.25 (ÇA=5.77) | - | 0.63 |
| HLA B51 pozitifliği, % | 104/150 (%69.3) | 90/129 (%69.8) | 9/12 (%75) | 4/8 (%50) | 1/1 (%100) | 0.36 |
| Oral aft | %99.5 | %99.4 | %100 | %100 | %100 | - |
| Genital ülser | %74.4 | %74.7 | 78.7 | %61.9 | %75 | 0.15 |
| Paterji testi pozitifliği [†] | 72/164 (%43.9) | 54/131 (%41.2) | 10/20 (%50) | 6/10 (%60) | 0/1 (%0) | 0.71 |
| Cilt tutulumu | %74.8 | %74.9 | %70.2 | %85.7 | %50 | 0.17 |
| Eritema nodosum | %43.5 | %42.8 | %41.3 | %59.1 | %25 | 0.17 |
| Papülopüstüller/ akneiform lezyon | %54.6 | %55.6 | %50 | %47.6 | %25 | 0.86 |
| Göz tutulumu | %50.6 | %47.2 | %76.6 | %38.1 | %100 | 0.002 |
| Artrit öyküsü | %28.7 | %29.3 | %23.4 | %25 | %25 | 1 |
| Vasküler tutulum (SSS dışı) | %26.6 | %26.3 | %14.9 | %52.4 | %50 | 0.001 |
| Arteriyel | %10.4 | %9.2 | %10.6 | %23.8 | %25 | 0.26 |
| Venöz | %21.4 | %21.7 | %8.5 | %42.9 | %50 | 0.002 |
| GIS tutulumu | %5.3 | %5 | %6.4 | %9.1 | %0 | 0.65 |

*Parankimal ve Non-parankimal hasta grupları arasındaki farklılığı ölçümleme için hesaplanmıştır. [†]BH izleminde nörolojik bulgu gelişen hastalarda. ÇA: Çeyreklerarası aralık, NBH: Nöro-Behçet hastalığı.

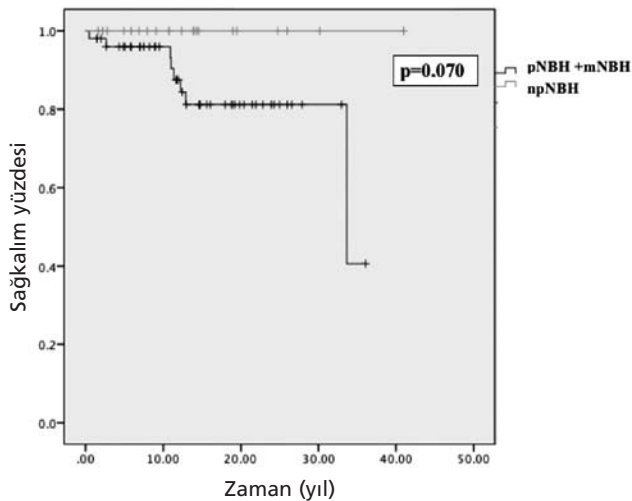


Şekil 1 (PS-45): Nörolojik bulgusu olan hastaların gruplara göre dağılımı. *NBH için ICR (International Consensus Recommendations): Kalra S, Silman A, Akman-Demir G, Bohlega S, Borhani-Haghighi A, Constantinescu CS, et al. Diagnosis and management of Neuro-Behçet's disease: international consensus recommendations. J Neurol. 2014;261:1662-76.

olanların 48'i akut başlangıçlı, 4'ü kronik progresif form olarak değerlendirilmiştir. Akut başlangıçlı formda %58'inin seyrinde tek nörolojik atak kaydedilmiştir. pNBH'de yaşam boyu verilen tedavilerden kortikosteroidler (Pulse n=37, %75.5 ve oral orta-yüksek doz n=45, %90), siklofosfamid (n=28, %57.1), a-interferon (n=40, %79) ve anti-TNF ajanlar (n=12, %23.5) en sık tercih edilenlerdir. NBH olanlarda toplam 9 ölüm mevcut olup; pss-NBH grubunda 1, mNBH grubunda 2 ölüm kaydedilmiştir. npNBH olanlarda ölüm gözlenmemiştir (Şekil 2 PS-045).

Sonuç: NBH; BH tanısından ortalama 5 yıl sonra görülmektedir ve diğerlerine kıyasla daha sık göz tutulumu izlenmiştir. Akut başlangıçlı formdaki NBH olanların yarısından fazlası bir atakla seyretmiştir ve non-parankimal NBH grubunda ölüm hiç kaydedilmemiştir.

Anahtar sözcükler: Behçet sendromu, nörolojik belirtiler, manyetik rezonans görüntüleme, belirti ve bulgular



Şekil 2 (PS-45): NBH için genel sağ kalım yüzdesi (npNBH vs. pNBH + mNBH).

PS-046

Behçet hastalığında oral aftla başlamamanın ve demografik faktörlerin kötü prognozdaki rolü

Nihat Dilşen, Meral Koniçe, Orhan Aral, Lale Öcal, Murat İnanç, Ahmet Gül

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

Amaç: Behçet hastalığı (BH) nın oral aftla başlayan (OA+) ve başlamayan (OA-) olgularının demografik ve klinik özellikleri incelenmiş ve sonuçlar değerlendirilmiştir.

Yöntem: Tanı kriterlerimize uyan 624 Behçet hastası (390 erkek, 234 kadın E:K=1.67) incelendi. (OA+) ve (OA-) grubundaki olguların hastalığın başlangıç dönemi ve hastalık süresindeki bulguları karşılaştırılarak istatistiksel olarak değerlendirildi. Vital organ tutulumu (VOT) bakımından göz, kalp, arter, ven, akciğer, gastrointestinal sistem, santral sinir sistemi ve amiloidoz tutulumu incelendi.

Bulgular: E. nodosum dışındaki tüm tutulumlar erkeklerde daha fazla bulundu. Erken yaşta (<25) başlayan, şimdiki yaşı <40 olan (OA-) grubundaki erkeklerde VOT daha fazla saptandı.

Sonuç: Bu çalışma BH nda hastalığın oral aftla başlamamasının prognozu olumsuz olarak etkileyen önemli risk faktörlerinden biri olarak kabul edilmesi gerektiğini, oral aftla başlamasının ise iyi prognozun göstergesi olarak kabul edilebileceğine işaret etmektedir.

Anahtar sözcükler: Behçet hastalığı, oral aftla başlayan ve başlamayan olgular, vital organ tutulumu, demografik faktörler

PS-047

Behçet hastalarında geçirilmiş üveitin korneaya etkisinin değerlendirilmesi

Döndü Melek Ulusoy¹, Sevinç Can Sandıkcı²

¹Kayseri Şehir Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Kayseri; ²Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Behçet hastalarında geçirilmiş üveitin kornea endotel hücre sayısı, morfolojisi ve ön segment parametrelerine etkisinin değerlendirilmesi.

Yöntem: Çalışmamıza; 24 Behçet hastasının üveit geçirmemiş 42 gözü Grup 1 olarak, 15 Behçet hastasının ön, arka ya da panüveit geçirmiş 23 gözü Grup 2 olarak, yaş ve cinsiyeti benzer 14 sağlıklı gönüllünün 28 gözü ise kontrol grubu (Grup 3) olarak dahil edildi. Tam bir oftalmolojik muayeneye ek olarak, tüm hastalara non-kontakt speküler mikroskop (Topcon SP3000P, Tokyo, Japan) ile kornea endotel hücre sayısı, morfoloji analizi ve Pentacam Scheimpflug Kamera (Oculus, Germany) ile ön segment ölçümleri yapıldı ve sonuçlar gruplar arasında karşılaştırıldı.

Bulgular: Olguların ortalama endotel hücre sayısı Grup 1'de 2678 ± 335 hücre/mm², Grup 2'de 2586 ± 347 hücre/mm² ve grup 3'de 2595 ± 299 hücre/mm² tespit edildi (p=0.44). Gruplar arasında ortalama heksagonalite, korneal volüm değerleri açısından anlamlı bir fark yoktu (sırasıyla p=0.30, p=0.07). Benzer şe-

kilde ortalama ön kamara açısı, ön kamara volümü, korneal volüm, santral kornea kalınlığı ve keratometri değerleri iki grup arasında benzerdi (hepsi için $p>0.05$).

Sonuç: Behçet hastalığı kronik, sistemik, tekrarlayıcı özellik gösteren bir vaskülitir. Behçet hastalığındaki oküler klinik bulgular genellikle üvea, vitreus ve retinada inflamasyon bulgularını içerir. Kornea, gözün en ön kısmında bulunan saydam dokudur ve gözün en önemli kırıcı merceğidir. Korneanın saydamlığı birçok hastalık tarafından bozulabilir. Bu hastalıklar doğuştan, genetik kökenli veya inflamatuvar olabilir. Aköz hümor ile temas halinde bulunan korneal endotelium tek sıra hexagonal hücrelerden oluşur ve korneanın saydamlığında önemli bir role sahiptir. İntraoküler kronik inflamasyonlarda aköz hümordeki artmış inflamatuvar sitokinler endotelde hasara sebep olabilir. Bu durum üveit hastalarında yaşamları boyunca ve göz içi cerrahisi öncesinde korneal komplikasyonları önlemek için akılda tutulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Behçet, speküler mikroskopi, pentacam, üveit

PS-048

Behçet hastalığında fibromiyalji sıklığı ve hastalık aktivitesi, sağlık profili ile ilişkisi

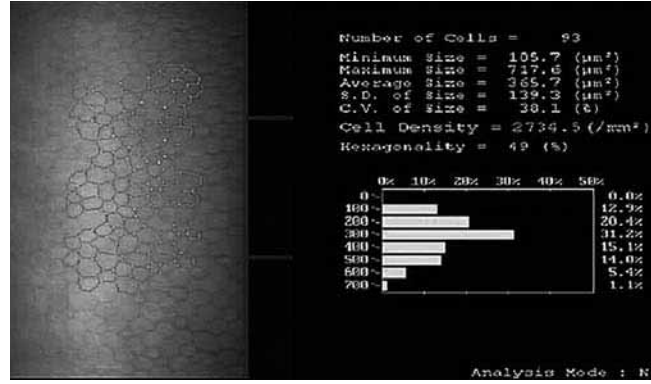
Koray Ayar¹, Burcu Metin Ökmen²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Bursa; ²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: Behçet hastalığında fibromiyalji sıklığının araştırıldığı az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda Behçet hastalarında (BH) fibromiyalji sıklığı %5.7–%37.1 oranında tespit edilmiş olup geniş bir aralıkta dağılım göstermektedir. Fibromiyalji romatolojik hastalıklarla birlikte daha sık görülebilmekte ve sağlık profili üzerinde olumsuz etki gösterebilmektedir. Literatürde BH’de eşlik eden fibromiyaljinin sağlık profili ile ilişkisinin değerlendirildiği çalışma bulunmamaktadır.

Yöntem: Çalışmamıza uluslararası sınıflama kriterlerine göre Behçet hastalığı tanısı konmuş toplam 85 (53 kadın, 32 erkek) katılımcı dahil edildi. Tüm katılımcıların demografik verileri, BH ile ilgili klinik bulguları kayıt edildi. Ağrı yerleşim envanteri (AYE) ve semptom etki anketi (SEA) tüm katılımcılara dolduruldu, AYE ≥ 17 ve SEA ≥ 21 olan katılımcılar fibromiyalji sendromu (FMS) olan BH grubuna, diğerleri FMS olmayan BH grubuna dahil edildiler. Behçet hastalığı güncel aktivite indeksi (BHGAİ) ve içerisinde ağrı, fiziksel aktivite, yorgunluk, uyku, sosyal izolasyon ve emosyonel reaksiyonun değerlendirildiği Nottingham sağlık profili (NSP) anketleri katılımcılara dolduruldu. Veriler gruplar arasında karşılaştırıldı.

Bulgular: Katılımcıların klinik özellikleri Tablo 1 PS-048’de verilmiştir. Çalışmaya dahil edilen Behçet hastalarının ortalama yaşı 38.82 ± 9.20 , ortanca AYE ve SEA skorları sırasıyla 7 (0–28), 38 (0–88) olup 12’si kadın olmak üzere 18 (%21.2) katılımcıya FMS tanısı kondu. Gruplar arasında yaş, cinsiyet, hastalık süresi, doktorun hastalık algısı, yorgunluk değerleri farklı değildi ancak BHGAİ skorları, hastanın hastalık aktivite algısı, ağrı, fi-



Şekil (PS-47): Speküler mikroskopi ölçüm parametreleri.

ziksel aktivite, uyku, sosyal izolasyon, emosyonel reaksiyon ve sağlık profili genel puanları FMS olan BH grubunda anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu (Tablo 2 PS-048).

Tablo 1 (PS-048): Behçet hastalarında klinik özellikler ve fibromiyalji sıklığı.

| Klinik özellikler | n=85 (%) |
|-------------------------------|-----------|
| Oral aft | 85 (100) |
| Genital aft | 47 (55.3) |
| Paterji | 57 (67.1) |
| Eritema nodozum | 49 (57.6) |
| Papülopüstüler lezyon | 56 (65.9) |
| Acne benzeri lezyon | 65 (76.5) |
| Göz tutulumu | 21 (24.7) |
| Atardamar tutulumu | 1 (1.2) |
| Toplardamar tutulumu | 17 (20) |
| Nörolojik parankim tutulumu | 6 (7.1) |
| FMS 2013 kriterleri | |
| Ağrı yerleşim envanteri (AEY) | 7 (0–28) |
| Semptom etki anketi (SEA) | 38 (0–88) |
| FMS sıklığı (%) | 18 (21.2) |

FMS: Fibromiyalji sendromu.

Tablo 2 (PS-048): Behçet hastalarının demografik verileri, hastalık aktivasyonları ve sağlık profilleri.

| | FMS olan BH (n=18) | FMS olmayan BH (n=67) | p |
|-----------------------------------|--------------------|-----------------------|--------|
| Yaş (yıl) | 38.67±8.93 | 38.87±9.33 | 0.936 |
| Kadın (%) | 12 (66.7) | 41 (61.2) | 0.787 |
| Hastalık süresi (ay) | 16 (0–144) | 24 (0–360) | 0.138 |
| BHGAİ | 4 (1–8) | 3 (0–8) | 0.001 |
| Hastanın hastalık aktivite algısı | 4 (1–7) | 3 (1–7) | 0.004 |
| Doktorun hastalık aktivite algısı | 3 (1–5) | 2 (1–7) | 0.089 |
| Nottingham sağlık profili | | | |
| Ağrı | 90 (26–100) | 25 (0–100) | <0.001 |
| Fiziksel aktivite | 32.6 (11.2–89.4) | 11.5 (0–88.8) | 0.002 |
| Yorgunluk | 76 (0–100) | 36.8 (0–100) | 0.131 |
| Uyku | 55.9 (0–77.6) | 19.23 (0–87.43) | 0.013 |
| Sosyal izolasyon | 39.38±41.22 | 16.85±26.97 | 0.011 |
| Emosyonel reaksiyon | 50.73 (0–100) | 9.5 (0–100) | 0.005 |
| Genel sağlık profili | 346.10±124.92 | 165.63±133.44 | <0.001 |

BH: Behçet hastalığı, FMS: Fibromiyalji sendromu.

Sonuç: Çalışmamızda tespit ettiğimiz fibromiyalji sıklığı diğer birkaç çalışmada tespit edilen fibromiyalji sıklığına benzerdir. Çalışmamızda FMS olan BH grubunda hastalık aktivasyonu ve hastanın hastalık aktivite algısı FMS olmayan BH grubundan daha yüksek bulunmuş ancak doktorun hastalık aktivite algısı her 2 grup arasında farklı bulunmamıştır. Bunun nedeni fibromiyalji hastalarının hastalıklarının aktivasyonunu daha yüksek algılıyor olmalarına bağlı olabilir. Çalışmamızda sağlık profili FMS olan BH grubunda daha yüksek olup genel sağlık profilinin Behçet hastalığına FMS eşlik ettiğinde olumsuz etkilendiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar sözcükler: Behçet hastalığı, fibromiyalji, hastalık aktivasyonu, sağlık profili

PS-049

Yüksek rakımda yaşayan Behçet hastalarında hematokrit yüksekliğinin vasküler tutulumuna etkisi

Hamit Küçük¹, Özlem Kudaş¹, Duygu Tecer²

¹Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Erzurum; ²Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Şanlıurfa

Amaç: Behçet hastalığında vasküler tutulum mortalite ve morbiditenin önemli bir nedenidir. Venöz tutulum daha sık gözlenir %85 oranındadır. Venöz vasküler olaylardan ise en sık derin ven trombüsü gözlenir. Hemokonsantrasyon trombusu tetikleyen nedenlerden biridir. Polisitemiavera ve kronik miyeloid lösemide hemokonsantrasyona bağlı trombus artmaktadır. Yüksek rakımlı (1890 m) yerde yaşayan Behçet hastalarının yüksek hematokrit değerlerinin vasküler olaylar üzerine olan etkisini inceledik.

Yöntem: Yüksek rakımda yaşamakta olan (ortalama 1890 metre) bir eğitim araştırma hastanesinde takip edilen, Behçet hastalığı tanısı konulmuş olan 98 hasta ile ve 890 metrede yaşayan 92 Behçet hastasının vasküler patoloji ve trombus açısından klinik ve demografik verileri dosyalarından not edildi. Eksik bilgiler telefonla ulaşılarak kaydedildi. Yüksek rakım nedeniyle gelişen hematokrit yüksekliğinin trombus üzerine olumsuz etkisinin olup olmadığı retrospektif olarak araştırıldı.

Bulgular: Her iki grupta yaş ortalaması, cinsiyet dağılımı, beden kitle indeksi, diyabetes mellitus öyküsü, hipertansiyon öyküsü ve sigara kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. Hemoglobin değeri yüksek rakımda yaşayan hastalarda 14.67±1.67 olup, düşük rakımda yaşayan hastalarda 13.12±1.51'di (p<0.01). Hematokrit değeri yüksek rakımda yaşayan hastalarda 47.73±11.03 olup düşük rakımda yaşayan hastalarda 39.31±4.53'dü (p=0.46). Her iki hasta grubu arasında vasküler olay sıklığı açısından anlamlı bir fark yoktu. (P=0.218)

Sonuç: Yüksek rakım nedeniyle oluşmuş olan hematokrit yüksekliği, Behçet hastalarında vasküler tutulum ve trombus için ilave bir risk oluşturmamaktadır. Faktör V Leiden mutasyonu ve diğer trombofilik paneli testlerinin verileri çoğu hastada olmadığı için iki grup arasında bu konuda tam bir fark olup olmadığı bilinmemektedir. Bu konuda randomize kontrollü prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar sözcükler: Behçet hastalığı, yüksek rakım, hematokrit, trombus, vaskülit

PS-050

Arteriyel anevrizması olan Behçet hastalarının klinik özellikleri

Berkan Armağan¹, Ertuğrul Çağrı Bölek¹, Alper Sarı¹, Gözde Kübra Yardımcı¹, Bayram Farisoğulları¹, Emre Bilgin¹, Abdülsamet Erden¹, Levent Kılıç¹, Gonca Eldem², Ömer Karadağ¹, Barboras Erhan Çil², Bora Peynircioğlu², Metin Demircin³, Ali Akdoğan¹, Şule Apraş Bilgen¹, Sedat Kiraz², İhsan Ertenli¹, Umut Kalyoncu¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara; ³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Behçet hastalığının (BH) kendine has tutulumlarından birisi de arteriyel sistemdeki anevrizmatik değişikliklerdir. Hangi BH'da anevrizma gelişeceğini belirlemek kolay değildir. Bu çalışmada kliniğimizdeki BH ve arter anevrizması olan hastaların,

Tablo (PS-050): Arteriyel anevrizması olan ve olmayan hastaların klinik özellikleri.

| | Behçet hastası ve arteriyel anevrizma (n=39) | Anevrizma olmaksızın Behçet hastası (n=396) | p |
|--------------------------------------|--|---|------------------|
| Tanı yaşı, yıl | 29.7±7.7 | 29.2±9.1 | 0.504 |
| Erkek, % | 76.9 | 52.3 | 0.003 |
| Sigara, % | 36.7 | 48.0 | 0.235 |
| Ailede Behçet hastalığı, n (%) | 1/22 (4.5) | 68/258 (26.4) | 0.023 |
| HLA B51 (+), n (%) | 3/8 (37.5) | 101/142 (71.1) | 0.058 |
| Oral aft, % | 100 | 99.7 | 1 |
| Genital aft, % | 80.6 | 74.5 | 0.425 |
| Paterji, % | 34.5 | 44.8 | 0.303 |
| Eritema nodozum, % | 33.3 | 44.3 | 0.20 |
| Papülopüstüller / Akneiform lezyon % | 47.2 | 54.9 | 0.374 |
| Göz tutulumu, % | 28.2 | 51.2 | 0.006 |
| Artrit, % | 27.8 | 28.8 | 0.9 |
| Gastrointestinal tutulum, % | 7.7 | 4.6 | 0.423 |
| Nörolojik tutulum, % | 5.1 | 18.7 | 0.033 |
| Ateş, % | 24.3 | NA | NA |
| Venöz tutulum, % | 51.3 | 20.1 | <0.001 |

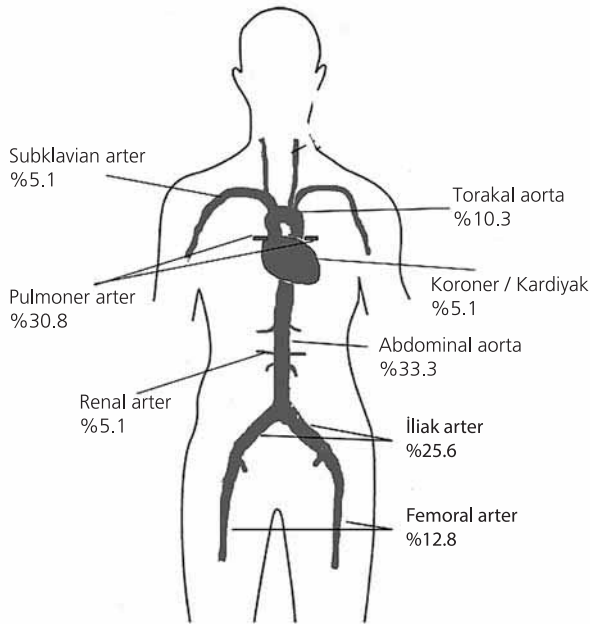
NA: Veri yok. Aile hikayesi 280, paterji testi 183, HLA-B51 150 hastada bilinmemektedir.

anevrizması olmayanlara göre farklılıklarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: BH ve anevrizması olan 23 hastanın verisi 2013 yılında yayınlanmıştır. 2013'den Haziran 2018'e kadar anevrizması olan BH'ları prospektif olarak kaydedilmektedir. Hacettepe Üniversitesi Vaskülit merkezinde 2014'den beri düzenli takibi bulunan 396 hasta "anevrizması olmayan Behçet hastası" kontrol grubu olarak seçilmiştir. Tedavisi romatoloji tarafından düzenlenmeyen 3'ü izole serebral ve 3'ü izole karotis arter anevrizması olan 6 hasta analize dahil edilmedi. Arteriyel anevrizmaları olan 39 hastanın (BH arteriyel anevrizma grubu) demografik ve klinik özellikleri, görüntüleme ve tedavi yöntemleri değerlendirildi.

Bulgular: Anevrizması olan 39 BH'sının ortalama yaşı, tanı yaşı ile ortanca takip süresi sırasıyla 41.3 ± 11.5 ve 29.7 ± 7.7 yıl ile 71.8 (2-186) aydır. BH'larının ilk şikayetinden anevrizma saptanacağına kadar geçen süre ortanca 63.6 (0-482) aydır. Anevrizması olanlar, olmayanlar ve mukokutanöz BH'larında erkek cinsiyet sıklığı sırasıyla %76.9, %52.3 ve %34.3'dür. Anevrizması olan hastalarda venöz tutulum daha sık, göz ve nörolojik tutulum daha nadir olarak saptandı (Tablo PS-050). Çok değişkenli analizde arteriyel anevrizma gelişmesi için risk faktörü venöz tutulum (OR 10.53, %95 GA 1.53-72.71) olarak saptandı. Anevrizmaların anatomik dağılımı şekilde gösterilmiştir. 1 hastada hem pulmoner hem de aort dallarında anevrizma vardı. Anevrizmalar ilk saptandığında ortanca 1 (1-4) anevrizma vardı, ortanca çapı 39 mm (10-80) olarak ölçüldü. Hastalardaki ilk saptanan anevrizmaların %38.5'i sakküler, %17.9'i fuziform, %15.4'i pseudoanevrizma ve %2.6'i dissekan anevrizma iken %25.6'sında anevrizma tipi bilinmiyordu. 10 (%25.6) hasta anevrizma sonrası tanı almıştı.

Sonuç: BH'da her ne kadar pulmoner arter tutulumu önemli bir yer tutsa da; sıklıkla aorta ve iliak arterlerin tutulumu ile karşımıza çıkmaktadır. Erkek cinsiyet hakimiyeti vardır ve venöz tromboz varlığı en önemli risk faktörüdür. Hangi BH'nın



Şekil (PS-50): Arteriyel anevrizmaların dağılımı.

anevrizma geliştireceğini bilmek takip sürecinde önemlidir ancak akılda tutulmalıdır ki hastaların yaklaşık dörtte birinde tanı koydurucu bulgu anevrizmadır.

Anahtar sözcükler: Arteriyel anevrizma, Behçet hastalığı, venöz tromboz

PS-051

Behçet hastalarında mukokutanöz aktivite ile ilişkili faktörler: Ulusal çok-merkezli çalışma

Haner Direskeneli, Çok Merkezli Behçet Mukokutan Hastalık Çalışma Grubu

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Günümüzde hasta kaynaklı ölçeklerin kullanılması tedaviye karar verme sürecine önemli katkılar sağlamaktadır. Bu araştırmanın amacı Behçet hastalarında (BH) organ tutulumuna özel hasta kaynaklı çıktı olarak Mukokutanöz indeks (MI) ile ilişkili faktörleri değerlendirmektir.

Yöntem: Bu kesitsel çok merkezli araştırmaya 12 merkezden 834 Behçet hastası (K/E: 441/393, yaş ort.: 38.4 ± 10.9 yıl) katıldı. Son bir ay içindeki aktivite durumu iki farklı indeks ile değerlendirildi. Mukokutanöz aktivite için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan MI ve alt grupları kullanıldı. Oral ülser için "Kompozit indeks (KI)", genital ülser için "Genital ülser indeksi (GI)" ve eritema nodosum için "Eritema nodosum indeksi (EI)" içeren bu alt grupların puan aralığı 0 -10'dur. MI puanı ise 0-30 arasında olmaktadır. Ayrıca genel hastalık aktivitesi için puan dönüşümü yapılmış olan Behçet's disease current activity form (BDCAF) kullanıldı.

Bulgular: Araştırma grubunun %67.9'u (n=567) aktiftir ve büyük çoğunluğunu mukokutanöz tutulumu olan hastalar oluşturmaktadır (n=420). Aktif hastaların daha genç (36.4 ± 10.2 ve 41.9 ± 11.2 yıl, $p=0.001$), hastalık sürelerinin daha kısa (9.7 ± 6.9 ve 11.1 ± 8.1 yıl, $p=0.001$) ve sigara içmeme oranlarının yüksek olduğu görüldü (76.1% vs 67.6% , $p=0.011$). Aktif hasta grubunda MI puanının kadınlarda (8.2 ± 4.6) erkeklere (7.3 ± 3.9) göre daha yüksek olduğu belirlendi ($p=0.023$). Benzer şekilde sigara içmeyen grupta da (n=419) MI puanı (kadın: 8.1 ± 4.3 ve erkek: 6.7 ± 3.6) kadınlarda daha yüksek idi ($p=0.002$). Benzer ilişki sigara içen grupta ise görülmedi ($p=0.85$). Ayrıca MI puanının hastalık süresi 5 yıldan az olan hastalarda (6.5 ± 2.6 ve 4.7 ± 4.7) daha yüksek olduğu da görüldü ($p=0.001$). Mukokutanöz tutulumu olan aktif hastalarda MI puanı ile BDCAF puanının immunosupresif alan grupta (9.6 ± 5.3 ; 6.6 ± 2.9) diğerlerine göre (7.7 ± 4.1 ; 5.5 ± 2.5) daha yüksek olduğu da gözlemlendi ($p=0.001$ ve $p=0.008$). Binary lojistik regresyon analizine göre, mukokutanöz aktivite için sigara içmiyor olmak (OR: 1.7), hastalık süresinin 5 yıldan az olması (OR: 2.4) ve kadın olmak (OR: 1.5) önemli risk faktörleridir ($p<0.05$).

Sonuç: BH'larda mukokutanöz aktivite ile cinsiyet, sigara ve hastalık süresi ilişkilidir. Organ tutulumuna özel hasta kaynaklı çıktı olarak MI'nin hastaların izlem süreci için aday indeks olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler: Mukokutan indeks, cinsiyet, sigara

PS-052**Behçet hastalarında iş yaşamında verimlilik ve günlük yaşam aktivitesinin değerlendirilmesi: Ürdün, Brezilya, İngiltere ve Türkiye'den çok uluslu bir çalışma**

Haner Direskeneli, Çok Uluslu Behçet Hastalığı Çalışma Grubu
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Behçet hastalığı (BH) gibi kronik hastalıklar iş ve günlük yaşamı olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu araştırmanın amacı BH'da iş üretkenliği ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilişkili durumu incelemektir.

Yöntem: Bu kesitsel çok uluslu araştırmaya Ürdün (n=50), Brezilya (n=50), İngiltere (n=41) ve Türkiye'den (n=60) toplam 197 BH'lı hasta (K/E: 100/97, yaş ort.: 40.7±11.6 yıl) katıldı. Araştırma grubunun ortalama hastalık süresi 14.2±9.7 yıldır. Araştırmada içerikleri ve değerlendirdikleri zaman aralıkları farklı olan iki hasta kaynaklı değerlendirme ölçütü kullanıldı. Work Productivity and Activity Impairment (WPAI) indeksi ile son 1 hafta içindeki iş verimliliği ve günlük yaşam aktivitesi değerlendirildi. Son 1 ay içindeki genel aktivite için ise puan dönüşümü yapılmış olan Behçet's disease current activity form (BDCAF) kullanıldı.

Bulgular: Çalışan hastaların (n=92, %46.7) daha genç (38.8±10.6 ve 42.4±12.3 yıl, p=0.045) ve daha eğitilmiş (12.1±3.7 ve 9.7±4.0 yıl, p<0.0001) olduğu görüldü. Bu gruptaki hastaların çalışma saatlerinin erkeklerde (41.8±13.4) kadınlara göre (32.4±17.7) göre daha uzun olduğu belirlendi (p=0.01). Major organ tutulumu olan hastalarda (n=154, %78.2) BDCAF puanı (5.3±3.4) ile iş üretkenliğinde azalmanın (33.1±30.0) ilişkili olduğu görüldü (r: 0.4, p=0.003). Tüm hastalarda değerlendirilen günlük yaşam aktivitesinin (39.9±34.6) ise çalışanlarda (33.7±31.5) çalışmayanlara göre (45.4±35.9) daha düşük olduğu da belirlendi (p=0.04).

Sonuç: Araştırma grubundaki çalışan hastaların genç ve iyi eğitilmiş olduğu, erkeklerin daha uzun saat çalıştığı görüldü. Ancak major organ tutulumu olan BH'larda iş üretkenliğinin azaldığı gözlemlendi.

Anahtar sözcükler: İş gücü, günlük aktivite

PS-053**Behçet sendromunda pulmoner arter tutulumu güncellemesi: Daha fazla pulmoner arter trombozu ve daha iyi prognoz**

Yeşim Özgüler¹, Elif Dinçses¹, Selim Bakan², Gülen Hatemi¹, Melike Melikoğlu¹, Sebahattin Yurdakul¹, Hasan Yazıcı¹, Emire Seyahi¹

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; ²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Pulmoner arter tutulumu (PAI) Behçet sendromunda (BS) en sık görülen arteriyel tutulumdur. PAI ile ilgili yaptığımız bir önceki çalışmamızda 2000–2007 yılları arasındaki 47 PAI hastasını değerlendirmiş ve önceki deneyimlerimizle karşılaştırıldığında: 1. Erkek predominansının azaldığını; 2. Hastaların 1/4'ünde izole pulmoner arter trombozu (IPAT) geliştiğini ve 3. Ölüm oranının ort. 7 yılda %26 olduğunu görmüştük. Son yıllarda, kadın hastaların yüzdesinin arttığı, IPAT oranının arttığı ve daha fazla biyolojik kullanmaya başladığımızı dair bir izlenimimiz olduğu için bu çalışmada yeni PAI kohortumuzda bu varsayımları değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Kliniğimizde Ocak 2008–Ocak 2018 arasında takip edilmeye başlanan 3390 BS hastasını değerlendirdik. PAI'lı 47 (42E/5K) hasta tespit edildi ve klinik özellikler, prognoz, radyolojik çalışmalar ve tedavi ile ilgili tüm bilgileri dosya verilerinden elde edildi.

Bulgular: Yeni kohortta PAI prevalansı %1.9'dan %1.4'e düşmüştü (Tablo PS-053). Beklendiği üzere PAI çoğunlukla bilateral ve desendan lobar arterlerde gelişmişti. Öte yandan PAI tutulum tipi önemli ölçüde değişmişti ve IPAT olanların oranı %45'e ulaşmıştı. 45 (%96) hasta, ort. 6±4 kurs siklofosfamid (Cy) aldı ve eski kohorta göre oldukça kısa idi. 23 (%49) hasta, relaps, yan etkiler veya yanıtızlık ile ort. 8±4 ay anti-TNF aldı, eski kohortta ise sadece 2 hasta anti-TNF kullanıyordu. 4 hastada akciğer cerrahisi yapılmıştı, bunların 3'ü dev hızlı ilerleyen anevrizma nedeniyle lobektomi ve 1'i ise kavitektomi idi. Ref-

Tablo (PS-053): Eski ve yeni kohortun demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması.

| | Kohort-1 (2008-2017) n=47 (42 E, 5 K) | Kohort-1 (2000-2007) n=47 (41 E, 6 K) |
|--|--|--|
| Prevalans, % | 1.4 | 1.9 |
| Erkek, n (%) | 42 (89) | 41 (87) |
| PAI sırasındaki ort.±SD yaş | 29.3 (8.4) | 29.4 (8.2) |
| ISG kriterini doldurmayan hastalar n (%) | 4 (3E, 1K) (9) | 4 (4E) (9) |
| Venöz tromboz, n (%) | 33 (70) | 36 (77) |
| Intra-kardiyak tromboz, n (%) | 12 (26) | 13 (28) |
| PAI dışı arterial tutulum, n (%) | 3 (6) | 2 (4) |
| Göz tutulumu, n (%) | 21 (45) | 16 (34) |
| Parenkimal nörolojik tutulum, n (%) | 5 (11) | 0 |
| Tutulum tipi | | |
| PAA+PAT | 21 (%45) | 8 (%17) |
| İzole PAT | 21 (%45) | 13 (%28) |
| Ölüm, n (%) | 4 (9) | 12 (26) |
| Ortanca siklofosfamid süresi (IQR) | 6 ay (5–11) | 14 ay (10–24) |
| Anti-TNF, n (%) | 23 (49) | 2 (4) |

rakter hemoptizi nedeniyle 3 hastada bronşiyal arter embolizasyonu yapıldı. 45 (%96) hastada takip verisi mevcuttu: 4 hasta (%8) öldü, 2 hasta 12 ve 16 aylık takipten sonra takipten düştü ve diğer hayatta kalan hastaların (%83) ise ortanca 5 (IQR: 3–9) yıllık takip süresi vardı. Ölüm nedenleri 3'ünde masif hemoptizi, 1'inde ise ciddi pulmoner hipertansiyondu. Yeni kohortta sağkalım önemli ölçüde iyileşmiş idi (Şekil PS-053).

Sonuç: Yeni kohortta PAI prevalansının hafif derecede azaldığı, IPAT tipi tutulum daha sık görülmeye başlandığı ve prognoz daha iyi olduğu görüldü. Yeni kohortta Cy hala ilk tercih olmakla beraber daha kısa süre kullanılmıştı ve yaklaşık %50 hastada anti-TNF'ler kullanılmıştı. Prognoz önemli ölçüde iyileşmiş gibi görünüyor. Bunun nedeni, IPAT'ın en sık görülen tutulum şekli haline gelmesi ile beraber PAI tutulum şeklinin ciddiyetinin azalması veya tedavi modalitelerinin değişimi olabilir.

Anahtar sözcükler: Behçet sendromu, pulmoner arter tutulumu, pulmoner arter trombozu, infliksimab, anti-TNF

PS-054

Behçet sendromlu hastalarda azalmış iş verimliliği

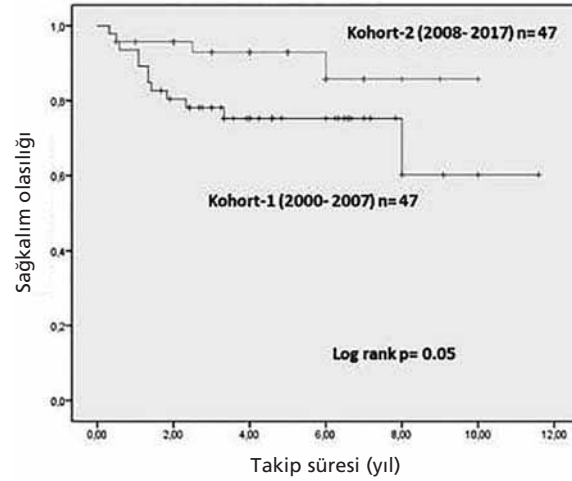
Nergis Serin, Yeşim Özgüler, Sinem Nihal Esatoğlu, Vedat Hamuryudan, Gülen Hatemi

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

Amaç: Behçet sendromu (BS), genç erişkin çağda ve çalışılan yıllarda daha aktif seyretmesi nedeniyle iş verimliliğini etkiler. Özellikle göz, damar ve eklem tutulumu olan BS hastalarda iş gücü kaybı olduğu daha önce bildirilmişti. Bu çalışmada, Behçet sendromlu (BS) hastaların iş verimliliği ve devamsızlığı, ankilozan spondilit (AS) hastalar ve sağlıklı kontroller ile karşılaştırarak değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Hastanemiz Behçet merkezinde rutin takip edilmekte olan ardışık 125 (103 E/22 K) Behçet hastası çalışmaya dahil edildi. Hastanemiz romatoloji polikliniğinde takip edilen 30 (25 E/5K) ankilozan spondilitli hasta ve 30 (18 E/12K) sağlıklı kontrol grubuna dahil edildi. İş Verimliliği Azalması ve Faaliyet Bozukluğu Anketi (WPAI), İş Verimliliği Anketi (WPS), İş Devamsızlığı Anketi (WIS) kullanıldı. Behçet Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği (BDQoL) ve Behçet Hastalığı Güncel Aktivite Formu ile yaşam kalitesi ve hastalık aktivitesi değerlendirildi.

Bulgular: BS hastaların ortalama yaşı 36 ± 7.8 ve ortalama hastalık süresi 8.2 ± 5.6 yıl idi. 35 izole mukokutanöz, 40 göz, 28 damar ve 22 nörolojik tutulumlu BS hasta çalışmaya dahil edildi. BS hastaların %42'si son bir ayda ortalama 1.8 gün işe gidemedi ve %48'inin son bir ayda iş verimliliğinin yarı yarıya ve altına düştüğü gün sayısı ortalama değeri 4.3 gündü. BS hastaların ortalama WIS skoru 12.2 (9.8) idi. 59 BS'lu hasta orta, 18 BS'lu hasta yüksek iş devamsızlığına sahipti. WPAI anketi ile değerlendirildiğinde, BS' lu hastalar, sağlıklı kontrollere göre anlamlı derecede yüksek absenteeism (%10.0 vs. %1.7), presenteeism (%37 vs. %9.3) ve günlük aktivitede azalma (%26.4 vs. %8.6) parametrelerine sahipti ($p < 0.001$). BS'lu hastalar ile AS'li hastalar arasında skorlar benzerdi. WIS ve WPS skorları da BS'lu hastalar ve AS'li hastalar arasında benzer ve sağlıklı kontrollerden daha kötüydü. İş verimliliğinde etkilenme mukokutanöz tutulumlu hastalara göre



Şekil (PS-53): İki kohortu karşılaştıran Kaplan-Meier sağkalım analizi.

re göz tutulumu olanlarda daha yüksekti ($p=0.04$) ve diğer BS'lu gruplar arasında farklılık yoktu. WPAI anketi presenteeism skoru BDQoL skoru ile orta derecede korele idi ($r=-0.57$). Multivaryasyon analizi, yaşam kalitesi (OR=0.77, %95 CI=0.66–0.88) ve hastalık aktivitesinin (OR=1.66, %95 CI=1.01–2.50) WPAI-presenteeism ile ilişkili olduğunu gösterdi.

Tablo (PS-054): Hastaların demografik verileri ve anketler ile ilişkili parametreler.

| | Behçet sendromu (n=325) | Ankilozan spondilit (n=30) | Sağlıklı kontroller (n=30) |
|----------------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Erkek, n (%) | 103 (82) | 25 (83) | 18 (60) |
| Ortalama (SS) güncel yaş | 36.1 ± 7.8 | 36.7 ± 6.9 | 31 ± 8.1 |
| Ortalama (SS) hastalık süresi | 8.1 ± 5.7 | 8.1 ± 5.7 | - |
| WIS (ort \pm SS) | 12.2 ± 9.8 | 11.4 ± 5.6 | 6.1 ± 4.3 |
| WPAI-Absenteeism (ort \pm SS) | 10.0 ± 15.6 | 7.7 ± 18.1 | 1.7 ± 7.0 |
| WPAI-Presenteeism (ort \pm SS) | 37.0 ± 29.5 | 32.1 ± 24.6 | 9.3 ± 21.0 |
| WPS-Absenteeism (ort \pm SS) | 1.8 ± 4.2 | 1.3 ± 3.4 | 0.1 ± 0.3 |
| WPS-Presenteeism (ort \pm SS) | 4.2 ± 7.0 | 4.1 ± 6.2 | 1.2 ± 3.3 |
| BDCAF (ort \pm SS) | 4.1 ± 2.7 | - | - |
| BSAS (ort \pm SS) | 22.5 ± 17.9 | - | - |
| BDQoL (ort \pm SS) | 19.7 ± 8.2 | - | - |
| BASDAI (ort \pm SS) | - | 3.4 ± 1.7 | - |
| BASFI (ort \pm SS) | - | 3.0 ± 2.8 | - |

BDCAF: Behçet Hastalığı Güncel Aktivite formu; BDQoL: Behçet Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği, BSAS: Behçet Sendromu Aktivite Skalası.

Sonuç: BS hastalarda, özellikle göz tutulumu olanlarda diğer tutulumlara göre iş verimliliği azalmıştır. İş devamsızlığı, hastalık aktivitesi ve yaşam kalitesi ile ilişkili olarak sık görülmektedir.

Anahtar sözcükler: Behçet sendromu, iş verimliliği, yaşam kalitesi, WPAI, WPS, WIS

PS-055

Konvansiyonel tedavilere dirençli vasküler Behçet hastalarında TNF inhibitörü tedavisi sonuçları:

Retrospektif, çok merkezli vaka serisi

Aysun Aksoy¹, Ayten Yazıcı², Ahmet Omma³, Ayşe Çefle², Tülin Ergun⁴, Rafi Haner Direskeneli¹, Fatma Alibaz-Öner¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; ²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli; ³Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ⁴Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Vasküler tutulum, Behçet hastalarının (VBH) yaklaşık %40'ında görülmektedir ve mortalite-morbiditenin en önemli nedenlerinden biridir. Immunsupresif (IS)'ler VBH tedavisinin temelini oluşturmaktadır. Ancak konvansiyonel IS tedavilere refrakter vakalar günlük pratikte sorun oluşturabilmektedir. Bu çalışmada konvansiyonel IS tedavilere dirençli VBH'larında TNF-a (tümör nekroz faktör-alfa) inhibitörleri ile tedavinin etkinliği ve yan-etkilerinin retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Türkiye'deki tersiyer üç Romatoloji kliniğinden 23 VBH dahil edildi. Dahil edilen tüm hastalar konvansiyonel IS'ler ve kortikosteroid tedavisine direnç ya da yetersiz cevap nedeniyle TNFa inhibitörleri ile tedavi edilmişti. Klinik, demografik veriler ve tedavi sonuçları retrospektif olarak hasta dosyalarından elde edildi. Hastalık aktivitesi, laboratuvar ve klinik bulgular ışığında tedavi eden hekim tarafından değerlendirildi. Yeni klinik semptom veya bulgunun olmaması ve normal akut faz yanıtı remisyon olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmada ortanca yaşı 35 (31–55) olan 23 hasta (E/K: 21/2) değerlendirildi. Medyan hastalık süresi 8 (1–24) yıldır. 6 hasta vasküler tutulum ile prezente olarak BH tanısı almıştı. Medyan vasküler olay sayısı 2 (1–6) idi. Bütün hastalar TNF inhibitörleri öncesi yüksek doz steroid ile konvansiyonel IS (17 siklofosfamid, 20 azathiopirin ve 4 interferon-alfa) tedavi almıştı. İlk tercih edilen TNFa inhibitörü 21 hastada İnfliximab (IFX) ve 2 hastada Adalimumab (ADA) idi. Tedavinin 3. ayında tüm hastalar takip eden hekim tarafından remisyon olarak değerlendirildi ve kortikosteroid dozunda azalma sağlandı (Tablo PS-055). Üç hastada alerjik reaksiyon ve 1 hastada ise sekonder cevapsızlık nedeniyle takipte IFX tedavisi ADA'ya değiştirildi. ADA altında yeni gelişen vasküler olay olması sebebiyle bir hastada da ADA kesilerek IFX tedavisine geçildi. TNF inhibitörü kesilme nedeni 2 hastada remisyon ve 1 hastada da tüberküloz gelişimi idi. Remisyon nedeniyle tedavisi kesilen 1 hastada 6 ay sonra relaps izlendi. 20 hasta (2 ADA, 18 IFX) medyan 14 (3–67) aylık takip sonunda TNFa inhibitör tedavisi altında remisyon idi. 17 hasta aynı zamanda antikoagülan tedavi (medyan 18 (3–71) ay aldı).

Sonuç: Bu çalışmada tüm refrakter VBH'larında TNFa inhibitörleri ile 3. ayda klinik remisyon sağlanmış ve 14 aylık takibin sonunda remisyonun devam ettiği görülmüştür. TNFa inhibitörleri konvansiyonel IS'lere dirençli VBH'larında güvenli ve etkili ajanlar olarak görünmektedir.

Tablo 1 (PS-055): Vasküler Behçet hastalarının klinik ve laboratuvar özellikleri.

| | Hasta sayısı, % |
|------------------------------------|-----------------|
| Vasküler tutulum tipi | 7 (%30.4) |
| Pulmoner anevrizma | 7 (%30.4) |
| Pulmoner anevrizma+kardiak tutulum | 4 (%17.4) |
| Venöz tutulum | 12 (%52.1) |
| Klinik özellikleri | |
| Mukokutanöz tutulum | 23 (%100) |
| Artrit/artralji | 4 (%17.4) |
| Nörolojik tutulum | 2 (%8.7) |
| Göz tutulumu | 12 (%52.1) |
| Gastrointestinal tutulum | 3/23 (%13) |
| Paterji pozitifliği | 14/22 (%63.6) |
| HLA-B51 pozitifliği | 2/7 (%28.5) |
| Aile öyküsü | 6/23 (%26.1) |

Tablo 2 (PS-055): TNF inhibitör tedavi cevapları.

| Akut faz reaktanları | TNF inhibitör öncesi | TNF inhibitörünün 3. ayı | p değeri |
|-------------------------------|----------------------|--------------------------|----------|
| Sedimentasyon, mm/saat | 35.5 (2–86) | 12.5 (0–31) | <0.001 |
| C Reaktif protein, mg/L | 23.3 (1–86) | 7.3 (2–54) | 0.007 |
| Metilprednizolon dozu, mg/gün | 19.9 (4–64) | 5.7 (0–20) | 0.001 |

Anahtar sözcükler: Behçet, vasküler, TNF inhibitörü

PS-056

Behçet hastalığında klinik özelliklerin cinsiyete ve yaşa göre değerlendirildiği tek merkez 665 hasta deneyimi

Murat Torgutalp, Serdar Sezer, Müçteba Enes Yayla, Ayşe Bahar Keleşoğlu Dinçer, Emine Gözde Aydemir Gülöksüz, Emine Uslu Yurteri, İlyas Ercan Okatan, Tahsin Murat Turgay, Aşkın Ateş, Gülay Kınıklı

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

Amaç: Behçet hastalığı (BH) mukoza, deri, eklem, göz tutulumunun yanında vasküler, gastrointestinal, merkezi sinir sistemi gibi organları da tutabilen, relaps ve remisyonlarla seyreden ve değişen klinik seyir gösteren sistemik bir vaskülitir. Erkeklerde ve gençlerde hastalık prognozunun daha kötü olduğu bilinmektedir. Literatürde BH'nin klinik ve demografik özellikleri üzerine yapılmış olan birçok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı, BH'nin klinik özelliklerinin cinsiyet ve yaş ile ilişkisini araştırmaktır.

Yöntem: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Multidisipliner Behçet Polikliniğinde değerlendirilmiş ve ISG-1990 klasifikasyon kriterlerine göre BH tanısı alan 665 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, BH'ye ait klinik bulguları, paterji testi sonuçları ve semptomları kaydedildi.

Bulgular: Hastaların tamamında oral aftöz ülser (%100), %85.9'unda genital ülser (GÜ), %56.5'inde eritema nodosum

Tablo 1 (PS-056): Cinsiyete göre Behçet hastalarının klinik özellikleri.

| Klinik bulgu | Hastalar, n (%) | Erkek, n (%) | Kadın, n (%) | OR (95 %CI) | P |
|-----------------------------|-----------------|--------------|--------------|------------------|---------|
| Oral aft | 665, (100) | 282 (100) | 383 (100) | - | - |
| Genital ülser | 571, (85.9) | 230 (81.6) | 341 (89) | 1.84 (1.18-2.85) | 0.006 |
| EN | 376, (56.5) | 151 (53.5) | 225 (58.7) | 1.24 (0.91-1.69) | 0.181 |
| PPL | 438, (65.9) | 215 (76.5) | 223 (58.2) | 0.43 (0.30-0.60) | < 0.001 |
| Oküler tutulum | 217, (32.6) | 109 (38.7) | 108 (28.2) | 0.62 (0.45-0.86) | 0.004 |
| Eklem tutulum | 328, (49.3) | 114 (40.4) | 214 (55.9) | 1.87 (1.37-2.55) | <0.001 |
| Vasküler tutulum | 144, (21.7) | 99 (35.1) | 45 (11.7) | 0.25 (0.17-0.37) | <0.001 |
| Gastrointestinal tutulum | 18, (2.7) | 8 (2.8) | 10 (2.6) | 0.92 (0.36-2.36) | 0.859 |
| Baş ağrısı, (n=581) | 200 (34.4) | 46 (19) | 154 (45.4) | 3.55 (2.41-5.22) | <0.001 |
| Nörobeçet | 32, (4.8) | 13 (4.6) | 19 (5.0) | 1.07 (0.52-2.21) | 0.850 |
| Paterji pozitifliği (n=384) | 233 (60.7) | 91 (54.5) | 142 (65.4) | 1.58 (1.05-2.39) | 0.029 |

(EN), %65.9'unda papülopüstüler lezyonlar (PPL), %32.6'sında oküler tutulum, %49.3'ünde eklem tutulumu, %21.7'sinde vasküler tutulum, %4.8'inde nörobeçet vardı. Erkeklerde kadınlara göre PPL, oküler tutulum ve vasküler tutulum görülme sıklığı anlamlı olarak yüksek bulundu (sırasıyla $p<0.001$, $p=0.004$ ve $p<0.001$). GÜ, eklem tutulumu, baş ağrısı ve paterji pozitifliği ise kadınlarda daha sık olarak saptandı (sırasıyla $p=0.006$, $p<0.001$, $p<0.001$ ve $p<0.001$). Tablo 1 PS-056'da hastaların genel özellikleri ile cinsiyete göre hastaların klinik bulguların karşılaştırılması ve Odds Ratio'ları gösterilmektedir. Klinik bulguların olması veya olmamasına göre göülme yaşlarının karşılaştırması yapıldığında; GÜ, EN ve vasküler tutulumu olanların yaşlarının bu bulguları olmayanlara göre daha genç oldukları saptandı (sırasıyla; $p=0.006$, $p=0.025$ ve $p=0.007$) (Tablo 2 PS-056).

Tablo 2 (PS-056): Hastaların yaşlarının klinik bulguların varlığına göre karşılaştırması.

| Klinik bulgu | n | Median yaş, yıl (IQR) | P değeri |
|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------|
| Genital ülser | Var:571 Yok:94 | 30.4 (11.7) 34.1 (12.5) | 0.006 |
| Eritema nodozum | Var:376 Yok:289 | 30.3 (11.4) 31.5 (13.3) | 0.025 |
| Papülopüstüler lezyonlar | Var:438 Yok:227 | 30.5 (12.0) 30.5 (11.1) | 0.569 |
| Oküler tutulumu | Var:217 Yok:448 | 30.5 (12.0) 30.5 (11.5) | 0.699 |
| Eklem tutulumu | Var:328 Yok:337 | 30.5 (12.5) 31.1 (11.4) | 0.723 |
| Vasküler tutulum | Var:144 Yok:521 | 29.6 (10.8) 31.2 (12.0) | 0.007 |
| Gastrointestinal tutulum | Var:18 Yok:647 | 27.8 (10.9) 30.5 (11.8) | 0.211 |
| Baş ağrısı, (n=581) | Var:200 Yok:381 | 30.4 (12.9) 31.0 (11.6) | 0.374 |
| Nörobeçet | Var:32 Yok:633 | 29.5 (7.7) 30.5 (11.8) | 0.160 |
| Paterji pozitifliği (n=384) | Pozitif:233 Negatif:151 | 30.8 (12.6) 30.5 (11.8) | 0.446 |

Sonuç: BH'nin klinik özellikleri yaşa ve cinsiyete göre değişebilmektedir. Popülasyonun büyüklüğüne, çalışmanın yapıldığı merkeze, hastaları dahil etme kriterlerine ve hastaların yaşadığı bölge-

ye bağlı olarak varyasyonlar görülebilmektedir. Bizim çalışmamızda PPL, oküler tutulum ve vasküler tutulumun erkeklerde daha sık görüldüğü; GÜ, eklem tutulumu, baş ağrısı ve paterji pozitifliğinin ise kadınlarda daha sık görüldüğü saptandı. GÜ, EN ve vasküler tutulumu olanların olmayanlara göre daha genç yaşta oldukları tespit edildi.

Anahtar sözcükler: Behçet hastalığı, demografik özellikler, yaş, cinsiyet

PS-057

Behçet hastalarında serum calprotectin düzeyi ile klinik ve laboratuvar olarak değerlendirilen hastalık aktivite parametreleri arasındaki ilişkinin incelenmesi

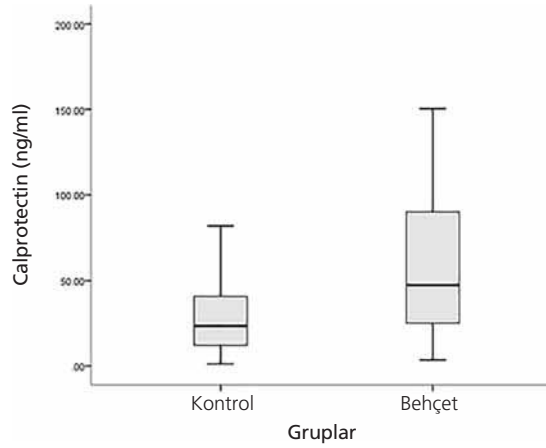
Murat Torgutalp¹, Ayşe Bahar Keleşoğlu Dinçer¹, Müçteba Enes Yayla¹, Emine Gözde Aydemir Gülöksüz¹, Emine Uslu Yurteri¹, İlyas Ercan Okatan¹, Tahsin Murat Turgay¹, Gülay Kımıklı¹, Ebru Us², Aşkın Ateş¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Behçet hastalığı (BH) kronik sistemik vaskülit ile beraber olan inflamatuvar bir hastalıktır. Hastalık, ağız ve genital ülserler, deri lezyonları, artrit, üveit ve derin ven trombozu ile karakterizedir. Ana histopatolojik özellik vasküler inflamatuvar değişikliklerdir. Calprotectin, aktif fagositler, granülositler, monositler ve vasküler endotelial hücreler tarafından ekspres edilen ve insan mikrovasküler endotelial hücrelerinde bir trombojenik ve inflamatuvar yanıtta rol alan bir proteindir. Bu çalışmanın amacı, BH'li hastalarda serum calprotectin düzeyleri ve klinik parametrelerle ilişkisini incelemektir.

Yöntem: Çalışmaya ISG-1990 kriterlerine göre klasifiye edilen 48 BH ile 22 sağlıklı kontrol dahil edildi. Hastalardan ve kontrollerden alınan kan örneklerinde calprotectin seviyeleri ölçüldü. Hastaların hastalık süreleri 1 ile 28 yıl arasındaydı. Hastalık aktivitesinin değerlendirilmesinde, Behçet Hastalığı Güncel Aktivite Formu (BDCAF) ve Behçet Sendromu Aktivite Ölçeği'ni (BSAS) kullanıldı.

Bulgular: Ortalama serum calprotectin düzeyleri BH'li hastalarda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla 60.6 ± 43.8 , 37.6 ± 37.5 ; $p=0.037$) (Şekil PS-057). Bu gruplar arasında



Şekil (PS-57): Hasta ev kontrol gruplarında serum calprotectin düzeyleri.

da yaş (sırasıyla; 40.6±12.9, 46.6±11.4; p=0.075) ve cinsiyet dağılımları (sırasıyla erkek; %62.5, %45.5, p=0.191) benzerdi. BH klinik özellikleri olan veya olmayan hastaların serum calprotectin düzeylerinin karşılaştırılmasında, oral aft ve genital ülserasyonu olan hastalarda, olmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek calprotectin seviyeleri saptandı (Tablo 1 PS-057). Hasta grubunda sadece 2 üveit hastası olduğu için herhangi bir analiz yapılmadı. Serum calprotectin düzeyi ile, BDCAF, BSAS, hastanın hastalık aktivitesini değerlendirmesi, klinisyenin hastalık aktivitesini değerlendirmesi, ESR (Eritrosit sedimentasyon hızı) ve CRP (C-reaktif protein) arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyon saptandı (Tablo 2 PS-057).

Tablo 1 (PS-057): Hastalığın klinik özelliklerine göre calprotectin düzeylerinin karşılaştırılması.

| | | Calprotectin (ng/ml) | p |
|--------------------------|----------|----------------------|-------|
| Oral aft | Var (29) | 73.2±46.2 | 0.007 |
| | Yok (19) | 41.4±32.3 | |
| Genital ülser | Var (9) | 94.5±45.6 | 0.009 |
| | Yok (39) | 52.8±40.0 | |
| Eriema nodosum | Var (5) | 82.9±45.1 | 0.23 |
| | Yok (43) | 58.0±43.5 | |
| Papulopüstüler lezyonlar | Var (18) | 66.0±48.7 | 0.51 |
| | Yok (30) | 57.3±41.1 | |
| Artrit | Var (15) | 57.5±43.1 | 0.74 |
| | Yok (33) | 62.1±44.7 | |
| Vasküler aktivasyon | Var (9) | 59.5±52.3 | 0.93 |
| | Yok (39) | 60.9±42.4 | |

Tablo 2 (PS-057): Behçet hastalarında calprotectin düzeyi ile klinik ve laboratuvar özellikleri arasındaki korelasyonun incelenmesi.

| | Calprotectin | p |
|---|--------------|-------|
| BSAS | 0.409 | 0.004 |
| BDCAF | 0.375 | 0.009 |
| Hastanın hastalık aktivitesini değerlendirmesi | 0.401 | 0.005 |
| Klinisyenin hastalık aktivitesini değerlendirmesi | 0.385 | 0.007 |
| ESR | 0.440 | 0.002 |
| CRP | 0.312 | 0.031 |

Sonuç: Çalışmamız serum calprotectin düzeylerinin kontrol grubuna göre BH'li hastalarda anlamlı olarak daha yüksek olduğunu ve aktif genital ve oral ülserasyonun varlığının daha yüksek seviyelerde calprotectin ile ilişkili olabileceğini göstermiştir. Ek olarak hastalık aktivite skorları ve akut faz reaktanları ile anlamlı düzeyde korelasyon gösterilmiştir.

Anahtar sözcükler: Calprotectin, Behçet hastalığı, aktivite, BDCAF, BSAS

PS-058

Behçet hastalığının seyrinde klinik bulguların kronolojik olarak ortaya çıkışının ve sıklığının değerlendirilmesi

Muhammed Aydın¹, Bahar Artım Esen², Murat İnanç², Mahdume Lale Öçal², Ahmet Gül²

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

Amaç: Behçet hastalığı (BH) multisistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Tekrarlayan oral aft (TOA) ve diğer bulguların ortaya çıkışı ile BH seyri arasındaki ilişkiyi gösteren veriler sınırlıdır. Çalışmamızda TOA ve diğer bulguların ilk gelişme zamanına göre hastalık seyrindeki farklılıkların incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: BH ön tanısı ile 2010–2016 arasında takip edilen hastalardan, doğrudan görüşme yapılabilen ardışık 570 hasta çalışma grubunu oluşturdu. Hastalarla görüşerek bulgularının ortaya çıkış zamanları retrospektif olarak kaydedildi. İlk ortaya çıkan bulguya (TOA ve non-aftöz) ve sigara öyküsüne göre hastalık seyri farklılıkları incelendi.

Bulgular: Hastaların 449'u Uluslararası Çalışma Grubu kriterlerine göre BH olarak sınıflandırılıyordu. Sigara ile ilgili güvenilir veriler 399 hastada elde edildi. Hastaların %13.6'sında başlangıçta TOA olmadığı (non-aftöz) belirlendi. Sigara içen hastalarda non-aftöz başlangıcın daha sık olduğu saptandı (sigara var/yok, %18.4–%6.8 erkeklerde, p=0.019; %22.9–%9.7 kadınlarda, p=0.038). Non-aftöz başlangıçlı hastalarda üveit ve kardiyovasküler tutulum sıklığının arttığı görüldü. Lojistik regresyon analizi ile non-aftöz başlangıcın üveit (OR=2.06) ve derin ven trombozu (DVT) (OR=2.25) gelişmesi için bağımsız risk faktörü olduğu saptandı. BH'de en erken gelişen ilk 3 bulgunun, sırasıyla TOA, genital ülser (GÜ) ve üveit, en geç gelişen bulgunun akciğer parenkim tutulumu olduğu belirlendi. İlk bulgu olarak eritema nodosumun kadınlarda, DVT'nin ise erkeklerde daha sık olduğu görüldü. Hiçbir hastada ilk bulgu olarak arter bulgularına, akciğer parenkim, intestinal veya genitouriner sistem tutulumuna rastlanmadı. Başlangıç bulgusu olarak GÜ sigara içenlerde daha sıkı (sigara içen/içmeyen, %32.5–%7.8 erkeklerde, p<0.001; %35.4–%17.9 kadınlarda, p=0.022). Üveit sıklığı da sigara içenlerde daha yüksekti (sigara içen/içmeyen, %47.4–%32 erkeklerde, p=0.021; %41.7–%22.4 kadınlarda, p=0.017). Lojistik regresyon analizi ile sigara içmenin GÜ (OR=1.7) ve üveit (OR=1.95) için bağımsız risk faktörü olduğu saptandı.

Sonuç: Çalışmamız hastaların %13.6'sında başlangıç döneminde TOA olmayabileceğini, non-aftöz başlangıçlı hastalarda oral

aft dışındaki bulguların da sıklıklarının farklılık gösterebileceğini ortaya koymuş ve daha önceki gözlemleri doğrulamıştır. Sigara içmenin de, hem BH başlangıcında oral aft oluşumunun azalmasında hem de artan oranda GÜ ve üveit gibi belirtilerin ortaya çıkmasında rol oynadığı görülmüştür.

Anahtar sözcükler: Tekrarlayan oral aft, non-aftöz başlangıç

PS-059

Behçet sendromunda tromboz nedeni olarak hiperkoagülabilite: Sistematik derleme ve meta analiz

Gül Güzelant, Berna Yurttaş, Sinem Nihal Esatoğlu, Vedat Hamuryudan, Hasan Yazıcı, Gülen Hatemi

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

Amaç: Behçet Sendromu (BS)'nda trombozun esas olarak damar duvarındaki inflamasyondan kaynaklandığı düşünülürken, protrombotik faktörlerin araştırıldığı çalışmalarda sonuçlar tartışmalıdır.

Yöntem: PubMed veritabanında Mayıs 2018'e kadar yayınlanan çalışmalar 4 dilde (İngilizce, Almanca, Fransızca ve Türkçe) 'Behçet*' anahtar kelimesi ile arandı. Trombozu olan ve olmayan BS hastalarında protrombotik, fibrinolitik ve endotelial faktörlerin karşılaştırıldığı çalışmaların başlıkları veya özetleri bağımsız iki araştırmacı (GG ve BY) tarafından tarandı. Fikir ayrılıkları üçüncü bir araştırmacı tarafından çözüldü (GH). Di-kotom veriler için %95 güven aralığı ile odds ratio (OR), sürekli veriler için ise standardize ortalama fark RevMan 5.3 ile hesaplandı.

Bulgular: 9664 makalenin 9085'i tekrar ve uygun olmayan çalışma dizaynı nedeni ile dışlandı. Kalan 579 makaleden tam metin taranması sonucu 51'i çalışmaya alındı. Trombozu olan ve olmayan BS hastalarında bakılan Protein C, Protein S, anti-trombin III, plazminojen, plazminojen aktivatör inhibitörü, fibrinojen, trombomodülin, Faktör 7, Faktör 12, Trombin ile aktiflenen fibrinolitik inhibitör (TAFI), lupus antikoagülan, anti-kardiyolipin antikolarlar, anti beta2 glikoprotein 1 antikolarları ve metilentetrahidrofolat redüktaz gen C677T mutasyonu gibi faktörlerde anlamlı fark yoktu. Diğer yandan az sayıda trombozlu hasta içeren birkaç küçük çalışmada ise BS hastalarında anjiyopoietin-1 seviyesi, P-selektin glikoprotein ligand-1, lipoprotein (a), trombosit aktive edici faktör daha sık görülmekteydi. Çalışmalarda tartışmalı sonuçlara sahip 7 faktör arasında

yapılan meta analizde trombozu olan BS hastalarında daha yüksek oranda homosistein düzeyi, Faktör V Leiden mutasyonu ve yüksek von Willebrand faktör düzeyi mevcuttu. Oysa doku plazminojen faktörü, protrombin gen mutasyonu, Faktör 8 düzeyi ve aktive Protein C rezistansında anlamlı fark yoktu (Tablo PS-059).

Sonuç: BS hastalarında bakılan çeşitli protrombotik faktörler arasında Faktör V Leiden mutasyonu, yüksek homosistein düzeyi ve yüksek von Willebrand faktör düzeyi tromboz ile ilişkili olabilir. Bu sonuçları doğrulamak için hasta sayısının daha fazla olduğu ve uygun kontrol gruplarının olduğu çalışmalara ihtiyaç vardır

Anahtar sözcükler: Behçet, tromboz, trombofil

PS-060

Tedaviye dirençli erişkin Still hastalığında anakinra tedavisi: Vaka serileri

Serdal Uğurlu, Berna Yurttaş, Gül Güzelant, Bilgesu Ergezen, Huri Özdoğan

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

Amaç: Erişkin Still hastalığı (ESH)'nda metotreksat ve steroid tedavisine rağmen klinik remisyonu sağlamak çoğunlukla güçtür. Daha önce konvansiyonel tedavilere dirençli hastalarda Anakinra (IL-1 blokeri) tedavisinin etkili olduğu bildirilmiştir.

Amaç: Kliniğimizde ESH tanısı ile izlediğimiz, metotreksat ve steroid tedavisine dirençli olan ve Anakinra tedavisi verdiğimiz hastaları retrospektif olarak inceledik.

Yöntem: Ondört ESH hastası retrospektif olarak incelenerek demografik özellikler, tedavi öncesi ve sonrası klinik bulguları değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların ortalama takip süresi 33.5±30.07 aydı (ort±SD). Başlangıç prednizolon dozu günlük 37.3 mg idi. Eş zamanlı Makrofaj Aktivasyon Sendromu nedeniyle siklosporin alan bir hasta haricinde tüm hastalar metotreksat ile tedavi edilmişti. Anakinra öncesi diğer tedaviler Etanersept (n=2), Tosilizumab (n=3), Infliksimab (n=1) ve Adalimumab (n=1) idi. Anakinra tedavisini 200 mg/gün kullanan bir hasta haricinde diğer tüm hastaların Anakinra dozu 100 mg/gündü. Tedavide kalma süresi ortalama 11.4 aydı. Hastaların ortalama CRP düzeyleri 64.38±61.95 mg/L'den 34.3±24.3 mg/L'ye (p=0.003), ortalama

Tablo 1 (PS-059): Tartışmalı sonuçlara sahip faktörlerin meta analizi.

| Protrombotik faktör | Çalışma sayısı | Trombozu olan BS hasta sayısı | Trombozu olmayan BS hasta sayısı | MD/OR (%95 CI) |
|------------------------------|----------------|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| Homosistein | 12 | 303 | 501 | MD: 0.8 µmol/L (0.45-1.15) |
| Faktör V Leiden mutasyonu | 7 | 185 | 361 | OR: 2.33 (1.36-4.01) |
| von Willebrand faktör düzeyi | 3 | 54 | 148 | MD: 0.44 IU/dL (0.12-0.76) |
| tPA | 4 | 90 | 174 | MD: 0.06 ng/mL (-0.20-0.32) |
| Protrombin gen mutasyonu | 5 | 146 | 263 | OR: 1.42 (0.47-4.26) |
| Faktör 8 düzeyi | 2 | 45 | 101 | MD: -0.02 IU/dL (0.92-0.88) |
| Aktive protein C rezistansı | 4 | 95 | 139 | OR: 2.43 (0.91-6.50) |

MD: Mean difference, OR: Odds ratio, tPA: Doku plazminojen aktivatörü.

eritrosit sedimentasyon hızı 59±35 mm/h'den 33±22 mm/h'e gerilemişti (p<0.001). Anakinra tedavisine yanıt veren hastaların ortalama ferritin düzeyleri 910 ng/ml'den 427.25ng/ml'ye düşmüştü (p=0.006). Fakat yanıtız hastaların ferritin düzeylerinde anlamlı bir düşüş yoktu. Hastaların başlangıç Vizüel Analog Skoru 9.5±0.7 iken tedavi sonrası 3.83±4.7 idi (p=0.001). 8 hastada Anakinra kesilmişti. İlaç kesilme nedenleri; 1 hastada ilaç ilişkili ürtiker, 1 hastada primer yanıtızlık, 5 hastada sekonder yanıtızlık ve bir hastada Anakinra sonrası hastane yatışı gerektiren pnömoni idi. Primer yanıtızlık tedaviye başlanıldığından itibaren yanıtın olmaması olarak, sekonder yanıtızlık semptomuz bir periyoddan sonra tedavi altında atak olarak tanımlandı. Halen 6 hasta Anakinra 100 mg/gün altındaydı. Remisyonda izlenen hastalardan biri Anakinra altında nedeni bilinmeyen bir şekilde ölmüştü.

Sonuç: ESH uzun süreli remisyona ulaşmasının zor olduğu bir hastalıktır. Tam remisyona ulaşmak için yapılan yaklaşımlardan biri Anakinra ile tedavi etmektir. Klinik tecrübemize göre refrakter hastalarda Anakinra tedavisi etkilidir.

Anahtar sözcükler: Anakinra, erişkin Still hastalığı

PS-061

Pediyatrik non-enfeksiyöz üveit etiyolojisi ve uzun dönem takip sonuçları

Mustafa Çakan¹, Nuray Aktay Ayaz¹, Şerife Gül Karadağ¹, Dilbade Yıldız Ekinci²

¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği, İstanbul; ²Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Kliniği, İstanbul

Amaç: Üvea gözün damar ve pigmentten zengin orta tabakasıdır. Üvea tabakasının inflamasyonuna üveit denilir ve tutulan bölümün yerine göre ön, orta, arka ve panüveit olarak isimlendirilir. Üveit nedenleri arasında enfeksiyonlar, non-enfeksiyöz nedenler ve maligniteler yer almaktadır. Non-enfeksiyöz nedenler arasında en sık romatolojik hastalıklar (JIA, Behçet hastalığı, sarkoidoz, vaskülitler), TINU ve idiyopatik üveit yer almaktadır. Çalışmamızın amacı çocuk romatoloji kliniğimizde non-enfeksiyöz üveit tanısıyla takip ve tedavi edilen hastalarımızın demografik özelliklerini saptamaktır.

Yöntem: Çalışmamıza Mayıs 2010 ile Eylül 2017 tarihleri arasında üveit tanısı alan, düzenli kontrollere gelen ve en az 6 ay süre ile kliniğimizden takip edilen hastalar alınmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 54 juvenil üveit hastası dahil edilmiştir. Üveit nedeni olarak 27 hasta da (%50) JIA, 6 hastada (%11) Behçet hastalığı, 4 hastada (%7) TINU saptandı. On yedi (%31) hastada idiyopatik üveit tanısıyla takipli idi. Üveit nedeniyle hastalarımızın ortalama takip süresi 18.6 ay (6–60 ay) idi. Cinsiyet dağılımına bakıldığında 28 kız, 26 erkek hasta vardı. JIA olgularında bu oran yine birbirine yakın (15 kız, 12 erkek) idi. İdiyopatik üveitte belirgin kız hakimiyeti (11 kız, 6 erkek) var iken, Behçet üveiti (5 erkek, 1 kız) ve TINU da (3 erkek, 1 kız) erkek hakimiyeti mevcuttu. Tüm JIA'larda üveit görülme sıklığı %6.6 (27/405) iken bu oran Behçet hastalarında %22.2 (6/27) olarak bulundu. JIA hastalarının 18'i (%67) persistan oligoJIA idi. Beş hastada JIA tanısı konulduğu anda (4 persistan oligoJIA, 1 RF negatif poliJIA) üveit saptandı. JIA hastalarında

JIA tanısı ile ilk üveit saptanması arasındaki ortalama süre 21.2 (0–77) ay idi. Üveit tanısı konulduğunda ortalama yaş 9.1 yıl (1–17.5) iken, persistan oligoJIA lar da ortalama 5, idiyopatik üveitte 11.8, Behçet hastalarında 13.7 ve ERA'larda 16.6 yaş olarak bulundu. Çalışmaya alınma anında 45 hasta remisyonda iken 9 hastanın göz bulguları aktif idi. İdiyopatik üveitte 5 hasta, JIA grubunda 2 hasta, Behçet ve TINU'da birer hastanın göz bulguları remisyonda değildi. JIA'larda metotreksat dirençli üveit nedeniyle biyolojik ajan 14 hastada (%52; adalimumab 11 hasta, tosilizumab 3 hasta) kullanıldı.

Sonuç: Erken tanı ve tedavi ile komplikasyon gelişimi engellenileceği için JIA ve Behçet hastalarında düzenli aralıklarla üveit açısından detaylı göz muayenesi yapılması önemlidir.

Anahtar sözcükler: Üveit, juvenil idiyopatik artritis, Behçet hastalığı

PS-062

Romatoloji polikliniğimize başvuran hastaların polikliniğimize yönlendirilme şekillerinin en son verileri

Müeyesser Nergiz Yanmaz, Aytan Gulmammadova

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Çalışmamızda polikliniğimize başvuran hastaların hangi branşlar tarafından ne şekilde polikliniğimize yönlendirildiğini ve yönlendirilmeden önce tetkik edilip edilmediklerini değerlendirdik. Ayrıca tanıları da inceledik.

Yöntem: Bir ay süresince polikliniğimize ardi ardına başvuran hastalara bir anket uygulandı.

Tablo (PS-062): Vakalara Romatoloji Polikliniğinde konulan tanılar.

| Tanı | Vaka sayısı |
|---|-------------|
| Romatoid artritis (eski-yeni) | 18 |
| Sistemik lupus eritematöz tanısı ya da ön tanı | 5 |
| Spondilartropati | 15 |
| Ailevi Akdeniz ateşi | 3 |
| Behçet hastalığı | 2 |
| Gut | 2 |
| Sjögren sendromu | 2 |
| Eski tanı Henöch Schönlein, vaskülit, sistemik skleroz, ön üveit atakları | 1'er vaka |
| Noninflamatuvar eklem hast. veya bel ağrısı | 22 |
| Romatolojik patoloji düşünülmeyen | 15 |
| Antinükleer antikor pozitifliği tetkik | 4 |

Bulgular: Polikliniğimize başvuran 93 hastanın 70'i (%75) kadındı. Ortalama yaş 47.45+15.56 yıl (18–85) idi. Hastaların 4'ü sadece okuma yazma bilmekteydi; 40'i ilkökul, 8'i ortaokul mezunuydu; 15'i lise, 16'sı üniversite mezunu idi; 10 hastada eğitim düzeyi bilinmiyordu. Vakaların 87'si (%93) İstanbul'da oturmaktaydı. İstanbul dışında oturan hastalar Afyon, Muğla, Cide, Erzincan, Kastamonu, Bartın'dan gelmişlerdi. Vakaların 54'ü (%58) Dahiliye, 9'u (%9.6) Ortopedi, 21'i (%22) Fizik tedavi, 2'si Diyabet polikliniği tarafından sevk edilmişti. Median

randevu alma süresi 20 gündü. Yirmi-dört vaka (%26) tetkik edilmeden kendi isteği ile sevk edilmişti ve bu vakaların %83'ü Dahiliye tarafından sevk edilmişti. Vakaların 51'inde (%55) romatolojik hastalık düşünüldü. Hastaların 33'ü (%35.5) daha önce başka bir merkezde Romatoloji Bölümü tarafından değerlendirilmişti. Bunlar gebelik, randevu alamama, merkez değiştirme, doktorun ayrılması, iyi hissetmiş olma, ihmalkilik, tedavinin etkisiz olması ve bir kısmında bilinmeyen nedenlerle takibe ara vermişlerdi. Median takipsizlik süresi 6 ay idi.

Sonuç: Çalışmamızda önemli sayıda vakanın tetkik edilmeden kendi isteğiyle Romatoloji polikliniğine sevk edildiği görülmektedir. Polikliniğimize yönlendirilen önemli sayıda hastada noninflamatuvar eklem hastalığı söz konusudur ya da romatolojik patoloji saptanmamıştır. Romatoloji Polikliniğine hangi vakaların yönlendirilmesi gerektiği konusunda ilgili branşların eğitimi ve işbirliği Romatologların gerçekten kendilerine ihtiyaç duyulan vakaları takip edebilmeleri açısından elzemdir.

Anahtar sözcükler: Romatoloji poliklinik hizmetleri, sevk şekilleri

PS-063

IGG4 (immünglobulin G4) ilişkili hastalığa sahip olguların demografik ve klinik özellikleri: Tek merkez deneyimi

Aydan Köken Avşar¹, Gerçek Can¹, Berrin Zengin¹, Sinem Burcu Kocaer¹, Atilla Okan Kılıç², Sadettin Uslu¹, Ali Karakaş¹, Merih Birlık¹, Fatoş Önen¹

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

Amaç: IgG4 ilişkili hastalıklar, sıklıkla 50 yaş üzeri erkeklerde görülen, artmış serum IgG4 düzeyleri ve tipik histopatolojik özellikleri olan, birçok organ ve sistemi etkileyebilen geniş bir grup hastalıktır. Çalışmamızın amacı; kliniğimizde IgG4 ilişkili hastalık tanısıyla takip edilen hastaların demografik ve klinik özelliklerini belirlemektir.

Yöntem: Çalışmaya 2007–2018 yılları arasında; histopatolojik, görüntüleme ya da artmış serum IgG4 konsantrasyonu (>135 mg/dl) ile tanı alan toplam 34 hasta alındı. Demografik, laboratuvar ve klinik verilere hastane veritabanı kullanılarak ulaşıldı.

Bulgular: Çalışmada yer alan 34 hastanın 22 (%64.7)'si erkekti. Tam anındaki yaş ortalaması 53±11.9 idi. Toplamda 18 hastanın serum IgG4 düzeylerine ulaşılabilirdi (%50'si normalden yüksek; ortalama düzey: 777.7±1165 mg/dl) (Tablo 1 PS-063). En sık görülen tutulum retroperitoneal fibrozisti (%55.9). İkinci sıklık %42.4 oranı ile kardiyovasküler sistem (KVS) tutulumu olarak gözlendi (Tablo 2 PS-063). 14 hastada en az iki organ tutulumu saptanırken, en fazla birliktelik retroperitoneal fibrozis ve KVS arasındaydı (toplam 8 hasta). Hastaların 27'sinde (%81.8) tanı anında akut faz reaktanı (AFR) yüksekliği saptandı. Tutulan organ sayısı ile serum IgG4 düzeyleri ve başlangıç ESH, CRP değerleri arasında bir ilişki görülmedi. 20 hastaya (%60.6) görüntüleme ile tanı konulurken, 4 hastaya (%12.1) görüntüleme ile birlikte IgG4 yüksekliği, 3 hastaya (%9.1) görüntüleme ile birlikte histopatoloji, 5 hastaya (%15.2) ise görüntüleme+histopatoloji ve IgG4 yüksekliği ile tanı koyuldu.

En sık tanı koyduran görüntüleme yöntemi %57.6 ile BT olarak saptandı. En sık verilen tedavi %79.3 (23 hasta) ile steroid+azatiyoprin (AZA) kombinasyonuydu. Diğer tedaviler; sadece steroid %9.4 (3 hasta), mtx+steroid %13.8(4 hasta), mtx+AZA+steroid %3.4 (1 hasta) ve infliksimab %3.4 (1 hasta) olarak görüldü. Takipte hastaların %75 inde AFR'de düşme saptandı. Hastaların %37'sinde tam, %25.9'unda parsiyel remisyona ulaşırken, %18.5'inde stabil seyir, %14.8'inde progresyon, %3.7'sinde nüks gözlendi. Parsiyel ya da tam remisyona saptanan 17 hastanın 13'ünde AZA+steroid ile remisyona ulaşıldığı görüldü. Hiçbir hastada rituksimab kullanılmamıştı.

Tablo 1 (PS-063): Başvuru anındaki demografik ve klinik özellikler.

| Parametre | Sonuç |
|--|-------------------------|
| Yaş, ortalama± SD (min-max) | 53±11.9 (17–76) |
| Cinsiyet (erkek/kadın) n (%) | 22 (%64.7) / 12 (%35.3) |
| Sigara (var/yok) n (%) | 13 (%48.1) / 14 (%51.9) |
| Komorbiditeler n (%) | |
| DM | 12 (%64.7) |
| HT | 13 (%61.8) |
| KOAH | 2 (%5.9) |
| KAH | 5 (%14.7) |
| KBY | 7 (%20.6) |
| Malignite | 2 (%5.9) |
| Nefrolityazis | 3 (%8.8) |
| ESR (mm/h) ortalama±SD (min-max) | 55.6±31.8 (7–115) |
| CRP(mg/l) ortalama±SD (min-max) | 40.9±60.4 (0.6–289) |
| Kreat (mg/dl) ortalama±SD (min-max) | 1.4±1.42 (0.55–6.38) |
| GFR ortalama±SD (min-max) | 70.5±31.4 (7–119) |
| IgG4 düzeyi(mg/dl) ortalama±SD (min-max) | 777.7±1165 (8–3890) |

Tablo 2 (PS-063): IgG4 ilişkili hastalığı olan olgulardaki sistem/organ tutulumları.

| Sistem/organ tutulumu | N (%) |
|-------------------------------------|-----------|
| Genel sistemik hastalık belirtileri | 3 (8.8) |
| Eklem (artrit) | 1 (2.9) |
| Retroperitoneal fibrozis | 19 (55.9) |
| Kardiyovasküler | 14 (42.4) |
| Periaortit | 8 (57.1) |
| Aortit | 3 (21.4) |
| Aort anevrizması | 1 (7.1) |
| Aort anevrizması+periaortit | 1 (7.1) |
| Perikardiyal efüzyon+periaortit | 1 (7.1) |
| Orbital psödötümör | 2 (6.1) |
| Lakrimal gland | 3 (9.1) |
| Pankreas | 4 (12.1) |
| Majör tükrük bezi | 4 (12.1) |
| MEdiastinel fibrozis | 1 (2.9) |
| Böbrek | 1 (2.9) |
| Tubulointersiyel nefrit | |

Sonuç: IgG4 ilişkili hastalık ile ilgili veriler son zamanlarda artmaya başlamış olmakla birlikte izlem ve tedavi için net bir kılavuz

vuz halen bulunmamaktadır. Çalışmamızda steroid+AZA tedavisinin remisyon için iyi bir seçenek olduğu gözlenmiştir.

Anahtar sözcükler: Retroperitoneal fibrozis, IgG4 ilişkili hastalık

PS-064

Gebelik ve emzirme döneminde kolşisin kullanımının değerlendirilmesi

Nesrin Çağlayan Duman¹, Nurdan Tekin¹, Fatma Alibaz Öner², Yasemin Şahinkaya², Zeynep Ertürk², Ümmügülsüm Gazel², Sema Kaymaz Tahra², Aysun Aksoy², Murat Karabacak², Songül Özkula¹, Zehra Nur Turgan¹, Yekta Çulpan¹, Medine Gülçebi İdriz Oğlu¹, Rezzan Gülhan¹, Nevsun İnanç², Zafer Gören¹, Pamir Atagündüz², Filiz Onat¹, Haner Direkseneli², Atıla Karaalp¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı, İstanbul; ²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Kolşisin hayvanlarda konjenital malformasyon riskini artırdığı gösterilmesine karşın insanda istenmeyen sonuçlarda artış gösterilmemiştir. Kolşisin plasentayı geçtiği ve anne sütünde bulunduğu bilinmekte olup kılavuzlara göre gebelik ile laktasyonda kullanımının uygun olduğu belirtilmektedir. Ancak gebelik ve laktasyonda kolşisin kullanımına dair bilimsel çalışma ve olgu raporları yeterli sayıda değildir.

Yöntem: Marmara Üniversitesi Pendik E. A. Hastanesi ilaç danışma polikliniğine 2012–18 yıllarında gebelik veya laktasyonda kolşisin kullanımı için konsülte edilen hastalar değerlendirilmiştir. Yüz yüze yapılan görüşme sonucu alınan bilgiler ve düzenli telefon aramaları (konsültasyondan 2 hafta sonra ve doğum sonrası) veri elde etmek amacıyla kullanılmıştır.

Bulgular: Gebeliğinde kolşisin kullanan 34 hastanın (altısı henüz terme ulaşmamış, biri ikiz, toplam 31 gebelik sonlanmış) %65'i ailesel Akdeniz ateşi (AAA, n=22), diğerleri Behçet hastalığı, ankilozan spondilit, sistemik lupus eritematozus, vaskülit ve eritema nodozum tanıları ile izlenmektedirler. Doğum yapan 31 olgunun tamamı gebelikte kolşisin kullanmış ve bunların %61'i (n=19) tüm trimesterler boyunca devam etmişlerdir. Gebeliklerinde kolşisin kullanan ve doğum yapanların 22'si emzirme döneminde de kolşisin kullanmayı sürdürmüşlerdir. Ayrıca gebeliklerinde kullanmayıp laktasyon döneminde kolşisin kullanan 2 hastanın sağlıklı 2 bebeği bulunmaktadır. Kolşisin kullanımı olan 31 gebeliğin 20'si sağlıklı, 6'sı sorunlu bebek, 2'si düşük ve 3'ü de terminasyon ile sonlanmış. Sorunlu olan altı bebekten zamanında doğan 4 bebekte minimal kardiak septal defekt, kalp kapakçığında stenoz, Fallot tetralojisi (opere) ve böbrekte kum (nefrolityazis ?) tespit edilmişken, 2 prematüre bebekten birinde minimal kardiak septal defekt (31. hf), diğerinde beyin gelişimi kusuru (34. hf ve 6 aylıkken bebek ölümü) olduğu gözlenmiştir.

Sonuç: Doğurganlık çağında kolşisin kullanan romatoloji hastalarının büyük bir kısmı (%65) AAA hastasıdır. Gebelikte kolşisin genellikle (%61) tüm trimesterler boyunca kullanılmakta ve bunların büyük kısmı (%71) laktasyon döneminde de ilacı kullanmaya devam etmektedir. Gebelikte kolşisin kullanımı so-

nucu meydana gelen 6 sorunu, 2 düşük ve 3 terminasyon literatür ile uyumlu değildir. Fallot tetralojisi ve kapak stenozu olan iki olgu major malformasyon olarak değerlendirilmiştir.

Anahtar sözcükler: Kolşisin, gebelik, laktasyon, ilaç danışma polikliniği

PS-065

Romatolojiye konsülte edilen yatan hastaların retrospektif olarak değerlendirilmesi

Fatma Tuncer¹, Gonca Karabulut², Hayriye Koçanoğulları², Figen Yargucu Zihni², Mete Pekdiker²

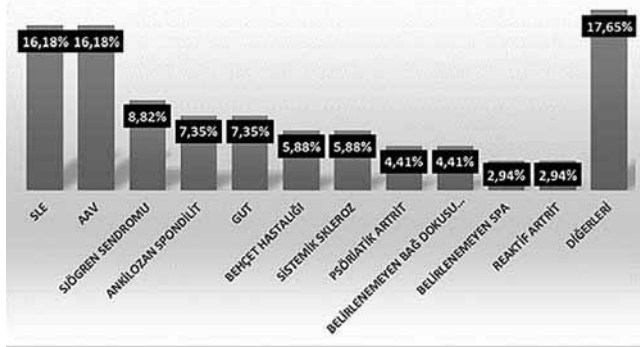
¹Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Uşak; ²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Romatizmal hastalıkların multisistemik seyirinden dolayı bu hastalıklara sahip olgular hastanelerin farklı bölümlerinde yatabilmekte ve konsültasyon kaçınılmaz olmaktadır. Bu çalışma ile hastanemizde yatan hastalarda romatoloji konsültasyonlarının nedenleri, gerekliliği ve hekimlerin romatolojik hastalıklar konusunda bilgisini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Şubat 2015–Ocak 2017 tarihlerinde Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Romatoloji bölümüne danışılan 1071 konsültasyon çalışmaya dahil edildi. Olgular romatolojik hastalığa sahip olanlar ve olmayanlar (sırasıyla Grup 1 ve Grup 2) olarak incelendi. Konsülte eden bölümlerin dağılımlarına bakıldı. Grup 1'de konsültasyon gerekçeleri perioperatif değerlendirme, tedavi rejiminin değerlendirilmesi, ikinci bir patolojinin romatizmal hastalık ile ilişkisinin değerlendirilmesi ve diğer nedenler olmak üzere dört alt başlıkta incelendi. Grup 2'de yeni tanı romatizmal hastalıklar (YTRH) kaydedildi.

Bulgular: Toplam 1071 konsültasyonda 770 farklı hasta değerlendirildi. Hastaların 466'ı kadın ve 304'ü erkek olup, ortalama yaş 52.3 idi. Grup 1'de yer alan 374 (%48.6) hastadan %44.65 ile en sık konsültasyon gerekçesi tedavi rejiminin düzenlenmesi (en fazla Göğüs Hastalıkları bölümü) olup sırasıyla %41.44 perioperatif değerlendirme (%57.1'i Ortopedi bölümünden romatoid artrit hastalarında total kalça veya diz protezi amacıyla), %9.89 diğer nedenler ve %4.89 romatolojik hastalığın ikinci bir patoloji ile ilişkisinin değerlendirilmesi olarak saptandı. Romatoid artrit (RA), Behçet Hastalığı (BH) ve Sistemik Lupus Eritematozus (SLE) grup 1 içerisindeki hastaların en sık sahip oldukları romatolojik patolojilerdi. Grup 2'de ise 396 hasta (%51.4) mevcut olup, 68'inde (%17.2) YTRH saptandı. En fazla saptanan YTRH ise 11 olgu ile SLE ve ANCA ilişkili vaskülit (AAV) idi (Şekil 1 PS-65). Konsültasyon sonucunda en yüksek YTRH saptanan klinikler dermatoloji: %26.1, kalp-damar cerrahisi: %25 ve göğüs hastalıkları: %22.9 bulundu (Şekil 2 PS-65).

Sonuç: Romatizmal hastalıklara sahip bireylerde cerrahi prosedürler yatan hasta konsültasyonlarının ana gerekçelerinden birisidir. Grup 2'de düşük YTRH oranları farklı kliniklerdeki hekimler için romatizmal hastalıklar hakkında yetersiz bilgilerinden kaynaklanabilir. YTRH arasında yüksek oranda SLE ve AAV saptanması çalışmanın üçüncü basamak bir hastanede yapılması ile ilişkilendirilmiştir. Çalışmamız romatoloji konsültas-



Şekil 1 (PS-65): Longitudinal ve aksiyel ultrasonografik görüntülemeye MKF eklemlerindeki erozyon.

yonları ile ilişkili ülkemizde ilk çalışma olup bu konuda literatürde kısıtlı veri bulunmaktadır.

Anahtar sözcükler: Romatoloji, konsültasyon, yeni tanı, romatizmal hastalık

PS-066

Biyolojik ajan tedavisi alan romatoid artrit, ankilozan spondilit, psoriyatik artrit hastalarında tedavide kalma oranları (Tek merkezin retrospektif değerlendirmesi)

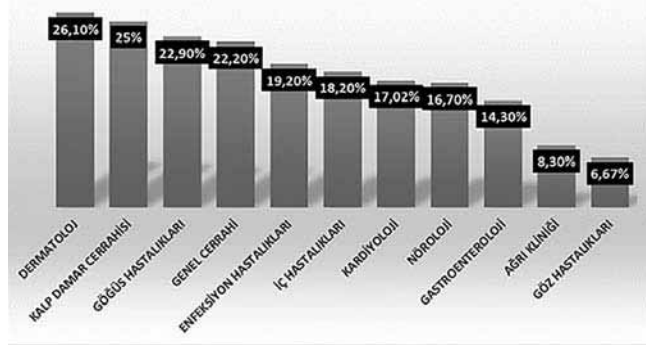
Selin Cilli Hayroğlu, Hayal Ahmetoğlu, Nurdan Kotevoğlu
Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul

Amaç: Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi FTR/Romatoloji polikliniğinde izlenen romatoid artrit, psoriyatik artrit, ankilozan spondilitli hastalarından biyolojik ilaç tedavisi alanların ilaçta kalma sürelerini, ilaç değiştirme nedenlerini ve yan etki verilerini retrospektif olarak değerlendirmektir.

Yöntem: Ocak 2011'den itibaren tedaviye alınan biyolojik ajan kullanan hastaların kayıtları retrospektif olarak incelendi. Toplam 108 hastanın kadın erkek oranı 47/61 ve tanı dağılımları RA 31, AS 67, PsA 10 olarak saptandı. En genç hastamız AS grubunda olup 18, en yaşlı hastamız PsA grubunda olup 71 yaşında idi. AS grubundan bir hastamız 2003 yılından itibaren aynı biyolojik ajan ile tedaviye devam etmekteydi. Etkisizlik nedeni ile dört hastada başka bir biyolojik ajana geçildi. Bir hastada üveit nedeniyle biyolojik ilaç değişimi yapıldı. Olası akciğer tüberkülozu nedeniyle bir hastada, sarkoidoz ön tanısıyla bir hastada, multiple skleroz olası tanısı nedeniyle bir diğer hastada ilaçlara ara verildi. Üç hasta kendi isteği ile genel durumlarının iyilikleri nedeniyle ilaçsız bir dönem geçirmek istediklerini ifade ederek, bunların dışında da bir kadın hasta gebelik planlaması yapması nedeniyle ilaç kullanımını bıraktı.

Sonuç: Grubumuzda tedavide kalım, her tip biyolojik ajan kullanımında ve her tanı grubunda çok yüksek oranda idi. Tedavi devamına etki eden faktörlerden hastanın yakın takip ve tedavi etkinliği durumunun önemli faktörlerden olduğu değerlendirildi.

Anahtar sözcükler: Romatoid artrit, psoriyatik artrit, ankilozan spondilit, biyolojik ajan



Şekil 2 (PS-65): Grup 2'de bölümlere göre YTHR oranları.

PS-067

Günlük romatoloji pratiğinde biyolojik tedavi alan hastaların değerlendirilmesi: TÜRK-BİO 2018 verileri

Fatoş Önen¹, Gerçek Can¹, Yavuz Pehlivan², Ediz Dalkılıç², Soner Şenel³, Süleyman Serdar Koca⁴, Servet Akar⁵, Nevsun İnanç⁶, Ayten Yazıcı⁷, Sema Yılmaz⁸, Abdurrahman Tufan⁸, Sadettin Uslu¹, Ali Karakaş¹, Haner Direskeneli⁶, Ayşe Cefle⁷, Merih Birlik¹, Berna Göker⁸, Nurullah Akkoç¹⁰

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir;

²Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa;

³Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri;

⁴Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ;

⁵İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir;

⁶Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul;

⁷Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli;

⁸Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara;

⁹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Konya;

¹⁰Özel Doktor, Romatoloji, İzmir

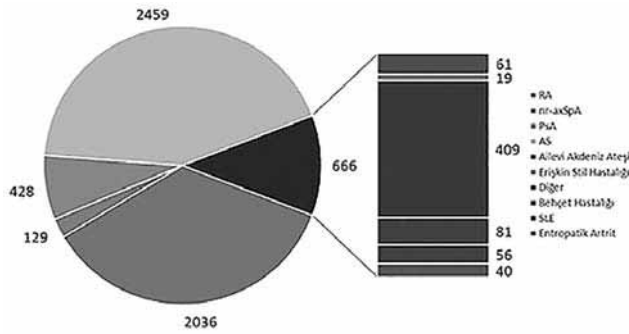
Amaç: Ekim 2011'de kurulan TÜRK-BİO, 12 farklı merkezin katkıda bulunduğu, ülke çapında bir biyolojik veri tabanıdır. Biyolojik tedavi alan inflamatuvar romatizmal hastalıklar dışında aksiyel SpA başta olmak üzere biyolojik ilaç almayan hastalar da proje kapsamında veri tabanına kaydedilmektedir. Amacımız haziran 2018'e kadar olan kayıtların değerlendirilmesidir.

Yöntem: Kayıt sisteminde 18 yaş üzeri romatoid artrit (RA), ankilozan spondilit (AS), non-radyografik aksiyel spondiloartrit (nr-AxSpA) ve psoriyatik artrit (PsA) hastaları yer aldı. Demografik ve klinik özellikler, hastalık aktivite belirteçleri ve diğer takip parametreleri, ilaç tedavileri, yan etkiler ve tedavi kesilme oranları ve nedenleri, her görüşmede elektronik olarak kaydedildi.

Bulgular: TÜRK-BİO kayıtları, haziran 2018'e kadar toplam 6873 hastayı içermekteydi. Bu hastalardan 5718 tanesi biyolojik tedavi başlanılan hastalardı. Biyolojik tedavilerin %43'ü (2459) AS, %35.6'sı (2036) RA, %7.5'i (428) PsA ve %2.3'ü (129) nr-axSPA hastalarına aitti (Şekil PS-067). Tüm hastaların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1 PS-067'de özetlenmiştir. Tüm hastalık gruplarının ilk ve son vizitleri değerlendirildiğinde, ilk vizite göre son vizitte DAS28-CRP ve HAQ skorlarında belirgin azalma olduğu görülmektedir. RA, PsA hastalarında

Tablo 1 (PS-067): Biyolojik tedavi alan ve almayan tüm hastaların başlangıç demografik ve klinik özellikleri.

| | RA | AS | nr-axSpA | PsA |
|--------------------------------------|-------------|-------------|------------|-------------|
| N | 2216 | 3403 | 624 | 630 |
| Cinsiyet (Kadın), n (%) | 1758 (79) | 1283 (38) | 391 (63) | 402 (64) |
| Yaş, ort ± SD (yıl) | 53±14 | 44±12 | 43±12 | 48±13 |
| Sigara (%) | | | | |
| Hiç içmemiş | 61 | 37 | 48 | 53 |
| Halen içiyor | 20 | 41 | 32 | 27 |
| İçip bırakmış | 19 | 22 | 20 | 20 |
| Hastalık süresi, median (Q1-Q1) (ay) | 97 (57-159) | 78 (42-123) | 43 (24-73) | 87 (46-129) |
| Romatoid faktör pozitifliği (%) | 61 | 4 | 13 | 5 |
| Anti-CCP pozitifliği (%) | 63 | - | - | - |
| HLA-B27 pozitifliği (%) | - | 65 | 36 | 19 |
| Biyolojik n (%) | 2036 (92) | 2459 (72) | 129 (21) | 428 (68) |
| Önceki DMARD (%) | | | | |
| MTX | 893 (44) | 267 (11) | 38 (29) | 189 (44) |
| LEFLUN | 619 (30) | 21 (1) | 8 (6) | 72 (17) |
| SZS | 430 (21) | 689 (28) | 56 (43) | 74 (17) |
| CQ | 447 (22) | 21 (1) | 4 (3) | 12 (3) |

**Şekil (PS-67):** Üç fazlı kemik sintigrafisinde sol el bileğinde sağa oranla rölatif artmış aktivite tutulumları.

MTX ve LEF en çok kullanılan DMARD'lardır. Salazoprin kullanımı ise AS'de ön planda iken nr-axSpA'da MTX sonrasında 2. sıklıkta kullanıldığı görülmektedir. Toplam 171 ciddi yan etki gözlenmiş olup 75 (%44) enfeksiyon, 26 (%15) alerjik reaksiyon, 19 (%11) malinite, 65 (%38) diğerleri şeklinde dağılım göstermekteydi. İlk kez biyolojik ilaç başlanan hastalarda, RA'da bazal DAS28 skorları ve axSpA hastalarında bazal BASDAI skorlarında yıllar içerisinde düşme olurken, PsA'da bazal DAS28 skorlarında ciddi bir değişim görülmemektedir. Hekimler RA ve axSpA hastalarında yıllar içerisinde daha düşük aktivite skorlarıyla biyolojik ilaca başlama eğilimi göstermektedir (Tablo 2 PS-067). Anti-TNF ilaçta sağ kalım analizi yapıldığında en yüksek oranın PsA ardından AxSpA ve en düşük oranın RA'da olduğu ve biyolojik ilaçlar için ortalama switch sayılarına bakıldığında RA'da 2.8, axSpA'da 2.4, PsA'da 2.5 olduğu görülmektedir.

Tablo 2 (PS-067): Yıllara göre, RA, axSpA ve PsA hastalarında ilk kez herhangi bir biyolojik başlananlardaki, başlangıçtaki DAS28-CRP ve BASDAI ortalamaları.

| | RA | AxSpA | PsA |
|------|------|-------|------|
| 2011 | 5.24 | 53.38 | - |
| 2012 | 5.68 | 40.40 | 3.33 |
| 2013 | 5.18 | 42.80 | 3.04 |
| 2014 | 4.48 | 49.31 | 3.58 |
| 2015 | 4.12 | 39.36 | 4.22 |
| 2016 | 4.51 | 32.16 | 3.54 |
| 2017 | 4.24 | 22.77 | 3.70 |
| 2018 | 4.26 | 32.07 | 3.75 |

Sonuç: TÜRK-BİO verileri, romatolojik hastalıklarda kullanılan biyolojik tedavilerin etkinlik ve yan etkileri, ilaç kullanım paternleri, ilaçta kalım süreleri ve hekimlerin tedavi eğilimleri gibi bir çok verinin değerlendirilmesi konusunda önemli bir imkan yaratmaktadır.

Anahtar sözcükler: Romatoid artrit (RA), ankilozan spondilit (AS), psoriyatik artrit (PsA), biyolojik tedavi

PS-068

Pulmoner semptomlarla romatoloji polikliniğine başvuran bağ doku hastalarındaki akciğer hastalıkları ve radyolojik paternleri

Reyhan Bilici Salman¹, Hasan Satış¹, Nuh Atas¹, Hakan Babaoğlu¹, Özkan Varan¹, Haluk Şaban Türkteş², Abdurrahman Tufan¹, Şeminur Haznedaroğlu¹, Mehmet Akif Öztürk¹, Berna Göker¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Bağ doku hastalıkları; kronik, sistemik, inflamatuvar bir hastalık grubu olup birçok organı tutmakla birlikte sık etkilenen organlardan biri de akciğerlerdir. Akciğerlerde bir ya da birden çok kompartman hastalıktan etkilenebilir ama en ciddi tutulum hastanın morbiditesi ve mortalitesinde belirgin etkileyen interstiyel akciğer hastalığıdır. Pulmoner semptomlarla başvuran hastalarda verilen immünsupresif tedavilere sekonder fırsatçı enfeksiyonlar, tüberküloz, ilaçlara bağlı akciğer hastalığı, çevresel maruziyetler ve sigara ilişkili hastalıklardır. Bizim çalışmamızda Gazi Üniversitesi romatoloji polikliniğine başvurmuş olan bağ doku hastalarında pulmoner semptomu olanlardaki akciğer hastalıkları ve radyolojik paternleri göstermeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya Gazi Üniversitesi Romatoloji Kliniği Bağ Doku İlişkili Akciğer Hastalıkları kohortundan 184 hasta dahil edildi. Eksik verileri olan 42 hasta çalışma dışı bırakıldı. Hastaların demografik özellikleri, hastalıkları ve süreleri belirlendi. Bağ doku hastalarında pulmoner semptomu olanlar akciğer grafisi ve solunum fonksiyon testleri (SFT) yapıldıktan sonra karbonmonoksit difüzyon kapasitesi (DLCO) ve yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (HRCT) ile değerlendirildi. Klinik şüphenin devamı halinde bronkoskopi, bronkoalveoler lavaj ve akciğer biyopsisi gibi invaziv testler yapıldı. HRCT'ye göre bağ doku ilişkili paterne sahip olanlar kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 142 hastanın, 108 (%76)'i kadın, 34'ü erkekti. Kadınların yaş ortalaması 58 erkeklerin ise 60.8 idi. Hastalık süresi kadınlarda ortalama 5 yıl, erkeklerde 4 yıldır. Hastaların 44 (%23.9) skleroderma, 47 (%25.5) romatoid artrit, 31 (%16.8) Sjögren, 3 (%1.6) sistemik lupus eritematozus, 15 (%8.1) inflamatuvar miyopatiler, 4 (%2.2) mikst bağ doku hastalığıydı. Radyolojik paternlerin dağılımı ise; 79 hastada nonspesifik interstiyel pnömoni (NSİP), 22 (%12.1) idiyopatik interstiyel pnömoni (UİP), 7 (%3.8) indetermine interstiyel pnömoni, 6 (%3.3) lenfositik interstiyel pnömoni (LİP), 11 (%4.9) kriptojenik organize pnömoni (KOP), 4 (%2.2) kombine pulmoner fibrozis, 6 (%3.3) hipersensitivite pnömonisi, 1 (%0.5) küçük hava yolu hastalığı, 1 (%0.5) deskvamatif interstiyel pnömoni, 1 (%0.5) metotreksat toksisitesi şeklindeydi.

Sonuç: Pulmoner semptomu olan bağ doku hastalarında akciğer tutulumu sık görülmekte olup HRCT'nin tanıda görüntüleme yöntemi olarak altın standart olduğu akıld tutulmalıdır. Çalışma-

mızda en sık skleroderma ve RA, radyolojik patern olarak da NSİP ve UİP görülmüş olup literatür ile uyumludur.

Anahtar sözcükler: Bağ doku hastalığı, interstiyel akciğer hastalığı, radyolojik paternler

PS-069

Obez hastalarda klinik olarak şüpheli artralji ve adipokinler arasındaki ilişki

Reyhan Köse¹, Gökhan Sargın¹, Taşkın Şentürk¹, Songül Çildağ¹, Mustafa Ünübol², Burçin İrem Abas³, Çiğdem Yenisey³

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın; ²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı, Aydın; ³Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Aydın

Amaç: Obezite düşük-orta dereceli kronik inflamatuvar bir durumdur. Ayrıca, inflamatuvar romatizmal hastalıklar, seronegatif inflamatuvar poliartrit ve psoriyatik artrit için bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir. Nonspesifik kas iskelet sistemi semptomları olan obez hastalarda düşük dereceli inflamasyonun nedeni klinik uygulamada tartışma konusudur. Bizim bu çalışmadaki amacımız; inflamasyonun, obezite veya romatizmal hastalık ile ilişkili olup olmadığını ve kas-iskelet sistemi semptomları olan/olmayan obez hastalarda leptin, chemerin, visfatin ve inflamatuvar belirteçler arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

Yöntem: Mart 2017 ile Ocak 2018 arasında kliniğimize nonspesifik kas iskelet sistemi semptomları ile başvuran 74 obez hasta (4 erkek, 70 kadın, yaş ortalaması 47.09±10.7) çalışmaya alındı. Kontrol grubu olarak, romatizmal semptomları olmayan 40 obez hasta (5 erkek, 35 kadın, yaş ortalaması 44.9±10 yıl) alındı. Vücut kitle indeksi (VKİ), vücut ağırlığı ile boyun karesi oranlanarak kabul edildi. Yaş, cinsiyet, sedimentasyon, CRP, TNF- α , IL-6, IL-1, leptin, chemerin ve visfatin düzeyleri değerlendirildi. Tüm parametreler arasındaki ilişki Spearman korelasyonu, Wilcoxon Signed-rank ve eşleştirilmiş t-testleri ile değerlendirildi.

Bulgular: Nonspesifik kas iskelet sistemi semptomları olan obez hastalar ve kontrol grubu arasında YAŞ, cinsiyet ve VKİ açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Non spesifik kas iskelet sistemi semptomları olan obez hastalarda ortalama TNF- α , IL-1 β , IL-6

Tablo (PS-069): Klinik olarak şüpheli artraljisi olan obez hastalar ve romatizmal belirtileri olmayan obez hastaların demografik özellikler ve laboratuvar değerleri.

| | Klinik olarak şüpheli artralji (n=74) | Romatizmal belirtileri olmayan obez hastalar (n=40) | p-değeri |
|--|---------------------------------------|---|----------|
| Yaş (yıl) | 47.09±10.7 | 44.9±10 | AD |
| Cinsiyet (kadın/erkek) | 70/4 | 35/5 | AD |
| Vücut kitle indeksi (kg/m ²) | 37.6±7.2 | 36.9±4.8 | AD |
| Sedimentasyon (mm/h) | 32.9±15.1 | 27.5±16.1 | AD |
| CRP (mg/dL) | 8.4 (0.1–35.3) | 7.9 (1–54.7) | AD |
| IL-1 β (pg/ml) | 39.9 (4–347.5) | 20.4 (0.7–266.1) | 0.04* |
| IL-6 | 26.2 (3.8–350.9) | 13.2 (3–63) | 0.001 |
| TNF- α (pg/ml) | 60.8 (11.3–301.6) | 36.2 (5.6–243.3) | <0.001 |
| Visfatin (ng/ml) | 4.8 (0.2–48.9) | 1.5 (0.1–19.5) | <0.001 |
| Chemerin (ng/ml) | 4.2 (0.1–39.5) | 1.3 (0.1–20.4) | <0.001 |
| Leptin (pg/ml) | 3460.8±510.9 | 3285.2±696.6 | 0.16 |

konsantrasyonları 60.8, 39.9 ve 26.2 idi ve kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Sedimantasyon ve CRP düzeyleri, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı değildi. Chemerin ve visfatin düzeyleri açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptandı (Tablo PS-069). Ayrıca, proinflatuar sitokinler ve visfatin, chemerin arasında anlamlı korelasyon bulundu.

Sonuç: Düşük dereceli inflamasyonu olan ve nonspesifik kas iskelet sistemi semptomları olan obez hastalarda inflamasyon ile ilişkili visfatin ve chemerin farklılaşmamış inflamatuvar artrit için yararlı bir gösterge olabilir.

Anahtar sözcükler: Obezite, klinik olarak şüpheli artralji, leptin, chemerin, visfatin

PS-070

Romatoloji hastalarında sosyal medya kullanımı

Mustafa Erdoğan¹, Okan Aydın², Emire Seyahi¹

¹*Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul,* ²*Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

Amaç: Günümüzde, sosyal medyanın iletişimde ve bilgi edinmedeki rolü göz ardı edilemez. Romatoloji hastalarının sosyal medyada kullanımları hakkında bilgi bulunmamaktadır. Bu nedenle Romatoloji hastalarının sosyal medya kullanımları ve beklentilerini değerlendirdik.

Yöntem: Polikliniğimize ardışık olarak başvuran farklı romatolojik tanılı hastalara sosyal medya kullanımı ile ilgili anket uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya medyan yaşı 45 (IQR: 34–56) olan 397 (%66 kadın, %34 erkek) hasta dahil edildi. Hastaların tanıları; RA (%25), SpA (%17), bağ doku hastalığı (%15), Behçet sendromu (%19), ailevi Akdeniz ateşi (%15) ve diğer hastalıklardan oluşuyordu. Hastaların %38'i ilköğretim mezunuydu. Yüzde 17'si (n=68) internet erişimli cihaz kullanmamaktaydı. İnternete bağlanan cihaza sahip olmasına rağmen 329 hastanın 40'ünün (%12) da sosyal medya kullanmadığı tespit edildi, dolayısıyla sosyal medya kullanan hasta oranı %73 (289/397) saptandı. Akıllı telefon kullanımı çoğunlukta (%77). Facebook en çok tercih edilen sosyal medya sitesiydi (%81), bunu Instagram (%70), Twitter (%32) ve Pinterest (%13) takip etti. Facebook kullanan ve kullanmayan hastalar yaş, cinsiyet veya eğitim durumları yönünden benzer saptandı. Twitter kullanıcılarında ise erkek ve eğitimli hasta oranı daha yüksek saptandı (Şekil PS-070). Hastaların çoğunun (%74), sosyal medyanın sağlık konularında bilgi edinmek için kullanışlı olduğunu düşündüğü tespit edildi. Hastaların %64'ü romatolog ile poliklinik dışında iletişime geçmemektedir. Bunun yanında %89'unun iletişime geçmek istediği, %74'ünün ise Facebook üzerinden romatologu ile arkadaş olmak öğrenildi. "Neden romatologunuz ile iletişime geçmek istiyorsunuz?" sorusuna ise %37'si daha kolay iletişim kuracağım için, %30'u doktorum ile daha sıkı hissedeceğim için, %22'si doktorumun daha sorumlu hissedeceğim için ve %21'i ise hastalığının daha iyi olacağını düşündüğüm için yanıtını verdi.

Sonuç: Bu araştırma daha genç ve daha eğitimli hastaların belirgin olarak daha fazla iletişim cihazlarını kullandığını tespit et-

miştir. Facebook en çok tercih edilen sosyal medya sitesidir. Daha eğitimli hastalar Twitter, Instagram ve Pinterest'i; daha genç insanlar ise Instagram ve Pinterest'i nispeten daha çok kullanmaktadır. Hastaların çoğu sosyal medyanın sağlık konusunda bilgi edinmek için yararlı olduğunu düşünmektedir. Hastaların çoğu (%89) poliklinik dışında doktoru ile iletişim kurmak istemesine rağmen ancak %36'sı bunu başarabilmektedir.

Anahtar sözcükler: Romatoloji, sosyal medya

PS-071

Gebelikte anti-TNF kullanımının teratojenik etki açısından retrospektif olarak incelenmesi

Nurdan Tekin¹, Yekta Çulpan¹, Nesrin Çağlayan Duman¹, Fatma Alibaz Oner², Yasemin Şahinkaya², Zeynep Ertürk², Ümmügülsüm Gazel², Sema Kaymaz Tahra², Aysun Aksoy², Murat Karabacak², Songül Özkula¹, Zehra Nur Turgan¹, Medine Gülçebi İdriz Oğlu¹, Rezzan Gülhan¹, Nevsun İnanç², Zafer Gören¹, Pamir Atagündüz², Filiz Onat¹, Haner Direskeneli², Atila Karaalp¹

¹*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı, İstanbul;* ²*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

Amaç: Anti-tümör nekroz faktör (anti-TNF) ilaçlar, inflamasyonla ilişkili hastalıkların tedavisinde 10 yılı aşkın süredir kullanılmaktadır. Bu ilaçların hayvan üreme çalışmalarında fetüs için bir risk oluşturduğu gösterilememiştir. Ancak anti-TNF tedavilerin olası teratojenik etkileri ile ilgili olarak gebe kadınları kapsayan yeterli kontrollü çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı gebelik döneminde romatizmal hastalıklar nedeniyle anti-TNF kullanımını olan ve Tıbbi Farmakoloji-Teratojenik polikliniği tarafından takipleri yapılmış olan gebeleri değerlendirerek gebelikte anti-TNF kullanımının olası teratojenik etkilerinin incelenmesidir.

Yöntem: Çalışmamıza Ocak 2012–Temmuz 2018 tarihleri arasında polikliniğimize anti-TNF kullanımı nedeniyle başvuran gebeler (n=15) dahil edilmiştir. Gebelere telefon ile ulaşılmış ve tedavileri, gebeliklerin sonlanması ve doğum sonrası bebeğin sağlığı ile ilgili sorular yöneltilmiştir.

Bulgular: Polikliniğimize başvuran ve romatizmal hastalıklar nedeniyle anti-TNF kullanımı olan 15 gebeden 11'ine ulaşılmıştır. Ulaşılan 11 gebeden 4'ünün gebeliği devam etmektedir. Gebeliğin 1. trimesterinde 3 etanersept, 1 infliksimab ve 1 sertolizumab, 2. ve 3. trimesterlerinde 1 etanersept, gebeliği boyunca 1 infliksimab ve 1 sertolizumab kullanımı olan olgu tespit edilmiştir. Gebeliklerden 5'i sağlıklı doğumla sonuçlanırken, infliksimab maruziyeti olan 1 gebeliğin spontan abortusla, sertolizumab maruziyeti olan diğer 1 gebeliğin ise medikal terminasyon ile sonlandığı bilgisine ulaşılmıştır. Gebeliği boyunca infliksimab kullanan gebenin bebeğinde doğumu takiben kısa süreli bakım gerektiren akut solunum sıkıntısı olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Elimizdeki kısıtlı olgu verilerine göre, anti-TNF tedavisi ile gebelikte major malformasyon arasında bir ilişki kurulamamıştır. Ancak doğum sonrası bebeklerin inflamasyon riski ve gelişimiyle ilgili olarak uzun süreli izlendiği daha büyük vaka gruplarıyla kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar sözcükler: Anti-TNF, gebelik, teratojenite, teratoloji polikliniği

PS-072

Maternal ya da paternal metotreksat maruziyeti olan gebeliklerin değerlendirilmesi

Songül Özkula¹, Medine İ. Gülgebi¹, Nesrin Çağlayan Duman¹, Nurdan Tekin¹, Zehra Nur Turgan¹, Yekta Çulpan¹, Fatma Alibaz Öner², Yasemin Şahinkaya², Zeynep Ertürk², Ümmügülsüm Gazel², Sema Kaymaz Tahra², Aysun Aksoy², Murat Karabacak², Rezzan Gülhan¹, Nevsun İnanç², Atıla Karaalp¹, Pamir Atağündüz², Filiz Onat¹, Haner Direskeneli², Zafer Gören¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı, İstanbul; ²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

İmmünoşüpresif bir ilaç olan metotreksat dihidrofolat redüktaz enzimini inhibe ederek, nükleik asitlerin replikasyonu için oldukça önemli olan folik asidin aktif bir koenzim formu olan tetrahidrofolik aside dönüşümünü engellemektedir. Folik asidin antagone edilmesi ya da yetersizliği fetüsün anormal gelişimi ile sonuçlanabileceğinden metotreksat teratojenite riski olan ve gebelik sırasında kullanılmaması gereken ilaçlardır. Çalışmamızın amacı, gebelik döneminde maternal/paternal metotreksat maruziyeti olan ve polikliniğimiz tarafından takipleri yapılmış gebelikleri değerlendirmektir. Çalışmamıza Ocak 2017– Temmuz 2018 tarihleri arasında hastanemiz tıbbi farmakoloji-teratoloji polikliniğine romatoloji polikliniği tarafından konsülte edilmiş olan hastalardan, maternal (n=4) ya da paternal (n=3) metotreksat maruziyeti olan gebelikler (n=7) dahil edilmiştir. Hastalara telefon ile ulaşıp gebelikleri, gebeliklerin sonlanışı ve bebeklerin sağlığı ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Metotreksat kullanan hastaların yaş aralıkları 19–37 olup, yaş ortalamaları 28.7'dir. Maternal maruziyeti olan 4 gebelikten son adet tarihine (SAT) göre 2–3. haftalarda metotreksat maruziyeti olan bir olgunun gebeliği sezeryan doğum ile sonuçlanmıştır. Gebelikten 1 ay önce ve SAT'a göre 2–3. haftalarda metotreksat maruziyeti olan diğer olguda ise gebelik ilacın muhtemel potansiyel riskleri nedeniyle terminasyon ile sonlandırılmıştır. Gebelikten 1 ay önce metotreksat kullanımını bırakan bir olgunun ve gebelikten 3 ay önce metotreksat maruziyeti olan diğer bir olgunun gebelikleri devam etmektedir. Paternal metotreksat maruziyeti olan 3 olgudan ikisinin doğum ile sonuçlandığı, diğer bir gebeliğin ise devam etmekte olduğu öğrenilmiştir. Pa-

ternal metotreksat maruziyeti olan gebeliklerden birinde spontan doğum gerçekleşmiş olmakla birlikte şu anda 8.5 aylık olan bebeğin üst ekstremitesinde hareket kısıtlılığı olduğu ve pediatrik ortopedi tarafından takip edildiği saptanmıştır. Sonuç olarak metotreksat kullanımının gebelikten en az 6 ay önce bırakılması gerektiği ve gebelik döneminde hem maternal, hem de paternal metotreksat maruziyetinin teratojenik etki açısından önemli olabileceği göz önüne alınmalıdır. Gebelik döneminde metotreksat maruziyetinin değerlendirilmesi ve güvenli terapötik rejimin belirlenmesi için daha geniş katılımlı ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar sözcükler: Maternal, paternal, metotreksat, teratojenite

PS-073

Romatoid artrit ve bağ dokusu hastalığı olanlarda akciğer tutulumunun değerlendirilmesinde toraks HRCT ile hasta ölçekli anketlerin karşılaştırılması

Atakan Topçu¹, Yasemin Yalçınkaya², Sait Karakurt³, Hakan Mursaloğlu⁴, Nihan Coşkun⁵, Meryem Demir¹, Ediz Dalkılıç³, Nevsun İnanç²

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul; ²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; ³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul; ⁴Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul; ⁵Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

Amaç: Romatoid artrit (RA) ve bağ dokusu hastalığı (BDH) olanlarda, toraks HRCT ve solunum fonksiyon tetkikleri (SFT)'ne ek olarak, geçerliliği gösterilmiş hasta ölçekli anketlerin uygulanması ve bu anketlerin akciğer tutulumunu ön görmedeki yeterliliğinin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Öksürük ve/veya nefes darlığı olan veya kontrol amaçlı yapılan SFT'de patoloji saptanan RA ve BDH tanılı 65 hasta çalışmaya alındı. Yaşam kalitesi Saint George solunum anketi (SGRQ) ve SF-36 ölçeği; öksürük şiddeti Leicester öksürük anketi ve VAS (Vizüel Analog Skala); nefes darlığı Modifiye Borg Skalası ve Medikal Araştırma Kurulu Dispne Skalası (MRCS) ile değerlendirildi (toplam 108 soru). Toraks HRCT, göğüs hastalıkları uzmanı tarafından kör olarak değerlendirildi ve Warrick skoru (alveolit ve fibrozis) hesaplandı.

Bulgular: 39 hastada (33 kadın, 6 erkek) (14 RA, 25 BDH) Warrick skoru pozitif (≥ 1) saptandı. Demografik ve klinik özellikler Tablo 1 PS-073'de; hasta ölçekli anketler, SFT ve War-

Tablo 1 (PS-073): Warrick skoru pozitif (≥ 1) olan LAH grubunun demografik ve klinik özellikleri.

| | RA olanlar (n=14) | BDH olanlar (n=25) | Tüm grup (n=39) |
|------------------------|-------------------|--------------------|-----------------|
| Cinsiyet (kadın/erkek) | 10/4 | 23/2 | 33/6 |
| Yaş (Ort±SS) yıl | 60±7 | 53.6±10 | 55.9±9.5 |
| Tanı yaşı (ort±SS) yıl | 49.2±9.5 | 43.9±12.9 | 45.8±12 |
| DM | 5 (%35.7) | 2 (%8) | 7 (%17.9) |
| HT | 4 (%28.6) | 6 (%24) | 10 (%25.6) |
| KAH | 1 (%7) | 0 | 1 (%2.6) |
| HL | 2 (%14.3) | 1 (%4) | 3 (%7.7) |
| KOAH | 4 (%28.6) | 3 (%12) | 7 (%17.5) |
| Sigara | 3 (%21.4) | 5 (%20) | 8 (%20.5) |

Tablo 2 (PS-073): Warrick skoru pozitif (≥ 1) olan İAH grubunun hasta ölçekli anket, SFT ve Warrick skorlarının sonuçları.

| | RA olanlar | BDH olanlar | Tüm grup |
|---|-----------------|-----------------|------------------|
| Alveolit total skor (n=14/25) | 3 (IQR=0) | 4 (IQR=1) | 3 (IQR=1) |
| Fibrozis total skor (n=14/25) | 13 (IQR=9) | 11 (IQR=5) | 11 (IQR=6) |
| Total Warrick skor (n=14/25) | 17 (IQR=9) | 15 (IQR=7) | 15 (IQR=7) |
| FVC (n=11/25) | %92 (IQR=28) | %91 (IQR=47) | %91.5 (IQR=38.5) |
| DLCO (n=13/22) | %64 (IQR=16) | %66 (IQR=34) | %64 (IQR=21) |
| St. George total skor (n=13/17) | 79.4 (IQR=8.7) | 27.1 (IQR=26.5) | 40.4 (IQR=57.6) |
| Leicester total skor (n=14/25) | 17.8 (IQR=5.1) | 18.5 (IQR=3.7) | 18.4 (IQR=4.2) |
| VAS (n=13/25) | 1 (IQR=3.5) | 2 (IQR=2) | 1.5 (IQR=3) |
| Modifiye Borg Skalası (n=13/25) | 1 (IQR=2) | 2 (IQR=2) | 2 (IQR=2) |
| MRCS (n=0/21) | – | 2 (IQR=1) | – |
| SF-36 total skor (n=14/23) | 60.9 (IQR=13.7) | 63.9 (IQR=21.9) | 63.2 (IQR=19.4) |
| SF-36 genel sağlık skoru (n=14/21) | 55 (IQR=16.2) | 45 (IQR=12.5) | 45 (IQR=15) |
| SF-36 ağrı skoru (n=14/23) | 65 (IQR=33.7) | 77.5 (IQR=22.5) | 67.5 (IQR=28.7) |
| SF-36 sosyal skoru (n=14/23) | 75 (IQR=40.6) | 75 (IQR=50) | 75 (IQR=37.5) |
| SF-36 mental sağlık skoru (n=14/23) | 62 (IQR=18) | 64 (IQR=24) | 64 (IQR=18) |
| SF-36 enerji skoru (n=14/23) | 46.7 \pm 18.7 | 42.2 \pm 22.6 | 43.9 \pm 21.1 |
| SF-36 emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları skoru (n=13/18) | 100 (IQR=33.3) | 100 (IQR=41.6) | 100 (IQR=33.3) |
| SF-36 fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları skoru (n=13/18) | 75 (IQR=75) | 87.5 (IQR=50) | 75 (IQR=50) |
| SF-36 fiziksel fonksiyon skoru (n=14/22) | 45 (IQR=30) | 72.5 (IQR=36.2) | 60 (IQR=43.7) |

rick skorları Tablo 2 PS-073’de gösterilmiştir. Tüm İAH grubunda warrick skorları ile anket sonuçları arasında ilişki saptanamamıştır. Ancak Warrick skoru pozitif (≥ 1) BDH-İAH sub grubunda total Warrick skorlarının; St. George total skorları ve SF-36 genel sağlık boyutuyla korelasyon gösterdikleri saptandı ($p<0.05$). BDH-İAH sub grubunda SF-36 genel sağlık skorlarının FVC ve DLCO ile ilişkili oldukları görüldü ($p<0.05$). RA-İAH grubu BDH-İAH grubu ile karşılaştırıldığında, SF-36 fiziksel fonksiyonu ve St. George total skorlarının RA-İAH grubunda daha kötü değerlere ulaştığı saptandı ($p=0.02$ ve $p<0.001$). Warrick skoru pozitif (≥ 1) olan hastalarda tüm gruplarda total Warrick skorları DLCO ($p<0.05$, $p<0.05$, $p<0.001$) ve FVC ($p<0.05$, $p<0.05$, $p<0.05$) testleriyle negatif korelasyon gösterdi. Metotreksat kullanmayan hastalarda İAH bulgularının daha sık görüldüğü (OR 11.5) saptanmakla birlikte Hosmet and Lemeshow testi ile değerlendirildiğinde anlamlılığın kaybolduğu gözlemlendi ($p=0.370$).

Sonuç: Hasta ölçekli anketlerin akciğer tutulumunun takibinde değerli olabileceği görülmüştür. RA olguları ile birlikte değerlendirildiğinde radyolojik değerlendirme ile anketler arasındaki ilişki kaybolmaktadır. Bununla birlikte SF-36 fiziksel fonksiyon ve St. George total skoru RA’da BDH’ye göre daha kötü bulunmuştur. Bu sonuçlar, hasta ölçekli anketlerin klinik önemini göstermekle birlikte kullanım alanlarının (özellikle hasta gruplarının) belirlenmesine yönelik çalışmaların gerekliliğini de göstermiştir.

Anahtar sözcükler: Romatoid artrit, bağ dokusu hastalığı, interstisyel akciğer hastalığı, Warrick skoru, hasta ölçekli anketler

PS-074

Gelişmiş anti-romatizmal tedavi alan hastalarda alternatif tıp uygulama sıklığı

İlknur Vergi¹, Mehmet Emin Derin², Ali Şahin²

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

Amaç: Romatizmal hastalıkların tedavisinde günümüzde oldukça ilerleme kaydedilmiştir. Aynı toplumumuzda her geçen gün alternatif tıp uygulamalarına karşı ilgi artmaktadır. T.C. Sağlık Bakanlığı’nda Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı kurulmuştur.

Amaç: Kliniğimizde ileri biyolojik tedavi alan hastaların alternatif tıp uygulamalarına başvuru sıklığını araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmamız Sivas Cumhuriyet Üniversitesi İç Hastalıkları Romatoloji BD’da Ocak 2018–Temmuz 2018 tarihleri arasında biyolojik tedavi alan 70 hasta ile birebir anket doldurularak gerçekleştirildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 70 hasta alındı. 32 hasta (%60) kadın, 28 hasta (%40) erkek idi. 35 hasta romatoid artrit (%50), 28 hasta ankilozan spondilit (%40), 3 hasta SLE, 4 hasta ise diğer romatizmal hastalığa sahipti. Ortalama hastalık süresi 8.5 yıldır. 33 hastanın (%47.1) alternatif tıp yöntemine başvurduğu saptandı. Bu hastalardan 24 tanesi kadın (%72.7), 9 tanesi (%27.2)erkekti. Yapılan uygulamaların 10 tanesinin hacamat (%30.3), 2 tanesinin sülük (%6), 7 tanesinin hem sülük hem hacamat (%21.2), 10 tanesinin (%30.3) bitkisel tedavi, 1 tanesinin (%3) biyoenerji ve 3 tanesinin (%9) kaplıca tedavisi olduğu saptandı. 4 hastada (%12.1) aşırı kanama geliştiği saptandı. 8 hasta

(%24.2) bu uygulamalardan fayda gördüğünü ancak 25 (%75.7) hastanın ise herhangi bir fayda görmediği saptandı. 4 kişinin (%12) bu uygulamalara yardımcı sağlık personelinin yönlendirmesi ile başvurduğu görüldü.

Sonuç: Geleneksel Tıp Uygulamaları her geçen gün artmaktadır. Bu uygulamaların çeşitli hastalıklarda faydasının ya da zararının olup olmadığını gösteren bilimsel verilere ihtiyaç olduğu açıktır.

Anahtar sözcükler: Alternatif tıp uygulamaları, kronik romatizmal hastalık

PS-075

Biyolojik ilaç anafilaksilerinde alternatif tedavi: Desensitizasyon (duyarsızlaştırma)

Selcan Demir¹, Hafize Emine Sönmez¹, Erdal Sağ¹, Yelda Bilginer¹, Özge Uysal Soyer², Seza Özen¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Alerji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Biyolojik ilaçlar (monoklonal antikorlar, sitokinler, füzyon proteinleri gibi) son 10 yılda romatolojik hastalıkların tedavisinde sıklıkla kullanılmaya başlanmıştır. Yüksek molekül ağırlıkları, uzun yarılanma ömrü, parenteral kullanımları nedeniyle biyolojilere bağlı hipersensitivite reaksiyonları görülebilir ve kullanımını kısıtlayabilir. İlacın kullanımının mutlak gerekli ol-

duğu durumlarda, kontraendikasyon yok ise desensitizasyon yöntemi ile ilaç verilebilir. Bu bildiride, biyolojilere bağlı anafilaksi geçiren dört çocuk romatoloji hastasının desensitizasyon yöntemi ile başarılı tedavisi sunulmuştur.

Olgu: Sistemik lupus eritematosus, granülatoz polianjitis, poliarteritis nodoza ve sistemik juvenil idiyopatik artrit tanılı 4 hasta [takip süresi 5.5 yıl (0.5–9)] incelendi. İki hastada rituksimab, iki hastada ise tosilizumab infüzyonu sırasında anafilaksi [doz=3 (2–5)] gözlemlendi; adrenalin, antihistaminik ve sistemik steroid ile tedavi edildi. Hastaların hepsinin tedavi başlangıcında hastalıkları aktifti. Daha önce iki hastada biyolojik ilaç kullanım öyküsü mevcuttu. Tüm hastalara desensitizasyondan önce premedikasyon [-4. saat metilprednizolon 2 mg/kg (maksimum 60 mg), -1. saat hidrokortizon 1 mg/kg (maksimum 25 mg), ranitidin 2 mg/kg, parasetamol] uygulandı. İndeks reaksiyonda solunum güçlüğü varlığında montelukast da eklendi. Desensitizasyon başlangıç dozu tedavi dozunun 1/10.000–1/100.000 olarak saptandı, her 15 dkda bir dakikada verilen ilaç miktarı 2 katı doza çıkararak artırıldı. İlaç uygulaması 12 basamakta tamamlandı (Tablo PS-075). Desensitizasyon protokolü sonrasında hastaların tümü ortanca 12 (8–15) doz ilacı herhangi bir reaksiyon gözlenmeden aldı.

Sonuç: Bazı olgularda hastalığın aktivitesini kontrol altına almak için, biyolojik ilaçların kullanılması zorunludur. İlaça bağlı hipersensitivite reaksiyonları biyolojiklerin kullanımını zorlaştırırken, bazen hastalık yönetimini de imkânsız hale getirir. Deneyimli merkezlerde, biyolojikler ile etkin desensitizasyon,

Tablo (PS-075): Örnek 12 basamaklı desensitizasyon protokolü (tosilizumab 120 mg).

Hasta Adı-Soyadı:

Dosya no:

Tarih: Doz : 120 mg

PREMEDİKASYON: Hastanede yatırılarak desensitizasyon protokolü uygulanması önerilir.

4 saat öncesinden metilprednizolon 2 mg/kg po

1 saat öncesinde hidrokortizon, ranitidin, parasetamol po

Şişe 1 100 cc SF içine 1 mg ilaç konularak hazırlanacak (0.01 mg/ml)

Şişe 2 100 cc SF içine 10 mg ilaç konularak hazırlanacak (0.1 mg/ml)

Şişe 3 100 cc SF içine 110 mg ilaç konularak hazırlanacak (1.1mg/ml)

| Adım no | Şişe no | İnfüzyon süresi | Toplam infüzyon süresi | Bir adımda verilecek doz (mg) | Mayi konsantrasyonu | Bir dakikada verilen miktar (mg/dk) | Verilecek mayi miktarı | Verilen toplam (kümülatif) doz (mg) |
|---------|---------|-----------------|------------------------|-------------------------------|---------------------|-------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|
| 1 | 1.şişe | 15 dk. | 15 dk. | 0.0045 | 0.01 mg/ml | 0.0003 | 0.45 ml | 0.0045 |
| 2 | 1.şişe | 15 dk. | 30 dk | 0.009 | 0.01 mg/ml | 0.0006 | 0.9 ml | 0.0135 |
| 3 | 1.şişe | 15 dk. | 45 dk. | 0.018 | 0.01 mg/ml | 0.0012 | 1.8 ml | 0.0315 |
| 4 | 1.şişe | 15 dk. | 60 dk. | 0.036 | 0.01 mg/ml | 0.0024 | 3.6 ml | 0.0675 |
| 5 | 2.şişe | 15 dk. | 75 dk. | 0.072 | 0.1 mg/ml | 0.0048 | 0.72 ml | 0.1395 |
| 6 | 2.şişe | 15 dk. | 90 dk. | 0.15 | 0.1 mg/ml | 0.01 | 1.5 | 0.289 |
| 7 | 2.şişe | 15 dk. | 105 dk. | 0.3 | 0.1 mg/ml | 0.02 | 3 | 0.589 |
| 8 | 2.şişe | 15 dk | 120 dk | 0.6 | 0.1 mg/ml | 0.04 | 6 | 1.189 |
| 9 | 3.şişe | 15 dk | 135dk | 1.2 | 1.1 mg/ml | 0.08 | 1.09 | 2.389 |
| 10 | 3.şişe | 15 dk | 150dk | 2.25 | 1.1 mg/ml | 0.15 | 2.04 | 4.639 |
| 11 | 3.şişe | 15 dk | 165 dk | 4.5 | 1.1 mg/ml | 0.3 | 4.09 | 9.139 |
| 12 | 3.şişe | 221 dk | 387 dk | 110.86 | 1.1 mg/ml | 0.5 | 100 | 120 |

bu dirençli hastaların tedavisine alternatif ve hastalığın kontrolüne olanak sağlar.

Anahtar sözcükler: Biyolojik ilaç, desensitizasyon, anafilaksi

PS-076

Kronik rekürren multifokal osteomyelit: HUNİPER deneyimi

Selcan Demir¹, Erdal Sağ¹, Hafize Emine Sönmez¹, Yelda Bilginer¹, Fatma Bilge Ergen², Üstün Aydıngöz², Seza Özen¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Kronik tekrarlayan multifokal osteomyelit (CRMO) steril kemik inflamasyonu ile seyreden nadir bir hastalıktır. Bu sebeple tanı, tedavi ve takip konusunda ortak görüş birliği bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı üçüncü basamak romatoloji merkezi olan merkezimizde takipli çocukluk çağı CRMO hastalarının klinik ve laboratuvar bulgularını, tedavilerini, hastalık aktiviteleri ve tedavi yanıtlarını incelemektir.

Yöntem: Çalışmaya 2008–2017 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Çocuk Romatoloji Bilim Dalı'nda CRMO tanısı almış ve takip edilen hastalar dahil edilmiştir. Hastaların klinik ve laboratuvar (radyoloji ve patoloji sonuçlarıyla birlikte) bulguları, kullanılan tedaviler, tedavi yanıtları ve hastalık aktiviteleri, hasta dosyalarından geriye dönük araştırılarak kayıt altına alınmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 15 CRMO (8E/7K) hastası dahil edilmiştir. Hastaların ortanca yaşı 10.5'ti. Kemik ağrısı en sık saptanan semptomdu. Bütün hastalarda multifokal kemik lezyonu vardı. En sık etkilenen kemikler vertebra (%66) ve femur (%66)'du. 8 hastada eşlik eden sakroileit vardı fakat bu hastalardan sadece 1 tanesinde HLA-B27 pozitifliği. 13 hastada Tüm Vücut-Manyetik Rezonans Görüntüleme (WB-MRI) görüntüleme uygulandı. Bu hastalarda en sık gözlenen bulgular kemik iliği ödemi (%84.6), osteit (%69.2) ve periost reaksiyonuydu (%61.5). 6 hastadan kemik biyopsisi alındı; skleroz ve karışık iltihabi infiltrasyonla birlikte steril osteomyelit saptandı. Bütün hastalarımız başlangıçta NSAİİ (steroid olmayan anti inflamatuvar ilaç) ilaçlarla tedavi edildi fakat tedavi cevabı yeterli olmayan hastalara DMARD (hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilaç), anti-TNF ilaçlar ve pamidronik asit tedavisi eklendi. 12 hastada klinik remisyon sağlandı (1 hasta NSAİİ ile, 2 hasta metotreksat ile, 1 hasta pamidronik asit ile ve 7 hasta anti-TNF ilaçlarla). İzlemede 4 hastada ağrı ve/veya MRG'de yeni kemik lezyonu saptanmasıyla relaps olduğu görüldü fakat bu hastalar da tekrar remisyona ulaştılar. 3 hastada ise tedaviye rağmen klinik ve radyolojik olarak aktif hastalık bulguları devam etti.

Sonuç: CRMO tekrarlayan kronik bir hastalıktır. NSAİİ ve anti-TNF ilaçlar en etkili tedavi yöntemi gibi gözükmeyle birlikte dirençli olgularda pamidronik asit de kullanılabilir. Takip için ortaya konulmuş bir kılavuz olmamakla birlikte WB-MRI klinik remisyonda olduğu düşünülen hastalarda bile aktif hastalığı gösterebilen iyi bir takip belirteci olarak ön plana çıkmaktadır.

Anahtar sözcükler: Kronik rekürren multifokal osteomyelit, tüm vücut MRI, pamidronik asit

PS-077

Tedaviye dirençli erişkin Still hastalığında tocilizumab ile tedavi: Tek merkez deneyimi

Seher Kır¹, Metin Özgen², Sezgin Zontul³

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun; ²Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun; ³Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun

Amaç: Erişkin Still hastalığı (ESH) sebebi bilinmeyen aralıklı ateş, cilt döküntüsü, artrit ya da artralji ve boğaz ağrısı gibi klinik belirtileri olan bir sendromdur. Kanda lökosit sayısında artma, CRP, ferritin ve sedimentasyon gibi inflamatuvar göstergelerde yükselme, hepatik disfonksiyon ve çoklu sistem tutulumu klinik bulgulara eşlik eder. ESH'nin görülme sıklığı az olduğu için tedavisi konusunda yapılmış randomize kontrollü bir çalışma yoktur. Kortikosteroidler tedavinin ana basamağı olup yetersiz kaldıklarında ya da doz azaltımı yapılmak istendiğinde immünsüpresan tedavilere gerek duyulmaktadır. Bu tedavilerin de yetersiz kaldığı dirençli vakalar da karşımıza çıkmaktadır. ESH'de IL-6 ve diğer proinflamatuvar sitokinlerin artışı gösterilmiştir. Bu nedenle IL-6 antagonist bir monoklonal antikor olan tocilizumab tedavisi hastalarda denenmiştir ve bildirilen başarılı sonuçlar vardır. Tocilizumab ile tedavi yanıtını bildiren yayınların büyük bir kısmı vaka sunumu ya da çok sayıda farklı biyolojik ajan kullanımını içeren genel biyolojik ajan tedavileri şeklindedir. Amacımız tedaviye dirençli ESH tanısı ile tocilizumab tedavisi verilen hastalarda tedavi yanıtını değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji bölümü tarafından son 5 yıl içinde tedaviye dirençli ESH tanısı ile takip edilen ve en az 3 ay süre ile tocilizumab ile tedavi edilen hastalar dahil edildi. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar verileri geriye dönük olarak hastane sisteminden incelendi.

Bulgular: ESH tanılı 33 hasta içerisinde tocilizumab ile tedavi edilen 13 hasta (9 K/4 E) çalışmaya dahil edildi. Tocilizumab tedavisi hastalara her 4 haftada bir 4–8 mg/kg dozunda verildi. Hastaların yaş ortalaması 37.5 (17–79), merkezimizde toplam takip süresi ortalama 21.5 ay (4–57), tocilizumab tedavisine kadar geçen süre ortalama 3.6 ay (1–9), tocilizumab tedavisi altındaki süre ortalama 14.4 ay (4–36) olarak bulundu. Hastaların tocilizumab tedavisi öncesi semptom ve bulguları Tablo 1 PS-077'de, tedavi öncesi ve 4–6 ay sonrası laboratuvar değerleri Tablo 2 PS-077'de verilmiştir. Tedavi öncesi ve sonrasında Wilcoxon testi ile yapılan analizde sedimentasyon hızı, lökosit sayısı, CRP ve ferritin değerlerinde anlamlı düşme saptandı. Hastaların klinik şikayetleri düzeldi.

Tablo 1 (PS-077): Tedavisi öncesi semptom ve bulguları.

| | Var n (%) |
|---------------------------|-----------|
| Ateş | 11 (84.6) |
| Döküntü | 11 (84.6) |
| Artrit | 6 (46.2) |
| Boğaz ağrısı | 9 (69.2) |
| Miyalji | 11 (84.6) |
| Serözit | 2 (15.4) |
| Hepatomegali/splenomegali | 2 (15.4) |

Tablo 2 (PS-077): Tedavisi öncesi ve sonrası laboratuvar değerleri.

| Parametreler | Tedavi öncesi (median, IQR) | Tedavi sonrası (median IQR) | P değeri |
|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------|
| Lökosit sayısı (/mm ³) | 10680 (6790) | 7780 (4390) | 0.011 |
| CRP (mg/dl) | 3.61 (6.24) | 0.19 (1.62) | 0.028 |
| Sedimentasyon (mm/s) | 73 (53.5) | 8 (12) | 0.001 |
| Ferritin (ng/ml) | 1535 (1597) | 116 (240) | 0.012 |

Sonuç: Tedaviye dirençli ESH tanısı ile takip edilen hastalarda tocilizumab tedavisi kısa sürede tedavi yanıtı sağlayan etkin bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilmiştir.

Anahtar sözcükler: Erişkin Still hastalığı, tocilizumab, tedavi direnci

PS-078

Meme kanserli hastalarda romatolojik bulgular

Emine Figen Tarhan

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

Amaç: Belirli romatolojik hastalıklar (dermatomyozit, polimiyozit, romatoid artrit, sistemik lupus eritematoz, Sjögren sendromu, sistemik skleroz) artmış malignite riski ile ilişkilidir. Diğer yandan maligniteye sahip hastalarda ise kemiğe, kasa, eklem metastazlara bağlı, paraneoplastik sendrom sonucu ve verilen kemoterapi ilaçları sonucu artralji, artrit myalji, deri lezyonları gibi romatolojik semptomlar ortaya çıkabilir. Amacımız Romatoloji polikliniğine başvuran veya romatoloji polikliniğinde takip edilen ve meme kanseri öyküsü olan hastalarda romatolojik hastalık ve semptom dağılımını tespit etmek.

Yöntem: 2008–2018 yılları arasında romatoloji polikliniğinde takip edilen ve meme kanseri öyküsü olan hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Demografik verileri, romatolojik semptomları, aldığı tedaviler (özellikle anastrozole and letrozole) kaydedildi. Tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, hepatit markırları, Antinükleer antikor (ANA), Rheumatoid faktör (RF), Anti Siklik Sitrüline Peptid Antikor (Anti CCP), Anti SCL 70, Anti SSA/Ro, Anti SSB/ La, Anti sentromer, Anti Sm ve anti-dsDNA kaydedildi.

Bulgular: Romatoloji polikliniğinde takip edilen veya başvuran meme kanseri öyküsü olan 128 hasta çalışmaya alındı. Ortalama yaş 54.76±8.21. %60.1 artralji, %46.8 myalji, %34.2 artrit, %3.1 fotosensitivite, sklerodaktili, inflamatuvar bel ağrısı, genital ülser, %5.46 raynaud, %6.25 oral aft, %17.1 sikka semptomları, %1.56 sosis parmak mevcuttu. Bu hastaların %9.3 RF, %16,4 ANA, %1,56 Anti Scl 70, %0.78 Anti Sm, %1.56 Anti sentromer, %2.34 anti ds DNA, %3.9 CCP, %3.1 Anti SSB/Ro, %3.9 Anti SSA/La pozitif bulundu. 44 fibromyalji, 25 osteoartrit, 10 romatoid artrit, 7 sjögren, 6 psoriyatik artrit, 4'er skleroderma, Behçet ve Gut hastalığı, 3'er osteoporoz'a bağlı fraktür ve sistemik lupus eritematoz, 2 Ankilozan spondilit ve 1 hastada da nr-ax SpA tanısı aldılar.

Sonuç: Maligniteye sahip hastalarda çeşitli romatolojik semptomlar görülebilir. Çalışmamızda hastaların %60.1'inde artralji, %46.8'inde myalji mevcuttu. En fazla tanı fibromyalji idi

(%34.37). Romatoid artrit tanısı alan hasta oranı ise %7.81 oranındaydı. Bu oran normal toplumda görülme oranından daha yüksektir (%1). Meme kanseri hastalarında paraneoplastik semptomlar, ilaçlara bağlı, radyoterapiye bağlı artralji, myalji görülmesine rağmen enflamatuvar romatizmal patolojilerin de eşlik edebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar sözcükler: Meme kanser, romatoid artrit, fibromyalji

PS-079

Üniversite öğrencilerinde fibromiyalji riskinin depresyon ve aleksitimi ile ilişkisi

Gülşah Kınalı¹, Tuğba Çiftçi², Abdullah Yüksel Barut³

¹İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul; ²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul; ³İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, İstanbul

Amaç: Fibromyalji, günümüzde genç bireyleri de etkileyebilen ve yaşam kalitesini düşürecek seviyede ağrıya neden olan bir problemdir. Üniversite öğrencileri, risk faktörlerini tanımlamak ve gerekli önlemleri erken dönemde almak için uygun bir dönemde bulunmaktadırlar. Bu nedenle çalışmamızda, fibromiyalji risklerinin depresyon ve aleksitimi (duygu ifade zorluğu) ile ilişkisini inceledik.

Yöntem: Araştırmamıza, 82 gönüllü üniversite öğrencisi katıldı. Bireylere standart Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) ve Fibromiyalji Risk Testi (FRT) uygulandı. Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edildi. Anlamlılık düzeyi p<0.05 olarak alındı.

Bulgular: Fibromyaljide Risk Testi ortalama değerleri cinsiyete göre farklılık göstermektedir (p=0.021*) (Tablo 1 PS-079). Bu sonuca göre kadınlar erkeklere göre fibromyalji açısından daha büyük bir risk altındadır. Kadınlarda BDÖ ile TAÖ ve FRT arasında pozitif yönlü orta düzey anlamlı bir ilişki vardır (Tablo 2 PS-079). Bu sonuç kadınlarda depresyon düzeyi arttıkça fibromiyalji ve duygularını ifade etme zorluğunun arttığını göstermektedir. Erkeklerde BDÖ ile TAÖ ve FRT arasında pozitif yönlü orta düzey anlamlı bir ilişki vardır. ancak bu ilişki kadınlardaki kadar yüksek değildir. Cinsiyet ayrımı yapmadan tüm vakalar incelendiğinde ise, BDÖ ile TAÖ ve FRT arasında pozitif yönlü orta düzey anlamlı bir ilişki vardır. Bu sonuca göre depresyon düzeyi arttıkça fibromiyalji riski ve duyguları ifade etmede zorluk yani aleksitimi artmaktadır (Tablo 2 PS-079). Regresyon analizi sonuçlarına göre, FRT bağımlı değişkeni yaş, cinsiyet, BDÖ ve TAÖ bağımsız değişken olarak modele konulduğunda cinsiyet (p=0.030*) ve BDÖ (0.004*) değişkenleri

istatistiksel olarak fibromiyalji üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir. Bu bağımsız değişkenlerle birlikte fibromiyaljinin sadece %19.9'luk kısmı açıklanabilmektedir. Bu sonuç ise cinsiyet ve depresyonun fibromiyalji için önemli bir risk etkeni olduğu söylenebilir. Geri kalan kısım halen açıklanamamaktadır.

Tablo 1 (PS-079): Cinsiyete göre parametrelerin karşılaştırılması.

| | Yaş | BDÖ | TAÖ | FRT |
|--|------------|------------|------------|-------|
| | 22 (21–26) | 22 (21–28) | 22 (21–28) | 0.044 |
| | 10 (0–43) | 11 (1–36) | 10 (0–43) | 0.889 |
| | 52.5±10.7 | 52.8±9.2 | 52.7±9.9 | 0.912 |
| | 63.2±25.7 | 51.4±19.4 | 57.3±23.4 | 0.021 |

*Ortalama±standart sapma; †Ortanca (min-mak).

Tablo 2 (PS-079): Korelasyon analizi sonuçları.

| | | BDÖ | TAÖ |
|-------|-----|-------------------|-------------------|
| Kadın | TAÖ | r=0.674; p<0.001* | |
| | FRT | r=0.536; p<0.001* | r=0.417; p=0.007† |
| Erkek | TAÖ | r=0.433; p=0.005* | |
| | FRT | r=0.366; p=0.019* | r=0.065; p=0.686† |
| Genel | TAÖ | r=0.563; p<0.001* | |
| | FRT | r=0.471; p<0.001* | r=0.266; p=0.016† |

*Spearman sıra korelasyonu; †Pearson korelasyonu.

Sonuç: Araştırmamızın sonuçlarına göre, üniversite öğrencilerinde depresyon ve alkesitimi fibromiyalji riskini arttırmaktadır. Bu durum kadın öğrencilerde daha belirgindir. Üniversite öğrencilerinde fibromiyaljiye neden olabilecek depresyon ve alkesitimi üzerinde çalışmalara ihtiyaç vardır. Araştırmamızın ileriki aşamalarında, fibromiyalji risklerini azaltmaya yönelik çalışmaların, öğrencilerin ağrı seviyelerini ve akademik başarılarını nasıl etkilediğini incelemeyi planlamaktayız.

Anahtar sözcükler: Fibromiyalji, depresyon, alkesitimi, öğrenci, genç birey

PS-080

İşle ilişkili kas-iskelet hastalıkları ve fibromiyalji ilişkisi

Mehmet Akif Güler¹, Burcu Duyur Çakıt¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara; ²Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

Amaç: İşle ilgili kas iskelet sistemi hastalıklarının nedenlerini araştırmak ve bu hastalıkların Fibromiyalji sendromuyla (FS) ilişkisini belirlemektir.

Yöntem: Çalışmaya 4 farklı iş grubundan 110 kadın dahil edildi. Grup 1; 27 fabrika çalışanından, grup 2; 27 gardiyandan, grup 3; 25 bilgi işlem çalışanından ve grup 4; 31 hemşireden oluşuyordu. Katılımcıların yaş, vücut kitle indeksi, komorbiditeler, ilaç kullanımı, çalışma saatleri değerlendirildi. Üst ekstremitelerde kas iskelet sistemi değerlendirmesinde omuz eklemleri hareket açıklıkları, omuz impingement testleri, lateral ve medial epikondil hassasiyeti, Kaplan Tinel ve Falen testi, el bilek has-

sasiyeti ve ulnar tinel testi değerlendirildi. Nordic kas iskelet sistemi sorgulaması ile çalışanların kas iskelet sistemi şikayetleri sorgulandı ve ağrı şiddetleri değerlendirildi. Çalışanlarda 2016 Amerikan Romatoloji Kolejinin revize FS tanı kriterlerine göre FS varlığı değerlendirildi ve yaygın ağrı indeksi (YAI) ve semptom ciddiyet skalası (SCS) hesaplandı.

Bulgular: 110 katılımcıdan 31'i (%28.8) 2016 revize FS tanı kriterlerini karşılıyordu. 29 çalışan, ağrısı nedeniyle işlerinin aksadığından yakınıyordu, 38'i kas iskelet sistemi ağrısı nedeniyle hastaneye refere edilmişti, 47 çalışan ağrı nedeniyle ilaç kullanıyordu ve 31 çalışan geçen yıl içinde ağrı nedeniyle rapor/izin kullanmıştı. Nordic kas iskelet sistemi sorgulamasına göre 56 çalışan boyun ağrısı, 38 çalışan omuz ağrısı, 63 çalışan sırt ağrısı, 28 çalışan dirsek ağrısı, 41 çalışan el-el bilek ağrısı, 9 çalışan kalça, bacak ağrısı, 5 çalışan diz ağrısı ve 5 çalışan ayak bileği ağrısı çekiyordu. 48 çalışan ağrısının tatillerde azaldığından bahsediyordu ve 48'i tatillerde değişiklik olmadığını belirtiyordu. Bu iki grup arasında FS skorları tatilde ağrısı geçmeyen grupta daha yüksek bulundu (p=0.0014). Nordic kas iskelet sorgulamasına göre çalışma süreleri ve ağrılı alanların sayısı arasında ilişki saptandı (p=0.003). Çalışma süresi uzadıkça ağrılı alan sayısı artıyordu. Nordic kas iskelet sorgulaması ve FS total skor arasında da ilişki mevcuttu (p=0.001). Ağrılı alan sayısı ve ağrı şiddeti arttıkça FS total skoru da artıyordu.

Sonuç: FS hastalarının çalışma biçimleri ve işlerinin hastalıklarına etkisi mutlaka değerlendirilmelidir. Çalışanlarda FS tanısı konup tedavi edildiğinde iş gücü kayıplarının da önüne geçilmiş olunur.

Anahtar sözcükler: Fibromiyalji, işle ilişkili kas iskelet sistemi hastalıkları, ağrı

PS-081

Sistemik JİA'da biyolojiklerden önce MTX etkinliği:

Tek merkez deneyimi

Hatice Adıgüzel Dündar¹, Ceyhan Açarı, Serkan Türkuçar¹ Şevket Erbil Ünsal

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Sistemik juvenil idiyopatik artrit (SJİA) bütün JİA'lı hastaların %10–20 sini oluşturur. Ateş, döküntü, serozit, lenfadenopati, hepatosplenomegali ve artrit gibi sistemik enfeksiyon bulgularıyla karakterizedir. Artrit farklı klinik özelliklerle sonradan da gelişebilir. Makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) hayatı tehdit eden en önemli komplikasyondur. Patogenezinin anlaşılmasındaki gelişmelerle sitokin hedefli tedaviler (biyolojik ajanlar) ön plana çıkmıştır. Bu çalışmanın amacı SJİA'da özellikle biyolojik ajanlara gereksinim göstermeden metotreksat etkinliğini görmek ve (MTX) ile biyolojikleri kıyaslayarak tedavi seçeneklerini değerlendirmektir.

Yöntem: Son 20 yılda ILAR tanı kriterlerine göre SJİA tanısı alan hastaların dosyaları geriye dönük incelendi.

Bulgular: Olguların 31'i (%58.5) kızdı. Ortalama tanı yaşları 7.3±0.65, izlem süreleri 3.1±0.75 yıldır. Olguların 28'i (%52.8) monosiklik, 10'u (%19) polisiklik, 15'i (%28.3) poliartiküler gi-

diş gösterdi. 10 (%19) olgu MAS tanısı aldı ve bunların 4'ünde tanı anında MAS bulguları vardı. MAS'lı olguların SJIA alt gruplarına göre dağılımı 8'i monosiklik, 1'i polisiklik, 1'i poliartiküler seyirli idi. MAS'lı olguların %70'inde (n:7) IV metil prednizolon ve devamında yalnızca subkutan MTX ile hastalık kontrolü sağlandı. 51 (%96.2) olgu IV M.prednizolon aldı. 47'sine (%88.7) MTX eklendi. 31 (%60.4) olgu MTX ile remisyona girerken, 15 (%28.3) olguda tedaviye biyolojik ajan eklenerek remisyona sağlandı. Biyolojik ajan kullanan olguların çoğu (%53.3) poliartiküler seyirli SJIA hastalarıydı. Adalimumab (1), anakinra (3), tocilizumab (6), etanercept (8) and canakinumab (9) ajanları kullanıldı. 4 olguda hastalık kontrolü için siklosporin tedaviye eklendi.

Tablo 1 (PS-081): SJIA'lı olguların demografik özellikleri.

| | n (%) | Toplam n (%) |
|---------------------------|-----------|--------------|
| Kız, n (%) | 31 (58.5) | 53 (100) |
| Erkek, n (%) | 22 (41.5) | |
| Sistemik JIA alt grupları | | |
| Monosiklik | 28 (52.8) | |
| Polisiklik | 10 (19) | |
| Poliartiküler seyir | 15 (28.3) | |
| Eşlik eden semptomlar | | |
| Ateş | 53 (100) | |
| Döküntü | 37 (69.8) | |
| Lenfadenopati | 8 (15.1) | |
| Hepatosplenomegali | 8 (15.1) | |
| Serozit (plevral efüzyon) | 3 (5.7) | |
| Artralji | 10 (19) | |
| Artrit | 29 (54.7) | |
| Myalji | 2 (3.8) | |
| Prognoz | | |
| İlaç altında remisyonda | 17 (32.1) | |
| İlaçsız remisyonda | 26 (49.1) | |
| Erişkin romatolojiye sevk | 8 (15.1) | |
| Ex | 2 (3.8) | |

Tablo 2 (PS-081): Tedavide MTX etkinliği.

| | Monosiklik | Polisiklik | Poliartiküler | MAS | MAS (+) | Total (-) |
|--------------------|-------------|------------|---------------|----------|---------|-----------|
| MTX | 21 | 6 (75) | 4 (60) | 7 (26.7) | 24 (70) | 31 (55.8) |
| MTX+biyolojik ajan | 3+1* (10.7) | 4 (40) | 8 (53.3) | 1* (10) | 15 (40) | 15 |
| Toplam | 25 | 10 | 12 | 8 | 39 | |

Tüm olgular başlangıçta steroid tedavisi aldı. Gerekli durumda tedaviye siklosporin eklendi. *Sadece steroid+biyolojik ajan alan olgu.

Sonuç: Randomize kontrollü çalışmalarda SJIA tedavisinde daha çok biyolojik ajan etkinliğine vurgu yapılırken gerçek yaşam verilerinde IV M.prednizolon tedavisi sonrası MTX, SJIA ve en önemli komplikasyonu olan MAS'da yüksek oranda (%60.4) hastalık kontrolü sağlamıştır. Bu verilerle pulse steroid tedavisi devamında yan etki, uygulanabilirlik ve maliyet açısından biyolojik ajanlardan önce MTX başlanması önerilir. Özellikle poliartiküler seyirli SJIA'da biyolojik ajan gereksiniminin ön plana

çıktığı gözlenmiştir. Bu konuda daha çok sayıda olgunun olduğu çalışmalara da ihtiyaç vardır.

Anahtar sözcükler: Sistemik juvenil idiyopatik artrit, metotretsat, biyolojik ajanlar

PS-082

Sistemik juvenil idiyopatik artrit olgularında prognoz, komplikasyon ve tedavi yanıtları: Tek merkez deneyimi

Kenan Barut, Gürkan Tarçın, Gülberk Tahaoğlu, Sezgin Şahin, Amra Adrovic, Özgür Kasapçopur

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

Amaç: Juvenil idiyopatik artrit (JIA) çocukluk çağında en sık görülen kronik romatolojik hastalıktır. Sistemik JIA ateş, döküntü, yaygın lenfadenopati, serözit, hepatosplenomegali gibi sistemik bulgulara sahip olan JIA alt tiplerinden biridir. Sistemik JIA seyri sırasında oluşabilecek olan en önemli komplikasyon makrofaj aktivasyon sendromudur. Amacımız tek merkezden izlediğimiz geniş sayıda sJIA hastasının demografik ve klinik özelliklerini, uzun dönem tedavi yanıtlarını ve komplikasyonlarını irdelemektir.

Yöntem: Sistemik JIA hastaların demografik, klinik ve laboratuvar verilerine geriye dönük olarak dosyadan ulaşıldı. Olguların klinik bulguları, gelişen komplikasyonlar, uygulanan tedavilerin ve tedavi sonucu oluşan yan etkiler araştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan toplam 168 sJIA olgusunun kadın 87 (%51.8)'si kadın, 81 (%48.2)'i erkek idi. Sistemik JIA olgularının 53 (%31.5)'ü monosiklik, 23 (%13.7)'ü polisiklik (ortalama atak tekrarı 2.5±2. 38 (%42) olguda olarak en fazla ilk atak sonrası bir atak, beşin üzerinde atak yaşayan 12 (%13.1) olgu vardı.), 92 (%54.8)'si poliartiküler seyir gösterdi. Sistemik JIA tanısı öncesi aldıkları tanılar; 86 (%51.1)'si enfeksiyon hastalığı, 34 (%20.4)'ü SJIA, 19 (%11.3)'ü akut romatizmal ateş, 10 (%5.9)'ü ürtiker, 4 (%2.4)'ü Kawasaki hastalığı, 2 (%1.2)'si Juvenil sistemik lupus eritematosus olarak saptandı. Komplikasyon olarak; MAS 20 (%11.9), büyüme gelişme geriliği 19 (%11.3), osteoporozla bağlı vertebral kırık 3 (%1.9) olguda saptandı. Beş olguda akciğer tüberkülozu gelişti bu olgulardan 4'ü etanercept tedavisi almakta idi. Bunların dışında ciddi düzeyde yan etki görülmedi. Metotretsat 126 (%75), Leflunomid 5 (%3), CYCA 29 (%17.3), IVIG19 (%11.3), anakinra 27 (%16.1), kanakinumab 27 (%16.1), tosilizumab 18/168 (%10.7), etanercept 50 (%29.8), adalimumab 7 (%4.2) olguda kullanılmıştır. İlaçsız remisyonda olan 82 (%48.8) olgu, ilaç altında remisyonda olan 83 (%49.4) olgu var idi.

Sonuç: Sistemik JIA önemli derecede mortalite ve morbiditeye sebep olan bir JIA alt sınıfıdır. Makrofaj aktivasyon sendromu sJIA'nın en önemli komplikasyonudur. Steroide yanıtız olgularda biyolojik ilaçlar kullanılabilir Biyolojik ilaçlar ile birlikte olguların büyük kısmında remisyona elde edilebilmekte ve kronik artrit sekellerinin önüne geçilebilmektedir. Steroid kaynaklı komplikasyonları önlemek için mümkün olan en kısa sürede steroid dozu azaltılıp biyolojik tedavi seçenekleri düşünülebilir.

Anahtar sözcükler: Juvenil idiyopatik artrit, sistemik juvenil idiyopatik artrit

PS-083

Makrofaj aktivasyon sendromu: Tek merkez deneyimimiz

Ayşe Tanatar, Şerife Gül Karadağ, Mustafa Çakan, Nuray Aktay Ayaz
Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Makrofaj aktivasyon sendromu (MAS), T lenfositlerin ve makrofajların aşırı aktivasyonu ve proliferasyonunun neden olduğu nadir ancak hayatı tehdit eden bir tablodur. İlaçlar, maligniteler, enfeksiyonlar ve romatolojik hastalıklar tarafından tetiklenebilir. Çalışmamızın amacı hastanemiz çocuk romatoloji kliniğinde MAS tanısı konan ve takip edilen hastaların demografik özelliklerini çıkarmak, tedavi yöntemleri ve takip sonuçlarını değerlendirmektir.

Yöntem: 2011–2018 yılları arasında kliniğimizde MAS tanısı konan ve takip edilen hastaların tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Çalışmaya MAS gelişen 25 hasta alınmıştır. 20 hastada (%80) sistemik juvenil idiyopatik artrit (soJIA)'e, bir hastada Kawasaki hastalığı (%4)'na sekonder ve periyodik ateş sendromu nedeniyle takipli bir hastada aşının tetiklediği MAS gelişti. Üç hastada virüs ilişkili MAS (1 parvovirus B19, 1 leishmania ve CMV, 1 streptokok) gelişti. Bu hastaların 13'ü (%52) kız, 12'si (%48) erkekti. Tanı sırasındaki ortalama yaşları 6.9±0.4 yıldır. SoJIA tanısı ve MAS arasındaki ortalama süre 4.7 gündü. Başvuruda en sık görülen klinik bulgu (%100) ateşti. Bir hasta hariç tüm hastalara kemik iliği aspirasyonu yapıldı. MAS gelişen hastaların 7'sinde (%29.1) hemofagositoz görülmezken, MAS tanısı olmayan 3 (%12.5) hastada hemofagositoz gözlemlendi. Bir hasta hariç tüm hastalara sistemik steroid tedavisi uygulandı. On dört hasta (%56) siklosporin A, on hasta (%40) biyolojik ajan tedavisi aldı. Plazmaferez üç hastaya (%12) uygulandı. Altı hasta (%24) yoğun bakım desteği aldı. MAS tanısı alan soJIA'lı 9 (%45) hastada monosiklik, 7 (%35)'sinde polisiklik ve 4 (%20)'ünde kronik poliartiküler gidişat gözlemlendi. Son kontrolde 13 (%52) hasta ilaçsız remisyonda izlenirken, 12 (%48) hasta ilaçla remisyonda idi. Mortalite gözlemlenmedi.

Sonuç: MAS; sistemik lupus eritematozus, Kawasaki hastalığı ve periyodik ateş sendromları gibi diğer otoimmün veya otoinflamatuar hastalıklarda artan sıklıkta bildirilmesine rağmen, en sık soJIA'ın yaşamı tehdit eden komplikasyonunu tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Virüs ilişkili MAS iyi bilinen bir antitedir. Streptokok ve parvovirus B19 ile indüklenen MAS çok nadir görülürken, çoğu vaka Epstein-Barr virüsü (EBV), sitomegalovirüs (CMV) ve herpes virüsüyle ilişkilidir. Makrofaj aktivasyon sendromunda erken ve etkin tedavi ile tam iyileşme sağlanabilir.

Anahtar sözcükler: Makrofaj aktivasyon sendromu, sistemik juvenil idiyopatik artrit

PS-084

Jüvenil idiyopatik artritli hastalarda torakolomber tutulum sıklığı ve tedavisi

Selcan Demir¹, Fatma Bilge Ergen², Hafize Emine Sönmez¹, Erdal Sağ¹, Yelda Bilginer¹, Seza Özen¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Jüvenil idiyopatik artrit (JIA) çocukluk çağında en sık görülen, etyolojisi bilinmeyen kronik romatizmal bir hastalıktır. Tanı 16 yaşın altındaki çocuklarda en az 6 haftadır devam eden artrit varlığında diğer nedenlerin dışlanması ile konulur. JIA hastalarında spinal tutulum olabilmektedir. Çalışmamızda JIA tanısı ile takipli hastalarda torakolomber vertebra tutulum sıklığını belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: Ocak 2015 ve 2017 arasında çocuk romatoloji ünitesinde JIA tanısı ile takipli olan 52 hastanın spinal Manyetik Rezonans Görüntülemeleri (MRG) inflamatuvar ve eroziv lezyonlar açısından radyoloji bölümü tarafından yeniden değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 14.5±3.4'dü. 52 hastanın 41'i entezit ilişkili artrit (ERA), dördü oligoartiküler JIA (oJIA), beşi poliartiküler JIA (pJIA), biri sistemik JIA (sJIA) ve biri de psoriyatik artrit (PsA) tanısı ile takipteydi. Torakolomber spinal MRG incelemelerinde ERA hastalarının 23'ünde (%56) en az bir inflamatuvar lezyon, üçünde (%0.07) en az bir eroziv lezyon, üçünde (%0.07) hem inflamatuvar hem eroziv lezyonlar saptandı. Bu hastaların 13'ü (%56) klinik olarak asemptomatiktir. Torakolomber spinal MRG incelemelerinde pozitif bulgusu olan ERA hastaların 19 (%82)'ünde eş zamanlı sakroileit ve 14 (%60)'ünde periferik eklem tutulumu vardı. Diğer JIA gruplarındaki 5 (%45) hastanın torakolomber spinal MRG'lerinde en az bir inflamatuvar lezyon, bir (%0.09) hastada da eroziv lezyonu olduğu görüldü. Bu hastaların ise beşi (%83) klinik olarak asemptomatiktir. Torakolomber spinal MRG incelemelerinde pozitif bulgusu olan diğer JIA hastaların beşinde (%83) eş zamanlı periferik eklem tutulumu vardı. ERA hastalarının 20'si (%48) biyolojik ajan ile, 21'i (%52) hastalık modifiye edici ilaçlar ile tedavi edilmekteydi. Diğer JIA gruplarında ise yalnız 1 hasta (%9) biyolojik ajan kullanmakta, diğerleri (%90) hastalık modifiye edici ilaç kullanmaktaydı.

Sonuç: Çalışmamızda torakolomber vertebraki inflamatuvar ve/veya eroziv lezyonlar asemptomatik JIA hastalarında da görülebildiğini ortaya koyduk. JIA hastalarında torakolomber vertebra tutulum sıklığını daha net ortaya koyabilmek için prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar sözcükler: Jüvenil idiyopatik artrit, aksiyel tutulum, torakolomber manyetik rezonans görüntüleme

PS-085

Sistemik başlangıçlı jüvenil idiyopatik artrit: HUNİPER deneyimi

Selcan Demir¹, Berna Açıköz², Fatma Bal², Erdal Sağ¹, Hafize Emine Sönmez¹, Yelda Bilginer¹, Seza Özen¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Sistemik jüvenil idiyopatik artrit (sJIA) ateş, artrit, döküntü, lenfadenopati, hepatosplenomegali, serozit gibi sistemik bulgularla seyreden otoinflamatuar bir hastalıktır.

Yöntem: Çalışmaya 2008–2017 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Çocuk Romatoloji Bilim Dalı'nda ILAR kriterlerine göre sJIA tanısı almış hastaların klinik ve laboratuvar bulguları, tedavile-

ri, hastalık seyri ve aktiviteleri, tedavi yanıtları incelenmiştir. Kullanılan parametreler hasta dosyalarından geriye dönük araştırılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 75 sJIA (%56 erkek) hastası dahil edilmiştir. Hastaların ortalama tanı yaşı 6.45 ± 4.80 'di. Tanı anında hastaların hepsinde ateş mevcutken %78.7'sinde artrit, %66.2'sinde döküntü, %37.3'ünde artralji, %28.4'ünde hepatosplenomegali (HSM), %20.3'ünde lenfadenopati ve %17.6'ında serozit bulunmaktaydı. Hastaların %24'ünün tanı anında toplamda ise %36'sının hastalığın herhangi bir anında makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) bulgularıyla başvurduğu görüldü. MAS ile tanı konulan hastaların diğer sJIA hastalarına göre ort. tanı yaşının daha büyük olduğu (8.9 vs 5.3 yaş; $p=0.004$), periferik kanda ort. beyaz küre sayısı (7166 vs $17.864/\text{mm}^3$ $p<0.001$), trombosit sayısı (689.000 vs 179.000 $p<0.001$) ve eritrosit sedimentasyon hızının (ESR: 63 vs 12 ; $p<0.001$) daha düşük olduğu görüldü. Bu hasta grubunda tanı anında daha yüksek oranda serozit (%44.4 vs %7.5; $p<0.001$) ve HSM (%55.6 vs %18.9; $p=0.004$) olduğu fakat artrit, artralji, döküntü ve LAP görülme sıklıklarının farklı olmadığı saptandı. Hastaların hepsine tedavi başlangıcında steroid veya NSAİİ başlandığı tedavi yanıtı durumu ilaç değişikliğine gidildiği saptandı. Hastaların %20'sinde steroid, NSAİİ/DMARD ile remisyona ulaşıldığı görüldü. Biyolojik ajan olarak en sık kullanılan ilaç anakinraydı ($n=45$). Remisyona giren hastaların %44'ünün anakinra, %12'sinin canakinumab, %10.7'sinin tosilizumab ile remisyona girdiği görüldü. Hastaların %46'sında hastalığın tekrarlayan ataklar şeklinde seyrettiği, %54'ünde ise tek atak olduğu, tüm hastaların %18.7'sinde hastalığın seyrinde poliartiküler eklem tutulumu vardı. Tosilizumab ile remisyona giren 8 hastadan 5'i poliartiküler gruptandı.

Yorum: MAS sıklığının literatürdeki oranlardan daha yüksek olması merkezimizin üçüncü basamak referans merkezi olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Anti-IL1 tedavi en sık kullanılan ve en başarılı ilaçlar gibi görülmeyle birlikte anti-IL6 tedavilerin de özellikle poliartiküler seyirli grupta belirgin fayda gösterdiği gözardı edilmemelidir.

Anahtar sözcükler: Sistemik juvenil idiyopatik artrit, makrofaj aktivasyon sendromu, biyolojik tedavi

PS-086

Direkt el grafileri kullanılarak convolutional sinir ağıları yöntemi ile el osteoartriti tanısı

Kemal Üreten^{1,3}, Hasan Erbay², Hadi Hakan Maraş³

¹Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Kliniği; ²Kırıkkale Üniversitesi Mühendislik Fakültesi, Bilgisayar Mühendisliği, Kırıkkale; ³Çankaya Üniversitesi Mühendislik Fakültesi, Bilgisayar Mühendisliği, Ankara

Amaç: Osteoartrit (OA) en sık görülen artrit tipidir. Toplumların yaş ortalamasının artmasına bağlı olarak görülme sıklığı giderek artmaktadır. El OA ise en sık görülen OA tipidir. Erken tanı hastanın yaşam kalitesi ve hastalık seyrinde düzelmeye sağlar. Direkt grafiler nisbeten ucuz, her merkez de bulunabilen görüntüleme yöntemidir. Bu çalışmada direkt el grafilerden OA tanısı için Konvolüsyonel Sinir Ağları (Convolutional Neural Network-CNN) kullanılmış ve %69.23 doğruluk oranına ulaşılmıştır.

Yöntem: CNN yapay sinir ağıları yöntemlerinden biridir, makine öğrenmesi, derin öğrenme için kullanılır. CNN ile görün-

tü üzerindeki her bir noktaya konvolüsyon filtreleri uygulanarak kemik dansitesindeki değişiklikler, osteofitler, eklem aralığı değişiklikleri tespit edilebilir. Ağın eğitiminden önce uygulanacak algoritma, katman sayısı, nöron sayısı, iterasyon sayısı, eğitim ve test için kullanılacak örnek sayıları belirlenir. İşlem sonunda doğruluk oranını gösteren bir grafik elde edilir. Bu çalışmada Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji kliniğinde tedavi gören 97 sağlıklı (73 grafi eğitim için, 24 grafi test için) ve 113 OA'li hastanın el grafileri (85 grafi eğitim için, 28 grafi test için) kullanılmıştır (Şekil PS-086). Eğitim için, CNN yöntemi uygulanmış, MATLAB® ortamında çalışılmıştır.

Bulgular: OA ortaya çıkış yaşı, eklem tutuluş şekli ve seyri hastadan hastaya değişiklik göstermektedir. Erken tanı ile hastanın eğitimi ve yaşam tarzı değişikliği ile yaşam kalitesi iyileştirilebilir. Tedavide çeşitli ilaçlar, splintler, Fizik Tedavi yöntemleri kullanılır. Eroziv OA hızla eklem harabiyetine götüren OA şeklidir. Bunlarda hastalık modifiye edici ilaçların geliştirilmesi çalışmaları devam etmektedir. Bilgisayar destekli teşhis (BDT) medikal görüntüler üzerine yapay zeka, makine öğrenmesi yöntemleri uygulanarak patolojilerin tanısında bilgisayarların kullanılması yöntemidir. Bilgisayarlar çeşitli algoritmalar kullanarak görüntülerdeki patolojileri tanımda oldukça başarılıdırlar.



Şekil (PS-86): El grafi örnekleri.

Sonuç: Birinci basamak sağlık kurumlarında görevli hekimler için direkt el grafisinde OA bulgularının tespiti hastalığın tedavisinde rol almalarını sağlayacak, gereken hastaların uygun hekimine yönlendirilmesinde yardımcı olacaktır. Deneyimli hekimler içinse gözden kaçabilecek bulguların yakalanması, grafinin bir meslektaşıyla konsulte edilmesi gibi bir fayda sağlayabilir. Bu çalışma da OA tanısı için direkt grafiler kullanılmış, %69.23 oranda doğru sonuç alınmıştır.

Anahtar sözcükler: El osteoartriti, yapay sinir ağları, makine öğrenmesi

PS-087

Psoriyatik artrit hastalarında tümör nekroz faktör-alfa inhibitör tedavi yanıtına sigaranın etkisi: TÜRK-BİO veritabanı sonuçları

Handan Yarkan Tuğsal¹, Gökçe Kenar¹, Sedat Çapar², Gerçek Can¹, Berrin Zengin¹, Servet Akar³, Ediz Dalkılıç⁴, Soner Şenel⁵, Süleyman Serdar Koca⁶, Abdurrahman Tufan⁷, Ayten Yazıcı⁸, Nevsun İnanç⁹, Ender Terzioğlu¹⁰, Hülya Ellidokuz², Nurullah Akkoç¹, Fatoş Önen¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; ²Dokuz Eylül Üniversitesi, İstatistik Bilim Dalı, İzmir; ³İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; ⁴Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa; ⁵Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri; ⁶Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ; ⁷Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ⁸Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli; ⁹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; ¹⁰Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya; ¹¹Serbest Hekim, Romatoloji, İzmir

Amaç: Bu çalışmada amaç, psoriyatik artrit (PsA) hastalarında tümör nekroz faktör inhibitör (TNFi) tedavi yanıtına, tedavi uyumuna ve hastalık aktivitesine sigaranın etkisini bir gerçek yaşam kohortunda araştırmaktır.

Yöntem: TÜRK-BİO veritabanına kayıtlı ilk TNFi tedavisini (adalimumab, sertolizumab, etanersept, golimumab ve infliksimab) alan PsA hastaları çalışmaya dahil edildi. Sigara içenlerin demografik ve klinik özellikleri hiç sigara içmemiş ve sigarayı bırakmış olanlarla karşılaştırıldı. Tedavi yanıtı, 3. ve 6. ay vizitinde EULAR-iyi-yanıt (evet-hayır) ulaşımları olarak değerlendirildi. 3. ve 6. ay vizitlerinin her ikisinde de klinik yanıt elde edilen hastalar 'yanıtlı' olarak tanımlandı. DAS-28 CRP, CDAI ve HAQ ölçümleri ile ESH ve CRP düzeyleri bazal, 3. ve 6. ay değişimleri gruplar arasında karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan 102 PsA hastasından (%62 kadın; ortalama yaş: 41.5) 97'sinin (%95) sigara içme durumu biliniyordu. Ortanca takip süresi 1.3 yıl (IQR: 0.2–2.3) ve ortalanca hastalık süresi 3 yıl (0.6–7.7) idi. Bu parametreler açısından sigara içen, hiç içmemiş ve sigarayı bırakmış olanlar arasında anlamlı fark bulunmadı. Bazalde, sigara içenler sigarayı bırakmış olanlara göre daha genç ve daha fazla metotreksat kullanım oranına (p<0.05) sahipti. Sigara içmeyenlerin içinde kadınların oranı ve ESH sigara içenlere göre daha fazlaydı. Hastalık süresi, vücut kitle indeksi, CRP ve bazal hastalık indeksleri (DAS28 CRP, CDAI, HAQ) sigara içen, içmeyen ve sigarayı bırakmış olanlar arasında farklı değildi. TNFi tedavi uyumu gruplar arasında farklı değildi (Tablo PS-087). Eş zamanlı DMARD kullanımını da benzerdi. Tedavi yanıtı (EULAR iyi yanıt) sigara içen, hiç içmemiş ve sigarayı bırakmış olanlarda benzer bulundu. DAS28-CRP, CDAI ve HAQ 3. ve 6. ay değişimleri arasında da fark bulunmadı. Çok değişkenli analizde, CRP'nin yüksek (OR:2.8; %95 GA (0.91–8.55), p=0.07) ve biyolojik izlem süre-

Tablo (PS-087): Çalışma gruplarındaki bazal demografik ve klinik özellikler ile tedavi uyumu ve yanıtı.

| | Sigara durumu | | | P* | P† |
|--|------------------|------------------|-------------------|------|------|
| | Sigara içen | Hiç içmemiş | Sigarayı bırakmış | | |
| Sayı, n (%) | 21 (20) | 62 (61) | 14 (14) | | |
| Yaş ortanca (IQR), yıl | 36 (31.5–43.5) | 41 (33.7–50.2) | 49 (38.2–56.3) | 0.15 | 0.01 |
| Kadın, n (%) | 10 (15.9) | 47 (74.6) | 3 (4.8) | 0.02 | 0.12 |
| Hastalık süresi ortanca (IQR), yıl | 0.87 (0.3–6.5) | 3.4 (0.7–7.8) | 3.3 (1.9–11.1) | 0.11 | 0.06 |
| İzlem süresi ortanca (IQR) yıl | 1.8 (0.3–2.5) | 1.3 (0.2–2.4) | 1.1 (0.4–1.5) | 0.31 | 0.21 |
| Vücut kitle indeksi, kg/m ² ortanca (IQR) | 27.8 (25.3–31.8) | 28.7 (26.9–31.2) | 29.5 (24.8–35.6) | 0.68 | 0.76 |
| CRP, mg/L ortanca (IQR) | 15 (3–33) | 12 (5–18.5) | 12 (4–26.5) | 0.83 | 0.87 |
| ESH, mm/h, ortanca (IQR) | 20 (7–40.5) | 34 (22–49) | 29.5 (18.5–58.5) | 0.05 | 0.37 |
| DAS28 CRP, ortanca (IQR) | 4.4 (3.5–4.7) | 4.2 (3.6–4.9) | 4.5 (3.3–4.9) | 0.87 | 0.60 |
| CDAI, ortanca (IQR) | 19 (12.7–24) | 17.6 (11.9–23.2) | 14.5 (8.9–21.3) | 0.77 | 0.23 |
| HAQ ortanca (IQR) | 0.75 (0.6–0.9) | 0.7 (0.7–1) | 0.75 (0.75–0.9) | 0.40 | 0.68 |
| Tedavi uyumu, ortanca (IQR), yıl | 1.1 (0.3–2.3) | 1.1 (0.2–1.9) | 0.8 (0.4–1.2) | 0.57 | 0.52 |
| Teavi kesme nedenleri n, (%) | | | | | |
| Yan etki | 1 (17) | 1 (6) | 0(0) | 0.70 | 0.70 |
| Etki kaybı | 2 (33) | 6 (38) | 2(50) | | |
| Diğer | 3 (50) | 9 (56) | 2 (50) | | |
| EULAR-iyi yanıt, n, (%) | 10 (23.3) | 26 (60,5) | 7 (16.3) | 0.6 | 0.90 |

*Sigara içen vs hiç içmemiş, †Sigara içen vs sigarayı bırakmış. IQR: %25 ile %75 arası dilim (çeyrek değerler genişliği).

sinin uzun (>1 yıl) olması (OR:15.47; %95 GA (5.52–43.35), p<0.01) EULAR-iyi yanıtla ilişkili bulundu. Tedavi uyumu, ESH yüksek (HR:1.87; %95 GA (1.08–3.25), p=0.03) ve klinik hastalık aktivitesi fazla (CDAI>22) (HR:2.5; %95 GA (1.27–5.10), p=0.009) olan hastalarda daha iyi bulundu. Ancak, sigara içme durumu ne tedavi yanıtı (EULAR-iyi yanıt) ne de tedavi uyumu ile ilişkili bulunmadı.

Sonuç: Bu çalışma, TNFi tedavisi alan PsA hastalarında sigara durumunun hastalık aktivitesi, tedavi uyumu ve tedavi yanıtıyla ilişkili olmayabileceğini göstermektedir.

Anahtar sözcükler: Psoriyatik artrit, TNFi, sigara

PS-088

Psoriyatik artrit hastalarında kısa süreli takip ve tedavi: Mecburi hizmet tecrübesi

Servet Yolbaş¹, Emine Hidayet², Furkan Günen¹

¹İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Malatya; ²Sağlık Bakanlığı Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Malatya; ³İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Malatya

Amaç: Psoriyatik artrit (PsA) aksiyel ve periferik tutulum ile seyredilebilen psoriasis ile ilişkili kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Hastalık birbirinden farklı fenotiplerle bize başvurmakta ve tedavisi tutulum paternine göre şekillenmektedir. Bu çalışmamızda 1.5 yıllık mecburi hizmet süresince romatoloji kliniğinde takip ettiğimiz hastaların tedavi ve takip verilerini paylaşmayı planladık.

Yöntem: Edirne Devlet Hastanesi romatoloji polikliniğinden 1.5 yıllık mecburi hizmet süresince takip edilmiş olan 129 PsA hastasının dosyalarını geriye doğru taradık. Hastanın demografik verilerini, klinik bulgularını, almış olduğu tedaviyi, aktivite indekslerini ve akut faz yanıtını dosyalarından elde ettik. Ulaşılan başlangıç ve tedavi sonrası BASDAİ, şiş eklem sayısı ve hasas eklem sayısı değerlerini dosyalarından kaydettik

Bulgular: 129 hastanın 115'i kadın, 14'ü erkekti. Hastaların yaş ortalaması 52±11 yıl idi. 17 hasta sigara kullanıyordu. Hastaların semptom süresi 12±10 yıl idi. Hastaların 69'unda kendisinde, 60'ında ise yakınlarında psoriyatik lezyonlar vardı. Hastaların 107'sinde periferik eklem tutulumu vardı. Başlangıçtaki BMİ 29.9±4.9 kg/m², ESR 30±19 mm/sa ve CRP 1.5±3 mg/dl olarak saptandı. Hastaların 108'ine NSAİİ, 21'ine düşük dozda steroid, 112'sine metotreksat, 5'ine sulfasalazin ve 4'üne leflunomid tedavisi verilmişti. Hiç biyolojik ilaç verilmemişti. Geriye dönük dosya taramalarından bilgilerine ulaşılan hastaların başlangıç değerleri ile karşılaştırıldığında, tedavi sonrasında, BASDAİ, şiş eklem sayısı ve hasas eklem sayısı değerlerinde düzelme saptandı (sırasıyla, 6.9±1.4 vs 2±1.2, p<0.001; 3.2±3.3 vs 0.3±0.8, p=0.001; 4.9±4.5 vs 0.4±1.1, p<0.001).

Sonuç: Hastaların büyük çoğunluğunda periferik eklem tutulumu mevcuttu. Hastaların önemli bir kısmına metotreksat ve NSAİİ tedavisi başlanmıştı ve kısa süreli tedavi yanıtları (ilk 1 yıl içinde) iyi saptandı.

Anahtar sözcükler: Psoriyatik artrit, methotreksat, NSAİİ

PS-089

Spondiloartritli hastalarda üveit ile ilişkili risk faktörleri, TReasure gerçek yaşam verileri

Timuçin Kaşifoğlu¹, Şule Yaşar Bilge¹, Sedat Kiraz², İhsan Ertenli², Orhan Küçükşahin², Ediz Dalkılıç², Cemal Bes², Nilüfer Kanitez², Hakan Emmungil², Pamir Atagündüz², Belkıs Nihan Coşkun², Burcu Yağız², Süleyman Serdar Koca², Muhammet Çınar², Aşkın Ateş², Servet Akar², Önay Gerçik², Duygu Ersözülü², Veli Yazısız², Gezmiş Kimyon², Müge Aydın², Rıdvan Mercan², Erdal Bodakçı¹, Burak Öz², Zeynel Abidin Akar², Aysun Aksoy², Funda Erbasan², Ömer Karadağ², Bahar Keleşoğlu Dinçer², Sedat Yılmaz², Ufuk İlgen², Yavuz Pehlivan², Ender Terzioğlu², Levent Kılıç², Şükran Erten², Alper Sarı², Koray Taşçılar², Umut Kalyoncu²

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir; ²TReasure Kayıt Kütüğü Adına

Amaç: Üveit spondiloartrit (SPA) hastalarında iyi bilinen eklem dışı tutulum bulgularındandır. SPA hastalarında üveitin özellikleri ve sıklığı hakkında yeterli bilgi mevcuttur. Ancak SPA hastalarında üveit gelişiminde rol oynayabilecek faktörler açık değildir. Bu çalışmada, SPA hastalarını içeren büyük bir kohortta üveit ilişkili faktörler değerlendirilmiştir.

Yöntem: Treasure, 2017 yılında 17 merkezin katılımıyla oluşmuş RA ve spondiloartrit hastalarının kaydedildiği, web tabanlı bir kayıt-kütüğüdür. Üveiti olan ve olmayan hastaların sırasıyla yaş, cinsiyet, hastalık süresi, tanıda gecikme, vücut kitle indeksi, eğitim durumları, sigara alışkanlığı, SPA alt grupları, SPA klinik bulguları ve eşlik eden hastalıklar, HLA B27 ve akut faz yanıtları, vizüel analog skor (VAS) ağrı, VAS hasta global, VAS yorgunluk, BASDAİ ve BASFI değerleri, şiş ve hasas eklem sayıları ve direkt radyografi bulguları retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Üveit varlığı sadece göz hekimi tarafından doğrulanmışsa kabul edilmiştir.

Bulgular: SPA kohortunda, Mayıs 2018 tarihi itibarıyla 2359 kayıtlı hasta bulunmaktadır. Hasta dağılımı, 2096 hasta aksiyel SPA (1249 ankilozan spondilit, 100 non-radyografik aksiyel SPA), 179 psoriyatik artrit, 50 periferik eklem tutulumlu SPA ve 51 enteropatik artrit olacak şekildedir. Tüm hastalar içerisinde 269 (%11.4) hasta bir veya daha fazla üveit atağı geçirmişti. Medyan (Q1-Q3) üveit başlangıç yaşı 36 (27–43) saptandı. SPA semptomlarının başlangıcı ile ilk üveit atağı arasında medyan 6.8 (2.6–12.8) yıl vardı. Medyan (Q1-Q3) üveit atak sıklığı 2'di (2–4). Üveit genellikle tek taraflıydı (%78.9). Üveiti olan hastaların %10.3'de kalıcı göz hasarı vardı. Kalıcı göz hasarı gelişen olgularda üveit atak sıklığı daha fazla (4 (2–10) vs 2 (1–3), p=0.018), ve üveitin çift taraflı olma eğilimi daha belirgindi. (%37.5 vs %16.6, p=0.082). Hastaların demografik ve klinik bulguları Tablo PS-089'de verilmiştir. Çok değişkenli analizde sadece hastalık süresi ve üveit ilişkili bulunmuştur.

Sonuç: Bizim çalışmamızda, genetik yatkınlık, radyografik şiddet, entesit ve özellikle hastalık süresi üveit ile ilişkili bulunmuştur. SPA hastalarında üveit çoğu zaman kendini sınırlar. Bununla beraber hastaların yaklaşık %10'da kalıcı göz hasarı gelişmiş olması dikkat çekici bir bulgudur. SPA hastalarında üveitin erken tanınması ve tedavisi bu açıdan önemlidir.

Anahtar sözcükler: Spondiloartrit, üveit

Tablo (PS-89): Üveiti olan ve olmayan SPA hastalarında demografik, klinik, radyolojik ve laboratuvar bulgularının karşılaştırılması.

| | Üveit (-) n=2359 | Üveit (+) n=269 | p |
|-----------------------------|------------------|-----------------|---------|
| Cinsiyet (Erkek/Kadın, %) | 56.4–43.6 | 60.2/39.8 | 0.233* |
| Yaş | 41 (34–49) | 44 (37–52) | 0.001* |
| Tanıda geçikme süresi (yıl) | 2 (0–6) | 3 (81–8) | 0.005* |
| Hastalık süresi (yıl) | 6 (3.11) | 10 (6–16) | <0.001* |
| Artrit n (%) | 34 (64.2) | 3 (100) | 0.202† |
| Entezit n (%) | 293 (25.1) | 53 (42.1) | <0.001† |
| Daktilit n (%) | 88 (6.8) | 11 (7.5) | 0.743† |
| Psöriazis n (%) | 361 (15.5) | 12 (4.5) | <0.001† |
| HLA B27 (+) n (%) | 688 (49.5) | 117 (69.2) | <0.001† |
| Ailede SPA varlığı n (%) | 635 (29.5) | 102 (41.5) | <0.001† |
| Sindesmot n (%) | 219 (24.7) | 52 (43.0) | <0.001† |
| Bambu kamışı omurga n (%) | 117 (12.1) | 32 (23.7) | <0.001† |
| BASDAI | 5.9 (4.2–7.1) | 5.8 (4.0–7.0) | 0.183* |
| BASFI | 4.4 (2.4–6.1) | 3.7 (1.9–5.2) | 0.007* |
| Sedimentasyon (mm/h) | 23 (11–40) | 28 (11–48) | 0,063* |
| CRP (mg/L) | 12.1 (4.6–27.6) | 13.5 (6.1–34) | 0.002* |

*Mann Whitney U, †Ki-Kare, data median olarak verilmiştir (Q1-Q3).

PS-090

Aile öyküsünde psoriasis veya psoriyatik artrit olmasının psoriyatik artrit hastalık özellikleri üzerine etkisi

Dilek Solmaz^{1,2}, Sibel Bakırcı², Gezmiş Kimyon³, Esen Kasapoğlu Günel⁴, Atalay Doğru⁵, Özün Bayındır⁶, Ediz Dalkılıç⁷, Cem Özişler⁸, Meryem Can⁹, Servet Akar¹⁰, Gözde Yıldırım Çetin¹¹, Şule Yavuz⁹, Levent Kılıç¹², Emine Figen Tarhan¹³, Orhan Küçükşahin¹⁴, Ahmet Omma¹⁵, Emel Gönüllü¹⁶, Fatih Yıldız¹⁷, Emine Duygu Ersözlü¹⁸, Muhammet Çınar¹⁹, Atallah Onazi², Muge Aydın Tufan²⁰, Abdülsemet Erden¹², Sema Yılmaz²¹, Seval Pehlevan²², Sibel Zehra Aydın², Umut Kalyoncu¹²

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir; ²Ottawa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ottawa, Kanada; ³Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hatay; ⁴Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul; ⁵Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Isparta; ⁶Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir; ⁷Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa; ⁸Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara; ⁹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul; ¹⁰İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, İzmir; ¹¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, ¹²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara; ¹³Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Muğla; ¹⁴Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara; ¹⁵Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara; ¹⁶Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir; ¹⁷Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Van; ¹⁸Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Adana; ¹⁹Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara; ²⁰Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara; ²¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Konya; ²²Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

Amaç: Psoriasis ve psoriyatik Artrit (PsA) güçlü genetik altyapıya dayanan ve çoklu boyutları olan hastalıklardır. Hastaların yaklaşık olarak %40'ında ailede psoriasis veya PsA bulunmaktadır ve bunun hastalık özelliklerini etkileyebileceği bildirilmiştir. Bu konudaki yapılmış çalışmalarda aile öyküsü varlığı psoriasis

ve PsA için birlikte değerlendirilmiştir. Bu çalışmada ailede psoriasis ve PsA olmasının ayrı ayrı olarak hastalık fenotipi üzerine olan etkilerini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya çok merkezli longitudinal olarak veri toplanan uluslararası veri tabanından [Psoriatic Arthritis- International Database (PsArt-ID)]1393 hasta dahil edildi. Hastaların birinci ve ikinci derece aile yakınlarında psoriasis ve PsA öyküsü elde olundu. Aile öyküsünün etkileri logistik regresyon yöntemi ile değerlendirildi.

Bulgular: Dört yüz kırk dört (%31.9) hastada ailede psoriasis ve/veya PsA varlığı tespit edildi. Aile öyküsü olan hastaların daha sıklıkla kadın hastalar olduğu ayrıca daha sık olarak turnak tutulumu, entezit ve deformiteye sahip oldukları görüldü. Aile öyküsü olan grupta psoriasis başlangıç yaşı daha erkendi ve yine bu grup daha az sıklıkla minimal hastalık aktivitesine (MDA) ulaşıyordu. Aile öyküsü olan 444 hastanın 335'inde sadece ailede psoriasis, 74'ünde ise PsA vardı. 35 hastanın aile öyküsünde bu ayırımı net olmadığından sonraki analizlerden çıkarıldı. Multivariate analizde, ailede psoriasis olması psoriasisin daha erken yaşta başlaması (OR:0.976) ve entezit varlığı (OR: 1.931) ile ilişkiliyken ailede PsA olması daha az sıklıkta plak psoriasis (OR: 0.417) ve atılmış deformite sıklığı (OR: 2.557) ile ilişkili bulundu. Ailede PsA olması ile psoriasis olması karşılaştırıldığında PsA olması deformite riskinde artış (OR:2.143) ve daha düşük sıklıkta plak psoriasis (OR:0.324) ile ilişkiliydi (Tablo PS-090).

Sonuç: Aile öyküsünde psoriasis ve PsA varlığı cilt fenotipini, kas iskelet tutulum özelliklerini ve hastalık şiddetini etkiliyor olabilir. Ailede psoriasis/PsA varlığı ve püstüler/plak fenotipi arasındaki ilişki bu alt grupların farklı genetik ve patogenetik mekanizmaları ile açıklanabilir.

Anahtar sözcükler: Psoriyatik artrit, aile öyküsü, psoriasis

Tablo (PS-090): Aile öyküsünde psöriyatik artrit olan hastaların univariate ve multivariate analizleri.

| Değişkenler | Aile öyküsünde psöriyatik olmayanlar vs aile öyküsü olmayanlar | | | Aile öyküsünde PsA olanlar vs aile öyküsü olmayanlar | | | Aile öyküsünde PsA olanlar vs aile öyküsünde psöriyatik olmayanlar | | | | | |
|---------------------------|--|-------|---------------------|--|---------------------|--------------|--|-------|---------------------|-------|---------------------|-------|
| | Univariate | | Multivariate | Univariate | | Multivariate | Univariate | | Multivariate | | | |
| | OR (CI 95%) | P | OR (CI 95%) | P | OR (CI 95%) | P | OR (CI 95%) | P | OR (CI 95%) | | | |
| Psöriyatik başlangıç yaşı | 0.985 (0.976-0.994) | 0.001 | 0.976 (0.964-0.989) | <0.001 | 1.002 (0.986-1.019) | 0.763 | 0.995 (0.973-1.018) | 0.670 | 1.018 (1.000-1.036) | 0.046 | 1.022 (0.997-1.047) | 0.085 |
| Cinsiyet | 1.317 (1.052-1.786) | 0.020 | 1.213 (0.828-1.777) | 0.321 | 1.042 (0.640-1.697) | 0.868 | 0.814 (0.420-1.575) | 0.541 | 1.315 (0.779-2.219) | 0.305 | 0.636 (0.304-1.330) | 0.636 |
| Tırnak tutulumu | 1.353 (1.054-1.737) | 0.018 | 0.989 (0.678-1.442) | 0.952 | 1.313 (0.818-2.109) | 0.259 | 1.329 (0.679-2.602) | 0.406 | 0.971 (0.586-1.606) | 0.908 | 1.252 (0.597-2.627) | 0.552 |
| Entezit | 1.709 (1.261-2.317) | 0.001 | 1.931 (1.276-2.922) | 0.002 | 1.467 (0.828-2.599) | 0.189 | 0.832 (0.361-1.917) | 0.665 | 0.858 (0.471-1.563) | 0.617 | 0.421 (0.173-1.025) | 0.057 |
| Deformite varlığı | 0.784 (0.553-1.113) | 0.174 | 1.293 (0.819-2.041) | 0.269 | 1.926 (1.093-3.501) | 0.024 | 2.557 (1.250-5.234) | 0.010 | 1.535 (0.825-2.854) | 0.176 | 2.143 (1.052-5.367) | 0.037 |
| Plak tip psöriyatik | 1.461 (1.019-2.096) | 0.039 | 1.399 (0.884-2.214) | 0.151 | 0.523 (0.294-0.930) | 0.027 | 0.417 (0.213-0.816) | 0.011 | 0.358 (0.189-0.675) | 0.002 | 0.324 (0.152-0.694) | 0.004 |

PS-091

Spondilartropati hastalarında radyografik incelemede iskiyal entezopatinin değerlendirilmesi

Günay Şahin Dalgıç, Berivan Bitik, Ahmet Eftal Yücel

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Tendon ve ligamentlerin kemiklere birleştiği entezis noktalarında gelişen enflamasyon (entezit), spondilartropati (SPA) grubu hastalıklar için önemli bir bulgudur. Romatoloji polikliniğinde en sık değerlendirilen entezopati bölgeleri aşil ve plantar bölgeleridir. Ancak klinik pratiğimizde SPA hastalarında iskiyumlarda da entezopati olabildiğini görmekteyiz. Bu çalışmada psöriyatik SPA ve ankilozan spondilit (AS) hastalarında radyografik iskiyal entezopati sıklığı araştırılmıştır.

Yöntem: 2016-2018 yılları arasında Başkent Üniversitesi Romatoloji polikliniğinde takip edilen psöriyatik SPA ve AS hastalarının dosyaları retrospektif olarak taranmıştır. Hastaların anteroposterior pelvis grafileri (APPG) ve bilateral ayak yan grafileri incelenerek, sakroiliyak eklemler değerlendirilmiş, iskiyal düzensizlik (destrüksiyon), aşil entezopatisi (aşil kalsifikasyonu) ve plantar entezopati (epin kalkaneyi varlığı) varlığı araştırılmıştır. Kontrol grubu olarak RF ve anti-CCP'si pozitif romatoid artrit (RA) hastalarının verileri kullanılmıştır. SPA ile RA hastaları arasında iskiyal entezopati (Şekil PS-091) sıklığı açısından fark olup olmadığı ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. Psöriyatik SPA ve AS hastaları arasında alt grup analizleri yapılmıştır.

Bulgular: SPA'sı olan 72 hasta (36 kadın, 38 psöriyatik SPA, 34 AS) ve RA'sı olan 46 (24 kadın) hastanın dosyaları incelenmiştir. SPA hastalarında, ortanca yaş 48 (24-78), RA hastalarında ortanca yaş 49 (25-79) idi. Hastalık tanısından sonra geçen ortanca zaman SPA hastaları için 3.2 yıl (2-10), RA hastaları için 3.6 (2.5-12) yıldır. SPA hastalarının 37'sinde (%51.3) iskiyal entezopati saptanmıştır. SPA hastalarında iskiyal entezopati RA hastalarına kıyasla anlamlı derecede daha sık saptanmıştır (p=0.01) (Tablo PS-091). Aşil ve plantar entezopati sıklığı açısından SPA ve RA hastaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Alt grup analizlerinde, psöriyatik SPA ile AS arasında



Şekil (PS-091): İskiyal entezopati.

entezopati sıklıklar ve bölgeleri açısından bir fark saptanmamıştır. İskiyal entezopati ve plantar entezopati psöriyatik SPA hastalarında RA hastalarına göre daha sık saptanmıştır (p=0.02 ve p=0.04).

Tablo (PS-091): Hastaların radyografik entezopati değerlendirme sonuçları.

| | SPA (PSA, AS) (n:72) | RA (n:46) | P değeri |
|-------------|----------------------|-----------|----------|
| İskiyal (n) | 37 (19.18) | 13 | 0.01* |
| Aşıl (n) | 30 (16.18) | 13 | 0.33 |
| Plantar (n) | 36 (22.14) | 15 | 0.06* |

*SPA (PSA ve AS) hastalar ve RA'lı hasta kontrol grubu verileri ile yapılan Pearson ki-kare testi.

Sonuç: İskiyal entezopati SPA hastalarında aşıl ve plantar entezopati kadar sık görülmektedir. SPA'da APPG değerlendirirken iskiyal entezopati varlığının da değerlendirmesinde önerilir.

Anahtar sözcükler: Spondiloartropati, entezopati, psöriyazis, iskiyum entezopatisi

PS-092

Psoriyatik artrit hastalarında huzursuz bacak sendromu ve uyku bozukluğunun değerlendirilmesi

Sevinç Can Sandıkcı¹, Seda Çolak², Rabia Aydoğan Baykara³, Ayşe Öktem⁴, Erkan Cüre⁵, Ahmet Omma², Adem Küçük⁶

¹Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara; ²Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara; ³Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Malatya; ⁴Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara; ⁵Çamlıca Erdem Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul; ⁶Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Konya

Amaç: Huzursuz Bacak Sendromu (HBS), yetişkinlerde %5–10 oranında görülen uyku ve sensorimotor bozukluk ile seyreden kronik ve rahatsızlık verici bir hastalıktır. Psoriyatik artrit (Psa) hastalarında HBS prevalansını tespit etmek ve Psa hastalarındaki uyku ve yaşam kalitesi bozukluğu ile HBS'nin ilişkisi olup olmadığını araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvurmuş 50 Psa, 50 psoriasis ve 50 kontrol hastası çalışmaya alındı. HBS tanısı için Uluslararası HBS Çalışma Grubunun belirlediği tanı kriterleri kullanıldı. Tanı kriterlerini karşılayanlarda; Uluslararası Huzursuz Bacak Sendromu Çalışma Grubu Skalasına göre skor hesaplandı. Her bir katılımcıya Kısa Form-36 [Short Form-36 (SF36)], Beck depresyon ölçeği [Beck Depression Index (BDI)], Epworth skalası [Epworth Sleepiness Scale (ESS)], Pittsburgh uyku kalite indeksi [Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)], uykusuzluk şiddet indeksi (Insomnia Severity Index) ve Yorgunluk şiddet ölçeği (Fatigue Severity Scale) anketleri uygulandı.

Bulgular: Psoriasis, Psa ve kontrol grubunun yaş, cinsiyet ve vücut kitle indeksi (VKİ) değerleri benzerdi (Tablo 1 PS-092). Psa grubunda HBS olan birey sayısı, psoriasis ve kontrol grubundaki HBS'li birey sayısından daha çoktu (%64.0, %20, %14, sırasıyla). Ayrıca, Psa grubunun HBS skoru, psoriasis

(p<0.001) ve kontrol (p<0.001) grubunun skorundan oldukça yüksekti. Psa grubunun yorgunluk şiddet ölçeği skoru psoriasis (p<0.001) ve kontrol (p<0.001) grubundan belirgin yüksekti. Kontrol grubunun Beck depresyon değeri psoriasis (p<0.001) ve Psa grubunun (p<0.05) değerinden belirgin düşüktü. Psa grubunun SF-36 fiziksel skor değeri hem psoriasis hem de kontrol grubundan düşüktü (p<0.05). Psoriasis (p<0.001) ve Psa (p<0.001) grubunun Pittsburgh skoru kontrol grubundan oldukça yüksekti. Epworth skoru ise her 3 grupta benzerdi. Uykusuzluk şiddeti skoru psoriasis grubunda, kontrol grubuna göre (p<0.05) anlamlı yüksek saptandı. Pittsburgh uyku kalite indeksi, uykusuzluk şiddeti değeri, yorgunluk şiddeti değerleri ile HBS skoru arasında, SF-36 fiziksel ve mental skoru arasında korelasyon ve regresyon analiz sonuçları Tablo 2 PS-092'de gösterilmiştir.

Tablo 1 (PS-092): Psöriazis, Psa ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri.

| | Psöriazis (n=50) | PSA (n=50) | Kontrol (n=50) |
|---|------------------|------------|----------------|
| Yaş (yıl) (ortalama+SD)* | 40.4±13.9 | 44.7±12.0 | 42.6±12.6 |
| Cinsiyet (K/E) (n)† | 28/22 | 33/17 | 34/16 |
| VKİ (kg/m ²) (ortalama+SD)* | 27.2±5.4 | 28.5±4.4 | 26.5±4.1 |

*Bağımsız örneklem T testi. †Ki-kare testi.

Tablo 2 (PS-092): HBS değeri için Spearman Rank Korelasyon testi ve Stepwise Linear regresyon analiz sonuçları.

| Spearman Rank Test HBS Skoru | | |
|---|------------------|----------|
| Parametreler | r değeri | p değeri |
| PSQI | 0.305 | 0.001 |
| Uykusuzluk şiddet indeksi | 0.195 | 0.017 |
| Yorgunluk şiddet ölçeği | 0.324 | 0.001 |
| SF-36 fiziksel skoru | -0.418 | 0.001 |
| SF-36 mental skoru | -0.212 | 0.010 |
| Stepwise Linear Regresyon Analizi Bağımlı Değişken Olarak HBS | | |
| Bağımsız değişkenler | Beta katsayıları | p değeri |
| PSQI | 0.269 | 0.002 |
| Yorgunluk şiddet ölçeği | 0.243 | 0.003 |
| SF-36 fiziksel skoru | -0.242 | 0.004 |
| Beck depresyon skoru | 0.177 | 0.036 |

Sonuç: Çalışma sonuçları Psa hastalarının çok büyük kısmında HBS olduğunu, semptomların orta ve ağır şiddette olduğunu ve PUKI'ye göre de uyku kalitesinin kötü olduğunu göstermiştir. Uykusuzluk ve HBS yaşam kalitesini etkileyen ve bu nedenle çok yönlü olarak değerlendirilmesi gereken semptomlardır.

Anahtar sözcükler: Psoriyatik artrit, huzursuz bacak sendromu, uykusuzluk, yorgunluk, depresyon

PS-093

60 yaş üstünde tanı alan spondiloartrit hastalarının klinik ve radyolojik özellikleri

Günay Şahin Dalgıç, Berivan Bitik, Ahmet Eftal Yücel
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Spondiloartrit (SPA) grubu hastalıklar aksiyel ve periferik eklemlerde enflamasyon, entezit ve daktilit ile karakterizedir. Eskiden erkek hastalığı olarak bilinmekle birlikte günümüzde kadınlarda da sıklıkla görüldüğünü biliyoruz. SPA genç popülasyonun hastalığı olmakla birlikte, yaşam süresinin uzaması ile daha ileri yaşlarda tanı alan SPA hastaları görmekteyiz. Bu çalışmada Başkent Üniversitesi Romatoloji Bilim Dalı Polikliniğine başvuru SPA tanısı alan 60 yaş üstü hastaların klinik, radyolojik özellikleri ve tanılarındaki gecikme nedenleri incelenmiştir.

Yöntem: Ocak 2018 ile Temmuz 2018 tarihleri arasında SPA tanısı alan hastaların verileri incelenmiştir. Başvuru şikayetleri, sigara öyküsü, aile öyküleri, anteroposterior pelvis grafileri (APPG), bilateral ayak lateral grafileri, eritrosit sedimentasyon hızları (ESH) ve CRP düzeyleri kaydedildi. Otoimmün testleri pozitif olan hastalar dahil edilmemiştir.

Bulgular: Toplam 21 hasta (14'ü kadın) değerlendirildi. Hastaların başvuru nedenleri, 18'inde bacak, diz ve yaygın eklem ağrıları iken üç hastada izole bel, sırt ağrısıydı. Detaylı aksiyel ağrı sorgulamasında hepsinin 45 yaşın altında ortaya çıkan enflamatuvar karakterde eklem ağrısı olduğu öğrenildi. Hastaların hepsinin bel ve boyun ağrısının nedeni olarak bel ve/veya boyun fıtığının gösterildiği öğrenildi. Hastaların hiçbirisi daha önce romatoloji polikliniğine başvurmamıştı. APPG'de hastaların 13'ünde uni/veya bilateral evre III-IV, 8'inde evre II sakroiliit vardı. 6 hastanın CRP düzeyleri (7.7-71 mg/L aralığında), 6 hastanın ESH düzeyleri (37-79 mm/saat aralığında) yüksek bulunmuştur. İki hastanın öz geçmişi üvevit, 4 hastada psöriyaz, bir hastanın kızkardeşinin psöriyaz tanılı olduğu öğrenilmiştir. Yirmibir hastanın sadece 4 tanesi sigara içiyor olup ESH ve CRP değeri bu dört hastanın üç tanesinde yüksek saptanmıştır. Sadece iki hastada eşlik eden periferik eklem tutulumu tespit edilmiştir.

Sonuç: İleri yaşta eklem yakınmaları ile polikliniklere başvuran hastalarda SPA açısından enflamatuvar aksiyel ağrı ve ağrının ilk ortaya çıkış zamanı iyi sorgulanmalıdır. Çalışmadaki hastaların SPA tanısını daha önce almamış olmaları muhtemelen bir romatoloji uzmanı tarafından değerlendirilmemiş olmaları nedeniyledir. Ayrıca hastaların çoğunun sigara içmiyor olması ve kadın olması hastalığın agresif seyretmeyerek geç tanı alınmasına neden olmuş olabilir.

Anahtar sözcükler: SPA, ileri yaş

PS-094

Tek merkezden izlenen 253 psoriyatik artritli hastanın klinik özellikleri, biyolojik tedavi kullanımı ve sürdürülme oranları

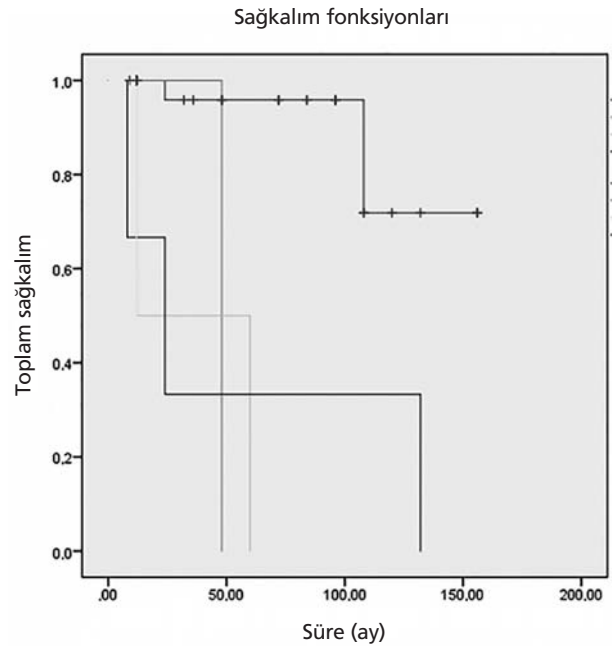
Murat Bektaş¹, Emin Oğuz¹, Murat Erdugan¹, Çiğdem Çetin¹, Sarvan Aghamuradov¹, Gazi Çapar², Bahar Artım Esen¹, Ahmet Gül¹, Mahdume Lale Oçal¹, Murat İnanç¹

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

Amaç: Psoriyatik artrit (PsA) heterojen ve standart temel tedavilere yanıt oranı düşük kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Bu çalışmada kliniğimizde uzun süredir izlenmekte olan PsA tanılı hastaların demografik ve klinik özellikleri, konvansiyonel DMARD (hastalığı modifiye edici antiromatizmal ilaç) ve biyolojik tedavi kullanım oranları ve devamlılığı değerlendirildi

Yöntem: Çalışma kliniğimizde en az 6 ay izlenmiş olan ve CASPAR kriterlerini karşılayan PsA hastaları dahil edilmiştir. Verilerin istatistiksel analizi için ki-kare, Fisher, Student t-testi ile, normal dağılıma uymayan non-parametrik veriler ise Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri ile karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza 162'si kadın (%64), 253 hasta alınmıştır. Yaş ortalaması 50±13, ortalama takip süresi 12±7 yıldır. Hastalarımızda PsA başlangıç yaşı 38±12 ve psoriasis (PsO) süresi ise ortalama 20±12 yıl olarak belirlenmiştir. Hastaların %55'inde PsO önce başlamış, %13'ünde artrit önce başlamış ve %7'sinde ise PsA ve PsO eş zamanlı başlamıştır. PsA alt gruplarından en sık oligo/monoartrit form (%34) gözlenmiştir. Ortalama tutulan eklem sayısı ise 3.6±2, artrit dışı en sık tutulum tenosinovit (%68) olarak belirlenmiştir. Konvansiyonel DMARD hastaların %78'i metotreksat, %10'u leflunomid, %23'ü sülfasalazin, %3'ü hidroklorokin kullanmıştır (Tablo 1 PS-094). Hastalarda biyolojik tedavi oranı %33.5 bulundu ve en sık etanersept (%53) uygulandı. İnfliksımab hastaların %15'inde; adalimumab %21'inde, sertolizumab %7 ve golimumab %3.5'unda kullanıldı. Ortalama kullanım süresi etanersept 65±45 ay; infliksımab 55±39 ay; adalimumab 48±43 ay; sertolizumab ve golimumab ise sırasıyla 22±14 ay ve 22±14 ay olarak belirlendi. Biyolojik tedavilerde devam oranları etanersept %62, infliksımab %61, adalimumab %83, sertolizumab ve golimumab sırasıyla %50 ve %66 olarak saptanmıştır (Log Rank=0.001) (Tablo 2 PS-094).



Şekil (PS-094): Tüm biyolojik ajanların sağkalım çizergesi (Log Rank=0.000, Kruskal Wallis Test p=0.014).

Tablo 1 (PS-094): Hastaların klinik özellikleri.

| | Klinik değişkenler | n (%) | Ort±SD |
|---|--------------------|-------------|---------------|
| Yaş | | | 50.5±13.4 |
| Cinsiyet | Kadın | 162 (%64.0) | |
| | Erkek | 91 (%36.0) | |
| PSA başlangıç yaşı | | | 38.2±12.1 |
| PSO süresi | | | 20.5±11.9 yıl |
| Başlangıç | PSO Önce | 140 (%55.3) | |
| | PSA Önce | 32 (%12.6) | |
| | Eşzamanlı | 17 (%6.7) | |
| | PSO sine PSA | 1 (%0.4) | |
| | Belirlenemedi | 63(%25) | |
| PSA Tip | Oligo/monoartrit | 85(%33.6) | |
| | Spondilartropati | 52 (%20.5) | |
| | Poliartiküler | 63 (%24.9) | |
| | DIP tutulumlu | 12 (%4.7) | |
| | Belirlenemedi | 41(%16.3) | |
| Tutulan eklem sayısı | | | 3.62±1.98 |
| Artrit dışı tutulum | Entezit | 35 (%13.8) | |
| | Daktilit | 16 (%6.3) | |
| | Tenosinovit | 173 (%68.4) | |
| | Diğer/bilinmiyor | 29 (%11.5) | |
| CRP (başlangıç) (mg/L) | | | 12.1±28.7 |
| Eritrosit sedimentasyon hızı (mm/s) (başlangıç) | | | 26.6±23.9 |
| Metotreksat | | 197 (%77.9) | |
| Leflunomid | | 25 (%9.9) | |
| Sülfasalazin | | 59 (%23.3) | |
| Hidroksiklorokin | | 8 (%3.2) | |
| Diğer | | 1 (%0.4) | |

Sonuç: Kliniğimizde izlenen PsA hastalarının yaklaşık üçte birinde biyolojik tedavi başlanması gerekmiştir. Bu dönemde ülkemizde sadece TNF inhibitörleri temin edilebilmiştir. Bu hastaların yarısından fazlasında etanersept tercih edilmiştir. Devam oranı en yüksek anti-TNF adalimumab (%83) olurken ortalama kullanım süresi en uzun olan etanersept olmuştur. Takip

edilen hastalarda ciddi enfeksiyon veya malignite olmamıştır. TNF inhibitörlerinin PsA'da etkililik ve güvenilirliği hastaların önemli bir bölümünde kabul edilebilir düzeyde olmakla birlikte yeni tedavilere ihtiyaç vardır.

Anahtar sözcükler: Psoriyatik artrit, biyolojik, CASPAR, psoriasis

Tablo 2 (PS-094): Hastalarda kullanılan biyolojik ajanlar ve tedavi yanıtlarının karşılaştırılması.

| Biyolojik ajan | n (%) | Süre (ay) (Ort±SD) | Süre (ay) (Median) | Min-Max (ay) | Tedaviye yanıt n (%) |
|----------------|------------|--------------------|--------------------|--------------|---|
| Etanersept | 45 (%53) | 64.7±44.6 | 54.00 | 8-156 | Olumlu yanıt ...28 (%62.2) Yanıtız6 (%13.3) Diğer 11 (%24.5) |
| Infliksimab | 13 (%15.3) | 54.8±39.3 | 48.00 | 3-120 | Olumlu yanıt....8 (%61.5) Yanıtız 2 (%15.4) Diğer.....3 (%23.1) |
| Adalimumab | 18 (%21.2) | 47.8±42.7 | 30.00 | 3-132 | Olumlu yanıt . 15(%83.3) Yanıtız 2 (%11.1) Diğer 1 (%5.6) |
| Sertolizumab | 6 (%7) | 22.2±14.6 | 24.00 | 3-36 | Olumlu yanıt3 (%50) Diğer2 (%33.3) Yanıtız 1 (%16.7) |
| Golimumab | 3 (%3.5) | 22.6±14.0 | 24.00 | 8-36 | Olumlu yanıt ...2 (%66.6) Yanıtız 1 (%33.3) |

PS-095

Romatoid artrit hastalarında serum nefatin seviyeleri artmıştır ve romatoid faktör ile anti-siklik sitriline peptid antikorları ile ilişkilidir

Sercan Gücenmez, Önay Gerçik, Gökhan Kabadayı, Mustafa Özmen, Ahmet Toygar Kalkan, Servet Akar

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Amaç: Önceleri pre-B hücre koloni geliştirme faktörü olarak bilinenevisfatin, adipositler, makrofajlar ve nötrofillerle üretilir. Romatoidartrit (RA) hastalarında dolaşımdaki visfatin seviyelerinin anlamlı seviyede yükseldiği ve hastalık aktivitesi ile pozitif korelasyon gösterdiği ileri sürülmüştür. Nesfatin ilk olarak hipotalamustan salgılanan anoreksijenik bir molekül olarak tanımlanmıştır, bununla birlikte adipositler, gastrik mukoza ve pankreastan da salgılanır. Yakın zamandaki çalışmalar nefatinin anti-inflamatuvar bir molekül olduğunu ve kardiyovasküler riski azalttığını göstermiştir. Buna rağmen, RA hastalarında serum nefatin seviyeleri daha önce değerlendirilmemiştir. Bu nedenle, bu çalışmanın amacı RA hastalarında serum nefatin seviyelerini değerlendirmek ve sağlıklı kontroller ile karşılaştırmaktır.

Yöntem: 2010 ACR/EULAR kriterlerine göre tanı almış toplam 69 RA hastası [58 kadın (%84); ortalama yaş: 49.8±10.2] ve 50 sağlıklı kontrol [40 kadın (%80); ortalama yaş: 46.5±8.7] çalışmaya dahil edildi. Serum nefatin ve visfatin seviyeleri ELISA kitleri ile belirlendi. Hastalığa ilişkin bilgiler yanında karotidintima-media kalınlığı ve HOMA skorları gibi veriler de toplandı.

Bulgular: Beklendiği üzere serum CRP seviyeleri RA hastalarında kontrollere göre daha yüksek bulundu (sırasıyla 1.1±1.7 ve 0.3±0.2 mg/dL; p<0.001). Romatoid faktör (RF) 43 hastada (%62), anti-siklik sitrilinepeptid antikor (anti-CCP) 49 hastada (%71) pozitif. Kontrollere göre RA hastalarında visfatin seviyeleri yüksek olma eğiliminde olmasına rağmen bu fark anlamlı bir seviyeye ulaşmadı (sırasıyla 2.7±2.8 ve 2.5±1.4 ng/mL; p=0.288). Çalışma grubumuzda serum nefatin seviyeleri RA hastalarında anlamlı derecede yüksekti (sırasıyla 95.9±170.2 ve 35.0±60.1 pg/mL; p<0.001). Serum nefatin seviyeleri ile RF (r=0.327; p=0.002) ve anti-CCP (r=0.282; p=0.007) pozitifliği

arasında ilişki idi. Bununla birlikte, serum nefatin veya visfatin seviyeleri ile yaş, cinsiyet, hastalık aktivitesi belirteçleri (CRP, ESR, DAS-28), karotid intima-media kalınlığı ve HOMA skorları arasında korelasyon bulunmadı.

Bulgular: Bu çalışmanın sonuçları RA hastalarında serum nefatin seviyelerinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu göstermektedir. Nesfatin RA için bir yatınlık ve/veya şiddet ilişkili faktör olabilir. Ancak hastalık aktivitesi ile ilişkili görülmemektedir.

Anahtar sözcükler: Nesfatin, romatoid artrit, visfatin

PS-096

Enflamatuvar romatizmal hastalıklarda orijinal referans infliksimab ile karşılaştırılan biyobenzer infliksimabın (CT-P13) etkinliği ve ilaçta sağkalımı: TÜRK-BİO veritabanı

Sadettin Uslu¹, Gerçek Can¹, Soner Şenel², Ediz Dalkılıç³, Nevsun İnanç⁴, Sinem Burcu Kocaer¹, Servet Akar⁵, Merih Birlik¹, Sedat Çapar⁶, Nurullah Akkoç⁷, Fatoş Önen¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; ²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri; ³Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa; ⁴Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; ⁵İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; ⁶Dokuz Eylül Üniversitesi, İstatistik Bölümü, İzmir; ⁷Serbest Doktor, İzmir

Amaç: Biyobenzer infliksimab (CT-P13), 2013 yılından buyana romatoid artrit (RA), ankilozan spondilit (AS) ve psoriyatik artrit (PsA) hastalarını tedavi etmek için Türkiye’de kullanılmaktadır. Bu çalışmanın amacı; TÜRK-BİO veritabanına ait inflamatuvar romatizmal hastalıkları olan hastalarda kullanılan biyobenzer infliksimab ile orijinal referans infliksimabı (inf) karşılaştırmak.

Yöntem: Haziran 2013–Ocak 2017 tarihleri arasında TÜRK-BİO veri tabanına kaydedilen, RA, SpA, PsA ve diğer hastalık nedeni ile CT-P13 ve orijinal infliksimab alan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik bilgileri, laboratuvar parametreleri ve hastalık indeksleri toplandı (başlangıç ve 6. ve 12. ay). İlaç sağkalım modellerini incelemek için Kaplan-Meier sağkalım eğrilerini kullandık (Şekil PS-096).

Bulgular: Toplamda 614 hastanın verileri analiz edildi (Tablo 1 PS-096). Her tedavi grubunun analizi yaş, cinsiyet ve tanıya göre

Tablo (PS-096): CT-P13 ve referans infliksimab alan gruplarının demografik özellikleri.

| | CT-P13 (n=111) | İnfliksimab (n=503) | P değeri |
|-------------------------|----------------|---------------------|----------|
| Yaş ortalama | 44.37 | 45.68 | 0.350 |
| Cinsiyet (Kadın), n (%) | 74 (65.49) | 241 (47.25) | <0.001 |
| RA, n (%) | 17 (15.32) | 5 (10.74) | 0.229 |
| K, n (%) | 14 (82) | 44 (81) | 1.000 |
| AS+NraxSpa, n (%) | 80 (72.07) | 334 (66.40) | 0.297 |
| K, n (%) | 50 (63) | 140 (42) | 0.001 |
| PsA n (%) | 7 (6.31) | 39 (7.75) | 0.745 |
| K, n (%) | 4 (57) | 25 (64) | 1.000 |
| Diğer, n (%) | 7 (6.31) | 76 (15.11) | 0.021 |
| K, n (%) | 4 (57) | 29 (38) | 0.563 |

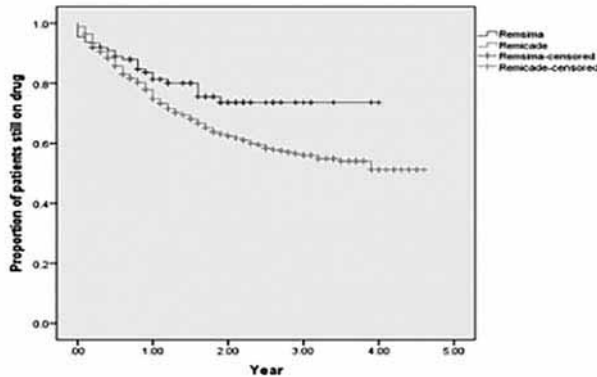
yapıldı. Her iki grupta hastaların çoğu aksiyel SpA tanılıydı, bunu RA, PsA ve diğer hastalıklar takip etti. CT-P13 kullananlarda kadın baskınlığı vardı. RA ve PsA'lı hastalarda CT-P13 grubunda başlangıç DAS28 skorları daha yüksek bulundu. SpA hastalarındaki bazal ASDAS-CRP ve tüm hastalardaki bazal CRP değerleri her iki grupta benzerdi (Tablo 2 PS-096). 6. aydaki ortalama CRP ve 12. aydaki ortalama ASDAS skorları orijinal infliksimab alan grupta daha yüksekti. Aksiyel SpA hastalarında orijinal infliksimab alan grupta erkek oranı yüksekti, fakat 12. ay ASDAS sonuçlarını istatistiksel olarak etkilemedi. Veri tabanı analizinin sonuçları, 4. yılda CT P13'ün ilaç sağkalım oranının (%78.4) orijinal infliksimabtan (%63.6) daha yüksek olduğunu göstermiştir. Dört yıllık izlemde, etkisizlik (CT P13;n=13 54.16%, inf; n=89 41.58%) ve yanetki (CTP13; n=8 33.33%, inf; n=43 20.09%) nedeniyle her iki grupta ilaç çekilmesi gözlemlendi. CTP13 grubunda 6 hastada orijinal infliksimabtan biyobenzer geçiş ve 20 hastada öncesinde ≥ 1 biyolojik ilaç kullanımı vardı.

Tablo 2 (PS-096): Başlangıç ve 6.–12. ay hastalık aktivitesi izlemleri.

| | CT-P13 | Infliksimab | P |
|------------------------|--------|-------------|------------------|
| DAS28, ortalama | | | |
| Başlangıç | 3.95 | 3.47 | 0.007 |
| 6. ay | 2.54 | 2.27 | 0.385 |
| 12. ay | 2.18 | 2.17 | 0.959 |
| CRP, (mg/L) | | | |
| Başlangıç | 21.00 | 21.82 | 0.818 |
| 6. ay | 4.6 | 13.9 | <0.001 |
| 12. ay | 10.52 | 9.97 | 0.889 |
| ASDAS, ortalama | | | |
| Başlangıç | 3.47 | 3.31 | 0.280 |
| 6. ay | 1.57 | 1.90 | 0.093 |
| 12. ay | 1.23 | 1.87 | 0.008 |

Sonuç: Bu çalışmanın sonucunda biyobenzer CT-P13'ün uzun süreli daha yüksek ilaç sağkalım oranını göstermiştir. Ayrıca, CT-P13'ün hastalık aktivitesi üzerindeki etkinliğinin, inflamatuar romatizmal hastalıkları olan hastalarda orijinal infliksimab ile benzer olduğunu ileri sürmüştür.

Anahtar sözcükler: Biyobenzer infliksimab (CT-P13), romatoid artrit (RA), ankilozan spondilit (AS) ve psoriyatik artrit (PsA)



Şekil (PS-096): Kaplan-Meier biyobenzer infliksimab ve orijinal referans infliksimab sağkalım eğrisi (p<0.05).

PS-097

Leflunomid biyolojik DMARD'larla birlikte etkin şekilde kullanılabilir: TReasure gerçek yaşam verileri

Gezmiş Kimyon¹, Sedat Kiraz², İhsan Ertenli², Orhan Küçükşahin³, Ediz Dalkılıç⁴, Cemal Bes⁵, Nilüfer Alpay-Kanitez⁵, Timuçin Kaşifoğlu⁶, Hakan Emmungil⁷, Belkis Nihan Coşkun⁴, Burcu Yağız⁴, Süleyman Serdar Koca⁸, Muhammet Çınar⁹, Aşkın Ateş¹⁰, Servet Akar¹¹, Emine Duygu Ersöz¹², Veli Yazısız¹³, Şule Bilge Yaşar⁶, Müge Aydın Tufan¹⁴, Rıdvan Mercan¹⁵, Ömer Karadağ², Bahar Keleşoğlu¹⁰, Önay Gerçik¹¹, Burak Öz⁸, Zeynel Abidin Akar⁸, Sedat Yılmaz⁹, Ufuk İlgen⁷, Yavuz Pehlivan⁴, Ender Terzioğlu¹³, Levent Kılıç², Şükran Erten¹⁶, Seda Çolak⁹, Emre Tekgöz⁹, Koray Taşçılar¹⁷, Umut Kalyoncu²

¹Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Hatay; ²TReasure Kayıt Kütüğü Adına; ³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ⁴Ankara Liv Hospital, Romatoloji Kliniği, Ankara; ⁵Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa; ⁶Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; ⁷Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir; ⁸Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne; ⁹Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ; ¹⁰Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ¹¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ¹²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; ¹³Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, Adana; ¹⁴Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya; ¹⁵Adana Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Adana; ¹⁶Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ; ¹⁷Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ¹⁸İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Metotrexat ve leflunomid, romatoid artrit (RA) tedavisinde kullanılan temel konvansiyonel sentetik DMARD (csDMARD) ilaçlardır. Leflunomid biyolojik DMARD'larla birlikte kullanılabilen etkili bir tedavi seçeneğidir. Gerçek hayatta leflunomid'in tüm bDMARD'lar ile birlikte kullanımının etkinliğinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: TReasure, 2017 yılında 17 merkezin katılımıyla oluşmuş RA ve spondiloartrit hastalarının kaydedildiği, web tabanlı bir kayıt-kütüğüdür. Mayıs 2018 itibarıyla 1401 RA hastasının kaydı vardır. bDMARD'lara başlamadan önce yaş, cinsiyet, hastalık süresi, VKİ, başlangıç bDMARD'ları, akut faz reaktantları, şiş ve hassas eklem sayısı (28 eklem), HAQ-DI, hasta global aktivite değerlendirmesi, VAS-ağrı, DAS-28, CDAI ve SDAI kaydedilmektedir. bDMARD alan hastalar iki gruba ayrılmıştır. Grup 1 leflunomid (eş zamanlı diğer csDMARD kullanınsın veya kullanmasın) ve bDMARD kullanan hastalar, Grup 2 leflunomid dışı csDMARD ve bDMARD kombinasyonu kullanan hastaları içermektedir. Gruplar arasındaki farklar son vizitteki DAS-28 cevap oranlarına göre belirlenmiştir. Leflunomid'te kalım oranı Kaplan-Meier analizi ile hesaplanmıştır.

Bulgular: Toplamda 1401 hastanın 444'ü (%31.6) bDMARD ile birlikte leflunomid kullanmaktaydı. Demografik veriler ve başlangıç hastalık aktivitesi Tablo PS-097'de verilmiştir. Grup 1'de-

Tablo (PS-097): Demografik özellikler ve başlangıç hastalık aktivite değerleri.

| | Leflunamid ile bDMARD N=444 | Leflunamid kullanmayan bDMARD n=967 | P |
|-----------------------|--------------------------------|--|--------|
| Kadın n% | 368 (82.9) | 746 (78.0) | 0.033 |
| Yaş | 56 (48-63) | 53 (39-61) | <0.001 |
| Hastalık süresi (yıl) | 11 (7-18) | 8 (5-45) | <0.001 |
| Romatoid faktör (%) | 76.2 | 62.9 | <0.001 |
| Anti-CCP (%) | 66.8 | 59.7 | 0.36 |
| VKI | 29.0 (24.8-32.9) | 27.7 (24.1-32.1) | 0.003 |
| ESR | 36 (20.53) | 31 (16.53) | 0.038 |
| CRP | 17.6 (7.5-35.6) | 14.1 (6.3-39.9) | 0.11 |
| PtGA | 60 (50-80) | 70 (50-80) | 0.09 |
| Paim | 70 (50-80) | 70 (50-80) | 0.44 |
| HAQ-DI | 0.9 (0.50-1.35) | 0.9 (0.55-1.35) | 0.94 |
| SJC | 3 (2-5) | 3 (2-5) | 0.54 |
| TJC | 7 (4-10) | 6 (3-10) | 0.29 |
| CDAI | 28 (14-33) | 25 (14-31) | 0.33 |
| SDAI | 54 (33-68) | 45 (26-69) | 0.31 |
| DAS/28 | 4.81 (3.74-5.72) | 4.64 (3.55-5.76) | 0.26 |

Veriler medyan olarak verildi (Q1-Q3).

ki ilk bDMARD oranları; anti-TNF ilaçlar 275 (%61.9), abatacept 77 (%17.3), rituksimab 59 (%13.3), tofacitinib 20 (%4.5) ve tocilizumab 13 (%2.9) idi. İlk vizit'te leflunomid ile csDMARD kombinasyon oranları hidroksiklorokin [266 (%59.9)], metotrekstat [83 (%18.7)] veya sulfasalazin [67 (%15.1)] idi. Leflunomid ile tedavinin süresi medyan (Q1-Q3) 28 (7-54) aydı. Son vizit'te grup 1 ve grup 2 için DAS-28 aktivitesi sırayla; yüksek %8.8 vs 8.5, orta %36.7 vs 33.3, düşük %20.2 vs 18.0 ve remisyon %34.3 vs 40.1 idi (p=0.31). Son vizit'te medyan (Q1-Q3) DAS-28 skoru gruplar arasında anlamlı olarak farklı değildi [3.05 (2.31-3.96) vs 2.86 (2.18-3.82), p=0.11]. bDMARD ile birlikte leflunomid kullanımının beş yıllık ilaçta kalımı yaklaşık %80 idi (Şekil PS-097).

Sonuç: Leflunomid, RA biyolojik kayıt-kütüğümüzdeki major csDMARD'lardan birisidir. Hem anti-TNF hem de diğer biyolojiklerle kombine kullanımı ile diğer cDMARD'lara benzer etkinlik sağlanabilmektedir. Önemli olarak leflunomid'i bDMARD'lar ile kombine ettiğimizde leflunomidin devam oranı oldukça yüksektir.

Anahtar sözcükler: Biyolojik tedavi, leflunomid, romatoid artrit

PS-098

Romatoid artritli hastalarda remisyon ve remisyon dışı dönemde hemogram değişiklikleri

Yunus Emre Özer¹, Emel Gönüllü², Ünal Erkorkmaz³

¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sakarya; ²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya; ³Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Sakarya

Amaç: Romatoid artrit poliartrikuler ve ekstraartikuler tutulumla karakterize kronik sistemik otoimmün bir hastalıktır. Heterojen gidişli bu hastalıkta klinik takibin yanı sıra halen güvenilir laboratuvar tetkiklere ihtiyaç duyulmaktadır. Hastalık aktivite skorlarında eritrosit sedimentasyon hızı ve C reaktif protein değerlerinden yararlanılmaktadır. Buradaki çalışmada, saatlik eritrosit sedimentasyon hızı ve CRP yüksekliği ve eklem yakınmaları olan hastalarla, eritrosit sedimentasyon hızı ve CRP düzeyleri normal olup eklem yakınmaları olmayan hastalarda eşlik eden eş zamanlı hemogram anormallikleri arasında farklılık araştırılmıştır.

Tablo (PS-098): Romatoid artritli hastalarda remisyon ve remisyon dışı dönemlerde hemogram değişiklikleri.

| | n | Remisyon | Remisyon Dışı Dönem | p |
|--------------------------------------|----|---------------------------|---------------------------|--------|
| Saatlik eritrosit sedimentasyon hızı | 41 | 18.00 (12.00-22.00) | 49.00 (37.00-70.00) | <0.001 |
| CRP | 40 | 3.23 (3.13-3.52) | 18.30 (11.90-38.00) | <0.001 |
| RDW (Red Cell Distribution Width) | 41 | 16.70 (15.90-17.90) | 16.90 (15.70-19.60) | 0.979 |
| MPV (Mean Platelet Volume) | 39 | 7.49 (6.62-8.12) | 7.15 (6.46-8.05) | 0.040 |
| PDW (Platelet Distribution Width) | 39 | 17.60 (16.90-18.50) | 17.50 (17.00-18.40) | 0.768 |
| Nötrofil | 41 | 4580.00 (3250.00-6220.00) | 5120.00 (3710.00-6710.00) | 0.641 |
| Lenfosit | 41 | 2140.00 (1570.00-2830.00) | 1790.00 (1470.00-2640.00) | 0.006 |
| Nötrofil/lenfosit | 41 | 1.94 (1.55-2.79) | 2.53 (1.75-3.78) | 0.021 |

Yöntem: Çalışmaya 116 hasta dahil edildi ve sağlıklı veriler değerlendirilmeye alındı. Hastaların 37'si erkek, 79'u kadını idi. Erkek hastaların yaş ortalaması 56.59±14.95, kadın hastaların ise 54.34±14.86 idi. Tüm hastaların ortalama yaşı ise 55.06±14.86 idi. Çalışmada kullanılan tüm sürekli değişkenlerin dağılımı normal dağılıma uygun olmadığından dolayı remisyon ve atak dönemlerinde hematolojik değişkenler yönünden farklılığın incelenmesinde Wilcoxon T testi kullanıldı.

Bulgular ve Sonuç: RA hastalarının remisyon ve atak dönemleri arasında hematolojik değişkenler yönünden yapılan karşılaştırmalarda MPV, Lenfosit ve Nötrofil / Lenfosit oranı yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Diğer değişkenler yönünden ise anlamlı fark bulunmadı (Tablo PS-098).

Anahtar sözcükler: Romatoid artrit, hemogram

PS-099

Romatoid artrit hastalarının işlevsellik, yetiyitimi ve sağlığın uluslararası sınıflandırılması kapsamında değerlendirilmesi: Pilot çalışma

Bahar Dernek

İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Romatoid artrit (RA), dünyada ve ülkemizde sık rastlanılan kronik enflamatuvar hastalıklardan biridir. Özellikle eklemeleri tutması yanında sistemik bulgulara da yol açması mortalite ve morbidite açısından oldukça önemlidir. Bu durum, hastalarda işlevsellik-fonksiyonellik ve yetiyitimi alanlarında çeşitli bozukluklara yol açabilmektedir. Hastaların, primer hastalığın medikal tedavisi yanında, ortaya çıkan problemlerin çözümü için genel, ayrıntılı değerlendirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması, ICF (International Classification Of Functioning Disability And Health) kapsamında oluşturulmuş ICF Çekirdek Dizisi (ICF Core Set), bireyin fonksiyonelliği ve yetiyitimi hakkında bilgi sağlamak ve bu bilgileri kaydetmek açısından pratik bir değerlendirme aracıdır. Elde edilen bilgi olgu kayıtlarının tutulması için özetlenebilir niteliktedir (örneğin klinik pratikte veya sosyal hizmetlerle ilgili durumlarda). Bu çalışmada amacımız RA'lı hastalarda sık rastlanılan sağlık sorunlarının ICF kapsamında değerlendirilmesidir.

Yöntem: Çalışmamız, prospektif, kesitsel bir ön çalışma olarak planlanmıştır. Çalışma için Ağustos 2017–Mart 2018 tarihleri arasında fiziksel tıp ve rehabilitasyon polikliniğine başvuran yeni tanı konulmuş RA hastalarına 16 ayrı kategoride (vücut işlevleri için 6, etkinlikler ve katılım için 8 ve çevresel faktörler için 2 kategori) hastaların değerlendirilmesini sağlayan ICF Çekirdek Dizisi uygulandı. ICF içeriğinde yer alan yapısal faktörler görüntüleme tekniklerini gerektirdiğinden çalışma kapsamına alınmadı.

Bulgular: Çalışmaya alınan kadın hasta sayısı 103 (%76.9), erkek hasta sayısı 31 (%23.1) idi. Vücut işlev bozukluklarına baktığında orta ve ciddi bozukluk tespit edilen durumlar b280 (ağrı), b455 (egzersiz toleransı), b710 (eklem mobilitesi), b730 (kas kuvveti), b780 (kas hareket algısı) olarak belirlendi. Etkin-

likler ve katılım açısından yapılan değerlendirmede d230 (günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme), d410 (yer değiştirme), d440 (el kullanımı), d450 (yürüme), d850 (işe başlama) alanlarında orta ve ciddi düzeylerde problemler tespit edildi.

Sonuç: Çalışmamız RA'lı hastalardaki işlevsellik ve yetiyitiminin genel değerlendirilmesine olanak sağlamış ve sorunlarının kısa sürede özetlenmesine yardımcı olmuştur. Hastaların genel tedavisinin düzenlenmesinde belirlenen sorunların tek tek aydınlatılmasının ve çözümünün hastanın yaşam kalitesini artıracığı kanaatindeyiz.

Anahtar sözcükler: Romatoid artrit, işlevsellik ve yetiyitimi, ICF

PS-100

Romatoid artritli hastalarda metabolik ve kardiyovasküler risk faktörleri ile hastalık aktivitesi arasındaki ilişki

Seda Çolak¹, Sevinç Can Sandıkcı¹, Duygu Tecer², Tülay Omma³, Ahmet Omma¹

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara; ²Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Şanlıurfa; ³Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği, Ankara

Amaç: Romatoid artrit (RA), sinoviyal inflamasyon, kırıkarak harabiyeti ve eklemelerde deformite ile seyreden kronik, inflamatuvar, otoimmün bir hastalıktır. Kardiyovasküler (KV) hastalıklar RA hastalarında önemli mortalite nedenleri arasındadır. Bu çalışmada RA hastalarında hastalık aktivitesi ile artmış metabolik ve KV riskler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 2010 ACR/EULAR kriterlerine göre tanı almış toplam 198 RA hastası dahil edildi. Hastalık aktivitesi; Hastalık Aktivite Skoru-28 (DAS28), Klinik Hastalık Aktivite İndeksi (CDAI) ve Basitleştirilmiş Hastalık Aktivite İndeksi (SDAI) ile değerlendirildi. Metabolik sendrom (MetS) varlığını değerlendirmek için NCEP -ATP III (National Cholesterol Education Program - Adult Treatment Panel III) kriterleri, visceral obeziteyi değerlendirmek için Visceral yağ doku indeksi (Visceral Adiposity Index (VAI)) ve Lipid akümülyasyon ürünü indeksi (Lipid Accumulation Product Index (LAPI)), bel çevresi-trigliserit indeksi (Waist circumference trygliseride index (WTI)) kullanıldı. KV riski değerlendirmek için plazma aterosklerotik indeks (The Atherogenic Index of Plasma (AIP)), aterosklerotik katsayısı (Atherogenic Coefficient (AC)) ve Castelli risk indeksi 1 ve 2, 10 yıllık KV risk tahmini değerlendirilmesi için Framingham risk skoru ve Sistemik Koroner Risk Değerlendirme İndeksi (Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE)) hesaplandı.

Bulgular: Hastaların kadın/erkek oranı 143 (%72.2) / 55 (%27.8), yaş ortalaması 54.59±11.48 idi. Hastalık süreleri 8.62±7.30 yıldır. 42 hasta (%21.2) sigara kullanıyordu. 90 (%45.5) hastada MetS saptandı. Hastaların demografik ve klinik verileri ve hastalık aktivite oranları Tablo 1 ve 2 PS-100'de özetlendi. Hastalık aktivitesi ile metabolik ve KV indeksler arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Aynı zamanda MetS olan ve olmayanlar arasında hastalık aktivite açısından fark bulunmadı.

Tablo 1 (PS-100): Hastaların demografik ve klinik verileri.

| | |
|-----------------------------|------------------------|
| Yaş | 54.59±11.48 |
| Kadın/Erkek | 143 (72.2) / 55 (27.8) |
| Hastalık süresi (yıl) | 8.62±7.30 |
| Boy (cm) | 161.54±8.90 |
| Kilo (kg) | 76.07±13.42 |
| VKI (kg/m ²) | 29.23±5.16 |
| Sigara kullananlar | 42 (21.2) |
| LAP | 63.65±41.90 |
| VAI | 2.06±1.33 |
| AIP | 0.34±0.24 |
| AC | 2.63±1.01 |
| Castelli risk indeksi 1 | 3.63±1.01 |
| Castelli risk indeksi 2 | 2.12±0.78 |
| TG/HDL oranı | 2.57±1.52 |
| Diabetes mellitus | 39 (15.2) |
| Dislipidemi | 18 (9.1) |
| Hipertansiyon | 73 (36.9) |
| Metabolik sendrom | 90 (45.5) |
| Romatoid faktör pozitifliği | 125 (63.1) |
| Anti-CCP pozitifliği | 129 (65.2) |
| ESH | 20.27±15.95 |
| CRP | 9.72±12.91 |
| DAS28 | 3.25±1.22 |
| SDAI | 12.69±8.50 |
| CDAI | 10.84±7.93 |

Tablo 2 (PS-100): Hastalık aktivitesi oranları.

| | DAS28 | SDAI | CDAI |
|--------------------------------|---------|---------|---------|
| Remisyon n/% | 63/31.7 | 29/14.6 | 32/16.2 |
| Düşük hastalık aktivitesi n/% | 37/18.7 | 64/32.3 | 73/36.9 |
| Orta hastalık aktivitesi n/% | 77/38.9 | 91/46 | 72/36.4 |
| Yüksek hastalık aktivitesi n/% | 21/10.6 | 14/7.1 | 21/10.6 |

Sonuç: Romatoid artrit hastalarında artmış inflamasyon, bozulmuş lipid profili ve aldığı tedaviler hem vücut kompozisyonunda değişikliğe yol açarak yağ dokudaki artıştan hem de aterosklerozu hızlandırarak KV riskin artışından sorumlu tutulmaktadır.

dır. Bununla birlikte, bu çalışmada hastalık aktivitesi ile KV risk artışı ve metabolik parametreler arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Ancak çalışmadaki hastaların çoğu remisyon ve düşük hastalık aktivitesine sahipti. Bu verilerin doğrulanması için daha geniş hasta grubunda yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar sözcükler: Romatoid artrit, kardiyovasküler risk, hastalık aktivitesi

PS-101

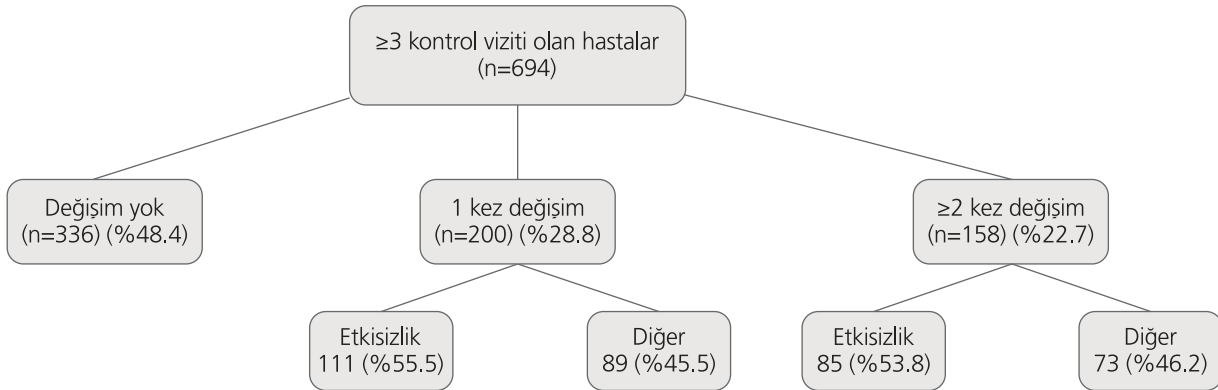
Biyolojik tedavi alan, düzenli takibi olan ra hastalarında her şey yolunda mı? HÜR-BİO gerçek yaşam verileri

Alper Sarı, Levent Kılıç, Berkan Armağan, Abdulsamet Erden, Kübra Gözde Yardımcı, Ali Akdoğan, Ömer Karadağ, Şule Apraş Bilgen, Sedat Kiraz, İhsan Ertenli, Umut Kalyoncu
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Biyolojik DMARD'lar (bDMARD) romatoid artrit (RA) tedavisinde kanıtlanmış etkinliğe sahip olsa da pratikte hastaların bir kısmı birden fazla bDMARD'a yetersiz cevap vermektedir. Bu çalışmanın amacı tek merkezli bir biyolojik veritabanına kayıtlı RA hastalarında ≥ 2 kez bDMARD kullanım sıklığının ve hastaların klinik özellikleriyle ilişkisinin belirlenmesidir.

Yöntem: Hacettepe Üniversitesi Romatoloji Biyolojik Kayıt Sistemi (HÜR-BİO), Mayıs 2018 itibarıyla 1609 RA hastasının kayıtlı olduğu tek merkezli bir biyolojik kayıt sistemidir. Demografik ve klinik özellikler, bDMARD tipi (TNF inhibitörleri, rituksimab, abatacept, tosilizumab ve tofasitinib), hastalık aktivitesi (DAS-28) ve fonksiyonel disabilite durumu ilk vizitte ve kontrol vizitlerinde kaydedilmektedir. En az 3 kontrol viziti olan 694 RA hastası analize alındı. İki veya daha fazla biyolojik bDMARD değişimi için olası bazal demografik ve klinik risk faktörleri tek ve çok değişkenli analizlerle değerlendirildi.

Bulgular: Yüz elli sekiz (%22.7) hastada herhangi bir nedenle ≥ 2 kez bDMARD değişimi yapılmıştı. Bu grup içerisindeki hastaların %40.5, %39.2, %15.1, %3.8 ve %0.6'sı sırasıyla 3, 4, 5, 6 ve 7 farklı bDMARD ile tedavi edilmişti. Hastaların bDMARD değişim sayısı ve nedenlerine göre dağılımı Şekil PS-101'de veril-

**Şekil (PS-101):** Hastaların bDMARD değişim sayısı ve nedenlerine göre dağılımı.

miştir. Hastaların bazal demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri Tablo PS-101’de özetlenmiştir. Çok yönlü analizde takip süresinin uzunluğu (OR: 1.21, 95%GA: 1.06–1.37) ve romatoid faktör (RF) negatifliği ≥ 2 kez bDMARD değişimi için risk faktörü olarak bulundu. Primer ya da sekonder etkisizliğe bağlı olarak ≥ 2 kez bDMARD değişimi yapılan hastalar (n=85) ile hiç değişim yapılmayan hastaları içeren alt grupta analizler tekrarlandı. Tek değişkenli analizde ≥ 2 kez bDMARD değişimi yapılan hastaların daha genç (46.2 (11.3)’e karşın 49.5 (11.9), p=0.02), daha fazla şiş eklem sayısına sahip (3.8 (2.5) vs 2.9 (2.5), p=0.04) ve daha uzun takip süresine sahip olduğu bulundu (6.3 (3.9) vs 4.0 (2.6), p<0.001). Çok değişkenli analizdeyse ≥ 2 kez bDMARD değişimi için bir risk faktörü gösterilemedi.

Tablo (PS-101): Hastaların bazal demografik ve klinik özellikleri.

| | ≥ 2 değişim (n=158) | <2 değişim (n=536) | P |
|--|-----------------------------|-----------------------|--------|
| Kadın n (%) | 134 (84.8) | 422 (78.7) | 0.09 |
| Yaş, yıl | 45.8 (12.2) | 49.4 (11.9) | 0.001 |
| Hastalık süresi, yıl | 7.6 (7.3) | 7.6 (7.4) | 0.96 |
| Takep süresi, yıl | 6.6 (3.8) | 4.5 (2.9) | <0.001 |
| RF (+), n (%) | 93/155 (60.0) | 354/522 (67.8) | 0.07 |
| Anti-CCP (+), n (%) | 239/380 (62.8) | 65/108 (60.1) | 0.60 |
| Vucut Kitle indeksi, kg/m ² | 29.4 (6.8) | 29.5 (5.7) | 0.92 |
| Eritrosit sedimentasyon hızı, mm/h | 38.0 (25.6) | 38.0 (25.9) | 0.97 |
| Creaktif protein, mg/Dl | 3.4 (4.3) | 3.4 (5.3) | 0.99 |
| DAS 28 | 5.1 (1.0) | 5.1 (2.6) | 0.74 |
| Şiş eklem sayısı, n | 4 (2.5) | 3 (2.4) | 0.008 |
| Hassas eklem sayısı, n | 7.5 (4.4) | 6.4 (4.2) | 0.07 |
| HAQ-DR | 1.09 (0.65) | 1.00 (0.62) | 0.32 |

Tüm rakamlar ortalama (standart sapma) olarak verilmiştir.

Sonuç: Kohortumuzda saptanan ≥ 2 kez bDMARD değişimi sıklığı RA tedavisinde halen karşılanmamış bir ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Romatoid faktör negatifliği RA hastalarında çoklu bDMARD kullanımı için risk faktörü olabilir. Bu çalışmada düzenli takibe gelen ve en az 3 kontrol viziti olan hastalar analiz edilmiştir, düzenli takibi olmayan hastalarda mevcut durum daha da kötü olabilir.

Anahtar sözcükler: Romatoid artrit (RA), biyolojik DMARD, TNF inhibitörleri (TNFi)

PS-102

Romatoid artritde tofasitinib deneyimi

Özlem Pehlivan¹, Sibel Serin², Ezgi Ersoy Yeşil²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; ²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Romatoid artrit (RA) eklemlerde yaygın ve simetrik kronik inflamasyonla karakterize sistemik otoimmün bir hastalıktır. RA tedavisinde hedefimiz, hastalarda oluşacak eklem erozyonlarını ve bu erozyonların yol açacağı fonksiyonel kısıtlılıkları önlemektir. RA tedavisinde kullanılmakta olan biyolojik has-

talığı modifiye edici ilaçlar’ın parenteral yolla uygulaması daha zor olabileceğinden, etkili oral tedavilerin geliştirilmesi gerekmektedir. Janus kinaz (JAK) enzimini inhibe eden tofasitinib bu amaçla üretilen ilk oral, non-biyolojik ‘hastalığı modifiye edici ilaç’tır. Bu çalışmamızda polikliniğimizde RA’lı tofasitinib tedavisi alan hastaların verilerini sunmayı amaçladık.

Yöntem: Polikliniğimizde 2010 ACR kriterleri ile RA tanısı almış, konvansiyonel sentetik DMARD tedavisine dirençli hastalık aktivitesi nedeni ile tofasitinib tedavisi alan 20 RA hastasının verileri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Hastaların RF, anti-CCP, ANA, sedimentasyon, CRP, DAS28 skorları, hasta global VAS, HAQ skoru, ağrılı ve şiş eklem sayısı, lipid parametreleri, Hb, Hct, lökosit değerleri kaydedildi. Hastaların %85’i kadın, ortalama yaşları 55.8 di. Toplam hastalık süreleri 9.7 yıldı. %65 RF pozitif, %80 Anti CCP pozitif. Hastanın tofasitinib tedavi öncesi ve sonrası son visitleri arasında değerlendirme yapıldı. DAS28, HAQ, VAS, şiş ve ağrılı eklem sayısı, sedimentasyon ve CRP değerlerinde anlamlı olarak düşme saptandı. T. kolesterol, LDL ve HDL değerleri anlamlı olarak artış saptandı. Hb ve hct değerlerinde anlamlı farklılık saptanmadı. Tofasitinib tedavisi öncesi tüm hastalar metotrexate ve steroid, hastaların %65’i leflunamid, %60’ı hidroklorokin, %30’u sülfasalazin kullanmıştı. Tofasitinib tedavi sonrasında monoterapi alan hasta %30, metotrexate ile kombinasyon %40 saptanmıştır. Tofasitinib ortalama kullanım süresi 14 aydır. İlk biyolojik olarak tofasitinib kullanımı %60, öncesinde 1 biyolojik ajan kullanımı %30, Öncesinde 3 biyolojik kullanımı %10 olarak tespit edilmiştir.

Sonuç: Tofasitinib primer olarak JAK1 ve JAK3, daha az olarak ise JAK2’yi inhibe eden hedefe yönelik sentetik ‘hastalık modifiye edici ilaç’dır. Tofasitinib etkisini RA’lı hastalarda T hücre ve diğer lökosit fonksiyonlarını azaltarak sinoviyal inflamasyon ve yapısal eklem hasarı azaltılmış olur. Sonuç olarak, tofasitinib RA’da etkili ve güvenilir oral bir tedavi seçeneğidir.

Anahtar sözcükler: Romatoid artrit, tofasitinib

PS-103

Bilişsel egzersiz terapi yaklaşımı ölçeğinin romatoid artrit tanısı alan bireylerde geçerliği, güvenilirliği ve duyarlılığının belirlenmesi

Fatma Birgül Oflaz¹, Nur Banu Karaca¹, Aykut Özçadircı¹, Gamze Arın¹, Jale Karabulut², Abdulsamet Erden³, Sedat Kiraz³, Berkan Armağan³, Levent Kılınç³, Şule Apraş Bilgen³, Edibe Ünal¹

¹Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Ankara; ²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara; ³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Romatoid artritli (RA) bireylerin non-farmakolojik tedavilerinde hem biyopsikosozyal yaklaşımlar önerilmekte, hem de biyopsikosozyal değerlendirme araçlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışma romatizmalı bireyler tarafından geliştirilen ve biyopsikosozyal bir değerlendirme sunan Bilişsel Egzersiz Terapi Yaklaşımı (BETTY) ölçeğinin RA’lı bireylerde geçerlik, güvenilirlik ve duyarlılığının belirlenmesi amacıyla planlandı.

Yöntem: Çalışmaya 150 birey dahil edildi. BETY ölçeğinin geçerliği için, Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ), Romatoid Artrit Yaşam Kalite Ölçeği (RAQoL), Kısa Form-36 (SF-36) ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası (HADS-A, HADS-D) ölçekleri kullanıldı. Ölçek güvenilirliği için test-tekrar test kullanıldı ve sınıf içi güvenilirlik katsayıları (ICC) hesaplandı. Ayrıca iç tutarlılık için Cronbach alfa katsayısına bakıldı. Ölçeğin duyarlılığı için rutin olarak ilaç tedavisi ve BETY eğitimine katılmakta olan RA'lı bireyler 3 ay sonra tekrar değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan bireylerin demografik bilgileri kaydedildi (Tablo PS-103). Ölçeğin geçerlik çalışmasında BETY ölçeğiyle RAQoL ($r=0.814$, $p<0.001$), HAQ ($r=0.609$, $p<0.001$), HADS-A ($r=0.636$, $p<0.001$), HADS-D ($r=0.571$, $p<0.001$), SF-36'nın alt parametreleri olan fiziksel nedenlere bağlı rol güçlüğü (FRG), emosyonel nedenlere bağlı rol güçlüğü (ERG), fiziksel fonksiyon (FF), sosyal fonksiyon (SF), ağrı (A) ve genel sağlık algısı (GSA) ($r=-0.413$ ile -0.596 arasında, $p<0.001$), mental sağlık (MS) ve vitalite (V) (sırasıyla; $r=-0.361$, $p<0.001$; $r=-0.375$, $p<0.001$) arasında korelasyon bulundu. Güvenirlik için 1 hafta sonraki ölçümlerde yüksek ilişki bulundu ($r=0.834$, $p<0.001$), ICC (0.833, $p<0.001$) ve Cronbach alfa katsayısı (0.937) yüksekti. Ölçeğin duyarlılığı için BETY ölçeği ve RAQoL ($r=0.619$, $p<0.001$), HADS-A ($r=0.451$, $p=0.012$), SF-36'nın emosyonel nedenlere bağlı rol güçlüğü (ERG), fiziksel fonksiyon (FF) ve vitalite (V) alt parametreleri (sırasıyla; $r=-0.550$, $p=0.002$; $r=-0.457$, $p=0.011$; $r=-0.373$, $p=0.042$) ve HAQ ($r=0.367$, $p=0.046$) arasında korelasyon bulundu.

Tablo (PS-103): Demografik bilgiler.

| | Ortalama (X̄) | Standart sapma (SS) | Min | Maks |
|--------------------------|---------------|---------------------|-------|-------|
| Yaş (yıl) | 50.65 | 9.38 | 30 | 60 |
| Boy (cm) | 160.75 | 7.88 | 140 | 188 |
| Kilo (kg) | 72.35 | 14.66 | 40 | 125 |
| VKI (kg/m ²) | 28.12 | 6.14 | 15.21 | 52.76 |
| Durasyon (yıl) | 13.31 | 11.27 | | 50 |

Sonuç: Bu çalışmayla BETY ölçeğinin RA'lı bireylerde geçerli, güvenilir ve uygulanan tedavinin etkinliğine duyarlı bir değerlendirme aracı olduğu gösterildi. RA'lı bireylerin biyopsikososyal değerlendirilmeleri gerektiğinde, bu ölçeğin klinisyenler tarafından tercih edilebileceği düşünüldü.

Anahtar sözcükler: Romatoid artrit, Bilişsel Egzersiz Terapi Yaklaşımı ölçeği, geçerlik, güvenirlik, duyarlılık

PS-104

Romatoid artritli hastalarda tosilizumab etkinliği: Tek merkez deneyimi

Mehmet Emin Derin¹, Hande Emine Hardal², Ayşe Köroğlu³, Seda Yılmaz², Elif Müezzinoğlu³, Ali Şahin¹

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

Amaç: Romatoid artrit (RA) kronik, debilizan otoimmün bir hastalıktır. Son yıllarda tedavisinde oldukça gelişme sağlanmıştır. Tosilizumab IL-6 antagonisti olup RA'da kullanımını giderek artmaktadır. Çalışmamızın amacı kliniğimizde tosilizumab ile tedavi edilen RA'lı hastaların verilerini paylaşmaktır.

Yöntem: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi İç Hastalıkları Romatoloji BD'da Ocak 2017–Temmuz 2018 tarihleri arasında tosilizumab tedavi alan 42 hastanın dosyaları geriye dönük taranarak çalışma yürütüldü.

Bulgular: Çalışmaya toplam 42 hasta alındı. 34 hasta (%81) kadın, 8 hasta (%19) erkek idi. Hastalık takip süresi ortanca 3.5 aydı. Yaş ortanca 56 yıldır. 34 hastada (%81) Romatoid faktör (Rf) (+), 36 hastada (%85.7) Anti-CCP (+) saptandı. Tosilizumab başlamadan önce 18 hasta (%42) herhangi başka bir biyolojik tedavi almıştı. 24 hasta ise (%57.1) biyolojik tedavi almamıştı. Tosilizumab öncesi ortalama DAS 28 skoru:5.8 olarak saptandı. Tedavinin 3. Ayında ise ortalama DAS 28 skoru:3.7 olarak tespit edildi. Monoterapi olarak tosilizumab kullanan hasta sayısı 16 (%38.1), beraberinde DMARDs kullanan hasta sayısı ise 26 (%61.9) olarak saptandı. Her iki grupta 3. Ay DAS 28 skorları sırası ile 3.1, ve 2.9 olarak hesaplandı. Her iki gruptaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Tosilizumab tedavisi sırasında hiçbir hastada ciddi yan etki görülmedi.

Sonuç: RA tedavisinde Tosilizumab etkili ve güvenli bir şekilde kullanılmaktadır. Biz de kliniğimizde tosilizumab tedavisi ile oldukça başarılı sonuçlar aldığımızı göstermiş olduk.

Anahtar sözcükler: Romatoid artrit, tosilizumab

PS-105

Renal yetmezliği olan romatoid artrit hastalarında biyolojik tedavi kullanımı: Tek merkezli retrospektif çalışma

Burcu Yağız¹, Belkıs Nihan Coşkun², Yavuz Pehlivan¹, Ediz Dalkılıç¹

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa; ²İlker Çelikkın Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Bursa

Amaç: Romatoid artritli (RA) hastalarda böbrek yetmezliğinin etyolojisinde amiloidoz, ilaç nefrotoksitesisi, diabetes mellitus (DM), hipertansiyon (HT) gibi komorbiditeler dahil çeşitli nedenler bulunmaktadır. RA'lı hastalarda böbrek yetmezliği primer hastalığın yönetimini kısıtlayabilir ve mortaliteyi artırabilir. Renal yetmezliği olan RA'lı hastalarda biyolojik tedavilerin kullanımına ilişkin veriler kısıtlıdır. Biz bu çalışmada biyolojik tedavilerin hastalık yönetimindeki etkinliğini, güvenilirliğini ve renal yetmezliğin ilerlemesi üzerine olan etkisini belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: Biyolojik ajan kullanan RA tanılı 700 hasta geriye dönük olarak tarandı. Glomeruler filtrasyon hızı (GFR) üç aydan uzun süre < 60 ml /dk / 1.73 m² olan 27 hasta çalışmaya alındı. Biyolojik başlangıç ve son ziyaret kreatinin, GFR, CRP ve DAS 28 değerleri kayıt edildi.

Bulgular: Yaş ortalaması 63.2±10.1 yılı ve hastaların %70.4 'ü kadındı. Medyan RA süresi 14.1±8.7 yılı. 23 hasta seropozitif; RF pozitifliği %70.4 ve anti-CCP pozitifliği %85.2 saptandı. Ekstraartiküler tutulumu sahip hastalar tüm hastaların %18.5' ini oluşturmaktaydı, 4 hastada renal amiloidoz, 1 hastada akciğer tutulumu vardı. Ortalama renal yetmezlik süresi 5.7±2 yılı. Renal biyopsi ile tanı almış 3 hasta (%11.1) vardı ve hastalardan sadece 2 tanesi (%7.7) diyaliz gereksinimi gösteren son dönem böbrek yetmezliğine sahipti. Renal yetmezlik tanısı konduğunda kullanılan csDMARD incelendiğinde sadece MTX kullanan 2 hasta (%7.4), MTX ve diğer csDMARD birlikte kullanan 11 hasta (%40.7), MTX olmaksızın diğer csDMARD kullanan 12 hasta (%44.4) olduğu saptandı. Biyolojik kullanım süresi 40.7±37.5 aydı. Hastaların 16'sı (%59.2) bir, 5'i (%18.5) iki, 4'ü (%14.8) üç ve 2'si (%7.4) üçten fazla sayıda biyolojik ajan kullanmıştı. İlk kullanılan tedavilerin 17'sini (%62.9) TNF inhibitörleri oluşturmaktaydı, TNF inhibitörleri arasında en fazla kullanılan etanercept (%58.8) olduğu görüldü. 1 hasta (%3.7) pnömoni nedeni ex oldu.

Tablo 1 (PS-105): Hastaların tanı nedenleri ve kullandığı biyolojik tedaviler.

| | |
|----------------------------------|------------|
| Hastalık süresi (yıl) | 14.1±8.7 |
| Renal yetmezlik süresi (yıl) | 5.7±2 |
| Biyolojik kullanım süresi (ay) | 40.7±37.5 |
| Renal yetmezlik nedenleri, N (%) | |
| Amiloidoz | 4 (%14.8) |
| DM, HT | 10 (%37) |
| NSAİ nefrotoksiste | 2 (%7.4) |
| Diğer (PKBH, RCC, nefrolitiazis) | 5 (%18.5) |
| Bilinmiyor | 6 (%22.2) |
| Biyolojik tedavi, N (%) | |
| TNF | 17 (%62.9) |
| Etanercept | 10 (%37) |
| Adalimumab | 2 (%7.4) |
| Golimumab | 3 (%11.1) |
| Infliximab | 2 (%7.4) |
| Abatacept | 4 (%14.8) |
| Rituximab | 3 (%11.1) |
| Tosilizumab | 2 (%7.4) |
| Anakinra | 1 (%3.7) |

Tablo 2 (PS-105): Hastaların başlangıç ve son ziyaret değerleri.

| | Biyolojik başlangıç | Son ziyaret | P |
|-----------------------------------|---------------------|-------------|-------|
| Kreatinin | 1.65±1.23 | 1.83±1.67 | 0.313 |
| GFR (ml/dak/1.73 m ²) | 42.40±13.93 | 46.02±17.4 | 0.075 |
| CRP (mg/dl) | 2.8±3.3 | 1.9±5.3 | 0.480 |
| DAS 28 | 4.61±0.93 | 2.6±1.3 | 0.000 |

Sonuç: RA'da azalan renal fonksiyon, sadece NSAİD'ler ve DMARD'lar dahil olmak üzere RA ile ilişkili ilaçların kullanımı için önemli bir sınırlayıcı faktör değildir, aynı zamanda artmış mortalite nedeni olabilir. Biyolojik tedaviler ile inflamasyondaki baskılanmanın renal hasarı geciktirme ya da önleme konusundaki etkilerine dair veriler yetersizdir.

Anahtar sözcükler: Biyolojik, etkinlik, güvenlik, mortalite, romatoid artrit, renal yetmezlik

PS-106

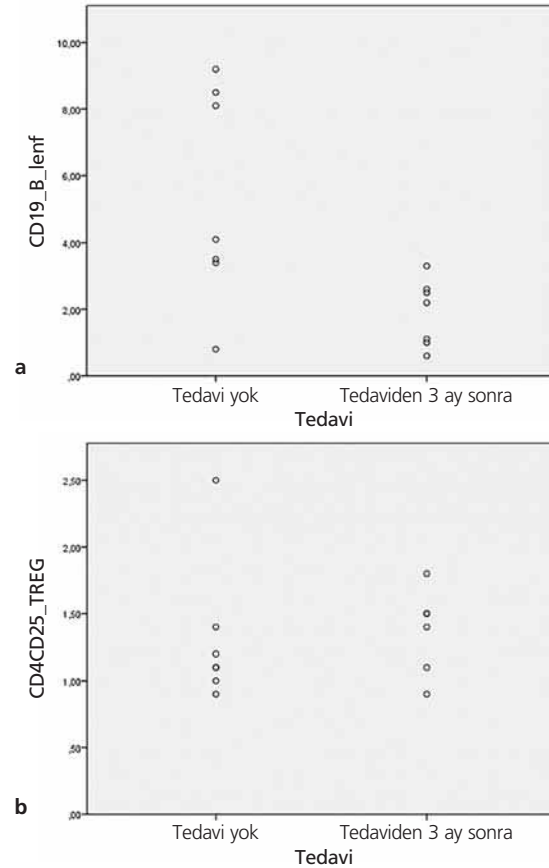
Aktif romatoid artritli hastalarda anti-CD20 monoklonal antikorunun (rituximab) immün sistem hücreleri üzerine etkisi: Pilot çalışma sonuçları

Aslı Önder Gül¹, Yasemin Şahinkaya², Murat İnanç³, Günnur Deniz¹
¹*Istanbul Üniversitesi Aziz Sançar DETAE, İmmünoloji Anabilim Dalı, İstanbul;* ²*Istanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

Amaç: Çalışmamızda aktif romatoid artrit (RA) tanılı hastaların tedavi öncesi ve ilaç tedavisine (rituximab, anti-CD20) başlandıktan 3 ay sonra immün sistem hücrelerindeki, özellikle T ve B düzenleyici (regülatör) hücrelerdeki kantitatif değişikliklerin incelenmesi hedeflenmiştir.

Yöntem: 2011–2013 tarihleri arasında 7 kadın hasta ve kontrol grubu olarak ta benzer yaş aralığına sahip, 5 kadın ve 2 erkek çalışmaya dahil edilmiş ve tedavi öncesi ve sonrası alınan periferik kan örneklerinde CD3, CD4, CD16+56, CD19, CD25, CD27, CD38, CDw210, iNKT ve Foxp3 ekspresyonları akan hücre ölçer cihazında değerlendirilmiştir.

Bulgular: Tedavi öncesi ve anti-CD20 tedavisi başlandıktan sonraki 3. ayda alınan periferik kan örnekleri değerlendirildiğinde: istatistiksel açıdan CD19+ B hücrelerinde (p=0.018) ve CD19+ CD38+ hücrelerinde anlamlı derecede azalma (p=0.028) saptanmış (Şekil PS-106), CD4+CD25+ T hücreleri, CD4+CD25+Foxp3+



(Treg hücreleri), CD3+ iNKT, CD19+CD210w+ (IL-10R) hücre sayı ve oranlarında ise anlamlı değişiklik saptanmamıştır.

Sonuç: Rituximab (anti-CD20) tedavisi verilen aktif RA hastalarının tedavi öncesi ve 3 ay sonraki periferik kan örneklerinde CD19+ B hücre düzeylerinde düşüş, klinik etkinliğin B hücrelerindeki baskılanma ile korelasyon gösterdiğini destekleyen beklenen bir bulgudur. Buna karşın hastaların 3 ay sonraki değerlendirmesinde CD4+CD25+ ve CD4+ CD25+Foxp3+ (Treg), CD3+ iNKT+ ve CD19+CD210w+ (IL-10R) hücrelerin tedaviden etkilenmediği gözlenmiştir. Tekrarlayan rituximab uygulamalarının T ve B regülatör hücreler üzerindeki etkisi farklı olabileceğinden uzun dönem çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar sözcükler: Romatoid artrit, rituximab, anti-CD20, B hücresi, akan hücre ölçer

PS-107

Seronegatif romatoid artritli hastaların ultrasonografi ile entezopati açısından değerlendirilmesi

Zeynep Ertürk¹, Tuğba Özsoy², Ümmügülsüm Gazel¹, İlker Yağcı², Yasemin Yalçınkaya¹, Pamir Atagündüz¹, Haner Direskeneli¹, Nevsun İnanç¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; ²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Tendon ve entezis bölgeleri kas iskelet sisteminin önemli bir kısmını oluşturmakla birlikte romatoid artrit (RA) hastalarında bu bölgelerin değerlendirildiği sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Amaç: Seronegatif romatoid artrit hastalarında entezit bölgelerindeki inflamatuvar tutulumu araştırmak ve sağlıklı toplum, seropozitif RA ve ankilozan spondilit hastaları ile 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.

Bulgular: Çalışmamızda 27 seronegatif RA, 21 sağlıklı kontrol, 24 seropozitif RA ve 23 ankilozan spondilit hastasının sağvesol taraf tendon tutunma bölgeleri değerlendirildi. Seronegatif RA hastalarının ortalama DAS28 düzeyi 3.6±1.28; ESR düzeyi 32.2±21.2; CRP düzeyi 12.37±27.77 olarak bulundu. Seronegatif RA hastalarında Madrid sonografik entezit skoru (MASEI) 5 olarak bulundu, 4 hastada ciddi tutulumlu bölge (MASEI≥20) saptandı. Seronegatif RA ile sağlıklı kontrol grubu (median:3) arasında anlamlı fark bulunurken (p=0.014), seropozitif RA (median:6) ve ankilozan spondilit (median: 7) grupları arasında anlamlı fark izlenmedi. Yapılan karşılaştırmalarda quadriceps tendonda hipoeojenite [16 (29.6%) vs 6 (12.5%), p=0.037], quadriceps tendonda kemik erozyonu [9 (16.6%) vs 0, p=0.003] ve aşil tendonda kalsifikasyon [17 (31.4%) vs 6 (12.5%), p=0.023] seronegatif RA hastalarında seropozitif RA hastalarına göre daha sık olarak saptandı. Seronegatif RA hastalarında ortak ekstansör tendon erozyonu [26 (48.1%) vs 3 (6.5%), p<0.001], aşil tendon kalsifikasyonu [17 (31.4%) vs 2 (4.3%), p=0.024] ve triceps tendon erozyonu [13 (24%) vs 1 (2.1%),

p=0.035] ankilozan spondilit hastalarına göre daha sık olarak saptandı.

Sonuç: Seronegatif RA hastalarında entezit tutulumunun nadir olmadığı, aynı zamanda seropozitif RA hastalarında da benzer tutulumların olabileceğini gözlemlenmiştir. Ayırıcı tanı açısından entezit bölgelerinin tutulumu seronegatif RA hastalarında daha çok araştırılmalı ve entezit bölgelerindeki aktif ve kronik tutulumların bu ayırıcı bir rol oynayıp oynamadığı değerlendirilmelidir.

Anahtar sözcükler: Entezit, romatoid artrit, spondiloartropati

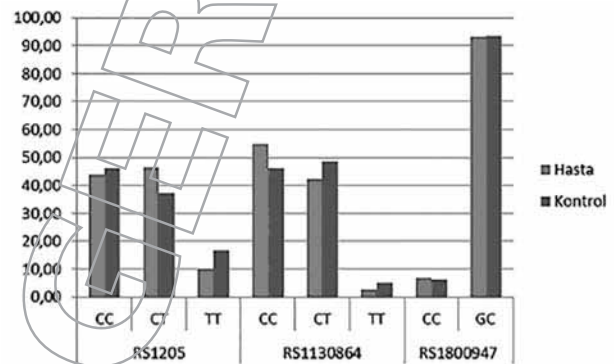
PS-108 [Geri Çekildi]

Sistemik lupus eritematozusta C reaktif protein gen-polimorfizmi sıklığı ve C reaktif protein gen-polimorfizmlerinin hastalığın klinik bulguları ile ilişkisinin araştırılması

Güllü Sandal Uzun^{*}, Esra Kayacan Erdoğan^{*}, Suzan Dinkçi^{*}, Eren Erken^{*}

^{*}Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana; ^{*}Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Adana

Sistemik lupus eritematozus (SLE), çeşitli organlarda fonksiyon bozukluğuna sebep olan ve etyolojisinde birçok faktörün rol oynadığı sistemik, otoimmün bir hastalıktır. SLE'nin etiopatogenezinde kompleman sisteminin ve opsonizasyon defektlerinin rol aldığı bilinmektedir. Özellikle apoptotik hücre atıklarının temizlenmesinin kusurlu olması, bu sebeple biriken immunkompleksler SLE'de otoimmünite ve inflamasyondan sorumludur. Apoptotik cisimciklerin temizlenmesini sağlayan ve opsonizasyonda önemli rol oynayan C-Reaktif Protein düzeylerini etkileyen faktörler SLE gelişimini zemin hazırlar. CRP genini kodlayan genlerde görülen polimorfizmler CRP seviyesini etkiler ve hastalığın laboratuvar ve klinik bulgularının görülme sıklığı ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Çalışmamızda CRP geninde tanımlanmış rs1205, rs1130864, rs1800947 tek nükleotid polimorfizmlerinin sıklığını SLE hastalarında ve sağlıklı kontrol grubunda inceleyerek, hasta grubunda CRP polimorfizmlerinin CRP düzeylerine etkisi olup olmadığını ve lupusun klinik bulguları ile ilişkisini araştırdık. Çalışmamıza sistemik lupus eritematozus sınıflama kriterlerine uygun rastgele seçilen 74 SLE hastası



Şekil (PS-108): Hasta ve kontrol grubuna göre polimorfizmlerin karşılaştırılması grafiği.

dahil edilmiştir. Yaş ve cinsiyet açısından hasta grubu ile uyumlu, herhangi bir sağlık problemi ve SLE ile ilgili herhangi bir bulgu öyküsü olmayan 80 gönüllü kontrol grubunu oluşturmuştur. CRP gen polimorfizmlerin sıklığı açısından hasta ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmedi. C-reaktif protein geninde görülen rs1205, rs1130864, rs1800947 tek nükleotid polimorfizmleri sağlıklı ve kontrol grupta incelenmiş olup SLE duyarlılığı ile ilişkili bulunmamıştır. Bu polimorfizmlerin klinik bulgularla ilişkisini incelediğimizde rs1205 polimorfizminin SLE hastalarında oral ülser görülme sıklığı ile ilişkili saptadık (p=0.009). SLE'li hastalarda T nükleotid frekansını oral ülseri olanlarda daha yüksek saptadık (p= 0.01). SLE'nin diğer klinik ve laboratuvar bulguları ile polimorfizmler arasında sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamadı. C-reaktif protein geninde görülen rs1205, rs1130864, rs1800947 tek nükleotid polimorfizmlerinin CRP düzeylerine etkisi ile olmadığını tespit ettik. Bu polimorfizmler ile SLE yatkınlığı arasında ilişki saptanmamış olup, hastalığın klinik bulgularından oral ülser ile ilişkili olduğunu gözlenmiştir. Bu konuyla ilgili daha net sonuçlar elde edebilmek için çalışmaların daha büyük hasta grubunda yapılması gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: rs1205, rs1130864, rs1800947, CRP, polimorfizm, sistemik lupus eritematozus

PS-109

Primer Sjögren sendromunda interlökin-35 düzeyi ve klinik bulgular ile ilişkisi

Müçteba Enes Yayla¹, İlyas Ercan Okatan¹, Emine Uslu Yurteri¹, Murat Torgutalp¹, Ayşe Bahar Keleşoğlu Dinçer¹, Emine Gözde Aydemir Gülöksüz¹, Serdar Sezer¹, Ebru Us², Tahsin Murat Turgay¹, Gülay Kınıklı¹, Aşkın Ateş¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: İnterlökin (IL)-35, IL-12 ailesinin bir üyesidir. IL-35'in bir anti-inflamatuar sitokin olduğu ve T efektör hücre aktivitesini bastırabildiği bilinmektedir. Primer Sjögren sendromu (pSS) tükürük, lakrimal bezlerin ve ekzokrin glandların lenfositik infiltrasyonu ile karakterize kronik otoimmün sistemik bir hastalıktır. Bu çalışmada pSS'li hastalarda serum IL-35 düzeyini ve bunun klinik bulgularla potansiyel ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya Ocak-Mayıs 2017 tarihleri arasında 60 pSS, 70 sistemik skleroz (SSc) hastası ve 25 sağlıklı gönüllü dahil edildi. pSS hastaları 2016 ACR/EULAR primer Sjögren sendromu sınıflandırma kriterlerine uygun olarak seçildi. Sistemik tutulumlar fizik inceleme, radyolojik ve girişimsel değerlendirmelerle belirlendi. IL-35 serum düzeyleri ELISA yöntemi ile değerlendirildi (Cloud Clone, Houston, TX, USA). IL-35 düzeyi ile klinik ve laboratuvar parametreler arasında ilişki araştırıldı. P<0.05 değeri anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Primer Sjögren hastaları ile SSc hastaları ve sağlıklı kontroller yaş ve cinsiyet açısından benzer özelliklere sahipti. Serum IL-35 düzeyi pSS grubunda [10.8 (IQR 80) pg/ml], SSc [8.69 (IQR 29.3) pg/ml] ve sağlıklı kontrol grubuna [7.11 (IQR

7.53) pg/ml] oranla anlamlı yüksekti (p<0.001) (Şekil PS-110). Pulmoner, hematolojik, cilt tutulumu olanlar ile olmayanlar karşılaştırıldığında IL-35 seviyelerinin benzer olduğu görüldü (Tablo 1 ve 2 PS-109). IL-35 seviyesi ile ESSPRI (rho=-0.157, p=0.232), ESDAI (rho=-0.102, p=0.437), eritrosit sedimentasyon hızı (rho=0.01, p=0.941) ve CRP (rho=0.045, p=0.737) değerleri arasında anlamlı korelasyon saptanmadı. Hidroksiklorokin (p=0.949), prednizon (p=0.702) ve immunsupresif ilaç (azatiopürin, metotreksat ve mikofenolat mofetil) (p=0.868) kullanan ve kullanmayan hastaların serum IL-35 düzeyleri benzerdi.

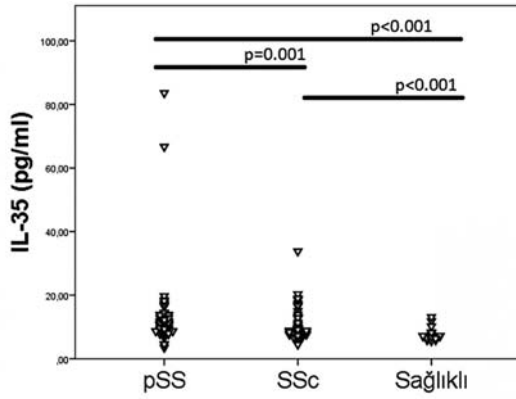
Tablo 1 (PS-109): Primer sjögren hastalarının klinik, laboratuvar ve demografik özellikleri.

| | pSS (n=60) |
|------------------------------|-------------|
| Yaş, yıl±std | 56±12.3 |
| Cinsiyet, kadın | 57 (95) |
| Tanı yaşı, yıl±std | 53.6±12.8 |
| Hastalık süresi, yıl | 1.25 (14.4) |
| Artrit/artralji (%) | 53 (88.3) |
| Pulmoner tutulum (%) | 14 (23.3) |
| Cilt tutulumu (%) | 8 (13.3) |
| Hematolojik tutulum (%) | 8 (13.3) |
| Renal tutulum (%) | 2 (3.3) |
| Miyozit (%) | 2 (3.3) |
| SSS tutulumu (%) | 2 (3.3) |
| Periferik sinir tutulumu (%) | 2 (3.3) |
| ANA pozitifliği (%) | 41 (68.3) |
| Anti-Ro-52 pozitifliği (%) | 17 (28.3) |
| Anti-SS-A pozitifliği (%) | 21 (35) |
| Anti-SS-B pozitifliği (%) | 12 (20) |
| Hidroksiklorokin (%) | 42 (70) |
| Prednizon (%) | 7 (11.7) |
| Immunsupresif (%) | 9 (15) |

Tablo 2 (PS-109): Klinik ve laboratuvar bulgular ile IL-35 düzeyi arasında ilişki.

| | | Serum IL-35, pg/mL | P değeri |
|---------------------|----------------|--------------------|----------|
| Pulmoner tutulum | Var (n=14) | 11.7 (58.9) | 0.256 |
| | Yok (n=46) | 10.6 (80.1) | |
| Cilt tutulumu | Var (n=8) | 10.5 (6.7) | 0.088 |
| | Yok (n=52) | 11.2 (80.1) | |
| Hematolojik tutulum | Var (n=8) | 12.1 (10.6) | 0.378 |
| | Yok (n=52) | 10.6 (80.1) | |
| ANA | Pozitif (n=41) | 10.9 (80.1) | 0.899 |
| | Negatif (n=19) | 10.5 (12.4) | |

Sonuç: Serum IL-35 seviyesinin , romatoid artrit hastalık aktivitesi ile ters orantılı olduğu, SSc' de pulmoner fibrozis ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Çalışmamız pSS hastalarının hastalık aktivasyonu ve klinik bulguları ile IL-35 arasındaki ilişkiyi irdeleyen ilk çalışmadır. Elde ettiğimiz sonuçlarda, pSS hastalarında sağlıklı kontrollere oranla IL-35 seviyesi yüksek saptamışken



Şekil (PS-109): pSS, SSc ve sağlıklı kontrol gruplarının serum IL-35 seviyeleri.

klirik parametreler ile ilişki ortaya koyamadık. Bu veriler pSS patogenezinin IL-35'in etkisinin olabileceğini düşündürürken, otoimmün hastalıklarda IL-35'in rolünü ve terapötik faydalarını keşfetmek için, daha ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar sözcükler: IL-35, primer Sjögren sendromu, klinik bulgular

PS-110

Primer Sjögren sendromu tanılı hastalarda subklinik aterosklerozun ultrason radyofrekans data teknolojisi ile değerlendirilmesi

Cem Özişler¹, Hatice Kaplanoğlu²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara; ²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Primer Sjögren sendromu (pSS) kronik, inflamatuvar ve otoimmün bir hastalıktır. İnflamasyon artmış kardiyovasküler risk ve ateroskleroz ile yüksek derecede ilişkilidir. Karotis intima-media kalınlığı (KIMK) ve arteryel stiffness ölçümleri subklinik aterosklerozun tespit edilmesinde sıklıkla kullanılan yöntemlerdir. Çalışmamızın amacı; pSS tanılı hastalarda, Ultrason (US) Radyofrekans (RF) Data Teknolojisi kullanılarak saptanan bu ölçümlerle subklinik aterosklerozun noninvaziv bir şekilde ortaya konmasıdır.

Yöntem: Çalışmamıza 30 pSS tanılı hasta ve 30 yaş-cinsiyet uyumlu sağlıklı kontrol olgusu alındı. Her iki grupta da katılımcıların diyabetes mellitus, hipertansiyon, hiperlipidemi ve obezite gibi herhangi bir primer kardiyovasküler risk faktörü yoktu ve 18–60 yaş arasındaydılar. Çalışma ve kontrol grubu olguları Doppler US ile değerlendirildiler. Arteryel stiffness ve KIMK ölçümleri bilateral common karotid arterlerden US RF data teknolojisi kullanılarak tespit edildi. US RF data teknolojisi başta subklinik ateroskleroz olmak üzere vasküler hastalıkların tespitinde kullanılan yeni bir sonografik metottur. Bu metod ile ölçümler otomatik ve doğru bir şekilde yapılırken, ölçümün kalitesi ile ilgili de geri bildirimler vermektedir. Diğer yöntemlerle ölçüm sonuçları milimetre düzeyinde verilirken bu metod ile mikrometre düzeyinde verilir.

Bulgular: Her iki grup arasında sağ, sol ve ortalama KIMK, sağ taraf distensibility coefficient (DC) ve compliance coefficient (CC), sağ ve sol taraf α ve β stiffness indeksi değerleri açısından bir fark tespit edilmedi ($p>0.05$). Hasta grubunda sağ ve sol pulsed wave velocity (PWV), sağ ve sol taraf ortalama stiffness indeksi, stiffness indeks ve PWV değerleri anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$). Sol taraf DC ve CC değerleri ile ortalama DC ve CC değerleri hasta grubunda anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0.05$). Tablo PS-110'da bahsedilen bu ölçüm değerleri görülmektedir.

Tablo (PS-110): pSS tanılı hastalar ve kontrol grubu olgularında Karotid arter hemodinamik parametrelerinin dağılımları.

| | pSS (n=30) ortalama±SD (min-max) | Kontrol (n=30) ortalama±SD (min-max) | p* |
|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-------|
| Sağ KIMK (μ m) | 475.5±79.5 (295–612) | 505.0±105.5 (333–757) | 0.496 |
| Sağ-DC (1/kPa) | 0.022±0.012 (0.01–0.05) | 0.028±0.012 (0.01–0.07) | 0.064 |
| Sağ-CC (mm ² /kPa) | 0.79±0.39 (0.18–1.66) | 0.99±0.47 (0.20–2.16) | 0.098 |
| Sağ- α Stiffness İndeks | 5.0±2.9 (1.9–15.6) | 4.2±3.1 (0–13.8) | 0.101 |
| Sağ- β Stiffness İndeks | 10.2±5.9 (3.8–31.4) | 8.7±6.1 (3.0–27.7) | 0.121 |
| Sağ-PWV (m/s) | 7.4±2.0 (4.5–12.6) | 6.4±2.0 (3.7–12.2) | 0.045 |
| Sol-KIMK (μ m) | 519.4±92.4 (345–725) | 492.0±118.1 (50–692) | 0.460 |
| Sol-DC (1/kPa) | 0.021±0.011 (0–0.04) | 0.031±0.016 (0–0.08) | 0.013 |
| Sol-CC (mm ² /kPa) | 0.778±0.399 (0.04–1.57) | 1.080±0.52 (0.05–2.50) | 0.012 |
| Sol- α Stiffness İndeks | 6.6±10.2 (1.7–57.2) | 5.6±11.5 (1.4–65.6) | 0.060 |
| Sol- β Stiffness İndeks | 13.4±20.3 (3.6–114.5) | 11.3±23.1 (2.9–131.6) | 0.062 |
| Sol-PWV (m/s) | 7.9±4.2 (4.6–27.1) | 6.6±3.8 (3.6–24.9) | 0.011 |
| Ortalama-KIMK (μ m) | 497.5±64.7 (320–638) | 498.5±92.6 (242–658) | 0.888 |
| Ortalama-DC (1/kPa) | 0.022±0.009 (0.01–0.04) | 0.029±0.013 (0.01–0.08) | 0.014 |
| Ortalama-CC (mm ² /kPa) | 0.78±0.30 (0.21–1.32) | 1.04±0.46 (0.26–2.28) | 0.029 |
| Ortalama- α Stiffness İndeks | 5.8±5.5 (2.4–31.6) | 4.9±6.4 (1–36) | 0.017 |
| Ortalama- β Stiffness İndeks | 11.7±11 (4.9–63.4) | 10.0±12.7 (3–72.6) | 0.021 |
| Ortalama-PWV (m/s) | 7.6±2.5 (5.1–18) | 6.5±2.5 (3.6–16.4) | 0.003 |

Sonuç: Çalışmamızda pSS tanılı hastalarda subklinik aterosklerozun kanıtları tespit edilmiştir. Literatürde pSS tanılı hastalarda başta arteriyel stiffness olmak üzere subklinik ateroskleroz konusunda sınırlı sayıda çalışma vardır. Subklinik aterosklerozun pSS hastalarında tespit edilebilmesi için KIMK ve PWV ölçümleri bizlere kılavuz olabilir. US RF data teknolojisi KIMK artışı ve vasküler elastisitedeki azalmanın kantitatif ve doğru bir şekilde ölçümü için noninvaziv bir yaklaşım sağlar.

Anahtar sözcükler: Arteriyel stiffness, karotis intima-media kalınlığı, primer Sjögren sendromu, subklinik ateroskleroz, ultrason radyofrekans data teknolojisi

PS-111

Primer Sjögren hastalarının demografik ve klinik özellikleri

Özlem Özdemir Işık, Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle

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

Amaç: Sjögren sendromu (SS) gözyaşı ve tükürük bezleri başta olmak üzere, tüm ekzokrin bezlerin lenfositik infiltrasyonu ile karakterize, kronik, sistemik, otoimmün bir hastalıktır. Hastalığın başlıca semptomları ağız ve göz kuruluğu (sikka semptomları) olmakla birlikte pek çok organ ve sistemi etkileyebilir. Bu çalışmada polikliniğimizde takip edilmekte olan SS hastalarının demografik ve klinik özelliklerini sunmayı planladık.

Yöntem: 2004–2017 yılları arasında romatoloji polikliniğine başvuran ve Amerika-Avrupa uzlaş grubu Sjögren sendromu sınıflama kriterlerine göre SS tanısı konulan 139 hastanın klinik, demografik özellikleri ve almakta oldukları tedaviler incelendi.

Bulgular: SS hastalarının %98'i kadın, %2'si erkek olup ortalama yaşları 52±12 yıl, hastalık süresi 91±51 ay olarak bulundu. Hastaların tanı esnasında %22'sinde ağız kuruluğu, %11'inde göz kuruluğu, %16'sında artrit, %4'ünde parotit, %4'ünde vaskülit, %4'ünde Raynaud fenomeni ve %3'ünde hematolojik tutulum, %6'sında ateş yüksekliği, %7'sinde kilo kaybı, %0.7'sinde gece terlemesi mevcuttu. Takiplerde hastaların %87'sinde göz kuruluğu, %84'ünde ağız kuruluğu, %15'inde parotit, %31'inde artrit, %6.5'inde vaskülit, %8'inde nöropati, %2'sinde miyozit, %31'inde LAP, %22'sinde Raynaud fenomeni saptandı. Hastaların %39'unda akciğer bulguları, %3.7'sinde nefrolojik bulgular mevcuttu. Hastaların %84'ünde schirmer 5 mm altında olup %70'inde tükürük bezi sintigrafisinde parotit ve submandibular bezde azalmış tutulum saptandı. Tükürük bezi biyopsisi %58 hastada Sjögren tanısı ile uyumlu idi. RF %66 hastada pozitif olup hastaların %88.5'inde ANA, %63'ünde SSA, %50'sinde SSB, %63'ünde Ro52 pozitif saptandı. %27 hastada lökopeni, %3 hastada trombositopeni mevcuttu (Tablo PS-111).%10'unda C3 düzeyi %4 hastanın C4 düzeyi düşük saptandı. Primer biliyer siroz 5 hastada, otoimmün hepatit 3 hastada, çölyak hastalığı ise 8 hastada saptanmış olup hastalar gastroenteroloji takibindeydi. Takip sırasında %6 hastada malignite saptandı. 1 serviks CA, 3 meme CA, 2 tiroid papiller CA, 1 lenfoma, 1 maltoma, 1 mikozis fungoides tanısı konulmuş olup ilgili bölümlerce takip edilmekteydiler.

Sonuç: SS'nda kadın erkek oranı 10:1 olup hastalık 40–60 yaş arasındaki kadınlarda daha sık görülmektedir. Pek çok organ ve

sistemi etkilemesi, diğer otoimmün hastalıklarla birlikte görülmesi ve özellikle lenfoma gelişimi açısından yüksek risk taşıması nedeniyle hastalık üzerinde durulmuştur.

Tablo (PS-111): Sjögren sendromu hastalarının verileri.

| N:139 | n (%) |
|--------------------|----------|
| Cinsiyet | |
| Kadın | 136 (98) |
| Erkek | 3 (2) |
| Ağız kuruluğu | 117 (84) |
| Göz kuruluğu | 121(87) |
| Artrit | 43 (31) |
| Parotit | 21 (15) |
| Vaskülit | 9 (6.5) |
| Nöropati | 11 (8) |
| Miyozit | 3 (2) |
| LAP | 43 (31) |
| Raynaud fenomeni | 31 (22) |
| Pulmoner tutulum | 54 (39) |
| Nefrolojik tutulum | 5 (3.7) |
| Lökopeni | 37 (27) |
| Trombositopeni | 4 (3) |

Anahtar sözcükler: Sjögren sendromu, klinik, demografik bulgular

PS-112

Sistemik lupus eritematozus'lu hastalarda avasküler nekroz: Prevalansı, ilişkileri, risk faktörleri ve seyri

Çiğdem Çetin¹, Sabin Göktaş Aydın², Erhan Çene³, Ayşenur Ersoy², Caner Kapar², Murat Bektaş¹, Sarvan Aghamuradov¹, Lale Öcal¹, Ahmet Gül¹, Murat İnanç¹, Bahar Artım Esen¹

¹İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; ²İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul; ³Yıldız Teknik Üniversitesi, İstatistik Bölümü, İstanbul

Amaç: Avasküler nekroz (AVN) sistemik lupus eritematozusda morbiditenin önemli nedenlerinden biridir. Çalışmalarda bildirilen prevalanslar %4 ile %40 arasında değişkenlik göstermektedir. Bu çalışmada büyük tek merkez SLE kohortunda avasküler nekrozun prevalansını, ilişkili olduğu durumları, prediktif faktörlerini, eklem tutulum paternini ve sonucunu tanımlamayı amaçladık.

Yöntem: Lupus kliniğinden takip edilen 912 hastadan oluşan kohortta AVN geliştiren hastalar tanımlandı. Cerrahi replasmanı olan ve olmayan hastalar, SLE tanısının ilk yılında ve sonrasında AVN geliştiren hastalar ve AVN'li tüm hastalar ile hastalık süreleri eşleşen AVN'si olmayan 197 hasta arasında karşılaştırmalar yapıldı.

Bulgular: AVN'li 96 hastada toplam 119 eklem etkilenişi belirlendi. Birinci sıklıkta kalça, ikinci sıklıkta diz eklemleri etkilenmişti. 21 hastada birden fazla bölge etkilenmişti. 39 hastada 45 eklem (tamamı kalça eklemi) cerrahi replasman yapıldı.

mıştı. AVN saptanması sırasında ortalama yaş ve ortalama hastalık süresi sırasıyla 35±12 ve 6.7±6.07 yıl idi. AVN ortaya çıkana kadar geçen süreçte ortalama günlük prednizon miktarı ve ortalama SLEDAI skoru sırasıyla 7.8±7.2 mg ve 3±3.4 idi. 20 hastada SLE tanısının ilk yılında AVN gelişmişti. Bu hastaların sonraki süreçlerde AVN geliştiren hastalarla karşılaştırılması ilk gruptaki günlük ortalama prednizon dozunun anlamlı derecede yüksek olduğunu gösterdi (12.6±13.5 vs 5.9±3.3, p<0.05). AVN bulunmayan hastalarla yapılan karşılaştırmada AVN+hastalarda daha yüksek oranda serozit, artrit, fotosensitivite, oral ülser, nefrit, nöropsikiyatrik tutulum, vasküler trombozlu antifosfolipid sendromu, anti kardiyolipin IgG ve lupus antikoagülan pozitifliği saptandı. AVN+ grupta günlük ortalama prednizon dozunun AVN olmayan gruba göre anlamlı derecede yüksek olduğu gösterildi. Çok değişkenli analiz, lupus nefritinin (Exp (beta)= 23.1), nöropsikiyatrik tutulumun (Exp (beta)= 20), artritin (Exp (beta)= 16), anti kardiyolipin IgG pozitifliğinin ((Exp (beta)= 7.4) ve APS'nin (Exp (beta)= 5), AVN ile en güçlü ilişkiyi sergileyen risk faktörleri olduğunu gösterdi.

Sonuç: Steroidler, antifosfolipid sendromu ve antifosfolipid antikorları AVN gelişimi için risk faktörleridir. Sendrom olmadan antifosfolipid antikor pozitifliğinin AVN için predispozan olup olmadığını ve bu hastaların antikoagülyasyondan faydalanıp faydalanmayacağını göstermek için yeni çalışmaların yapılması gereklidir.

Anahtar sözcükler: Sistemik lupus eritematozus, avasküler nekroz

PS-113

Primer Sjögren sendromu ve malignite

Özlem Özdemir Işık, Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle

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

Amaç: Sjögren sendromu (SS) gözyaşı ve tükürük bezleri başta olmak üzere, tüm ekzokrin bezlerin lenfositik infiltrasyonu ile karakterize, kronik, sistemik, otoimmün bir hastalıktır. Sjögren sendromunda lenfoproliferatif malignitelerin gelişme riski yüksektir. Bu çalışmada polikliniğimizde takip edilmekte olan SS hastalarının takiplerinde malignite tespit edilenlerin verilerini sunmayı planladık.

Yöntem: 2004–2017 yılları arasında SS tanısı konulan 139 hastadan, takiplerinde malignite tanısı alan 9 hastanın klinik, demografik özellikleri incelendi. 2 hasta premalign lezyonu olmasına rağmen takiplerine gelmemeleri ve verilerine ulaşılamaması nedeniyle değerlendirmeye alınmadı.

Bulgular: Takip sırasında %6 hastada malignite saptandı. 1 hasta serviks CA, 3 hasta meme CA, 2 hasta tiroid papiller CA, 1 hasta diffüz büyük B hücreli lenfoma, 1 hasta MALT (mukoza ilişkili lenfoid doku) lenfoma, 1 hasta mikozis fungoides tanısı aldı. Malignitesi olan 9 hastanın hepsi kadın, ortalama yaşları 58±13 yıl, hastalık süresi 99.8±38.5 (6–240) ay olarak bulundu. Hastaların %11'inde ateş yüksekliği, %11'inde kilo kaybı, %11'inde gece terlemesi, %78'inde göz kuruluğu, %89'unda ağız kuruluğu, %11'inde parotit, %67'sinde LAP mevcuttu (Tablo 1 PS-113). RF %78 hastada pozitif olup, hastaların %89'unda ANA,

%78'inde SS-A, %67'sinde SS-B pozitif saptandı. Hastaların %33'ünde C3 düzeyi düşük olup C4 düzeyi tüm hastalarda normaldi. Malignitesi olan hastalar ile olmayanlar klinik ve laboratuvar bulguları bakımından karşılaştırıldı. Sadece LAP varlığı ile malignite gelişimi açısından anlamlı ilişki saptandı (p=0.021). Hastalara SS-A , SS-B, eritrosit sedimentasyon hızı, CRP, immünglobulinler ve alt tipleri bakımından artan titrelere göre alt grup analizi yapıldı ancak malignite gelişimi açısından aralarında anlamlı ilişki saptanamadı (Tablo 2 PS-113).

Tablo 1 (PS-113): Maligniteli Sjögren sendromu hastalarının verileri.

| N:9 | n (%) |
|------------------|--------|
| Ağız kuruluğu | 8 (89) |
| Göz kuruluğu | 7 (78) |
| Artrit | 3 (33) |
| Parotit | 1 (11) |
| LAP | 6 (67) |
| Pulmoner tutulum | 7 (78) |
| Raynaud fenomeni | 1 (11) |
| Lenfopeni | 4 (44) |

Tablo 2 (PS-113): Malignite varlığı ile klinik ve laboratuvar bulgular arasındaki ilişki.

| N (%) | Malignitesi olan | Malignitesi olmayan | p |
|-------------------|------------------|---------------------|-------|
| Cinsiyet | | | |
| Kadın | 9 (100) | 125 (98) | 1 |
| Erkek | 0 (0) | 3 (2) | N/A |
| Ateş | 1 (11) | 7 (5.5) | 0.428 |
| Gece terlemesi | 1 (11) | 0 (0) | N/A |
| Kilo kaybı | 1 (11) | 8 (6) | 0.468 |
| Parotit | 1 (11) | 19 (15) | 1 |
| LAP | 6 (67) | 35 (28) | 0.021 |
| Raynaud fenomeni | 1 (11) | 30 (23) | 0.684 |
| ANA + | 8 (89) | 114 (89) | 1 |
| SS-A + | 7 (78) | 79 (62) | 0.484 |
| SS-B + | 6 (67) | 63 (50) | 0.493 |
| RF+ | 7 (78) | 79 (60) | 0.260 |
| Hipokomplementemi | | | |
| C3 düşük | 3 (33) | 13 (14) | 0.154 |
| C4 düşük | 0 (0) | 5 (5) | N/A |

Sonuç: Türkiye birleşik veri tabanı 2014 verilerine göre tüm yaş gruplarında kadınlarda görülen kanserlerin %25'ini meme CA, %12'sini tiroid CA,%2.4'ünü serviks CA,%2.8'ini non-hodgkin lenfoma oluşturmaktadır. Sjögren sendromunda özellikle MALT tipi non-hodgkin lenfoma görülme sıklığı normal popülasyondan 18 kat fazladır. Bu nedenlerle hastaların takiplerinde malignite açısından detaylı sorgulama ve fizik muayene, gerektiğinde görüntüleme yöntemleri ile değerlendirme önem kazanmaktadır.

Anahtar sözcükler: Primer Sjögren sendromu, malignite

PS-114

Sistemik lupus eritematozus hastalarında kalıcı hasar gelişimi üzerine glukokortikoid tedavinin etkisi

Sabin Göktaş Aydın¹, Çiğdem Çetin², Erhan Çene³, Murat Erdugan², Emin Oğuz², Ahmet Gül², Lale Öcal², Murat İnanç², Bahar Artım Esen²

¹Istanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul; ²Istanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; ³Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi, İstatistik Bölümü, İstanbul

Amaç: Sistemik lupus eritematosus'da (SLE) glukokortikoid (GC) tedavisi uzun dönem kullanımında ciddi yan etkilerle ilişkilidir. En düşük ve güvenilir GC dozu çalışmalarla tanımlanmaya çalışılmaktadır. Bu çalışmada, SLE hastalarında uzun dönem GC kullanımı ile kalıcı hasar arasındaki ilişkiyi analiz etmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışma tek merkezli ve retrospektif olup, minimum 12 ay takip edilen gözden geçirilmiş ACR veya SLICC kriterlerinden en az dördünü taşıyan 209 hastanın bulgularını yansıtmaktadır. SLICC hasar indeksi kullanılarak hastaların 1, 3, 5 ve 10. yılındaki hasar puanları hesaplandı. Kümülatif hastalık aktivitesi hesaplanırken yıllık ortalama SLEDAI skoru kullanıldı ve puanlarına göre; >8 ise yüksek aktiviteli, 4-8 ise aktif olarak gruplandırıldı. Ortalama günlük GC dozlarına göre üç grup hasta oluşturuldu: <4, 4-5 ve >5 mg.

Bulgular: Hastaların %88'i kadındı ve ortalama yaş, hastalık süreleri sırasıyla; 41.4±12.8 ve 14.3±6.4 yıldır. Zaman ilerledikçe hasar görülen hastaların yüzdesi anlamlı şekilde artmakla birlikte (1,3, 5 ve 10. yılda sırasıyla %8.6, 24.4, 33.5, 61.2; p<0.05), hasar skorunun da anlamlı şekilde arttığı gösterildi. Zaman içerisinde günlük ortalama >5 mg GC kullanan (1,3,5 ve 10.yılıda sırasıyla %75, 62, 56 ve 34) ve yüksek hastalık aktivite puanı olan hasta oranının anlamlı şekilde azaldığı (1, 3, 5 ve 10. yılda sırasıyla %16, 3, 2, 1) saptandı. Hasar gelişen ve gelişmeyen hastalarda günlük ortalama GC dozu anlamlı olarak farklıydı (1, 3, 5 ve 10. yılda sırasıyla 15.6±8.6 vs 10±6.8, 9±2.9 vs 5.5±2.7, 6.9±1.9 vs 4.6±2.03 ve 5±1.1 vs 2.9±1.5 mg; p<0.001). Ortalama günlük >5 mg GC alan grupta hasar gelişme yüzdesi, <4 veya 4-5 mg GC kullanan gruplara kıyasla anlamlı olarak yüksek olduğu ANOVA testi ile gösterildi (ortalama GC <4, 4-5 ve >5 mg/gün olan gruplarda sırasıyla %14, 35, 51; p<0.001). Kümülatif hasar gelişimindeki en kuvvetli risk faktörleri, >5 mg GC kullanımı ve ilk yılda hasar gelişimi iken, hidroksiklorokin kullanımının 5. ve 10.yıldaki hasar riskini azalttığı logistik regresyon analizi ile gösterildi [Exp (beta)=0.253].

Sonuç: Bu çalışmayla, SLE'de hasar ile uzun süre GC kullanımının ilişkili olduğu doğrulanmıştır. Hastalık aktivitesi ve günlük ortalama GC dozu daha uzun takip süresiyle azalsa da GC dozlarındaki küçük değişimler anlamlı farklar yaratmaktadır. Hidroksiklorokin tedavisinin hasara karşı koruyucu etkisi üç yıldan daha uzun kullanımlarda gözlemlendiği için ilacın uzun süreyle kullanımı teşvik edilmelidir.

Anahtar sözcükler: Sistemik lupus eritematozus, aktivite, kümülatif hasar, glukokortikoid

PS-115

Eklemler yakınmaları ile romatoloji polikliniğine başvuran ve göz kuruluğu tarifleyen hastaların Schirmer test sonuçlarının değerlendirilmesi

Kubilay Şahin

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Romatoloji polikliniğine başvuran hastalara anamnezde sorulan sorulardan biri de göz kuruluğu yakınmasıdır. Göz kuruluğu tarifleyen hastalara da lakrimal bezin sekresyonunu ölçen Schirmer testi yapılmaktadır. Schirmer testinde kalibre edilmiş filtre kağıt şeritler, alt göz kapağının dış 1/3'üne gelecek şekilde yerleştirilerek, kağıdın 5 dakika içinde kaç mm ıslandığı ölçülür. Biz de romatolojik hastalık tanısı olmayan, ancak eklem yakınması olup birlikte göz kuruluğu semptomları olan hastalara Schirmer testi yaparak sonuçları değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya retrospektif olarak Aralık 2017 ile Haziran 2018 tarihleri arasında Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi romatoloji polikliniğine eklem yakınması ile başvuran ve göz kuruluğu tarifleyen 98 hasta alındı. Hastalar birlikte olan ağız kuruluğu ve laboratuvar bulguları ile değerlendirildi. Schirmer test sonuçları grup-1 (0-4 mm), grup-2 (5-9 mm), grup-3 (10-14mm) ve grup-4 (>15 mm) olarak 4'e ayrıldı.

Bulgular: Hastaların 86'sı (%87.8) bayan, 12'si (%12.2) erkekti. Yaş ortalaması 52.4±14.7 (18-77) idi. Hastaların 42'sinde (%42.9) ağız kuruluğu yakınması da vardı. Tablo 1 PS-115'de Schirmer test sonuçları, Tablo 2 PS-115'de ANA ve RF ve/veya SSA ve/veya SSB pozitifliği olan hasta sayıları görülmektedir. Hastaların 24'ünde (%24.5) RF pozitifliği, 84 hastaya ANA, SSA ve SSB bakılmıştı ve sırayla 19 (%22.3), 6 (%7.1) ve 3 (%3.5) hastada pozitif saptandı. 10 (%10.2) hastaya Sjögren tanısı koyuldu. Hastalardan 7'si grup-1, 2'si grup-2 ve 1 tanesi de grup -3'te idi ve hastaların hepsi bayandı. Sjögren tanılı hastalarda Schirmer pozitifliğiyle birlikte ağız kuruluğu yakınması da mevcuttu.

Tablo 1 (PS-115): Hastaların Schirmer test sonuçları.

| Schirmer testi | Hasta sayısı | % |
|-------------------|--------------|------|
| Grup-1 (0-4 mm) | 16 | 16.3 |
| Grup-2 (5-9 mm) | 23 | 23.4 |
| Grup-3 (10-14 mm) | 28 | 28.6 |
| Grup-4 (>15 mm) | 31 | 31.6 |

Tablo 2 (PS-115): ANA ve RF veya SSA ve/veya SSB pozitifliği olan hasta sayıları.

| Schirmer testi | Seroloji pozitif | % |
|-------------------|------------------|------|
| Grup-1 (0-4 mm) | 7 | 43.5 |
| Grup-2 (5-9 mm) | 3 | 14.2 |
| Grup-3 (10-14 mm) | 3 | 13 |
| Grup-4 (>15 mm) | 0 | 0 |

Sonuç: Çalışmaya katılan hastaların göz kuruluğu semptomları olmasına rağmen Schirmer testi 16 hastada <5 mm ve 23 hastada 5-9 mm idi. 61 (%60.2) hastada ise >10 mm saptandı. Schir-

mer testi >9 mm olan 1 hastaya, ≤9 mm altında olan 9 hastaya Sjögren tanısı koyuldu. Schirmer testi >9 mm olan ve seroloji pozitifliği olmayan hastalarda Sjögren tanısı koyma oranı düşmekteydi. Bu nedenle romatoloji polikliniğine başvuran ve göz kuruluğu tarifleyen hastalar özellikle Schirmer testi <10mm ise Sjögren sendromu açısından ileri tetkik edilmeli ve gereğinde tükrük bezi biyopsisi ile değerlendirilmelidir.

Anahtar sözcükler: Sjögren sendromu, Schirmer testi

PS-116

Primer Sjögren sendromu hastalarında tükrük bezi ultrasonografisi skorlama yöntemlerinin hasta ve hekim ölçekli hastalık aktivite değerlendirilmesi ile karşılaştırılması

Nevsun İnanc¹, Yasemin Yalçınkaya¹, Gonca Mumcu², Zeynep Ertürk¹, Uğur Ünal¹, Filiz Türe Özdemir³, Pamir Atagündüz¹, Haner Direskeneli¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; ²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul; ³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: 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 primer SjS tanısı konulmuş 85 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 kaydedildi. Major tükrük bezlerinden elde edilen USG görüntüleri iki farklı skorlama yöntemi [Hocevar A.(0-48) ve MilicVD. (0-12)] ve elastografi ile değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların klinik, lab ve USG verileri Tablo 1 ve 2 PS-116'da özetlenmiştir. Milic ve Hocevar total skorların ESSPRI total skorlar ile (r=0.220, p=0.043 ve r=0.245, p=0.024) ve HOCEVAR skorun ESSPRI kurulum ile de korele olduğu (r=0.234, p=0.031) görüldü. Hocevar ve Milic USG skorları cut-off değerleri (≥17 ve ≥6)'ne göre 85 hastanın 46(%54) ve 51 (%60)'inde SjS tanısını destekledi. Hocevar ≥17 ve Milic ≥6 olan hastalarda elastografi skoru da yüksekti (7±1.9'a karşın 3.6±1.9, p<0.001 ve 7±2'e karşın 4±2, p<0.001). US skorlarının ESSDAI ile ilişkisi gösterilemedi. Ancak ESSDAI total skoru ≥0 olan hastalarda ESSPRI total, ESSPRI ağrı ve VAS skorlarının daha yüksek olduğu (16.9±5.4'e karşın 13.2±7.1, p=0.021, 5.5±2.6'e karşın 3.7±3.1, p=0.007, 58.6±19.4'e karşın 43.7±22.6, p=0.002) saptandı. Parotis tutulumu şiddetli olan hastalarda (n=38) (inhomojenite/hipoekoik alanlar≥2) öyküde ağız kuruluğu (%100'e karşın %89, p<0.001), parotit atakları (%29'e karşın %21, p<0.001), interstiyel akciğer hastalığı (%8.6'ya karşın %2, p<0.001), lökositoklastik vaskülit (%11.4'e karşın %2, p<0.001) bulgularının daha sık olduğu, anti-Ro pozitifliğinin (%82'ye karşın %41, p=0.001) ve anti-LA pozitifliğinin (%46'yakarsın %15, p=0.001)daha yüksek oranda saptandığı gözlemlendi.

Sonuç: SjS hastalarında major tükrük bezi US'nin Hocevar veya Milic skorları ile değerlendirmesinin antikor pozitifliği ve

hasta ölçekli aktivite değerlendirmesi olan ESSPRI ile ilişkili olduğu görüldü. Elastografinin majör tükrük bezlerindeki yapısal değişikliklerin şiddetini yansıtabildiği görüldü. Parotisteki şiddetli tutulumun primer SjS hastalarında hastalık özelliklerini yansıtmada yardımcı olabileceği düşünüldü. Primer SjS hastalarında tükrük bezi USG değerlendirmesinin tükrük bezi tutulum şiddeti ile hastalık şiddetini yansıtmaması açısından yararlı olabileceği görüldü.

Tablo 1 (PS-116): Primer SjS hastalarının demografik ve klinik özellikleri.

| | n=85 (83 kadın) |
|-------------------------------|-----------------|
| Ortalama yaş | 51±12 |
| Takip süresi/ay | 61±53 |
| Klinik | |
| Sikka semptomları | 77 (%91) |
| Artralji/artrit | 57 (%84) |
| Parotit atakları | 20 (%24) |
| Lökositoklastik vaskülit | 5 (%6) |
| Periferik nöropati | 7 (%8) |
| İnterstiyel akciğer hastalığı | 4 (%5) |
| Lab. | |
| Anti-Ro/La | %47-%22 |
| ESR (mm/s) | 32±19 |
| CRP (mg/dl) | 5±6 |

Tablo 2 (PS-116): SjS hastalarının klinik aktivite ölçütleri ve USG skorları.

| | n=85 |
|--------------------|-----------|
| ESSPRI-total | 15±7 |
| Kurulum | 5.5±2.5 |
| Yorgunluk | 4.9±2.8 |
| Ağrı | 4.6±3 |
| VAS | 51.5±22.2 |
| ESSDAI-total | 2.8±4.1 |
| Hocevar USG skoru | 19.6±10.8 |
| Milic USG skoru | 6.0±2.8 |
| Elastografi (n=32) | 5.3±2.6 |

Anahtar sözcükler: Sjögren sendromu, tükrük bezi ultrasonografisi

PS-117

Jüvenil sistemik skleroderma tanılı hastaların değerlendirilmesinde altı dakika yürüme testi

Oya Koker¹, Amra Adrovic², Sezgin Şahin², Kenan Barut², Rukiye Eker Ömeroğlu¹, Özgür Kasapçopur²

¹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul; ²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Pulmoner vasküler hastalık ve interstiyel akciğer fibrozisi, jüvenil sistemik sklerodermada (jSS) morbidite ve mortaliteyi belirleyen en önemli tablolardır. Bu komplikasyonların hastalığın sinsi ve hızlı seyrine etkisi, akciğer tutulumunun değerlendirilmesini önemli kılmıştır. Altı dakika yürüme testi (6DYT) kardiyopulmoner hastalıklarda egzersiz kapasitesinin ve tedavi yanıtının belirlenmesinde kullanılan prognostik öne-

Tablo 1 (PS-117): Çalışmaya alınan grupların demografik özellikleri.

| Çalışma evreni | jSS | jSLE | Sağlıklı çocuklar | p değeri |
|--------------------------------------|----------------------|--------------------------|---------------------------|----------|
| Cinsiyet % (n) | K: 88 (22) E: 12 (3) | K: 77.8 (21) E: 22.2 (6) | K: 53.3 (16) E: 46.7 (14) | p=0.04 |
| Çalışma esnasındaki yaş ort±SD (yıl) | 16.44±3.19 | 16.74±3.59 | 15.57±1.50 | p=0.27 |
| Vücut kitle indeksi ort±SD | 18.75±2.99 | 20.43±3.05 | 19.94±1.69 | p=0.06 |

Tablo 2 (PS-117): Altı dakika yürüme testi sonuçları.

| Çalışma evreni (n:82) | jSS (n=25) | jSLE (n=27) | Sağlıklı Çocuklar (n=30) | p değeri |
|----------------------------------|---|----------------------|--------------------------|----------|
| 6 dakika yürüme mesafesi (metre) | 480.18±47.22 | 513.66±51.70 | 553.21±41.65 | p=<0.001 |
| SpO2 ort±SD (%) | Test öncesi 98.0±0.9 Test sonrası 97.5±1.6 | 98.4±0.6 98.3±0.7 | 98.0±0.6 97.9±0.5 | p=0.05 |
| Kalp Hızı Değişkenliği ort±SD | Test öncesi 90.4±12.1 Test sonrası 105±15 | 95.0±15 111±17 | 93.2±5.18 104±6.7 | p=0.20 |

me sahip bir testtir. Erişkin sistemik skleroderma tanılı hastalarda kullanılabilirliğine dair yapılan çalışma sonuçları çelişki-lyken, çocukluk çağı sistemik sklerodermada bu konuyla ilgili çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. 6DYT’ni jSS tanılı hastalara uygulayarak, egzersiz kapasitelerini belirlemeyi ve vital fonksiyonlarının değişimlerini gözlemlemeyi hedefledik.

Yöntem: Çalışmaya jSS tanısıyla izlenen 25 hastanın yanı sıra, 27 juvenil sistemik lupus eritematozus (JSLE) tanılı ve 30 sağlıklı çocuktan oluşan kontrol grubu dahil edildi. 6DYT uygulanmasında Amerikan Göğüs Derneği tarafından oluşturulmuş ve 2002 yılında standardize edilmiş kılavuz kuralları esas alındı. Yorgunluk ve dispne düzeylerinin belirlenmesinde Borg Skalası kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan 25 jSS (22 kız/3 erkek), 27 jSLE (21 kız/6 erkek) ve 30 sağlıklı kontrolden (16 kız/14 erkek) oluşan 82 çocuğa 6DYT uygulandı. Demografik veriler Tablo 1 PS-117’de gösterilmiştir. Ortalama yürüme mesafesi jSS tanılı hastalarda 480.18±47.22 metre, jSLE tanılı hastalarda 513.66±51.70 metre, sağlıklı grupta 553.21±41.65 metre saptandı. jSS hastaların kontrol grubuna göre az mesafe yürüdüğü görüldü (p<0.001). jSS grubunda ortalama oksijen saturasyonu (%SpO2) test öncesi %98.0±0.9; test sonrası %97.5±1.6 saptanırken, iki bağımlı değişkenin karşılaştırılmasında anlamlı fark elde edildi (p=0.01). 6DYT sonuçları Tablo 2 PS-117’de gösterilmiştir. jSS grubunda akciğer tutulumu olanlar (ortalama yürüme mesafesi 476.08±47.13 metre), olmayanlara göre (ortalama yürüme mesafesi 483.96± 48.89 metre) daha az

yürüdü. Ancak istatistiksel fark gözlenmedi (p=0.68). Bacak ağrısı olan jSS hastaları (ortalama 460.20±40.29 metre), olmayanlara göre (ortalama 498.61±46.94 metre) daha az yürüdü (p=0.038).

Sonuç: jSS tanılı hastaların yürüme mesafeleri kısıtlıdır. Ancak akciğer tutulumu tek başına egzersiz kapasitesini etkilememektedir. 6DYT’nin jSS takibindeki yeriyile ilgili araştırma sayısı sınırlı olduğundan, elde ettiğimiz sonuçların sonraki çalışmalara ışık tutacağı inancındayız.

Anahtar sözcükler: Juvenil sistemik skleroderma, altı dakika yürüme testi, pulmoner vasküler hastalık

PS-118

Sistemik skleroz hastalarında malignite:

Tek merkez verileri

Duygu Temiz Karadağ, Burçin Gönül, Senem Tekeoğlu, Özlem Özdemir Işık, Ayten Yazıcı, Ayşe Cefle

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli

Amaç: Sistemik skleroz (SSk) hastalarında malignite topluma göre daha sık görülmektedir ve mortalite nedenlerinden biri olarak tanımlanmıştır. Amacımız, kliniğimizde takip ettiğimiz hastalarda malignite sıklığını, tiplerini ve ilişkili olduğu hastalık özelliklerini tanımlamaktır.

Yöntem: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Romatoloji Bilim Dalı kliniğinde takip edilen ve 2013 ACR/EULAR SSK

Tablo 1 (PS-118): Malignite saptanan SSK hastalarının demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri.

| Cinsiyet | Hastalık tipi | Hastalık süresi | Yaş*/Yaş** | Malignite tarihi | Malignite tipi | Sağ kalm | IAH | PHT | SRK | Sigara | ANA/Oto-antikor |
|----------|---------------|-----------------|------------|------------------|----------------|----------|-----|-----|-----|--------|-----------------|
| Erkek | Diffuz | 9 | 40/49 | 2013 | Larinks | Ex | Yok | Yok | Yok | Yok | +/- |
| Kadın | Sınırlı | 7 | 41/48 | 2015 | Endometriyum | Hayatta | Yok | Yok | Yok | Yok | +/ACA |
| Kadın | Sınırlı | 20 | 25/45 | 2015 | Akciğer | Hayatta | Var | Yok | Yok | Var | +/Topo |
| Kadın | Diffuz | 12 | 34/46 | 2017 | Akciğer | Ex | Yok | Yok | Yok | Var | +/Topo |
| Erkek | Sınırlı | 17 | 42/59 | 2015 | Kondrosarkom | Hayatta | Var | Var | Yok | Var | +/ACA |
| Kadın | Sınırlı | 0 | 48/48 | 2017 | Meme | Hayatta | Yok | Yok | Yok | Var | +/- |
| Kadın | Diffuz | -6 | 63/57 | 2011 | Meme | Hayatta | Var | Yok | Yok | Yok | -/- |
| Kadın | Sınırlı | 12 | 51/63 | 2016 | MGUS? | Hayatta | Yok | Yok | Yok | Yok | +/ACA |

sınıflama kriterlerini karşılayan 141 hastanın tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların klinik, demografik, laboratuvar ve radyolojik bilgileri hasta dosyalarından elde edilmiştir.

Bulgular: Malignite saptanan sekiz vakanın ikisinde küçük hücre dışı akciğer kanseri, ikisinde meme kanseri, birinde larinx kanseri, birinde endometrium kanseri ve birinde kondrosarkom saptanmıştır. Malignite dışında bir kadın hastaya önemi belirsiz monoklonal gamopati (MGUS) tanısı konulmuştur. Bu hastaların ikisi takip sırasında ölmüş olup, ölümlerden biri enfeksiyona bağlı ve diğerinin sebebi bilinmemektedir. Verilerin tarandığı sırada malignite tanısı konulan hastaların dördü sınırlı, üçü yaygın cilt tutulumlu SSK olarak değerlendirilmiştir. Bu hastaların birinde ANA negatif saptanmıştır. Hastaların üçünde kliniğimizde rutin bakılmakta olan SSK spesifik oto-antikorlardan anti-topoizomeraz-I (Scl-70) ve anti-sentromer antikor (ACA) negatif saptanmıştır. Malignite saptanan hastaların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1 PS-118'de, tüm SSK kohortumuzun demografik ve klinik özellikleri Tablo 2 PS-118'de gösterilmiştir.

Tablo 2 (PS-118): Malignite tanısı olan ve olmayan SSK hastalarının demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri.

| | Malignite tanılı SSK hastaları N=7 | Malignite tanısız SSK hastaları N=134 |
|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| Kadın | 5 (%71.4) | 119 (%88.8) |
| Yaş | 58±8.7 | 55±13.7 |
| Hastalık ortaya çıktığında yaş | 42±11.8 | 47.6±13.3 |
| Hastalık süresi | 11±10 | 7±4 |
| Hastalık tipi (sınırlı cilt tutulumu) | 4 (%57) | 85 (%65) |
| mRCS | 27.5±7.8 | 13.5±8.4 |
| İnflamatuvar artrit | 1 (%14.3) | 11 (%8.7) |
| Raynaud fenomeni | 6 (%85.7) | 130 (%98.5) |
| Sklerodaktili | 5 (%71.4) | 106 (%80.9) |
| Puffy ödem | 1 (%14.3) | 13 (%9.9) |
| Telenjiektazi | 6 (%85.7) | 72 (%59.7) |
| Kalsinozis | 0 | 6 (%4.5) |
| Dijital ülser | 5 (%71.4) | 35 (%26.7) |
| Pitting skar | 5 (%71.4) | 53 (%40.5) |
| İnterstiyel akciğer hastalığı | 3 (%42.9) | 52 (%40) |
| Pulmoner hipertansiyon | 1 (%14.3) | 8 (%6.2) |
| ANA | 6 (%85.7) | 127 (%98.4) |
| Anti-topoizomeraz-I | 2 (%28.6) | 43 (%33.6) |
| Anti-sentromer | 2 (%28.6) | 63 (%33.6) |
| SSA | 1 (%14.3) | 8 (%6.2) |
| SSB | 0 | 2 (%1.6) |
| Ro-52 | 1 (%14.3) | 16 (%12.5) |
| PM-Scl | 1 (%14.3) | 4 (%3.1) |

Tablo (PS-119): Tofasitinib'in TGF-1β, MMP-3, TIMP-1 ve hidroksiprolin seviyelerine etkisi.

| Tofasitinib | TGF-1β (pg/mg) | MMP-3 | TIMP-1 (pg/ml) | Hidroksiprolin (kontrolün katı) |
|-------------|----------------|----------|----------------|---------------------------------|
| Kontrol | 23.4±2.6 | 12.9±2.6 | 860.5±23.3 | 1 |
| 25 nM | 18.6±3.5* | 11.3±2.8 | 840.2±21.9 | 0.91±0.13 |
| 50 nM | 17.2±1.9* | 10.8±1.9 | 800.0±20.3 | 0.85±0.08 |
| 100 nM | 11.3±2.1† | 4.2±1.1* | 621.3±25.6* | 0.61±0.07* |
| 200 nM | 10.6±1.8† | 3.8±0.9* | 324.3±17.5† | 0.52±0.05* |
| 400 nM | 3.6±0.9† | 3.6±0.6* | 321.9±16.2† | 0.48±0.03* |
| 800 nM | 2.1±0.7† | 1.2±0.4† | 310.2±18.8† | 0.12±0.02† |

*p<0.05; †p<0.05; ‡p<0.005.

Sonuç: Sistemik skleroz hastalarında malignite riski açısından uzun süreli takip gereklidir. Malignite SSK hastalarında hastalık tanısından sonra ortaya çıkabildiği gibi, hastalıktan daha önce de görülebilir. Bu hastaların malignite gelişimi açısından yakın takip edilmesi gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: Sistemik skleroz, malignite

PS-119

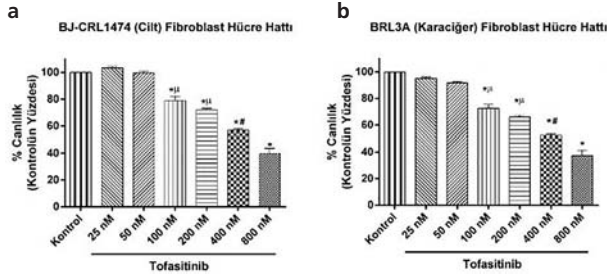
Fibroblast hücre kültüründe JAK-STAT sinyal yolağı inhibisyonunun kollajen biyosentezi üzerine etkilerinin araştırılması

Mehtap Şahin¹, Hüseyin Aydın¹, Ahmet Altun², Mehmet Emin Derin³, Ali Şahin³

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

Amaç: Fibrozisin arttığı çeşitli hastalıklarda (hepatik fibroz, skleroderma gibi) kontrolsüz kollajen sentezi ve birikimi olmaktadır. Kollajen sentezini inhibe eden ajanlar oldukça sınırlıdır. Tofasitinib selektif JAK-kinaz (1/3) inhibitörüdür. Günümüzde romatoid artrit tedavisinde kullanılmaktadır. JAK yolağı inhibisyonunun kollajen sentezine etkileri net olarak bilinmemektedir. Çalışmamızın amacı fibroblast hücre kültüründe JAK-STAT yolağı inhibisyonunun kollajen biyosentezi üzerine etkisini araştırmaktır.

Yöntem: BJ-CRL1474® (cilt) ve BRL3A® (hepatik) fibroblast hücre kültürlerinin uygun ortamda çoğalması sağlandı. 96'lık flaklarda çoğalan fibroblast hücrelerine sırasıyla 25nM, 50nM, 100nM, 200nM, 400nM ve 800nM konsantrasyonlarında tofasitinib uygulandı. Hücre canlılığı ve miktarı spektrofotometreyle okundu. Ayrıca ELİSA yöntemi ile doku metalloproteinaz inhibitörü (TIMP-1), matris metalloproteinaz 3 (MMP-3), dönüştürücü büyüme faktörü (TGF-1β) ve hidroksiprolin düzeyleri ölçüldü. Tofasitinib'in sitotoksik etkisi 100nM konsantrasyonda başladı (p<0.05) (Şekil 1 PS-119). En yüksek etki ise 800nM'de elde edildi. Tofasitinib'in zamana bağlı sitotoksik etkisi 72. saatte, 24. ve 48. saate göre tüm konsantrasyonlarda anlamlı olarak daha yüksek saptandı (p<0.05) (Şekil 2 PS-119). Kollajen sentezinin ana uyarıcısı olan TGF-1β düzeyi 25nM konsantrasyonda dahi anlamlı olarak düşük saptandı (p<0.05). En düşük düzeye 800nM konsantrasyonlarında ulaşıldı. Konsantrasyonlar arasındaki farklar istatistiksel olarak bulundu (p<0.05). Yine sırasıyla MMP-3, TIMP-1 ve hidroksiprolin se-



Şekil 1 (PS-119): Tofasitinib'in fibroblast (a) ve karaciğer (b) hücre hatlarındaki sitotoksik etkisinin konsantrasyona bağlı değerlendirilmesi.

vilerinde kontrole göre anlamlı düşüş saptandı ($p < 0.05$) (Tablo PS-119). Her üç biyobelirteçteki düşüş 100nM konsantrasyonunda başladı. Her iki hücre kültüründeki (hepatik ve deri) sonuçlar benzerdi ve istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > 0.05$).

Sonuç: JAK-kinaz inhibitörü olan tofasitinib'in fibroblast hücre kültüründe fibroblast hücre proliferasyonunu zamana ve konsantrasyona göre baskıladığı gösterdik. Ancak bu etkinin klinik yansımaları için daha kapsamlı hayvan model ve insan çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Anahtar sözcükler: Kollajen biyosentezi, fibroblast hücre kültürü, tofasitinib, JAK-STAT

PS-120

Tek bir merkez tarafından izlenen 90 dermatomyozit hastasında alt grupların analizi: Amiyopatik dermatomyozitte yüksek malignite sıklığı

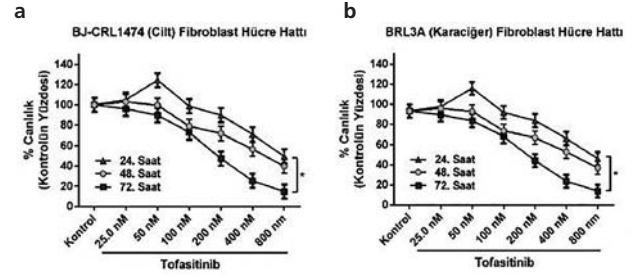
Emin Oğuz¹, Gizem Dağcı², Murat Erduran¹, Murat Bektaş¹, Çiğdem Çetin¹, Savran Aghamuradov¹, Bahar Artım Esen¹, Ahmet Gül¹, Lale Öcal¹, Murat İnanç¹

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

Amaç: Bu çalışmada dermatomyozit (DM) tanısı konulan 90 hastada, klasik dermatomyozit (KDM) ile klinik amiyopatik dermatomyozit (KADM) grubu [amiyopatik DM (ADM) ve hipomyopatik DM (HDM)] arasındaki demografik, klinik ve serolojik farklılıkların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 1994–2018 yılları arasında kliniğimizde takip edilen ve 2017ACR/EULAR IIMs sınıflandırma kriterlerinin karşılayan 90 DM hastanın demografik verileri, klinik ve serolojik özellikleri önceden belirlenmiş protokole göre toplandı. Hastalar KDM;KADM ve bunun alt grupları olan HDM, ADM olarak gruplandırıldı. Verilerin analizinde ki-kare, Fisher'in kesin, T ve Mann-Whitney U testleri uygun şekilde kullanılmıştır.

Bulgular: Hastaların %67'si kadın, yaş ortalaması 44 ± 15 ve ortalama takip süresi 77 aydı. DM hastaların demografik, klinik ve serolojik özellikleri Tablo 1 PS-120'de özetlenmiştir. DM hastaların %71 KDM, %29 KADM (ADM:%20, HDM: %9) olarak gruplandı. Hastaların seyri %46 monofazik, %31 kronik ve %23 tekrarlayıcı olarak belirlendi. Sistemik semptom, periyungal eritem, Raynaud fenomeni, disfaji, respiratuar kas tutulumu, artrit ve interstisyel akciğer hastalığı sıklığı sırasıyla %51; 36; 19; 34; 10; 20; 27 saptandı. Hastaların %81'inde heliotrop raş, %88'inde



Şekil 2 (PS-119): Tofasitinib'in (a) fibroblast ve (b) karaciğer hücre hatlarındaki sitotoksik etkisinin zamana bağlı değerlendirilmesi.

Gottron papüllü/bulgusu, %50'sinde v-ışareti, %37'sinde şal bulgusu ve %8'de kalsinosiz saptandı. Hastaların %40 ANA, %6 anti-Jo-1, %10 anti-Ro antikor pozitifliği saptandı. Hastaların %23'ünde malignite eşlik etmekteydi. Malignitelerin %43'ü tanı sırasında, %38'i takip süresince (Medyan:23ay) saptandı. En sık görülen maligniteler meme (%33), gastrointestinal (%19) ve genitouriner sistem karsinomlarıydı (%14). Ölen hastaların oranı %14'tü ve en sık ölüm nedenleri malignite (%62) ve enfeksiyondü (%31). DM alt grup karşılaştırılması Tablo 2 PS-120'de özetlenmiştir. KADM hastalarında kadın hasta oranı ve deri bulguları daha sıktı. Sistemik semptomlar KDM %70, KADM %27 saptandı ($p=0.003$). KADM'de malignite oranı (%38.5), KDM'den (%17.5) belirgin yüksekti ($p=0.03$). Malignite oranları KADM alt grupları olan ADM %44'ünde, HDM %25'de saptandı.

Sonuç: Kliniğimizde izlenen DM hastaların %29 KADM olarak değerlendirildi. DM'de Mortalite %14'dü ve en sık ölüm nedenleri malignite ve enfeksiyondü. En sık görülen maligniteler meme, gastrointestinal ve genitouriner sistem karsinomlarıydı. KADM hastalarında malignite oranının belirgin yüksekliği ve malignitelerin büyük çoğunluğunun tanı sırasında ve sonrasında saptanması nedeniyle bu hasta grubunda yaş ve cinsine uygun malignite taramasının önemi yüksektir.

Anahtar sözcükler: Dermatomyozit, amiyopatik dermatomyozit, malignite

PS-121

Sklerodermada modifiye Rodnan cilt skoru değerlendirilmesi eğitim kursu sonuçları

Gerçek Can¹, Aydan Köken Avşar¹, Sinem Burcu Kocaer¹, Gökçe Kenar¹, Dilek Solmaz², Handan Yarkan², Duygu Temiz Karadağ⁶, Neslihan Gökçen⁵, Servet Yolbaş⁷, Hakan Babaoğlu⁸, Alper Yıldırım⁹, Müçteba Enes Yayla¹⁰, İlyas Ercan Okatan¹⁰, Alper Sarı⁴, Didem Arslan Taş⁵, Fatış Önen¹, Süleyman Serdar Koca³, Ali Akdoğan³, Merih Birlik¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; ²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; ³Firat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ; ⁴Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ⁵Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Adana; ⁶Çanakkale Devlet Hastanesi, Çanakkale; ⁷İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Malatya; ⁸Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ⁹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri; ¹⁰Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Skleroderma ciltte fibrozis ile karakterize bir bağ doku hastalığıdır. Sklerodermalı hastalarda cilt kalınlığının değerlendiril-

Tablo 1 (PS-120): Dermatomiyozit alt grupların karşılaştırılması.

| | KDM (n=64) | KADM (n=26), ADM (n=18), HDM (n=8) | P |
|------------------------------|-----------------|------------------------------------|-----------------------|
| Yaş (yıl) | 44±15.5 (11-76) | 44±15.5 (2.72) | 0.98 |
| Kadın | 38 (%59) | 22 (%85) 16 (%90) 6 (%75) | 0.02 0.02 0.047 |
| Hastalık süresi (ay, meydan) | 77 | 95.5 | 0.45 |
| Klinik özellikler | | | |
| Heltrop raş | 50 (%78) | 23 (%88.5) | 0.37 |
| Gottron papülü/bulgusu | 53 (%83) | 26 (%100) | 0.03 |
| V-ışareti | 33 (%52) | 12 (%46) | 0.64 |
| Şal bulgusu | 23 (%36) | 9 (%35) | 0.42 |
| Kalsinosiz kutis | 6 (%9) | 1 (%4) | 0.66 |
| Sistemik semptom | 39 (%70) | 7 (%27) | 0.003 |
| Periungal eritem | 21 (%33) | 11 (%42) | 0.39 |
| Artrit | 14 (%22) | 4 (%15) | 0.48 |
| Raynaud fenomeni | 14 (%22) | 17 (%18) | 0.37 |
| IAH | 17 (%27) | 7 (%27) | 0.97 |
| Mortalite | 11 (%17) | 2 (%8) | 0.33 |
| Malignite | 11 (%17.5) | 10 (%38.5) 8 (%44) 2 (%25) | 0.03 0.02 0.63 |
| Otoimmün seroloji | | | |
| ANA | 25 (%40) | 15 (%58) | 0.13 |
| Anti-Jo-1 | 3 (%5) | 2 (%8) | 0.63 |
| Anti-Ro | 5(%8) | 4(%15) | 0.44 |

KDM: Klasik dermatomiyozit; KADM: Klinik amiyopatik dermatomiyozit; ADM: Amiyopatik DM; HDM: Hipomiyopatik dermatomiyozit; IAH: Interstisyel akciğer hastalığı.

Tablo 1 (PS-120): Dermatomiyozit hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri.

| | Min. | Mak. | Medyan | Ortalama | SD |
|------------------------------|------|------|--------|----------|----------|
| Yaş | 2 | 76 | 45 | 44 | 15 |
| Takip süresi (ay) | 6 | 448 | 70 | 97 | 93 |
| Klinik özellikler | | | | N | % |
| Kadın | | | | 60 | 67 |
| KDM | | | | 64 | 71 |
| KADM | | | | 26 | 29 |
| ADM | | | | 18 | 69 |
| HDM | | | | 8 | 31 |
| Heltrop raş | | | | 73 | 81 |
| Gottron papülü/bulgusu | | | | 79 | 88 |
| V-ışareti | | | | 45 | 50 |
| Şal bulgusu | | | | 32 | 36 |
| Kalsinosiz kutis | | | | 7 | 8 |
| Sistemik semptom | | | | 46 | 51 |
| Periungal eritem | | | | 32 | 36 |
| Artrit | | | | 18 | 20 |
| Makinist eli | | | | 6 | 7 |
| Disfaji | | | | 31 | 34 |
| Respiratuvar kas tutulumu | | | | 9 | 10 |
| IAH | | | | 24 | 27 |
| Malignite | | | | 21 | 23 |
| Tanı öncesi | | | | 4 | 19 |
| Tanı sırasında | | | | 9 | 43 |
| Takip süresince | | | | 8 | 38 |
| Maligniteler | | | | | |
| Mena ca | | | | 7 | 33 |
| GİS ca | | | | 4 | 19 |
| GÜS ca | | | | 3 | 14 |
| Mortalite | | | | 13 | 14 |
| Malignite | | | | 8 | 62 |
| Enfeksiyon | | | | 4 | 31 |
| Otoimmün serolojik | | | | N | % |
| ANA | | | | 40 | 44 |
| Anti-Jo-1 | | | | 5 | 6 |
| Anti-Ro | | | | 9 | 10 |
| Hastalık seyir (N=87) | | | | N | % |
| Monofazik | | | | 40 | 46 |
| Tekrarlayıcı | | | | 20 | 23 |
| Kronik | | | | 27 | 31 |

ADM: Amiyopatik DM; ca: Karsinom; GİS: Gastrointestinal sistem; GÜS: Genitoüriner sistem; HDM: Hipomiyopatik DM; IAH: Interstisyel akciğer hastalığı; KADM: Klinik amiyopatik DM; KDM: Klasik DM.

mesi için genellikle Modifiye Rodnan Cilt Skoru (MRCS) kullanılmaktadır. Çalışmamızın amacı romatoloji yan dal asistanlarına uygulanan MRCS eğitim kursunun etkinliğinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Çalışmaya 6 romatoloji yan dal asistanı dahil edildi. Katılımcılara skleroderma konusunda deneyimli 3 romatoloji uzmanı tarafından, 1 saat süren cilt tutulumu ve MRCS değerlendirilmesini içeren teorik eğitim verildi. Ardından 1 saat süreyle 4 hasta üzerinde pratik eğitim uygulandı. Katılımcılar 2 hasta üzerinde eğitim öncesi ve sonrası 17 bölgeyi içerecek ve toplam skor 0–51 aralığında olacak şekilde skorlama yaptılar. SPSS 15 programı kullanılarak, eğitim öncesi ve sonrası MRCS için gözlemciler arası güvenilirlik, sınıf içi korelasyon katsayısı (intraclass correlation, ICC) analizi ile değerlendirildi. Eğitim öncesi ve sonrası 12 ayrı Rodnan skor bölgesine göre uyumun Fleiss's kapa ile değerlendirilmesi yapıldı.

Bulgular: Eğitim öncesi total Rodnan skoru için ICC değeri 0.867 (%95 CI=0.625–1.00) p=0.05, eğitim sonrası 0.905 (%95 CI 0.045–1.00) p=0.02 olarak hesaplandı. Tek tek Rodnan skor bölgelerine bakıldığında eğitim sonrasında bir kısmında uyumda artış gözlemlendi, bir bölgede değişim olmazken, bir kısmında ise uyumda azalma tespit edildi (Tablo PS-121). Cilt tutulumunun bir ölçütü olan MRCS'nun, uygulanabilirliği, güvenilirlik ve geçerliliği çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Daha önceki eğitim kurslarında gözlemciler arası ICC değerleri 0.378–0.92 aralığında bildirilmiştir. Bu çalışmalar; katılımcıların sayısı, tecrübesi, hasta sayısı, kurs süresi ve tekrarlayan kurs olması açısından farklılıklar göstermektedir. Çalışmamızda Ionescu ve arkadaşlarının gözlemine benzer şekilde, eğitim öncesi gözlemciler arası ICC değeri 0.867 gibi çok iyi düzeyde saptanmış ve eğitim sonrasında da 0.905'e ulaşan bir artış göstermiştir. Tek tek bölgelere bakıldığında eğitim sonrasında bir kısmında uyumda artış bir kısmında ise azalma olması eğitimin tekrar edilmesinde gerekliliğine ilişkin bir veri olabilir. Kısıtlılığımız, katılımcı ve hasta sayısının az olması olarak sıralanabilir.

Tablo (PS-121): Malignite tanısı olan ve olmayan SSK hastalarının demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri.

| Bölge | Eğitim öncesi | | Eğitim sonrası | |
|---------------|-------------------------|----------|-------------------------|----------|
| | Fleiss's Kappa (%95 GA) | Uyum (%) | Fleiss's Kappa (%95 GA) | Uyum (%) |
| Sağ parmak | 0.38 (0.003, 0.73) | 53.3 | 0.60 (-0.18, 1.00) | 70.0 |
| Sol parmak | 0.42 (0.16, 0.68) | 56.6 | 0.29 (0.29, 0.29) | 46.6 |
| Sağ el | 0.02 (0.02, 0.02) | 26.6 | 0.11 (-0.06, 0.29) | 33.3 |
| Sol el | 0.16 (-0.11, 0.42) | 36.6 | 0.16 (-0.11, 0.42) | 36.6 |
| Sağ ön kol | 0.29 (0.29, 0.29) | 46.6 | 0.02 (0.02, 0.02) | 26.6 |
| Sol ön kol | 0.29 (0.29, 0.29) | 46.6 | 0.02 (0.02, 0.02) | 26.6 |
| Sağ üst kol | 0.11 (-0.06, 0.29) | 33.3 | -0.22 (-0.11, 0.06) | 23.3 |
| Sol üst kol | 0.24 (0.16, 0.33) | 43.3 | 0.02 (0.02, 0.02) | 26.6 |
| Yüz | 0.24 (0.16, 0.33) | 43.3 | 0.02 (0.02, 0.02) | 26.6 |
| Göğüs | 0.24 (0.16, 0.33) | 43.3 | 0.16 (-0.11, 0.42) | 36.6 |
| Karn | 0.16 (-0.11, 0.42) | 36.6 | 0.11 (-0.06, 0.29) | 33.3 |
| Sağ üst bacak | 0.02 (0.02, 0.02) | 26.6 | 0.29 (0.29, 0.29) | 46.6 |
| Sol üst bacak | 0.02 (0.02, 0.02) | 26.6 | 0.20 (-0.50, 0.50) | 40.0 |
| Sağ alt bacak | 0.38 (0.003, 0.73) | 53.3 | 0.24 (0.16, 0.33) | 43.3 |
| Sol alt bacak | 0.29 (0.29, 0.29) | 46.6 | 0.20 (-0.50, 0.50) | 40.0 |
| Sağ ayak | 0.11 (-0.06, 0.29) | 33.3 | 0.38 | 53.3 |

Sonuç: Romatoloji yan dal asistanlarına uygulanan MRCS eğitim kursunda oldukça iyi düzeyde gözlemciler arası ICC değerleri elde edilmiştir; ancak sonuçların optimizasyonu için kursiyer, hasta sayısı ve kurs süresi artırılarak yeni çalışmalar düzenlenmesi gereklidir.

Anahtar sözcükler: Sistemik skleroz, MRCS, eğitim

PS-122

Jüvenil idiyopatik inflamatuvar miyozitler:

Tek merkez deneyimi

Ayşe Tanatar, Şerife Gül Karadağ, Nuray Aktay Ayaz

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: İdiyopatik inflamatuvar miyozitler (İİM) başlıca kas tutulumu ile giden, bunun yanı sıra pek çok kas dışı bulgunun da eşlik edebildiği heterojen bir otoimmün hastalık grubudur. Bu çalışmada merkezimizde takip edilen 15 İİM'li hastanın demografik ve klinik özellikleri, laboratuvar verileri, tedavi modaliteleri ve hastaların sonuçları değerlendirildi.

Yöntem: 2011–2018 yılları arasında Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Romatoloji Kliniği'nde İİM tanısı alan hastaların tıbbi kayıtlarını retrospektif olarak inceledik.

Bulgular: Hastaların 10'u juvenil dermatomyozit (JDM), 4'ü amiyopatik dermatomyozit, 1'i polimiyozit tanılıydı. 10'ı kız (%66), 5'i erkekti (%33). Ortalama yaş 9.2±4 yıl (4–17.7), semptomların ort. başlangıç yaşı 5.3±3.7 yıl (2.4–13.4), ort. tanı yaşı 6.9±4 yıl (2.8–6.9) idi. Hastaların kliniğimize başvurusunda en sık bulgu tipik cilt lezyonlarıydı. Klinik özellikleri; 8 (%53)'inde heliotropik raş, 13 (%86)'ünde Gottron papülleri, 10 (%66)'unda kas güçsüzlüğü, 4 (%26)'ünde kalsinozis, 12 (%80)'sinde eritematöz raş şeklindeydi. Başvuruda 2 amiyopatik JDM olgusu hariç tüm hastaların kas enzimleri yüksekti. Laboratuvar tetkikleri;

lökosit sayısı 7512±2412/mm³, hemoglobin 13±1.2 g/dL, hematokrit %37±4.1, trombosit sayısı 290.600±63.369/mm³, CRP 2±1.5 mg/L, ESH 16±18.7 mm/sa, AST 67±44.2 IU/L, ALT 47±42.4 IU/L, kreatin kinaz 1140±1978 IU/L. %58'inde ANA pozitifliği saptanırken, hastalarda anti-jo1 antikoru saptanmadı. Kas biyopsisi 8 hastaya uygulandı ve histopatolojileri JDM ile uyumluydu. Sıklıkla metotreksatla kombine edilen erken yüksek doz steroid tedavisi hastaların tamamına uygulanmıştı. Ağır JDM'li 5 hastada mikofenolat mofetil ve intravenöz immunglobulin tedavilerine eklenmişti. Dirençli ve refrakter iki olguda siklosporin, pamidronat, ritüksimab tedavileri ile remisyon sağlanmıştı. Kanser ve mortalite gözlenmemiştir.

Sonuç: Çocukluk çağında İİM çok nadiren görülür. Toplumda görülme sıklığı 1 milyon kişide 1.9'dur. Kızlarda daha sık görülür. Çalışmamızda K:E oranı 2:1 dir. Klasik JDM'te deri bulguları oldukça tipiktir, güçsüzlükle birlikte olduğunda kolay tanımlanabilir. Tipik JDM döküntüleri olmasına rağmen kas güçsüzlüğü olmayan hastalarda subklinik kas tutulumu (yüksek kas enzimleri veya kas biyopsisi, EMG ve MRG bulguları) varlığında akla amiyopatik JDM gelmelidir. Tüm İİM'lerin %20 kadarki çocuklukta başlar. Erken tanı ve tedavi morbidite ve mortalitenin önlenmesinde önemlidir.

Anahtar sözcükler: İdiyopatik inflamatuvar miyozit, juvenil dermatomyozit, amiyopatik dermatomyozit

PS-123

Skleroderma hastalarının nutrisyonel durumunun değerlendirilmesi

Soner Şenel¹, Emre Yılmaz², Alper Yıldırım¹, Şule Ketenci Ertaş¹, Kemal Erol³, Cevat Yazıcı⁴

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri; ²Kayseri Bünyan Devlet Hastanesi, Kayseri; ³Kayseri Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Kayseri; ⁴Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Kayseri

Amaç: Skleroderma (SSc) kronik inflamasyon, otoimmünite, cilt ve iç organlarda fibrozis ile seyreden bir bağ doku hastalığıdır. Skleroderma hastalarında malnutrisyon insidansı yüksek olup hastalığın seyrini olumsuz etkilemektedir. Bizim bu çalışmayı yapmamızın amacı Skleroderma hastalarının nutrisyonel durumunu değerlendirmek ve mikronutrientlerle nutrisyonel durum arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Yöntem: Bu çalışmaya 50 SSc hastası alındı. Hastaların yaş, boy, cinsiyet, tutulum tipi, kilo, hastalık süreleri gibi demografik özellikleri kaydedildi. Hastaların nutrisyonel durumu SGA (Subjective Global Assessment) formu ile değerlendirildi. Hastalardan alınan kan örneklerinden vitamin B1, vitamin B6, vitamin B12, vitamin D, vitamin A, folik asit, prealbümin, seruloplazmin, krom, bakır, çinko, selenyum düzeyleri ölçüldü. Elde edilen sonuçların hastaların demografik özellikleri ve nutrisyonel durum ile ilişkileri değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların %8'i (n=4) erkek, %92'si (n=46) kadın idi. Hastaların %40'ı (n=20) diffüz skleroderma (dcSSc), %60'ı (n=30) limitli skleroderma (lcSSc) hastası idi. Hastaların %46'sında (n=23) orta dercede, %2'sinde (n=1) ciddi dercede malnutrisyon saptandı. Malnutrisyonu olan hastaların %65'i (n=15) dcSSc grubundaydı. Hastaların %18'inde (n=9) vi-

tamin B1 ekliği, %10'unda (n=5) vitamin B6 eksikliği, %10'unda (n=5) vitamin B12 eksikliği, %10'unda (n=5) vitamin A eksikliği, %72'sinde (n=36) vitamin D eksikliği, %18'inde (n=9) folik asit eksikliği, %14'ünde (n=7) prealbümin eksikliği, %20'sinde (n=10) krom eksikliği, %96'sında (n=48) bakır eksikliği, %98'inde (n=49) çinko eksikliği, %36'sında (n=18) selenyum eksikliği bulundu. Hastaların malnutrisyon oranı istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0.004). Bakır ve çinko eksikliği de istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.022, p=0.013). Prealbümin ile malnutrisyon arasında anlamlı negatif korelasyon saptandı (p=0.019, r=-0.331). Vitamin B1 ile hasta yaşı arasında anlamlı negatif korelasyon saptandı (p=0.014, r=-0.347). Prealbümin ile hastalık süresi arasında da anlamlı negatif korelasyon saptandı (p=0.000, r=-0.521).

Sonuç: SSc hastalarında malnutrisyon sık karşılaşılan bir sorun olup ciddi mikronutrient eksikliklerine sebep olmaktadır. Bu nedenle hastalar klinik kontrollerinde mutlaka nutrisyonel durum açısından da değerlendirilmelidir. Prealbümin güvenilir bir nutrisyonel markeri olarak kullanılabilir. Hastalar ayrıca mikronutrient eksikliği açısından da sorgulanmalıdır.

Anahtar sözcükler: Skleroderma, nutrisyon, malnutrisyon, mikronutrient

PS-124

Granülo-matoz polianjit tedavisinde yaklaşım:

Tek merkez deneyimi

Seda Çolak¹, Emre Tekgöz, Sedat Yılmaz, Maghrur Mammadov, Muhammet Çınar

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

Amaç: Granülo-matoz polianjit (GPA) başlıca üst ve alt solunum yollarını ve böbreği tutan ANCA ilişkili bir küçük damar

vaskülitidir. Yeni tedavi yöntemlerinin ortaya çıkmasıyla GPA daha iyi tedavi edilebilir bir hastalık haline gelmiştir. Ancak yaş, komorbiditeler ve organ tutulumları gibi nedenler ile her hastada remisyon indüksiyonu ve idame tedavi tercihleri farklı olabilmektedir. Çalışmanın amacı bir romatoloji kliniğinin GPA tedavisindeki tercihlerini belirlemektir.

Yöntem: Merkezimizde 2016–2018 yılları arasında GPA tanısı ile tedavi uygulanan 20 (9 Kadın/11 Erkek) hasta geriye dönük olarak değerlendirildi. Demografik veriler, altta yatan hastalıkların klinik verileri, indüksiyon, idame ve relaps tedavisinde kullanılan ilaçlar dosya verilerinden elde edildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 46.7±13.7 yıl, hastalık süresi 43.0±61.7 ay idi. Hastaların ortalama beş faktör skoru 0.95±0.89, Birmingham Vaskülit Aktivite Skoru 14.2±5.4 olarak saptandı. Remisyon indüksiyonu için 10 (%50.0) hasta pulse metilprednizolon (MP)+siklofosamid (SF), 6 (%30.0) hasta pulse MP+rituksimab (RTX)+metotreksat (MTX), 1 hasta pulse MP+intravenöz immünoglobulin (IVIG), 1 hasta pulse MP+MTX, 1 hasta pulse MP+SF (ve rituksimab) ve 1 hasta pulse MP+SF+plazmaferez tedavisi aldı. Dört hastada relaps görüldü. Relaps görülen hastaların tamamı başlangıçta pulse MP+SF tedavisi almış hastalardı ve hepsinde remisyon elde edildi. Bunların 4'ü azatiopürin (AZA), 1'i MTX idame tedavisi alırken relaps gelişti. İndüksiyon ve idame tedavisinde RTX alan hiçbir hastada relaps görülmeydi. Bir hasta pulmoner hemoraji, bir hasta da sitomegalovirüs koliti nedeni ile remisyon indüksiyonu tedavisi alırken kaybedildi (Tablo PS-124).

Sonuç: GPA'da remisyon indüksiyonu tedavisinde yüksek doz glukokortikoidler ile birlikte SF, RTX, IVIG, plazmaferez ve sınırlı seyreden olgularda MTX verilebilir. İdame tedavisinde glukokortikoidler ile birlikte (veya tek başına), AZA, RTX ve MTX kullanı-

Tablo (PS-124): Demografik ve klinik özellikler.

| Yaş/Cinsiyet | ANCA | Organ tutulumları | Remisyon indüksiyon tedavisi | Remisyon | İdame tedavi | Relaps |
|--------------|---------|-------------------------------|------------------------------|----------|--------------|--------|
| 19/E | PR3 | Akciğer+böbrek+cilt+ÜSY+eklem | Pulse MP+RTX ve/veya MTX | Evet | RTX+MTX | Hayır |
| 58/K | PR3 | Akciğer+böbrek+ÜSY | Pulse MP+SF | Evet | AZA | Hayır |
| 48/E | PR3 | Akciğer+böbrek+ÜSY+Nörolojik | Pulse MP+SF | Evet | AZA | Evet |
| 62/K | PR3 | Akciğer+böbrek+Cilt+ÜSY+Eklem | Pulse MP+SF/RTX | Evet | RTX+MTX | Hayır |
| 42/E | PR3 | Göz+böbrek+eklem+nörolojik | Pulse MP+SF | Evet | AZA | Hayır |
| 64/K | MPO | Akciğer+böbrek+cilt | Pulse MP+RTX ve/veya MTX | Evet | RTX | Hayır |
| 39/E | PR3 | Nörolojik | Pulse MP+RTX ve/veya MTX | Evet | RTX+MTX | Hayır |
| 43/K | PR3 | Böbrek | Pulse MP+SF | Hayır | Almadı(Ex) | - |
| 68/K | PR3 | Akciğer | Pulse MP+SF | Evet | RTX | Hayır |
| 46/E | PR3 | Böbrek+eklem | Pulse MP+SF | Evet | AZA | Evet |
| 41/K | PR3 | Böbrek+ÜSY | Pulse MP+MTX | Evet | MTX | Hayır |
| 55/E | PR3 | Akciğer+böbrek+Nörolojik | Pulse MP+SF+plazmaferez | Hayır | Almadı(Ex) | - |
| 35/K | PR3 | Akciğer+böbrek | Pulse MP+RTX ve/veya MTX | Evet | RTX | Hayır |
| 21/E | Negatif | Akciğer+böbrek+ÜSY | Pulse MP+RTX ve/veya MTX | Evet | RTX | Hayır |
| 55/K | Negatif | Akciğer+ÜSY+nörolojik | Pulse MP+RTX ve/veya MTX | Evet | RTX | Hayır |
| 37/K | PR3 | Akciğer | Pulse MP+SF | Evet | MTX | Hayır |
| 38/E | PR3 | Göz+böbrek+ ÜSY | Pulse MP+SF | Evet | AZA | Hayır |
| 68/E | PR3 | Göz+akciğer+böbrek | Pulse MP+SF | Evet | AZA | Evet |
| 45/E | MPO | Akciğer+böbrek | Pulse MP+SF+IVIG | Evet | IVIG | Hayır |
| 49/E | Negatif | Göz+akciğer+ÜSY+nörolojik | Pulse MP+SF | Evet | MTX | Evet |

labilir. Rituksimab remisyonun induksiyonunda SF'den aşağı değildir. Nükseden olgularda ise remisyonun sağlanmasında SF'den üstündür. Rituksimabın malignite ve infertilite riskinin olmaması ve başlangıç tedavisinde remisyon elde edilenlerde idamede de kullanılabilmesi GPA tedavisinde önemli avantajlar sunmaktadır.

Anahtar sözcükler: Granülo-matoz polianjit, tedavi, yaklaşım

PS-125

Gebelik kayıplarının veya morbiditelerinin sebeplerinden biri tanı konulmamış Takayasu arteriti olabilir mi?

Erdal Bodakçı, Döndü Üsküdar Cansu, Cengiz Korkmaz

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

Amaç: Takayasu arteriti (TA), doğurganlık çağındaki kadınları etkileyen büyük çaplı bir damar vaskülitidir. TA'lı kadınlarda gebelik ilişkili morbiditeler artmıştır. Amacımız TA ile izlenen hastalarda tanı öncesi ve sonrası gebelik komplikasyonları açısından bir fark olup olmadığını ortaya koyarak tanı öncesi dönemdeki gebelik komplikasyonlarına dikkat çekmektir.

Yöntem: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji bölümünde 2005–2017 yılları arasında TA tanısı alan 32 kadın hasta geriye dönük değerlendirildi. Hastaların klinik, laboratuvar, radyolojik görüntüleme sonuçları, demografik veriler, tutulan damarlar, gebelik öncesi ve sonrası yakınmaları, obstetrik takipleri, fetal ve maternal komplikasyonları dosyalarından, telefonda aranarak ve elektronik kayıt sisteminden elde edildi.

Tablo 1 (PS-125): TA öncesi, sonrası gebelik sayıları.

| | Sayı: 30 | Toplam gebelik sayısı | TA tanısı öncesi gebelik sayısı | TA tanısı öncesi gebeliklerde komplikasyon | TA tanısı sonrası gebeliklerde komplikasyon |
|---|----------|-----------------------|---------------------------------|--|---|
| Gebelik öncesi tanı alan hasta | 6 | 14 | 9 | 1 | 1 |
| Gebelik/gebelik sonrası tanı alan hasta | 24 | 51 | 0 | 4 | 5 |
| Toplam | 30 | 65 | 9 | 5 | 6 |

Tablo 2 (PS-125): Hastaların özellikleri.

| Olgular | Yaş/ yıl | Gebelik- TA arasındaki süre/yıl | Gebelik komplikasyonu | Tutulan damarlar |
|---------|----------|---------------------------------|-----------------------|---|
| Olgu 1 | 60 | 4 | Abortus | Bilateral subklaviyen, abdominal aorta |
| Olgu 2 | 32 | 2 | Serebral palsy | Bilateral subklaviyen, sağ renal arter |
| Olgu 3 | 45 | 5 | Abortus | Arcus aorta, sağ subklaviyen |
| Olgu 4 | 60 | 3 | Abortus | Arcus aorta, sağ subklaviyen, sağ renal arter |

Bulgular: 32 hastanın 2'sinde gebelik öyküsü yoktu. 3 hasta tanıdan sonra takipsiz olup verilerine ulaşılamadı. 27 hastada toplam gebe-

lik sayısı 65' ti (Tablo 1 PS-125). Hastaların yaş ortalaması 45.4 yıl idi. Gebelik öncesi TA tanısı olan 6 hasta, gebelik sonrasında tanı almış 24 hasta olup bu hastalardan 4 tanesinde henüz TA tanısı olmadan gebelik kaybı ve morbiditesi gelişmişti. 6 hastada gebelik komplikasyonu gelişmişti [iugr (2), preeklampsi (3), prematür doğum (2)]. 4 hastanın yaş ortalaması 49 yıl idi. 4 hastanın 3'ünde bilinmeyen sebeplerle abortus gelişmiş, 1 tanesinde serebral palsili canlı doğumu gerçekleşmişti (Tablo 2 PS-125). Serebral palsili çocuk doğuran hasta gebelikten hemen sonra halsizlik, ateşlemeleri olduğunu ve bilateral subklaviyen arterde darlık, sağ renal arterde %80'e varan darlığı olup gebelikten 2 yıl sonra TA tanısı aldı.

Sonuç: TA, uzun yıllar sessiz seyredebilir. Tutulan damarlara göre gebelikte morbiditelere sebep olabilir. TA, henüz tanı konulmamış hastalarda gelişen abortus, intrauterin gelişme geriliği gibi fetal komplikasyonların sebebi olabilir.

Anahtar sözcükler: Takayasu arteriti, gebelik komplikasyonları

PS-126

IGG4-ilişkili hastalık ve anca ilişkili vaskülit birlikteliği gerçek bir çakışma mı? Yoksa değil mi?

Abdulsamet Erden, Gözde Yardımcı, Ertuğrul Çağrı Bölek, Şule Apraş Bilgen, Ömer Karadağ

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

Amaç: Pseudotümör orbita, pakimenezit ve periaortitis hem ANCA-assosiyeli vaskülitlerin (AAV) hem de IgG4-ilişkili hastalığın (IgG4-RD) seyrinde görülebilmektedir. Bazı olgularda bu iki hastalığın ayırımını yapmak güç olabilir. Yakın bir zamanda, EUVAS grubu tarafından IgG4-RD ve AAV'in beraber bulunması ve overlap sendromu üzerine bir çalışma yayınlanmıştır. Bu çalışmada; IgG4-RD kohortumuzda ANCA pozitifliğinin sıklığını araştırmak ve IgG4-RD/AAV birlikteliği hakkında bir literatür derlemesi yapmayı amaçladık.

Yöntem: Hacettepe Vaskülit Merkezi veri tabanına kayıtlı 62 hastanın verileri incelendi. Hastalar IgG4-RD tanısı açısından Comprehensive Diagnostic Criteria'e göre değerlendirilmiştir. Hastaların sosyodemografik özellikleri, klinikopatolojik, görüntüleme ve laboratuvar bulguları ile retrospektif olarak yeniden AAV açısından gözden geçirilen klinik özellikleri ve ANCA testleri kaydedildi. Sonraki aşamada, PUBMED veri tabanında, Nisan 2018'e kadar yayınlanmış yazılar taranarak literatür taraması yapıldı. Yayınlar veri tabanında "IgG4-RD and Eosinophilic Granulomatosis with Polyangiitis", "IgG4-RD and AAV" ve "IgG4-RD and Granulomatosis with Polyangiitis" MeSH terimleri kullanılarak tarandı.

Bulgular: Kohortumuzda toplam 29 (%46.7) hastanın ANCA sonucu mevcuttu. Bu hastaların IgG4 tanıları probable (15/29, %51.7), possible (4/29, %13.8) ve definite (10/29, %35.4) olarak değerlendirildi. Üç hastada (%10.3) ANCA pozitif ama zayıf pozitif idi. Bu üç hastanın da klinik ve patolojik olarak vaskülit destekleyen herhangi bir bulgusu mevcut değildi. Bu hastaların IgG4-RD için kriterlere göre tanıları yeniden gözden geçirildiğinde 1 definite, 1 probable ve 1 possible tanı mevcuttu. Literatür taramasıyla değerlendirmeye aldığımız 17 olgunun IgG4-RD ve AAV ile ilgili klinikopatolojik ve laboratuvar bulguları Tablo 1 PS-126'da verildi. Tablodaki genel özellikler Tablo 2 PS-126'da özetlendi.

Tablo 1 (P5-126): Literatürdeki 17 IgG4 ilişkili hastalık ve ANCA ilişkili vaskülitin birlikte sunulduğu vakaların klinikopatolojik ve laboratuvar bulgularının özeti.

| Yazar | Yaş/ cinsiyet | IgG4 ilişkili hastalık tanısı | Biyopsi | ANCA | ANCA ilişkili vaskülit kliniği lehine / aleyhine bulgular |
|--------------------|---------------|--|--|--|---|
| Popkirow et al. | 52, E | Probable (Klinik + Biyopsi) | Meninks biyopsisi: Plazma hücreden zengin infiltrasyon | MPO-ANCA (+) | Serebral anjiyografide vaskülit yok, biyopside granülomatöz inflamasyon yok. |
| Sakairi et al. | 62, E | Kesin (Klinik + Biyopsi + IgG4 düzeyi) | Böbrek biyopsisi: Tübulointerstiyel nefrit, lenfosit ve plazma hücre infiltrasyonu, IgG4 Pozitif/IgG pozitif oranı= %70, interlobüler arterde fibrinoid nekroz. Parotis Biyopsisi: Wartin tümörü, IgG4, IgG4 Pozitif/IgG pozitif oranı= %20 | MPO-ANCA (-) PR3-ANCA (-) | PET-BT'de vasküler tutulum yok. Fakat episklerit ve böbrek biyopsisi ile CRP yüksekliği vaskülit tanısını desteklemektedir. |
| Iguchi et al. | 64, K | Possible(Klinik + IgG4 düzeyi) | Orbital tümör biyopsisi: Nötrofil ve lenfosit infiltrasyonu var. IgG4 Pozitif/ IgG pozitif <%5. Flebit yok. Granülomkanı olmamasına rağmen arter duvarlarının elastik lamina yırtılması, neovaskülarizasyon ve az sayıda dev hücre gözlemlendi. | MPO-ANCA = (+) PR3-ANCA = (+) | BT'de Akciğerde nodüler lezyon yok. Biyopsi bulguları, ANCA pozitifliği, CYC sonrası klinik yanıt vaskülit desteklemektedir. |
| Touge et al. | 61, E | Kesin (Klinik + Biyopsi + IgG4 düzeyi) | Akciğer transbronşiyal biyopsi: İnflamatuvar granülom, lenfosit ve plazma hücre infiltrasyonu, >20 IgG4-positif plazma hücresi (HPF) | PR3-ANCA= (+) | <i>Granülom dışında klinik özellik makalede verilmemiş</i> |
| Della-Torre et al. | 51, K | Kesin (Klinik + Biyopsi + IgG4 düzeyi) | Lakrimal gland biyopsisi: Storiform fibrozis, lenfoplazmatik infiltrat, IgG4+/IgG+ plazma hücre oranı > 40%, vaskülit bulgusu ve granülom yok. Akciğer biyopsisi: Kronik granülomatöz inflamasyon, lökositik vaskülit ve coğrafik nekroz alanları yüksek oranda GPA'yı destekler. Ek olarak GPA lezyonları boyunca çok sayıda IgG4-positive plazma hücreleri (miktar belirtilmemiş.) | c- ANCA (+) PR3-ANCA = (+) | Sağ akciğerde 2 yuvarlak sınırlı nodül ve 1 kaviter kitle, T5 ve T6 vertebranın sağında paravertebral lezyon (PET-CT FDG tutulumu), biyopsi bulguların vaskülit tanısını destekleyici |
| Hanioka et al. | 72, E | Kesin (Klinik + Biyopsi + IgG4 düzeyi) | Cilt biyopsisi: Eozinofil infiltrasyonu lökositik vaskülit. Nazal mukoz biyopsisi: IgG4 pozitif plazmositler ve eozinofiller, storiform fibrozis, IgG4+/IgG+ plazma hücre oranı >%40 | MPO-ANCA : (+) | 32.3% eosinophili, IgE : E: 454 IU/ml, EMG: Multiple mononeuropati CT de nazal mukoz kalınlaşma |
| Ayuzawa et al. | 68, K | Possible (Klinik + IgG4 düzeyi) | Son başvuru böbrek biyopsisi: IgG4+/IgG+ plazma hücre oranı %10. Membranöz glomerulonefrit, tübulointerstiyel nefrit, eozinofili (+). Cilt biyopsisi: Eozinofil dominant, fragmente nükleollü lökositler, Granülomatöz arjiit yok, IgG4 boyanma yetersiz | MPO-ANCA (-) PR3-ANCA (-) | WBC: 2.0x10 ⁹ /ml, Eozinofil 1.35?104/ml, EMG: Sağ medyan nöropati. Fakat kresentrik ya da nekrotizan glomerulonefrit yok |
| Su et al. | 42, E | Kesin (Klinik + Biyopsi + IgG4 düzeyi) | Böbrek biyopsisi: C3 birikimi, hücresel kresent, periglomeruler granülom formasyonu, tübulointerstiyel alanda masif lenfosit ve plazma hücre infiltrasyonu. IgG4+/IgG+plazma hücre oranı>%40 | p-ANCA (+) MPO-ANCA (+) | Periglomeruler granüloma formasyonu, kronik paranazal sinüzit MPO-ANCA pozitifliği ve eosinofili |
| Alexandraki et al | 38, K | Kesin (Klinik + Biyopsi + IgG4 düzeyi) | Cilt Biyopsisi: Lökositik vaskülit. Retrobülber biyopsi: IgG4 ü destekliyor, IgG4+/IgG+ plazma hücre oranı>%50 | ANA : 1/1250 p-ANCA (+) MPO-ANCA (+) | Nodüler Akciğer lezyonları ve buzlu cam görünümü ANCA vaskülit destekliyor. Lökositik vaskülit, RTX sonrası gelişmiş (serum hastalığı) de olabilir, vaskülitin seyri sırasında da çıkmış olabilir. Akut faz reaktan yüksekliği de destekliyor. |

Tablo 1 (PS-126): [Devam] Literatürdeki 17 IgG4 ilişkili hastalık ve ANCA ilişkili vaskülitin birlikte sunulduğu vakaların klinikopatolojik ve laboratuvar bulgularının özeti.

| Yazar | Yaş/ cinsiyet | IgG4 ilişkili hastalık tanısı | Biyopsi | ANCA | ANCA ilişkili vaskülit kliniği lehine / aleyhine bulgular |
|-------------------|------------------|---|--|-------------------------------------|--|
| Bravais et al. | 31, K | Kesin (Klinik + Biyopsi + + IgG4 düzeyi) | Vokal kord granüloma biyopsisi: Tanı için yetersiz, çok yüzeysel. Aktüger biyopsisi: Storiform fibrozis, plazma hücre infiltrasyonu, IgG4 plazma >%20 (HPF) | MPO-ANCA : (+) | Bilateral vokal kord granüloma |
| Maher et al. | 79, K | Kesin (Klinik + Biyopsi + IgG4 düzeyi) | Dura biyopsisi: Storiform fibrozis, mikst lenfoplazmositer ve histiosit infiltrasyonu, transmural inflamasyon, organize trombüslerle vasküler duvar hasarı. Granülom ve multinükleer dev hücre yok. IgG boyanan plazma hücreler (Yakaşık 110 kadar pozitif hücre, n=3) ve IgG4 antikor pozitif plazma hücreler (Yakaşık 27 kadar pozitif hücre, n=3) | MPO-ANCA : (+) | Bilateral vokal kord granüloma |
| Masey et al. | 70, E | Kesin (Klinik + Biyopsi + IgG4 düzeyi) | Dura biyopsisi: Storiform fibrozis, hipertrofik fibrotik doku, IgG4 boyalı plazma hc > 50 HPF. Granülom yok. | p-ANCA (+) (1:80) MPO-ANCA : (+) | Sistemik vaskülit bulgusu yok (KBB, AC, Renal gibi). Granülom yok |
| Ohno et al. | 73, E | Kesin (Klinik + Biyopsi + IgG4 düzeyi) | Inferior konka biyopsisi/nasal mukoza biyopsisi: Lenfoplazmositer infiltrasyon, storiform fibrozis IgG4 (30/HPF; IgG4/IgG ratio, 42%), ANCA vaskülit bulgusu yok. Böbrek biyopsisi: Mezengial proliferatif glomerulonefrit ve glomeruloskleroz (nekrotizan vaskülit ve kresentrik glomerulonefrit olmaksızın) IgG4 pozitif plazma hücre yok. | MPO-ANCA (+) PR3-ANCA (-) | Organlarda vaskülit bulgusu yok |
| Drobysheva et al. | 12, E | Probable (Klinik + Biyopsi) | Göz kapağı biyopsisi: Multinükleer dev hücreler, mikst inflamatuvar hücreler, Granülomatöz ve nekrotizan vaskülit, fibrinoid nekroz, IgG4/IgG ratio:%50 | c-ANCA (1:20) (Steroid altında) | PAAC x-Ray ve İdrar testleri vaskülit tanısını desteklemiyor. Ama biyopsi bulguları hem ANCA hem IgG4'e uyuyor. |
| Kotani et al. | 55, E | Possible(Klinik + IgG4 düzeyi) (Biyopsi IgG4 boyanmamış) | Başyurudan önceki nazal polip biyopsisi: Granülomatöz ve vaskülit değişiklikleri olmadan, kronik inflamasyon, IgG4 oranı bilinmiyor. | PR3-ANCA : (+) | Önceden sinüzit öyküsü dışında vaskülit lehine doğrudan bir bulgu yok. |
| Tosovsky et al. | 47, E | Kesin (Klinik + Biyopsi + IgG4 düzeyi) | Mediastinal kitle biyopsisi: Storiform fibrozis, %50 Plazma hücresi IgG4 pozitif. Vaskülit bulgusu yok. Böbrek biyopsisi: Akut fokal segmental nekrotizan pauci immune glomerulonefriti çoğu glomerulide hücreyel kresentiller | PR3-ANCA : (+) | Böbrek biyopsi ve ANCA pozitifliği vaskülit tanısını destekleyici. |
| Paulus et al. | 66, E | Kesin (Klinik + Biyopsi + IgG4 düzeyi) | Orbita biyopsisi: MALT lenfoma ve monoklonal plazma hücre lehine bulgu yok. Dens lenfoplazmaositik infiltratlar ve fibrosis. IgG4/IgG+ plazma hücre oranı %50.3 (Biyopside storiform fibrozis vermemiş, sadece fibrozis diye belirtilmiş) | ANCA 1:80 (+) | Destekleyici bulgu yok |

Tablo 2 (PS-126): Literatürün özeti.

- Vaka raporlarında yer alan bilgiler ışığında vakalar IgG4-RD kriterlerine göre tekrar değerlendirildi.
- IgG-RD ilişkili hastalık tanıları definite (11/17, %64.7), probable (2/17, %11.8) ve possible (4/17, %23.5) olarak sınıflandırıldı.
- Onyediy hastanın onbeşinde (%88) ANCA pozitifliği bildirilmişti.
- Altı hastada PR3-ANCA, beş hastada MPO-ANCA ve diğer dört olguda her iki antijine karşı ANCA gelişimi bildirilmişti.
- PR3-ANCA pozitifliği olan bütün olgularda yüksek titrede antikor düzeyleri saptanırken MPO-ANCA olanların sadece birinde yüksek titre mevcuttu.

Sonuç: IgG4-RD kohortumuzdaki hiç bir hastada AAV ile overlap saptanmadı. Sadece üç hastada (%10.3) klinik ve histopatolojik kanıt olmaksızın düşük titrede antikor pozitifliği mevcuttu. Literatür taramamızdaki olguların sadece ikisi her iki hastalık için de klinik ve kriterler açısından tam uyumlu olarak görünmekteydi. Tüm bu veriler, bize AAV ve IgG4-RD gibi aynı klinik özellikleri paylaşabilen iki hastalığın beraberliğinin histopatolojik doğrudan bir bağlantı yerine daha çok birlikte bulunma şeklinde olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar sözcükler: IgG4-ilişkili hastalık, ANCA-ilişkili vaskülit, overlap

PS-127

Büyük damar vaskülitli hastalarda biyolojik ilaçların akut faz yanıtı ve radyolojik değişikliklere etkisi:

Retrospektif değerlendirme

İsmail Uçar, Veli Yazısız, Funda Erbasan, Mustafa Ender Terzioğlu
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı,
Romatoloji Bilim Dalı

Amaç: Büyük damar vaskülitlerinin, Takayasu arteriti (TA) ve dev hücreli arterit (DHA), standart tedavisi kortikosteroidler ve immunosupresifler ile yapılır. Biyolojik ajanlar standart tedavilere yanıt vermeyen hastalarda kullanılmaktadır. Biyolojik ilaçların büyük damar vaskülitlerindeki laboratuvar ve radyolojik değişiklikler üzerine etkilerinin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Tek merkezli, retrospektif kohort çalışması. Büyük damar vaskülitli tanısı ile biyolojik tedavi alan hastaların tedavi öncesi ve sonrası laboratuvar ve radyolojik görüntüleme sonuçları karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Biyolojik tedavi alan 21 hastanın (19 TA, 2 DHA) dosyasına ulaşıldı. TA hastalarının 15'i infliksimab, 10'u tosilizumab (5 hasta her iki ajanı da kullanmıştı) tedavisi almıştı. DHA tanılı 2 hastadan biri infliksimab, diğeri tosilizumab almıştı. Biyolojik tedavi öncesi hastaların tümü çeşitli dozlarda kortikosteroid ve immunosupresif ilaçları [metotreksat (n:13) , azatiopürin (n=5), siklofosfamid (n=2), mikofenolat mofetil (n=1)] kullanmıştı. Ortalama ESR tedavi öncesi (41.4±17.5 mm/h) iken 3, 6, 12, 24. aylarda ve son kontrolde sırasıyla 15.3±12.5, 16.9±13.8, 22.0±19.6, 25.2±14.9 ve 15.4±14.2 (mm/h); ortalama CRP tedavi öncesi 3.09±3.23 (mg/dl) iken 3, 6, 12, 24. aylarda ve son kontrolde sırasıyla 0.65±0.77, 0.50±0.60, 0.55±0.84, 0.87±1.08 ve 0.58±0.86 (mg/dl); tedavi öncesi hemoglobün 10.6±1.68 g/dl

iken tedavi sonrası 11.7±1.45 g/dl bulundu. TA'li hastalarda tedavi öncesi ve sonrası radyolojik değerlendirme yapılan 13 hastanın sonuçlarına ulaşıldı. Tedavi öncesi intimal kalınlaşma olan 10 hastanın 3'ünde (%30) intimal kalınlaşmanın yaygınlığı azalmış, 3'ünde (%30) artmış, 4 hastada (%40) aynı kalmıştı. Tedavi öncesi arterial stenoz olan 12 hastanın 2'inde (%16.6) stenozun yaygınlığı azalmış, 6'sında (%50) stenoz şiddeti artmış ve bazı bölgelerde oklüzyonlara dönüşmüştü, 4 hastada (%33.3) tedavi öncesi ve sonrası değişiklik olmamıştı. 4 hastada var olan oklüzyonların sayısı artmış, 1 hastada yeni oklüzyon gelişmiş, 2 hastanın ise tedavi öncesi ve sonrası oklüzyon yerleri aynı kalmıştı.

Sonuç: Bulgularımız, biyolojik ilaçlar (deneyimiz infliksimab ve tosilizumab ile sınırlı) ile DHA ve TA'de akut faz yanıtının (inflamasyon?) kontrol altına alınabildiğini ancak TA'de gelişen radyolojik değişikliklerin geri döndürülmesi noktasında tedavinin yetersiz kaldığını göstermektedir.

Anahtar sözcükler: Büyük damar vaskülitleri, biyolojik ajan, tedavi yanıtı

PS-128

Metabolik sendromun Takayasu arteritinde kardiyovasküler hastalık ve kümülatif organ hasarına etkisi

Nilüfer Alpay Kanitez¹, Sema Kaymaz-Tahra², Ayten Yazıcı³, Ayşe Cefle³, Mete Kara⁴, Handan Yarkan⁵, Önay Gerçik⁶, Servet Akar⁶, Fatoş Önen⁵, Cemal Bes¹, Kenan Aksu⁴, Gökhan Keser⁴, Sevil Kamalı⁷, Fatma Alibaz Öner², Haner Direskeneli²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul; ²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul; ³Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli; ⁴Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir; ⁵Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir; ⁶İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir; ⁷Özel Muayenehane

Amaç: Takayasu arteriti (TAK)'nde arteriyel iskeminin bir sonucu olarak kardiyovasküler hastalıkların (KVH) sıklığının arttığı ve ölümcüllüğe katkısı olduğu gösterilmiştir. TAK'da KVH risk faktörlerini belirlenmesi, tedavi yaklaşımı ve prognozunu iyileştirilmesi bakımından önemlidir. Metabolik sendromun (MetS), KVH için bilinen bir risk faktörüdür, ancak TAK'da etkisi ile ilgili veriler sınırlıdır. Bu çalışmada, TAK hastalarında MetS sıklığı, KVH ve kümülatif organ hasarı üzerindeki etkisinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmanın verileri, Türkiye'de 6 merkezde birlikte oluşturulan TAK kohortundan kesitsel olarak elde edildi. 1990 ACR kriterlerine göre tanı konulan TAK hastalarının klinik verileri, anjiyografik sınıfları, aktivite ve hasar durumları (sırasıyla NIH kriterleri ve VDI'a göre) hazırlanmış bir forma kaydedildi. Hastalar son vizitlerinde MetS ve KVH bakımından ayrıca değerlendirildi. MetS tanısı için NCEP-ATP III kriterleri kullanıldı (abdominal obezite, bozulmuş açlık glukozu ya da diyabet, trigliserit yükseliği, HDL düşüklüğü ve HT'dan en az 3'ü). KVH, dökümente edilmiş koroner arter hastalığı ya da serebrovasküler olay (miyokard infarktüsü ya da inme) olarak tanımlandı.

Bulgular: Devam eden çalışmamızda şimdiye kadar median yaşı 38 (21–65) olan, 53'ü kadın (%87) toplam 61 TAK hastası MetS için değerlendirildi. Anjiyografik olarak daha çok Tip 5

[22 (%36.1)] olduğu belirlenen bu hastaların, 13 (%21.3)'ünde KVH olduğu saptandı. MetS tespit edilen 15 (%24.5) TAK hastasının yaş, sigara kullanma oranı, hastalık süresi, KVH görülme sıklığı, aktif hasta oranı ve VDI ortalaması, MetS'u olmayan hastalara göre daha yüksekti, ancak bu sonuçlar istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı (Tablo PS-128). Ortalama kümülatif kortikosteroid dozu ise her iki grupta benzer bulundu ($p=0.94$).

Tablo (PS-128): Takayasu arteriti hastalarında MetS varlığı ile yaş, cinsiyet, sigara içiciliği, kardiyovasküler hastalık ve kümülatif organ hasarı arasındaki ilişki.

| | TAK+MetS var n: 15 (%) | TAK-MetS yok n: 46 (%) | p değeri |
|------------------------------------|---------------------------|---------------------------|----------|
| Yaş (median, min-max) | 44 (27-60) | 36 (21-65) | 0.090 |
| Hastalık süresi (yıl, ortalama±SS) | 11.7±9.2 | 10.0±9.3 | 0.535 |
| Kadın, n (%) | 14 (93) | 39 (85) | 0.361 |
| Sigara içiciliği, n (%) | 3 (20) | 4 (9) | 0.348 |
| KVH, n (%) | 4 (27) | 9 (19) | 0.400 |
| Kümülatif KS (gr, ortalama±SS) | 9.4±6.6 | 9.6±8.5 | 0.940 |
| NIH-aktif, n (%) | 4 (27) | 6 (13) | 0.177 |
| VDI (ortalama±SS) | 4.5±3.3 | 3.3±2.1 | 0.130 |

KS: Kortikosteroid; KVH: Kardiyovasküler hastalık; MetS: Metabolik sendrom; NIH: National Institutes of Health; SS: Standart sapma; TAK: Takayasu arteriti; VDI: Vasculitis damage index.

Sonuç: TAK hastaları çoğunlukla kadın olmasına rağmen MetS sıklığı Türkiye Metabolik Sendrom Araştırması (METSAR-2004)'dan elde edilen normal populasyon verilerine göre daha az bulunmuştur. Bir prevalans çalışması olan METSAR'da MetS sıklığı kadınlarda %39.6 (yaş ort: 41±14.9), erkeklerde ise %28 (yaş ort: 40.7±14.9) olarak bildirilmiştir. MetS olan grupta KVH oranının ve VDI ortalamasının henüz istatistiksel anlamlılığa ulaşmasa da daha yüksek olması, MetS varlığının TAK hastalığında KVH ve hasar ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştür. Çalışmamız tamamlanırken, artan hasta sayımız ve sağlıklı kontrol grubu verileri ile daha güçlü sonuçlara ulaşılacağı tahmin edilmektedir.

Anahtar sözcükler: Takayasu arteriti, metabolik sendrom, kardiyovasküler hastalık, kümülatif organ hasarı

PS-129

Takayasu arteritinde hastalık ile ilişkili gebelik prognozu

Nilüfer Alpay Kanitez¹, Sema Kaymaz-tahra², Ayten Yazıcı³, Ayşe Cefle³, Mete Kara⁴, Handan Yarkan⁵, Önay Gerçik⁶, Servet Akar⁶, Fatoş Önen⁵, Kenan Aksu⁴, Gökhan Keser⁴, Cemal Bes¹, Sevil Kamalı⁷, Fatma Alibaz Öner², Haner Direkseneli²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul; ²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul; ³Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli; ⁴Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir; ⁵Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir; ⁶İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir; ⁷Özel Muayenehane

Amaç: Gebelik, kardiyovasküler sistemde fizyolojik değişiklikler gerektirir ve TAK gebelik prognozunu olumsuz etkileyebilir. TAK hastalarının gebeliklerinde HT, preeklampsi-eklampsi, maternal kalp yetersizliği gelişebildiğine dair çalışmalar bu-

lanmaktadır. Bu çalışmada, çok merkezli geniş bir TAK kohortunda gebelik prognozunun değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Türkiye'den 6 farklı merkez ile oluşturulan TAK çalışma grubu verileri kullanıldı. Gebelik prognozuna dair önceden hazırlanmış formlar merkezlere iletilerek ACR 1990 kriterlerine göre tanısı konulan TAK hastalarının tüm gebelik kayıtları tarandı. Gebelikler hastalık öncesi ve sonrası gelişen gebelikler olmak üzere 2 gruba ayrılarak HT, preeklampsi-eklampsi, abortus, prematurite, düşük doğum tartısı gibi fetomaternal komplikasyonlar (FMK) kıyaslandı. Hastalık sonrası gelişen gebelikler ayrıca FMK gelişme durumuna göre TAK klinik özellikleri bakımından değerlendirildi.

Bulgular: Yaş ortalaması 33±11.7 olan 70 hastadan 114 gebelik verisi elde edildi. Bu gebeliklerin 23 (%20.1) tanesi hastalık başlangıcından sonra gelişmişti ve 15 hastaya aitti. Otuzdokuz hasta ise hastalık öncesi 91 (%79.9) gebelik geçirdi (Tablo 1 PS-129). Maternal komplikasyonların hastalık sonrası gebeliklerde geliştiği ve sıklıkla HT ile ilişkili olduğu anlaşılmaktadır [5 (%21.7)]. Maternal kalp yetersizliği, kardiyovasküler olay ya da ölüm hiçbir gebelikte saptanmadı. Fetal komplikasyonlar ise her 2 grupta benzer bulundu. Hastalık sonrası gelişen gebeliklerin 7 (%30.4) tanesinde FMK gelişti. FMK gelişme durumuna göre hastaların bazal özellikleri Tablo 2 PS-129'da görülmektedir. Hastalık sonrası gebe kalan hastalarımızın hiçbiri sigara içicisi değildir.

Tablo 1 (PS-129): Hastalık öncesi ve sonrası gelişen gebeliklerde yaşanan fetomaternal komplikasyon oranları.

| | Hastalık öncesi gebelik, n=91 (%) | Hastalık sonrası gebelik n=23 (%) | p değeri |
|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|----------|
| Maternal komplikasyonlar | | | |
| Hipertansiyon-yeni | 0 | 1 (4.3) | 0.202 |
| Hipertansiyonda kötüleşme | 0 | 3 (13) | 0.007 |
| Preeklampsi/eklampsi | 0 | 1 (4.3) | 0.202 |
| Fetal komplikasyonlar | | | |
| Abortus | 8 (8.7) | 3 (13) | 0.429 |
| Prematurite | 2 (2.1) | 1 (4.3) | 0.495 |
| Düşük doğum tartısı | 1 (1.1) | 0 | 1.000 |
| IUGG | 1 (1.1) | 0 | 1.000 |
| Ölüm | 2 (2.1) | 0 | 1.000 |

IUGG: İntrauterin gelişme geriliği.

Tablo 2 (PS-129): Hastalık sonrası gelişen gebeliklerde fetomaternal komplikasyon gelişme durumuna göre bazal hasta özellikleri.

| | FMK var, n=7 (%) | FMK yok, n=16 (%) | p değeri |
|--------------------------|------------------|-------------------|----------|
| Yaş (Ortalama±SS) | 23.8±6.8 | 26±4.8 | 0.471 |
| Hipertansiyon | 4 (57.1) | 5 (31.2) | 0.363 |
| Kalp kapak hastalığı | 2 (28.5) | 3 (18.7) | 0.621 |
| Kardiyovasküler hastalık | 1 (14.2) | 5 (31.2) | 0.621 |
| Renal arter tutulumu | 3 (42.8) | 5 (31.2) | 0.657 |

FMK: Fetomaternal komplikasyon; SS: Standart sapma.

Sonuç: TAK hastalarında HT ve ilişkili sorunlar maternal açıdan önemli gözükmektedir. Fetal komplikasyonlar ise hastalık öncesi gelişen gebelikler ile benzerdir. TAK ile ilişkili FMK oranımız (%30) daha önce yayımlanan Fransız Takayasu Çalışma Grubu verisine göre (%40) daha düşüktür. Fransız kohortunda TAK'ta FMK gelişmesi ile bağımsız ilişkili olduğu gösterilen sigara içiciliğinin bizim hastalarımızda hiç olmaması bu farkın oluşmasına katkıda bulunmuş olabilir. Şimdiye kadarki veriler, TAK hastalarında sigarasız ve HT'nun iyi yönetildiği gebeliklerin kötü prognozlu olmayabileceğini düşündürmüştür. Hastalık aktivitesinin gebelik prognozuna etkisi ve gebeliğin hastalık prognozuna etkisine dair veriler ise çalışmamız tamamlandığında elde edilecektir.

Anahtar sözcükler: Takayasu arteriti, gebelik

PS-130

Erişkin IGA vaskülitli hastalarda prognoz ve hasarın değerlendirilmesi: Çok merkezli retrospektif kohort çalışması

Ümmügülüm Gazel¹, Ahmet Omma², Alper Sarı³, Döndü Üsküdar Cansu⁴, Ayten Yazıcı⁵, Ayşe Cefle⁵, Cemal Bes⁶, Ömer Karadağ³, Haner Direskenel¹, Fatma Alibaz Öner¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; ²Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara; ³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ⁴Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir; ⁵Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli; ⁶Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: İmmünglobulin A vaskülitli küçük çaplı damarların duvarında IgA içeren immün kompleks birikimiyle karakterize lökositoklastik vaskülitlerdir. Literatürde erişkin IgA vaskülitli hastalarda, hastalık seyri ve prognozla ilgili sınırlı veri mevcutken, vaskülit ile ilişkili hasar hakkında veri yoktur. Bu çalışmada Erişkin IgA Vaskülitli hastaların klinik özellikleri, hastalık seyri, tedavi uygulamalarının yanı sıra prognoz ve hastalıkla ilişkili hasarın retrospektif olarak araştırılması planlanmıştır.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya Türkiye'de tersiyer romatoloji merkezlerinde ACR 1990 kriterlerine göre erişkin IgA vaskülitli tanısı ile takip edilen hastalar dahil edilmiştir. Hastaların klinik-demografik özellikleri, tedavi, takip ve prognoz hakkındaki verileri dosyalardan elde edilmiştir. Aktivite değerlendirilmesinde Birmingham Vasculitis Activity Score (BVAS), prognoz değerlendirilmesinde Five Factor Score (FFS), hastalık ile ilişkili hasarın değerlendirilmesinde vasculitis damage index (VDI) kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 103 (erkek/kadın: 67/36) erişkin IgA Vaskülitli hasta dahil edilmiştir. Hastaların ortalama yaşı 42.6±17 yıldır. Hastaların %38.8 (n=40)'inde semptomlar başlamadan önceki son 6 hafta içinde enfeksiyon hikayesi mevcuttu (32 üst solunum yolu enfeksiyonu, 2 gastrointestinal sistem enfeksiyonu, 3 üriner sistem enfeksiyonu, 3 diğer). Cilt bulguları ve eklem şikayetleri (artrit/artralji) ensik görülen klinik semptomlardı (Tablo PS-130). 92 (%89.3) hasta oral glukokortikoidlerle (GC) tedavi edildi. Pulse GC tedavisi 29 (%28.1) hastaya verildi. Ek immünsüpresif ajanlar olarak 36 (%34.9) hastaya azoti-

pirin ve 13 (%12.6) hastaya pulse siklofosfamid verildi. Takip verisi olan 59 hasta mevcuttu (%58.2) ve bunların ortalama takip süresi 35.6 aydı. Takip sırasında %18.6 (n=11)'sında relaps gelişmişti. 5 relaps major iken, altısı minor relapslardı. Son takip vizitinde hastaların %11.8 (n=7)'i, takip eden hekim tarafından aktif/tedavilere refrakter olarak sınıflanmıştı. Kronik böbrek yetmezliği oranı %8.3 (n=5) idi. Takipte mortalite %1.6 idi ve pnomoni nedenliydi. Ortalama VDI skoru takip süresi sonunda 0.3 idi. Takip süresi sonunda hastaların %20.3 (n=12)'ünde en az 1 tane hastalıkla ilişkili hasar tespit edildi.

Tablo (PS-130): Erişkin IgA vaskülitli hastaların bazal klinik özellikleri.

| | Erişkin IgA vaskülitli (n=103) |
|--|--------------------------------|
| Laboratuvar parametreleri | |
| Anemi (kadın için <12 mg/dl, erkeklerde <13 mg/dl) (n, %)* | 36 (35) |
| Sedimentasyon (mm/saat)* | 34.7±22 |
| C-reaktif protein (mg/l)* | 18 (1-297) |
| Proteinüri (>300 mg/24 saat) | 47 (%45.6) |
| Kreatinin (mg/dl)* | 0.8±0.3 |
| Hepatit B pozitifliği (n) | 8/97 (%8.2) |
| Hepatit C pozitifliği (n) | 0/97 |
| ANA pozitifliği | 21/97 (21.7) |
| RF pozitifliği | 5/88 |
| c-ANCA pozitifliği | 2/97 (%2.1) |
| p-ANCA pozitifliği | 1/95 (1.1) |
| Klinik manifestasyonlar, n/103 (%) | |
| Ateş | 24 (%23.3) |
| Kilo kaybı | 26 (%25.2) |
| Miyalji/güçsüzlük/bacak hassasiyeti | 44 (%42.7) |
| Artrit ve/veya artralji | 87 (%84.5) |
| Nörolojik manifestasyonlar | 1 (%0.9) |
| Testis ağrısı veya hassasiyeti | 4 (%3.9) |
| Yeni başlayan veya ciddi hipertansiyon | 2 (%1.9) |
| Kutanöz manifestasyonlar | 97 (%94.2) |
| Periferik ekstremitelerde ödeme | 14 (%13.6) |
| Gastrointestinal manifestasyonlar | 71 (%68.9) |
| Kardiyak manifestasyonlar | 5 (%4.8) |
| Oküler manifestasyonlar | 3 (%2.9) |
| Akciğer manifestasyonlar | 3 (%2.9) |
| FFS=0 | 71 (%68.9) |
| FFS=1 | 24 (%23.3) |
| FFS=2 | 5 (%4.9) |
| FFS=3 | 3 (%2.9) |
| BVAS skoru (tanı sırasında)* | 6±3 |

*Ortalama±SD; *Medyan (Minimum-maksimum). ANA: Anti nükleer antikor; RF: Romatoid faktör; ANCA: Antinötrofilik sitoplazmik antikor; FFS: Five Factor Score; BVAS: Birmingham Vasculitis Activity score.

Sonuç: Sonuçlarımız, erişkin IgA vaskülitli hastaların yaklaşık beşte birinin takiplerinde relaps geliştiğini ve takip süresi sonunda yine yaklaşık beşte birinde hastalıkla ilişkili en az bir hasar olduğunu gösterdi. Hastaların %31'inde FFS≥1 olmasına rağmen, mortalite oranı oldukça düşüktür

Anahtar sözcükler: Vaskülit, immünglobulin A vaskülitli, hasar

PS-131

Takayasu arteritinde pozitron emisyon tomografi (PET) izlemde kullanılabilir mi?

Sema Kaymaz Tahra¹, Salih Özgüven², Ali Uğur Ünal¹, Fatma Alibaz Öner¹, Tunç Öneş², Tanju Yusuf Erdil², Haner Direskeneli¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; ²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: PET-BT mural inflamasyonun saptanması ile Takayasu tanı ve izleminde yararlanılabilir bir yöntemdir. Ancak PET-BT'nin Takayasu hastalık aktivitesi ve klinik bulgularla ilişkisi net değildir. Bu çalışmada global arteriyel FDG tutulumunun kalitatif olarak hesaplandığı 'PET Vascular Activity Score' (PETVAS) kullanılarak PET aktivitesinin değerlendirilmesi ve skorun klinik parametrelerle ilişkisinin incelenmesi amaçlandı.

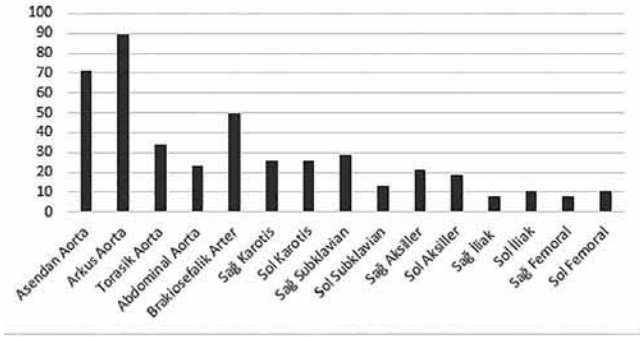
Yöntem: Kliniğimizde Takayasu arteriti tanısıyla takipli ve izlemleri sırasında PET-BT görüntülemesi yapılan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik, klinik özellikleri, hastalık aktivite değerlendirmeleri dosyalarından kaydedildi. Klinik aktivite için doktor global değerlendirmesi (PGA) kullanıldı. PET-BT aktivitesini değerlendiren PETVAS skorlamasında 9 arteriyel alan (Asendan Aorta, Arkus Aorta, Desendan Aorta, Abdominal Aorta, sağ karotis, sol karotis, brakiosefalik Arter, Sağ Karotis, Sol Karotis, Sağ Subklavian, Sol Subklavian, Sağ Aksiller, Sol Aksiller, Sağ İliak, Sol İliak, Sağ Femoral, Sol Femoral)

FDG tutulum oranına göre 0-3 arasında skorlanarak toplam skor elde edildi. Tutulumun derecesi hiç tutulum yoksa=0, karaciğerden az tutulum=1, karaciğere eşit tutulum=2, karaciğerden fazla tutulum=3 olarak skorlandı.

Bulgular: Toplam 28 hastanın 38 görüntülemesi değerlendirildi. Hastaların PET öncesi vizitte klinik ve laboratuvar bulguları Tablo PS-131'de görülmektedir. PGAYA göre aktif olarak değerlendirilen hastalarda inaktif olanlara göre PETVAS anlamlı olarak daha yüksekti (p=0.01). Median PETVAS 5 (0-27) saptandı. 1. PET PETVAS skoru ort. 7.9 ve 2. PET çekilen 10 hastada PETVAS ort. 7.3 saptandı. 1. ve 2. PET PETVAS skorları arasında fark saptanmadı (p=0.29). PET öncesi CRP ile toplam PETVAS arasında pozitif korelasyon gözlemlendi (rho=0.01). PET öncesi immünyüpresif (IS) alan ve almayanlarda PETVAS skoru benzerdi (p=0.70). PET öncesi 26 hasta steroid alırken 12 hasta steroid almıyordu. Steroid alan ve almayanlar arasında PETVAS skorunda fark izlenmedi (p=0.53). 38 görüntülemenin 35'inde PETVAS >0 idi. Bu hastaların 26'sında (%74) tedavi değişikliği yapılırken, 6 hastada (%17) mevcut tedavi devam edildi. 3 hastada ise PET tanı döneminde çekildiğinden standart İS tedavi başlandı. 11 hastada (%29) PETVAS skoru hesaplanan 9 arteriyel alanın dışında tutulum saptandı. Bu grubun yaş ortalaması genel gruba oranla daha yüksekti (47±4.4 vs 39.7±14.8).

Tablo (PS-131): Hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri.

| | |
|-------------------------------|---------------|
| Yaş | 39.7±14.8 |
| Cinsiyet (K/E) | 22/6 |
| CRP (mg/L) | 16.7 (2-126) |
| CRP <3 mg/L hasta sayısı n(%) | 3 (8) |
| Semptom süresi (ay) | 81.5 (10-304) |



Şekil (PS-131): Arteriyel alana göre tutulum olan hasta yüzdesi.

Sonuç: PETVAS skoru Takayasu arteriti tanılı klinik olarak aktif kabul edilen ve CRP artmış olan hastalarda daha yüksek saptandı. Bu sonuç PET görüntülemenin Takayasu hastalık izleminde kullanılabileceğini destekler niteliktedir.

Anahtar sözcükler: Takayasu, PET-BT, skorlama, hastalık izlemi

PS-132

Takayasu arteritinin klinik ve demografik özellikleri: Tek merkez deneyimi

Ayşe Bahar Keleşoğlu Dinçer, Murat Torgutalp, Serdar Sezer, Emine Gözde Aydemir Gülöksüz, Emine Uslu Yurteri, İlyas Ercan Okatan, Tahsin Murat Turgay, Gülay Kınıklı, Aşkın Ateş

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

Amaç: Takayasu arteriti (TA) ilk kez 1830'da tanımlanmış, etiyojisi bilinmeyen damar duvarında granümatöz inflamasyon ile karakterize nadir görülen bir vaskülitir. Genellikle ikinci ve üçüncü dekatlarda en sık görülür ve kadın/erkek oranı coğrafik dağılım gösterir. Tanıda altın standard konvansiyonel anjiyografi (DSA) olmakla birlikte invazif bir yöntem olması nedeniyle günümüzde sıklıkla bilgisayarlı tomografi anjiyografi (BTA), magnetik rezonans anjiyografi (MRA), doppler ultrasonografi ve pozitron emisyon tomografisi (PET-BT) kullanılmaktadır. Tedavide immünyüpresif ajanlar, endovasküler girişimsel işlemler ve cerrahi yer alır. Bu çalışmanın amacı kliniğimizde takip edilen TA tanısı olan hastaların demografik ve klinik özelliklerinin incelenmesidir.

Yöntem: 2001-2017 yılları arasında kliniğimize başvuran ve 1990 American College of Rheumatology kriterlerine göre TA tanısı alan hastalar retrospektif olarak incelendi. Toplam 53 TA hastası mevcuttu, kadın:erkek oranı 3.8:1 olup ortalama tanı yaşı 44.4 yıl; tanı anında ortalama yaş ise 34.4 yıldır. Tanı için en sık kullanılan tanı yöntemleri sırasıyla BTA, MRA, DSA olup sadece bir hasta PET-BT ile tanı almıştır. Tanı anında ortalama sedimentasyon hızı (ESH) 75.1±37.5 mm/saat ve ortalama C-reaktif protein (CRP) düzeyi 62.8±55 mg/L'dir. Hastaların tamamına sistemik steroid tedavisi ile birlikte immünyüpresif tedavi başlanmıştır. En sık kullanılan immünyüpresifler sırasıyla metotreksat, azatiyoprin, leflunomid ve mikofenolat mofetil-dir. Konvansiyonel immünyüpresif ile hastalık kontrolü sağla-

namayan hastalara biyolojik tedavi başlanmıştır ve en sık tercih edilen biyolojik ajanlar ise sırasıyla tocilizumab, etanercept, infliximab ve adalimumabtır. Klinik ve demografik özellikler Tablo PS-132’de özetlenmiştir. Tedavi ile klinik ve laboratuvar remisyon gelişme süresi 12.6 aydır.

Tablo (PS-132): Takayasu arteriti hastalarının demografik ve klinik özellikleri.

| Klinik özellikler | n (%) |
|-----------------------------------|-----------|
| Yaş (ort±standard sapma) | 44.4±13.2 |
| Cinsiyet, kadın | 42 (79.2) |
| Ortalama tanı yaşı | 34.4±18.2 |
| ESH (mm/saat) | 74.1±37.5 |
| CRP (mg/L) | 62.8±55 |
| Görüntüleme Yöntemi | |
| DSA | 5 (9.4) |
| Doppler ultrasonografi | 4 (7.5) |
| BTA | 25 (47.2) |
| MRA | 11 (20.8) |
| PET-BT | 1 (1.9) |
| BT | 7 (13.2) |
| Anjiyografik sınıflandırma | |
| Tip 1 | 12 (25.5) |
| Tip 2a | 5 (9.4) |
| Tip 2b | 7 (13.2) |
| Tip 3 | 2 (4.2) |
| Tip 4 | 4 (8.5) |
| Tip 5 | 14 (29.8) |
| Tedavi | |
| Metotreksat | 29 (52.7) |
| Azatiyoprin | 11 (20) |
| Leflunomid | 2 (3.6) |
| Mikofenolat mofetil | 2 (3.6) |
| Biyolojik ajan | 11 (20) |

Bulgular ve Sonuç: Kliniğimizde TA ile izlenen hastaların ortalama tanı yaşı ve cinsiyet dağılımı literatür ile uyumludur. Kliniğimizde tanı için konvansiyonel anjiyografiden ziyade invazif olmayan görüntüleme yöntemleri tercih edilmiştir. Hastalık remisyonu amacıyla birinci basamakta konvansiyonel immüsupresif tedaviler tercih edilirken dirençli vakalarda biyolojik ajanlar kullanılmıştır. Sonuç olarak TA nadir görülen ancak ciddi morbidite ve mortaliteye neden olan bir hastalıktır. Erken dönemde tanı konulup oklüzif hastalık gelişmeden tedavi başlanması gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: Takayasu arteriti

PS-133

Takayasu arteritli hastalarda uzun dönem takip sonrası prognozun değerlendirilmesi: Tersiyer-tek merkez sonuçları

Sema Kaymaz Tahra, Fatma Alibaz Öner, Haner Direskeneli
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı,
Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Takayasu arteriti hastalarımızın klinik özellikleri ve uzun dönem takip sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya 2000 ile 2017 arasında kliniğimize refere edilen 1990 ACR kriterlerini karşılayan 114 (K/E:103/11) hasta dahil edildi. Prognoz verisi takip süresi >6 ay olan 107 hasta üzerinden değerlendirildi. Tanı ve takip sırasındaki tüm klinik ve demografik veriler tıbbi kayıtlardan elde edildi (Tablo 1 PS-133). Relaps Physician’s Global Assessment (PGA)’ya göre tanımlandı. Aktif hastalık; hastalık aktivitesi ile ilişkilendirilen herhangi bir semptom veya bulgunun varlığı ve akut faz yanıtında artış olması olarak tanımlandı.

Tablo 1 (PS-133): Hastaların bazal verileri.

| | |
|----------------------------|------------|
| Cinsiyet (K) | 103 (%90) |
| Semptom başlangıç yaşı | 30 (14–67) |
| Tanı yaşı | 33 (14–68) |
| Tanı gecikme süresi (ay) | 12 (1–180) |
| Takip süresi (ay) | 72 (6–216) |
| KVS risk faktörleri | |
| HT | 43 (%37) |
| DM | 7 (%6.1) |
| HL | 27 (%23) |
| KAH | 13 (%11.4) |
| KKY | 4 (%3.5) |
| Stroke | 10 (%9.3) |
| Sigara | |
| Aktif kullanan | 32 (%28.1) |
| Brakmış | 6 (%5.2) |
| Ailede ateroskleroz | 28 (%24.5) |
| Laboratuvar (bazal) | |
| ESH (mm/s) | 43.8±27.9 |
| CRP (mg/L) | 18.2±16.6 |

Tablo 2 (PS-133): Hastaların son vizit sonlanımları.

| | | |
|-----------------------------------|------------------|------------------|
| Tedavi (son vizit) n (%) | | |
| Immüsupresif | | 100 (%93.4) |
| Glukokortikoid | | 51 (%47.7) |
| ≤4 mg | | 42 (%39.2) |
| >4 mg | | 9 (%8.4) |
| Kümülatif glukokortikoid dozu (g) | | 7.5 (0–31.9) |
| Hasar skorları | | |
| VDI | | 5.6±2.3 |
| TADS | | 8.2±3.1 |
| Tedavi (n) | | |
| | Başlangıç | Son vizit |
| Metotreksat | 66 | 17 |
| Azatiyopurin | 32 | 51 |
| Siklofosamid | 6 | 0 |
| Leflunamid | 0 | 21 |
| Infliksımab | 0 | 5 |
| Adalimumab | 0 | 2 |
| Sertolizumab | 0 | 5 |
| Tosilizumab | 0 | 2 |

Bulgular: Ortalama semptom başlangıç yaşı 30 (14–67), tanı yaşı 33 (14–68) idi. Ortalama takip süresi 72 (6–216) ay idi. Hata Anjiyografik Sınıflaması’na göre hastaların çoğunluğu Tip 5 (%51.7) ve tip 1 (%36) idi. En çok etkilenen arter subclavian arter idi (%83). Başlangıç tedavide 0.5–1 mg/kg/gün steroid hastaların %96.4’üne, steroid azaltıcı immüsupresif tedavi hastaların %96.3’üne verildi. Başlangıç tedavide 8 hastada pulse steroid ter-

cih edildi. Tanı öncesi hastaların %24'ünde revaskülarizasyon öyküsü vardı. İmmünespresif tedavisi sonrası %14 hastada revaskülarizasyon işlemi uygulandı. Takip sırasında konvansiyonel immünespresif tedaviye cevap alınmayan %13.8 hastada biyolojik ajanlar tercih edildi (5 infliksimab, 5 sertolizumab, 2 adalimumab, 2 adalimumab ve 2 tosiluzumab). Hastaların %84'ünde en az bir kez remisyon gözlenirken, %43'ünde en az bir kez relaps, %14'ünde >1 relaps tespit edildi. >40 yaş ve <40 yaş hastalarda relaps sıklığında fark saptanmadı. Mortalite oranı %3.7 (4 hasta) idi.

Sonuç: Kliniğimiz Takayasu arteriti kohortunun sonuçlarının tanımlandığı çalışmamızın sonuçlarına göre son dönemde yayınlanan Avrupa ve Asya serileri ile kıyaslandığında; immünespresif tedavi altında cerrahi girişim gereksinimi bizim serimizde daha düşük olarak belirlendi. Bununla birlikte, geleneksel immünespresif tedaviler altında relaps oranı hala yüksekti; bu nedenle hala daha iyi tedavi seçeneklerine ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar sözcükler: Takayasu arteriti, takip, prognoz

PS-134

Nedeni bilinmeyen ateşin başka bir nedeni:

FMF de düşünelim mi?

Şenol Kobak

İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Liv Hospital, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Nedeni bilinmeyen ateş (NBA), üç haftadan uzun süre ateşin 38.3°C'nin üzerinde olması ve zorunlu testlerin yapılmasına rağmen hala kesin tanının konulamaması olarak tanımlanır. Bu bildiride, NBA nedeni ile hospitalize edilen hastada, FMF tanısı aldı. Kolşisin sonrası ateş tamamen kayboldu, yüksek olan akut faz yanıtı ve serum amyloid A normale geldi.

Olgu: 35 yaşında kadın hasta, Ocak 2018'de başlayan ateş yüksekliği (38–39 C), halsizlik şikayetleri ile farklı doktorlara başvurmuş. Yaklaşık 1 aydan fazla süren ateş yüksekliği nedeniyle Şubat 2018'de hospitalize edildi. Yapılan tetkiklerde; hemogramda: demir eksikliği anemisi ESH: 77 mm/h, CRP: 52 mg/dl (normal 0–5) olarak bulundu. KCFT, BFT, rutin idrar normal idi. ANA, anti-CCP, ENA profil, ANCA negatif olarak bulundu. FMF gen analizinde R202Q heterozigot saptandı. Serum amyloid A ise 930mg/dl (normal 0–6.4) saptandı. Rektum biopsi yapıldı, Congo-red ile amyloid saptanmadı. Çekilen AC grafi ve batın USG normal idi. Hepatit seroloji (CMV, EBV, HBV, HCV, HIV), Brucella aglutinasyon testleri, Borelia, Entameba, Toxoplasma, Echinococcus, Quantiferon-Tb normal olarak saptandı. Gönderilen kan ve idrar KAB'da üreme olmadı. Tiroid fonksiyon testleri normal idi. Üst ekstremiter arterial sistem USG normal olarak bulundu. Olası bir malignite/erken vaskülit (Takayasu) açısından çekilen 18FDG-PET/CT çalışması normal bulundu. Hasta, FMF açısından tekrar sorgulandı, aile öyküsü yoktu, çocukluk yaşında bir-iki defa non-spesifik karın ağrıları olduğunu söyledi. Her ne kadar klasik FMF tablosu olmasa da, ateş yüksekliği, çocukluk yaşında şüpheli karın ağrı epizodları, serum amyloid A yüksekliği, R202Q heterozigot pozitifliği, başka bir patoloji dışlanması nedeniyle, hastaya Kolşisin 3x1 başlandı. Tedavinin 3. ayında kontrole geldiğinde, ateş, halsizlik şikayetlerin tamamen gerilediği, akut faz reaktanları ve serum amyloid A ise tamamen

normale geldiği görüldü. Genel durumu iyi olan hastanın, poliklinik takipleri devam etmektedir.

Sonuç: FMF, klasik triad (tekrarlayan ateş, karın ağrısı, göğüs ağrısı) prezentasyonu dışında, farklı bulgularla karşımıza çıkabilir. FMF de görülen uzamış myalji sendromu dışında, NBA de atipik klinik belirtilerden biri olabileceğini vurgulamak istedik. Her ne kadar periodik bir hastalık olsa da, FMF'de görülen farklı mutasyon ve polimorfizmlerin varlığı, beklenmedik klinik prezentasyona sebep vermiş olabilir. Bu konu ile ilgili çok merkezli prospektif çalışmalar yapılması aşikardır.

Anahtar sözcükler: Nedeni bilinmeyen ateş, FMF

Olgu Sunumları (PS-135 – PS-294)

PS-135

İleri yaşta ailesel Akdeniz ateşi ve sistemik amiloidoz tanısı alan olgu

Sevcan Uğur¹, Tuba Ersal²

¹Balikesir Atatürk Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Balikesir;

²Balikesir Atatürk Şehir Hastanesi, Hematoloji Kliniği, Balikesir

Amaç: Ailesel Akdeniz ateşi (AAA) tekrarlayıcı ateş, serozal inflamasyon epizodları ile karakterize kalıtsal otoinflamatuvar bir hastalıktır. Kronik inflamasyon çeşitli dokularda ekstrasellüler amiloid proteininin birikimine bağlı sekonder AA amiloidoza neden olabilir ve bu durum AAA'nın en ciddi komplikasyonudur. Biz bu raporda erken yaşta başlamasına rağmen çok geç tanı alan ve sistemik amiloidoz gelişmiş AAA tanılı bir olguyu sunmayı planladık.

Olgu: Kırk dört yaşında kadın hasta ayak bileğinde ağrı şikayeti ile başvurdu. Ayak bileğinde şişlik tarifliyordu. Hasta 6 aydır son dönem böbrek yetmezliği tanısı ile hemodiyalize giriyordu. Böbrek yetmezliğinin etyolojisi bilinmiyordu. Romatolojik sorgusunda çocukluk yaşlarından itibaren olan ayda 1–2 defa tekrarlayan ateş yüksekliği ve karın ağrısı vardı. Karın ağrısı 3 gün devam ediyordu. Fotosensitivite, malar raş, preterm doğum, oral ülser, derin ven trombozu öyküsü yoktu. Muayenesinde ayak bileğinde minimal hassasiyet vardı. Şiş eklemi yoktu. Hb 6.7 g/dL, platelet $82 \times 10^3 \mu\text{L}$, Lökosit $9.54 \times 10^3 \mu\text{L}$, ferritin 507.5 ng/mL, kreatin 6.58 mg/dL, Ig A 120 mg/dL, IgM 86.7 mg/dL, Ig G 1030 mg/dL idi. Anti nükleer antikor ve ENA profili negatifti. Serum amiloid A 744 000 ng/mL idi. Lupus antikoagülan, anti-kardiolipin Ig M ve IgG, anti-β2 glikoprotein IgG ve IgM, direkt coombs testi negatifti. İdrarda protein 2517 mg/gün idi. Batın USG de karaciğer longitudinal uzunluğu 18 cm, dalak boyutu 170x65 mm idi. AAA gen analizi M680/M694V pozitif. Rektumdan yapılan örneklemede Kongo red pozitif. Hasta AAA ve sistemik amiloidoz olarak değerlendirildi. Hematolojiye konsülte edildi. Splenomegali ve bisitopenisinin hipersplenizme bağlı olduğu düşünüldü. Kolşisin 2x1 tedavisi başlandı. IL-1 antagonisti Anakinra tedavisi planlandı.

Sonuç: AAA sekonder AA amiloidozun sebeplerindedir. Proteinüri ve renal yetmezlik kronik inflamasyonu olan hastalarda AA amiloidozu düşündürülen manifestasyonlardır. Amiloidoz tanısı için organ tutulum kliniği ve amiloid depozitlerinin histolojik be-

lirlenmesi gerekir. Bizim olgumuzda böbrek yetmezliği, hepatosplenomegali ve bisitopeni vardı. Rektal biyopsi ile histolojik doğrulama yapıldı. AAA sıklıkla erken yaşlarda tanı alan bir hastalık olmasına rağmen tanıda gecikme ciddi sistemik komplikasyonlara neden olabilir. Organ tutulum kliniği olan hastaların diğer romatizmal nedenlerle birlikte AAA ve amiloidoz açısından da değerlendirilmesi gerektiğini hatırlatmak istedik.

Anahtar sözcükler: Amiloidoz, ailesel Akdeniz ateşi

PS-136

Geç başlangıçlı ailesel Akdeniz ateşi vakaları

Demet Yalçın Kehribar¹, Sezgin Zontul², Metin Özgen³

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Bilim Dalı, Samsun; ²Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ftr Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun; ³Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun

Amaç: Ailesel Akdeniz ateşi (AAA), Akdeniz kökenli toplumlarda daha sık görülen, otozomal resesif geçiş gösteren bir hastalıktır. Klinikte tekrarlayıcı ve kendi kendini sınırlayan karın ağrısı ve ateş ataklarının yanında plevrit, artrit ve erizipel benzeri deri döküntüsü ile kendini gösterir. Genel olarak %90 olguda klinik 20 yaşından önce başlar. Biz geç yaşta tanı konan 3 vakamızı sunacağız.

Olgu 1: 65 yaşında bayan hasta, son 10 yıldır 2-3 ay aralıklarla tekrar eden ateş yüksekliğinin eşlik ettiği karın ağrısı atakları olmuştur. Ağrıları 2-3 günde kendiliğinden geçmekteymiş. Çeşitli merkezlerde değerlendirilmiş fakat net bir tanı konulamamış. Torunu AAA tanısı nedeniyle tedavi almıştı. Laboratuvar: ESH: 32 mm/h CRP: 18.5 mg/dL fibrinojen: 5.23 g/l AAA gen paneli: M694V heterozigot saptandı. Hastaya başlanan kolsişin 2*1 tedavisine klinik olarak çok iyi yanıt aldı. Tedavi sonrası bakılan ESH: .12 mm/h CRP: 3.2 mg/Dl değerlerine geriledi.

Olgu 2: 55 yaşında erkek hasta. Net bir klinik yakınma tariflemiyor. Halsizlik nedeniyle bakılan sedimentasyon ve CRP değerlerinin yüksek saptanması ve çocuğuna yeni AAA tanısı konması nedeniyle, kendisine de AAA gen paneli çalışıldı. Laboratuvar: ESH: 30mm/h CRP: 22 mg/dL fibrinojen: 4.1 g/l AAA gen paneli: R202Q ve M694V homozigot saptandı. Kolsişin 3*1 tedavisi sonucunda genel performans ve hayat kalitesinde belirgin bir düzelme oluştu. Tedavi sonrası bakılan ESH: 9 mm/h CRP: 6.1 mg/dL olarak saptandı.

Olgu 3: 68 yaşında bayan hasta. Kliniğimize dizlerde şişlik ve ağrı şikayeti ile başvurdu. Anamnezinde, 3 gün süren ve ağrı kesicilere net yanıt vermeyen ve kendiliğinden geçen karın ağrısı atakları tanımlıyordu. Uzun süredir nedeni açıklanamayan ESH ve CRP yüksekliği mevcuttu. Diz USG'de suprapateller ve infrapateller effuzyon mevcuttu. Laboratuvar: ESH: 53 mm/h CRP: 106 mg/dL AAA gen paneli: M694V M680I ve R202Q heterozigot saptandı. Hastaya kolsişin 2*1 tedavisi başlandı. Mevcut şikayetlerde ve artritinde tama yakın düzelme oluştu. Tedavi sonrası bakılan ESH: 28 mm/h, CRP: 3 mg/dL değerlerine geriledi.

Sonuç: Esas olarak çocuk yaşta başlangıç gösteren AAA hastalığının ileri yaşlarda da semptomatik hale gelebileceği veya hiçbir klinik vermeden de kişide mevcut olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Geç başlangıçlı ailesel Akdeniz ateşi

S-137

Erişkin yaşta yeni tanı alan ailesel Akdeniz ateşi ve poliarteritis nodosa birlikteliği olan olgu sunumu

Yasin Yıldız

Marmara Üniversitesi, İstanbul

Amaç: AAA; ateş, seröz zarların ağrılı, non-enfeksiyöz enflamasyon nöbetleri ve zamanla amiloidoz gelişimi ile karakterize bir olan OR bir hastalıktır. Yahudiler, Ermeniler, Araplar ve Türkler en çok etkilenen etnik gruplardır. AAA ile birlikteliği olan önemli bir hastalık grubu vaskülitlerdir. AAA'de normal topluma göre daha sık görülen bir vaskülit tablosu PAN'dır.

Olgu: 25 yaş, E, bilinen hastalık ve ilaç kullanımı olmayan el bileğinde 3 aydır aralıklı olarak şişme, 3 yıldır 4-5 ay aralıklarla tekrarlayan ayak bileklerinde şişlik kızarıklık, sol bacak ön yüzünde fin dık büyüklüğündeki şişlik şikayetleriyle başvurdu. Hasta 6ay önce sakküler dissekan anevrizmaya bağlı beyin kanaması ve 3 ay önce olan perirenal hematoma öyküsü mevcut. Hastanın fizik muayenesinde sol ayak bileği ve el bileği şiş hassas eritamatöz eha kısıtlı ağrı, bacaklarda EN'ye bağlı? hiperpigmente lezyon. Lab. tetkiklerinde ESR ve CRP yüksek, hmg: N. Anti MPO, Anti PR3, ENA paneli, anti CCP negatif. Viral seroloji: negatif. Sol bacadan cilt biyopsisi: septal pannikülit EN ile uyumlu. Hastanın vitaller: Ateş yok taşikardik değil tansiyon: 159/95. Hastanın enfeksiyon sorgulaması negatif; romatolojik sorgulamasında çocukluktan itibaren aralıklı olan 1 günden uzun süren karın ağrısı atakları, sol bacakta erizipel benzeri eritamatöz lezyonları öyküsü olan hastanın yapılan Renal arter anjiyografisinde: Sağ böbrek üst yarısında ana renal arterden ayrılıp üst pole doğru giden dalın tıkalı olduğu düzeyde yaklaşık 5 mm anevrizmatik genişleme; sol renal arterin interlober arterler düzeyinde damar oklüzyonları ayrıca intralober ve arkuat arterlerin konturlarında düzensizlik ve sol böbrek parankimi içerisinde özellikle alt zonda milimetrik 1-2 adet anevrizmatik genişleme izlenmiştir. Hastanın EMG: normal ve EKO: Sol VH olarak sonuçlandı. FMF gen analizinde MEFV geninde het p.Met694Val ve het p.Val726Ala mutasyonu ve het p.Arg202Gln varyasyonu saptandı. Hastaya nifedipin, MP, kolşisin ve siklofosamid tedavisi başlandı.

Sonuç: Hastanın tedavi ile artrit şikayetleri ve AFR geriledi. Vaskülit tablosu ile FMF atağının klinik ve laboratuvar sonuçları yönünden benzerlik göstermesi nedeniyle vaskülitin hem ayırıcı tanıda hem de FMF ile birlikte görülebileceği akılda tutulmalıdır. FMF ile birlikte olan PAN hastalarında perirenal hematoma görülme sıklığı sadece PAN olan hastalara daha fazladır. FMF hastalarında gelişen akut yan ağrısında bu komplikasyon olasılığı kolşisine ek olarak immunsupresif ilaç kullanımı açısından göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar sözcükler: AAA, PAN, perirenal hematoma, anevrizma

PS-138

Organize pnömoni şeklinde prezente olan bir erişkin başlangıçlı Still hastalığı olgusu

Hale Gülçin Yıldırım¹, Ozan Cemal İçaçan, Selda Çelik¹, Nilüfer Alpay Kamitez¹, Cemal Bes¹

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

Amaç: Erişkin Still hastalığı (ESH), yüksek ateş, ateşe eşlik eden geçici deri döküntüsü, artrit ve birçok organ tutulumuyla karakterize az görülen sistemik inflamatuvar bir hastalıktır. ESH'a bağlı nadir de olsa akciğer tutulumu görüldüğü bilinmektedir. Biz burada öksürük ve yüksek ateş yakınmaları ile göğüs hastalıkları hastanesine başvuran; organize pnömoni tespit edilen bir ESH olgusu sunuyoruz.

Olgu: 53 yaşında, kadın hasta, 15 gün önce boğaz ağrısı, yüksek ateş, öksürük, nefes darlığı şikayetleri ile göğüs hastalıkları hastanesine başvurmuş. Burada çekilen bilgisayarlı toraks tomografisinde bilateral plevral efüzyon ve her iki akciğer parankiminde organize pnömoni ile uyumlu konsolide lezyonlar izlenmiş. Hasta pnömoni tanısıyla servise yatırılarak nonspesifik antibiyotik tedavisi başlanmış. Tetkiklerinde lökosit sayısı 21000/mm³, nötrofil sayısı 18.000/mm³, ferritin >15.000, C-reaktif protein 300 mg/L, eritrosit sedimentasyon hızı 71mm/h, transaminazlarda 4-5 kat artış tespit edilmiş. 1 haftalık yatışı süresince yüksek ateş yakınması, akut faz yüksekliği devam eden hastada mevcut duruma her iki ayak bileği, el bilekleri, el parmak eklemleri, dizlerde şişlik ve ağrı (akut poliartiküler artrit) yakınması eklenmiş. Hasta tarafımıza konsülte edildi; boğaz ağrısı, yüksek ateş, öksürük, poliartiküler artrit, nötrofilik lökositoz, akut faz yüksekliği, transaminaz yüksekliği ve ferritin yüksekliği olan ve bilgisayarlı toraks tomografisinde organize pnömoni tespit edilen olan hastaya ESH tanısı kondu. Dahiliye servisine devir alınan hastaya 1 mg/kg dozunda prednisolon tedavisi başlandı.

Sonuç: ESH'e bağlı akciğer tutulumu az görülür. ESH ile ilişkili akciğer tutulumu olduğunda bu sıklıkla plevral efüzyon şeklinde olmaktadır. Ancak nadiren de olsa akut respiratuvar distress sendromu gibi ciddi akciğer tutulumlu ve mortal seyreden vakalar da bildirilmiştir. ESH ile ilişkili organize pnömoni ise günümüze kadar sadece birkaç olgu şeklinde bildirilmiştir.

Anahtar sözcükler: Yüksek ateş, pnömoni, artrit

PS-139

Adenozin deaminaz 2 eksikliğinde üç farklı genetik ve klinik seyir

Sibel Balcı¹, Rabia Miray Kışla Ekinci¹, Atıl Bişgin², Dilek Doğruel³, Derya Ufuk Altıntaş³, Mustafa Yılmaz¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Adana; ²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Adana; ³Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Allerji ve İmmünoloji Bilim Dalı, Adana

Amaç: Adenozin deaminaz 2 eksikliği, erken başlangıçlı livedoid döküntü ve sistemik inflamasyon ile karakterize CECR1 geninde mutasyonlar sonucu gelişen, otozomal resesif geçişli nadir bir hastalıktır. İskemik/hemorajik inme, hipertansiyon, gastrointestinal bulgular, hepatosplenomegali, periferik nöropati sık görülen diğer bulgularıdır. Hafif bulgularla seyreden humoral immünyetmezlik, özellikle IgM düşüklüğü vakaların yarısında bildirilmiştir. Hastalıkla ilişkili yeni fenotiplerin literatürde yer almaya başlamasına ek olarak farklı klinik seyre sahip üç ADA2 eksikliği olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: ADA2 eksikliği tanısı ile takip ettiğimiz 3 vakanın ikisinde ciltte livedoid döküntü mevcut olup, bir tanesinde tekrarla-

yan oral aft, sık enfeksiyon geçirme öyküsü ve akut faz göstergelerinde yükseklik mevcuttu. Diğer vakamızda cilt bulgusu, sık enfeksiyon öyküsü olmayıp; monoartrit, hepatosplenomegali, amiloidoz ve laboratuvar tetkiklerinde hipogamaglobulinemisi mevcuttu. Hastalarımızın hepsinde anne-baba arası 1. derece kuzen evliliği mevcut olup, aile öykülerinde erken inme veya kalp rahatsızlığı öyküsü yoktu.

Sonuç: ADA2 eksikliği, başlangıçta monogenik poliarteritis nodosa olarak tanımlanmış olsa da, zaman içerisinde sadece hematolojik veya cilt tutulumu ile seyreden vakalar bildirilmiştir. Literatürde ADA2 eksikliği ile amiloidoz sadece bir vakada bildirilmiştir. Sonuç olarak, ADA2 eksikliği değişik fenotiplere yol açabilen, immüdisregulasyon ile karakterize bir hastalıktır. Sadece livedo retikularis ve amiloidoz ile başvuran hastalar da diğer nedenler dışlandıktan sonra ADA2 eksikliği açısından değerlendirilmelidir.

Anahtar sözcükler: ADA2 eksikliği, amiloidozis, livedo retikularis

PS-140

Aynı mutasyon farklı klinik görünüm: İki mevalonat kinaz eksikliği olgusu

Aysenur Paç Kısarslan¹, Hülya Nalçacıoğlu², Pembe Soylu Üstkoynucu³, Esra Eren⁴, Yasemin Altuner Torun⁵

¹Kayseri Şehir Hastanesi Çocuk Romatoloji Kliniği, Kayseri; ²Kayseri Şehir Hastanesi Çocuk Nefroloji Kliniği, Kayseri; ³Kayseri Şehir Hastanesi Çocuk Metabolizma Kliniği, Kayseri; ⁴Kayseri Şehir Hastanesi Çocuk Gastroenteroloji Kliniği, Kayseri; ⁵Kayseri Şehir Hastanesi Çocuk Hematoloji Kliniği, Kayseri

Amaç: Mevalonat kinaz eksikliği (MKE) inflamatuvar ataklarla karakterize nadir bir metabolik hastalıktır. Çoğunlukla infant döneminde başlayan ateş ataklarına lenfadenopati, mukokutanöz, gastrointestinal sistem, kas-iskelet sistemi ve nörolojik semptomlar eşlik edebilir. Klinik yelpazenin oldukça geniş olması genellikle tanıda gecikmelere neden olmaktadır. Aynı mutasyona sahip olmasına rağmen, klinik görünümü farklı iki MKE olgusu sunulmuştur.

Olgu: Olgu 1: İki yaşındaki erkek hastanın, bir aylıktan itibaren aylık tekrarlayan, 4-5 gün süren ateş ve ishal atakları olduğu, 18 aylıkken (6 ay önce) ağız açık uyuduğu için adenotonsillektomi yapıldığı, ebeveynler arası akrabalık ve aile hikayesi olmadığı öğrenildi. Atak döneminde değerlendirilen hastanın splenomegalisi saptandı. Akut faz reaktanları yüksek bulunurken, immünojenik, gastroenterolojik ve hematolojik değerlendirmeleri normaldi. Çalışılan MEFV ve NLRP3 mutasyonu tespit edilmedi. MVK'da V377I heterozigot mutasyon saptandı. Steroid tedavisine rağmen atak sıklığı azalmadı. Kolşisine de yanıt alınmaması üzerine kanakinumab başlandı ve tedavinin 3. ayında remisyon sağlandı.

Olgu 2: Onbeş yaşında kız hastanın 50 günlükken ateş ataklarının başladığı, rekürren idrar yolu enfeksiyonu tanısı ile takip edildiği, 5 yaşında bir kez artrit atağı geçirdiği, bu dönemde başlayan ateşli karın ağrısı atakları nedeniyle ailevi Akdeniz ateşi (AAA) tanısı ile kolşisin başlandığı, aynı dönemde aftöz stomatit ve tonsillit ataklarının da başladığı, 7 yaşında adenotonsil-

lektomi olduğu, kolşisin tedavisi sonrası ateşli karın ağrısı atakları azalırken, tonsillit ve aft ataklarının devam ettiği, beş yaşında farkedilen hepatosplenomegalinin hala araştırıldığı, ebeveynler arasında akrabalık olmadığı, anneannesinin AAA tanısı ile kolşisin kullandığı öğrenildi. Son olarak artrit atağı ile gelen hasta romatoloji kliniğinde değerlendirildi. Takibinde ayda 2 kez aftlı farenjit, ağrılı servikal lenfadenopati ve beraberinde akut faz reaktanlarında yükselme olan hastaya atak dönemlerinde steroid verildi. Genetik çalışmasında MEFV M694V heterozigot, MVK'da V377I heterozigot mutasyonları tespit edildi. Kolşisin kullanan hastaya kanakinumab tedavisi başlandı. Üçüncü ayda klinik remisyon sağlandı.

Sonuç: Otoinflamatuar hastalıklar Çocuk Romatolojisinin oldukça zor bulmacalarıdır. Hasta hikayesindeki ufak ayrıntılar, klinik takipte olağan olmayan değişiklikler hastayı bir tanıdan ötekisine taşıyabilir.

Anahtar sözcükler: Genetik, klinik, otoinflamatuar hastalık

PS-141

Poliarteritis nodoza ile ailevi Akdeniz ateşi birlikteliğinin bir bulgusu: Bilateral renal subkapsüler hematoma

Melike Özgüven¹, Selda Çelik², Nilüfer Alpay Kanitez², Ozan Cemal İçaçan², Melis Özyazanlar², Cemal Bes²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul; ²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Ailevi Akdeniz ateşi (AAA), ülkemizde sık görülen hastalıklardan olup bu hastalığın seyrinde bazı vaskülit türlerinin görülme sıklığı artmıştır. Poliarteritis nodoza (PAN), AAA hastalarında sık görülebilecek vaskülitlerden biridir. AAA ile PAN'ın bir arada olduğu hastalarda perirenal hematoma önemli bir bulgudur. Burada, bilateral perirenal hematoma olan PAN ile AAA birlikteliği bulunan bir olgu sunuyoruz.

Olgu: 25 yaşında kadın hasta, karın ağrısı şikayetiyle bir dış merkez acil polikliniğine başvuruyor. Karın ağrısı 5 ay önce başlamış, son 1 aydır şiddeti özellikle yemek sonrası artış göstermiş ve bu dönemde 10 kg kadar kilo kaybı olmuş. Hasta mezenter iskemisi ön tanısı ile opere edilmiş (ince barsak ve kolon rezeke edilmiş). Taburculuğundan saatler sonra sağ yan ağrısı şikayeti ile tekrar acil polikliniğe başvurmuş; sağ renal subkapsüler hematoma tespit edilmiş ve sağ nefrektomi yapılmış. Birkaç gün sonra sol yan ağrısı yakınması başlamış; görüntüleme sol renal subkapsüler hematoma ve perirenal sıvı tespit edilmiş. Bunun üzerine sol nefrektomi planlanmış ancak olası etyolojik nedenler açısından tarafımıza konsülte edildi. Hasta PAN ön tanısı ile romatoloji kliniğimize devir alındı. Hasta anüride ve acil diyaliz endikasyonu olması nedeniyle acil hemodiyalize alındı. Sorgusunda, çocukluğundan beri olan, özellikle uzun süre ayakta kaldıktan sonra ortaya çıkan ve birkaç gün süren ayak bileğinde kızarıklık ve şişlik tarif etti (AAA ile ilişkili erizipel benzeri eritem, artrit). Hastaya PAN + AAA tanısı konularak pulse 1 gram metilprednisolon/3 gün verildi; ardından 1 mg/kg prednisolon ile idam tedavi ve renal yetersizlik doz ayarı yapılarak pulse siklofosfamid tedavisi başlandı. Takip eden günlerde batında dis-

tansiyon ve ağrı yakınması oldu; splenik arter anevrizma rüptürü ve batın içinde hematoma tespit edildi ve buna yönelik koil embolizasyon işlemi yapıldı (bu esnada mezenter arterlerde mikroanevrizmalar izlendi). Hastanın böbrek fonksiyonlarında düzelme olmaması üzerine haftada 3 gün düzenli hemodiyaliz programına alındı.

Sonuç: PAN, nadir görülen vaskülit türlerinden biri olup değişik klinik bulgular ile prezente olabilmektedir. Subkapsüler, perirenal hematoma olduğu PAN hastalarında AAA sorgulanmalıdır. Çünkü PAN'a AAA'nın eşlik ettiği hastalarda renal subkapsüler hematoma, AAA'nın eşlik etmediği hastalarda göre daha sık görülür.

Anahtar sözcükler: Subkapsüler hematoma, vaskülit

PS-142

Refrakter interstisyel akciğer hastalığı olan anti-sentetaz sendromlu bir olguda rituksimab ile uzun dönem tedavi deneyimi

Müge Aydın Tufan, Ahmet Eftal Yücel

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

Amaç: Romatizmal hastalıklarda akciğer tutulumu en önemli mortalite ve morbidite sebebidir. Bu hastalarda temel tedavi siklofosfamid ve kortikosteroidlerdir. Refrakter olgularda mikofenolat mofetil, azatiyoprin, plazmaferez, rituksimab kullanılabilir tedavi seçenekleridir. Anti-sentetaz Sendromu akciğer tutulumu tanısıyla 54 aydır stabil olarak izlenen bir olguyu sunduk.

Olgu: 66 yaşında kadın hasta 2009 yılında kol ve bacaklarda güçsüzlük, çk yüksekliği nedeniyle Romatoloji polikliniğimize başvurdu. Tetkiklerinde ESH 50 mm/saat, CRP 55 mg/l, ANA+++ , Anti -Jo1 ++ saptandı. Hastaya anti sentetaz sendromu, miyozit tanısıyla siklofosfamid, prednizolon ve metotreksat tedavisi başlandı. Takipte remisyonda olan hasta 2012 yılında 1 aydır devam eden nefes darlığı ve öksürük yakınmasıyla başvurdu. Fizik incelemede oksijen sat 86 yaygın ralleri olan hastanın HRCT'de her iki akciğer bazalinde yoğun yamalı formda yaygın buzlu cam infiltrasyonu vardı. DLCO %39, Ck 60 normal saptandı. Pulse steroid ve iv siklofosfamid ardından kaskad filtrasyon uygulandı. Refrakter hastada 11/2013 de ilk kür rituksimab tedavisi verildi. Tedaviden sonra solumun sıkıntısında ve akciğer grafisinde 3. ayda düzelme elde edildi. 54 aylık izlemde total 8 kür rituksimab alan hasta 2 mg metilprednisolon tedavisi ile halen klinik olarak stabil izlenmektedir (DLCO %54). Bu dönem içerisinde hastalık aktivasyonu veya hastaneye yatış gerektiren bir komplikasyon gelişmemiştir.

Sonuç: Literatürde konvansiyonel tedaviye dirençli anti sentetaz sendromu ile ilgili sınırlı sayıda olgu serileri mevcuttur. İlacın etkinliği, yan etki ve enfeksiyon riski ile ilgili bu hastalarda uzun dönem sonuçlar halen net değildir. 2009'da refrakter IAH'lı 7 olguda rituksimab ile faydalı sonuçlar elde edilmiştir. 2017 de RE-CITAL çalışmasında rituksimab IAH' da birinci basamak tedavide umut verici olarak bildirilmiştir. Bizde klinik ve laboratuvar olarak 54 aydır hastamızı güvenli ve etkin olarak izledik.

Anahtar sözcükler: Anti-sentetaz sendromu, intertisyel akciğer tutulumu, rituksimab

PS-143

Ankilozan spondilit tanılı hastada lokalize yağ dokusu hipertrofisi

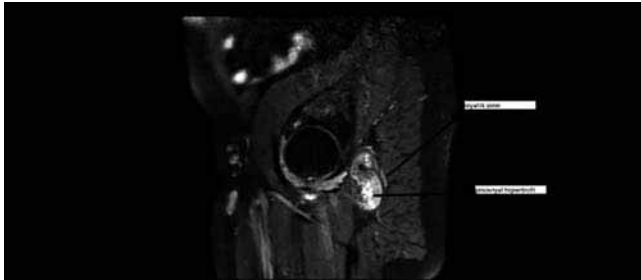
Zerrin Şahin

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Yağ dokusu hücreleri kök hücre özelliği taşımakta, bu özelliğinden dolayıda osteoartrit gibi hastalıkların tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır. Ankilozan spondilitte (AS) de ossifikasyon öncesi yağlı dejenerasyon gözlenmektedir. Ankilozan spondilit patogenezinin anlaşılmasına katkısı olabileceği düşüncesiyle uyluk bölgesinde yağ dokusu hipertrofisi gelişen bu olguyu sunmak istedim. 46 yaşındaki AS tanılı erkek hastanın ilk şikayetleri 16 yaşında bel, topuk ağrısı ile başlıyor. Otuz beş yaşına kadar steroid olmayan anti inflamatuvar kullanıyor ve düzenli egzersiz yapıyor. Şirketinin iflası, boşanma gibi stresli dönemle birlikte 35 yaşlarında boyun hareketleri kısıtlanıyor, sol dizinde belirgin şişlik geliyor. Bir kaç kez intraartiküler steroid uygulanıyor yanıt alınmıyor. Adalimumab, etanercept kullanıyor yan etkilerden dolayı bırakmak zorunda kalıyor. Hastayı gördüğümüzde lomber, torakal ve servikal hareketler tam kısıtlı, oksiput-duvar mesafesi 30 cm, göğüs ekspansiyonu 1 cm, lomber schober 1 cm, ileri derecede dorsal kifozu mevcuttu. Kalça hareketleri hafif kısıtlı, sol dizde belirgin effüzyon vardı. Ayrıca hasta sağ uyluk iç bölgesinin kasığa yakın kısmını daha dolgun hissettiğini söylüyordu. Uzun bir süredir prostatit şikayetleri



Şekil 1 (PS-143): Sağ uyluk proksimalinde subkutan yağ dokusu hipertrofisi.



Şekil 2 (PS-143): Sinoviyal hipertrofiye bağlı siyatik sinir basısı.

nedeniyle tedavi oluyor ama yanıt alamıyordu. Kalça MRG'de sağ uyluk proksimal iç kısım subkutan yağ dokusu sola göre daha kalındı (Şekil 1 PS-143). Bu yağ kitlesi yürürken bacaklarının birbirine sürtünmesine neden oluyor, bu kendisini rahatsız ediyordu. Bu nedenle opere edilen hastanın yağ kitlesi alındığında prostatit şikayetleri de geçmişti. Her iki kalça MRG'de belirgin sinoviyal hipertrofi gözlenmekte hatta sağ kalça eklemi arkasına doğru yönelen sinoviyal kitle siyatik sinire bası yapmakta ve yarım saat kadar oturduğunda siyatik yakınmaları oluşmaktaydı (Şekil 2 PS-143). Steroid injeksiyonu sonrası siyatik şikayetleri düzelmisti. Yağ dokusu obesite, lipödem, lenfödemde artar. Lipödem ayaklar dışında, simetrik olarak alt ekstremiteyi etkileyen subkutan yağ dokusu artışıdır. Lenfödemde ise ilerleyen dönemlerde ödem, fibrozisle birlikte yağ dokusu hipertrofisi gözlenir. Bu hastada kalça çevresinde gözlenen çevreye doğru genişleyerek kitle etkisi yapan sinoviyal dokunun basısına bağlı lenfödem neticesinde yağ dokusu hipertrofisi gelişmiş olsaydı bacakta gittikçe arta ödemle karakterize olmalıydı. Hastanın kliniği her ikisi ile de uyumlu değildi. Lokal etkili sitokinlerin etkisi mi?

Anahtar sözcükler: Ankilozan spondilit, yağ dokusu hipertrofisi

PS-144

Disfaji ile başvuran ankilozan spondilit tanılı olgu

Öznur Kutluk, Cahit Kaçar, Ali Nail Demir

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Ankilozan spondilit aksiyel iskeleti etkileyen ve ekstraartiküler tutulumları da olan kronik inflamatuvar romatizmal bir hastalıktır. Servikal bölgede anterior osteofite bağlı yutma güçlüğü nadir görülen bir durumdur. Biz de burada yutma güçlüğü olan 38 yaşında ankilozan spondilit (AS) tanılı hastayı sunmak istedik.

Olgu: 38 yaşında 5 yıldır AS ile takipli hasta sıvı ve katı gıdaları yutarken zorlanma, yutkunurken ağrı şikayeti olması ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın muayenesinde; servikal rotasyonları ve ekstansiyonu kısıtlıydı. Boyun ekstansiyonu ile boğazda ağrı ve batma hissi olan hastada osteofit ? ile servikal grafisi istendi. Servikal grafide anterior seviyede; anteriorda sindesmotik köprüleşmeler görüldü. Lateral servikal grafide C4 anteriorunda osteofiti mevcut olan hastanın boyun bilgisayarlı tomografisi istendi. Boyun BT de C4 seviyesinde vertebra korpus anteriorunda sindesmotik/osteofitik çıkıntının neden olduğu özefagus dıştan bası olduğu görülen hasta beyin cerrahisine yönlendirildi (Şekil 1 ve 2 PS-144).

Sonuç: Servikal omurgada büyük osteofite bağlı disfaji nadir görülen bir durumdur ve daha çok yaşlı insanlarda ve DISH tanısı olan hastalarda bulunur. AS servikal omurgada sindesmotiklere ve büyük osteofitlere neden olabilir. Özellikle katı ve sıvı gıdaları yutarken zorluk, ağrı tarifleyen AS tanılı hastalarda nadir de olsa servikal omurgada osteofit/sindesmotik varlığı akılda tutulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Ankilozan spondilit, disfaji, osteofit/sindesmotik



Şekil 1 (PS-144): Servikal BT.



Şekil 2 (PS-144): Servikal grafi.

PS-145

Ankilozan spondilit tanısıyla takip edilen hastada gelişen erişkin başlangıçlı Still hastalığı: Olgu sunumu

Sezgin Zontul¹, Metin Özgen²

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun; ²Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun

Amaç: Ankilozan spondilit (AS) sakroiliak eklem, omurga ve periferik eklemlerin tutulumu ile karakterize, kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Erişkin başlangıçlı Still hastalığı (ESBH) ise ateş, kaybolan somon pembe döküntü ve poliartralji ile karakterize olan ve sıklıkla nötrofilik lökositozun eşlik ettiği, sistemik bir hastalıktır. AS ile EBSH'nin birlikteliği literatürde oldukça nadirdir. Biz bu yazıda AS'li bir hastada EBSH gelişen vakadan bahsettik.

Olgu: 60 yaşında erkek hasta 20 yılı aşkın süredir başka merkezlerde AS nedeni ile takipli olup 10 ay infliksimab, 3.5 yıl etanercept sonrasında adalimumab kullanmış. Hastanın çekilen sakroiliak grafisinde grade 4 sakroiliit mevcuttu (Şekil PS-145). Hasta 4 gündür ateş, boğaz ağrısı olması üzerine kliniğimize başvurdu. Ön planda enfeksiyon düşünülen hasta kliniğimize yatırıldı. Hastaya ampicilin-sulbaktam intravenöz antibiyotik tedavisi başlandı. ESBH'yi düşündürecek cilt bulgusu yoktu. Splenomegali ve AST, ALT yüksekliği yoktu. Hastada ateş, boğaz ağrısına ek olarak beyaz küre ve nötrofil yüksekliği mevcut olup ANA ve RF negatifti. Ayrıca hastada 2 haftadır eklem ağrısı şikayeti vardı. Hasta başvurduğunda sedimentasyon (ESH) 77 CRP si 177 mg/l idi. Serum immunoglobulinleri normaldi. Ferritin değeri 1097 idi. Kan kültürleri ve brusella tetkikleri negatif geldi. Malignite taraması olarak çekilen toraks, alt ve üst abdomen BT incelemesinde malignite lehine bulgu saptanmayıp solda minimal plevril mayii izlendi. Çekilen pozitron emisyon tomografi normal olarak değerlendirildi. Lenfadenopati lehine bulgu saptanmadı. 10 gün civarında antibiyotik tedavisi alan hastada klinik ve laboratuvar olarak düzelme olmadı. Hastada EBSH düşünülerek 100 mg/gün metil prednizolon tedavisi başlandı. Tedavi sonrasında şikayetleri ile birlikte akut

faz reaktanlarında geriledi. 1 ay sonraki ESH 23 CRP normal düzeye geriledi. Bunun üzerine hastanın tedavisine metotreksat eklendi. Metilprednizolon azaltılarak kesildi. Hastanın sonrasında tekrar atağı olmadı.

Sonuç: AS' de ateş, lenfadenopati gibi sistemik semptomlar nadiren görülürken ESBH' da bu semptomlar sık görülür. EBSH' da adalimumabın etkinliği IL-1 reseptör antagonistleri ve IL-6 inhibitörü kadar etkili olmasa da literatürde bildirilmiştir. Bizim hastamızda adalimumab kullanmasına rağmen EBSH gelişti. Sonuç olarak AS'li hastalarda EBSH gelişebileceği unutulmamalıdır. İlgili semptom varlığında EBSH açısından sorgulanmalı ve tetkik edilmelidir.

Anahtar sözcükler: Ankilozan spondilit, erişkin başlangıçlı Still hastalığı



Şekil (PS-145): PA akciğer grafisi.

PS-146

Periferik spondiloartrit kliniğini gölgeleyen omuz kalsifik tendinit olgusu

Tuğçe Özekli Mısırlıoğlu, Deniz Palamar, Gynulnaz Durmushali Emin, Kenan Akgün

Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Kristal depo hastalıkları klinikte farklı tablolarla ortaya çıkabilir. Omuz rotator kaf (RK) tendonlarında hidroksiapatit kristal birikimi şiddetli ağrıya neden olabilir. Burada omuz kalsifik tendinit yakınmaları ön planda olması nedeniyle spondiloartrit (SPA) kliniğini gölgeleyen bir olgu sunulacaktır.

Olgu: Kırk sekiz yaşında kadın hasta 3 yıldır olan sol topuk, her iki omuz ve sol diz ağrısı yakınmaları ile epin kalkanei, patellofemoral sendrom, omuz kalsifik tendiniti, fibromiyalji sendromu ve psödogut tanılarını alarak ve son olarak kolşisin tedavisi başlanarak kliniğimize yönlendirildi. Enflamatuvar karakterde ağrıları olan hastanın atipik bel ağrısı da mevcuttu. Fizik muayenesinde her iki omuz eklem hareketleri kısıtlı ve ağrılı, sol topuğu presyonla hassas, sol dizi şiş ve sıcaktı. Grafilerinde her iki omuz RK yapışma bölgesinde (Şekil 1 PS-146) ve pelviste entezis kalsifikasyonları mevcuttu. Ultrasonografik incelemede her iki topukta entezit ve solda retrokalkaneal bursit ile birlikte sol dizde effüzyon, sinoviyal hipertrofi ve sinovit bulguları saptandı. Hastanın enflamatuvar bel ağrısı da göz önüne alınarak SPA ön tanısı ile sakroiliak eklem (SİE) manyetik rezonans (MR) incelemesi istendi. Laboratuvar incelemesinde akut faz yanıtı negatif, HLA-B27 negatif, SİE MR incelemesi şüpheli olarak değerlendirildi. Sol diz aspirasyonu sonrasında yapılan mikroskopik analizinde kristal açısından negatif değerlendirilmesi üzerine psödogut tanısı dışlandı ve kolşisin tedavisi kesildi. Artrit, entezit bulguları ve enflamatuvar bel ağrısı öyküsü nedeniyle hastaya periferik SPA ve omuz kalsifik tendiniti teşhisleri konuldu. Non-steroidal anti-inflamatuvar ilaç (NSAİİ) kullanımı, sağ omuz kalsifik lezyonuna yönelik yapılan aspirasyon (Şekil 2 PS-146) ve iğneleme, subakromiyel ve sol diz steroid enjeksiyon uygulamaları sonrasında sadece topuk ağrısında yeterli yanıt alınmadı. Bunun üzerine uzun süredir NSAİİ ilaç kullan-



Şekil 1 (PS-146): Her iki omuz rotator kaf yapışma bölgesinde entezis kalsifikasyonları.

ması ve yan etkileri de göz önüne alınarak adalimumab tedavisi başlandı, ancak bu sefer de şiddetli sol omuz ağrısı nedeniyle anti-TNF yanıtı değerlendirilemedi. Bu nedenle, sol omuz kalsifik lezyonuna yönelik enjeksiyon tedavisi yapıldı ve bu girişim ile birlikte tüm ağrılarında tama yakın rahatlama sağlanmış oldu.

Sonuç: Omuz kalsifik tendinitleri klinikte şiddetli ve kronik ağrıya neden olduğu için eşlik eden diğer hastalıkları maskeleyebilir, tedavi yanıtını gölgeleyebilir. Bunu önlemek için omuz kalsifik tendinitleri öncelikli olarak tedavi edilmelidir.

Anahtar sözcükler: Kalsifik tendinit, kristal depo hastalıkları, spondiloartrit

PS-147

Ankilozan spondilitli hastada bariatrik cerrahinin etkinliği ve güvenilirliği

Şenol Kobak¹, Hasan Altun², Burçin Batman²

¹Istinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Liv Hospital, Romatoloji Kliniği, İstanbul; ²Istinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Liv Hospital, Obezite Cerrahi Merkezi, İstanbul

Amaç: Obezite, inflamatuvar yolakların aktivasyonu yaparak, birçok romatolojik hastalıkların aktivasyonuna sebep olabilmektedir. Bariatrik cerrahi, morbid obez hastaların tedavisinde etkili ve güvenilir bir yöntem olarak kabul edilmektedir. Bu tedavi yönteminin romatolojik hastalıkların üzerine etkileri henüz bilinmemektedir. Bu bildiride, AS tanısı ile takip edilen 31 yaşında bayan hastada, bariatrik cerrahinin hastalık aktivasyon parametrelerinin üzerine etkileri tartışılmıştır.



Şekil 2 (PS-146): Sağ omuz kalsifik lezyonunun aspirasyonu.

Olgu: 31 yaşında kadın hasta, bel, sırt ve topuk ağrı, sabah tutukluğu şikayetleri ile başvurdu. FM'de morbid obez, bilateral FABERE FADIR pozitif idi. Laboratuvar tetkiklerde; ESH: 38mm/h, CRP: 43 mg/dl, KCFT, BFT, rutin idrar, hemogram normal, RF, ANA, anti-CCP, brucella aglütinasyon testleri ve HLA-B27 negatif olarak saptandı. Çekilen SİE grafi ve MR'da bilateral aktif sakroiliit saptandı, lateral topuk grafide entezit mevcuttu. Batın USG'de hepatosteatoz saptandı, AC grafi normal idi. New York kriterleri doğrultusunda AS tanısı konuldu. Hastalık aktivasyonu açısından; BASDAİ: 7.2 cm, BASFİ: 6.9 cm idi. El-yer mesafesi 12 cm, göğüs ekspansiyonu 4 cm, oksiput-duvar mesafesi: 0 cm idi. Hastaya NSAİİ ve ekzersiz önerildi. 6 ay sonra kontrole geldiğinde, hafif klinik regresyon vardı, fakat ESH ve CRP hala yüksek idi. Bu arada obezite ve insülin direnci nedeniyle Endokrinolojinin önerdiği bariatrik cerrahi için randevu aldığını söyledi. Cerrahi operasyonun 4. ayında kontrole geldiğinde, eklem şikayetlerin gerilediğini, 22 kg verdiğini belirtti. Yapılan tetkiklerde AFR normale geldiğini, BASDAİ: 3.9 cm, BASFİ: 2.8 olduğunu saptandı. Genel durumu iyi olan hastanın, NSAİİ ve ekzersiz ile takipleri devam etmektedir.

Sonuç: Morbid obez romatolojik hastaların tedavisinde yanıt oranları daha düşük, komplikasyonlar daha fazladır. Kilo vermek, hastalık aktivasyon parametreleri üzerine olumlu etkileri vardır. Bariatrik cerrahi, morbid obezitesi olan inflamatuvar romatizmal hastaları için etkin ve güvenilir bir tedavi seçeneği olabilir.

Anahtar sözcükler: Ankilozan spondilit, morbid obezite, bariatrik cerrahi

PS-148

Ankilozan spondilit ayırıcı tanısında lenfoma

Fatih Sarıtaş

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Ankilozan spondilit, spondiloartritler denilen hastalık grubunun prototipidir. Özellikle genç erişkinlerde görülen hastalığın tipik özellikleri inflamatuvar karakterde bel ağrısı, radyografik sakroiliit, spinal mobilitede azalma, HLA B27 ilişkisi ve aile öyküsüdür.

Olgu: 29 yaşında kadın hasta, bilinen hastalığı yok. 6 aydır geceleri uykudan uyandıran, dinlenmekle artan, NSAİİ yanıtı, gün içinde azalan kalça ve bel ağrısı mevcut. Çekilen sakroiliak MR'da sakrum, sakroiliak eklem komşuluğu ve iliak kemikte heterojen ödem tespit edilerek (Şekil PS-148) malignite ve sakroiliit ayırıcı tanısı için tüm vücut kemik sintigrafisi önerilmiş. Sintigrafi sonucunda malignite bulgusuna rastalanmamış, bilateral sakroiliit olarak raporlanmış. Hasta ankilozan spondilit ön tanısıyla romatoloji polikliniğine sevk edilmiş. Tetkiklerinde sedimentasyon 68 mm/h, CRP 6.3 mg/dl, hgb 9.7, hct 30.1 saptandı. 6 aydan uzun süredir çeşitli NSAİİ kullanan hastanın ilacı değiştirilerek kontrole çağırıldı. 1 ay sonraki kontrolünde akut faz değerleri yüksek olan ve ağrısı devam eden hastaya TNF blokeri başlandı. Hastanın şikayetleri tedavi altında azaldı ve laboratuvar bulguları düzeldi. 3. hafta sonunda ÜSYE sonrası ilaçlarına 2 hafta ara verilerek tekrar başlandı. İlaça tekrar başlanmasına rağmen şikayetleri arttı. Akut faz değerleri tekrar

yükseldi. Sakroiliak MR tekrarlandı. Sakrumda ve iliak kemikte heterojen ödem görülen hastaya toraks ve tüm batın BT çekildi. Kemik yapılarında yaygın litik lezyonlar görüldü. Hasta malignite ön tanısıyla ilaçları kesilerek ileri merkeze yönlendirildi. PET/CT de iskelet sisteminde yaygın artmış FDG tutulumu uyumlu bulgular tespit edildi. Kemik iliği ve mide biyopsi sonuçları yüksek grade B hücreli lenfomayla uyumlu bulundu.

Sonuç: Ankilozan spondilitin olağan başlangıç semptomu bel, boyun ve kalça ağrısıdır. Özellikle 2-3. dekatlarda siktir. İnflamatuvar karakterde ağrı tipik özelliğidir. Bizim hastamızda tipik inflamatuvar ağrı, akut faz reaktanların yüksekliği, radyolojik tetkiklerde sakrum ve iliak kemikte ödem olması seronegatif spondiloartrit tanısı konulmasına neden olmuştur. Bununla birlikte tedaviye yanıtın kötü olması üzerine tanıdan şüphe edilmiş, maligniteden uzaklaşılmasına neden olan sintigrafi sonucuna rağmen, hasta tekrar tetkik edilerek lenfoma tanısı almıştır. Romatolojik hastalıkların tanı ve takibi esnasında maligniteler akla gelmeli sistemik inceleme mutlaka yapılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Ankilozan spondilit, lenfoma

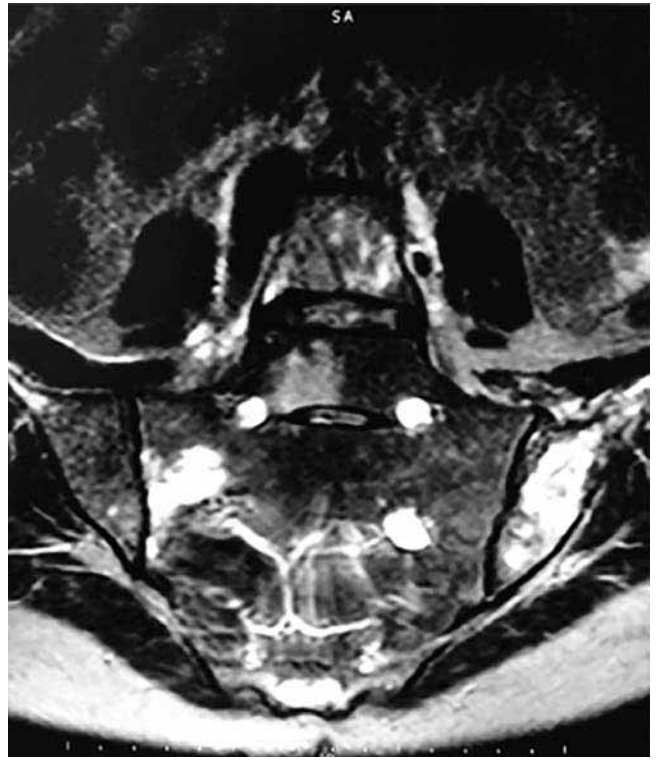
PS-149

Spondilartropatide manubriosternal eklem tutulumu

Sevgi Atar¹, M. Nergis Yanmaz², Ömer Kuru¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul; ² Sağık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Spondilartropatilerde tendon ve ligamanların kemiğe bağlanma noktalarında gelişen inflamasyon klinik ve morfolojik



Şekil (PS-148): MR görüntüsü.

değişikliklere yol açar. Radyolojik olarak periferik iskelet sisteminde asimetrik tutulum ve entezis bulguları görülür. Ancak eklemin monartiküler tutulumu oldukça nadirdir. Predispozan hastalığa bağlı olarak klinik ve radyolojik bulgular spesifiklik gösterebilir. Bu çalışmada manubriosternal eklem tutulum bulguları ile polikliniğimize başvuran ve spondiloartropati tanısı koyduğumuz bir olguyu literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık.

Olgu: Göğüs ağrısı şikayeti ile başvuran 35 yaşında kadın olgunun, son 5 aydır zonklayıcı tarzda geceleri artan, hareketlerle azalan göğüs ağrısı şikayeti mevcuttu. 5 yıl önce başlayan belde tutukluk, hareketle azaldığı ifade edildi. Göğüs ve bel ağrısının NSAİ ile azaldığı belirtildi. Alışkanlıklarında, haftada bir paket sigara içimi mevcuttu. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde bir özellik yoktu. Fizik muayenede, manubriosternal alt çene mesafesi normaldi. El yer mesafesi 5 cm, lomber hareketler açık ağrılıydı. Göğüs ekspansiyonu 3 cm idi. Servikal ROM açıktı. Sakroiliak kompresyon testleri pozitif idi. Laboratuvar tetkiklerinde; Hb 12.9 gr/dl lökosit 6.720/mm³, ESH 15 mm/saat CRP 3.33 mg/dl (N: 0-5) RF <11, ANA (-), HLA b27 (+). Radyolojik incelemede; Sternum MR'da, T1 hipointens T2 hiperintens alanlar belirlendi. Göğüs cerrahisi ile konsülte edildi. Olgunun kliniği ve MR bulguları malignite olarak düşünülmüdü. Olgu spondiloartropati olarak kabul edildi, lokal olarak kortikosteroid uygulandı ve medikal tedavi verildi.

Sonuç: Manubriosternal eklem snoviyum içeren amfiartrodial bir eklemdir. Bu eklemin sinovitleri sık görülür. Ağrı ve hassasiyet inflamasyonun şiddetli olduğunu gösterir. Olgumuzda da hareketlerle azalan manubriosternal eklemden orjin alan göğüs ağrısı mevcuttu. Bu eklemin monoartritleri, travma, ağır çalışma dışında nadir görülür. Olgumuzda travma ya da ağır çalışma öyküsü olmayıp yapılan muayene ve tetkikler sonucu olarak spondiloartropati tanısı konuldu. Literatürde semptomatik eklem tutulumlarında eklem içine yapılan kortikosteroid enjeksiyonları sonrası hızlı semptomatik iyileşme görüldüğü bildirilmiştir. Biz de olgumuza eklem ağrısı nedeni ile lokal kortikosteroid enjeksiyonu ile semptomatik rahatlama sağladık. Spondiloartropatilerde tek klinik bulgunun manubriosternal eklem monoartriti olması nadirdir. Semptomatik tedavi için lokal kortikosteroid enjeksiyonu uygulanabilir.

Anahtar sözcükler: Spondiloartropati, manubriosternal eklem, monoartrit

PS-150

İnflamatuar bel ağrısı taklitçisi bir hastalık:

Sakral perinöral kist

Ozan Cemal İcaçan, Selda Çelik, Nilüfer Alpay Kanitez, Cemal Bes Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: İnflamatuar bel ağrısı (İBA), seronegatif spondiloartrit (SpA) hastalarındaki en önemli semptomdur. Ancak İBA tarif eden her hastada tek neden SpA değildir. Burada, İBA ile başvuran ve SpA ön tanısı ile tetkik ettiğimiz ancak sakral perinöral kist tespit ettiğimiz bir olgu sunuyoruz.

Olgu: 37 yaşında kadın hasta, 17 yıldır olan inflamatuvar karakterde bel ağrısı (sabah ağrısı yoğun, arada geceleri ağrıdan dolayı uyanmakta, egzersiz ile ağrısında bir miktar azalma olmakta ve sabah tutukluğu mevcut) nedeniyle başvurdu. Seronegatif spondiloartrit yönünden sorgusunda ek bir özellik yoktu. A-P pelvis grafisi normal ve HLA-B27 negatif bulundu. Sakroiliak eklem magnetik rezonans görüntülemesinde her iki sakroiliak eklem normal, S2-3 intervertebral seviyesinde sol nöral foramen anteriora doğru uzanım gösteren, 25x35 mm boyutlarında, T1A sekanslarda belirgin hipointens, T2A sekanslarda belirgin hiperintens görünümle karakterize lezyon izlendi (öncelikli olarak perinöral kist lehine değerlendirilmiştir). Hastaya sakral perinöral kist tanısı konarak operasyon yönünden değerlendirilmek üzere beyin cerrahisi kliniğine yönlendirildi.

Sonuç: Spinal perinöral kistler sıklıkla sakral bölgeye lokalize olurlar ve genellikle başka bir nedenle yapılan magnetik rezonans veya bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde rastlantısal olarak saptanırlar. Konjenital olarak geliştikleri kabul edilen bu lezyonlar genellikle asemptomatiktir ancak nadiren olgumuzda olduğu gibi bel veya kalça ağrısı şeklinde semptom verebilirler. Özetle, sakral perinöral kist, genç yaş hasta grubunda semptomatik olduğunda SpA'yı taklit edebileceği akıld tutulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Spondiloartrit, bel ağrısı, kist

PS-151

Anti-TNF ilaçların nadir bir komplikasyonu: Oküler miyozit

Nurhan Güven, Gürkan Yılmaz, İsmihan Sunar, Pınar Bora Karşı, Peyman Yalçın, Şebnem Ataman

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Ankilozan spondilit (AS) genç yaşta ortaya çıkan omurgayı, periferik eklemleri ve entez bölgelerini etkileyen inflamatuvar bir hastalıktır. NSAİ ilaçlara yanıt vermeyen hastalarda bir sonraki seçenek olarak anti-TNF ilaçlar sıklıkla kullanılmaktadır. Anti-TNF ilaçlar ile enfeksiyon, malignite, demyelinizan hastalık gibi yan etkiler görülebilmektedir. Biz olgumuzda anti-TNF ilaç kullanımına bağlı gelişen oküler miyozit vakasını sunmak istedik.

Olgu: Bir yıldır nonradyografik aksiyel spondiloartropati tanısı ile takipli 37 yaşında kadın hasta, 5 ay sertolizumab tedavisi sonrası sağ gözde diplopi ve yukarı bakış kısıtlılığı ile başvurdu. Şikayetleri 2 aydır devam eden hastanın tetkiklerinde hemogram, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, eritrosit sedimentasyon hızı ve CRP normal sınırlardaydı. Hasta nöroloji ve göz bölümüne danışıldı. Hastanın muayenesinde pupiller izokorik, direkt, indirek ışık refleksi doğal, derin tendon refleksleri normoaktif, yukarı bakış kısıtlıydı. Hastaya kranial ve orbital MRG çekilmesi planlandı. Kranial MRG da belirgin patoloji saptanmadı. Orbital MRG da sağ inferior rektus ve lateral rektus kaslarında kalınlık artışı, T2, STIR sekanslarda intensite artışı saptandı. Hastanın oküler miyozit olası etyolojiler açısından bakılan tiroid ve çölyak otoantikörleri negatifti, tiroid fonksiyon testleri normaldi. Bağ doku hastalıkları açısından tükrük testi ve Schirmer testleri normal, ANA ++ homojen benekli, ENA paneli negatifti, anti-dsDNA 109 (0-100) sınırda yüksek saptandı.

Kompleman, immunglobulin, IgG4 düzeyleri, ANCA ve anti fosfolipid antikorlar normal düzeylerdeydi. Hastanın tekrarlanan anti-dsDNA düzeyi normal saptandı. Olası etyolojiler açısından bir sebep bulunamayan ve sertolizumab sonrası şikayetleri başlayan hasta anti-TNF'e bağlı oküler miyozit olarak kabul edildi. Sertolizumab kesilerek 48 mg/gün metilprednizolon tedavisi verildi ve 2 hafta sonra tedricen azaltılmaya başlandı, 3. haftada hastanın şikayetlerinde gerileme mevcuttu.

Sonuç: Oküler miyozit ekstraoküler kasların tutulumuna bağlı diplopi ve göz hareketlerinde kısıtlılık yapabilen nadir bir hastalıktır. Crohn, granulomatöz polianjit, IgG4 ilişkili hastalık, Behçet, lupus, Sjögren gibi hastalıklara bağlı gelişebilir. Literatürde etanercept ile oküler miyozit gelişimi arasında az sayıda veri mevcutken, sertolizumab ile böyle bir veriye rastlanılmadı. Anti-TNF ilaçlar ile paradoksik olarak orbital inflamatuvar lezyonlar görülebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar sözcükler: Ankilozan spondilit, sertolizumab, oküler miyozit

PS-152

Spondiloartropati atlantoaksiyel tutulum

Sevgi Atar¹, M. Nergis Yanmaz², Ömer Kuru¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul; ²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Ankilozan spondilit (AS), seronegatif artritler içinde en sık görülen, özellikle omurga ve sakroiliyak eklemleri tutan, etiyolojisi kesin belli olmayan, sistemik, kronik ve inflamatuvar romatizmal bir hastalıktır. Genellikle sakroiliak eklemlerde başlayıp daha sonra asendan olarak omurganın diğer bölümlerini tutmaktadır. AS'de nörolojik komplikasyonlar, hastaların spinal kordu birçok seviyede etkilemesi ile meydana gelmektedir.

Olgu: 65 yaşında kadın hasta boyun ağrısı, diz ağrısı, ellerde uyuşukluk, sabah tutukluğu şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. 20 yıldır şikayetleri olduğu. Oral aft, ateş, kilo kaybı, terleme, iştahsızlık, psoriasis, ağız ve göz kuruluğu, raynaud fenomeni yoktu. Özgeçmişinde karpal tünel operasyon öyküsü ve diabet hastalığı dışında bir özellik yoktu. Fizik muayenede boyun hareketleri her yöne kısıtlı ağrılı sağ diz eklem hareketinde fleksiyon kısıtlılığı mevcut idi. Bel muayenesinde lomber fleksiyon açık lateral fleksiyon, rotasyonlar ve ekstansiyon kısıtlı ve ağrılı, el parmak zemin (EPZ) mesafesi normaldi. Derin tendon refleksi normaldi. Patolojik refleks tespit edilmedi. Laboratuvar tetkiklerinde Hb 10.9 gr/dl lökosit 4.450/mm³, ESH 56 mm/saat CRP 7.14 mg/dl (N: 0-5) RF <11, ANA (-), HLA b27 (+). Sakroiliak MR sakroileitle uyumlu idi. Direk grafilerinde periferik eklemler doğal görünümdeydi. Servikal grafide ise vertikal AAS mevcuttu. Hastaya spondiloartropati tanısı ile sulfasalazin tedavisi başlandı. Yapılan beyin cerrahi konsültasyonu sonucu hastada operasyona gerek görülmedi. Hasta klinik ve radyolojik takibe alındı.

Sonuç: AS'de servikal omurga tutulumu, yaşla ve hastalık süresi ile birlikte artmaktadır ve genellikle boyunda ağrısı tutukluk ile

kendini göstermektedir. AAS'nun periferik eklem tutulumu olan AS'li olgularda daha sık gözlemlendiği ve genellikle hastalığın geç evrelerinde ortaya çıktığı bildirilmekle birlikte erken gelişen olgular da tanımlanmaktadır. Olgumuzda da sakroileit ve dizlerde periferik eklem tutulumu bulunmaktaydı. Servikal tutulumun uyarıcı işaretleri boyun hareketlerinde kısıtlılık ile ağrı, el ve ayaklarda parestezi, sensoryel semptomlar, ellerde beceriksizlik görülebilmektedir. Sensoryel semptomlar tuzak nöropatilerine bağlanarak yanlış tanılar alabilmektedir. Bizim olgumuzda da servikal eklem hareketleri kısıtlı ve ağrılı idi. Hastanın kısa süre önce karpal tünel sendromu nedeniyle operasyon öyküsü bulunmaktaydı.

Anahtar sözcükler: Spondiloartropati, atlantoaksiyel

PS-153

Ankilozan spondilitli bir hastada infliximab tedavisi sonrası gelişen tek taraflı periorbital ödem

Yunus Durmaz¹, Ahmet Kıvanç Cengiz²

¹Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Romatoloji Kliniği, Karabük; ²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Samsun

Amaç: Ankilozan spondilit (AS), omurga ve sakroiliak eklemleri etkileyen, kronik sistemik inflamatuvar bir romatizmal hastalıktır. infliximab (IFN) tomör nekrotize edici faktör'e (TNF) karşı geliştirilen monoklonal antikordur. Anti-TNF ajanlar güçlü immünmodülatör etkileri olsada potansiyel ciddi yan etkileri de unutulmamalıdır. Burada IFN tedavisinin 9. ayında periorbital ödem gelişen AS olgusunu sunmak istedik.



Şekil (PS-153): Sol alt göz kapağında belirgin olmak üzere periorbital şişlik görülmektedir.

Olgu: Elli yaşında erkek hastaya; yaklaşık 10 yıl önce alt ekstremitelerde asimetrik ağrı ve şişlik yakınması ve inflamatuvar bel ağrısı şikayeti ile başvurduğu dış merkezde AS tanısı konmuş ve medikal tedavi olarak sülfosalazin 2x1 gr/gün ve indometazin başta olmak üzere çeşitli NSAİ ilaçlar başlanmış. Yapılan fizik muayenede her iki diz ve sol ayak bilekte akut artrit mevcuttu. Schober testi 3 cm occiput duvar mesafesi (OD) mesafesi : 4 cm. manubrium sterni mesafesi (MS) mesafesi 2 cm, göğüs ekspansiyonu 4 cm sakroiliak kompresyon testi (SİKT) : +/- idi. Hastanın mevcut tedavi ile eklem ve bel ağrısı devam ettiğinden ve hastanın ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi (BASDAI) değeri 7.8 olduğundan hastaya INF 400 mg tedavisi başlandı. Tedavinin 3. ayında değerlendirilen hastanın BASDAI değeri 2.1 geriledi. Tedaviye devam planlandı. Hastanın tedavisinin 9. ayında, infüzyonun 25. dakikasında sol alt göz kapagında belirgin olmak üzere tek taraflı periorbital ödem gelişti (Şekil PS-153). Bu şikayete başka sistemik bir semptom eşlik etmiyordu. İnfüzyon tedavisi kesilip hastaya prednol 40 mg iv infüzyon ve feniramin ampül 1x1 tedavisi başlandı. Şikayetleri medikal tedavi ile gerilemedi. Hastanın göz çevresinde tutulum olması nedeniyle orbital sellülitin dışlanması için göz hastalıkları konsültasyonu istendi, orbital tutulum saptanmadı. Yine hastada deride yüzeysel kızarıklık, ısı artışı olmaması nedeniyle periorbital sellülitte düşünülmedi. Hasta günlük kontrollere çağırıldı. İnfüzyonun 1. haftasında periorbital ödem kendiliğinden geriledi.

Sonuç: İnfiliximab tedavisi sonrası gelişen tek taraflı periorbital şişlikte ilk akla getirilmesi gereken en önemli klinik durumlar preseptal sellülit ve orbital sellülit olsada alerjik infüzyon reaksiyonları daha sıktır. Biz vakamızda preseptal sellülit ve orbital sellülit gibi iki önemli klinik durumu dışladıktan sonra mevcut durumun prednol ve feniramin tedavisine dirençli bir alerjik infüzyon reaksiyonu olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar sözcükler: Ankilozan spondilit, infliximab, periorbital ödem

PS-154

Nadir bir birliktelik: Aksiyel spondiloartrit ve Paget hastalığı

Emre Tekgöz¹, Muhammet Çınar¹, Hatice Tuba Sanal², Sedat Yılmaz¹

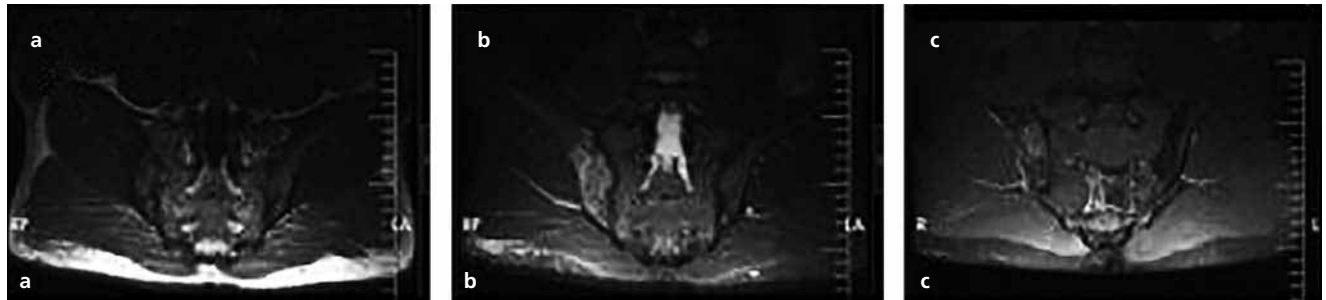
¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara



Şekil 1 (PS-154): Sakroiliak eklem grafisinde her iki sakroiliak eklem yüzeyinde düzensizlik ve eşlik eden skleroz.

Amaç: Paget hastalığı (PH), kemik yapım ve yıkım döngüsünün anormal olarak hızlandığı en yaygın görülen kemik hastalıklarından birisidir. Nadir olarak pelvik bölgeye yerleşebilen PH, sakroiliak eklem sık olarak tutulduğu spondiloartritler açısından da klinik olarak bir ayrımını gerektirmektedir. Nadir olarak birlikte görülen bu iki hastalığın klinik olarak ayırt edilmesi zor olabilir. Bizim olgumuzda bel ağrısı şikayeti ile başvuran aksiyel spondiloartrit tanılı hastaya eşlik eden PH teşhisi konulmuş ve bu nadir birliktelik klinisyenlere sunulmuştur.

Olgu: Aksiyel Spondiloartrit tanısı ile anti-TNF (etanercept) tedavi altında remisyonunda takip edilen 36 yaşında erkek hasta, son bir aydır devam eden mekanik karakterde bel ağrısı nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde sakroiliak germe testleri negatif idi ve periferik eklemlerde artrit tespit edilmedi. Laboratuvar değerlerinde akut faz cevabı normaldi ve serum alkalin fosfataz seviyesi yüksek saptandı. Sakroiliak eklem grafisinde her iki sakroiliak eklemden erozyon ve sklerotik değişiklikler vardı (Şekil 1 PS-154). Sakroiliak eklem manyetik rezonans görüntülerinde kemik iliği ödemi yoktu. Ancak sağda iliak kanatta ekspansiyona neden olmuş T1A sekansında heterojen hipointens, T2A'da heterojen hiperintens ve kontrast madde enjeksiyonundan sonra heterojen kontrastlanma gösteren kitle lezyonu izlendi (Şekil 2 PS-154). Bu bağlamda, MR'da gözlenen lezyon için çekilen kemik sintigrafisinde sağ hemipelviste simetrisine oranla artmış aktivite tutulumu PH ile uyumlu olarak değerlendirildi. PH tanısı alan hastaya intravenöz zoledronik asit uygulandı. Tedavi ile hastanın şikayetleri ve serum alkalin fosfataz seviyeleri geriledi.



Şekil 2 (PS-154): (a) Sakroiliak eklem MR görüntülemesinde; sağda iliak kanatta ekspansiyona neden olmuş T1A sekansında heterojen hipointens, (b) T2A'da heterojen hiperintens ve (c) kontrast madde enjeksiyonundan sonra heterojen kontrastlanma gösteren kitle lezyonu.

Sonuç: PH osteoporozdan sonra kemiğin en sık gözlenen hastalığıdır. Etyolojisi tam olarak aydınlatılamamış olsa da otozomal dominant kalıtılan, sequestosome-1 (SQSTM1) genindeki mutasyon en sık gözlenen durumdur. Patolojisinde kemiğin yapım ve yıkımında 5 ila 10 kat arasında artışın saptandığı ve yapılan yeni kemiğin eskisi kadar sağlam olmadığı bir durum söz konusudur. Genellikle hastalar asemptomatik olsa da en sık gözlenen semptom ağrıdır. PH genellikle kafa kemiklerinde yerleşim gösterir. Pelvik kemikler ise çok nadir olarak tutulur. Romatoloji pratiğinde, hastanın bel ağrısının karakteri tanı açısından çok önemlidir. Bu olguda aksiyel spondiloartrit tanısı ile takip edilen hastaya eşlik eden PH'yi teşhis ederek bu nadir görülebilen birlikteliği hatırlattık.

Anahtar sözcükler: Paget hastalığı, spondiloartrit

PS-155

Anti TNF ajanlara bağlı gelişen paradoksal psöriyaziste sekukinumab etkinliği

Ali Nail Demir¹, Uğur Güngör Demir², Cahit Kaçar¹

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya; ²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, FTR Anabilim Dalı, Antalya

Amaç: TNF- α 'nın biyolojik aktivitelerini antagonize ederek etkisini gösteren TNF- α blokerler son yıllarda romatizmal has-

talıklar başta olmak üzere, pek çok kronik hastalığın tedavisinde başarı ile kullanılmaktadırlar. TNF- α blokerler, aynı zamanda bazı deri hastalıklarının tedavisinde de başarı ile kullanılmaktadır. Ancak literatürde, bu ajanların bir yan etkisi olarak %10'dan %60'a kadar değişen oranlarda deri bulgularından bahsedilmektedir. Psoriazisin tedavisinde etkili olmasına rağmen, literatürde son yıllarda sıkça TNF- α blokerlerin tetiklediği psoriazis vakaları bildirilmektedir. Bu olguda ankilozan spondilit ile takip edilen ve anti-TNF tedavi sonrası palmoplantar püstüleri psöriyazise gelişen hastada başlanan sekukinumab tedavisinin hastalık aktivitesi ve paradoksal yan etkiler üzerindeki farklı etkilerine dikkat çekmek istedik.

Olgu: Ankilozan spondilit nedeniyle takip edilen, NSAİD tedavisine rağmen şikayetleri gerilemeyen hastaya golimumab tedavisi başlandı. Tedavinin 3. ayında her iki el ve ayak tabanında palmoplantar psöriyazise gelişen hasta dermatoloji ile konsülte edilerek biyolojik tedavi kesildi ve topikal steroid verildi. Tedavi sonrası cilt bulguları gerileyen hastada etanercept başlandı. Tedavinin 3. haftasında her iki el avuç içi ve ayak tabanında püstüleri psöriyazisi tekrar gelişen hastanın etanercepti kesildi, dermatoloji ile konsülte edilerek hastaya sekukinumab 150 mg/hafta tedavisi başlandı. Hastanın ilk enjeksiyon sonrasında cilt lezyonlarında belirgin azalma saptandı. 5. hafta sonrasında BASDAI skoru 6.1'den 1.8'e geriledi. Cilt lezyonları tama yakın düzeldi (Şekil 1 v e 2 PS-155). Hastanın tedavisi sekukinumab aylık 150 mg subkutan olarak halen devam etmektedir.



Şekil 1 (PS-155): Anti-TNF tedavi sonrası gelişen palmar psöriyazis.



Şekil 2 (PS-155): Sekukinumab tedavisi sonrası lezyonlarda gerileme.

Sonuç: Psöriyazis benzeri deri lezyonlarının oluşması veya var olan psöriyazisin kötüleşmesi psöriyazis tedavisinde de kullanılan tnf · antagonistlerinin yan etkisi olarak gözlenmektedir. Bu paradoksal yan etki anti tnf ilaçların- sınıf etkisi-olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle bu tür yan etki gelişen hastalarda başka bir tnf grubu ilaca geçmektense farklı bir yolak tercih etmek daha uygun görünmektedir.

Anahtar sözcükler: Anti-TNF tedavi, paradoksal psöriyazis, sekukinumab

PS-156

Ankilozan spondilit: Olgu sunumu

Simge Gizem Koyu¹, Naniş Gizem Fener², Meryem Can³

¹Istanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, 6. Sınıf, İstanbul;

²Istanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul; ³Istanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç : Ankilozan spondilit (AS); başlıca aksiyal iskeleti olmak üzere, hem iskelet hem de iskelet dışı sistemik tutulum yapabilen, spondiloartrit (SpA) grubu hastalıkların prototipidir. SpA patogenezi tam olarak aydınlatılmamış olmakla birlikte HLAB27 başta genetik faktörlerin rolü oldukça iyi bilinmektedir. Ankilozan spondilit, kişide ciddi fonksiyonel bozukluklara ve günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılığa sebep olmaktadır. Ankilozan spondilit tanısında gecikme ortalama 8 yıl olmaktadır. Klinik şüphe; radyoloji ve laboratuvar testleriyle desteklendikten sonra tanı konulmalı, uygun tedavi verilerek tedaviye yanıt izlenmelidir. Bu yazıda yeni tanı almış AS'li hastanın olgu sunumu yapılacaktır.

Olgu: 36 yaşında erkek hasta, bel ağrısı ve nefes darlığı şikayetiyle Medipol Üniversitesi Hastanesi Romatoloji polikliniğine başvurdu. Üç yıldır olan bel ağrısının son 1-2 aydır arttığını, ayakbabi giymek gibi günlük işlerini yaparken bile zorlandığını ifade etti. Dizlerinde ve dirseklerinde de ağrı olduğunu ve bu ağrıların özellikle sabahları şiddetlendiğini, bu şikayetlerine bir saat süren sabah tutukluğunun da eşlik ettiğini belirtti. Diğer romatolojik sorgulamasında özellik yoktu. Fizik muayenesinde, lomber omurga hareketleri ağırlı ve kısıtlı ile sakroiliak kompresyon testi pozitif olarak saptandı. Her iki tarafta da FABER-FADIR (+)'liği olan hastada schober testi 0 cm ölçüldü. Laboratuvar tetkiklerinde CRP 10.74 mg/L, sedimentasyon 25mm/saat, HLA B27(+) saptandı. MR görüntülemesinde L3-L4-L5 vertebra korpuslarında ödematöz dejeneratif değişiklikler, bilateral sakroiliak eklemlerde kontür düzensizlikleri, eklem aralığında daralma ve eroziv değişiklikler izlendi. Bu bulgularla ankilozan spondilit tanısı konulan hastaya diklofenak 75 mg 2x1 başlandı ve takibe alındı .

Sonuç: AS'li hastalar klinik olarak, kronik sırt ağrısı, tüm omurda ancak çoğunlukla pelvis ve bel kısmında tutukluk ile gelebilirler. Tanıda iyi bir anamnez ve fizik muayene gereklidir (Genç yaşta başlayan sırt ağrısı, enflamatuvar ağrı özellikleri, aile öyküsü, periferik ve ekstraartiküler bulgular). Klinik bulgular; görüntüleme yöntemleri (sakroileit varlığı) ve laboratuvar ile desteklenmelidir. Tedavide ilk basamakta NSAİİ'ler tercih edilir. Tedavi süresince hastalara düzenli kontrol önerilir.

Anahtar sözcükler: Ankilozan spondilit, HLAB27

PS-157

Nörolojik semptomla prezente olan primer antifosfolipid antikor sendromu

Sevcan Uğur

Balikesir Atatürk Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Balikesir

Amaç: Antifosfolipid antikor sendromu (AFS), tekrarlayan arteriyel ve/veya venöz trombozlar, başka nedenlerle açıklanamayan fetal kayıplar (tekrarlayan abortus ve/veya ölü doğum) ve serumda antifosfolipid antikor (AFA) varlığı ile karakterize bir sendromdur. Venöz tromboz, en sık semptomdur. Arteriyel trombozlar venöz olanlara göre daha azdır, iskemi ve infarktüs belirtileri ile birlikte. Biz bu raporda nörolojik tutulum sonrasında tanı alan AFS'li olguyu sunmayı planladık.

Olgu: Baş dönmesi nedeniyle tetkik edilen yirmi dokuz yaşında kadın hasta romatoloji polikliniğine başvurdu. Şikayetlerinin 10 gün önce başladığı ve baş ağrısı şikayetinin de eşlik ettiği öğrenildi. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Romatolojik sorgusunda fotosensitivite, derin ven trombozu, malar raş, ve intrauterin ex öyküsü, eklem şikayeti, ağız kuruluğu ve göz kuruluğu yoktu. Preeklampsi öyküsü vardı. Muayenesinde hassas ve şiş eklem yoktu. Her iki el dorsal yüzde, her iki bacakta diz proksimalinden ingüinal bölgeye kadar ve sol üst kol lateralinde livedo retikularis görünümü vardı. Hb 11.2 g/dL, trombosit 123×10^3 μ L, lenfosit 2.35×10^3 μ L, anti nükleer antikor, ENA profili, anti nötrofilik stoplazmik antikor, romatoid faktör negatifti. Tam idrar tetkiki ve posterior ve anterior akciğer grafisi normaldi. Kompleman seviyeleri ve direkt coombs testi negatifti. 12 hafta arayla bakılan anti kardiyolipin IgM antikoruna yüksek titre pozitif. Alt ekstremiteden yapılan cilt biyopsisi livedoid vaskülit ile uyumluydu. Beyin MRG de bilateral frontal lobda subkortikal beyaz cevherde hiperintens iskemik gliotik alanlar, her iki kaudat nükleusta ve kapsüla internada laküner enfarkt odakları saptandı. Hasta primer AFS olarak değerlendirildi. Hidroksiklorokin 200 mg/gün tedavisi ve antikoagülan tedavi başlandı.

Sonuç: Livedo retikularis AFA pozitifliğinin akla getirilmesi gereken çok önemli bir klinik bulgudur. Livedo retikularis, inme atakları ve hipertansiyon üçlüsünün günümüzde primer AFS'ye bağlı olduğu düşünülmektedir. Santral sinir sistemi tutulumu ADFS'de önemli klinik tutulumlardandır. Arteriel ve venöz trombotik olaylar, psikiyatrik tutulum ve trombotik olmayan nörolojik sendromlara neden olabilir. Bizim olgumuzda da livedo retikularis, trombositopeni ve nörolojik tutulum vardı. Nörolojik bulgular gösteren genç hastalarda romatolojik hastalıklar ve özellikle de AFS ayırıcı tanıda değerlendirilmelidir.

Anahtar sözcükler: Anti fosfolipid antikor sendromu, livedo retikularis

PS-158

Antifosfolipid sendromlu hastada varfarin tedavisi ile tama yakın açılan yaygın sinüs ve juguler ven trombozu

Ufuk İlgen, Sezin Turan, Hakan Emmungil

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne

Amaç: Dural sinüslerin trombozu sıklıkla altta yatan bir trombofil ile ilişkilidir. Edinsel trombofililerin önemli bir bölümü-

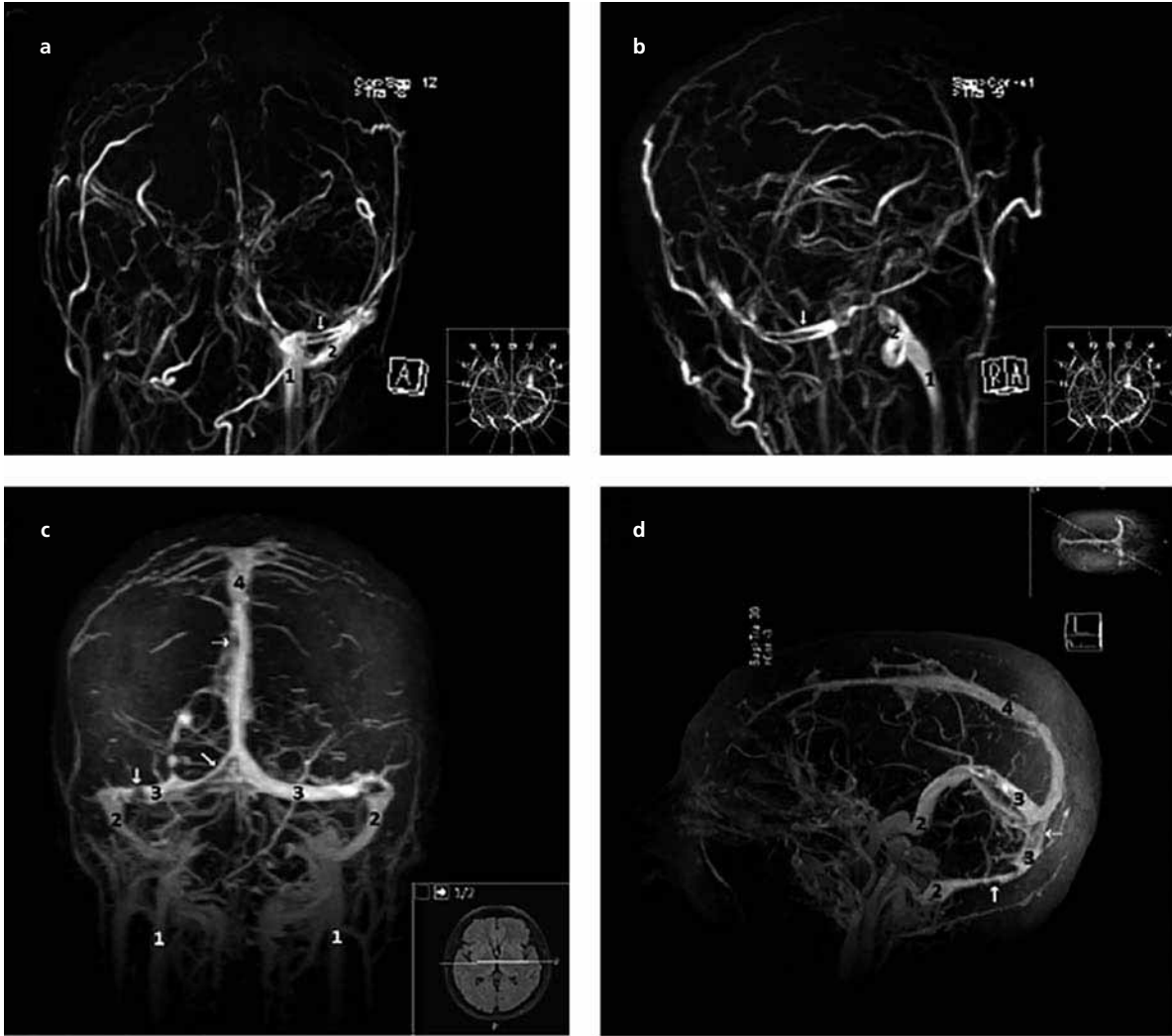
nü oluşturan antifosfolipid sendromu (AFS), dural sinüs trombozu ile prezente olabilmektedir. Esas tedavi olan antikoagülasyon ile hastaların yarısından çoğu sekelsiz ya da minimal sekelli iyileşirken, özellikle venöz enfarkt kötü prognozla ilişkilidir.

Olgu: Bilinen hastalığı olmayan, herhangi bir ilaç kullanmayan, 38 yaşında, kadın; ani gelişen, şiddetli, yaygın baş ağrısı şikayeti ile doktora başvurmuş. Papilödem ve kusması olmamış; kan basıncı, nabızı ve nörolojik muayenesi normalmiş. Kranial bilgisayarlı tomografide intrakranial kanama bulgusu saptanmamış. Kranial manyetik rezonans (MR) venografide superior sagittal, sağ transvers, sağ sigmoid sinüsler ile vena cerebri magna ve sağ internal juguler ven tamamen tromboze; sol transvers sinüs içinde trombüs ve distalinde total tıkanıklık saptanmış (Şekil PS-158a ve b). Heparin tedavisi sonrası hasta kumadinize edilmiş. Sigara içmeyen hastada faktör V Leiden ve protrombin gen mutasyonu saptanmazken, protein C, protein S, antitrombin III düzeyleri normal bulunmuş. Gebelik öyküsü olmayan hastada anti- β 2-glikoprotein IgG (87.2 SMU) ve antikardiyolipin IgG (32.5 SMU) pozitif saptanmış. Bağ dokusu hastalığı kli-

nik bulgusu olmayan hastanın antinükleer antikoru 3+ (nükleoler) bulundu ancak ENA profilinde otoantikör saptanmadı. Hafif C4 hipokomplementemisi mevcutken tam kan sayımı, tam idrar tetkiki, serum biyokimyası ve akciğer grafisi normaldi. Beş ay sonraki tetkiklerinde yüksek titrede anti- β 2-glikoprotein IgG (85.6 SMU) sebat ederken lupus antikoagülünün da pozitifleştiği tespit edildi ve hastaya AFS tanısı koyuldu. Kumadine devam edildi, tedavisine hidrosiklorokin eklendi. Kontrol MR venografide tromboze sinüsler ve sağ internal juguler venin tama yakın rekanalize görüldü (Şekil PS-158c ve d).

Sonuç: Sinüs trombozlu hastaların bir kısmında antikoagülasyon tedavi sonrası kronik tromboz sebat edebilmekte, arteriovenöz fistüller ve artmış kafa içi basınçla komplike olabilmektedir. Sunulan olguda olduğu gibi internal juguler veni de içeren yaygın tromboz sonrası tama yakın rekanalizasyonun nadir olduğu düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler: Sinüs ven trombozu, antifosfolipid sendromu, varfarin



Şekil (PS-158): Kranial MR venografi görüntüleri. (a, b) Tedavi öncesi, (c, d) tedavi sonrası kontrol.

PS-159

Endovasküler plak uygulaması ile tedavi edilen dev pulmoner arter anevrizmalı Behçet hastalığı olgusu

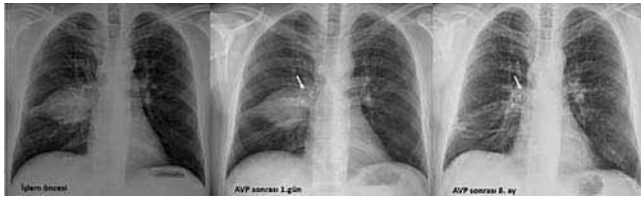
Nilüfer Alpay Kanitez¹, Feyyaz Baltacıoğlu², Cemal Bes¹, Ozan Cemal İçaçan¹, Selda Çelik¹, Bedrettin Yıldızeli²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul; ²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Pulmoner arter anevrizması (PAA), Behçet hastalığı (BH)'da medikal tedaviye rağmen hayatı tehdit eden hemoptiziye yol açabilir. Böyle durumlarda kanamanın kontrolü için kemoembolizasyon hatta lobektomi ya da pnömonektomiye varan cerrahi girişimler yapılabilir. Cerrahi girişimlerde mortalite ve morbidite oranları önemli bir sorundur. Bu yazıda, Amplatzer™ vasküler plak (AVP) ile başarılı bir şekilde kanama kontrolü sağlanan PAA'lı bir BH olgusu sunulmuştur.

Olgu: 34 yaşında BH olan erkek hasta, masif hemoptizi ile kliniğimize acil servisine başvurdu. Hikayesinde tekrarlayan oral aftı ve genital ülseri olduğu öğrenildi. İlk defa kliniğimizde hemoptizi ile 2016 yılında başvurduğunda, sağ pulmoner arter segmentar dalında distali tromboze pulmoner arter anevrizması saptanarak BH tanısı konulmuş ve metilprednizolon (MP) ile siklofosamid (SF) pulse (15 mg/kg) tedavisi başlanmıştı. Ancak hasta 5. doz SF sonrası yakınmaları gerilediği gerekçesi ile tedavisine devam etmemişti. Üç ay sonra tekrar hemoptizi ile (150 cc/gün) başvurduğunda MP ve SF pulse tedavisi yeniden başlanmış ve iyileşme sağlanmıştı. SF tedavisi toplam 9 gr'a tamamlandıktan sonra 2.5 mg/kg/gün dozunda azatioprin (AZA) tedavisi almaktaydı. İlaçlarını 2 ay öncesinde kendi isteğiyle kestiğini ifade eden hasta bu kez acil polikliniğimize masif hemoptizi ile başvurdu. Fizik muayenesinde, soluk, taşikardik ve taşikardikti. Hemodinamik göstergeleri stabil saptandı. Laboratuvar incelemelerinde patolojik olarak yüksek akut faz tespit edildi (ESH: 57 mm/h, CRP: 6.2 mg/dl). MP 1 gr dozda pulse tedavisi başlandı ve SF pulse uygulandı ancak hemoptizi devam etti. Hemoglobini düştü ve toplam 4 ünite eritrosit transfüzyonu yapıldı. Masif hemoptizisi devam eden hastaya tedavinin 6. gününde AVP ile embolizasyon işlemi uygulandı. İşlem sonrası hemoptizi ve sonrasında anevrizma dramatik şekilde geriledi (Şekil PS-159). Üç kür daha SF pulse ve sonrasında 2.5 mg/kg/gün AZA verildi. Bu tedavinin 8. ayında hastanın takibi sorunsuz ilerlemektedir.

Sonuç: Endovasküler plak uygulamaları, arter yaralanmalarında noninvaziv başarılı bir tedavi yöntemidir. Mekanik bir stabilizatör damar içerisine yerleştirilir. AVP böyle bir tedavi yöntemidir. Kemoembolizasyon uygulamasının PAA büyüklüğü nedeniyle mümkün olmadığı hastamızda, AVP başarılı bir şekilde uygulanmış ve minimum doku kaybı ile hastalık kontrol altına



Şekil (PS-159): Amplatzer™ vasküler plak (AVP) ile pulmoner arter anevrizması (PAA) embolizasyon işleminde akciğer grafileri. Tama yakın gerilediği görülen PAA, ilk resimde sağda 6 cm çapa varan opasite olarak izleniyor. Ok işaretleri AVP'ı gösteriyor.

alınmıştır. Böylece BH'da ilk defa uygulanmış olan AVP, seçilmiş vakalarda ümit verici bir tedavi yöntemi olabilir.

Anahtar sözcükler: Endovasküler plak, pulmoner arter anevrizması, Behçet hastalığı

PS-160

Behçet hastalığı ve ankilozan spondilitli hastada sekukinumab sonrası gelişen gastrointestinal kanama

Erdal Bodakçı, Döndü Üsküdar Cansu, Cengiz Korkmaz

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

Amaç: Sekukinumab, IL-17A inhibitörü olup ankilozan spondilit (AS), psöriyatik artrit ve plak psöriyaziste etkili yeni bir biyolojik ajandır. Bu yazıda AS ve Behçet hastalığı (BH) ile izlenirken aksiyel tutulum nedeniyle sekukinumab başlanan ve ardından gastrointestinal sistem (GİS) kanama ile başvuran bir hasta sunularak sekukinumabın nadir bir paradoksal yan etkisi olan inflamatuvar barsak hastalığı riskine dikkat çekilmek istenmiştir.

Olgu: 40 yaşında erkek hasta 2004'te AS, 2 yıl sonra yılda 5 defa olan oral aft, üveit ve osteofolliküler lezyonları nedeniyle BH tanısı konuldu. AS için 2012 yılında adalimumab başlandı. Bu tedavi altında aftları, artrit ve sabah tutuklukları hiç olmayan hasta ortalama 6 yıl mevcut tedavi ile takip edildi. Bu tedavi altında sol dizde tekrarlayan effüzyonların olması, sol ayak bileğinde artrit ve sabah tutukluğunun artması nedeniyle sekukinumab 150 mg/hafta tedavisine geçildi. 3. dozdan 2 gün sonra ani başlayan rektal kanama nedeniyle acil servisimize başvurdu. GİS kanama (Hb:8 gr/dl, 2 Ü ES verildi) nedeniyle yapılan endoskopide mide ve duodenum normal, kolonoskopide terminal ileumda 3 adet derin yarım yay şeklinde aftöz ülserler ve rektum distalinde 5 adet aftöz ülser saptandı. Asetilsalisilik asit ve indometazin kullanımı da vardı. Terminal ileumdan alınan biyopside aktif ileitis ve orta derecede inflamasyon saptanırken, rektumdan alınan biyopside hafif kolit saptandı. TNF α kullanımından dolayı olası tüberküloz (TBC) açısından biyopside basil veya granülomatöz inflamasyon görülmedi, TBC PCR ve Quantiferon negatif saptandı. Biyopside Crohn veya ülseratif kolit için spesifik bir histoloji yoktu. Gaitada bakılan kalprotektin düzeyi <50 mg/kg (<70 negatif) normal, MR enterografisinde İBH bulgusuna rastlanmadı. Hastaya ilaç ilişkili İBH veya enterobehçet aktivasyonu açısından azatiopürin ve 1 mg/kg/gün steroid başlandı.

Sonuç: Hastamızın son günlerde oral aftları, osteofolliküler lezyonları, GİS kanaması esnasında akut fazın yüksek olması ve kolonoskopide aftöz derin ülserlerin olması nedeniyle enterobehçet olabileceği düşünülse de sekukinumabtan sonra ortaya çıkması sekukinumab ilişkili İBH veya sekukinumab ilişkili BH aktivasyonunu düşündürdü. Sekukinumabın İBH olan hastalarda aktivasyona sebep olduğu ve nadir de olsa de novo İBH ortaya çıkardığı bilinmektedir. AS ve Behçet birlikteliği olan hastalarda zemindeki olası barsak inflamasyonunun aktivasyon riski açısından sekukinumab daha dikkatli başlanmalı veya verilmemelidir.

Anahtar sözcükler: Sekukinumab, ankilozan spondilit, Behçet hastalığı

PS-161

Behçet hastalığı tanısıyla takip edilen bir olguda metakarpofalangial eklemlerde eroziv artrit

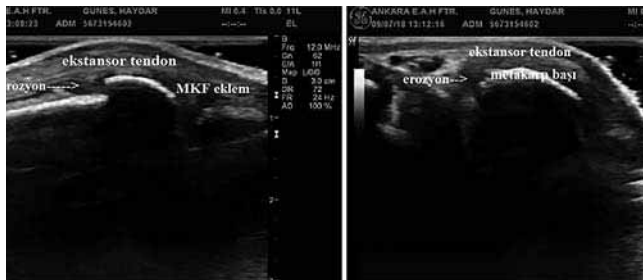
Cevriye Mülkoğlu¹, F. Figen Ayhan²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Amaç: Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara; ²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi FTR Kliniği, Romatoloji Ünitesi, Ankara

Behçet hastalığı (BH) tekrarlayan oral ve genital aftöz ülserler, hipopiyonlu üveit, cilt ve eklem bulguları ile seyreden, sistemik tutulum (sinir sistemi, gastrointestinal sistem vb.) yapabilen vaskülitik bir hastalıktır. Alevlenmeler ve remisyonlarla seyreden BH'da genç erkeklerde prognoz daha kötü seyreder. BH'da olguların yaklaşık yarısında kas-iskelet sistemi tutulumu vardır, BH genellikle non-eroziv artrit yapmakla birlikte nadiren eroziv artrite de rastlanmaktadır. Sıklıkla monoartrit şeklinde karşımıza çıkmakla birlikte oligo/poliartiküler de olabilir. BH'da en sık tutulan eklemler sırasıyla diz, ayak bileği, dirsek, el bileği, el ve ayak küçük eklemleridir. Artrit atakları genellikle 2-4 hafta içinde eklemlerde hasar bırakmadan iyileşir. Omuz ve kalça nadiren tutulur. Biz bu yazıda BH tanısı ile takip edilen bir olgunun sağ el 2.metakarpofalangial (MKF) ekleminde gelişen eroziv artrit görüntüleme bulgularıyla birlikte sunmak istedik.

Olgu: 60 yaşında erkek hasta (HG) polikliniğimize sağ elindeki şişlik ve ağrı şikayetiyle başvurdu. Hastanın 33 yıldır BH tanısı mevcuttu. 30 yıl önce sağ dizinde şişlik olmuş ve aspire edildikten sonra iyileşmişti. 20 yıl önce de sol ayak bileğinde şişlik olmuş ve on gün içinde kendiliğinden düzelmişti. Yaklaşık 2 yıl süreyle kolşisin kullanmış fakat yan etkiler nedeniyle ilaç kesilmişti. 10 yıldır kolşisin veya başka bir ilaç kullanmıyordu. Şu anda 1 aydır sağ el 2. parmağında şişlik ve ağrısı olan hasta elini kullanmakta zorluk çektiğini ifade ediyordu. Hastanın oral veya genital aftı yoktu. Göz muayenesinde üveit saptanmadı. Lökomotor sistem muayenesinde 2. MKF eklemlerde şişlik ve palpasyonla hassasiyet mevcuttu. Hastanın kan tetkiklerinde sedimentasyon: 9 mm/saat, CRP: 8.5 mg/litre. RF negatifti. Diğer kan tetkikleri normal sınırlardaydı. Hastanın mukayeseli el grafisinde sağ el 2. metakarp başında, eklem yüzünün lateralinde erozyon tespit edildi. GE Logic 5 ultrasonografi cihazı ile değerlendirdiğimizde ise erozyona ait "step down kontur defekti" gözlemlendi (Şekil PS-161).

Sonuç: Behçet hastalığı, lökomotor sistemi tutabilen, oral-genital aftlar, cilt ve göz bulguları ile seyreden sistemik bir vaskülitir. BH genellikle eroziv olmayan artrite sebep olur, fakat nadir de olsa eroziv artrit yapabilir. Sıklıkla diz, ayak bileği, dirsek eklemi et-



Şekil (PS-161): Longitudinal ve aksiyel ultrasonografik görüntüleme MKF eklemlerdeki erozyon.

kilenmesine rağmen bizim hastamızda olduğu gibi elin küçük eklemleri de tutulabilir. Kas iskelet ultrasonografisi eroziv artrit değerlendirilmede yardımcı bir görüntüleme yöntemidir.

Anahtar sözcükler: Behçet hastalığı, eroziv artrit, ultrasonografi

PS-162

Behçet hastalığında pulmoner arter anevrizması ve intrakardiyak trombüs: Olgu sunumu

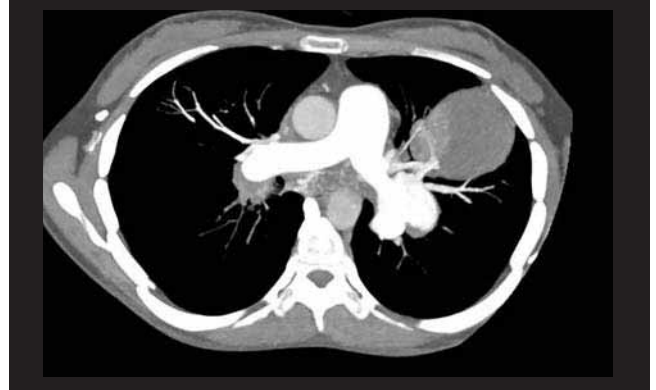
Murat Karabacak¹, Zeynep Ertürk¹, Ümmügülsüm Gazel¹, Sema Kaymaz Tahra¹, Aysun Aksoy¹, Cem Armağan Turan², Fatma Bolat², Yasemin Yalçınkaya¹, Fatma Alibaz Öner¹, Güzide Nevsun İnanç¹, Mehmet Pamir Atagündüz¹, Rafi Haner Direskeneli¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul;

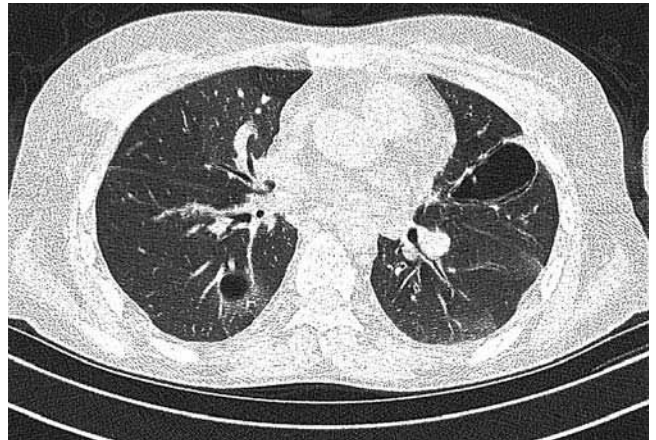
²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Behçet Hastalığı ilişkili pulmoner arter anevrizması nadiren diğer bulgulardan önce ortaya çıkabilir. Son yıllarda dirençli olgularda biyolojik ajanlar başarılı sonuçlar vermektedir.

Olgu: 18 yaşındaki kadın hasta Kasım 2017'de nefes darlığı, göğüs ağrısı ve hemoptizi sebebi ile başvurduğu bir dış merkezde bilateral ana pulmoner arterde trombüs olması sebebi ile antikoagülan tedavi altında izlenmiş. Yapılan ekokardiyografisinde sağ atriyumdan inferior vena cavaya uzanan 2.1x2.3 cm trombüs tespit edil-



Şekil 1 (PS-162): Pulmoner arter anevrizması.



Şekil 2 (PS-162): Tedavi sonrası.

miş. Şubat 2018’de genital ülser gelişen hastanın ülserinden biyopsi yapılmış ve sonrasında kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyon tanısı ile sildenafil başlanmış. Çekilen PET CT’inde sol akciğerde 4.5 cm kitle tespit edilen hastada pulmoner arter anevrizması saptanması üzerine Mart 2018’de tarafımıza yönlendirildi. Hastanın sorgulamasında Kasım 2017’den itibaren oral aftları ve genital ülserleri olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde hasta takipneikti ve solunum sesleri azalmıştı. 6 L/dakika oksijen ihtiyacı vardı. Üveit ve derin ven trombozu saptanmadı. CRP: 74 mg/L saptandı. Bilgisayarlı tomografide (BT) her iki pulmoner arter hilus düzeyinde trombüs ve anevrizmalar ile sol akciğerde 6x3.5 cm pulmoner arter anevrizması tespit edildi (Şekil 1 PS-162). Ekokardiyografide ise sağ atriyumda 21x16 mm mobil trombüs gözlemlendi ve sistolik pulmoner arter basıncı 55 mm Hg olarak ölçüldü. Hastaya Behçet hastalığına bağlı pulmoner tutulum nedeni ile 3 kez 1 gr/g metilprednizolon ve 3 kür 500/g siklofosfamid uygulandı. Hastanın takibinde pulmoner trombüsle ilişkili olduğu düşünülen kaviteler ve yer değiştiren infiltrasyonlar gözlemlendi. Kaviteler sebebi ile 2 defa pnömotoraks oluştu ve tüp torakostomi uygulandı. 1 mg/kg prednizolon devam edildi. Sol akciğerdeki büyük pulmoner arter anevrizmasına intra-arteryal coil kondu. Oksijen ihtiyacı devam eden hastaya Haziran 2018’de infliksimab başlandı. İlk kürden sonra oksijensiz mobilize olmaya başlayan hasta eksterne edildi. Temmuz 2018’de akut fazının negatif olduğu ve istirahat halinde oksijen ihtiyacının olmadığı gözlemlendi. Yeni Toraks BT’inde coil yapılan anevrizmasının boyutu 3.5x3 cm olarak tespit edildi. Kavitelerinde küçülme vardı ancak intrakardiyak trombüsü sebat etmekteydi. İnfliksimab tedavisinin devamı planlandı.

Sonuç: Genç hastalarda pulmoner trombüs ve intra-kardiyak kitle birlikteliği Behçet hastalığında sık görülmektedir. Ancak pulmoner trombüs etyolojisinde genç hastalarda hala Behçet tanısı gecikmektedir.

Anahtar sözcükler: Behçet, pulmoner arter anevrizması

PS-163

Behçet hastalığı ve oftalmoplejik migren birlikteliği: Olgu sunumu

Özlem Kudaş, Hamit Küçük

Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Erzurum

Amaç: Behçet Hastalığı (BH); pek çok sistemi tutabilen, ataklarla seyreden kronik bir hastalıktır. Nörolojik tutulum en sık beyin sapı, venöz sinüs trombozu ve izole baş ağrısı gibi klinik tablolar şeklinde görülür.

Amaç: Oftalmoplejik migren (OM) baş ağrısı atakları ve oftalmoplejiyle karakterize, nadir rastlanılan bir patolojidir. Oftalmopleji; 3., 4. ya da 6. kranial sinirin paralizisine bağlı ortaya çıkar. Ataklar bazen birkaç saat, bazen de birkaç hafta sürebilir ve uygun tedaviyle düzeler, bazı olgularda kalıcı sorunlar görülebilir. Erişkin yaşta atak oldukça nadir bildirilen bir durumdur. Bu yazıda, BH tanısı olan, tekrarlayan baş ağrısı ve pitozis nedeniyle Nöro-Behçet sendromu (NBS) tanısı konularak immünsüpresif tedavi başlanan ancak tedaviden yarar görmeyen; OM tanısı ve tedavi sonrası şikayetleri gerileyen olgu sunuldu.

Olgu: 35 yaş kadın hasta, sağ göz kapağında düşme, tekrarlayıcı baş ağrısı şikayetiyle başvurdu. 5 yıl önce dış merkezde tekrarlayan oral aft-eritema nodozum-cilt lezyonları nedeniyle BH tanısı konularak



Şekil (PS-163): (a) Hastanın tekrarlayan migren atakları sonucu pitozis ve tedavi sonrası klinik yanıt (b) görülüyor.

takip edilen hastaya NBS tanısıyla azatiopürin, metilprednisolon tedavisi başlanmış. Tedaviden yarar görmeyen, yakınmaları devam eden hasta ileri tetkik için romatoloji servisine yatırıldı. Fizik muayenesinde; sağ gözde pitozis vardı (Şekil PS-163a), göz hareketleri normaldi. Diğer sistem sorgusu ve muayene bulguları normaldi. Tetkiklerinde (Rutin, sedimantasyon, CRP, akciğer grafisi, EKG, EKO, tam idrar tetkiki) patolojik bulgu tespit edilmedi. ANA-dsDNA-ENA negatifti. Kranial MR-MR anjiyografi-venografi, göz muayenesi-orbita MR’ı-BOS inceleme normaldi. Miyastenia gravis ön tanısıyla yapılan EMG’ si normal, oküler buz testi ve asetilkolin reseptör antikoları, anti-MuSK antikoru negatifti. Toraks-batın BT ve boyun USG normaldi. Anamnezi derinleştirildiğinde 15 yaşından beri 3-4 ayda bir tekrarlayan ve 4-5 gün devam eden tek taraflı baş ağrısı olduğu öğrenildi. Baş ağrısını takiben sağ göz kapağında düşme oluyor, şikayetleri 1 haftada kendiliğinden düzeliyor. Hastaya OM tanısı konuldu. Tedavisi düzenlenerek taburcu edildi. 3 ay sonraki kontrolünde atak esnasında ağrının şiddetinde ve süresinde azalma olduğu öğrenildi (Şekil PS-163b).

Sonuç: Baş ağrısı BH’da en sık görülen nörolojik semptomdur. Baş ağrısına eşlik eden okülomotor sinir felciyle başvuran Behçet hastasında ayırıcı tanıya yönelik ayrıntılı incelemeler yapılmalıdır. Nadir görülse de klinik ve radyolojik dışlamalar yapıldıktan sonra ayırıcı tanıda OM de akılda tutulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Behçet hastalığı, oftalmoplejik migren

PS-164

Large granüler lenfositik lösemi ve bağ doku hastalığı birlikteliği: Olgu sunumu

Şule Ketenci Ertaş, Alper Yıldırım, Özlem Şen, Abdurrahman Soner Şenel

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

Amaç: Large granüler lenfositik (LGL) lösemi, periferik kan ve kemik iliğinin belirli bir alt grup lenfositlerce infiltrasyonu, splenomegali ve sitopeniler ile karakterize malign klonal bir hastalık-

tır. Romatoid artrit gibi klinik bulgular ile romatoid faktör ve antinükleer antikor pozitifliği saptanabilir.

Olgu: 32 yaşında erkek hasta; 2008 yılında lökositöz nedeniyle hematolojiye başvurmuş kemik iliği biyopsisi normosellüler olarak raporlanmış ancak hasta takiplere gitmemiş. Mayıs 2017'de hastane başvurusunda beyaz küre $23 \times 10^9/\mu\text{L}$ olması üzerine yapılan periferik yaymada atipik lenfomonositoz gözlenmiş. Periferik flow: 'T-LGL (T hücreli large granüler lenfositik) lösemi ile uyumlu, CD7 ekspresyon kaybı, cd4/cd8 oranı: 6/91 'şeklinde raporlanmış. JAK-2 negatif olarak gelmiş. Hasta ilaçsız takibe alınmış. T-LGL lösemi ve romatolojik hastalıkların sık birlikteliği nedeniyle hasta tarafımıza konsülte edilmiş. Hastanın sorgulamasında başka bilinen hastalığı yoktu. Uzun yıllardır eklem ağrısı olduğunu; ayaklar ve ellerde ağrısının yoğunlaştığını belirtti. Mekanik bel ağrısı mevcuttu. Sabah tutukluğu yoktu. Ağız-göz kuruluğu, halsizlik, yorgunluk mevcuttu. Fizik muayenede özellik yoktu. Laboratuvar sonuçlarında beyaz küre: $21.2 \times 10^3/\mu\text{L}$, lenfosit: $13.6 \times 10^3/\mu\text{L}$, hb: 14.5 g/dl, plt: $367 \times 10^3/\mu\text{L}$, RF: (-), anti-CCP: (-), ANA: 1/1000 granüler homojen, anti-Sm (+), anti-Sm/RNP: (+) kompleman değerleri üst sınırdan tespit edildi. CRP: 13 ve eklem ağrıları da olan hastanın direkt grafilerinde özellik yoktu. Hasta bağ doku hastalığı olarak değerlendirildi ve tedavisi hidroklorokin ve düşük doz prednizolon olarak planlandı.

Sonuç: Large granüler lenfositlerden kaynaklanan LGL lösemi (LGL-L) nadir görülen bir lösemi türüdür. T-LGL lösemi tüm LGL-L olgularının %80-85'ini oluşturur. Sebebi bilinmemektedir. Matür post-timik T hücrelerinden köken aldığı düşünülmektedir. Çoğu hastada yavaş klinik gidiş vardır ve ortalama yaş-

şam süresi 10 yılın üzerinde olduğundan, tanı anında tüm hastalarda tedavi endikasyonu yoktur. Tedavinin amacı semptomları en aza indirmektir. İmmünespresif tedavi semptomatik hastalarda başlangıç tedavisinin temel taşıdır. En olumlu sonuçlar düşük doz metotreksat, siklosporin veya siklofosfamidin tek ajan veya prednisolon ile beraber kullanıldığında alınır. Bağ doku hastalıklarında hematolojik tutulum sık gözlenmektedir. Ayrıca primer hematolojik hastalıklar ile romatizmal hastalıkların eş zamanlı da görülebileceği akıldan tutulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Lösemi, T-LGL lösemi, bağ doku hastalığı

PS-165

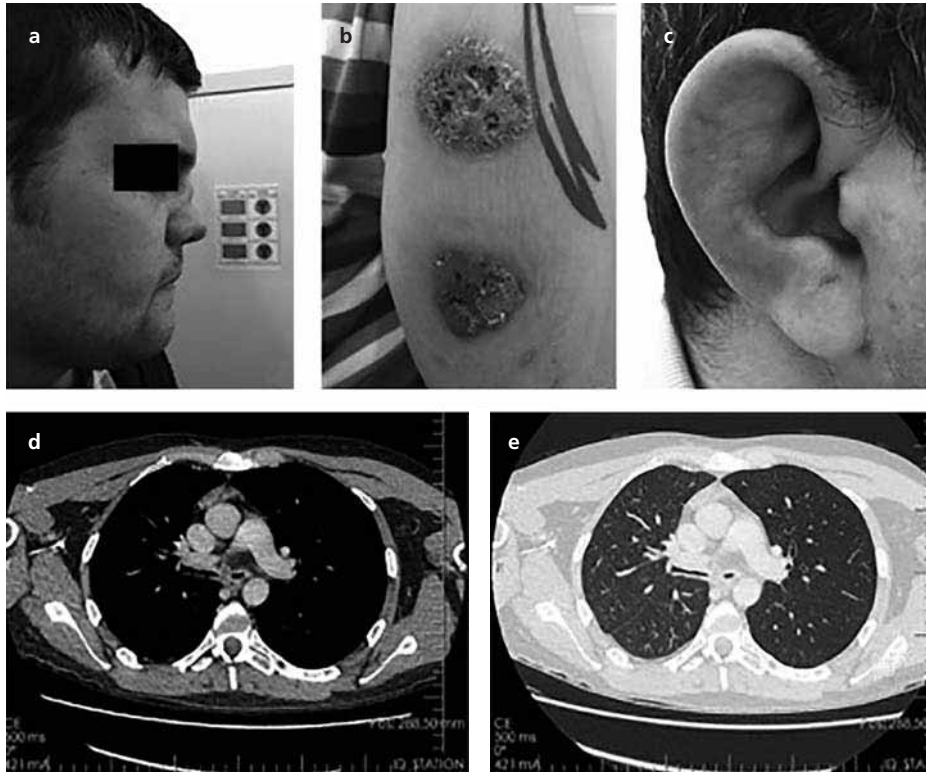
Tekrarlayan polikondrit: Cilt, akciğer, kulak ve göz tutulumu

Seda Çolak, Emre Tekgöz, Muhammet Çınar, Sedat Yılmaz

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

Amaç: Tekrarlayan polikondrit (RP), kırıkdağ içeren veya proteoglikandan zengin dokuların inflamasyonu ile seyreden nadir görülen bir hastalıktır. Bu vaka serisinde cilt, akciğer ve kulak tutulumu olan üç farklı olguyu sunarak klinisyenlere bu hastalığı hatırlatmayı amaçladık ve klinik deneyimimizi sunduk.

Olgu 1: 26 yaşında erkek hasta, ekstremitelerinde yaklaşık 5 yıldır giderek artan skatrisyel, ağrısız lezyonları sebebi ile başvurdu. Muayenesinde eyer burun deformitesi saptandı. Hastanın sifiliz, vaskülit, granülmatöz ve diğer enfeksiyöz hastalıklar



Şekil (PS-165): (a) Eyer burun deformitesi. (b) Pyoderma gangrenosum. (c) Kulak kepçesinde kondrit. (d, e) Akciğer tomografi incelemesinde sol ana bronşta daha belirgin olmak üzere her iki bronşta kalınlık artışı ve lümende daralma.

açısından yapılan incelemelerinde patolojik bir bulgu saptanmadı (Şekil PS-165a ve b). Madde kullanımı yoktu. Burun kıvrıkdak dokusu kalmamasından dolayı burun kıvrıkağundan biyopsi yapılamadı. Cilt lezyonlarından alınan biyopsisinde RP'nin cilt tutulumunu destekleyen subepitelyal yaygın nötrofilik infiltrasyon ve granülasyon dokusu saptandı. RP tanısı ile hastaya glukokortikoid ve siklosporin tedavisi verildi.

Olgu 2: 42 yaşında erkek hasta, yaklaşık 3 ay önce başlayan sağ kulağında şişlik ve her iki gözde ağrının eşlik ettiği kızarıklık ve batma yakınmalarından dolayı başvurdu. Muayenesinde sağ kulakta şişlik ve hassasiyeti olan hastanın, göz değerlendirmesinde episklerit saptandı (Şekil PS-165c). Romatolojik sistem sorgulamasında başka bir bulguya rastlanılmadı. RP tanısı ile glukokortikoid ve metotreksat tedavisi verildi.

Olgu 3: 26 yaşında erkek hasta, yaklaşık 3 yıl önce başlayan dispne yakınmaları sebebi ile çekilen akciğer tomografi incelemesinde sol ana bronşta daha belirgin olmak üzere her iki bronşta kalınlık artışı ve lümeninde daralma saptandı (Şekil PS-165d ve e). Vaskülit ve enfeksiyöz nedenler açısından yapılan incelemelerde patolojik bir bulguya rastlanılmadı. Dispne yakınması artan ve trakeal biyopsisinde polikondrit saptanan hastaya RP tanısı ile trakeostomi açıldı. Glukokortikoid ve siklofosamid indüksiyon tedavisi sonrasında, azatioprin idame tedavisi verildi.

Sonuç: RP, kıvrıkdak içeren veya proteoglikandan zengin dokularda inflamasyona ve sonrasında gelişen hasara bağlı morbidite oluşturan nadir görülen inflamatuvar otoimmün bir hastalıktır. En sık tutulum yeri kulak kepçesidir. Trakea tutulumu, akut solunum kollapsı ve tekrarlayan inflamasyonlara sekonder gelişen fibrozisten ötürü mortalitesi ve morbiditesi en fazla olan tutulum şeklidir. Bu olgularda da görüldüğü gibi RP'nin tedavisi organ tutulumuna ve ciddiyetine göre belirlenir. Genellikle glukokortikoidler ve immunsüpresif ilaçlardan yararlanılır.

Anahtar sözcükler: Eğer burun, episiklerit, relapsing polikondrit

PS-166

Erişkin dermatomyozit hastasında yaygın kalsinozis

Gözde Emine Aydemir Gülöksüz, Bahar Ayşe Keleşoğlu Dinçer, Serdar Sezer, Murat Torgutalp, Enes Müçteba Yayla, Emine Yurteri, Ercan İlyas Okatan

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

Amaç: Dermatomyozit (DM) ve Polimiyozi (PM), proksimal kas güçsüzlüğü ve kas inflamasyonuna ait ortak bulgular ile karakterize idiopatik inflamatuvar miyopatilerdir (1). DM, PM'den farklı olarak, karakteristik cilt bulguları ile ilişkilidir. Cilt ve cilt altı dokuda kalsiyum birikimi ile seyreden kalsinozis kutis, sıklıkla juvenil DM'de görülen ve glukokortikoid ve/veya immunsüpresif tedavideki gecikme ile ilişkili bir durumdur. Bu çalışmada, yaygın kalsinozis kutis ile seyreden bir erişkin DM olgusu prezente edilmektedir.

Olgu: 49 yaşında kadın hasta, 1995 yılından bu yana DM tanısı ile izleniyor. Kombine kortikosteroid ve metotreksat tedavisi ile kas tutulumuna ait bulguları kontrol altında olan hasta son 6 aydır hızla artış gösteren, cilt altında ele gelen sertlikler nedeni ile polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde; kas gücü her iki



Şekil 1 (PS-166): Direk grafide kalça ve uylukta yaygın kalsinozis kutis görünümü.

üst ve alt ekstremitelerde 5/5 olmakla birlikte göğüs duvarı, aksiller alanlar, kollar, kalçalar ve uyluklarda, 10–30 mm arasında değişen büyüklükte, multiple, sert nodüler oluşumlar dikkati çekti. Bu oluşumlara yönelik olarak yapılan ultrason incelemesinde, kemik yapılarında yoğun kalsifik osteofit formasyonları ve yumuşak dokuda yaygın kalsifikasyonlar dikkati çekti. Çekilen direk grafilerinde yaygın cilt-cilt altı kalsifikasyonlar görüldü (Şekil 1 ve 2 PS-166). Yoğun kalsinozis gelişimi bulunan hastanın almakta olduğu immunsüpresif tedavi artırıldı ve ağrı palyasyonu sağlandı.

Sonuç: DM'in erişkinde nadir görülen cilt bulgularından biri olan kalsinozis kutis; şiddetli ağrı, deri ülserleri ve eklem kontraktürleri gibi ciddi komorbid durumların gelişimine neden olabilir. Kalsinozis kutis gelişimi için; gecikmiş tedavi ve ciddi hastalık durumu bilinen risk faktörleridir. Yetersiz ve/veya düşük etkinlikte-



Şekil 2 (PS-166): Direk grafide göğüs duvarında yaygın kalsinozis kutis görünümü.

ki tedaviler de kalsinozis oluşumunun prediktörleri arasında gösterilmektedir. Bazı çalışmalarda erken ve agresif tedavinin kalsinozis insidansını azalttığı gösterilmiştir (3,4). Tedavisinde; ekstremiteelerde kan akımını arttırmaya yönelik öneriler; travmadan koruma, sigaranın bırakılması, emosyonel stres ve soğuga maruziyetten kaçınma gibi yaşam tarzı değişiklikleri bulunmaktadır. Küçük lezyonların varfarin, seftriakson ve intravenöz immunglobulin tedavilerine yanıt verdiğini gösteren veriler mevcuttur. Cerrahi eksizyonun yanı sıra bisfosfonatlar, diltiazem ve probe nesid gibi ajanlar büyük lezyonlar için kullanılabilir.

Anahtar sözcükler: Dermatomiyozit, kalsinozis kutis

PS-167

Erişkin başlangıçlı Still hastalığı olan bir hastada HIV enfeksiyonu

Şenol Kobak

Istinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Liv Hospital, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı (EBSH), ateş yüksekliği, eklem tutuluşu, deri lezyonları ve iç organ tutuluşu ile seyreden bir kronik inflamatuvar hastalıktır. Bu bildiride, EBSH nedeniyle orta doz kortikosteroid alan hastada, HIV enfeksiyonu ve Pnömosistis jiroveki pnömoni gelişmesini rapor ettik.

Olgu: 31 yaşında erkek, 4 aydan beri devam eden ateş yüksekliği nedeniyle hospitalize edildi. Sorgulamasında ateş yüksekliği ile beraber, artralji ve deri döküntüleri yanısıra, diz eklemlerde ağrı ve şişlik olduğunu tarif ediyor. Yapılan fizik muayenesinde her iki diz eklemlerde hafif şişlik, hassasiyet ve hareket kısıtlılığı, el bilek, MKF, PİF eklemlerde hassasiyet saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde hemogramda kronik hastalık anemisi, lökositoz ve trombositoz, serum ferritin (3434 ng/mL) yüksekliği saptandı. ESH: 44 mm/h, CRP: 34 mg/dl olarak bulundu. RF, ANA, ANCA, ENA profil, anti-CCP negatif idi. Viral seroloji (HBV, HCV, CMV, EBV), Quantiferon-Tb, brucella, toxoplasma negatif olarak saptandı. Çekilen akciğer grafi ve batın USG normal idi. Yamaguchi kriterlerine göre, hastaya EBSH tanısı konuldu ve orta doz kortikosteroid başlandı. Tedavinin 3. gününde hastanın ateşi kontrol altına alındı, lokomotor sistem şikayetleri geriledi. Bir ay sonra kontrole geldiğinde şikayetleri tamamen gerilemiş, laboratuvar parametreler normale geldiğini gözlemlendi, kortikosteroid dozu 16 mg/gün düşürüldü. Bu kontrolden 1ay sonra, yüksek ateş, öksürük, nefes darlığı, yaygın artralji ve halsizlik şikayetleri ile başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde TA90/60mm, nabız 120/dak, taşipneik, akciğer auskültasyonda bilateral yaygın raller saptandı. Toraks BT'de her iki akciğer diffüz buzlu cam alanları, görünüm öncelikle pnömosistis jiroveki pnömoni desteklemektedir. Göğüs hastalıkları ile görüşüldü, genel durumu bozukluğu nedeniyle bronkoscopi önerilmedi, Baktrim başlanması önerildi. KS tedavisi altında iken, PCJ pnömonisi gelişen olguda, olası bir AIDS açısından istenilen anti-HIV1/2 ve Western blot testi pozitif geldi. Bunun üzerine anamnezi derinleştirilen olgunun homoseksüel ilişki yaşadığı öğrenildi. Bactrim tedavi sonrası genel durumu düzelen olgu, enfeksiyon kontrol altına alındıktan sonra, HIV açısından anti-replikatif tedavinin yapılması planlandı.

Sonuç: Still hastalığı ile HIV enfeksiyonu birlikteliği, nadir görülen bir antitedir. İmmunosupresif tedavi başlanacak tüm romatolojik hastalarda HIV enfeksiyonu bakılması gereklidir.

Anahtar sözcükler: Still hastalığı, HIV enfeksiyonu, pnömosistis jiroveki pnömoni

PS-168

Sarkoidoz ve gebelik: Bir olgu sunumu

Şenol Kobak

Istinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Liv Hospital, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Literatürde, gebelik ve sarkoidoz hakkında veriler çelişkilidir. Genelde sarkoidozlu kadınların doğurganlıkta bir düşüşü yoktur ve çocuklarının doğumsal anormallik veya premature doğum insidansında artış görülmemektedir. Bu bildiride, sarkoidoz tanısı ile takipte olan bayan olguda, gebeliğin hastalık üzerine etkilerini tartıştık.

Olgu: 32 yaşında bayan hasta, yaklaşık 1yıldan beri sarkoidoz tanısı ile Romatoloji polikliniğinde takip edilmekte. Bir yıl önce eritema nodosum, kuru öksürük ve efor dispne, her iki ayak bilek artrit şikayetleri ile çekilen toraks BT'de bilateral hiler lenfadenopati ve interstisyel değişiklikler saptanması üzerine, yapılan EBUS bx sonucu sarkoidoz tanısı aldı. SFT ve DLCO düşük idi. Hastaya orta doz KS (40 mg/gün) ve HQ başlandı. Tedavinin 6. ayında klinik, laboratuvar ve radyolojik regresyon gözlemlendi,KS dozu 4 mg/gün düşürüldü. Yaklaşık 3 ay sonra efor dispne ve kuru öksürük şikayetleri ile tekrar başvurduğunda, ekilen toraks BT'de nüks evre 2 sarkoidoz olarak rapor edildi. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde; ESH: 54 mm/h, CRP: 12.4 mg/dl, serum ACE: 96 mg/dl (normal 45 mg/dl). Hastaya KS 1 mg/kg/gün başlanması planlandı, fakat hasta ülkesine geri döndü. Yaklaşık 3ay sonra kontrole geldi, 2 aylık hamile olduğunu belirtti. Sadece 4 mg/gün KS ve HQ 1x1 aldığını söyledi. Serum ACE düzeyi 64 (normal 45 altı), ESH: 38 mm/h, CRP: 2.3 mg/dl olarak geldi. Yapılan SFT ve DLCO değerlerinde eski ile kıyaslandığında, regresyon gözlemlendi. Hasta doğumu kendi ülkesinde sezaryen ile yaptıktan 3 ay sonra kontrole geldi. Miyadında doğan bebek ve annede herhangi bir komplikasyon olmamış. Şikayetlerinde gerileme olduğunu ve hamileliğin iyi geçtiğini söyledi.Yapılan fizik muayenesi normal idi. Laboratuvar tetkiklerinde akut faz reaktanları, hemogram, KCFT, BFT, rutin idrar, serum ACE düzeyi normal idi. Çekilen toraks BT'de evre 1 sarkoidoz ile uyumlu bulgular mevcuttu. SFT ve DLCO normal olarak rapor edildi. Göz muayenesi yapıldı, HQ bağlı retinopati saptanmadı. Genel durumu iyi olan hastanın mevcut tedavisine devam edildi, takibe alındı.

Sonuç: Gebelik ve sarkoidoz ile ilgili veriler literatürde çelişkilidir. Gebeliğin hastalık üzerine pozitif etkisini gösteren yayınlar ile, gebeliğin hastalık progresyonuna neden olabileceğini gösteren yayınlar da mevcut. Bizim olgumuzda, gebelikte hastalık progresyonu gözlenmedi. Tam tersi, bazı takip parametrelerinde gerileme oldu. Bu konuda, çok hasta sayısı içeren prospektif çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar sözcükler: Sarkoidoz, gebelik

PS-169

Behçet hastalığı ve ankilozan spondilit birlikteliği

Seçil Vural, Başak Mansız Kaplan, Cevriye Müllkoğlu,
Hakan Genç

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Ankara

Amaç: Behçet hastalığı sebebi bilinmeyen sistemik bir vaskülitir. Oral ve genital ülserler görülmekte ayrıca eritema nodosum, üveit, artrit, vasküler tutulum, sinir sistemi tutulumu eşlik etmektedir. En sık tutulan eklemler diz, ayak bileği, el bileği dirsektir. Nadir olmak üzere sakroiliak eklem tutulabilir. Behçet hastalığında sadece sakroiliak eklem tutulumunun dışında Ankilozan spondilit hastalığı ile normalden daha sık karşılaşıldığı literatürde belirtilmiştir.

Olgu: Behçet hastalığı tanısı ile dermatoloji polikliniğinde 1.5 yıldır takipli olan 41 yaşında erkek hasta. Genital ve oral ülserleri dermatoloji tarafından verilen lokal tedaviler ile kontrol altında iken bel ağrısı şikayetleri ile poliklinimize başvurdu. İnflamatuvar karakterde bel ağrısı tarifleyen hastada, sabah tutukluğu, topuk ağrısı, karın ağrısı şikayetleri yoktu. Fizik muayenede sakroiliak eklem ve entezis noktaları minimal ağrılı, servikal romları açık, bel romları fleksiyon ve ekstansiyonda range sonu ağrı ile limitliydi. Laboratuvar tetkiklerinde eritrosit sedimentasyon hızı 42 mm/s, C-reaktif protein düzeyi 7.8 mm/dL idi. Romatoid faktör ve anti-CCP sonuçları negatif olan hastanın HLA-B27 sonucu pozitif idi. Çekilen sakroiliak grafide bilateral şüpheli sakroileit görüldü. Sakroiliak MR ile sakroileit görünümü konfirme edildi. Ayrıca hastanın lomber vertebra grafilerinde kare vertebra görünümü vardı. Tüm bu bulgular ışığında hastaya Ankilozan spondilit tanısı konuldu. Hasta dış merkezde tedavi görmek istediğini beyan ettiği için tedavi planlanmadı.

Sonuç: Behçet hastalığında sakroiliak eklem tutulumu klinikte sık olmamakla beraber literatürde %35'lere varan oranlar bildirilmiştir. Dilsen ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise Behçet hastalığı olan kişilerde %10 oranında Ankilozan spondilit gözlenmiştir. Literatürde böylesine belirgin oranlar olmasına rağmen klinik pratikte Behçet hastalığı ve Ankilozan spondilit birlikteliğine daha az sıklıkta rastlanmaktadır. Literatürde bu durumu Behçet hastalarında Ankilozan spondilit semptomlarının hafif seyretmesine bağlayan yayınlar mevcuttur. Bizim olgumuzda da hastanın semptomları şiddetli değildi, sistemik inflamatuvar karakterde bel ağrısı dışında Ankilozan spondilit hastalarında sık görülen diğer bulgular hastamızda yoktu. Bu olgumuz ışığında Behçet tanısı almış kişilerde inflamatuvar bel ağrısının sorgulanmasının önemini ve eşlik eden Ankilozan spondilit açısından dikkatli olmak gerektiğini vurgulamak isteriz.

Anahtar sözcükler: Ankilozan spondilit, Behçet hastalığı, inflamatuvar bel ağrısı

PS-170

Alışılmadık bir izoniazid hepatotoksitesisi: Olgu sunumu

Ahmet Kıvanç Cengiz¹, Aysun Yakut Cengiz²

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Samsun; ²Sivas Medica Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Sivas

Amaç: İzoniazid (INH) kullanımına bağlı karaciğer testlerinde bozukluk sık rastlanan bir tablo olsa da hiperbilirubineminin ön planda olduğu tablolar nadiren görülmektedir.

Olgu: Romatoid artrit tanısı ile izlenen 53 yaşındaki erkek hasta halsizlik, idrarda koyulaşma ve ciltte sararma yakınması ile başvurdu. Yaklaşık bir yıldır tosilizumab 560 mg/4 hafta kullandığı ve bu tedavi altında son 6 aydır remisyonunda olduğu öğrenildi. Hastalık aktivitesi baskılandıktan sonra steroid, sulfasalazin ve hidroklorokin tedavilerinin aşamalı şekilde kesilmiş olduğu ve halen tosilizumab tedavisinin yanı sıra sadece metotreksat 15 mg/hafta, entekavir 0.5 mg/gün kullandığı görüldü. Tosilizumab tedavisi öncesinde 3 hafta kadar INH kullandığı, karaciğer enzimleri yükselince ilaca devam edilememiş olduğu öğrenildi. Sonrasında yapılan quantiferon testi negatif saptandığından INH almaksızın tedavisine devam edilmişti. Laboratuvar testlerinde ALT: 464 U/L AST:622 U/L ALP 210 U/L GGT 276 U/L total bilirubin 17.77 direkt bilirubin 16.36 mg/dL saptandı. Hasta hospitalize edildi. Yatışı sırasında hastanın yanında hala izoniazid olduğu görüldü. İlaçlarını yazdırmak için başvurduğu aile hekiminin 9 ay INH kullanıp kullanmadığını sorması üzerine ilaca tekrar başladığını söyledi. 2 hafta sonra ise halsizlik ve sararma yakınmasını geliştiğini ifade etti. Yakın zamanda başka ilaç, besin takviyesi, alkol ya da bitkisel tedavi almamıştı. Yapılan testler ile viral hepatit aktivasyonu ve otoimmün hepatit olasılıkları dışlandı. Üst batin bilgisayarlı tomografisi çekildi. Safra kesesi ve koledok çevresinde ödem raporlandı. Hastaya MR kolanjiyografi yapıldı ve koledokta herhangi bir obstrüksiyon olmadığı görüldü. Bilirubin değerlerinin total 24.91 direkt 17.62 mg/dL'ye çıkması ve tedaviye dirençli kaşıntı yakınması nedeniyle gastroenterolojinin önerisiyle 3 kez plazmaferez uygulandı. İki hafta içerisinde klinik açıdan belirgin rahatlama oldu. Laboratuvar düzelme ise 8 haftayı buldu.

Sonuç: INH hepatotoksitesisi ile ilişkili 2 farklı tablo tanımlanmıştır. Bunlar çoğunlukla asemptomatik olan hafif seyirli INH hepatotoksitesisi ve idiyosenkrazik bir reaksiyon olduğuna inanılan ve çok daha ağır klinik tablolara neden olabilen INH hepatitidir. INH hepatotoksitesisinde asıl beklenen hepatoselüler hasar olsa da vakaların %10 kadarında kolestatik sarılık tablosunun da görülebileceği bildirilmiştir.

Anahtar sözcükler: Hepatotoksitesite, hiperbilirubinemi, izoniazid

PS-171

Erişkin yaşta tanı alan 2 mukopolisakkaridoz-I vakası

Nihan Cüzdan

Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Şanlıurfa

Amaç: Mukopolisakkaridozlar (MPS), glikozaminoglikanların (GAG) yıkımında rol alan lizozomal enzimleri kodlayan genlerin mutasyonları ile karakterize progresif, heterojen bir grup kalıtsal hastalıktır. MPS tip I'de; α -L-iduronidaz enziminin eksik aktivitesinden dolayı birçok dokunun lizozomunda degrade olmamış veya kısmen degrade olmuş GAG'lar biriktirmektedir. Buna bağlı olarak fasial dismorfizm, kemik displazileri, eklem anormallikleri, organomegali, nörolojik anormallikler ve büyüme geriliği değişen spektrumda görülebilmektedir. Burada, erişkin yaşta eklem

kontraktürleri ile romatoloji polikliniğine başvuran ve MPS-I tanısı alan 2 vaka sunulacaktır.

Olgu 1: 18 yaş kadın hasta, 2 yıldır ağrısız ilerleyici eklem kontraktürleri ile romatoloji polikliniğine başvurdu. Hastanın eklem ağrısı, şişlik şikayetleri mevcut değildi. Fizik muayenesinde her iki el tüm falanksların DIP eklemlerinde fleksiyon kontraktürleri mevcuttu (Şekil 1 ve 2 PS-171). Laboratuvar değerlerinde Hb: 14.7 g/dL, BK: 9.119, plt: 374.700 alt:15U/L, kreatinin: 0.45 mg/dL, CRP: 0.05 mg/dL, ESR: 19 mm/sa olarak görüldü. Otoantikörlerin tümü negatifti. El grafisi normaldi. Enzim analizinde --L-iduronidaz değeri 0 (sıfır) olarak görüldü. Hasta, MPS-I tanısı ile ileri değerlendirme ve tedavisi yapılması amacıyla pediatrik metabolizma bölümüne yönlendirildi.

Olgu 2: 26 yaş erkek hasta, tüm eklemlerinde 7 yıldır ilerleyici kontraktürleri mevcuttu. Hastaya 4 yıl önce seronegatif RA tanısı konularak çoklu DMARD tedavisi başlanmıştı. Tedaviden fayda görmeyen hastanın FM'de tüm falankslarda fleksiyon deformitelemi mevcuttu. Sistemik muayenesinde hepatomegali saptandı. Laboratuvar değerlerinde hafif CRP yüksekliği vardı. Tam kan ve biyokimya değerleri normaldi. Anti-ccp ve RF negatifti. El grafisinde eklem aralıkları dar olarak görüldü, erozyonu yoktu. Gönderilen enzim analizinde L-iduronidaz değeri düşük görülen hasta MPS-I tanısı ile pediatrik metabolizma bölümüne yönlendirildi.

Sonuç: MPS-I hastaları genellikle çocuk yaşta tanı almakla birlikte, tanı konulmamış erişkin hastalar da romatoloji polikliniğine eklem ağrısı ve kontraktürleri ile başvurabilmektedirler. MPS-I hastalığında enzim replasman tedavisi seçeneği mevcuttur. Bu nedenle, erken dönemde tanı konulması hem gereksiz tedavilerin önlenmesi hem de hastalığın ilerlemesinin engellenmesi açısından gereklidir. Romatoloji polikliniğine başvuran

özellikle ağrısız ilerleyici eklem kontraktürleri, kaba yüz görünümü, organomegali eşlik eden hastalarda ayırıcı tanıda metabolik hastalıkların da düşünülmesi gereklidir.

Anahtar sözcükler: El deformiteleri, mukopolisakkaridoz

PS-172

Orbital psödötümör: IGG4 (immünglobulin IGG4) ilişkili hastalığın nadir görülen prezentasyonu

Aydan Köken Avcı, Berrin Zengin, Sinem Burcu Kocaer, Merih Birlik, Sadettin Uslu, Ali Karakaş, Ünal Taşdemir, Gerçek Can, Fatoş Önen

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Amaç: IgG4 ilişkili hastalık, çeşitli organ sistemlerini etkileyen, tipik patolojik bulguları; IgG4 pozitif plazma hücre infiltrasyonu, storiform fibrozis ve obliteratif flebit olan, artmış IgG4 düzeyleri ile seyreden immün aracılı sistemik bir hastalıktır. IgG4 ilişkili oftalmik hastalıkta lakrimal gland, nazolakrimal kanal, retrobulber yumuşak doku (orbital psödötümör) ve ekstraoküler kaslar tutulabilir. Bu olguda lakrimal gland tutulumu ve orbital psödötümörü olan bir vaka anlatılacaktır.

Olgu: 47 yaşında kadın hasta her iki gözde dolgunluk, dışı doğru fırlama ve göz kapaklarında şişlik şikayeti ile göz hekimine başvurmuş. Muayenesinde bilateral egzoftalmus ve proptozis saptanmış. Tiroid testleri normal olarak gelmiş. Çekilen orbita MR: Bilateral orbitada simetrik, superior kas grupları, lakrimal gland, rektus lateralis volümü artmış, orbital psödötümör olarak gelmiş. Tarafımıza MR sonucu ile başvuran hastanın yapılan tetkiklerinde; RF, ANA, ANCA, immüblot testleri negatif olarak



Şekil 1 (PS-171): El antero-posterior X-ray.



Şekil 2 (PS-171): El eklemlerinde fleksiyon deformiteleri.

geldi. Wegener açısından yapılan KBB muayenesinde patoloji saptanmadı. Sarkoidoz açısından serum ACE ve akciğer görüntülemesi normal saptandı. Lenfoma ekartasyonu için PET-CT çekildi: Bilateral retroorbital alanda ve lakrimal glandda yoğun tutulum olarak sonuçlandı. Hastadan gönderilen serum IgG4 düzeyi 998 (0–135 mg/dl)olarak saptandı. Hastanın 1 yıl önce pankreasta kitle nedeniyle opere olduğu öğrenildi. Hastanın dış merkez patoloji sonucunun sklerozan pankreatit olarak raporlandığı görüldü. Dış merkez patoloji preperatları fakültemiz patoloji bilim dalında incelendi ve: pankreas dokusunda lenfopazmositer infiltrat, storiform fibrozis ve çok sayıda damarda obliteratif flebit; IG-G4/IG-G oranı >%40 olarak geldi. Hastaya tüm bu bulgularla IgG4 ilişkili hastalık tanısı konulmuş olup 0.5 mg/kg prednizolon ve azatiopurin tedavisi başlandı. 15 gün sonraki kontrolde hastanın egzoftalmus ve proptozisinin gerilediği görüldü. Hasta halen takibimizde olup tedaviye devam etmektedir.

Sonuç: IgG4 ilişkili hastalık son zamanlarda farkındalığı artan tüm sistemleri etkileyebilen immün bir hastalıktır. IgG4 ilişkili oftalmik hastalık nadir görülen bir tutulum şeklidir ve sklerit, üveit ya da retrobulber doku, ekstraokuler kaslar, lakrimal gland tutulumu şeklinde görülebilir. Diğer tutulumlardan farklı olarak kadın erkek eşitliği mevcut olup başlangıç yaşı daha gençtir. Sonuç olarak orbital psödotümör olgularında ayırıcı tanıda lenfoma, sarkoidoz ve Wegener ile birlikte akılda tutulması gereken bir diğer hastalık da IgG4 ilişkili hastalıktır.

Anahtar sözcükler: IgG4 ilişkili hastalık, orbital psödotümör

PS-173

Eritema nodozum etiolojisinde unutulmaması gereken hastalık: Maligniteler

Emrah Koç, Esra Kayacan Erdoğan, Ayşe Gül Yiğit, Yalçın Bozkurt, Mustafa Toğun, Didem Arslan Taş

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Balcalı Hastanesi, Adana

Amaç: Eritema nodozum (EN) çeşitli uyarıların tetiklediği reaktif bir süreç olup, gecikmiş tipte bir hipersensitivite reaksiyonudur.

Olgu: 57 yaşında bayan hasta, bir yıldır kollarda ve bacaklarda deriden kabarık, ısı artışı olan, ağrılı lezyonları için dermatoloji polikliniğine başvurmuş. Bu şikayetlerle beraber 30 dk yı gecmeyen sabah tutukluğu, halsizlik, yorgunluk ve son 3 ayda 10 kg kadar kilo kaybı olmuş. İlk olarak dermatoloji tarafından birkaç ay topikal steroid tedavisi uygulanmış.Düzelme olmayınca EN düşünülerek, etiyoloji araştırılması amaçlı göğüs hastalıkları ile konsülte edilmiş; Bakılan PPD'si ve balgamda ARB'si negatif olarak sonuçlanmış, toraks BT'de patolojiye rastlanmayıp, sarkoidoz/tüberküloz tanıları ekarte edilmiş. Dahiliyeye yönlendirilen hastanın romatolojik hastalıklar açısından anlamlı bulgusu yoktu (Tablo PS-173). İleri tetkik için servise yatırılan hastaya çekilen tomografilerinde batında paraaortik ve paraölyak alanda multipl sayıda, boyutları 2 cm'yi geçen lenfadenomegaliler (LAP) saptandı. PET CT sonucunda mediastende en büyüğü subkarinada 2.5 cm sağ supraklavikular ve her iki axillada, batında paraaortik, parakaval ve iliak zincirde boyutları 2.5 cm'nin üzerinde, artmış F-18 FDG tutulumu gözlenen LAP'lar saptandı. Hastaya kemik iliği biyopsisi yapıldı ve normoselüler olarak saptandı. Ardından hastaya axilladan eksizyonel LAP örneklerle-

mesi yapıldı. Patoloji sonucu Non-Hodgkin Lenfoma (Histiyositten zengin B-Hücreli) şeklinde raporlandı.

Tablo (PS-173): Labarauvar bulguları.

| | | | |
|----------------|---------|----------|------|
| ANA | Negatif | WBC | 7310 |
| Anti-DS DNA | Negatif | NEU | 5120 |
| Anca profili | Negatif | HB | 11,5 |
| Anti-RNP | Negatif | MCV | 75 |
| Anti-SM | Negatif | PLT | 436 |
| Anti-Sentromer | Negatif | Sedim | 45 |
| Ant -CCP | Negatif | CRP | 2.52 |
| Anti-SSA | Negatif | Ferritin | 138 |
| Anti-SSB | Negatif | VİT B12 | 936 |
| RF | <20 | Folat | 8.9 |

Bulgular: Eritema nodozum (EN) çeşitli uyarıların tetiklediği reaktif bir süreç olup,gecikmiş tipte bir hipersensitivite reaksiyonudur. Kadın/erkek oranı 6/1 dir. Vakaların %55'i idiopatik olup en sık nedenler enfeksiyon, ilaçlar, sarkoidoz, İnflamatuvar bağırsak hastalıklarından (İBH), Behçet hastalığı, Takayasu, IgA nefropatisi, Sjögren sendromu, gebelik ve lenfoma gibi malignitelerdir. Altta yatan hastalıklar coğrafik bölgeye göre farklılık gösterebilir. Öykü ve fizik muayene ile tanı konulur.Ani başlayan, hassas, eritemli, sıcak nodül ve plaklar oldukça karakteristiktir ve en sık bacaklara yerleşim gösterir. Spesifik bir laboratuvar bulgusu yoktur. Tedavi olarak yatak istirahati ile birlikte NSAİİ, potasyum iyodür, steroidler, kolşisin, dapson, hidrosiklorokin, metotreksat, talidomid yer almaktadır.

Sonuç: Sebebi bilinenlerin arasında sık rastlanmasa da; hastamızda olduğu gibi EN un nadir sebepleri arasında lenfoma gibi maligniteler mutlaka akılda tutulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Eritema, nodozum, lenfoma

PS-174

Azatioprin tedavisine bağlı nadir bir yan etki:

Akut total alopesi

Müge Aydın Tufan, Elvan Endoğru Rişvanoğlu, Ahmet Eftal Yücel
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Amaç: Azatioprin başta Sistemik Lupus Eritamatozus, vaskülitler, Behçet ve sistemik tutulumlu romatoid artrit olmak üzere bir çok hastalığın tedavisinde sıkça kullandığımız sitotoksik, immünsüpresif etkili bir ilaçtır. En sık ve önemli yan etki olarak; bulantı, karaciğer toksisitesi ve kemik iliği süpresyonu gözlenir. Sık olmamakla birlikte nadir olarak saç dökülmesi, bazı hastalarda ise alerjik reaksiyon şeklinde cilt döküntüleri görülebilir. Kliniğimizde azatioprin kullanımı sonrasında akut total alopesi gelişen bir olguyu sunduk.

Olgu: 39 yaşında kadın hasta sağ gözde bulanık görme şikayetiyle göz bölümüne başvuruyor. Optik nörit teşhisi konuluyor. Hastanın 3–4 aydır omuz, kalça ve el bileklerinde ağrı yakınması mevcut. Romatoloji bölümünce konsülte edilen hastanın tetkiklerinde beyin MRG normal, ANA ++, anti ds DNA +, ESH 66 mm/saat, CRP 21 mg/l saptanıyor. Hastaya SLE teşhisi ile hidrosiklorokin, prednizolon ve siklofosamid tedavisi başlan-

di. 4 kür 500 mg siklofosfamid tedavisi sonrası idame tedavi olarak azatioprin 100 mg başlandı. Azatioprin tedavisinin 1. haftasında hastada saç ve kaşlarda dökülme başlıyor. 3. haftada ilacı kesip hasta kontrole geliyor. Muayenede tüm saçlarda ve kaşlarda dökülme, alopesi totalis mevcuttu. Laboratuvarda hb 10 gr/dl, bk 1300 %20 PMNL, ESH, CRP ve C3-C4 normal saptandı. Hematoloji ve Dermatoloji bölümüne konsülte edilen hastada ilaç ilişkili nötropeni ve akut total alopesi tanısı konuldu. Tüm saç ve kaşları dökülen hastanın 4. ayda klinik bulguları düzeldi.

Sonuç: Literatürde azatioprine bağlı akut total alopesi olgusu mevcut değildir. Azatioprin yan etkisi gelişiminde, genetik enzim defektleri, enzim polimorfizmi ve beraber kullanılan allo-pürinol, ACE inhibitörü gibi ilaçların rolü mevcuttur. Eritrositlerde thiopurine methyltransferase (TPMT) enzim aktivitesi popülasyonda %89 normal, %11 aktivitesi az veya olmayabilir. Bu enzim eksikliği olan hastalar Azatioprin metabolitlerini etkili şekilde inaktivite edemezler. Düşük enzim aktiviteli hastalarda, 6-Thio Guanine Nucleosid (TGN)'nin kan düzeyi artar ve buna paralel yan etkiler gelişir. Bu etkilerinden dolayı tedaviye uygun hastayı belirlemek için fenotipik ve genotipik testler geliştirilmiştir. Genetik test pahalı ve kullanışlı değildir; ancak enzim aktivitesi ölçülebilir. Bu nedenle bu ilaçlar uygulanmadan önce TPMT aktivitesinin bilinmesi klinisyen için oldukça önemli olabilir.

Anahtar sözcükler: Azatioprin, akut total alopesi, thiopurine methyltransferase

PS-175

Ultrason eşliğinde enjeksiyon testi ile tanı alan peroneal nöropati taklitçisi piriformis sendromu

Gamze Gül Güleç, İlnur Aktaş, Feyza Ünlü Özkan, Pınar Akpınar
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

Olgu: 64 yaşında kadın olgu, 7 yıldır progresif olarak devam eden sağ kalça ağrısı, sağ ayak 1. ve 2. parmaklar arası ve bacak lateralinde ağrı ve uyuşma şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Daha önce çekilmiş lomber bölge Manyetik Rezonans Görüntüleme



Şekil (PS-175): Enjeksiyon sırasında piriformis kasının ultrason görüntüsü.

(MRG) 'de L4-5 ekstrede herni ve sağ L5 kök basısı mevcuttu. Fizik muayenede bel hareketleri her yöne açık ve ağrısız, Düz Bacak Kaldırma (DBK) testi negatifti. Kas kuvveti, sağ tibialis anteriorunda 4/5 diğer alt ekstremitte kaslarında 5/5 idi, sağ bacak lateralinde hipoestezi mevcuttu, derin tendon refleksleri normoaktifti, patolojik refleks yoktu. Sağ radikülopati, peroneal tuzak nöropati, anterior tarsal tünel sendromu ön tanılarıyla istenen elektro-fizyolojik değerlendirme sonucu normaldi. Hastanın sağda sakroiliak eklem mobilite ve ağrı provakasyon testleri pozitif, sağ kalça eklem hareketleri açık ancak ağrılıydı. Sağ kalça piriformis loju ve sakroiliak eklemler üzeri palpasyonla ağrılıydı. Pelvis anterior-posterior filminde sakroiliak eklemler ve koksafemoral eklemler açık olarak değerlendirildi. Sakroiliak disfonksiyon (SID) ve piriformis sendromu (PS) ayırıcı tanısı için ultrason (US) eşliğinde sakroiliak eklem ve piriformis kasına tanısal enjeksiyon testleri uygulandı (Şekil PS-175). Sakroiliak eklem uygulanan test sonrası olgunun kliniğinde bir değişim olmazken, piriformis enjeksiyonu sonrası ağrıları ve uyuşma karıncalanması tamamen geçen olguya PS tanısı konuldu.

Sonuç: PS, kalça ağrısı ve siyatalsi yanı sıra izole peroneal nöropati semptomlarını taklit edebilir. Ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Tanısal enjeksiyon, ultrason, peroneal nöropati, piriformis sendromu,

PS-176

Onuz yıl boyunca romatoid artrit olarak takip ve tedavi edilen SAPHO hastası

Zühre Sarı Sürmeli

İstanbul Aydın Üniversitesi VM Medical Park Florya Hastanesi, İstanbul

Aktif romatoid artritli 65 yaşında erkek hasta Romatoloji polikliniğine Ortopedi Bölümü'nden sağ kalçaya total protez replasmanı operasyonu öncesi yönlendirildi. Hastaya romatoid artrit tanısı 30 yıl önce konmuş. Daha önce metotreksat 12.5 mg/hft 6 ay boyunca kullanmış ancak hasta bu tedaviye yanıt vermemiş. Yaklaşık 10 yıldır da flantadin 6 mg/g ve hidroklorokin 200 mg/g kullanmakta. Muayenesinde sağ el bilek ve her iki ayak bileğinde artrit vardı. MKF, DİF VE PİF eklemlerinde herhangi bir deformitesi yoktu. Dirseklerde fleksiyon deformitesi, sol diz ve sol kalçada protez eklemleri vardı. Her iki tibia üzerinde kızarıklık ve hassasiyet mevcuttu. Hastanın sırtında da akneye benzer lezyonları vardı. RF ve anti-CCP negatifti, ESR ve CRP değerleri yüksekti. Alt ekstremitte doppler ultrasonografisinde bilateral sellülit saptandı. El filminde el bilek ve interkarpal eklemlerde eklem aralığı daralması ve osteopeni, karpal kemiklerde kistler, MKF ve PİF eklemlerde periartiküler osteopeni, proksimal falankslarda periosteal kortikal reaksiyonlar, her iki 2. MKF eklemlerde büyük osteofitler mevcuttu. Eklemlerde erozyon yoktu (Şekil 1 PS-176). Hastanın pelvis filminde de her iki sakroiliak eklemlerde sakroileit ve vertebra gövdelerinde de büyük köprüleşen osteofitleri vardı. Diz filminde ise sağ dizde total ankiloz solda protez eklem vardı. Sağ tibia ve femurda da kortikal kemik kalınlaşması göze çarpıyordu (Şekil 2 PS-176). Hastaya SAPHO teşhisi kondu. SAPHO Sendromlu bir hasta da aşağıdaki 4 Benhamou kriterinden biri olmak zorundadır:



Şekil 1 (PS-176): Hastanın el grafisi.



Şekil 2 (PS-176): Sağ tibia ve femurda kortikal kemik kalınlaşması.

(1) Şiddetli aknenin osteoartiküler belirtileri; (2) Palmoplantar püstülozisin osteoartiküler belirtileri; (3) Dermatozla beraber olan veya olmayan hiperostozis; (4) Dermatozla beraber olan veya olmayan aksiyel veya periferik eklemden kronik rekürren multifokal osteomyelit (CRMO). SAPHO sendromlu hastaların çoğunda deri lezyonları olur. Bizim hastamızın da sırtında hafif aknesi ve bacaklarda bilateral sellülit vardı ki bakteriyel bilateral sellülit çok nadir bir durum olduğundan hastamızda belki de tibia kemiklerinde CRMO vardı fakat kemik biyopsisi veya MRG tetkiki yapılmadığından bu konu aydınlatılamadı. SAPHO sendromlu hastalarda hiperostozis, osteit ve artrit gelişebilir. Bizim hastamızda vertebral gövdeler, proksimal falankslar, sağ femur ve tibiada hiperostozis mevcuttu. El bilek ve dirsek eklemlerinde artrit ve bilateral sakroileiti vardı. Leflunomid 20 mg/g artrit tedavisi olarak başlandı ve tedaviden 1 ay sonra ESR ve CRP değerleri normal sınırlara geriledi ve artriti yatıştı.

Anahtar sözcükler: SAPHO sendromu, romatoid artrit, hiperostozis, osteit, deri lezyonları

PS-177

Ayrırcı tanısı zor bir olgu: Tüberküloz artrit

Gezmiş Kimyon¹, Güner Akgüner², Muzaffer Akkan², Vusal Sadıkhov², Mustafa Turgut Yıldızgören³, Aydın Kalacı⁴

¹Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Hatay; ²Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hatay; ³Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilim Dalı, Hatay; ⁴Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Hatay

Amaç: Monoartrit olan bir hastada ayrırcı tanı da septik artrit ilk düşünülmesi gereken hastalıklardan biridir. Ancak tüberkü-

loz gibi bir ajana bağlı olarak septik artrit gelişen hastalar da tanıyı koymak zor olabilmektedir.

Olgu: 68 yaşında, kadın hastanın 7 ay önce sol el bileğinde şişlik ve ağrı yakınması başlamış. Ağrı ve şişlik giderek artmış ve hastanın önkol kaslarında atrofi gelişmiş. Hipertansiyon dışında bilinen bir hastalığı olmayan hastaya gittiği kliniklerde analjezik, steroid, intra-artiküler enjeksiyon, pregabalin ve fizik tedavi yöntemleri uygulanmış. Hastaya sudek atrofisi, algonörodistrofi ve kliniğimize başvurmadan 1 ay önce romatoid artrit tanısı konarak Metotrexat ve Prednisolon tedavisi başlanmış. Sol el bileğinde belirgin sinoviti olan hastanın diğer eklemleri normal idi. Hastanın ateş, kilo kaybı, sabah tutukluğu gibi bulguları yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde sedimantasyon: 60 mm/h, CRP: 22 mg/L (0-5), hemoglobin 10.6 (kronik hastalık anemisi ile uyumlu) idi. Hastanın diğer rutin biyokimya, hemogram, idrar tetkikleri normal idi. Brucella, RF, CCP ve ANA değerleri negatif saptandı. Eklem USG'de sinovit ve grade 2-3 power doppler sinyal artışı vardı. Direkt grafi de 3 ay önceki grafiye kıyasla subkondral erozyon bulguları vardı. El bileği MR'da radioulnar eklem düzeyinde koleksiyon ile uyumlu görünüm ve kemik sintigrafisi geç faz RSD (refleks sempatik distrofi) ve artrit ile uyumlu olarak raporlandı. İntra-artiküler ponksiyon yapılan hastanın eklem sıvısı pürülan vasıfta idi (Şekil PS-177). Eklem mayide yapılan yaymada bol polimorfik lökosit, eritrosit ve seyrek Gram + kok görüldü. Bakteri kültürü ve ARB negatif idi. Ampirik septik artrit tedavisine yanıt alınamayan hastaya ortopedi tarafından sinevektomi yapıldı. Buradan gönderilen ARB ve bakteri kültürü yine negatif idi. Patoloji raporu granülatöz inflamasyonla uyumlu gelen hastanın mikobakteri kültüründe mikobakterium tüberkülozis kompleks üretti. Hastaya tüberküloz artrit tanısıyla anti-tüberküloz tedavisi başlandı.



Şekil (PS-177): Eklem ponksiyon sıvısı.

Sonuç: Tüberküloz ülkemizde az görülen bir hastalık değildir. Tüberküloz artriti veya akciğer dışı tüberküloz immünyüpresif tedavi alan hastalarda daha çok görülse de hastamızda kronik inflamatuvar hastalık, immünyüpresif tedavi kullanımı veya tüberküloz ile temas öyküsü yoktu. Atipik seyirli veya uzamış artriti olan hastalarda tüberküloz artriti ayırıcı tanı da unutulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Artrit, tüberküloz

PS-178

Dermatomiyozit ve piyoderma gangrenozum birlikteliği

Ayşe Ünal Enginar, Cahit Kaçar

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Dermatomiyozit (DM), progresif seyreden, proksimal kas güçsüzlüğü ve spesifik deri bulgularıyla karakterize, etyolojisi tam bilinmeyen inflamatuvar bir hastalıktır. Piyoderma gangrenozum (PG), nötrofilik dermatozlar grubunda yer alan kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Karakteristik lezyonu ağrılı, deriden kabarık, düzensiz sınırlı, skarla iyileşen nekrotik ülserdir. PG, 20–60 yaş aralığında, kadınlarda erkeklere göre daha sık görülen bu hastalık nadiren çocuklarda da görülebilmektedir. PG %25–50 idiyopatik olmakla birlikte %50 sistemik hastalıklar eşlik etmektedir. En sık Crohn hastalığı olmak üzere inflamatuvar barsak hastalıkları (IBH), romatoid artrit, miyeloproliferatif ve lenfoproliferatif hastalıklarla ilişkisi bildirilmiştir. Romatolojik hastalıklardan Takayasu arterit, Cogan's sendromu, sistemik lupus eritematozus, antifosfolipid sendromu, sistemik sklerozis, granulatöz polianjitis de etyolojide yer almaktadır.

Olgu: 66 yaşında DM tanısıyla takip edilen kadın hasta, sağ alt ekstremitede cilt lezyonları şikayetiyle polikliniğimize başvurdu (Şekil PS-178). Hasta 6 mg metilprednizolon kullanmaktaydı. Daha önceden azatioprin ve metotreksat kullanmış ancak yan etki nedeniyle kesilmişti. Üst ekstremitte proksimal kas gücü 4+/5, alt ekstremitte proksimal kas gücü 4+/5 idi. Solunum sesleri bilateral bazallerde ralleri mevcuttu. Laboratuvar sonuçları



Şekil (PS-178): Sağ alt ekstremitede piyoderma gangrenozuma bağlı lezyonlar.

rında hemogram, tam idrar tetkiki normaldi. sedimentasyon: 12 mm/saat, CRP: 0.2 mg/dl, CK 207 IU/L, AST 27 IU/L, ALT 32 IU/L, RF (-), ANA (-), anti-jo1 ve anti Ro 52+ idi. Sağ alt ekstremiteden alınan cilt biyopsisinde ülserle krutlu epidermis altında süperfisiyel ve derin dermiste subkutan alana da uzanan yaygın nötrofillerden baskın mikst yangısal infiltrasyon izlendi. Yangı hücreleri damar duvarlarını atake etmektedir. Fokal yağ nekrozu alanların olduğu şeklinde piyoderma gangrenozum olarak raporlandı. İnterstisyel akciğer hastalığı da saptanan hastaya mikofenolat mofetil başlandı. Takiplerinde cilt lezyonlarında ve solunum fonksiyon testlerinde kısmi düzelleme oldu.

Sonuç: PG'nin primer tedavisi kortikosteroidlerdir. Dirençli vakalarda siklosporin, azatioprin, mikofenolat mofetil, infliksimab, rituksimab kullanılabilir. Biz de hastamızda interstisyel akciğer hastalığının da eşlik etmesi nedeniyle mikofenolat mofetil başladık. Nadir görülen bu iki hastalığın birlikteliğine dikkat çekmek için olgumuzu sunmak istedik.

Anahtar sözcükler: Dermatomiyozit, piyoderma gangrenozum

PS-179

Biyolojik ilaç kullanan hastalarda herpes zoster enfeksiyon birlikteliği

Alper Yıldırım¹, Şule Ketenci Ertaş¹, Soner Şenel¹

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

Amaç: Anti-TNF ve nonanti-TNF biyolojik ilaçlar günümüzde romatoid artrit, ankilozan spondilit, psöriyatik artrit ve Chron

hastalığı gibi bir çok inflamatuvar hastalığın tedavisinde başarıyla kullanılmaktadır. Biyolojik ajanlarla tedavi edilen hastalar, enfeksiyon yatkınlık açısından yüksek risk taşımaktadır. Özellikle tüberküloz enfeksiyonlarında artışa neden olmaları viral, bakteriyel, parazit enfeksiyonlara yatkınlık görülmektedir. Viral enfeksiyonlardan herpes zoster nadir görülen bir durumdur. Biyolojik ajan ile tedavi gören hastalarda herpes zoster enfeksiyonunu araştırmayı amaçladık.

Yöntem ve Bulgular: Erciyes Üniversitesi Romatoloji bölümünde biyolojik ajan olarak tedavi gören hastaları araştırdık. Bütün biyolojik ajan alan hastalarda dört hastada herpes zoster enfeksiyonu saptandı. Bu hastalardan iki tanesi tofasitinib, bir tanesi rituksimab ve bir tanesinde tosilizumab tedavisi almaktaydı. Tofasitinib alan ilk hasta 64 yaşında bayan hastaydı ve 4 yıldır romatoid artrit tanısı ile takip ediliyordu. İlacın 18. ayında herpes zoster enfeksiyonu gelişmesi üzerine ilaç kesildi diğer biyolojik ajana geçildi. Diğer tofasitinib kullanan hasta 54 bayan hasta 3 yıldır romatoid artrit tanısı ile takip ediliyordu. Tedavisinin 11. ayında herpes zoster enfeksiyonu gelişince tofasitinib kesildi. Her iki hastada tofasitinibin yanında leflunomid tedavisi alırken steroid kullanılmamaktaydı. Rituksimab kullanan hasta 51 yaşında bayan hasta seropozitif romatoid artrit ile 6 yıldır takip ediliyordu. Altı aylık periyodlarla alınan tedavinin üçüncü dozundan sonra herpes zoster enfeksiyonu gelişti. Beraberinde leflunomid ve düşük doz steroid almaktaydı. Son hasta ise 41 yaşında Takayasu Arterit hastasıydı ve daha önce yüksek dozlarda steroid ve metotreksat kullandıktan sonra endikasyon dışı ile tosilizumab tedavisine geçen hastaydı. Tedavinin üçüncü ayında hastada herpes zoster enfeksiyonu gelişmesi üzerine yatarak antiviral tedavi aldıktan sonra tedaviye tekrar başlandı.

Sonuç: Dört hastada herpes zoster enfeksiyonu görüldü. Anti-TNF kullanan hastaların hiçbirinde görülmezken dört hastada anti-TNF dışı biyolojiklerde görüldü. Romatoid artritli hastalar beraberinde leflunomid kullanılmaktaydı. Çıkan sonuçlara göre Anti-TNF dışı kullanan hastalarda herpes zoster enfeksiyon riski anti-TNF kullanan hastalara göre daha fazladır (özellikle tofasitinib). Beraberinde leflunomid kullanımı da herpes zoster enfeksiyon riskini artırabilir.

Anahtar sözcükler: Biyolojik ajanlar, herpes zoster enfeksiyonu, romatoid artrit

PS-180

Hepatit B enfeksiyonu kompleks bölgesel ağrı sendromunun bir nedeni olabilir mi?

Erkan Kozanoğlu¹, Neslihan Gökçen², Bayram Kelle¹

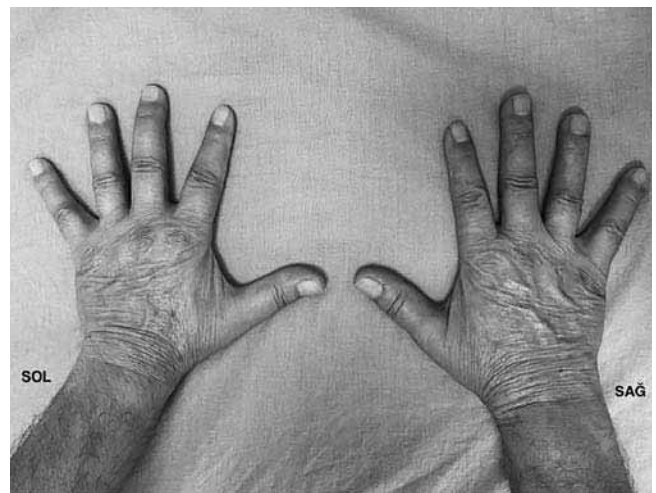
¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Adana; ²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Adana

Amaç: Kompleks bölgesel ağrı sendromu (KBAS) inflamasyon ve otonomik özelliklerin görüldüğü şiddetli ağrı, trofik ve sudomotor değişiklikler ve motor disfonksiyon ile karakterize bir klinik tablodur. Sıklıkla artrit ile karışabilmektedir. En sık nedeni minor travma olmakla beraber hepatit C, herpes zoster ve leprosi gibi enfeksiyonlar da KBAS nedeni olabilmektedir.

Olgu: 65 yaşında erkek hasta sol el ve el bileğinde şişlik ve ağrı şikayeti ile başvurdu. Hastanın öyküsünden, şikayelerinin 1.5 aydır olduğu, fakat başka eklemlerde şişlik ve ağrının olmadığı, inflamatuvar bel ağrısı, topuk ağrısı, göz şikayeti, daktilit, üveit öyküsü, aile öyküsü olmadığı öğrenildi. Öz geçmişinde hastanın kronik hepatit B enfeksiyonu ve Tip 2 diyabeti olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde; sol el bilek, sol 2. ve 3. metakarpofalangeal ekleminde şişlik ve hassasiyet ile allodini mevcuttu. Hipostezi veya anestezi yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde; açlık kan şekeri 135 mg/dl, HbA1c %7.3 idi. Tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyonları, eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein normaldi. HBsAg, HBeAg, HBcAg ve HBV DNA pozitif, Anti-HBs negatif. ANA, ENA, Anti-CCP, HLA-B27, brucella ve salmonella negatif. Nöropatik şikayetleri olmayan hastaya EMG incelemesi yapıldı, sinir hasarı bulunmadı. Ultrason ve el MR görüntülemelerinde sinovit saptanmadı. Üç fazlı kemik sintigrafisi KBAS ile uyumlu olarak raporlandı. Hastaya, Budapest kriterleri (2) ve destekleyici görüntüleme bulguları doğrultusunda KBAS tanısı konuldu. KBAS etiyojisi açısından tetkik edilen hastada, diyabetin zemininde hepatit B aktivasyonuna bağlı KBAS geliştiği düşünüldü. Hastaya pregabalın başlandı. Ayrıca, fludoterapi, desensitizasyon masajı ve eklem hareket açıklığı egzersizleri verildi. 2 hafta sonunda hastanın ödemi ve ağrısı %50 azaldı ve kortikosteroid tedavisi sonlandırıldı (Şekil PS-180). 2 ay sonra ağrısı %80 azalan hastanın pregabalın tedavisi sonlandırıldı. 6 ay sonraki kontrolde ağrısı tamamen düzeldi.

Sonuç: KBAS'ın diyabetik hastalarda daha sık olduğu düşünülmele beraber, literatürde bu iki hastalık arasındaki ilişkiyi açıklayabilecek yeterli çalışma bulunmamaktadır. Ayrıca, hepatit B aşısı sonrası KBAS gelişimi ile ilgili vakalar bulunmakla beraber, bildiğimiz kadarı ile hepatit B enfeksiyonu ile ilişkili KBAS bulunmamaktadır. Bu vaka aracılığı ile, tip 2 diyabet zemininde, hepatit B aktivasyonunun KBAS'na yol açmış olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler: Diyabetes mellitus, hepatit B, kompleks bölgesel ağrı sendromu



Şekil (PS-180): Sol elde sağa göre ödemli bir görünüm izlenmektedir.

PS-181

İsotretinoin ilişkili sakroiliit

Şenol Kobak

İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Liv Hospital, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Bir vitamin A türevi olan izotretinoin, sistemik antibiyotik tedavisi de dahil olmak üzere, standart tedaviye yanıtı olmayan şiddetli akneli hastalarda kullanılmaktadır. Bu bildiri, acne fulminans için isotretinoin kullanım sonrasında gelişen bel, kalça ağrısı ve bel hareketlerinde tutukluk nedeniyle araştırılan bir vaka rapor ettik. İso-tretinoin kesildikten sonra ağrı ve tutukluk hızla geriledi, klinik ve radyolojik regresyon gözlemlendi. İso-tretinoin ve sakroiliit arasındaki ilişki tartışılmalı olup henüz tam olarak açıklanamamıştır.

Olgu: 35 yaşında kadın hasta, 15 gün önce başlayan şiddetli bel ve kalça ağrısı, sabah tutukluğu nedeniyle başvurdu. Sorgulamasında 4 aydan beri akne nedeniyle İso-tretinoin (roacutan) kullandığını bildirdi. Öz ve soygeçmişinde özellik yoktu. FM'de bilateral FABERE FADIR pozitif idi. Yapılan tetkiklerde; ESH, CRP, KCFT, BFT, rutin idrar, hemogram, brucella aglütinasyon testleri normal idi. Çekilen SİE grafide şüpheli sakroiliitis mevcuttu (Şekil 1 PS-181). SİE MR çekildi, bilateral aktif sakroiliitis saptandı (Şekil 2 PS-181). AC grafi, lateral topuk, servikal ve torakal grafileri normal idi. Batın USG normal olarak saptandı. Enfeksiyon açısından yapılan tetkiklerde (tbc, viral seroloji, HIV) patoloji saptanmadı. HLA-B27 negatif idi. İso-tretinoin-ilişkili sakroiliit düşünüldü, NSAİİ başlandı, Dermatoloji ile görüşüldü, roacutan kesildi. Takiplerinde klinik ve radyo-

lojik regresyon gözlemlendi. Genel durumu iyi olan hastanın takipleri devam etmektedir.

Sonuç: İso-tretinoin ilişkili sakroiliit, genelde akut başlangıçlı, fakat bazen de kronik bel ve kalça ağrısı yapabilmektedir. Bel ağrısı şikayetleri ile başvuran ve izole sakroiliit saptanan olgularda, mutlaka isotretinoin kullanımı sorgulanmalıdır. İso-tretinoin ve sakroiliit arasındaki neden sonuç ilişkisini ortaya koyabilmek için çok merkezli prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar sözcükler: İso-tretinoin, sakroiliit, ilişki

PS-182

Bilateral parotit ve fasiyal paralizi ile başvuran sarkoidoz olgusu

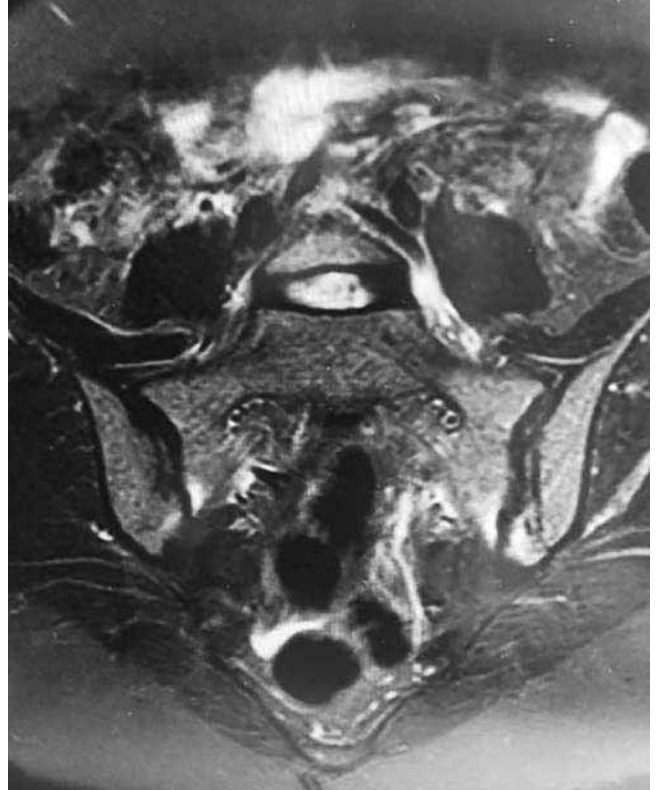
Önay Gerçik¹, Erdem Eren², Demet Eti³, Gökhan Kabadayı¹, Dilek Solmaz¹, Servet Akar¹

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir; ²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir; ³İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

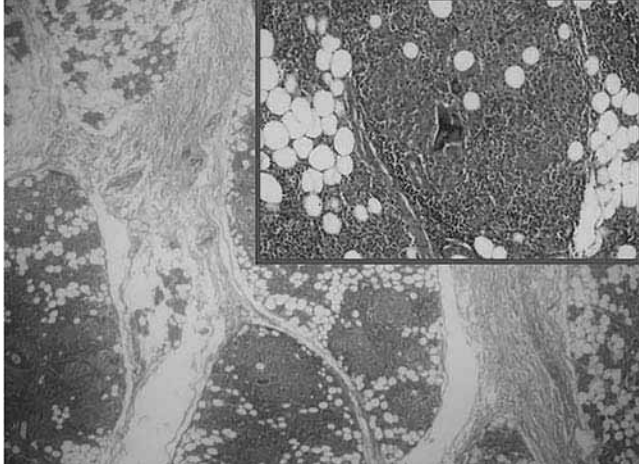
Amaç: Sarkoidoz etyolojisi net olarak bilinmeyen, patolojik olarak non-kazeifiye granülomlarla karakterize sistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Başta akciğerler olmak üzere lenf bezleri, göz, cilt, kalp, gastrointestinal sistem, kalp, kas-iskelet sistemi ve ekzokrin bezler diğer tutulabilen organlardır. Hastaların yaklaşık %30'u ekstrapulmoner tutulumla prezente olurken tükrük ve parotis bezlerinde ağrısız şişlik hastaların yaklaşık %5'inde görülebilmektedir.



Şekil 1 (PS-181): SİE grafide şüpheli skleroz.



Şekil 2 (PS-181): SİE MR'da bilateral akut sakroiliit.



Şekil (PS-182): Parotis bezi biyopsi örneği, H&E boyama, epitelioid hücre içeren non-kazeifiye granülomlar.

Olgu: 35 yaşında kadın hasta, sol parotis bezinde şişlik şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Yaklaşık iki hafta önce Kulak Burun Boğaz Polikliniği'nde fasial paralizi nedeni ile 0.5 mg/kg metilprednizolon tedavisi başlanmış, tedavinin hızla kesilmesi ile şikayeti son beş gündür tekrarlamıştı. Sistem sorgusunda başka özellik olmayıp fizik muayenesinde sol parotiste şişlik, sol nazolabial sul-kusta silinme dışında patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde; sedimentasyon 29 mm/sa, CRP 8.8 mg/L, lökosit 4800/mm³, RF, ANA ve ENA negatif, Schirmer bilateral 1 mm, serum İmmunoglobulin (Ig) G4 düzeyi 123 mg/dL (normal <135 mg/dL) olarak görüldü. Hastanın parotis bez biyopsi patolojisinde epitelioid hücreler içeren non-kazeifiye granülomlar izlenirken IgG4 pozitif plazma hücreleri mevcut değildi (Şekil PS-182). Hastanın elektrokardiyogram, posteroanterior akciğer grafisi ve toraks BT'sinde patolojik bulgu saptanmadı. Sarkoidoz düşünülen hastaya başlanan metilprednizolon ve metotreksat tedavisi sonrası birinci ay poliklinik kontrolünde şikayetlerinde düzelme görüldü.

Sonuç: İzole parotit ile başvuran hastada sarkoidoz oldukça nadir görülen bir durumdur. Romatizmal hastalıklardan Sjögren sendromu, IgG4 ilişkili hastalık, granülomatöz poliangiitis dışında tüberküloz, kedi tırmığı hastalığı ve diğer fungal, viral (kabakulak), bakteriyel enfeksiyonlar etyolojide rol oynamaktadır. Diğer sistemlere ait semptom ve bulguları olmayan hastada parotis bezi biyopsisinde non-kazeifiye granülomların izlenmesi bu vakada tanı koydurucu olmuştur. Tedavide metilprednizolon yanısıra metotreksat ve dirençli vakalarda azatiyoprin, mikofenolat mofetil, anti-TNF ajanlar da kullanılabilir. İzole parotiti olan hastada diğer nedenler ekarte edilmesi ile birlikte sarkoidoz ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Sarkoidoz, ekstrapulmoner bulgular, parotit

PS-183

Notaljia parestetika: Olgu sunumu

Köksal Sarıhan, Meltem Alkan Melikoğlu, Akın Erdal
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ftr Anabilim Dalı, Erzurum

Amaç: Notalgia parestetika, sıklıkla inferior skapular alanda lokalize ağrı, kaşıntı, hiperestezi, parestezi ve hiperpigmentasyon

ile karakterize bir klinik antitedir. Etyopatogenezi tam olarak bilinmemektedir. Hastalık vakaların önemli bir kısmında servikal radyografik değişiklikler ile ilişkili bulunmuştur. 23 yaşında kadın hasta, skapular bölgede kaşıntılı deri lezyonu ve eşlik eden yanıcı sırt ağrısı nedeniyle fiziksel tıp ve rehabilitasyon polikliniğine başvurdu. Sistemik sorgusu, nörolojik muayene dahil fizik muayenesi yapıldı. Grafide torakal ve lomber bölgede hafif spondiloz saptandı. Hastanın dermatoloji konsültasyonu sonrası notalji-a parestetika tanısı ile medikal tedavisi düzenlendi, egzersizler gösterildi. 1 ay sonra kontrole çağrıldı. Notalji parestetika tedavisinde sistemik ve topikal farmakolojik ajanların yanında yüzeysel ve derin ısıtıcılar, aneljezik elektrik akımları, manipülatif tedavi, egzersiz gibi bir çok fiziksel tıp ve rehabilitasyon yöntemlerinden yararlanılmaktadır. Bu olgu sunumunda farkındalık oluşturmak amacıyla pek de nadir görülmeyen notalji parestetika tanısı koyduğumuz olgumuzu sunmak istedik.

Olgu: 23 yaşında kadın hasta boyun, sırt ağrısı, sırtta kaşıntı ve renk değişikliği nedeniyle FTR polikliniğimize başvurdu. İncelemede sol skapula altında 6x8 cm boyutlarında hiperpigmente lezyon saptandı (Şekil PS-183). Hastamızın sorguda aynı bölgede nöropatik şikayetleri de mevcuttu. Torakal-lomber 2 yönlü grafi istendi. Grafide hafif spondiloz ile uyumlu görünüm görüldü. Muayenede radikülopatik şikayetleri yoktu ve düz bacak kaldırma, laseque testleri negatifti. Nörolojik muayenesi de normaldi. Hastanın dermatoloji bölümü ile konsülte edildi, lokal steroid ve lokal anestezi tedavisi başlandı. Hastaya pregabalın 75 mg 2x1 başlandı. Torakal, lomber kas gruplarına yönelik germe egzersizleri önerildi. Günde 3 kez her defasında 20 dk olacak şekilde sıcak paket uygulama önerildi. Hasta 1 ay sonra FTR ve Cildiye poliklinik kontrolüne çağrıldı.



Şekil (PS-183): Hastanın sol skapula altında yer alan 6x8 cm boyutlarında hiperpigmente lezyon.

Sonuç: Özellikle fiziksel tıp ve rehabilitasyon, dermatoloji, nöroloji, ortopedi ve beyin cerrahi gibi branşlarda, skapular bölgede deri bulguları ve eşlik eden parestetik yakınmaları olan hastalarda, notalgia parestetika tanısının göz önünde bulundurulmasını ve öncelikle tedaviye cevapsız vakalarda olmak üzere belki tüm hastalarda vertebral radyolojik incelemelerin yapılmasını önermekteyiz.

Anahtar sözcükler: Notalgia parestetika, sırt ağrısı, nöropatik ağrı

PS-184

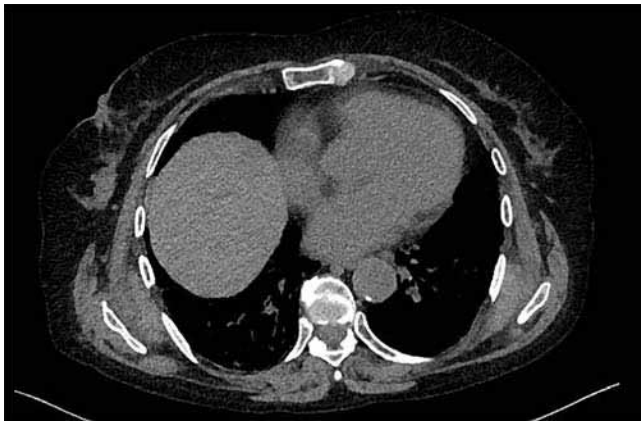
Sistemik sklerozlu hastada bilateral elastofibroma dorsi

Ayşe Ünal Enginar, İlhan Sezer

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Elastofibroma dorsi, yumuşak dokudan köken alan, yaş büyüyen nadir görülen benign bir tümördür. Etyolojide mekanik ve genetik faktörler rol oynamaktadır. Genellikle tek taraflıdır. Bilateral görülme sıklığı %10 olup en sık subskapular-infraskapular bölgede ve romboid majör ile latissimus dorsi kasları arasında yerleşir. Elastofibroma dorsi hastaları genellikle asemptomatiktir. Asemptomatik hastaların %2'si toraks BT'de tesadüfen saptanır. Semptomatik olarak ağrı, şişlik, klik sesi olabilir. Karakteristik patolojik özelliği bant şeklinde fibrotik alanlar, yağlı doku ve bozulmuş elastogenezistir. Elastofibroma dorside önerilen tedavi cerrahi rezeksiyondur. Bununla birlikte 5 cm'den küçük lezyonlarda cerrahi tedaviden kaçınılması önerilmektedir. Biz de literatürde rastlamadığımız ancak sistemik skleroz tanı ve bilateral elastofibroma dorsi saptanan olgumuzu sunmak istedik.

Olgu: 73 yaşında yaklaşık 20 yıldır sistemik skleroz tanısı olan daha önceden interstisyel akciğer tutulumu nedeniyle siklofosfamid ve rituksimab kullanan hasta kontrol amaçlı polikliniğimize başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde digital ülseri yoktu. Sklerodaktili, telenjektazisi mevcuttu. Solunum sesleri bilateral bazallerde ralleri mevcuttu. Hemogram, biyokimya, idrar tetkikleri normaldi. ANA 1/1000+, antiscl 70 + idi. Hastanın çekilen yüksek rezolüsyonlu akciğer tomografisinde her iki hemitoraks pos-



Şekil (PS-184): Toraks BT'de bilateral yumuşak doku kitlesi.

teriorda subskapular kas altında yerleşimli sağda yaklaşık 5×1.5 cm, solda yaklaşık 4.5×1.5 cm boyutunda hipodens yumuşak doku dansiteleri izlendi (elastofibromatozis dorsi). Her iki akciğerde ağırlıklı olarak periferin ve alt lobların tutulduğu yer yer balpeteği görünümünde interlobüler septa kalınlık artışı ve zayıf buzlu cam atenüasyon artışları saptandı (Şekil PS-184). Hastanın asemptomatik olması nedeniyle elastofibroma dorsi için cerrahi tedavi önerilmedi.

Sonuç: Elastofibroma dorsi nadir görülen bir tümördür. Bozulmuş elastogeneze ilişkili olduğu düşünülmektedir. Literatürde sistemik sklerozda bildirilen elastofibroma dorsi olgusuna rastlamadık ve etyopatogeneze bu durumun ilişkili olabileceğini düşündüğümüz için bu olguyu sunmak istedik.

Anahtar sözcükler: Elastofibroma dorsi, sistemik skleroz

PS-185

Diz eklemının nadir hastalığı: Lipoma arboresans

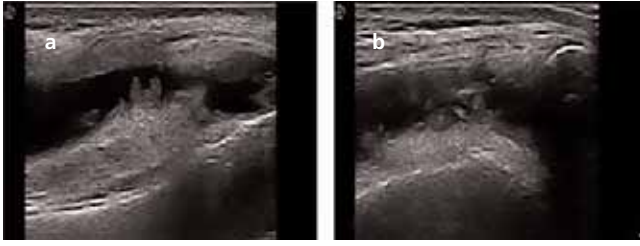
Emre Tekgöz¹, Muhammet Çınar¹, Hatice Tuba Sanal², Sedat Yılmaz¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Lipoma arboresans (LA), etkilenen eklemde genellikle ağrısız şişlik ve hareket kısıtlılığına yol açan nadir bir hastalıktır. Etyolojisi tam olarak aydınlatılmamış olsa da romatoid artrit, ankiroz spondilit gibi inflamatuvar bir sürecin yanında osteoartrit gibi dejeneratif bir eklem hastalığının zemininde de gelişebilmesi mümkündür. En sık etkilenen eklem dizdir. Olgumuzda diz eklemine şişlik ve hareket kısıtlılığı ile başvuran hastanın tanı, tedavi yöntemleri tartışılmış, klinik pratikte kolaylıkla uygulanabilecek olan ultrasonun öneme değinilmiştir.

Olgu: 44 yaşında erkek hasta, yaklaşık 11 aydır devam eden sağ dizinde şişlik, hareket kısıtlılığı yakınmaları nedeni ile polikliniğimize başvurdu. Romatolojik sistem sorgulamasında ek bir bulgu saptanmayan hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ dizinde suprapatellar effüzyon ve eklem hareket açıklığında yaklaşık 90 dereceden sonra kısıtlılık saptandı. Laboratuvar değerlendirmesinde akut faz yanıtı normal idi. Romatoid faktör, Anti-siklik sitriline peptid antikor, HLA-B27'yi içeren serolojik testleri negatif idi. Diz eklemi artrosentezi ile elde edilen eklem sıvısında kristal gözlenmedi, hücre sayısı normaldi ve kültürlerde mikroorganizma izole edilmedi. Tanıya yönelik yapılan diz ultrasonografisinde subdermal dokuya kıyasla aneikoik suprapatellar effüzyon ve prefemoral yağ dokusuna göre hipo-izoekoik sinoviyal hipertrofi ile uyumlu bulgu saptandı (Şekil 1 PS-185). Diz magnetik rezonans görüntüleme (MRG)'sinde T1 ağırlıklı sekanslarda yüksek sinyal intensitesinde gözlenen sinoviyal hipertrofi alanları yağ baskılı sekanslarda tamamen baskılanmıştı (Şekil 2 PS-185). Sinovektomi ile tedavi edilen hastamızın patolojik tanısı LA ile uyumluydu.

Sonuç: Lipoma arboresans, eklemde kronik, genellikle ağrısız şişlik ve hareket kısıtlılığına neden olan nadir bir patolojidir. Yaşamın 5. ve 6. dekatında insidansında artış görülür. Erkekler ve diz eklemleri daha fazla etkilenmektedir. Bu olguda da görüldüğü gibi diğer inflamatuvar romatolojik patolojiler ile kolaylıkla karışabilen LA tanısında ultrasonografik görünümün



Şekil 1 (PS-185): Ultrasonografi, (a) sağ diz longitudinal ve (b) transvers görüntü. Prefemoral yağ dokusuna göre hipo-izoekoik sinoviyal hipertrofi.



Şekil 2 (PS-185): MRG. Diz (a) sagittal kesit, (b) koronal kesit. T1 ağırlıklı sekanslarda yüksek sinyal intensitesinde eğreltiolu şekilde gözlenen sinoviyal hipertrofi alanları yağ baskılı sekanslarda tamamen baskılı.

MRG bulguları kadar değerli olduğunu düşünmekteyiz. Diz eklemine bu nadir hastalığın doğru teşhis edilebilmesi, hastaları gerekli olmayan girişim ve tedavilerden koruyacaktır. LA tedavisinde cerrahi tedavinin ön planda olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar sözcükler: Diz eklemi, lipoma arboresans, ultrasonografi

PS-186

Bel ağrısının nadir bir nedeni: Osteoid osteoma

Emre Tekgöz¹, Muhammet Çınar¹, Hatice Tuba Sanal², Maghrur Mammadov¹, Sedat Yılmaz¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Osteoid osteoma (OO), iyi huylu osteoblastik bir kemik tümörüdür. Genellikle genç yaşlarda ve erkeklerde daha sık görülür. Hastaların tipik yakınmaları özellikle geceleri görülen mekanik karakterde ağrıdır ve bu şikayetler basit ağrı kesicilerle çok iyi yanıt verir. Uzun kemiklere yerleşen OO'nun lomber vertebra tutulumu çok nadirdir. Bu olguda bel ağrısı şikayeti nedeni ile ankirozant spondilit (AS) tanısı konularak takip edilen hastanın detaylı değerlendirilmesi sonucunda OO tanısı konul-

muştur. Vakamızda inflamatuvar karakterde olmayan ağrı yakınmalarının iyi değerlendirilmesinin önemine değinilmiştir.

Olgu: 32 yaşında erkek hasta, bel ağrısının kötüleşmesi nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Öyküsünde AS tanısı ile çeşitli steroid olmayan anti-inflamatuvar tedavi alan hastanın ağrı yakınmasının karakterini sorguladığımızda, bel bölgesindeki şikayetlerinin özellikle geceleri artmakta olduğunu ve kalça ağrısının, sabah katılığı'nın eşlik etmediğini tarif ediyordu. Spondiloartrit açısından yapılan sistem sorgulamasında eşlik eden bir bulgu yoktu. Eritrosit sedimentasyon hızı ve C-reaktif protein düzeyleri normal, HLA-B27 negatif olarak saptandı. Sakroiliak eklem ve lomber vertebra'nın direk grafilerinde spondilit bulgusu saptanmadı. Lomber bölge bilgisayarlı tomografi incelemesinde, sol L3 vertebra'nın inferior artiküler fasetinde, bir miktar L3-L4 faset eklem yüzeyine taşan nidus çevresinde kemik yapıda skleroz izlenmiş olup karakteristik görünümünden dolayı OO tanısı konuldu (Şekil PS-186).

Sonuç: OO tüm iyi huylu kemik tümörlerinin %10'unu oluşturan, nadir gözlenen osteoblastik bir kemik tümörüdür. 20 ile 30 yaş arası erkeklerde sıklığı artan bu patoloji, görülme yaşı ve erkeklerde baskın oluşu açısından spondiloartritler ile benzerlik göstermektedir. Fakat ağrının özellikle gece oluşu bu nadir gözlenen kemik tümörünü diğer inflamatuvar hastalıklardan ayırmada çok önemli bir göstergedir. Öyküsünde bir süredir AS tanısı ile takip edilen olguya, özellikle geceleri devam eden ağrılarından dolayı çekilen lomber bilgisayarlı tomografi sonucu ile OO tanısı kondu. Böylelikle nadiren lomber bölgeye yerleşebilen OO'nun klinik, radyolojik bulguları hatırlatılmış ve klinisyenlere hastaların en sık yakınması olan ağrının karakterinin sorgulanmasının önemine değinilmiştir.

Anahtar sözcükler: Diz eklemi, osteoid osteoma, tümör

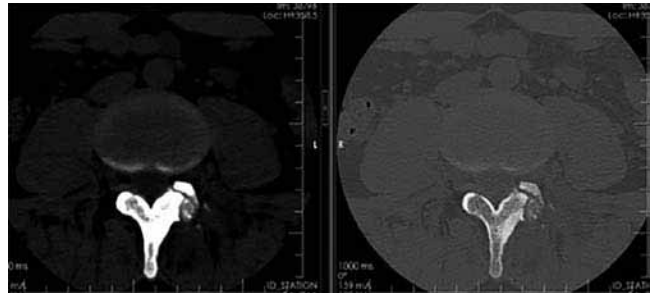
PS-187

Eklem ağrısının diğer yüzü: Osteopoikilozis

Emre Tekgöz¹, Muhammet Çınar¹, Hatice Tuba Sanal², Sedat Yılmaz¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Osteopoikilozis kemik rezorpsiyon döngüsündeki bozukluğa bağlı gelişen enostoz benzeri görünüm veren ender bir osteosklerotik kemik hastalığıdır. Olgularımızda el ve kalça eklemlerinde ağrı ile başvuran hastalara direk grafi bulguları ile tanıya yönlendirilmiş ve bu nadir hastalık klinisyenlere hatırlatılmıştır.



Şekil (PS-186): Lomber vertebra (L3) BT aksiyel görüntü, nidus ve çevresindeki skleroz.

Olgu 1: 22 yaşında erkek hasta, yaklaşık 10 yıl önce başlayan el parmakları ve kalça ekleminde ağrı şikayeti ile başvurdu. İnflamatuvar bir ağrı tarif etmeyen hastanın yakınmaları steroid olmayan anti-inflamatuvar ilaçlar ile gerilemekte idi. Romatolojik sistem sorgulamasında anlamlı bir bulgu bulunamadı. Fizik muayenede artrit tespit edilmedi. Akut faz yanıtı normaldi ve serolojik testleri negatif idi. Çekilen el ve pelvis grafilerinde, her iki el ve el bileğinde junksta artiküler-epifizyel yerleşimli; kalça ve sakroiliak eklem çevresi, femur başı ve boynu ile pubis ramuslarında çok sayıda milimetrik kompakt kemik adacıkları osteopoikilozis ile uyumlu idi (Şekil 1 PS-187).

Olgu 2: 28 yaşında erkek hasta, 4 yıl önce başlayan gün içerisinde sürekli, hareket ile rahatlamayan, mekanik özellikte sırt ve kalça ağrısı ile başvurdu. Spondiloartrit açısından sistem sorgulamasında anlamlı bir bulgu saptanmadı. Fizik muayenesinde artrit tespit edilmedi. HLA-B27'yi içeren serolojik testleri negatif idi. Pelvis grafisinde her iki femur proksimalinde, iliak kanatlarda eklem yüzlerine yakın kısımlarda daha büyük boyutlarda olmak üzere radyopak kemik adacıkları gözlemlendi (Şekil 2 PS-187a). Sakroiliak eklemde magnetik rezonans görüntülemesinde kemik yapılarında multipl sklerotik kemik adacıkları izlendi, sakroiliak eklemlerde kemik iliği ödemi yoktu (Şekil 2 PS-187b-c). Bulgular osteopoikilozis ile uyumlu idi.

Sonuç: Osteopoikilozis lamellar kemiğin spongioza tabakasındaki displaziye bağlı gelişen fokal sklerotik bir kemik alanıdır. Patogenezinde LEMD3 genindeki inaktive edici mutasyon yer almakta ve bu mutasyon otozomal dominant kalıtım göstermektedir. Bu inaktive edici mutasyon sonucu olarak rezorpsiyon başarısızlığı,

kemiklerde enostoz benzeri görünüme neden olmaktadır. Hastaların büyük kısmı asemptomatik olsa da, ağrı en önemli şikayettir. Hastalarımıza da el ve kalça ekleminde ağrı yakınmasından dolayı çekilen grafi görüntüleri ile tanı konulmuştur. Eklem ağrısı ile başvuran iki olgunun direk grafi bulgularında saptanan osteopoikilozisin tipik radyografik görüntüsünün klinisyenlere hatırlatılması klinik pratikte ayırıcı tanıya katkı sağlayacaktır.

Anahtar sözcükler: El eklemi, kalça eklemi, osteopoikilozis

PS-188

Nekrotizan pannikülit ve asimetrik oligoartrit tablosu ile prezente olan alfa-1 antitripsin eksikliği olgusu

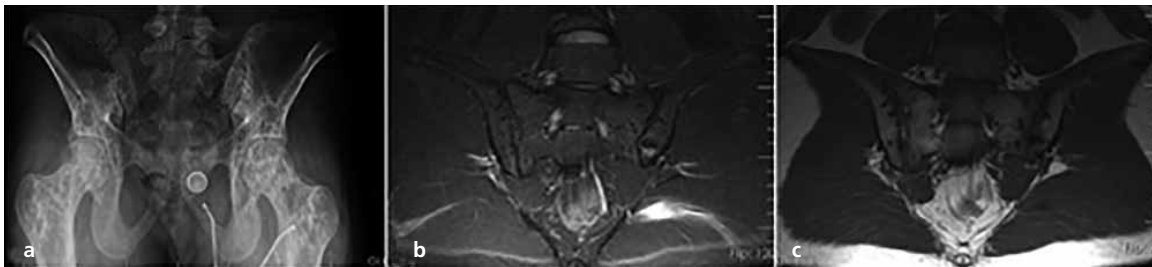
Çiğdem Çetin¹, Caner Kapar², Ayşenur Ersoy², Murat Bektaş¹, Can Baykal³, Lale Öcal¹, Murat İnanç¹, Ahmet Gül¹, Z. Oya Uyguner⁴, Bahar Artun Esen¹

¹*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul;* ²*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul;* ³*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul;* ⁴*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, İstanbul*

Amaç: Alfa-1 antitripsin (AAT) serin proteaz inhibitör ailesinin ailesinin bir üyesi olup nötrofillerden salgılanan elastaz, katepsin-G, proteinaz-3, tripsin, kimotripsin gibi proteolitik enzimlerin yıkıcı etkisinden hücreleri korur. Bu çalışmada erişkin yaşta, nekrotizan pannikülit ve asimetrik oligoartrit tablosu ile prezente olan bir AAT eksikliği olgusu sunulmaktadır.



Şekil 1 (PS-187): (a) Pelvis grafisinde kalça ve sakroiliak eklem çevresi, femur başı ve boynu ile pubis ramuslarında, (b) el grafisinde her iki el ve el bileğinde junksta artiküler-epifizyel yerleşimli çok sayıda milimetrik kompakt kemik adacıkları.



Şekil 2 (PS-187): (a) Pelvis grafisinde her iki femur proksimalinde, iliak kanatlarda eklem yüzlerine yakın kısımlarda daha büyük boyutlarda olmak üzere radyopak kemik adacıkları, (b, c) sakroiliak MR'da, kemik yapılarında multipl sklerotik kemik adacıkları.



Şekil (PS-188): Sağ gluteal bölgedeki ortası ülsere plak lezyon.

Olgu: 30 yaşında kadın hasta; her iki ayak bileği ve sağ el bileğinde artrit, her iki gluteal bölgede, sol kol lateral yüzünde, sağ diz kapağı üzerinde kızarıklık şikayetleri ile başvurdu. Tetkiklerinde CRP 231 mg/l, sedimentasyon 36 mm/sa, RF, anti-CCP, ANA, anti-dsDNA negatif, komplemanları normal, viral seroloji negatif, hemogram, karaciğer testleri ve idrar tetkiki normal, elektroforezinde gamma: 0.95 g/dl, alfa-1: 0.25 gr/dl saptandı. Çocukluk çağından itibaren astım tanısıyla izlenen hastanın Toraks BT'sinde akciğer alt loblarda sentriasiner infiltrasyonlar saptandı. Hastaya artrit nedeniyle 32 mg metilprednizolon tedavisi başlandı. CRP'si geriledi. Steroid azaltılırken gluteal bölge, uyluk ve sağ dizinde eritematöz, ülsere, akıntılı nodüler plak tarzında cilt lezyonları ortaya çıktı (Şekil PS-188). Lezyonların patolojisinde papiller dermiste ödem, eozinofiller, nötrofiller ve lökositoklazi, bir damar duvarında hipereozinofilik görünüm, nötrofiller, histiyositlerden oluşan infiltrasyon saptandı. Steroid altında pannikülit benzeri yoğun iltihabi infiltrasyon içeren lezyonların tekrarlaması, akciğer alt zonlarda sentriasiner infiltrasyonların olması nedeniyle serum Alfa-1 Antitripsin düzeyi gönderildi ve 0.18 gr/l (Ref: 0.9–2 gr/l) düşük olarak saptandı. AAT gen mutasyon analizinde 14q32.13 yerleşimli SERPINA1 geninde ekzon 5'te homozigot c.1096G>A (p.E366K; p.Glu366Lys) mutasyonu saptandı. Hastaya Alfa-1 antitripsin enzim eksikliği ve dirençli pannikülit benzeri cilt lezyonları ve oligoartrit atakları nedeniyle 60 mg/kg/hafta dozu ile AAT enzim replasmanı başlandı. Tedavinin ikinci haftasında cilt lezyonlarında, eklem yakınmalarında ve akut faz reaksiyonlarında belirgin düzelme elde edildi.

Sonuç: AAT eksikliğinde ekstrapulmoner bulgular arasında nadir olarak nekrotizan pannikülit ile karakterize deri ve subkutan doku lezyonları görülebilir. Literatürde 50'den az vaka bulunmaktadır. Bizim vakamız 31 yaşında nekrotizan pannikülit benze-

ri cilt lezyonları ve asimetrik oligoartrit tablosu ile başvurup Alfa-1 antitripsin eksikliği tanısı konulan genç bir kadın hastaydı.

Anahtar sözcükler: Alfa-1 antitripsin, pannikülit, oligoartrit

PS-189

Romatoid artırtli hastada leflunomid ilişkili granüloamatöz hepatit vakası

Furkan Ceylan¹, Abdulsamet Erden², Ali Akdoğan², Denizcan Güven¹, Berkan Armağan², Alper Sari²

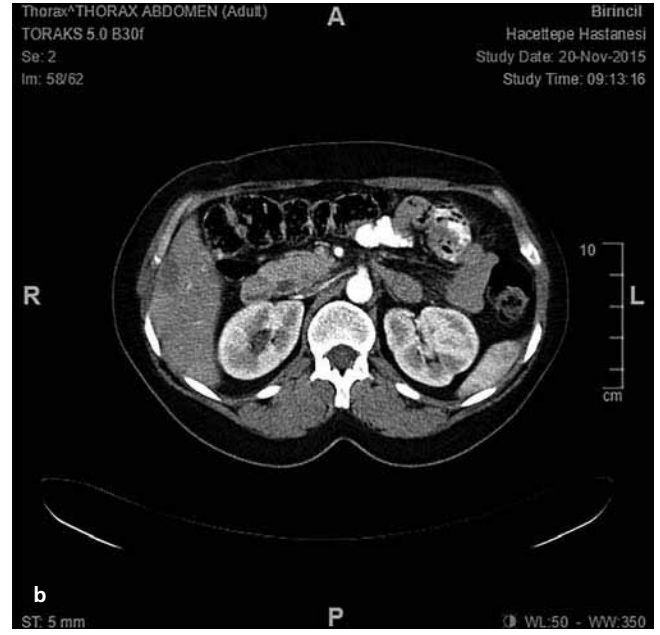
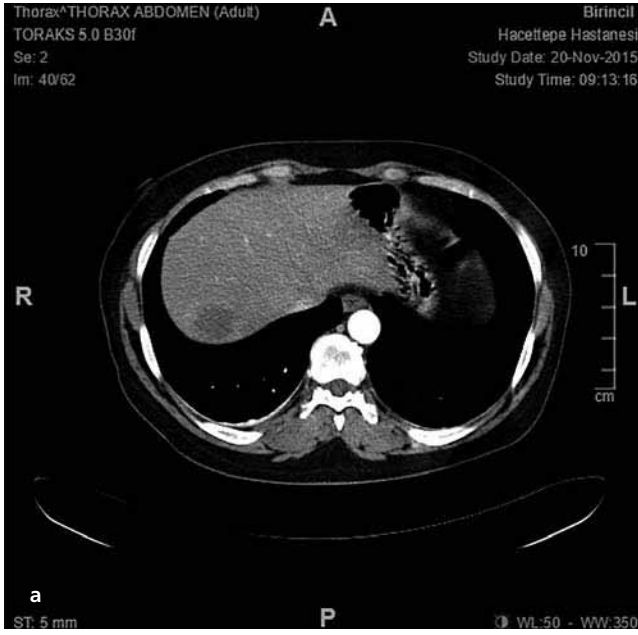
¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara; ²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Romatoid artrit (RA) en sık rastlanılan sistemik otoimmün hastalıktır. RA eklem bulguları dışında %50 vakada sistemik tutulum gösterir. Gastrointestinal sistem en sık tutulan sistemlerdendir. Karaciğer tutulumu çoğu zaman transaminazlarda ılımlı non-spesifik yükselme şeklindedir. RA tedavisinde kullanılan ilaçlardan sülfasalazin, metotreksat, leflunomidin hepatotoksik etkileri en sık non spesifik transaminaz yüksekliği şeklinde olup bu ilaçlarla ilişkili granüloamatöz hepatit tablosu daha önce bildirilmemiştir. Bu yazının amacı leflunomidin granüloamatöz hepatite neden olduğunu gösteren ilk yazı olmasıdır.

Olgu: 7 yıldır seropozitif (RF+, CCP+) RA ile takip edilen 38 yaşında kadın hasta Hidroksiklorokin 1x200 mg, Leflunomid 20 mg/gün aşırı, Metotreksat 4tb/hf tedavisi altında izlenirken, ani başlayan karın ağrısı şikayetiyle acile başvuran hastanın vital bulgularında bir anormallik saptanmadı. Fizik muayenede sağ üst kadranda hassasiyet dışında patoloji saptanmadı. Hemogram ve biyokimyasında patoloji saptanmadı. Hepatobilier USG'de karaciğerde multipl düzensiz hiperekoik lezyonlar gözlenen hastanın Abdomen MRC'si en büyüğü segment 7 de 30x28 mm boyutunda T1A sekanslarda düşük, T2A sekanslarda yüksek sinyal yoğunlukta, kontrast madde sonrası düzensiz çevresel kontrast madde tutulumu gösteren multipl kitle lezyonu olarak değerlendirildi (Şekil PS-189). Toraks-Abdomen BT, mamografik görüntüleme endoskopi ve kolonoskopisi yapıldı. Malignite saptanmadı. Brucella agglütinasyonu, AMA, hepatit markerları negatif, ACE düzeyi 17.5 U/L (8-52 U/L) geldi. Quantiferon pozitif gelmesine rağmen anlamlı kabul edilmedi. Karaciğer biyopsisi 'geniş fibrinoid nekroz alanları ve çevresinde palizatik dizilim gösteren lenfositik hücrelerden oluşan granüloamatöz reaksiyon odakları' şeklinde raporlandı. Malignite ve infeksiyöz sebeplerin dışlanmasıyla ön planda ilaç ilişkili granüloamatöz hepatit düşünüldü. Hastanın ilaçlarından tedavisine en yakın tarihte eklenen (2.5 ay önce) leflunomid kesildi ve prednizolon dozu 30 mg/gün'e çıkarıldı. Hastanın 3 ve 9 ay sonraki abdominal MR görüntülemelerinde kitle lezyonlarında minimal ve tamamen gerileme olduğu gözlemlendi. Prednizolon 1 yıl içinde azaltılarak 5 mg/gün'e düşüldü. Tedaviye Metotreksat 4 tb/hf, Prednizolon 5 mg/gün, Hidroksiklorokin 200 mg/gün şeklinde devam edilmektedir.

Sonuç: Granüloamatöz hepatite ilaçların neden olduğu bilinmektedir. Vakada ilk kez leflunomidin granüloamatöz hepatite neden olduğu gösterilmiştir.

Anahtar sözcükler: Romatoid artrit, granüloamatöz hepatit, leflunomid



Şekil (PS-189): (a, b) İki ayrı kesit düzeyinde kontrast madde sonrası düzensiz çevresel kontrast madde tutulumu gösteren multipl kitle lezyonları.

PS-190

Subdeltoid kalsifik bursitin ultrason eşliğinde perkütan lavajı

Esra Dilşat Bayrak¹, Feyza Ünlü Özkan², İlknur Aktaş²

¹Istanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul; ²Istanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

Amaç: Omuz ağrısı ile başvuran hastalarda ağrının büyük bölümü subakromial bölgedeki bursa patolojilerinden kaynaklanır. Derin yerleşimli olanlarda bursit düşündürülecek fizik muayene bulgusu elde edilemez. Bu hastalarda ultrason hem tanı konulması hem de bu bölgeye yapılacak girişimlere klavuzluk etmesi açısından önemlidir. Bu olguda subdeltoid bursa içinde kalsifik bursiti olan hastanın kalsifik lezyonun parçalanarak bursa içine lavaj yapılması ve sonrasında steroid enjeksiyonu yapılarak başarılı bir şekilde tedavisinden bahsetmekteyiz.

Olgu: 63 yaşında kadın hasta 3 ay önce sağ omuzda başüstü hareketlerde ağrı ile dış merkeze başvurmuş, yapılan omuz MR'da impingement bulguları saptanmıştı. Fizik tedavi programından fayda görmemesi üzerine kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede omuzda şişlik, kızarıklık, sıcaklık artışı yoktu, omuz fleksiyonu ve iç rotasyonu kısıtlıydı. Bilinen sistemik hastalık öyküsü ve ilaç kullanımı olmayan hastanın tetkiklerinde akut faz reaktanları (sedimentasyon, CRP), ürik asit, kalsiyum, fosfat, tam kan, böbrek fonksiyon testleri, TSH ve parathormon düzeyleri normaldi. Otoantiklorları (RF, CCP) negatifti. Omuz direkt grafisi normaldi. Yapılan omuz USG'de subdeltoid bursada efüzyon, büyük bir kalsifik lezyon ve power doppler sinyal artışı izlendi (Şekil PS-190). USG eşliğinde bursa içindeki efüzyon boşaltıldı, kalsifik lezyon iğne (21 gauge) ile parçalandı, lokal anestezi (%2'lik lidokain 2 cc) ve serum fizyolojik (2 cc) ile bursa doldurulup tekrar lavaj yapıldı, takibinde bursa içine steroid (betametazon 1 amp) enjek-

siyonu uygulandı. 1 hafta sonraki kontrolünde hastanın ağrısı ve hareket kısıtlılığı tamamen düzeldi, tekrarlanan USG de kalsifik lezyonun ve bursitin tamamen gerilediği görüldü.

Sonuç: Kalsifik bursit sıklıkla subakromial ve trokanterik bursada izlenmektedir. Kalsifikasyonda ilk birikim sert formda olmaktadır. Takibinde inflamatuvar rezorptif faz ile kalsifikasyon parçalanır ya da yumuşar. Bu dönemde şiddetli ağrıya yol açabilir. Büyük çamursu kalsifikasyonlar ve bursal kalsifikasyonlar ultrasonografi ile çok daha iyi saptanır, küçük ve dağınık depo-



Şekil (PS-190): Hastanın geliş ultrasonografisi. Subdeltoid bursa içinde kalsifik lezyon, efüzyon ve power doppler sinyal artışı.

zitlerin ise direkt grafide görülme oranı daha yüksektir. Bursa, tendon gibi yapılarda kalsifik lezyonlar her zaman direkt grafide bulgu vermez. Bu hastalarda ultrason görüntülemesi oldukça değerlidir. Semptomatik olan hastalarda ultrason eşliğinde lezyonun iğne ile parçalanması, lokal anestezi ve serum fizyolojikle lavajı ve steroid enjeksiyonu ile çok kısa sürede komplet iyileşme sağlanabilmektedir.

Anahtar sözcükler: Subdeltoid bursa, kalsifikasyon, kalsifik bursit, USG, perkütan lavaj

PS-191

Fibromiyalji sendromlu bir hastada duloksetin ile ilişkili huzursuz bacak sendromu

Cevriye Müllükoğlu, Hakan Genç

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara

Amaç: Huzursuz bacak sendromu (HBS), uzuvlardaki rahatsız edici hislerle karakterize, semptomların istirahat ve uykuda kötüleştiği, ani hareket ettirmekle rahatladığı, sensorimotor bir hastalıktır. HBS çoğunlukla kadınları etkilemekte ve prevalansı yaş ile artmaktadır. Uzuvlardaki parestezi, derin ağrı ve rahatsızlık hissi hastanın sık uyanmasına, uyku ve yaşam kalitesinin bozulmasına neden olur. HBS'de genellikle alt ekstremiteler etkilenir, ancak kollar ve gövde de etkilenebilir. Bu yazıda daha önce az sayıda raporlanmış olan duloksetin kullanımına sekonder HBS gelişen bir fibromiyalji hastası sunuldu.

Olgu: 47 yaşında bayan hasta yaygın ağrı ve yorgunluk şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. 2016 Fibromiyalji revize tanı kriterlerine göre fibromiyalji sendromu tanısı konulan hastaya 30 mg/gün duloksetin tedavisi başlandı. Dört hafta sonraki kontrolde, hastanın fibromiyalji sendromuna ilişkin ağrı ve yorgunluğu azalmış fakat bacaklarında geceleri artan huzursuzluk, karıncalanma hissi ve ani hareket ettirme isteği başlamıştı. Hasta rahatlamak için gece her on dakikada bir uyandığını ve evin içinde dolaştığını belirtiyordu. Duloksetin'e başlamadan önce böyle bir şikayetinin olmadığını, ilaca başladıktan sonra iki hafta içinde bu bulguların ortaya çıktığını fark etmişti. Gündüz uzun süre oturduktan sonra bacaklarını hareket ettirmek için güçlü bir istek duyduğunu ifade ediyordu. Başlangıçta geceleri bacaklarda olan bulgular, iki ay içinde kollar ve vücuda da yayılmıştı. Hastamızda alkol ve sigara kullanım öyküsü yoktu. Demir eksikliği, kronik karaciğer veya böbrek hastalığı yoktu. D vitamini dışında (7.18 mcg/L) tüm biyokimyasal parametreler ve rutin kan tetkikleri normaldi. Hasta 30 mg duloksetin'i gün aşırı aldığıında hem fibromiyaljik semptomlarının hem de HBS semptomlarının azaldığını farketmişti ve tedavisine bu şekilde devam edildi.

Sonuç: HBS, primer veya sekonder olabilir. Dopaminerjik disfonksiyon ve genetik faktörler primer HBS nedenidir. Demir metabolizması bozuklukları, gebelik, periferik nöropati, aşırı alkol veya kafein kullanımı, tütün kullanımı, nörolojik bozukluklar, son dönem böbrek yetmezliği ve ilaçlar sekonder HBS'ye yol açabilir. Yayınlanan az sayıda raporda duloksetin'in dopaminerjik iletim disfonksiyonu yaparak HBS'ye sebep olduğu belirtilmektedir. Fibromiyalji sendromu tedavisinde yaygın olarak kullanılan,

potent bir serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörü olan duloksetin, HBS gelişmesini indükleyebilen bir ilaçtır.

Anahtar sözcükler: Huzursuz bacak sendromu, duloksetin, uyku bozukluğu

PS-192

Nadir görülen bir hastalık: Primer lokalize kutanöz amiloidoz

Ahmet Karataş, Burak Öz, Zeynel Abidin Akar, Süleyman Serdar Koca

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

Amaç: Amiloidoz farklı dokularda heterojen yapıda hatalı katlanmış bir protein olan amiloid fibrillerinin ekstrasellüler birikimi olarak tanımlanmaktadır. Amiloid birikimi lokalize ya da sistemik formda olabilir. Primer lokalize kutanöz amiloidoz (PLKA) nadir görülen bir amiloid birikim bozukluğudur. PLKA'nın liken, maküler, nodüler ve familial olmak üzere dört ana formu bulunmaktadır. Amiloid fibril oluşumunun genel mekanizması tam olarak anlaşılmasına rağmen PLKA'da ilk amiloid oluşumunun keratinosit apoptozisi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Sistemik amiloidozun kutanöz belirtileri de göz önüne alındığında hastaların ayrımı açısından iyi değerlendirilmeleri gerekmektedir. Olgu sunumumuzla nadir görülen bir hastalık olan PLKA'nın değerlendirmesini ve ayırıcı tanıda akıldaki tutulmasını amaçladık.

Olgu: 34 yaşında erkek hasta 1 yıldır olan gövdede, üst ekstremitelerde pembe-kahve renginde 0.5–1 cm ebatlarında basmakla solmayan ağrısız, kaşıntılı cilt lezyonları yakınmasıyla dermatoloji tarafından değerlendirilerek topikal tedavi önerilmiş. Ancak tedavi yanıtı alınamayan hastaya cilt biyopsisi yapılmış. Patoloji sonucu amiloidoz olarak raporlanan olgu tarafımıza yönlendirilmiş. Fizik muayenede; cilt lezyonları dışında patolojik bir bulgu saptanmadı. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. ANA (IFA) negatif, ENA paneli negatif, sedimentasyon: 3 mm/h CRP: 3.23 mg/L, serum amiloid A: 0.05 mg/dl (normal aralıkta), serum protein-immün elektroforez ve idrar immün elektroforez normal, lampda ve kappa hafif zincir düzeyi ve oranı normal aralıkta, idrar tetkiki normal olarak saptandı. EMG'de nöropati saptanmadı. Yapılan taramalarında organomegali saptanmadı. Hasta primer lokalize liken amiloidoz olarak kabul edildi.

Sonuç: Primer kutanöz lokalize amiloidozlu hastalar sıklıkla kaşıntılı deri lezyonu yakınmasıyla dermatoloji bölümüne başvurmaktadır. PLKA'da deri bulguları dışında sistemik tutulum beklenmez. PLKA, sistemik lupus eritematozus, multipl endokrin neoplazi tip 2A, sarkoidoz ve psoriasis gibi farklı hastalıklar ile ilişkili olarak bildirilmiştir. PLKA hayatı tehdit edici olmasa da, şiddetli kaşıntıdan nedeniyle hastaların yaşam kalitesini etkilemektedir. Sistemik etretinate veya acitretin tedavisinin bazı vakalarda faydalı olduğu görülmüştür. Özellikle hastalığın şiddetli ve yoğun olduğu durumlarda tedavi genellikle yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle, yeni ve etkili terapötik yaklaşımlar gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: Amiloidoz, primer kutanöz lokalize amiloidoz, liken amiloidozu

PS-193

Nadir görülen sistemik mastositozis olgusu

Demet Yalçın Kehribar¹, Merve Yılmaz², Metin Özgen³

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun; ²Samsun Gazi Devlet Hastanesi, Endokrinoloji Kliniği, Samsun; ³Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun

Amaç: Sistemik mastositozis, bir veya birden fazla organda ve deride anormal mast hücrelerinin klonal proliferasyonu ile ortaya çıkan, nadir görülen bir hastalıktır. Biz burada cilt lezyonlarıyla gelip, takipte sistemik mastositozis tanısı alan bir vakayı sunmayı amaçladık.

Olgu: Üç yıldır gut hastalığı öyküsü olan 42 yaşında erkek hasta sol çene, sol el bileği ve sağ dizde belirgin olmak üzere her iki dizde şişlik ve ağrı şikayeti ile romatoloji polikliniğimize başvurdu. Hastanın ağız, göz, cilt kuruluğu ve bir ay içinde iki kez senkop atağı geçirme öyküsü mevcuttu. Hastanın kardiyak ve nörolojik muayenesi normaldi. Fizik muayenesinde raynaud fenomeni ve vücutta hiperpigmente maküler tarzda döküntüler (Şekil PS-193) saptandı. Hastaya 6 yıl önce dermatoloji tarafından ürtikerya pigmentosa tanısı ile 195 seans puva tedavisi verildiği ancak sonrasında takiplere gitmediği öğrenildi. Ayrıca başlangıçta romatoid artrit düşünülerek metotreksat tedavisi başlandı ancak kolşisin ve ürikoliz tedavisine geçince şikayetlerinin düzeldiği öğrenildi. Hasta kolşisin ve ürikoliz tedavisi altındayken remisyondaymış, ancak tedaviyi bıraktınca artrit atağının tekrar geliştiği öğrenildi. Hastanın bu başvurusunda artrit tedavisi için 20 gün boyunca kolşisin 3*0.5 mg'a ek olarak 40-100 mg prednisolon tedavisi verildi. Önemli klinik rahatlama olmasına karşın ağrılarının bir miktar devam ettiğini belirtti. Ayrıca sol dizinde şişlik ve ısı artışının devam ettiği görüldü. Gut artriti tanısında şüphe yoktu çünkü ilk şikayet podogra ile başlamış, kolşisin ve ürikoliz tedavisi altındayken son 3 yıldır hiç atak yaşamamıştı. Laboratuvarında ESH: 75 mm/h ve CRP: 7.3 mg/dL olarak saptandı. Romatolojik markerlarda anormal bir bulgu saptanmadı. Çekilen batın BT'de akut bir patoloji gö-



Şekil (PS-193): Hiperpigmente maküler döküntüler.

rülmedi. Hastada mastositozis düşünülerek yapılan kemik iliği biyopsisinde artmış mast hücre içeriği saptandı. Bakılan flow-sitometri incelemesinde CD25'de belirgin ekspresyon görüldü ve hastaya sistemik mastositozis tanısı konuldu.

Sonuç: Sistemik mastositozisli olguların neredeyse tamamında kemik iliği tutulumu görülür ve tedavisi zor bir hastalıktır. Bu olgularda artrit birlikteliği akılda tutulmalıdır. Ayrıca bu hastalarda mevcut gut artritinin normale göre daha dirençli seyrettiği ve 1 aya kadar uzayan artrit atağı olabileceği gözardı edilmemelidir. Sistemik mastositozis çok agresif de gidebilen değişken klinik tablolarla seyredebileceğinden erken tanı ve tedavi çok önemlidir.

Anahtar sözcükler: Mastositozis

PS-194

Oral isotretinoin tedavisi ile gelişen miyalji ve kreatin fosfokinaz yüksekliği

Cevriye Mülkoğlu¹, Barış Nacı¹, Nermin Karasmanoğlu², Seçil Vural¹, Başak Mansız Kaplan¹, Burcu Duyur Çakıt¹

¹Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara; ²Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara

Amaç: İsoetretinoin, akne tedavisinde uzun zamandır kullanımda olan sentetik oral bir retinoiddir. Tedaviye dirençli akne vulgaris olgularında sıkça kullanılmaktadır. Kullanım süresi genellikle 6 aydır. Oral isotretinoin kas iskelet sistemi yan etkilerine sebep olabilmektedir. En sık görülen yan etkiler yorgunluk, artralji, artrit, bel ağrısı, miyalji, miyopati ve sakroileittir. İsoetretinoine bağlı sakroileit prevalansı %21 olarak bildirilmiştir. Artralji ve miyalji %2-5 oranındadır. Pelvik kuşakta kas zaafiyeti ve miyopati ise nadir rapor edilmiştir. Klinik olarak hafif bir kas ağrısı veya kramptan, ağır rabdomiyoliz ve böbrek yetmezliğine kadar çeşitlilik gösterebilir. Kas yıkımı için spesifik olan kreatin fosfokinaz (CPK) seviyesi yükselir. Elektromiyografi (EMG) ile miyopati bulguları desteklenir.

Olgu: 17 yaşında erkek hasta (SG), kas ağrısı şikayeti ile dermatoloji polikliniğinden bize yönlendirildi. Hastanın anamnezinde, 2 aydır yüzündeki akne tedavisi için 30 mg/gün dozunda oral isotretinoin (Roaccutane) kullanmakta olduğu, kas ağrısının özellikle pelvik kuşakta ve alt ekstremitelerinde yoğunlaştığı ve isotretinoin başlandıktan bir ay içinde yavaş yavaş geliştiği öğrenildi. Hastanın ek sistemik hastalığı ve başka ilaç kullanım öyküsü yoktu. Yoğun bir egzersiz programı veya yakın geçmişte intramusküler enjeksiyon tarif etmeyen hastanın fizik muayenesinde bilateral alt ekstremitelerde proksimal kas gücü 4+/5 saptandı. Bunun dışında nörolojik muayenesi doğaldı. Kan biyokimyasında CPK: 365 U/L (<190 normal değer) idi. İsoetretinoin başlanmadan önceki CPK değerinin 163 U/L olduğu saptandı. Hastamızın yapılan EMG'si normal idi. Diğer tüm kan tetkikleri ve hepatit serolojisi de normal olan hastaya CPK yüksekliği ve muayene bulguları doğrultusunda isotretinoin kullanımına bağlı miyalji tanısı konuldu. 1 ay boyunca takip edilen hastanın miyaljisi ve CPK yüksekliği devam ettiği için kullandığı isotretinoin tedavisi, Dermatoloji bölümünün önerisiyle sonlandırıldı.

Sonuç: Statinler, steroidler, antiviral ilaçlar, kolşisin ve klorokin miyotoksik olduğu bilinen ilaçlardır. Oral isotretinoin ile ilişkili miyaljisi olan olguların yaklaşık %15-50'sinde CPK yüksekliği görülebilir. CPK yüksekliği klinik bulgusu olsun ya da olmasın benign bir durumdur, bu yüzden oral isotretinoin kullanan hastalarda dikkatli olunmalı, ağır egzersiz ve spordan kaçınılmalıdır.

Anahtar sözcükler: İsoetretinoin, miyalji, miyopati, kreatin fosfokinaz

PS-195

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi tosilizumab deneyimi: Takayasu arteriti

Murat Taşçı, Fahrettin Bıçakçı, Murat Yiğit, Uğur Karasu, Veli Çobankara

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

Amaç: Tosilizumab (TCZ), IL-6 reseptörüne karşı geliştirilmiş rekombinant insan monoklonal antikorudur. Ülkemizde hastalık modifiye edici ajanlara (DMARD) yeterli yanıt vermeyen romatoid artrit tedavisinde endikasyon almıştır. TCZ'nin Takayasu arteriti (TAK) için Türkiye'de sosyal güvenlik sistemi geri ödeme kapsamında olmaması nedeniyle endikasyon dışı başvuru ile temin edilebilmektedir.

Amaç: Kliniğimizde endikasyon dışı kullanım onayı aralarak TCZ verdiğimiz TAK tanılı hastalarla ilgili deneyimimizi aktarmayı amaçladık.

Yöntem: Haziran 2018'e kadar TCZ ile tedavi edilen 18 yaşından büyük 11 TAK hastasının klinik, laboratuvar ve radyolojik özellikleri retrospektif olarak değerlendirildi

Bulgular: TAK hastalarının yaş ortalaması 45.3 (22-73), ortalama hastalık süresi 117 ay, ortalama TCZ kullanımı 17.7 aydı. Beş hasta daha önce başka biyolojik ajanlar kullanmıştı, altı hasta biyolojik ajan naifti. Yedi hastanın CRP ve ESH değerleri normal seyretmekteydi. Son yapılan ölçümlerde üç hastanın CRP, 1 hastanın da hem CRP hem ESH değeri yüksek bulundu. Hastaların başlangıç/son kullanılan steroid dozları ortalama 11.1/2.2 mg metilprednizolon/gündü. Altı hastanın steroidi kesilmişti. Sekiz hasta TCZ'ye ilave DMARD kullanmazken, üç hasta MTX almaktaydı. Başlangıç/son CRP değerleri ortalama 1.8/0.54 mg/dl, ESH 41/20 mm/saat bulundu. Bir hastanın %90 olan renal arter darlığı, %50 ye geriledi. Bir hastada İMA'da yeni oklüzyon gelişmesine rağmen akut faz değerleri normal seyretmekteydi. CRP'si yüksek seyreden bir hasta ankilozan spondilit tanısı aldı, tedavisi secukinumab olarak değiştirildi. Diğer hastaların damar bulguları stabildi. TCZ sonrası yeni bir oklüzyon/stenoz gelişmemiş veya stenoz düzeyinde azalma olmamıştı. Sistemik ve iskemik semptomları olmayan, akut fazı normal seyreden, yeni damar oklüzyonu/stenozu olmayan hasta sayısı altıydı (%54). Kronik böbrek hastalığı (KBH) evre 4 olan bir hasta, KBH evre 3 olan iki hasta, koroner arter hastalığı olan bir hasta dahil olmak üzere yan etki nedeniyle ilacı kesilen hasta yoktu, ölüm gözlenmedi.

Sonuç: Literatürde TAK hastalarında TCZ'nin etkili ve güvenli olduğunu gösteren yayınlara paralel olarak TCZ tedavisi verdiğimiz 11 hastanın %54'ünde Kerr kriterlerine göre aktivasyon gelişmediğini gözlemledik. Ciddi bir advers olay veya ölüm

gözlemedik. Bu sonuçlarla TCZ'nin DMARD'lara ve diğer biyolojilere dirençli TAK olgularında önemli bir tedavi seçeneği olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar sözcükler: Takayasu arteriti

PS-196

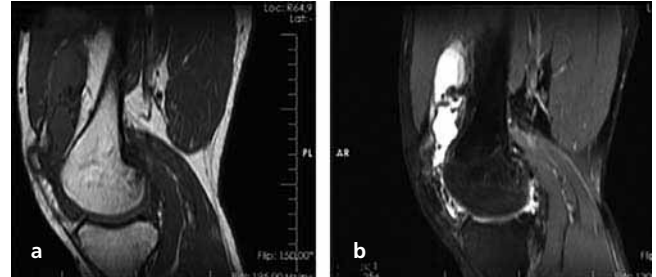
Diz ekleminin nadir tümörü: Pigmente villonodüler sinovit

Emre Tekgöz¹, Muhammet Çınar¹, Hatice Tuba Sanal², Maghrur Mammadov¹, Sedat Yılmaz¹

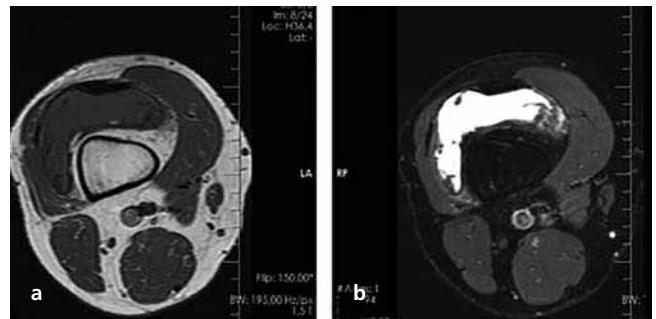
¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara; ²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Pigmente villonodüler sinovit (PVNS), klinik olarak nadiren karşılaşılan sinoviyumun iyi huylu proliferatif inflamatuvar hastalığıdır. En çok diz eklemi etkilense de diğer eklemler, tendon kılıfları ve ekstra artiküler burslarda da görülebilir. Olgumuzda, inflamatuvar diğer eklem patolojileri ile kolaylıkla karışabilecek diz ekleminin nadir görülen bu tümörü klinisyenlere hatırlatılmıştır.

Olgu: 27 yaşında erkek hasta, son 3 aydır artan diz ekleminde şişlik ve ağrı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Romatolojik sistem sorgusunda önemli bir bulgu saptanmadı. Fizik muayenesinde, sağ diz ekleminde suprapatellar effüzyon ve eklem hareket açıklığında kısıtlılık saptandı. Eritrosit sedimentasyon hızı ve C-reaktif proteini içeren akut faz cevabı normaldi ve romatoid faktör ve HLA-B27'yi içeren serolojik testleri negatif idi. Eklem sıvısı incelemesinde patolojik bir bulgu saptanmadı ancak hemorajik renkte idi. Sağ diz magnetik rezonans (MRG)



Şekil 1 (PS-196): (a) Sağ diz MRG sağittal kesit, T1 sekansında eklem sıvısının hafif hiperintens görünümü. (b) T2 sekansında sinoviyumun yaygın sinyalsiz görünümü.



Şekil 2 (PS-196): (a) Sağ diz MRG transverse kesit, T1 sekansında eklem sıvısının hafif hiperintens görünümü (A). (b) T2 sekansında sinoviyumun yaygın sinyalsiz görünümü.

görüntülerinde, T1-A sekansında eklem sıvısının hafif hiperintens görünümü hemorajik bir effüzyonu desteklemekte idi. T2 görüntülerde ise sinoviyumun diffüz dev hücreli tümörü ile uyumlu yaygın sinyalsiz 'blooming' artefakt görünümü saptandı (Şekil 1 ve 2 PS-196). Hastaya PVNS ön tanısı ile sinovektomi uygulandı ve patolojik bulgular PVNS'yi doğruladı.

Sonuç: PVNS diğer adı ile dev hücreli tendon tümörü, genellikle diz ekleminde gözlenen fakat diğer eklemlerin, tendonların ve bursaların da etkilenebileceği, patoloji görüntülerinde sinoviyal hipertrofi, sinoviyal çok çekirdekli dev hücreler ve subsinoviyal hemosiderin fagosite etmiş histiositler gibi spesifik bulgulara rastlanılan eklem nadir tümördür. 30'lu yaşlar itibarı ile sıklığı artmaktadır. En sık gözlenen semptomlar ağrı, şişlik ve eklem hareket açıklığında kısıtlılıktır. MRG tanı için önemli bir yol gösteren görüntüleme aracıdır. Sinovektomi tedavi yöntemidir. Olgumuzda kronik monoartrit ön tanısı ile araştırılan hastamızda çekilen MRG görüntüleri sonucunda bu tanıya yönlendirilmiştir. Biz bu vaka sunumunda klinisyenlere, kronik monoartritli hastalarda, tanıda inflamatuvar sebepler kadar enfeksiyöz nedenlerin ve tümöral oluşumların da akılda tutulması gerektiğini hatırlattık.

Anahtar sözcükler: Diz eklemi, pigmente villonodüler sinoviyal

PS-197

Erişkin Still hastalığında belirgin reaktif trombositoz:

Olgu sunumu

Rumeysa Kurt¹, Emel Gönüllü², Nevin İnce³

¹Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sakarya; ²Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Sakarya;

³Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce

Amaç: Erişkin Still hastalığı (ESH), etyolojisi bilinmeyen, multisistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Ateş, artrit ve vücutta tipik olarak görülen somon renkli döküntülerle karakterizedir. Lenfadenopati ve lökositoz da dahil olmak üzere nonspesifik hematolojik bulgular tabloya eşlik edebilir. Reaktif trombositoz ESH'de görülebilen bir durumken 1000.000/mm³ seviyesini aşan trombosit yüksekliği ise nadir görülmektedir. Tanı genellikle benzer bulgularla seyreden hastalıkların dışlanması ve kli-



Şekil (PS-197): Erişkin Still tanılı hastamızda başvurudaki yaygın cilt döküntüsü.

nik, laboratuvar bulgularının birlikteliği ile konur. Bu olguda erişkin Still hastalığı ve eşlik eden belirgin reaktif trombositoz ile takip ettiğimiz 33 yaşında bir erkek hasta sunulmaktadır.

Olgu: Otuzüç yaşında erkek hasta ateş, titreme, halsizlik, boğaz ağrısı, ateşe eşlik eden döküntüleri (Şekil PS-197) olması nedeniyle Enfeksiyon Hastalıkları Bölümü tarafından yatırılıp yapılmış. Hastaya ampirik olarak seftriakson ve levofloksasin başlanmıştır. Antibiyotiklerin 3. gününde ALT-AST yüksekliği olması üzerine seftriakson kesilmiştir. Levofloksasine devam edilmiştir. Ateş yüksekliğinin devam etmesi nedeniyle yatışının 7. gününde levofloksasine ek olarak piperasilin-tazobaktam başlanmıştır. Hastanın ateş yüksekliği antibiyotik kullanımına rağmen devam etmiştir. Periferik yaymada ökositlerin tamamı nötrofil ağırlıkta olup hipersegmente ve toksik granülasyon mevcutmuş. Hastaya ateş, ateşle birlikte tüm vücutta yaygın döküntüler, başka nedenlerin dışlanması, karaciğer enzim yüksekliği (ALT=102), ferritin=1099 ng/ml, sedimentasyon=106 mm/saat, 38 mg/L (0-1) değerleri ile erişkin Still hastalığı tanısı konuldu. Hastaya 1 mg/kg metilprednizolon başlanmasına karar verildi. Tedavi öncesi trombosit değeri = 1.202.000/mm³ olan hastanın tedavi sonrası da bir süre artışı devam ederek 1.566.000/mm³ seviyesine kadar çıktı. Periferik yaymasında; nötrofili, eritrositlerde rulo formasyonu ve trombositoz izlenirken atipik hücre izlenmedi. Ultrasonografide splenomegali mevcut değildi. Trombosit düzeyi tedavi altında normal seviyelere geriledi.

Sonuç: Erişkin Still hastalığında reaktif trombositoz görülebilmemesine rağmen 1 milyon/mm³ üzerine çıkan durumlar nadir görülmektedir. Steroid tedavisinin kendisi de reaktif trombositozu neden olabilmektedir. Burada kendisi de reaktif trombositozu neden olabilen steroid tedavisiyle erişkin Still hastalığında reaktif trombositoz düzelmiştir. Hasta steroid tedavisi ile klinik ve laboratuvar olarak remisyona girmiş ve şu anda steroid dozu azaltma döneminde izlenmektedir.

Anahtar sözcükler: Erişkin Still hastalığı, trombositoz

PS-198

Reaktif artrit etyolojisinin nadir bir nedeni:

Bacillus Calmette-Guerin immünoterapisi

Emre Tekgöz, Muhammet Çınar, Sedat Yılmaz

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

Amaç: Reaktif artrit (ReA), spondiloartrit grubu hastalıklar içerisinde, gastrointestinal veya genitouriner enfeksiyondan 6 hafta sonraya kadar gözlemlenebilen bir inflamatuvar romatolojik hastalıktır. Genellikle alt ekstremitte eklemlerinde asimetrik mono-oligo artıklar tutulum tipiktir ve takiplerinde sıklıkla eklem dışı bulgular gözlemlenebilir. Bu vakamızda, erken evre mesane kanseri tanısı ile adjuvan tedavi olarak intravezikal Bacillus Calmette Guerin (BCG) immünoterapisi alan hastada gelişen reaktif artrit olgusunu tartıştık.

Olgu: 72 yaşında erkek hasta polikliniğimize sağ ayak parmak eklemlerinde ve sol el 2. ve 3. parmaklarında şişlik ve ağrı yakınması ile başvurdu. Yaklaşık 6 ay önce mesanenin transisyonel hücreli karsinomu tanısı konulan hastaya cerrahi mukozal

rezeksiyon sonrasında adjuvan tedavi olarak beş siklus intravezikal BCG immünoterapisi uygulanmış. 5. kür BCG immünoterapisinden yaklaşık 1 ay sonra şikayetleri başlayan hastanın muayenesinde, sağ ayak 1–5 MTF eklemlerinde hassasiyet ve sol elin 2–3. parmağında daktilit saptandı. Akut faz cevabı yüksek olarak görüldü. Romatoid faktör, anti-nükleer antikor ve HLA-B27'yi içeren serolojik testler negatifti. Göz muayenesinde üveit veya konjonktivit saptanmadı. Yakınmaları 0.3 mg/kg prednizolon eşdeğeri metilprednizolon tedavisi ile birlikte geriledi. Hastanın şikayetleri steroid tedavisinin dozunun azaltılması ile tekrarlamadı ve steroid tedavisi birinci ayında kesildi. 14 aydır takipli hastada artrit tekrarlamadı.

Sonuç: ReA, inflamatuvar tarzda ağrının eşlik ettiği sakroiliit, spondilit, periferik artrit, daktilit ve ekstraartiküler bulgular ile kendini gösterebilen, özellikle gastrointestinal sistem veya ürogenital sistem bakteriyel enfeksiyonlarından sonra yaklaşık 3 ila 6 hafta içerisinde ortaya çıkabilen spondiloartrit grubu içerisinde yer alan bir hastalıktır. Nadir olarak ReA intravezikal BCG immünoterapisinin bir komplikasyonu olarak da görülebilir. BCG immünoterapisinden sonra artralji ve/veya artritli olan hastalarda akıld tutulmalıdır. Bizim olgumuzda da belirttiğimiz gibi klinik bulgular genellikle immünoterapinin kesilmesiyle kontrol altına girmektedir. Bunun yanında semptomatik tedavi amaçlı steroid olmayan anti-inflamatuvar ilaçlar ve glukokortikoidler de kullanılabilir. Hastaların sadece küçük bir kısmında hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilaç tedavisi gerektiren kronik bir süreç gelişir.

Anahtar sözcükler: BCG, reaktif artrit

PS-199

Göğüs ağrısı ve nefes darlığı ile başvuran bir kronik nonbakteriyel osteomyelit olgu sunumu

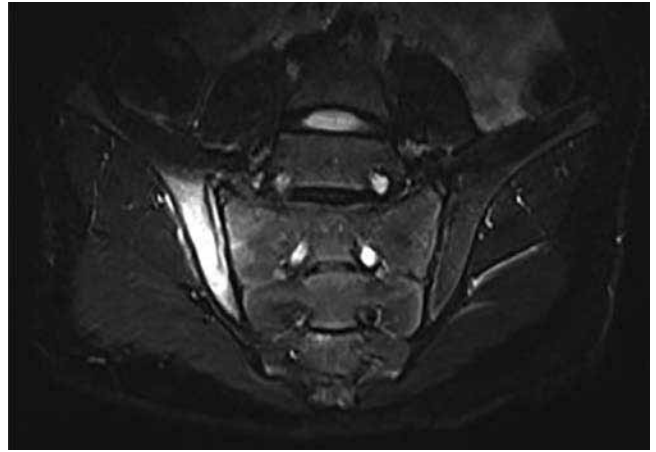
Sümevra Özdemir Çiçek¹, Nihal Şahin¹, Neslihan Günay², İsmail Dursun², Muammer Hakan Poyrazoğlu³, Ruhan Düşünsel³

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri; ²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı, Kayseri; ³Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji ve Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

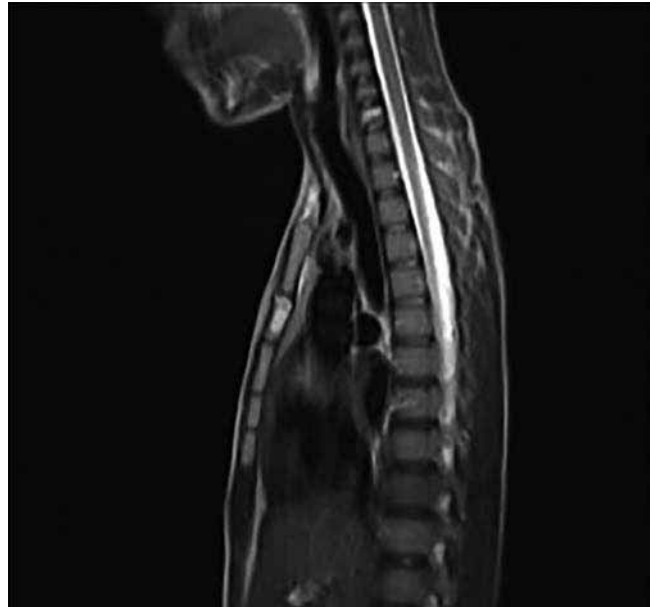
Amaç: Kronik nonbakteriyel osteomyelit (CNO) nonenfeksiyöz inflamatuvar kemik hastalığıdır. Genellikle bölgesel kemik ağrısı ile bulgu verir. Vücuttaki tüm kemikleri tutabilir. En sık tutulan yerler uzun kemiklerin metafiz bölgeleri, klavikula, vertebral cisimler ve pelvistir. Burada göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikayeti ile başvuran, sternum, C7 vertebra ve pelvis tutulumu tespit edilen bir CNO olgusu sunmaktayız.

Olgu: 15 yaşında erkek hasta, göğüs ağrısı ve kalçada ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Yaklaşık 2 aydır özellikle yatariken batar tarzda göğüs ağrısı mevcutmuş. Son bir aydır kalçada ağrı ve tutukluk başlamış, bu şikayetlerine 3 haftadır göğüs ağrısına eşlik eden nefes darlığı şikayeti eklenmiş. FM'de sternumda palpasyonla hassasiyet mevcut, modifiye Schober testi 19 cm saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde ESR: 58 mm/h, CRP: 26 mg/L, HGB: 12.6 g/dl, WBC: 13.080/mm³, PLT: 492.000/mm³ saptandı, periferik yaymada hipokrom, mikrositer eritrositler ve anizisitoz, nötrofillerde toksik granülasyon mevcut, atipik hücre görülmedi.

Göğüs ağrısı ve nefes darlığı olması nedeniyle bakılan akciğer grafisi ve EKO normal sınırlarda saptandı. Tüm vücut MR'da manubrium sterni inferiorunda birinci segmentte, L2 vertebra korpusunda, sağ iliak kanatta, sağ femur distal metafizinde kemik sinyal artışları, C7 vertebrada yükseklik kaybı ve sinyal artışı saptandı (Şekil 1 ve 2 PS-199). Mevcut bulgular CNO veya lenfositik histiositoz ile uyumlu olarak değerlendirildi. Tüm vücut kemik sintigrafisinde sağ sakroiliak eklemden sakroiliit düşündürülen artmış aktivite tutulumu saptandı. Kemik iliği aspirasyonunda normal kemik iliği bulguları mevcuttu, malignite veya histiositoz düşündürülen bulgu saptanmadı. Sağ iliak kanattan alınan kemik biyopsisinde osteomyelit ile uyumlu kemik ve hipersellüler kemik iliği mesafesi bulguları izlendi. Alınan kemik materyalinin kültüründe üreme görülmedi. Hastaya mevcut radyolojik ve histopatolojik bulgular ışığında NSAİİ tedavisi başlandı. Hastanın şikayetlerinde düzelme oldu ve akut faz reaktanları normale döndü.



Şekil 1 (PS-199): Sağ iliak kemikte kemik iliği ödemi.



Şekil 2 (PS-199): Sternum 2. kısmında kemik iliği ödemi ve C6 vertebrada kemik iliği ödemi ve yükseklik kaybı.

Sonuç: Kronik nonbakteriyel osteomyelit genellikle çocuklarda görülen otoinflamatuar bir kemik hastalığıdır. Ayırıcı tanısında kemik enfeksiyonları, maligniteler, metabolik kemik hastalığı gibi nedenler yer almaktadır. CNO tanısında uzun süre gecikme yaşandığı bilinmektedir. Benzer semptomlarla başvuran hastalarda ayırıcı tanıda akla gelmelidir.

Anahtar sözcükler: Kronik nonbakteriyel osteomyelit, göğüs ağrısı, kemik tutulumu

PS-200

CK yüksekliği ile başvuran Isaacs sendromlu bir olgu

Sadettin Uslu¹, Canberk Şencan², Ali Karakaş¹, Sinem Burcu Kocacer¹, Merih Birlik¹, Fatoş Önen¹, Gerçek Can¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir;

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

Amaç: Edinsel nöromiyotoni olarak bilinen Isaacs sendromu ilk olarak 1961 yılında tanımlanmıştır ve kas sertliği, kramp, fasikülasyonlar, miyokimiye neden olan periferik sinir hipereksitabilitesidir. İdiyopatik formlarında, voltaj bağımlı potasyum kanal antikorları (VGKC) patogeneze sorumludur. Burada Isaacs sendromuna bağlı kas seğirmesi ve bacak krampları olan 18 yaşında bir erkek olguyu sunuyoruz.

Olgu: 18 yaş erkek hasta, kol ve bacaklarda yaygın ağrı, güçsüzlük, kas seğirmesi, vücutta makülopapüller mor renkli döküntüler ve ağız içinde yaygın beyaz plak şikayeti ile başvurdu. Yorgun ve halsizlik şikayeti olup, ateş yüksekliği yok, 1 ayda 5 kg kilo kaybı vardı. Dikkat çekici düzeyde aşırı terlemesi vardı. Romatolojik sorgulamasında özellik yoktu. Hastanın öz ve soygeçmişinde kas hastalığı yoktu. Muayenesinde alt ekstremitelerde daha belirgin olan yaygın kas seğirmeleri vardı, kuvvet kaybı yoktu, kas tonüsü normaldi. USG'da aksiller ve inguinal bölgede en büyüğü 3 cm'e ulaşan lenfadenopatiler (LAP) saptandı ve etiyojisi için yapılan BT'de timoma ve diğer maligniteler açısından bir bulgu yoktu. LAP'ları nedeni ile PET-CT'de patolojik düzeyde F-18 FDG tutulumu yoktu. Döküntüden alınan insizyonel deri biyopsisi liken planus ile uyumlu ve oral plakları da bu tanıyla ilişkilendirildi. İlk başvuru laboratuvarında, CK: 922U/L (N 0-171), CRP: 3.5 mg/LSED: 2 mm/h saptandı. Otoimmün paneli; ANA, ENA paneli, ANCA, anti dsDNA negatifti. Periferik yaymada atipik hücre veya sitopeni gözlenmedi, lenfoma düşünülmüdü. Kas MR'da miyozitle uyumlu bulgu izlenmedi. EMG'sinde alt ekstremitelerde spontan MÜP görüldü. CK kendiliğinden (162U/L) gerileyen, akut faz değerleri normal ve MR normal olan hastada inflamatuvar miyozit düşünülmüdü ve yoğun kas seğirmesi nedeni ile ayırıcı tanıda nöromiyotoni düşünüldü. Bunun araştırılması için bakılan VGKC 144 pmol/L yüksekti (N<85). Kranial MR'da patoloji yoktu. Ayırıcı tanıda sporadik Isaacs sendromu düşünüldü.

Sonuç: Isaacs sendromunu oldukça nadir görülen bir hastalık olup sıklıkla 15-25 yaş arasında başlangıç göstermektedir. Serum CPK düzeylerinde bizim olgumuzda da olduğu gibi hafif yükselme sık olarak bildirilen bir bulgudur. Vitiligo ile nöromiyotoni birlikteliği bilinmekle birlikte, liken planus ile kombinasyonu literatürde daha önce bildirilmemiştir. Ekstremitelerinde sürekli kas aktivitesi, kramplar ve aşırı terleme, CK

yüksekliği ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda Isaacs sendromunu düşünmek uygun bir yaklaşım olacaktır.

Anahtar sözcükler: Isaacs sendromu, nöromiyotoni, voltaj bağımlı potasyum kanal antikorları (VGKC), liken planus

PS-201

Hidroksiklorokin kullanımı sonrası akut jeneralize ekzantematöz püstülozis gelişen skleroderma olgusu

Özgül Soysal Gündüz¹, Menice Güler¹, İlknur Yılmaz², Timur Pırıldar¹

¹Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Manisa; ²Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Manisa

Amaç: Akut jeneralize ekzantematöz püstülozis (AGEP) ani başlayan eritemli zeminde yaygın steril püstüllerin görüldüğü, çoğu zaman ateş ve kırgınlık gibi sistemik belirtilerin de eşlik ettiği genellikle ilaçlarla oluşan alerjik bir reaksiyondur. Sıklıkla beta-laktam ve makrolid grubu antibiyotiklerle tetiklenirken, skleroderma tanılı olgumuzda sorumlu ajan olarak hidroksiklorokin (HCQ) olarak saptanmıştır. HCQ ile oluşan AGEP kliniği diğer ilaçlara göre daha nadir bildirilmiş olup bizim olgumuzda olduğu gibi düşük doz steroid ve antihistaminik tedavisine dirençli olabilir.

Olgu: Altmışiki yaşında skleroderma tanılı kadın hasta, polikliniğimize 5 gün önce başlayan tüm vücutta kızarıklık, döküntü, ateş ve halsizlik şikayeti ile başvurdu. Hastanın 2 hafta önce son kontrolünde el bileklerinde artrit saptanması üzerine mevcut tedavisine HCQ eklenmiş. HCQ kullanmaya başladıktan 10 gün sonra vücutta yaygın kızarıklık ardından sivilce benzeri döküntü, ateş, halsizlik olmuş. Dermatolojik muayenesinde bacaklarda, sırtta, karında ve saçlı deri oksipital bölgede eritemli plaklar ve üzerinde yer yer püstüller, her iki el üzerinde krutlu plaklar ve avuç içi ile önkolda püstüller görüldü (Şekil PS-201). Hasta bu bulgularla ilaç reaksiyonu düşünülerek interne edildi. Yatış sırasında yapılan tetkiklerinde, sedimentasyonun 65 mm/saat (0-30) ve CRP değerinin 2.9 mg/dl (0-0.5) saptanması dışında başka patolojik bir bulgu saptanmadı. Deri biyopsi örneğinde yüzeysel dermiste eozinofil ve polimorf nüveli lökositleri içeren mikst yangısal hücre infiltrasyonu ve subkorneal püstüller görüldü ve AGEP ile uyumlu bulundu. HCQ kesilerek topikal kortikosteroid, sistemik antihistaminik ve metilpredni-



Şekil (PS-201): Her iki el üzerinde krutlu eritematöz plaklar üzerinde yer yer püstüller.

solon 20 mg/gün tedavisi başlandı. Şikayetleri gerileyen hasta 7 gün sonra oral metilprednisolon 4/mg gün ve antihistaminik tedavisi ile taburcu edildi. Ancak 5 gün sonra kızarıklık şikayeti artması üzerine hasta tekrar interne edilerek 1 hafta 0.5 mg/kg metilprednisolon verildikten sonra oral steroid dozu 8 mg/güne çıkılarak taburcu edildi.

Sonuç: HCQ antimalaryal bir ilaç olup dermatolojik ve romatolojik hastalıkların tedavisinde sıklıkla kullanılan immünsüpresif ve anti-inflamatuvar etkinliğe sahip bir ilaçtır. HCQ'ne bağlı alerjik cilt reaksiyonları nedeni ile yaklaşık hastaların %3'ünde ilaç kesilmek zounda kalınmaktadır. Kutanöz bir ilaç reaksiyonu olan AGEP bu reaksiyonlar içinde nadir görülmekle birlikte, uzun süre sistemik steroid tedavisi gerektirebilir.

Anahtar sözcükler: Hidroksiklorokin, akut jeneralize ekzantematöz püstülozis

PS-202

Romatoloji pratiğinde nadir bir durum: Pakidermodaktili

Ayşe Ünal Enginar¹, Ali Nail Demir¹, İlhan Sezer¹, Can Çevikol²

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya; ²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Antalya

Amaç: Pakidermodaktili, sıklıkla genç erkekleri etkileyen asemptomatik ağrısız proksimal interfalangial (PIF) ve bazen metakarpofalangeal (MKF) eklemler çevresinde şişlikle karakterize benign bir deri fibromatozsidir. Etyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber mekanik travma suçlanmaktadır. Başta romatoid artrit olmak üzere el eklemlerini etkileyen romatizmal hastalıkların eklem tutulumuna benzerliğinden dolayı, ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken bir hastalıktır. Ağrısız eklem şişliği yapması nedeniyle romatoloji pratiğinde akılda tutulması gereken bu nadir durumu sunmak istedik.

Olgu: 22 yaşında erkek hasta, yaklaşık 2.5 yıldır olan sağ el 3. PIF ekleminde şişlik şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Sol elde ve sağ el diğer parmaklarında da şişlik şikayeti başlamış (Şekil 1 PS-202). Hastaya daha önce dış merkezde romatoid artrit tanısıyla metotreksat başlanmış ancak hasta tedaviden fayda görmediği için ilaçları kendi isteği ile bırakmış. Hastanın el parmak eklemlerinde ağrı, sabah tutukluğu, gece ağrısı bulunmamaktaydı. Sistem sorgulamasında özellik yoktu. Ailede psoriasis ve romatolojik hastalık yoktu. Fizik muayenede, sağ el 3. PIF'de daha fazla olmak üzere sağ el 4. PIF ve sol el 3. ve 4. PIF eklem şişliği vardı, palpasyonda hassasiyet saptanmadı, eklem hareket açıklığı tamdı. Laboratuvar incelemede, hemogram, karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri, akut faz yanıtı normal, ve hepatit markerları, ANA, RF, CCP tetkikleri negatif olarak tespit edildi. Direkt grafilerde eklem etrafında yumuşak doku şişliği vardı, skleroz, eklem aralığında daralma, erozyon, peristim reaksiyonu yoktu (Şekil 2 PS-202). Hastanın ultrasonografisinde PIF'de inflamasyon ile uyumlu bulgu saptanmadı. Çekilen el magnetik rezonans görüntülemesinde (MRG) cilt altı dokuda kalınlaşma tespit edildi ancak sinovit ile ilişkilendirilebilecek bulgu saptanmadı. Pakidermodaktili ön tanısı ile sağ el 3. PIF lateralinden alınan cilt-cilt altı biyopsi sonucunda hiperkeratoz, dermiste kollajen birikimi ve kalınlaşma saptandı. Has-



Şekil 1 (PS-202): Sağda daha belirgin olmak üzere III. ve IV. PIF'lerde şişlik.

taya klinik, laboratuvar, radyolojik olarak ve biyopsi ile değerlendirildiğinde pakidermodaktili tanısı kondu. Hastaya PDD hakkında bilgi verildi.

Sonuç: PDD, ilk bakışta artrit görünümü verse de anamnez ve fizik muayene, laboratuvar ve görüntüleme yöntemleriyle inflamatuvar bir durum olmadığı kolaylıkla anlaşılabilir. Ancak PDD tanısının konulması ve benign bir durum olduğunun hastaya anlatılması gereksiz tetkik ve tedavi girişimlerini önlemesi açısından önemlidir.

Anahtar sözcükler: Pakidermodaktili, proksimal interfalangial eklem, ağrısız şişlik

PS-203

Progresif disfajili eozinofilik fasiit hastasında plazmaferez tedavisi

Orhan Zengin

Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Adıyaman

Olgu: 56 yaşında erkek hasta, bir aydır olan disfaji ve kollarda ağrı nedeniyle başvurdu. Öncelikle katı gıdalarla başlayan disfa-



Şekil 2 (PS-202): Direkt grafide bilateral III. ve IV. PIF'lerde yumuşak doku şişliği.

ji ve daha sonra sıvı gıdalarla da olmaya başlamış. Hastaya daha önce başvurduğu klinikte üst GİS endoskopisi, Koroner anjiyografi, beyin MR (manyetik rezonans) yapılmış ve belirgin patoloji saptanmamış. Tam kan sayımında eozinofili saptanan hastaya 40 mg metilprednizolon başlanmıştır. Hastanın fizik muayenesinde bilateral ön kollarda hafif şişlik ve sertlik saptandı. Ek bulgu saptanmadı. Laboratuvar ve Görüntüleme: WBC 13.7 u/L, eozinofil %15, hgb 15.8 g/dl, plt 325 u/L, kreatinin 0.88 mg/dl, ALT 207 u/L, AST 162 u/L, CK 716 u/L, total protein 7 g/dl, LDH 442 u/L, CRP 11 mg/dl, sedim 3 mm/h, ANA İFA (-), anti-jo 1 (-), scl 70 (-), sentromer (-), TİT normal, TSH 0.4 uIU/ml, hbs ag (-), anti-HCV (-), anti-HİV (-). Periferik yayma normal. Batın USG: hepatosteatoz. Üst GİS endoskopisi normal. EMG: motor ileti hızları alt sınırdadır amplitudleri düşük, yaygın nörojenik MUP'ler, tablo aksonal dejenerasyonla giden subakut motor polinöropati ile uyumlu. Toraks BT: Timus ile uyumlu görünüm, ek patoloji yok. PET CT: Retrosternal alanda malignite sınırının altında FDG tutulumu. Üst ve alt ekstremitede muhtelif kaslara irregüler FDG tutulumları izlenmiştir, bulguların miyozit ile uyumlu olabileceği düşünülmüştür. Beyin ve servikal MR: normal.

Sonuç: Eozinofilik fasiit, skleroderma benzeri, nadir görülen bir hastalıktır. Deri değişiklikleri üç fazda gelişir. Simetrik ödemli fazı, derinin portakal görünümü alması izler, bunun ardından indürasyon ve sertleşme görülür. Olguların %70 kadarında periferik eozinofili, bazı olgularda ESR yüksekliği ve hipergamaglobulinemi izlenir. Simetrik poliartrit, tenosinovit, ösefagus dismotilitesi, pulmoner fibrozis. Tedavinin temelini sistemik steroidler oluşturur. Steroidlerden fayda görmeyen hastalarda siklosporin, metotreksat, azotioprin diğer tedavi alternatifleridir. Hastada öncelikle skleroderma ve malinite ekarte edildi. Klinik özelliklerin uyumlu olması ve eozinofili saptanması nedeniyle eozinofilik fasiit düşünüldü. Steroide yanıtı olmayan ve ilerleyici disfaji nedeniyle oral alımı olmayıp paraneural nutrisyon yapılan hastada 6 işlemden oluşan güneşirli teröpatik plazmaferezis ile tama yakın düzelmeye sağlandı. Sonuç olarak plazmaferez akut immünespresif tedaviye yanıt vermeyen progresif seyirli hastalarda önemli bir tedavi alternatifi olabilir.

Anahtar sözcükler: Eozinofilik fasiit, plazmaferez

PS-204

Erişkin Still hastalığı ve hayatı tehdit eden makrofaj aktivasyon sendromu birlikteliği: Olgu sunumu

Burcu Aydoğan¹, Mehmet Kılıç², Emel Gönüllü³

¹Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Sakarya; ²Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sakarya;

³Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

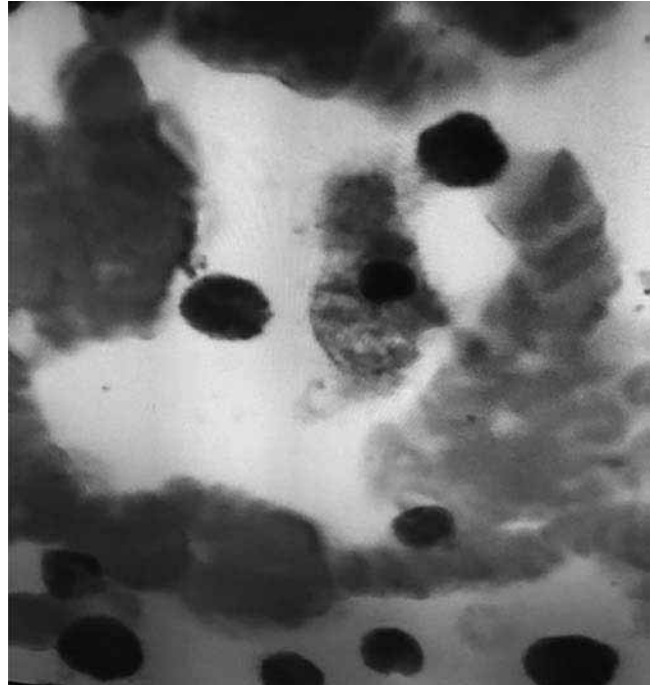
Amaç: Makrofaj aktivasyon sendromu (MAS), romatolojik hastalıkların hayatı tehdit eden ciddi bir komplikasyonu olarak ortaya çıkabilmektedir. Sistemik juvenil idyopatik artrit ve erişkin Still hastalığında daha sık olarak görülmektedir. Makrofaj aktivasyon sendromu birincil, enfeksiyon ile ilişkili, malignite ilişkili veya otoimmün hastalıklarla birlikte görülebilir. Burada

erişkin Still hastalığına eşlik eden ve immünespresif tedaviyle remisyona giren hayatı tehdit eden MAS olgusu sunulacaktır.

Olgu: Yaklaşık 3 haftadır yaygın vücut ağrısı, halsizlik, boğaz ağrısı, ateş, öksürük, kilo kaybı şikayetleri olan 17 yaşında erkek pediatri servisine yatırılmış. Özellikle sabah ve akşam saatlerinde 39 C ye ulaşan ateş ve ateşle birlikte oluşup ateş sonrası kaybolan makülar döküntüler izlenmiştir. Ampirik olarak seftriakson, seftaksim, vankomisin, sırasıyla başlanmış, antibiyotik tedavisine yanıt vermeyen hastada ayırıcı tanıda kemik iliği aspirasyon ve biyopsi de yapılmış. Arica hepatosplenomegali tespit edilmiş. Laboratuvar değerlerinde Nötrofil=21.100/mm³, kreatinin: 0.89 mg/dL eritrosit sedimentasyon hızı=84 mm/saat, CRP: 192 mg/L (0-5) feritin: 166.956 ng/mL, AST: 1226, ALT: 716 saptanmış. Hasta pediatri tarafından diğer ayırıcı tanılar dışlandıktan sonra olası erişkin Still hastalığı ön tanısıyla tarafımıza yönlendirildi. Hasta ilk olarak değerlendirildiğinde genel durumu orta idi, vücutta yaygın döküntüleri vardı, takipneik ve dispneik olduğu gözlemlendi, oksijen saturasyonu %85 olarak ölçüldü, trombositopenisi de gelişen hastada kemik iliği aspirasyonu incelendiğinde hemofagositoz gözlemlendi (Şekil PS-204) ve hasta yoğun bakım ünitesine alınarak 1 gr/gün 3 gün puls metilprednizolon tedavisi ve ardından IVIG tedavisi verildi. Steroid tedavisi sonrası asemptomatik, kendiliğinden düzelen birkaçgün boyunca bradikardi gözlemlendi. Tedaviye 1 mg/kg metilprednizolon ve siklosporinle devam edildi. Hasta remisyona girerek 5. günde servise alındı ve yatışının 16. günde siklosporin ve steroid tedavisiyle taburcu edildi.

Sonuç: Erişkin Still hastalığı ile Makrofaj aktivasyon Sendromu nadir ancak hayatı tehdit eden bir komplikasyondur erken tanıyı uygun immünespresif tedavinin başlanması önemlidir.

Anahtar sözcükler: Erişkin Still hastalığı, makrofaj aktivasyon sendromu



Şekil (PS-204): Hastanın kemik iliği aspirasyon biyopsisi incelemesinde hemofagositoz.

PS-205

Ustekinumab alan psoriyatik artritli bir hastada sarkoidoz gelişimi

Şenol Kobak¹, Hüseyin Semiz²

¹İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Liv Hospital, Romatoloji Kliniği, İstanbul;
²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Psoriyatik artrit (PsA)'in tedavisinde konvansiyonel temel etkili ilaçlar yanı sıra, biyolojik ilaçlar da kullanılmaktadır. Bu ilaçlardan bir tanesi de, hem deri lezyonları, hem de lokomotor sistem bulgularını kontrol altına alabilen, bir İL12/23 inhibitörü olan Ustekinumab. Bu bildiriye, PsA nedeniyle Ustekinumab kullanan 52 yaşında bayan hastada, sarkoidoz gelişimini rapor ettik.

Olgu: 52 yaşında bayan hasta, el bilek, MKF, PİF, DİF eklemlerde ağrı, ayak bileklerinde ağrı ve şişlik, sabah tutukluğu, hareket kısıtlılığı, yaygın deri döküntüleri ve kuru öksürük nedeniyle Romatoloji polikliniğine başvurdu. Özgeçmişinde, 5 yıldan beri psoriasis tanısı ile takipte olduğu anlaşıldı. Yaklaşık 1 yıldır yaygın deri lezyonları devam eden hastaya, dermatoloji hekimi tarafından Ustekinumab başlanmış. 6 ay ustekinumab tedavisi aldıktan sonra, kuru öksürük, ayak bileklerde şişlik ve sabah tutukluğu başlayan hasta, ileri tetkik için polikliniğimize başvurdu. Yapılan inspeksiyonda, her iki dirsek ve diz ekstan-sör yüzlerinde, saçlı deride, pretibial bölgede psoriasis ile uyumlu deri lezyonları saptandı. El tırnaklarda psoriasis ile uyumlu çizgilenmeler ve onikolizis mevcuttu. Fizik muayenesinde her iki el bilek, MKF, PİF, DİF eklemlerde hassasiyet, her iki ayak bilek şişlik ve hareket kısıtlılığı mevcuttu. Çekilen akciğer grafide bilateral hiler dolgunluk saptandı, toraks BT'de ise en büyüğü 1.5 cm'ye ulaşan multipl hiler ve mediastinal lenfadenopatiler tespit edildi. Laboratuvar tetkiklerde; ESH, CRP ve serum ACE yüksekliği saptandı. Göğüs hastalıkları uzmanına danışıldı, EBUS (endobronşial ultrasonografi) ile lenf bezi biopsi yapıldı, non-kazeifiye granülomlar, sarkoidoz ile uyumlu geldi. Ustekinumab kesildi, hastaya Metotreksat ve düşük doz kortikosteroid başlandı. Tedavinin 3. ayında kontrol laboratuvar tetkiklerinde, ESH, CRP, ACE yüksekliği tamamen gerilediği, klinik olarak da iyileştiği gözlemlendi. Tedavinin 6. ayında klinik olarak stabil olan hastanın, çekilen kontrol toraks BT'de bulguların gerilediği gözlemlendi. Kortikosteroid tedricen azaltıldı ve kesildi, MTX ile devam edildi. Genel durumu iyi olan hastanın poliklinik takipleri devam etmektedir.

Sonuç: Psoriasis ve PsA tedavisinde kullanılan Ustekinumab, sarkoidoz gelişimine neden olabilir. Diğer yandan, sarkoidozun tedavisinde de Ustekinumabın etkinliği araştırılmış. Bu paradoksik etki, anti-TNF-alfa ilaçlarda da gözlenmiş olup, açıklanmasını beklenen önemli konulardan birisidir.

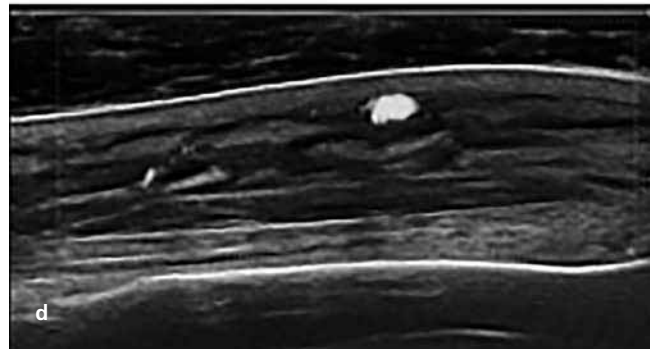
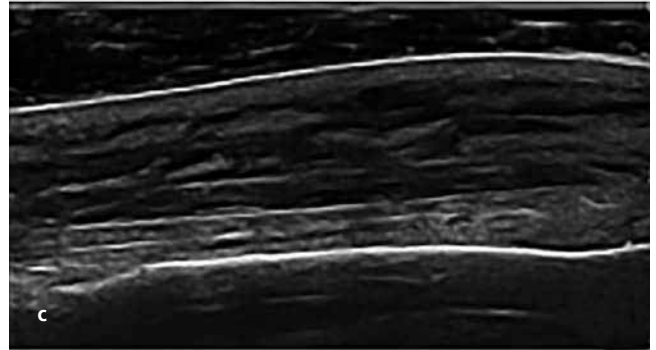
Anahtar sözcükler: Ustekinumab, psoriyatik artrit, sarkoidoz

PS-206

Yaşlıların nadir görülen romatolojik hastalığı: Tekrarlayıcı pitting ödemli seronegatif simetrik sinovit sendromu

Emre Tekgöz, Muhammet Çınar, Maghrur Mammadov, Sedat Yılmaz

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



Şekil (PS-206): El dorsumunda ödem: (a) Palpasyon, (b) Palpasyon sonrası. El, dorsal longitudinal ultrason görüntüsü: Subkutan dokuda belirgin ekojenite kaybı ve kalınlık artışı (c) ve (d) eşlik eden grade 1 Doppler sinyal aktivitesi.

Amaç: Tekrarlayıcı pitting ödemli seronegatif simetrik sinovit sendromu (RS3PE), genellikle 60 yaş üzerindeki hastalarda görülen nadir bir inflamatuvar hastalıktır. Bu olguda, elin dorsal yüzünde gode bırakan ödem, omuz ve el eklemlerinde ağrı şikayeti ile başvuran hastaya RS3PE tanısı konuldu ve bu nadir görülen hastalıkta olası malignite birlikteliğinin önemi vurgulanmaya çalışıldı.

Olgu: 69 yaşında erkek hasta, omuz ve el eklemlerinde inflamatuvar karakterde ağrı ve eşlik eden sabah tutukluğu yakınmaları nedeni ile başvurdu. Yaklaşık 3 aydır şikayeti olan hastanın romatolojik sistem sorgulamasında bir bulgu saptanmadı. Muayenede her iki el metakarp sıkma testi pozitif idi. Her iki elin dorsal yüzünde gode bırakan ödemi ve omuz eklemi hareketlerinde ağrı ve kısıtlılık mevcuttu (Şekil PS-206a ve b). Akut faz yanıtı ve kreatinin değeri yüksek saptandı. Romatoid faktör, anti-siklik sitriline protein ve anti-nükleer antikor dahil olmak üzere serolojik testler negatif idi. Ultrasonografik incelemede, el dorsalinde subkutan dokuda kalınlık artışı, ekojenite kaybı ayrıca grade 1 doppler sinyal aktivitesi (Şekil PS-206c ve d) ve 2-3 metakarpal eklemlerde sinoviyal hipertrofi, grade 2 Doppler sinyal aktivitesi saptandı. Hastaya RS3PE teşhisi konuldu. Malignite açısından yapılan incelemelerde patolojik bir bulgu saptanmadı. Hastanın yakınmaları 15 mg/gün prednizolon ve leflunomid tedavileri ile geriledi.

Sonuç: RS3PE, el ve ayak dorsumunda gode bırakan ödem, simetrik sinovit ve laboratuvar değerlendirmesinde serolojik testlerin negatif bulunduğu bir inflamatuvar hastalıktır. Patogenezdeki sorumlu mekanizmalardan en önemlisi primer tümör dokusundan salgılanan damar endotel büyüme faktörü olarak bildirilmektedir. Bu nedenle tanı konulan hastaların özellikle malignite açısından değerlendirilmesi önerilir. Ayrıca muayene bulguları göz önüne alındığında, RS3PE'nin romatoloji pratiğinde ileri yaşta sık görülen geç başlangıçlı romatoid artrit (RA) ve polimiyalji romatikadan ayrırtıcı tanısı gerekir. Genellikle periferik eklemlerin sinovisine sıklıkla tenosinovitin eşlik ettiği bildirilmektedir. Olgumuzda da görüldüğü gibi ultrasonografinin kullanımının artması ile sinovite eşlik eden subkutan ödem bulgusu daha ön plandadır. Tutulan eklemlerde RA'nın tipik erozyonlarının saptanmaması ve düşük-orta doz glukokortikoid tedavisine hızlı yanıt tipiktir. Bu olguda da olduğu gibi sinovitin eşlik ettiği durumlarda tedavide uygun hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilaçlar kullanılabilir.

Anahtar sözcükler: RS3PE, seronegatif artrit, ultrasonografi

PS-207

Erişkin Still hastalığına sekonder makrofaj aktivasyon sendromu

Mehmet Kök

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya

Amaç: Makrofaj aktivasyon sendromu (MAS), ağır enfeksiyonlar ve romatolojik hastalıklara sekonder gelişen immunsistemin aşırı ve kontrolsüz aktivasyonu ile karakterize bir sendromdur. Romatolojik hastalıklardan en sık sistemik lupus eritamosis ve erişkin Still hastalığında (ESH) görülür. Bu vaka sunumunda ESH ya sekonder gelişen MAS hastasını sunmak istedik.

Olgu: 36 yaşında erkek hasta 3 haftadır olan ateş, boğaz ağrısı, eklem ağrısı, eklemelerde şişlik yakınması ile başvurdu. Tetkiklerinde sedim 62 mm/h, C-reaktif protein (CRP) 432 mg/L, ferritin 7093 ng/ml, nötrofil sayısı 22.800/mm³ hemogram (Hb) 13.9 g\dl, trombosit 367.000/mm³, Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal saptandı. ESH düşünülen hasta, malignite, enfeksiyon ve diğer otoimmün hastalıklar gibi ayrırtıcı tanıya giren tüm hastalıklara yönelik tetkiklerinde patoloji saptanmadı. Hastaya ESH tanısı ile metil prednizolon, metotreksat, folbiol, ve non-steroid anti inflamatuvar ilaç başlandı. Takipte klinik ve laboratuvar yanıtı alınan hasta taburcu edildi. 18 ay remisyonda seyreden hasta halsizlik, ateş, kilo kaybı, boğaz ağrısı, eklem şişliği yakınmaları ile başvurdu. Tetkiklerinde CRP 192 mg/L, sedim 92 mm/h, ferritin 8134 ng/ml, nötrofil sayısı 200/mm³, trombosit 124.000\mm³, Hb 8.4 g/dL, aspartat aminotransferaz 112 U/L, alanin aminotransferaz 156 U/L, laktat dehidrogenaz 723 U\U, kan-üre azotu 48 mg\dl, kreatinin 3.3 mg\dl olarak saptandı. Hastanın daha önce başlanan tüm tedavisini 1 ay önce kestiği öğrenildi. Enfeksiyon ayrırtıcı tanısına yönelik testlerinde patoloji saptanmadı. MAS ön tanısı ile yapılan kemik iliği biyopsisinde hemofagositosiz saptandı. Hastaya pulse steroid ve immunglobülin tedavisi başlandı. Anakinra başvurusu yapıldı. Tedaviye yanıt vermeyen hasta kaybedildi.

Sonuç: MAS, ESH'nin nadir görülen fatal bir komplikasyonudur. Bu nedenle başta ESH olmak üzere diğer romatolojik hastaların seyrinde akılda tutulmalı erken tanı konulup tedavi edilmelidir.

Anahtar sözcükler: Erişkin Still, makrofaj aktivasyon

PS-208

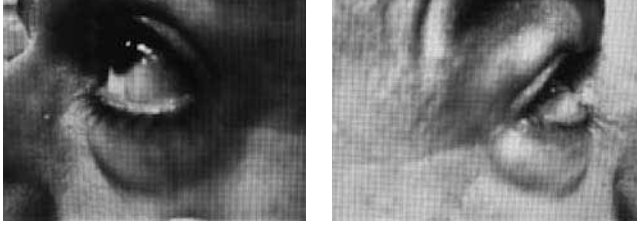
Topikal takrolimus tedavisine yanıt veren kutanöz periokuler sarkoidoz: Olgu sunumu

Nesrin Şen¹, Sema Kılıç², Mehmet Engin Tezcan¹

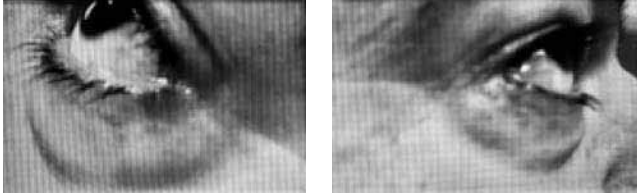
¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul; ²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Sarkoidoz nonkazeifiye granülomlarla karakterize, nedeni bilinmeyen, en sık akciğer tutulumu yapan, multisistemik bir hastalıktır. Deri lezyonları sarkoidoz olan hastaların %15-20'sinde izlenirken yaklaşık 1/3'ünde ilk hastalık belirtisi olarak ortaya çıkar, sistemik tutulum olmaksızın yalnızca deri sarkoidozu olarak da ortaya çıkabilir. Bu yazıda topikal takrolimus tedavisine iyi yanıt veren, makopapuler görünümlü kutanöz periokuler sarkoidozlu bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Kırkyedi yaşında erkek hasta her iki göz çevresindeki lezyonları için dermatoloji bölümüne başvurusunda yapılan cilt biyopsisi "non-nekrotizan granümatöz inflamasyon" uyumlu bulgular saptanması üzerine Romatoloji polikliniğine yönlendirilmiş. Patolojik olarak EZN boyamada basil lehine bulgu, Pas boyaması ile fungal mikroorganizma lehine bulgu ve yabancı cisim varlığı izlenmedi. Yapılan fizik muayenede bilateral göz çevresinde makopapuler görünümlü lezyonlar mevcuttu. Solunum sistem muayenesi olağandı, hepatomegali saptanmadı. Laboratuvar bulgularında hemogram, karaciğer ve böbrek fonksi-



Şekil 1 (PS-208): Tedavi öncesi.



Şekil 2 (PS-208): Tedavi sonrası.

yon testleri, serum kalsiyum seviyesi, eritrosit sedimentasyon hızı, CRP normal sınırlarda saptandı. Serum ACE düzeyi 36.2 U/L (8–52 U/L) saptandı. Çekilen PA akciğer grafisi ve toraks BT(de aktif sarkoidoz tutulumuna ait bulgu saptanmadı. Batın US'de hepatomegali saptanmadı. Göz hekimi tarafından değerlendirilen hastada sarkoidoz göz tutulumu bulgusu saptanmadı. Cilt tutulumu açısından dermatoloji hekimi tarafından değerlendirilen hastada iç organ tutulumu saptanmadığı için lokal takrolimus tedavisi başlandı. Tedavinin ikinci ayında cilt lezyonları geriledi. Laboratuvar bulguları normal sınırlarda idi. Dermatoloji hekimi ile görüşülerek bir ay daha takrolimus tedavisinin devamına ve sonrasında kontrolü önerildi.

Sonuç: Sarkoidozda kutanöz lezyonlar histopatolojik incelemede nonkazeifiye granülomların görüldüğü özgül lezyonlar (makropapüler, plak, nodül, lupus perniyo) ve reaktif olarak gelişen histopatolojik olarak granülomların izlenmediği özgül olmayan deri lezyonları (eritema nodozum) olmak üzere ikiye ayrılır. Kutanöz sarkoidozda tedavi genelde topikal, intralezyonel veya sistemik steroidler, topikal takrolimus ayrıca tetrasiklin türevleri, antimalaryal ilaçlar (klorokin ve hidroksiklorokin), metotreksat, TNF- α inhibitörleri, izotretinoin ve pentoksifilin de başarılı sonuçlar vermektedir.

Anahtar sözcükler: Kutanöz, non-nekrotizan granülomatöz inflamasyon, periokuler, sarkoidoz

PS-209

Erişkin Still hastalığında kanakinumab tedavisi: Olgu serisi

Serdal Uğurlu¹, Gül Güzelant Özköse¹, Berna Yurttaş¹, Bilgesu Ergezen¹, Ediz Dalkılıç², Timuçin Kaşifoğlu³, Burcu Yağız², Huri Özdoğan¹

¹*Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul;* ²*Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa;* ³*Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir*

Amaç: Erişkin Still hastalığında (ESH), tipik DMARD'lara dirençli olgularda, Kanakinumab'ın (bir anti-IL-1 β monoklonal antikor) sınırlı sayıdaki dirençli olguda etkili olduğu bildirilmiştir. Bu retrospektif çalışmanın amacı 3 farklı merkezde Kanakinumab ile tedavi edilen ESH hastalarını sunmaktır.

Yöntem: Üç merkezde takip edilen 10 ESH hastasının (8 kadın, 2 erkek) takip verileri retrospektif olarak incelendi. Başlangıç özellikleri ve takip bulguları kaydedildi.

Bulgular: İlk tanı ile Kanakinumab tedavisi arasındaki ortalama zaman aralığı 45.2 \pm 29 ay (ortalama \pm SD) idi. Kanakinumab tedavisinin başlangıcından önce tüm hastalar metotreksat, 1 hasta leflunomid kullanmıştı. Biyolojik ajan grubundan ise 8 hasta Tocilizumab, 8 hasta Anakinra, 3 hasta infliximab, 2 hasta adalimumab, 2 hasta etanercept ve 2 hasta ise rituximab ile tedavi edilmişti. Anakinra altında nötropeni gelişen hasta haricinde tüm hastalarda diğer ilaçlar altında refrakter hastalık belirtisi olması nedeniyle kanakinumab tedavisi başlandı. Ortalama kanakinumab enjeksiyonu sayısı 9.3 \pm 8 idi. Hastaların ortalama takip süresi 43.1 \pm 33 aydı. On hastadan 7'si halen 150 mg/ay ve 1'i ise her 2 ayda bir 150 mg kanakinumabi ile tedavi edilmektedir. Bir hastada tek bir enjeksiyon sonrası hastalık aktivitesi tamamen kontrol edildi ve tedaviye devam edilmedi. Kanakinumab tedavisinin ardından 9 hastanın ortalama ferritin ölçümü, hasta tarafından bildirilen global görsel analog skala (PG-VAS) skorlarının ortalaması ve ortalama eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) değerleri tabloda görülmektedir. Altı hasta, maksimum 10 mg / gün dozunda olmak üzere prednizolon tedavisine devam etmektedir. Kalan 1 hastada tedavi sonlandırmasının belirtisi, izoniazid profilaksisine rağmen tedavinin 9. ayındaki tüberküloz tanısı idi. Ancak bu hastanın daha önceden birden fazla biyolojik ajan kullanması sebebiyle tek başına kanakinumabın tüberküloz alevlenmesine neden olduğu sonucuna varmak kolay değildir.

Tablo (PS-209): Tedavi öncesi ve sonrası hastalık aktivite göstergeleri.

| | Kanakinumab öncesi | Kanakinumab sonrası | p değeri |
|---|--------------------|---------------------|----------|
| Ferritin seviyesi (ng/ml) | 1292.3 \pm 1530 | 354 \pm 530.2 | 0.035 |
| Hasta global görsel analog skala (PG-VAS) | 7.4 \pm 2.4 | 2.3 \pm 2.2 | <0.001 |
| Eritrosit sedimentasyon hızı (mm/s) | 44.2 \pm 35.1 | 22.7 \pm 26.5 | 0.005 |

Sonuç: Kanakinumab tedavisi, daha önce çeşitli ajanlarla tedavi edilen refrakter ESH hastalarında etkili gibi görünmektedir. Ayrıca refrakter ESH vakalarının yönetiminde nispeten güvenli ve etkili bir alternatif olduğunu düşündürmektedir. Diğer yandan, bu olgularda kanakinumabın rolünü ve ilk tercih olarak kullanımını araştırmak için randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar sözcükler: Kanakinumab, erişkin Still hastalığı, anti-IL-1 β

PS-210

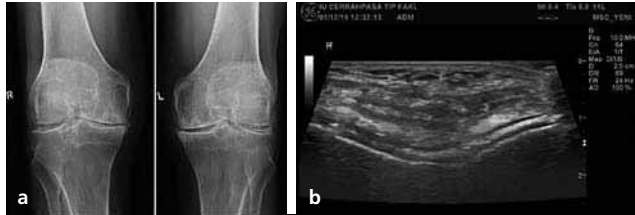
Spondiloartropatiye eşlik eden kalsiyum pirofosfat kristal depo hastalığı

Deniz Palamar, Tuğçe Özekli Mısırlıoğlu, Hande Ögün, Kenan Akgün

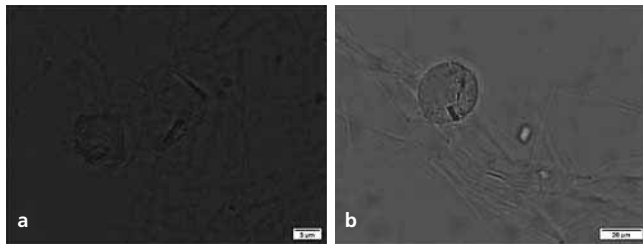
Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Kalsiyum pirofosfat dehidrat kristal depo hastalığı (CPPD) sıklıkla ileri yaşta görülen, eklem içinde ve çevresinde kristal birikimiyle ortaya çıkan romatizmal bir hastalıktır. Sıklıkla asemptomatik olmasına rağmen farklı klinik tablolarla karşımıza çıkabilir. En sık osteoartrit ile birlikte görülebilirken daha az sıklıkla akut kalsiyum pirofosfat dehidrat (CPP) kristal artrit ve nadir olarak kronik enflamatuvar artrit tablosunda görülür. Kronik CPPD simetrik poliartiküler seyri nedeniyle sıklıkla seronegatif romatoid artrit (RA) ile karışabilmekte ancak spondiloartropatiye eşlik eden CPPD nadiren karşımıza çıkmaktadır.

Olgu: Otuz sekiz yaşında erkek hasta 12 yıldır devam eden bel ağrısı, dizlerde, ayak bileklerinde ağrı ve şişlik yakınmaları ile kliniğimize başvurdu. Dış merkezde 5 yıl önce seronegatif RA tanısıyla metotreksat ve prednisolone tedavileri başlanmış ancak yakınmalarının devam etmesi üzerine tedaviyi bırakmış. Fizik muayenesinde kalça, diz, ayak bileği, omuz hareketleri ileri derecede kısıtlı ve ağrılı olarak değerlendirildi. Bilateral diz ve ayak bileği eklemlerinde effüzyon saptandı. Direk grafilerinde kondrokalsinozise ait görünüm ve ultrasonografik incelemesinde diz eklem kırırdağında CPP kristal birikimine ait sandviç bulgusu saptandı (Şekil 1 PS-210). Mikroskopik incelememizde hücre içinde ve dışında, romboid ve çubuk formda zayıf pozitif çift kırıcılık veren CPP kristalleri görüldü (Şekil 2 PS-210). Enflamatuvar bel ağrısı tarifleyen hastadan istenen sakroiliak eklem manyetik rezonans görüntülemesinde bilateral sakroileit bulguları görüldü. Laboratuvar incelemelerinde HLAB27 ne-



Şekil 2 (PS-210): Diz grafisinde (a) kondrokalsinozise ait görüntü ve (b) diz ultrasonografik incelemesinde sandviç bulgusu.



Şekil 2 (PS-210): (a, b) Mikroskopik incelemede hücre içinde ve dışında, romboid ve çubuk formda zayıf pozitif çift kırıcılık veren kalsiyum pirofosfat dehidrat kristalleri.

gatif, CRP 30.07 mg/L, ESH 16 mm/h saptandı; eşlik eden endokrin veya metabolik bozukluğa rastlanmadı. Hastaya CPPD ile birlikte spondiloartrit tanısı da konularak nonsteroid anti-enflamatuvar (NSAİ) ve kolşisin tedavisi başlandı. Kontrolde NSAİ yanıtı yetersiz olması nedeniyle adalimumab tedavisine geçildi. Adalimumab ile bel ağrısı yakınmaları %80 gerileyen hastanın diz eklemlerinde artrit bulguları devam etmesi üzerine yapılan bilateral intraartiküler steroid enjeksiyonları ile kısmen yanıt alındı. Günlük yaşam aktiviteleri de kısıtlı olan hastaya bilateral diz artroplastisi uygulandı. Cerrahi sonrasında rehabilitasyon programına alınan hastanın yakınmaları belirgin olarak geriledi.

Sonuç: Uzun süreli simetrik artrite yol açabilen kronik CPPD; klinik olarak RA tablosunu taklit edebileceği, nadir de olsa spondiloartrit ile birlikte görülebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Kalsiyum pirofosfat dehidrat kristal depo hastalığı, spondiloartropati

PS-211

Kronik toföz gut: Olgu sunumu

Maghrur Mammadov, Seda Çolak, Emre Tekgöz, Muhammet Çınar, Sedat Yılmaz

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

Amaç: Gut hastalığı ürik asit üretiminde artış veya ürik asit atılım yetersizliği sonucu ortaya çıkabilen, erkeklerde 5. dekat kadınlarda ise 6. dekat sonrasında insidansında artış görülen klinik bir durumdur. Son yıllarda artan insidansı kardiyovasküler ve metabolik hastalıkların artışı ile paralellik gösterir. Akut atakların en sık görüldüğü eklem ayak 1. metotarsofalangeal eklemdir. Ataklar genellikle monoartiküler eklem tutulumu şeklinde gözlenirse de oligoartiküler veya nadiren poliartiküler tipte de görülebilir. Vakamızda kronik poliartiküler eklem tutulumu olan, yaygın tofusleri ve eşlik eden radyografik değişiklikleri görülen gut hastalığı klinisyenlere hatırlatılmıştır.

Olgu: Otuzdokuz yaşında erkek hasta kulak kepçesinde, dirseklerinde, el ve ayak eklemlerinde şişlik, ağrı, şekil bozukluğuna sebebiyet veren cilt altı lezyonları sebebi ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın yakınmaları yaklaşık 20 yıldır mevcuttu ve gut hastalığı tanısı ile kolşisin ve ürik asit düşürücü tedavi kullanmakta idi. Eşlik eden başka bir hastalığı yoktu. Muayenesinde kulak kepçesinde, dirseklerinde, el ve ayak eklemlerinin dorsal yüzünde yaygın tofusleri ve el bileğinde, el ve ayak falankslarının proksimal ve distal interfalangeal eklemlerinde hassasiyeti mevcuttu (Şekil PS-211a-c). Laboratuvar değerlendirilmesinde akut faz yanıtı yüksekti ve serum ürik asit seviyesi 10.9 mg/dl (normal aralığı 3.5–7.5 mg/dl) saptandı. El direkt grafi görüntülerinde tofuslere karşılık gelen kesimlerde cilt altı yüksek dansiteli kalsifik yumuşak doku şişlikleri ve falanksların uzun aksına paralel, büyük, sklerotik kontürlü erozyonlar gözlemlendi (Şekil PS-211d ve e). Kronik eroziv poliartiküler eklem tutulumlu gut hastalığı tanısı ile takip edilen hastanın akut atağı gözlenmesi sebebi ile tedavisine 15 mg/gün prednizolon eklendi. Artrit kliniği gerileyen hastanın idame tedavisine 1 gram/gün kolşisin ve 300 mg/gün allopürinol ile devam edildi.



Şekil (PS-211): (a-c) Yaygın gut tofusleri. (d-e) Beyaz ok, gut tofuslerinin direkt grafide kalsifik görünümleri. Beyaz yıldız, kemiğin uzun aksına paralel çevresi sklerotik büyük erozyonlar.

Sonuç: Gut hastalığı, ürik asit yapımının artması veya atılımının azalmasına sonucu yükselen ürik asit seviyelerine bağlı olarak görülen kristal ilişkili artrit. Monosodyum urat kristallerinin eklem ve çevresindeki dokularda birikiminin gösterilmesi tanıda altın standarttır. Akut ataklarla seyredebileceği gibi asemptomatik ve kronik seyir de gösterebilir. Vakamızda kronik toföz gut tanısı ile takip edilen hastamızın tofuslerinin yaygınlığına ve spesifik direkt grafi bulgularına dikkat çekilmiştir.

Anahtar sözcükler: Erozyon, gut, skleroz, tofus

PS-212

Omuz ekleminde akut gut atağı: Nadir bir olgu

Fatih Akkoç

Manisa Devlet Hastanesi, Manisa

Amaç: Akut gut atağı genellikle tek eklemi tutar ve tutulan eklem çoğunlukla ayak başparmak, diz dirsek ve el bileğidir. Omuz ve kalça ekleminde nadiren gut atağı görülür. Bu yazıda omuz ekleminde nadir bir olgu olarak gut atağına bağlı artrit olan bir vakayı sunuyoruz.

Olgu: 64 yaşında erkek hasta sol omuzda ağrı şikayetiyle başvurdu. Hastanın hikayesinde 5 yıl önce gut tanısı aldığı öğrenildi. Ürikolik tb 1x1 kullanımı vardı. Hastaya daha önce pürin fakir diyet önerilmiş fakat hasta uygulamamıştı. Üç gündür sol omuz ağrısı olan hastanın fizik muayenede omuz eklem hare-

ketleri açık fakat ağrılı, ısı artışı var fakat kızarıklık yoktu. Laboratuvarında hastanın ürik asit düzeyi 5.2 mg/dl saptandı. Hastanın önceki ürik asit takiplerinde 7 mg/dl üzerinde değerler saptandı. Hastanın omuz grafisinde kalsifikasyon saptanmadı. Hastanın ultrasonografik değerlendirilmesinde yaygın artiküler



Şekil (PS-212): Periartiküler efüzyon.

ve periartiküler efüzyon (Şekil PS-212) saptandı, rotator kuff intakttı. Ultrason rehberliğinde 20 cc efüzyon boşaltıldı. Kristal bakısı yapıldı kristal saptanmadı. Hastaya ultrason rehberliğinde omuz eklemine triamsinolon enjeksiyonu yapıldı. Hastanın diyeti düzenlendi. Kolşisin tb 2x1 başlandı. Hastanın 1 ay sonra kontrolünde omuz ağrısı tamamen gerilemişti. Hastaya kolşisin 6 ay devam edilmesi önerildi.

Sonuç: Omuz eklemi nadirde olsa gut atağında tutulabilir. Omuzda artriti olan hastalarda gut açısından da gerekli tetkikler yapıp gut tedavisi düzenlenmelidir.

Anahtar sözcükler: Gut atağı, omuz eklemi, ultrason

PS-213

Jüvenil idiyopatik artrit tedavisini takiben gelişen hemolitik üremik sendrom olgusu

Nihal Şahin, Muammer Hakan Poyrazoğlu, Neslihan Günay, Sümeyra Özdemir Çiçek, Ayşe Seda Pınarbaşı, Sibel Yel, İsmail Dursun, Ruhan Düşünsel

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji ve Romatoloji Kliniği, Kayseri

Amaç: Hemolitik üremik sendromda (HÜS) klinik bulgular trombotik mikroanjiyopati sonucu oluşur. Birçok otoimmün hastalık trombotik mikroanjiyopatiye neden olur. Jüvenil idiyopatik artritte (JİA) hastalığın kendisine ve tedavisine bağlı böbrek tutulumu görülebilir. Ancak trombotik mikroanjiyopati JİA'da beklenen bir durum değildir. Bu bildiride oligoartiküler JİA tanısı alan ve tedavi başladıktan sonra HÜS gelişen iki yaşındaki kız olgu sunuldu.

Olgu: İki yaşında, kız hasta sol ayak bileğinde ve sağ dizinde şişlik, ağrı ve hareket kısıtlılığı nedeni ile çocuk romatoloji polikliniğine başvurdu. Sol ayak bileği 6 aydır, sağ diz ise 2 haftadır şişmiş. Daha önce ortopedi bölümüne başvurmuş. Ayak bileği MRG'sinde sol ayak bileğinde sinovyal kalınlaşma saptanmış ve çocuk romatoloji bölümüne sevk edilmiş. Bunun üzerine hasta kliniğimize başvurdu. Başvuru anında sağ diz ve sol ayak bileğinde artrit dışında muayenede özellik yoktu. ESH: 58 mm/s, CRP: 81.27 mg/L, ANA pozitif saptandı. Oligoartiküler JİA tanısı ile ibuprofen, metilprednisolon, metotreksat (MTX) başlandı. İki hafta sonra 3 gündür devam eden bulantı-kusma, kanlı ishal, halsizlik ile kliniğimize başvurdu. Halsiz, soluk görünümde ve göz kapaklarında ödem mevcuttu. Tam kan sayımında anemi ve trombositopeni vardı (Hb: 6.5 g/dl, PLT: 21000/mm³). İnvasküler hemoliz ile uyumlu olarak periferik yaymada şistositler görüldü, haptoglobulin düşük ve direkt coombs negatifti. İdrar analizinde +2 proteinüri ve mikroskobik hematüri vardı. Böbrek fonksiyon testleri bozulmuştu (BUN: 104.5 mg/dl, kre: 3.4 mg/dl). Kompleman C3, C4, ADAMTS 13 düzeyi normal sınırlarda, STEC serolojisi negatifti. Kanlı ishal sonrası gelişmesi nedeni ile D+HÜS düşünüldü. Yatışının ilk günü idrar çıkışının olmaması ve kan basıncının yükselmesi nedeni ile periton diyalizi başlandı. Böbrek fonksiyonlarında ve hemoliz bulgularında belirgin düzelme olmaması üzerine yatışının 4.gününde eculizumab verildi. Eculizumab sonrası böbrek fonksiyonları ve hemoliz bulguları hızla düzeldi. Bu süreçte eklem bulguları belirgin geriledi. Metilprednisolon azaltılarak kesildi ve MTX tedavisine devam edildi.

Sonuç: Hemolitik üremik sendrom çocukluk çağında akut böbrek hasarının en sık nedenidir ve etiolojisinde şiga toksin dışında otoimmün hastalıklar, ilaçlar ve birçok durum yer alır. Jüvenil idiyopatik artritte immünsüpresif başladıktan kısa süre sonra HÜS gelişen olgumuzu sunarak konuya dikkat çekmek istedik.

Anahtar sözcükler: Hemolitik üremik sendrom, jüvenil idiyopatik artrit

PS-214

Sistemik jüvenil idiyopatik artritin çok nadir bir komplikasyonu: Makrofaj aktivasyon sendromu ile birlikte akut miyokardit

Aslı Kavaz Tufan¹, Nazife Şule Yaşar Bilge², Nuran Çetin¹, Merve Aksoy³, Pelin Köşger⁴, Timuçin Kaşifoğlu²

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Eskişehir; ²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir; ³Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hastalıkları Anabilim Dalı, Eskişehir; ⁴Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hastalıkları Anabilim Dalı, Kardiyoloji Bilim Dalı, Eskişehir

Amaç: Miyokardit erişkin Still hastalığında çok nadir görülen ve fatal seyredebilen bir komplikasyondur. Sıklıkla makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) gelişen Still hastalarında bildirilmiştir. Burada sistemik jüvenil idiyopatik artrit (JİA) tanısı ile takip edilen, izlemde MAS ile birlikte akut miyokardit gelişen bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Sistemik JİA tanısı ile 8 yıldır takip edilen 11 yaşındaki erkek hasta 5 gündür devam eden ateş, döküntü, sağ ayak bileğinde şişlik ve hareket kısıtlılığı yakınmalarıyla hastanemize başvurdu. Fizik muayenesinde ateşi 38.5 °C, kalp tepe atımı 127/dk, kan basıncı 110/70 mm Hg idi, tüm gövdede ve alt ekstremiteelerde yaygın makülopapüler döküntü, sağ ayak bileğinde artriti vardı. Laboratuvar değerlendirmesinde; Hb:11.6 g/dl, WBC: 11.300/mm³, ANS: 10.500, PLT:190.000/mm³, eritrosit sedimentasyon hızı 28 mm/sa, CRP: 129.2 g/dl, Fibrinojen: 445.4 mg/dl, LDH: 442 U/L, Ferritin: 9111 ng/ml, trigliserit 302 mg/dl bulundu. İzlemde lökopeni, trombositopeni, anemide derinleşme, ferritin düzeyinde artış ve fibrinojende de düşme saptandı. Kemik iliği incelemesinde hemofagositoz görülen hastaya sistemik JİA'ya ikincil MAS tanısı kondu. İzlemde genel durumunda kötüleşme, kan basıncında uzama gelişti. Ekokardiografisinde ejeksiyon fraksiyonu %45, sol ventrikül kontraksiyonlarında yetersizlik, hafif mitral yetersizlik, hafif triküspit yetmezliği, hafif pulmoner yetmezlik, perikardiyal sıvı saptandı. Hastaya MAS ve akut miyokardit tanısı konularak pulse streoid ve plazmaferez tedavisi uygulandı. Miyokarditi kontrol altına alınamayan hastaya anakinra 80 mg/gün başlandı. Anakinra tedavisinin 1. haftasında klinik ve laboratuvar bulguları düzelen hastanın EKO'sunda ejeksiyon fraksiyonu %70'e çıktı.

Sonuç: Akut miyokardit, erişkin Still hastalığında çok nadir görülen bir komplikasyon olarak bildirilmekle birlikte literatürde akut miyokardit gelişen çocukluk çağı sistemik JİA'lı hastalara

dair hiç olgu yoktur. Bu olgunun sistemik JİA tanısı ile izlenen bir hastanın takiplerinde MAS ve akut miyokardit gelişebileceğine dikkat çekmesi ve anakinra ile başarılı bir şekilde tedavi edilmesi nedeni ile önemli olduğu ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler: Jüvenil idiyopatik artrit, makrofaj aktivasyon sendromu, akut miyokardit, anakinra

PS-215

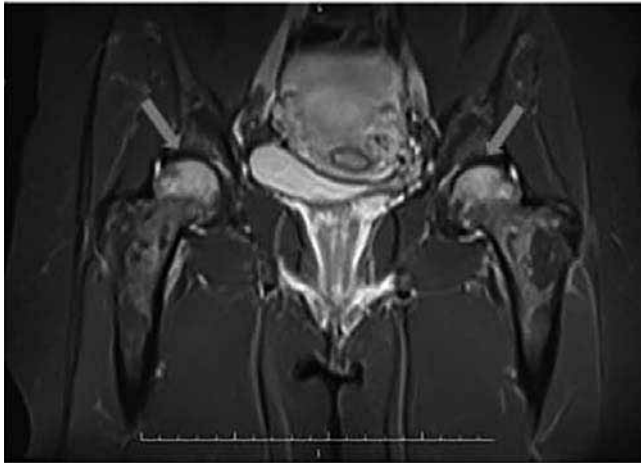
Gebeliğin tetiklediği kalçanın geçici osteoporozunun tedavisinde K2 vitamininin etkisi: bir vaka sunumu

Ebru Yılmaz

Körfez Government Hospital, Kocaeli

Amaç: Kalçanın geçici osteoporozu, birkaç hafta sonra kendiliğinden iyileşen lokal osteopeni ile giden akut başlangıçlı eklem ağrısı ile karakterize kendi kendini sınırlayan nadir görülen bir sendromdur. Olguların üçte ikisi 40 ile 60 yaş arası sağlıklı orta yaş erkeklerde bildirilmişken geri kalan vakaların üçte biri hamileliğin üçüncü trimesteri ya da erken postpartum dönemindeki kadınlarda rapor edilmiştir. Kalça eklemi, en çok etkilenen eklemdir. Sıklıkla semptomlar birkaç ay içerisinde kendiliğinden düzeler, bu nedenle konservatif tedavi en iyi tedavi yaklaşımıdır. Ağrıyı gidermek için basit analjezikler, non-steroid antiinflamatuar ilaçlar (NSAİİ) ve tramadol kullanılmaktadır. Kalsitoninin yararlı etkileri olduğu bildirilmiştir. Bifosfanatlar, ağrının hızlı bir şekilde rahatlatılması ve kemik iliği ödeminin azaltılması için önerilmektedir. Cerrahi tedavi sadece konservatif tedaviye dirençli hastalar için uygulanır. Osteoblastlar tarafından üretilen osteokalsin inaktiftir ve tam olarak aktif hale gelmesi ve kalsiyumu bağlayabilmesi için K2 vitaminine ihtiyacı vardır. Bu makalede, daha önceden tanımlanan konservatif tedavi modalitelerine orta derecede yanıt veren ve tedavisine K2 vitamini eklendiğinde semptomları tamamen düzelen gebeliğin tetiklediği kalçanın geçici osteoporoz olgusu sunulmaktadır.

Olgu: Bir hafta önce sezaryen doğum yapan 32 yaşında bir kadın hasta, şiddetli bilateral kalça ağrısı ve ambulasyon yetene-



Şekil (PS-215): Tedavi öncesi MR görüntülemesinde bilateral femur başı ve boynunda yaygın kemik iliği ödemi.

ğinde kısıtlanma şikayetleri ile polikliniğe başvurdu. Hastanın vizüel ağrı skoru (VAS) 10 idi. MR görüntülemesinde bilateral femur başı ve boynunda yaygın kemik iliği ödemi saptandı (Şekil PS-215). Kemik dansitometri sonucu femur boyun T skoru -2.7 ve L1-L4 T skoru -2.1 idi. Hastaya medikal tedavi olarak Alendronat 70 mg/haftada 1 kez, Kalsiyum 600 mg/günde 1 kez, Vitamin D3 880 IU/günde 1 kez, Asetetazolin 90 mg/sadece 2 hafta günde 1 kez başlandı ve ayrıca fizik tedavisi verildi. 1 aylık takip sonrasında hastanın VAS skoru 5 idi ve hastanın şikayetleri orta derecede azalmıştı ancak hasta sadece 15 dakika süresince ayakta durabiliyordu. Bu yüzden, hastanın tedavisine K2 vitamini (Menaquinone-7, 100 µg/3 ay boyunca günde 1 kez) ilave edildi. Hasta 3. ve 4. ay takiplerinde tamamen iyileşti ve normal yürüyüşü sağlandı.

Sonuç: K2 vitamini, daha önceden tanımlanan konservatif tedavi yöntemlerine yeterince yanıt vermeyen gebeliğin tetiklediği kalçanın geçici osteoporozu hastalarında cerrahi öncesi bir tedavi seçeneği olarak düşünülebilir

Anahtar sözcükler: Kalçanın geçici osteoporozu, vitamin K2

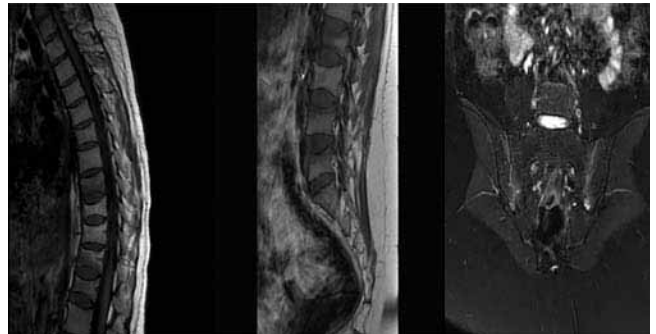
PS-216

Nadir bir SpA taklitçisi: Gebelik ve laktasyon ilişkili osteoporoz

Burak Öz, Ahmet Karataş, Zeynel Abidin Akar, Süleyman Serdar Koca

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ

Amaç: Gebelik ve laktasyon ilişkili osteoporoz [pregnancy and lactation associated osteoporosis (PLO)] çok nadir görülmekte, insidansı 100.000 kadında 0.4 orandadır. Genç yaşta multiple vertebral kompresyon fraktürlerine sebep olarak ciddi morbidite ile sonuçlanabilmektedir. Spondilartitler (SpA) genç yaşta kronik bel ağrısına sebep olan hastalıklardandır. Gerek radyografik gerek non-radyografik SpA tanısında zorluklar yaşanabilmekte ve bu hastalıkları klinik, radyografik olarak taklit edebilen hipofosfatemik osteomalazi, hipo/hiperparatiroidi, sakral stres fraktürü ve alkaptonüri gibi bozukluklar tanıda kafa karışıklıklarına sebep olmaktadır. Olgumuzla postpartum bel ağrısı yakınması ile başvuran laktasyonel dönemde bir hastada non-radyografik SpA'yı taklit edebilen nadir bir hastalık olan PLO vakasını sunarak ayırıcı tanıya katkıda bulunmayı amaçladık.



Şekil (PS-216): Sakroiliak ve torakolomber MR görüntüleri..

Olgu: 20 yaşında primipar bayan doğumdan 2 ay sonra bel ve sırt ağrısına yakınması ile başvurdu. Bel ağrısına 20 dk süren sabah tutukluğu eşlik etmesine rağmen gün içerisinde ve hareketle artış göstermekteydi. HLA-B27 negatif ve sakroiliak eklem röntgen görüntülemesinde özellik saptanmadı. Sakroiliak eklem MR bilateral sakroilitis, torako-lomber MR L2 ve T10-12 vertebralarda belirgin korpus yüksekliğinde azalma-fish vertebra görünümü görünümü şeklinde raporlandı (Şekil PS-216). Kemik mineral dansitesi (DEXA) L1-L4; T skoru: -3.8, Z skoru:-3.6 ve L2-L4; T skoru: -4.1, Z skoru: -3.9 ölçüldü. Parathormon 28.5 pg/ml, D vit 11.1 mikrogr/1, Ca + 9.3 mg/dl, P-3.1 mg/dl tespit edildi. Hasta PLO kabul edilerek emzirmesi kesildi, D vitamini ve Ca+ replasmanı ve bel-sırt ağrılarına yönelik ibuprofen 1600 mg/gün başlandı. 3 ay süreyle bifosfanat tedavisi alan olguya teriparatide tedavisi planlandı. Mevcut tedavi ile ağrılarında rahatlama olan olgu mobilize oldu. Beyin cerrahi tarafından osteoporoz tedavisi sonrası operasyon planlanan hasta takibe alındı.

Sonuç: PLO 3. trimester ve laktasyon döneminde ciddi bel sırt ağrısına sebep olan genç kadınlarda görülen nadir bir hastalıktır. Özellikle vertebralarda fraktürlerle boy uzunluğunda azalma gibi morbiditelerle sonuçlanabilir. Sakroiliak MR'da non-radyografik SpA'yı taklit eden özellikler gösterebilir. Osteoporoz ayırıcı tanıda iyi irdelenmediğinde tanıda zaman kaybına yol açabilir. Postpartum dönemde başlayan bel sırt ağrısı olan vakalarda akıldaki tutulması, optimal tedaviyle oluşabilecek morbiditelerin önüne geçmek açısından önem arz etmektedir.

Anahtar sözcükler: Gebelik ve laktasyon ilişkili osteoporoz, spondilartirit, vertebral fraktür

PS-217

Sülfasalazin tedavisi altındaki juvenil psoriyatik artritli olguda parvovirüs b19'un tetiklediği makrofaj aktivasyon sendromu

Ayşe Tanatar, Şerife Gül Karadağ, Nuray Aktay Ayaz

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği, İstanbul

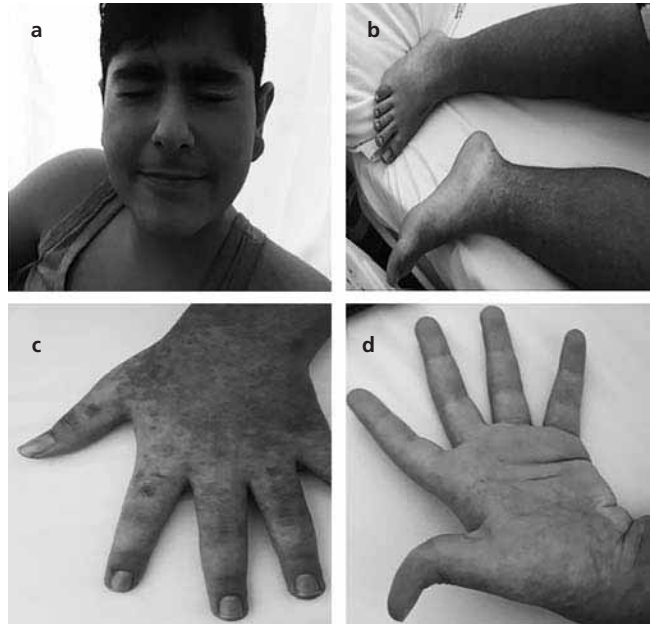
Amaç: Juvenil idiopatik artrit (JİA), çocukluk çağının en sık görülen romatolojik hastalığıdır. Makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) romatolojik hastalıkların nadir ancak hayatı tehdit eden bir komplikasyondur. Enfeksiyonlar, maligniteler, ilaçlar, metabolik hastalıklar, oksidatif stres, otoinflamatuvar ve otoimmün hastalıklar MAS'a sebep olabilir.

Olgu: 14 yaşında erkek hasta, 4 yıl önce her iki dizde artrit, daktilit, turnaklarda pitting ve ailede psoriasis öyküsü sebebiyle juvenil psoriyatik artrit tanısı aldı. NSAID, steroid, metotreksat ve leflunomid tedavilerine yanıtızsızlık sonrası sülfasalazin (SAZ) başlandı. 3. haftasında ateş, halsizlik, bulantı, kusma, döküntü, nefes darlığı şikayetleriyle başvurdu. Fizik muayenesinde genel durumu kötü, takipneik, dispneik, vücut sıcaklığı 39.4 °C, KTA: 120 atım/dk, DSS: 25/dk, TA: 160/80 mm/hg idi. Yanaklarda ağız çevresi ve burnun korunduğu eritematoz raş ("tokatlanmış yüz" görünümü), vücutta avuç içi ve ayak tabanının korunduğu makülopapüler döküntü ve sert damakta peteşileri (Şekil 1 ve 2 PS-217). Solunum, kalp ve batin muayenesi normaldi. Laboratuvar incelemesinde; hemogloblin: 12.6 g/L, hematokrit: %37.7, lökosit sayısı: 170.000/mm³, eozinofil: 680/mm³, trombosit sayısı:147000/mm³, C-reaktif



Şekil 1 (PS-217): Sert damakta peteşiler.

protein (CRP): 75.2 mg/L (n=<5), eritrosit çökme hızı (EÇH): 1 mm/sa, BUN:10 mg/dL, kreatinin: 0.79 mg/dL, AST: 277 U/L, ALT: 283 U/L, kolesterol: 127 mg/dL, trigliserid: 115 mg/dL, HDL kolesterol: 20 mg/dL, LDL kolesterol: 84 mg/dL, fibrinojen: 320 mg/dL, ferritin: 294 ng/ml saptandı. Periferik yaymada; eozinofili, atipik lenfosit ve monositlerde artış görüldü. PAAC gra-



Şekil 1 (PS-217): (a) Tokatlanmış yüz görünümü, (b-d) avuç içi ve ayak tabanının korunduğu makülopapüler döküntü.

fisi ve ekokardiyografi normaldi. Batın ultrasonografisinde splenomegali ve karaciğer boyutları üst sınırdıydı. Parvovirus B19 IgM pozitif, IgG negatif saptandı. Diğer viral tetkikleri negatifti. Takiplerinde lenfomonositoz, trombositopeni, eozinofili, transaminazlarda ve billirubinde artma, ferritinde yükselme, koagülopati gelişen hastaya kemik iliği aspirasyonu yapıldı. Hemofagositoz yapan makrofaj hücreleri görüldü. Mevcut bulgularla olası Parvovirus B19 enfeksiyonunun tetiklediği SAZ'e bağlı MAS düşünüldü.

Sonuç: SAZ kesildi. Plazmaferez, pulse metilprednizolon ve intravenöz immünglobulin (IVIG) uygulanan hastadan dramatik yanıt alındı. Takiplerinde metilprednizolon kademeli olarak azaldı. Sunulan vaka masif sitokin salınımıyla seyreden JİA'a sekonder MAS olgularında steroid, IVIG ve plazmaferez tedavilerinin kombine kullanımının etkin olduğunu göstermiştir.

Anahtar sözcükler: Makrofaj aktivasyon sendromu, juvenil psoriyatik artrit, sülfasalazin

PS-218

Psoriyatik artrit nedeni ile etanercept ve ustekinumab tedavileri sonrası KLL gelişen olgu

Şenol Kobak¹, Füsün Gediz², Meltem Türkmen³, Evrim Şefika Yücel¹
¹*İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Liv Hospital, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul;* ²*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Kliniği, İzmir;* ³*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İzmir;* ⁴*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Flow Sitometri Laboratuvarı, İzmir*

Amaç: Psoriyatik artrit (PsA), farklı eklem pattern tutuluşu yapan kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Anti-TNF-alfa ve Ustekinumab tedavilerin etkinliği, psoriasis ve PsA'te gösterilmiştir. Bu tedavilerin malignite yapma potansiyeli hala literatürde tartışılmaktadır. Bu bildiride, bu iki biyolojik ilaç kullanan hasta da, KLL gelişmesini rapor ettik.

Olgu: 66 yaşında erkek hasta, 2010 yılında diz, dirsek, saçlı deri ve gövdede eritemli skuamli plakları nedeni ile dermatoloji polikliniğine başvuran olguya psoriasis tanısı konulmuş. Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PASI) değeri 40 olarak hesaplanan olguya ile dış merkezde çeşitli topikal steroidli pomadlar verilmiş ancak hastanın lezyonlarında gerileme olmamış. PsA tanısı da alan hastaya Metotreksat 20 mg/hafta başlanmış. 9 aylık Metotreksat kullanım sonrası yanıt alınamayan hastaya, Ocak 2015'de Etanercept başlanmış. Tedaviye başlangıçta yanıt veren ve lezyonları gerileyen hastada 8 aylık dönemden sonra tedaviye direnç ve lezyonlarında artış saptanmış. Yanıtsızlık nedeniyle Kasım 2016'da Ustekinumab ile değiştirilmiş. Bu tedaviyi alırken, Dermatoloji polikliniğinden son 1 yıldır gelişen ve progresyon gösteren lenfositöz nedeni ile tetkik edilmek üzere hematoloji polikliniğine yönlendirilmiş. Olgunun hematoloji polikliniğinde yapılan ilk değerlendirilmesinde sistemik yakınması yoktu. Cilt lezyonlarının Ustekinumab tedavisi ile kontrol altına alındığı öğrenildi. Fizik muayenede submandibular ve bileteral 1 cm'den küçük lenfadenopati dışında patoloji saptanmadı. Dalak ve karaciğer palpasyonla ele gelmedi. Akciğer sesleri doğal, kardiyovasküler sistem ritmik, ek ses üfürüm yoktu. Tam kan sayımında lökosit: 13.700/mm³, lenfosit 5.700/mm³ Hb: 13.5 gr/dl,

Htc: %39.5 Plt: 285.000 mm³. Karaciğer fonksiyon testleri, renal fonksiyon testleri olağan idi. Periferik yaymada lökositöz, %67 oranında çoğunluğu küçük matür bir kısmı orta büyüklükte lenfositler izlendi, eritrositler normokrom mormositer, trombositler yeterli sayı ve dağılımda değerlendirildi. Akım Sitometri ile CD5, CD19 CD20 ve CD5+ CD19 pozitif, evre 0 KLL ile uyumluydu. Hastaya uygulanan Ustekunimab tedavisi kesilmiştir ve poliklinik takiplerine alınmıştır.

Sonuç: Anti-TNF-alfa ve Ustekunimab tedavisi altında hematolojik malignite gelişimi ile ilgili tartışmalar devam etmekte ise de bu tür olgularda yakın izlem yapılması faydalı olacaktır.

Anahtar sözcükler: Psoriyatik artrit, etanercept, ustekinumab, KLL

PS-219

Psoriyatik artritli hastada HIV enfeksiyonu

Şenol Kobak

İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Liv Hospital, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Psoriyatik artrit (PsA), farklı eklem pattern tutuluşu yapabilen, kronik inflamatuvar hastalık. Tedavisinde kullanılan farklı temel etkili ilaçlar yanı sıra, son yıllarda biyolojik ilaçlar gündeme gelmiştir. Bu ilaçların kullanımı esnasında, farklı enfeksiyonlar görülebilmektedir. PsA'li hastalarda HIV enfeksiyonu nadir de olsa rapor edilmiştir. Bu olguların tedavisi ile ilgili literatür veriler kısıtlıdır. Bu bildiride, HIV pozitif PsA tanısı ile izlenen erkek olguda, Adalimumab sonrası tüberküloz gelişmesi üzerine, ilaç kesilerek, anti-HIV tedavi ile birlikte Hidroksiklorokin'in (HQ) etkinliği ve güvenirliliği rapor edilmiştir.

Olgu: 53 yaşında, erkek hasta, el bilek, MKF, PİF, DİF eklemlerde ağrı, bel ağrı ve sabah tutukluğu şikayetleri ile polikliniğe başvurdu. Özgeçmişinde; yaklaşık 10 yıldan beri PsA tanısı ile takipte, 7 yıl önce aktif hastalık nedeniyle Adalimumab verilmiş, tüberküloz gelişmesi üzerine kesilmiş, 9 ay anti-Tbc tedavisi almış. Aynı dönemde yapılan tetkiklerde HIV pozitifliği saptanmış ve PsA sadece NSAİİ ile takibe alınmış. FM'de her iki el bilek, MKF, PİF, DİF eklemlerde hassasiyet ve kısıtlılık, bilateral FABERE FADIR pozitif, sol dirsekte PsO ile uyumlu deri lezyonu. Yapılan laboratuvar tetkiklerde; hafif ESH ve CRP yükseliği, hemogram, KCFT, BFT, r. idrar normal, RF, ANA, anti-CCP negatif, anti-HIV 1/2 ve Western blot HIV 1/2 pozitif, CD4 düşüklüğü saptandı. Çekilen SİE grafi ve MR'da bilateral kronik ağırlıklı sakroiliit, lateral topuk grafide epin formasyonu, el/el bilek grafide periartiküler osteopeni saptandı. AC grafi ve batın USG normal idi. Sorgulamasında; son 1 yıldan beri İntaniye polk.'de takip edildiğini ve nukleozid transkriptaz inhibitör aldığı söyledi. Hastaya NSAİİ ve HQ 400 mg/gün başlandı. 2 ay sonra yapılan kontrolünde, klinik ve laboratuvar regresyon gözlemlendi. İntaniye tarafından bakılan CD4 düzeylerinde belirgin bir düşüş saptanmadı. Genel durumu iyi olan hastanın polk. takipleri devam etmektedir.

Sonuç: HIV pozitif romatolojik hastalarda tedavi seçenekleri kısıtlıdır. Bu hastalarda biyolojik kullanan hastalar da bildiril-

miştir. Yine de, immunosupresif ilaç kullanımı çok dikkatli ve yakın takip ile yapılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Psoriyatik artrit, HIV enfeksiyon, adalimumab

PS-220

Medyatik, kronik lenfödemli bir psöriyatik artrit hastası

Günay Şahin Dalgıç, Berivan Bitik, Ahmet Eftal Yücel

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Olgu: MS, 47 yaşında, erkek hasta Temmuz 2008'de Hürriyet gazetesinde hastalığının dünyada çaresi yok başlığı ile haber olmuş. Hasta sol bacağına şişlik ve yürüyememe şikayeti ile Ankara'da pek çok hastanede ve aralarında romatoloğun da bulunduğu pek çok bölüm doktoru tarafından muayene ve tetkik edilmiş. Çeşitli hastanelerde hospitalize edilerek bacak lenfanjiyografisi, cilt ve lenf nodu biyopsisi gibi tetkikleri yapılmış. Sol bacakta lenfödem dışında tanı almamış ve hiçbir tedaviden yarar görmemiş. Hastanın bu süreçte laboratuvar bulgularında kronik eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ve CRP yüksekliği dışında anormallik saptanmamış. 2011 yılında Başkent Üniversitesi Romatoloji bölümüne başvuran hastanın fizik muayenesinde tirnaklarda pitting, onikoliz ve lökonişi saptanmış ve öyküsünde enflamatuvar karakterde bel, sırt ve boyun ağrısı olduğu anlaşılmıştır. Çekilen sakroiliyak grafide bilateral evre II sakroiliyit, iskium entezopatisi, aşil ve plantar entezopatisi saptanmıştır. Aile öyküsü sorgulandığında erkek kardeşinin yakın zamanda psöriyazis tanısı aldığı da öğrenilmiştir. Hastaya psöriyatik artrit tanısı ile metotreksat, sulfasalazin ve steroid olmayan anti-enflamatuvar ilaç tedavisi başlanmıştır. Tedavi öncesi ESH 113 mm/saat ve CRP düzeyi 41.9 mg/L olan hastanın tedavinin 3. ayında klinik ve laboratuvar yanıtı olmayınca infliksimab tedavisi başlanmıştır. Hastalık sürecinin başından beri ESH ve CRP değerleri çok yüksek seyreden hastanın infliksimab tedavisinin 6. haftasından itibaren, bu değerleri normal düzeyde devam etmektedir. Hasta klinik olarak tedaviye iyi yanıt vermiş olup, yedi yıldır infliksimab tedavisi almaktadır. Hastanın lenfödemini tamamen kaybolmamakla birlikte gerileme göstermiştir.

Sonuç: Bu olguda hastaların fizik muayenesi ve ayrıntılı öykü alınmasının tanıda ne kadar önemli olduğu vurgulanmak istenmiştir. Psöriyazis ve psöriyatik artrit ekstremiteelerde tek taraflı lenfödeme yol açabileceği ile ilgili literatürde olgu sunumları bulunmaktadır. Bu bildiride sunulmak istenen diğer nokta, basının özellikle tıbbi konularda araştırmadan yaptığı haberlerin toplumu yanlış yönlendirebileceğidir.

Anahtar sözcükler: Medya, kronik lenfödem, psöriyatik artrit

PS-221

Skleroderma ile takip edilen, pulmoner hipertansiyonu olan 42 yaşında kadın hastanın tedavi yönetimi

Abdullah Tunçer

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Konya

42 yaşında kadın hasta nefes darlığında düzelmeme şikayeti ile başvurduğu göğüs hastalıkları polikliniğinde değerlendirildi-

ten sonra, kardiyolojik açıdan değerlendirilmesi amacıyla kardiyoloji polikliniğine yönlendirilmiş. Yapılan muayenesinde dispneik olan ve transtorasik ekokardiyografisinde tahmini pulmoner arter basıncı 50 mmHg ölçülen hasta, yoğun bakım ünitesinde takibe alındı. Hastanın hikayesinde 10 yıldır skleroderma tanısı olduğu, 8 yıldır da astım-koah tanılarıyla göğüs hastalıkları tarafından (devamlı-düzenli bir takibi olmamış, ara ara nefes darlığı artınca farklı hastanelere başvurmuş) takip edildiği, 3 ve 9 yaşlarında iki çocuğu olduğu ve özellikle ikinci çocuğunun doğumunun ardından şikayetlerinin arttığı öğrenildi. Hasta yoğun bakımda takip altına alındıktan sonra göğüs hastalıkları ve romatolojiye konsülte edildi. Romatoloji kliniği tarafından hastaya asetilsalisilik asit, trentilin ve kolşisin tedavileri önerildi. Hasta klinik olarak stabil hale gelince hastaya sağ kalp kateterizasyonu yapıldı. Yapılan sağ kalp kateterizasyonunda hastanın ortalama pulmoner arter basıncı 37 mmHg, sistolik pulmoner arter basıncı 65 mmHg tespit edildi. Adenozin ile yapılan vazoreaktivite testine yanıt izlenmeyen hastaya NYHA fonksiyonel kapasitesi 3 olması nedeniyle ikili spesifik tedavi başlandı (masitentan + tadalafil). Hastanın 1 ay sonra yapılan kontrolünde klinik olarak anlamlı bir düzelmeye ulaşamadı. Hastanın tedavisine inhale iloprost eklendi ve romatoloji tarafından siklofosfomid tedavisi başlandı. (DLCO %40'ın altında tespit edildi). Üçlü tedavinin ikinci ayında fonksiyonel kapasitesinde anlamlı bir düzelme olmayan ve fonksiyonel kapasitesi 4 olan hastaya IV epoprostenol tedavisi başlandı. IV epoprostenol tedavisinin ikinci gününde ciddi flushing, üçüncü gününde ise diyare gözlemlendi. Tedricen doz artırımı yapılarak birinci hafta sonunda 20 ng/kg/dak dozuna çıkıldı ancak daha fazla doz artırımı yapılamadı. Hastanın takibinde semptomlarında belirgin düzelme izlenmedi. Hasta ayaktan siklofosfamid tedavileri almaya devam etti ancak 5. kürden sonra hasta (İlacın tüm gerekliliği anlatılmasına rağmen) siklofosfamid tedavisi almak istemedi. Hastaya romatolojinin önerisi ile azotiopurin ve hidroksiklorokin tedavileri devam edildi. 11 aydır takip edilen hasta bu süre içerisinde 3 kez pnömoni nedeniyle takibe alındı ve tedavi ile taburcu edildi. transplantasyon açısından Ankara da bir merkeze yönlendirilen hasta transplantasyon için uygun görülmedi.

Anahtar sözcükler: Kombine tedavi, pulmoner hipertansiyon, skleroderma, transplantasyon

PS-222

Romatoid artritli hastada bariatrik cerrahinin hastalık parametreleri üzerine etkisi

Şenol Kobak

İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Liv Hospital, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Obezite, inflamatuvar yollarını tetikleyerek, birçok romatolojik hastalıkların insidansında artış, hastalık aktivasyonu ve kötü prognozuna sebep olabilmektedir. Bariatrik cerrahi, kalıcı kilo kaybı yaparak, morbid obez hastaların tedavisinde etkili yöntem olarak kabul edilmektedir. Bu bildiride, RA tanısı ile takip edilen 55 yaşında bayan hastada, bariatrik cerrahinin hastalık aktivasyon parametrelerinin üzerine etkileri tartışılmaktadır.

Olgu: 55 yaşında bayan hasta, yaklaşık 10 yıldan beri RA tanısı ile takipte. Son 6 aydan beri her iki el bilek, MKF, PİF, diz eklemlerde ağrı, şişlik ve sabah tutukluğu şikayetleri ile Romatoloji polikliniğine başvurdu. RA için kullandığı ilaçlar; Leflunomid 20 mg/gün, Deltacortril 5 mg/gün, HQ 2x1/gün. FM'de obez (vücut kitle indeksi 32), her iki el bilek şişlik, hassasiyet ve kısıtlılık, sağ el 2.3. MKF ve 2.4. PİF eklemlerde şişlik ve hassasiyet, sol el 2.3.4. MKF eklemlerde hassasiyet, her iki diz eklem hassasiyet ve hareket kısıtlılığı mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde; ESH: 74 mm/h, CRP: 8.5 mg/dl, RF ve anti-CCP pozitif, ANA ve ENA profil negatif idi. Batın USG'de hepatosteatoz, AC grafi ise normal idi. RA hastalık aktivasyonu açısından değerlendirildiğinde, DAS28: 5.1 üzerinde saptandı. RA aktivasyonu nedeniyle Metotreksat 15 mg/hafta başlandı. Yaklaşık 2 ay sonra kontrole geldiğinde, klinik ve laboratuvar olarak regresyon gözlenmesine rağmen, hala aktif hastalığı devam etmekteydi. Hastaya biyolojik ilaç konusunda bilgi verildi, fakat hasta bu tedaviyi kabul etmedi. Üstelik kortikosteroidin aşırı kilo almasına sebep olduğunu belirterek, KS kullanmayı reddetti. Yine obezite nedeniyle bariatrik cerrahi için randevu aldığını belirtti. Her ne kadar hastalık kontrol altına alındıktan sonra ameliyat olmasını tavsiye edildiyse de, hasta bir hafta sonra sleeve gastrektomi ameliyatı oldu. Operasyondan iki ay sonra kontrole geldiğinde, klinik olarak belirgin bir iyileşme olduğu gözlemlendi, eklemlerde şişliğin kaybolduğu, sadece birkaç eklemdede hassasiyet olduğu tespit edildi. Akut faz reaktanlarda da belirgin gerileme olduğu gözlemlendi (ESH: 32 mm/h, CRP: normal). Klinik olarak stabil olan hastanın poliklinik takipleri devam etmektedir.

Sonuç: Morbid obez hastalarında kullanılan bariatrik cerrahi yöntemi, inflamatuvar romatolojik hastalıkların aktivasyonunu baskılanmasına katkıda bulunabilir.

Anahtar sözcükler: Romatoid artrit, bariatrik cerrahi, hastalık aktivasyon parametreleri

PS-223

Romatoid artrit multiple myelom birlikteliği gösteren olgu

Sevcan Uğur¹, Tuba Ersal²

¹Balikesir Atatürk Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Balikesir;

²Balikesir Atatürk Şehir Hastanesi, Hematoloji Kliniği, Balikesir

Amaç: Multiple myelom plazma hücrelerinin malign neoplazisidir. Etyolojisi ve patogenezi hala net bilinmemektedir. Metotreksat romatoid artrit (RA) tedavisinde birinci basamakta, tek başına veya diğer hastalık modifiye edici ilaçlarla kombine olarak kullanılmaktadır. Biz bu sunumunda sitopeni ve ağrı şikayeti ile başvuran multiple myelom tanısı alan RA tanılı olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Yetmiş sekiz yaşında dış merkezde 10 yıldır RA tanısı ile takip edilen kadın hasta romatoloji polikliniğimize kontrol amacıyla başvurdu. Hastanın daha önceden uzun süre metotreksat tedavisi kullandığı, son 6 aydır ise tedavisinin kan hücrelerinde azalma olması nedeniyle takip edildiği merkez tarafından kesildiği öğrenildi. Ağız kuruluğu ve göz kuruluğu, psoria-

zis, oral ülser, fotosensivite, malar raş, derin ven trombozu öyküsü yoktu. Lokomotor sistem muayenesinde hassas eklem ve şiş eklem yoktu. Laboratuvar incelemesinde lökosit 2850 µL, Hb 10 mg/dL, nötrofil 1210 µL, eritrosit sedimentasyon hızı 91 mm/saat, C reaktif protein 0.42 mg/dL, romatoid faktör ve anti siklik sitrülün peptid antikor negatif, anti nükleer antikor ve ENA profili negatifti. Kompleman seviyeleri normaldi. Posterior-anterior akciğer grafisinde patoloji yoktu. Hastanın metotreksat tedavisini 6 aydır kullanmamasına rağmen bisitopenisi devam ediyordu. Bu nedenle sitopeninin ilaç yan etkisi ile ilişkili olmadığı düşünüldü. Eritrosit sedimentasyon hızı lokomotor sistem muayenesi ile uyumlu olmayacak şekilde yüksekti. Hematolojiye konsülte edildi. Serum immünifikasyon elektroforezi IgA-Lambda tipi monoklonal gammapati ile uyumluydu Kemik iliği biyopsisi multiple myelom ile uyumluydu. Kemoterapi planlandı.

Sonuç: Metotreksat ile ilişkili miyelosüpresyon romatizmal hastalığı olan hastalarda %2–10.2 oranında görülür. En sık nötropeni gözlenir. Metotreksat kullanan RA'lı hastalarda kanser gelişim riskini araştıran çalışmalar incelendiğinde lenfoproliferatif hastalık (lösemi, multiple myelom) riskinin arttığı görülmüştür. Ancak bu risk RA'lı hastalarda da arttığından bağımsız olarak bu risk artışını göstermek oldukça zor olabilir. Bizim olgumuzda da uzun süreli MTX kullanım öyküsü vardı ancak son 6 aydır ilaç kullanmıyordu. Sonuç olarak kemik iliği süpresyonuna neden olabilecek ilaç kullanan hastalarda ilaç kesilmesine rağmen sitopeni devam ediyorsa altta yatan hematolojik malignitelerin araştırılması gerekir.

Anahtar sözcükler: Bisitopeni, multiple myelom

PS-224

Romatoid artrit tanısı ile takip edilmiş siringomiyeli olgusu

Seda Unutmuş¹, Ayşegül Uçkun¹, Serdar Can Güven², Rezan Koçak Ulucaköy², Baki Özdemir², Murat Zinnuroğlu¹, Gülçin Kaymak Karataş¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara; ²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Romatoid artrit (RA) tedavi edilmediğinde başta el eklemleri olmak üzere birçok eklemdede deformitelere yol açabilmektedir. Bununla birlikte, benzer deformiteler romatizmal hastalıkların yanı sıra, ortopedik ve nöropatik patolojiler nedeniyle de gelişebilmektedir. Bu bildiride RA tanısı ile takip edilmiş bir siringomiyeli olgusu sunulmuştur.

Olgu: Dış merkezde 7 yıldır RA tanısı ile takip edilen 60 yaşında kadın hasta polikliniğimize ellerde ağrı ve deformiteleri nedeniyle başvurdu. Hastanın sorgusunda ağrının her iki elde yaygın ve nöropatik karaktere olduğu öğrenildi. Ellerde güçsüzlük ve kasılma şikayetleri mevcuttu. Hasta eklemlerinde hiçbir zaman şişlik olmadığını belirtti. Diğer eklemlerinde ağrı veya deformitesi yoktu. Romatolojik sorguda ve soy geçmişte özellik yoktu. Hidroksiklorokin ve kolşisin kullanmakta olan hastanın daha öncesinde 6 yıl metotreksat kullanım öyküsü olduğu, ancak son 1 yıldır metotreksat kullanmadığı öğrenildi. Fizik mu-



Şekil (PS-224): T2 ağırlıklı sagittal servikal MRG kesitlerinde torakal bölgeye uzanım gösteren geniş sirinks kavitesi (beyaz oklar).

ayenede bilateral pençe el deformitesi ile birlikte tenar, hipotenar ve intrinsik kaslarda belirgin atrofi mevcuttu. Aktif artrit bulgusu yoktu. Bakılan laboratuvar tetkiklerinde Hg 12.3 gr/dL, lökosit 7500 /uL, platelet 288.000 /uL, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, ürik asit normal sınırlarda, CRP 3.27 mg/L, ESR 22 mm/st, kreatin kinaz 254 U/L olarak saptandı. Serolojik testlerde RF, anti-CCP, ANA-IFA, ENA ve ANCA-IFA negatifti. El grafisinde sağ el 4. PİF ekleminde dejeneratif değişiklikler dışında el bilekleri, interkarpal, MKF ve PİF eklemlerinde belirgin anormallik izlenmedi. Hastanın el deformiteleri ve el kaslarındaki atrofilerine yönelik olarak elektronöromiyografik inceleme (ENMG) yapıldı. ENMG sonucu “bilateral duyuşal ganglion proksimalinde C8-T1 dağılımında nörojenik lezyon ile uyumlu” olarak raporlanan hastanın kullanmakta olduğu kolşisin ve hidroksiklorokin tedavisi kesildi. Takibinde artrit gelişimi ve akut faz reaktanlarında yükselme izlenmedi. Çekilen servikal MRG’sinde torakal vertebralara kadar uzanım gösteren geniş sirinks kavitesi izlendi (Şekil PS-224). Hasta siringomiyeli tanısıyla ileri tetkik ve rehabilitasyon amacıyla fiziksel tıp ve rehabilitasyon kliniğine yatırıldı.

Sonuç: Başta romatoid artrit olmak üzere birçok romatizmal hastalık eklemlerde hasara yol açabilmektedir. Ancak artriti olmayan ve atrofi, duyuşal semptomlar gibi bulguların ön planda olduğu, eklem deformitesi ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda nörolojik hastalıklar da göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Romatoid, artrit, nöropati, siringomiyeli, deformite

PS-225

Tofasitinibe bağlı derin ven trombozu

Düriye Sıla Karagöz Özen¹, Muhammed Atasever¹, Elif Dağistan¹, İsmail Toto¹, Mehmet Derya Demirağ²

¹Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Samsun;

²Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Samsun

Olgu: 70 yaşında erkek hasta romatoloji polikliniğine sol bacakta şişme ve ağrı şikayetleri ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde romatoid artrit dışında bilinen bir hastalığı yoktu. Sigara kullanımı mevcut değil. Fizik muayenesinde sol bacakta derin ven trombozu (DVT) ile uyumlu şişlik, kızarıklık, ağrı, çap artışı ve damarlarda belirginleşme mevcuttu (Şekil PS-225). Has-



Şekil (PS-225): Süperfişyel venlerin akut trombozunun klinik görünümü.

ta DVT ön tanısıyla servise yatırıldı. Laboratuvar bulgularında akut faz yanıtında artış dışında özellik yoktu. Hastaya bilateral alt ekstremite venöz doppler ultrason yapıldı ve solda safen venede intralumener tromboze yapılar, düzensiz venöz akım, kompresyona karşı kısmi yanıtızsızlık (subakut-kronik venöz tromboz) saptandı. Solda superficial femoral venede intralumener tromboze yapılar ve venöz akım oklüzyonu izlendi. Arteriyel dopplerde solda superficial femoral arter (SFA) oklüde bulundu. Hastanın özgeçmişinde sigara öyküsü olmaması, immobilizasyon veya vasküler herhangi bir ek risk faktörü olmaması nedeniyle hastada tofasitinibe bağlı DVT düşünüldü. Pulmoner emboli saptanmadı. Hastanın Xeljanz (tofasitinib) tedavisi kesildi. Enoksaparin 0.6 mL 2x1 subkütan ve asetilsalisilik asit 100 mg 1x1 oral başlandı. Tedaviye olumlu klinik yanıt alınan hasta poliklinikten takip edilmek üzere taburcu edildi.

Sonuç: Xeljanz, etken madde olarak bir Janus kinaz (JAK) inhibitörü olan tofasitinibi içerir. JAK inhibitörü olan bir diğer molekül barisitinib ile venöz tromboemboli riskinin arttığı bildirilmiş olmakla birlikte tofasitinibin de aynı riski artırıp artırmadığı henüz net değildir. Bu nedenle vakamızın literatüre katkısı olacağını düşünüyoruz.

Anahtar sözcükler: Tofasitinib, JAK inhibitörü, romatoid artrit, derin ven trombozu

PS-226

Romatoid artrit ve akciğer kanseri birlikteliği

Muhammet Limon, Semral Gülcemal, Sema Yılmaz

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

Amaç: Romatoid artrit sistemik otoimmün, simetrik olarak eklemlerde artrite yol açan kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Malign hastalıkların seyrinde romatoid artriti taklit eden bulgular gözlenebilir. Bu olgu geç başlangıçlı romatoid artrit ve akciğer kanseri birlikteliği saptanması nedeniyle sunulmuştur.

Olgu: 77 yaşında erkek hasta halsizlik, 3 ayda 6 kilo verme, el eklemlerinde sabah tutukluğu ve şişlik yakınması ile romatoloji polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde bilinç açık, tansiyon: 130/70 mm/Hg, vücut sıcaklığı: 36 °C, nabız: 72/dk saptandı. Baş-boyun muayenesinde patolojik lenfadenopati ve ele

gelen kitle saptanmadı. Akciğerde dinlemekle ronküs saptandı. Kardiyovasküler sistem ve batin muayenesi olağan saptandı. Romatolojik muayenesinde her iki el bilek, metakarpofalangeal eklemleri hassas ve şişti. Isı artışı ve kızarıklık saptanmadı. El turnaklarında çomak parmak deformitesi mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde WBC: 12.000 K/uL, nötrofil: 8500 K/uL, Hg: 14 gr/dl, RF: 1270 IU/ml (N: 0–20), Anti-CCP: +, ANA: 1/320 sitoplazmik granüller, ENA paneli: negatif, ürik asit: 4.7 mg/dl (N: 3.7–7.7), LDH: 177 u/l (N: 125–243), albumin: 2.47 g/dl (N: 3.5–5.2), kreatinin: 0.7 mg/dl (N: 0.6–1.1) saptandı. Hastanın sigara öyküsü olması ve ileri yaş olması nedeniyle paraneoplastik sendromlar araştırıldı. Toraks bilgisayarlı tomografisinde sol akciğerde 55×33 mm kitle (Şekil PS-226) saptandı. Kitleden alınan biyopsi akciğer adenokarsinom olarak raporlandı. Olguya 2010 EULAR tanı kriterlerine göre romatoid artrit tanısı konularak sülfasalazin 2000 mg/gün, hidroksiklorokin 400 mg/gün ve prednizolon 15 mg /gün başlandı. İzlemede kortikosteroid dozu azaltılarak kesildi. Hasta akciğer kanserine yönelik medikal tedaviyi reddetmesi nedeniyle onkolojik tedavi almadı.

Sonuç: Yaşlı popülasyonda başlıca osteoartrit gibi inflamatuvar olmayan hastalıklar daha sık görülür. Romatolojik hastalıklar açısından bakıldığında romatoid artrit, polimiyalji romatika, kristal artropatiler geriatrik hastalarda diğer inflamatuvar hastalıklara göre daha sık görülür. İleri yaşta ek sağlık sorunları ve otoantikör testlerinin negatifliği tanı ve tedavi kararını zorlaştırmaktadır. Romatolojik hastalıklarda paraneoplastik sendromlar olarak eozinofilik fasiit, artrit, hipertrofik osteoartropati, gut, vaskülit, miyozit gözlenebilir. İleri yaşta saptanan romatolojik belirtilerin paraneoplastik olarak gözlenebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar sözcükler: Paraneoplastik artrit, romatoid artrit, akciğer kanseri

PS-227

Çoklu biyolojik tedavi sonrası romatoid artrite eşlik eden miliyer tüberküloz ve Pott apsesi olgusu

Seda Kutluğ Ağaçkiran¹, Semiha Emel Eryüksel², Yeşim Çıracı³, Fatma Temiz³, Aysun Aksoy¹, Ümmügülüm Gazel¹, Sema Kaymaz Tahra¹, Murat Karabacak¹, Fatma Alibaz Öner¹, Mehmet Pamir Atağündüz¹, Güzide Nevsun İnanç¹, Rafi Haner Direkseneli¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; ²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul; ³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

56 yaşında diyabet, hipertansiyon, KOAH ve 1990 yılından beri seropozitif romatoid artrit tanılı erkek hasta Şubat 2018'de başlayan kilo kaybı ve sırt ağrısı nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Öncesinde sulfasalazin (1990–2006) ve metotreksat (2006–2008, karaciğer enzim yüksekliği nedeniyle kesilmiş) ile takip edilen hastanın tedavisine 2007'de önce infliksimab (2007–2008, hasta fayda görmemiş), sonrasında etanersept (2008–2015), tofasinitib (2016, yüzde döküntü şikayeti nedeniyle kesilmiş) ve tosilizumab (2016–2017, hasta fayda görmemiş) eklenmiş. Hastanın tedavisi öncesi bakılan PPD'si 0 mm saptanmış ve o dönemde latent tüberküloz tedavisi almamış. Güncel tedavisi leflunomid (2009) ve sertolizumab (Mart 2017) ile devam edilen hastanın yakınmaları-



Şekil (PS-226): Toraks BT'de sol akciğerde gözlenen kitle.

na gece terlemesi ve ateş eklenince çekilen batin MR/MRCP'de safra kese duvar kalınlığı artmış ancak safra yolları normal bulunmuş. Akut kolesistit tanısıyla semptomatik tedavisinin ardından şikayetleri artan hasta 29.6.18'de servise yatırıldı. Tetkiklerinde hemogram ve renal fonksiyonları normal, ALP/GGT: 301/232 IU/L, LDH: 277 IU/L, total protein/albumin: 6.5/3.4 mg/dl, CRP 85 mg/L, ESH: 38 mm/st ve prokalsitonin negatif saptandı. Gönderilen kan ve idrar kültürlerinde üreme olmadı. Abdomen BT'de safra kesesinde şüpheli taş görünümü saptanması nedeniyle batin MR/MRCP'si tekrarlandı, ancak akut patoloji bulunamadı. Toraks BT'de her iki akciğerde milimetrik nodüller ve mediastende en büyüğü 13 mm'lik lenf nodları olan hastada miliyer tüberküloz düşünüldü (Şekil PS-227). Quantiferon pozitif, idrar ARB'si negatif, PPD'si 19 mm saptandı. 4.7.18'de bronkoskopi yapılan hastada bronkoalveolar lavajda TBC PCR pozitif, ARB negatif tespit edildi. Spinal MR'da T7-8'deki kontrast tutulumu ve dejenerasyon Pott apsesi ile uyumlu değerlendirilen hastaya 5.7.18'de izoniazid 300 mg/g, rifampisin 600 mg/g, etambutol 1500 mg/g ve pirazinamid 2000 mg/g başlandı. Sırt ağrısı devam eden hasta algolojiye danışılarak tedavisine tramadol 150 mg/g, parasetamol+kodein fosfat+kafein 3×1 tablet ve pregabalın 150 mg/g eklendi ve stabilizasyon amaçlı torakolomber çelik balenli korse önerildi. Hastanın takip ve tedavisi kliniğimizde devam etmektedir. Sonuç olarak çoklu anti-TNF tedavi ülkemizde tüberküloz riskini arttırmaktadır. Olgumuzda sertolizumab tedavisinin henüz 3. ayında saptanan tüberküloz patogenezinde önceki anti-TNF tedavilerinin de rolü olabilir.

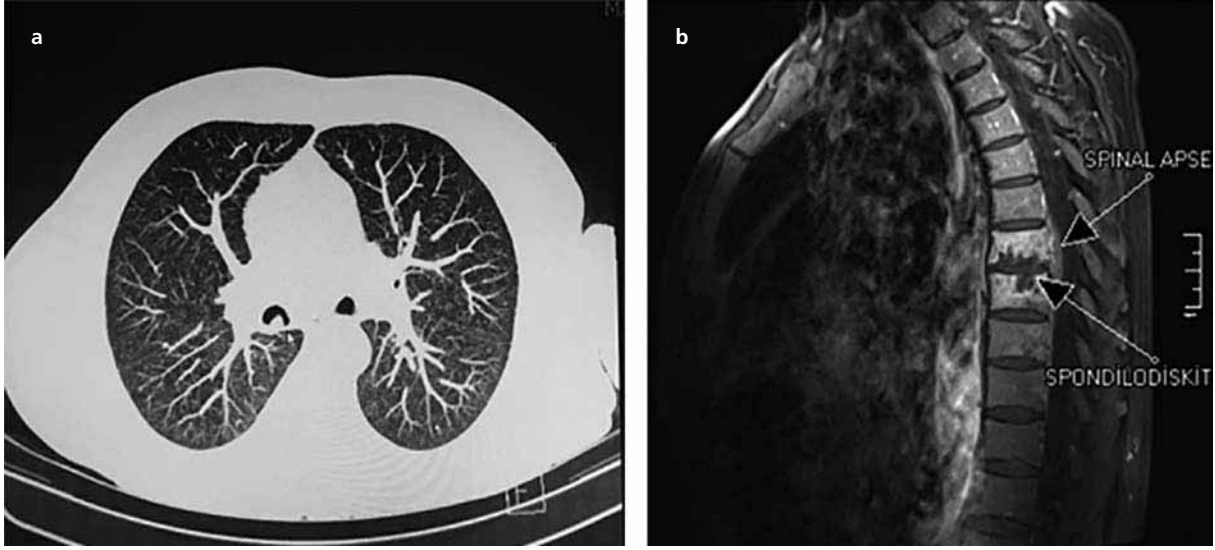
Anahtar sözcükler: Romatoid artrit, miliyer tüberküloz, pott apsesi

PS-228

Akciğer tutulumu ile tanı alan romatoid artrit vakası: Olgu sunumu

Köksal Sarıhan, Akın Erdal, Meltem Alkan Melikoğlu
Atatürk Üniversitesi, Erzurum

Amaç: Romatoid artrit (RA) toplumda en sık görülen, otoimmün ve inflamatuvar hastalıktır. En sık kronik iltihabi eklem hastalığı kliniğiyle birlikte olması yanında eklem dışı tutulumları

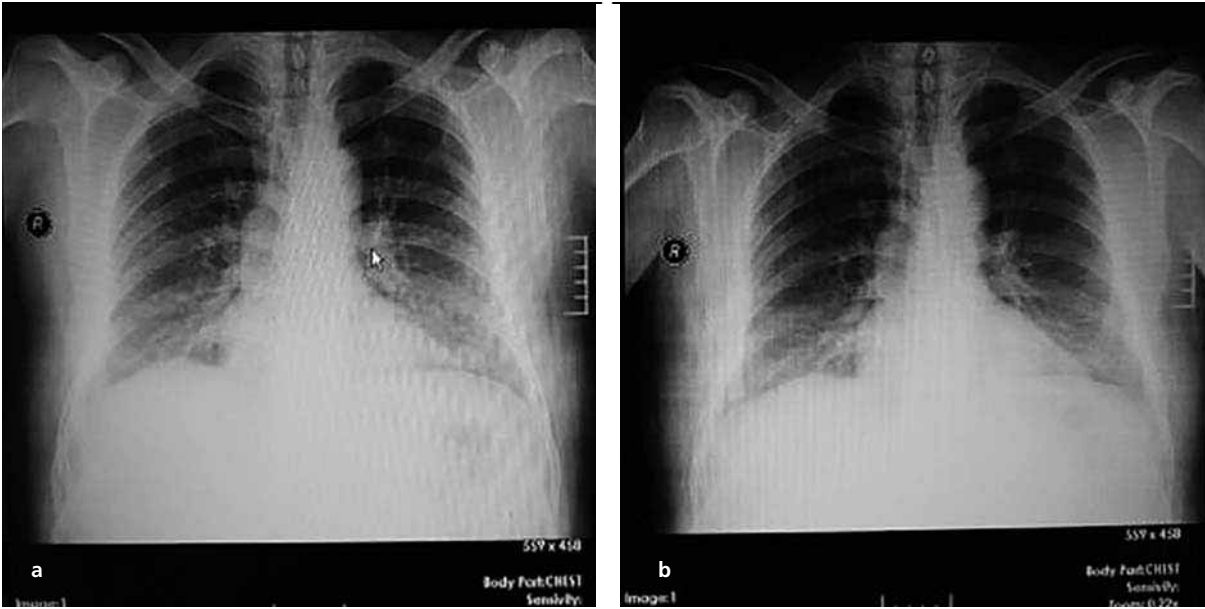


Şekil (PS-227): (a) Toraks BT'de miliyer tüberküloz görüntüsü ve (b) yağ baskılı T1+C spinal MR sagittal kesitte spondilodiskit ve spinal apse.

da olan sistemik bir hastalıktır. RA'nın en sık görülen eklem dışı tutulumu plöropulmoner tutulumdur. RA'lı hastalarda pulmoner enfeksiyon ve ilaç toksisitesi sık görülmekle birlikte romatoid artrit primer sorumlu olduğu akciğer parenkim, hava yolu ve plevra hastalıkları oldukça yaygın olarak saptanmaktadır. RA'da plöropulmoner tutulum genellikle eklem bulgularından sonra görülmesine rağmen nadiren başlangıç bulgusu da olabilir, bu durum ayrırcı tanıda yanılgıya neden olabilir. Bu sunumda plöropulmoner hastalık semptomları ile başvuran, akciğerinde romatoid nodül ve buzlu cam görünümü saptanarak RA tanısı alan olgumuzu sunmak istedik.

Olgu: 51 yaşında erkek hasta nefes darlığı, göğüs ağrısı nedeniyle başvurduğu göğüs hastalıkları kliniğinden tarafımıza akciğer

alt loblarda retikülonodüler görünüm ve sağ orta lobda saptanan subpleval 8 mm'lik 2 adet nodül (Şekil PS-228) nedeniyle romatolojik etyoloji açısından konsülte edildi. Hastanın romatizmal sorgusunda ara ara olan el bileklerinde günlük yaşamını hafif etkileyen şişlik ve ağrısı olduğu öğrenildi. Yapılan muayenede artrit ve eklem deformitesi yoktu. Hastadan RF, anti CCP, SS-A, SS-B, ANA, her iki el 2 yönlü grafi istendi. Gelen sonuçlarda RF: 44.3 ve anti CCP: 214.6 saptandı. Diğer otoantikörler negatif idi. Hastanın istenen el grafisinde sağda 3. parmak PIF ekleminde erozyon ve PIF eklemlerinde yaygın periartiküler osteopeni saptandı. Hastamıza akciğerdeki nodül için göğüs hastalıkları kliniğine transbronşiyal biyopsi yapıldı. Patoloji sonucu interstisyel fibrozis ve tek tük olan histiyosit olarak geldi ve patolojik olarak



Şekil (PS-228): (a, b) Akciğer alt loblarda retikülonodüler görünüm, buzlu cam görünümünde regresyon.

alt grup ayrımına gidilemedi. Göğüs hastalıkları kliniğince yapılan solunum fonksiyon testinde FEV1/FVC: %78, DLCO: %83 olarak saptandı. Yapılan BAL sonucunda CD4/CD8 oranı: 0.3 olup tersine dönmüş olarak değerlendirildi. Yapılan sitolojik yaymalarda kronik iltihabi süreç olarak raporlandı.

Sonuç: Hastamıza mevcut bulgular eşliğinde RA tanısı koyup leflunamid ve steroid tedavisi başladık. Pulmoner tutulum açısından takibe alınan hastaya mevcut haliyle pulmoner tutulum açısından medikal tedavi başlanmadı. Son olarak tekrar değerlendirilen hastamızın pulmoner tutulum açısından regresyonu mevcut olup hastamızın halen tedavisine RA eklem tutulumu açısından da remisyonda olarak 2. ayda devam ediliyor.

Anahtar sözcükler: Romatoid artrit, pulmoner tutulum, pulmoner nodül

PS-229

Hemodiyalize giren romatoid artritli hastada lunat kemik osteonekrozu

Eser Kalaoğlu, Mürselin Güler, Nazlı Derya Buğdaycı, Nurdan Paker

İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Osteonekroz, kemiğe gelen kan akımının kesilmesinden dolayı kemiğin ölümü olarak tanımlanır. Kienböck hastalığı, karpal kemiklerden olan lunatumun avasküler osteonekrozudur. Hastalarda genellikle, tek taraflı, el bileği ağrısı, şişlik ve azalmış EHA görülür. Tanı, radyografi ve kesitsel görüntüleme yöntemleri ile konur. Tedavi, radyolojik evreye göre planlandığından radyolojik bulguların dikkatli değerlendirilmesi önem taşır. Sol el bileğinde ağrı, şişlik ve hareket kısıtlılığı şikâyetleriyle kliniğimize başvuran 46 yaşındaki kadın olguyu (Şekil PS-229) bu yakınmalarla gelen hastalarda ayırıcı tanıda Kienböck hastalığı da düşünülmesi gerektiğinden dolayı sunmayı planladık.

Anahtar sözcükler: Osteonekroz, Kienböck hastalığı, romatoid artrit, hemodiyaliz

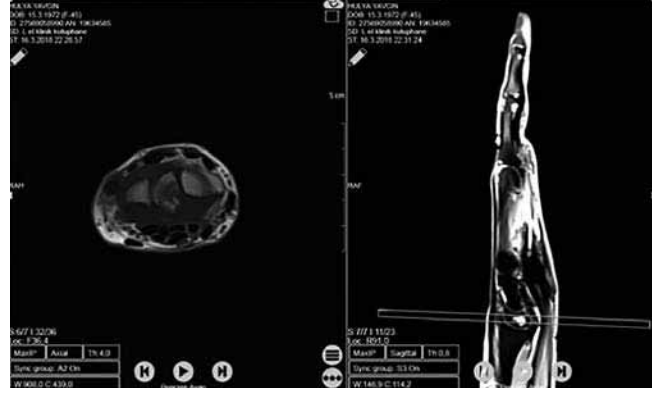
PS-230

Romatoid artrit ve kalça tutulumu: Olgu sunumu

Köksal Sarıhan, Akın Erdal, Halil İbrahim Bekdemir

Atatürk Üniversitesi, Ftr Anabilim Dalı, Erzurum

Amaç: Romatoid artrit (RA), en sık rastlanan sistemik, otoimmün, simetrik olarak eklemlerde artrit yol açan, kronik inflammatuar bir hastalıktır. Romatoid artrit genellikle diartrodial eklemlerin artritidir. RA'da kalça eklemi tutulumu hastaların %20'sinde görülür. Omuz eklemi gibi derinde olduğundan fizik muayenede kalça ekleminin inspeksiyonu ve palpasyonu çok zordur. Erken dönemde kalça tutulumu sıklıkla asemptomatiktir. Ancak kalça, aşağı bel bölgesi ve aynı taraftaki diz ekleminde ağrıya neden olabilir. 44 yaşında uzun yıllardır RA nedeniyle takipli ve 6 yıldır infliximab tedavisi alan şiddetli kalça tutulumu olan cerrahiye yönlendirdiğimiz olgumuz dolayısıyla RA'nın kalça ekleminde de destrüktif gidebildiğini ve uygun hastaların TKP'ye yönlendirilmesi gerektiğini hatırlamış olduk.



Şekil (PS-229): Sol el-el bileği MRG.

Olgu: 44 yaşında bayan hasta kalça hareketlerinde kısıtlılık, gluteal bölgede ve uylukta yoğunlaşan hareket ile artan ağrı şikâyeti ile başvurdu. Hastanın sorgusunda Romatoid artrit nedeniyle takipli olduğu ve 6 yıldır infliximab tedavisi aldığı öğrenildi. Hastanın muayenesinde kalça eklem hareket açıklıkları ileri derecede azalmış ve ağrılı idi. Faber testi negatif Fadır testi pozitif idi. Çekilen grafisinde (Şekil PS-230) bilateral ileri derecede femur başında destrüksiyon eklem aralığının belirgin daraldığı görüldü. Alınan tetkiklerinde inflammatuar değerleri normaldi. Hastanın romatoid faktörü (RF) negatif anti CCP ise pozitif idi. Aktif artrit yoktu. Uzun yıllardır RA nedeniyle tedavi gören anti tnf kullanan yüksek doz nsaid, steroid ihtiyacı ve ara sıra narkotik analjezik alımı olan hasta ortopedi bölümüyle konsülte edilerek uygun egzersiz programı da önerilerek total kalça protezi amaçlı yönlendirildi.

Sonuç: Hastanın aldığı infliximab tedavisi operasyondan 1 ay önce kesildi. Hasta rutin antibiyotik profilaksisi ve lüzum halinde steroid tedavisi ile operasyona yönlendirildi. Aldığı infliximab



Şekil (PS-230): RA kalça tutulumu: Pelvis anteroposterior grafi.

mab tedavisinin operasyon sonrası yara iyileşmesi tamamlanınca devam edilmesi bu sürede NSAID ve kortikosteroidler ile medikal tedavinin devamı planlandı.

Anahtar sözcükler: Romatoid artrit, kalça tutulumu, total kalça protezi

PS-231

Tofasitinib tedavisi sonrası derin anemi ve lenfopeni gelişen romatoid artritli bir hastada kan değerleri düzeldikten sonra tofasitinib tekrar başlanabilir: Olgu sunumu

*Kubilay Şahin, Kürşat Dal, Oktay Bulur, Derun Taner Ertuğrul
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Ankara*

Amaç: Tofasitinib, romatoid artrit (RA) tedavisinde etkin olarak kullanılan, hedefe yönelik sentetik DMARD sınıfının ilk ve tek üyesidir. Januz kinaz (JAK) 1 ve 3 inhibisyonu yaparak etkili olur. Tofasitinib ile ilgili bazı çalışmalarda JAK 2 inhibisyonuna bağlı hemoglobin ve lökosit gibi kan parametrelerinde değişiklikler gözlenmiştir. Biz de tofasitinib tedavisi sonrasında derin anemi ve lenfopeni gelişen tedaviye ara verilince laboratuvar bulguları düzelen ve sonrasında tekrar tofasitinib başlanan RA hastamızı sunmayı amaçladık.

Olgu: 52 yaşında erkek hasta seropozitif RA tanısı ile takipliydi. Yaklaşık 30 yıldır RA tanısı mevcuttu. Üçlü DMARD tedavisine rağmen klinik olarak aktif olan hastaya (DAS28: 6.23) gerekli taramalar yapılarak tofasitinib başlanması planlandı. Hastanın tedavi öncesinde CRP: 2.6 mg/dL, sedimentasyon: (ESH): 55 mm/saat, Hb: 13.4 g/dL, lökosit: 9670/mm³ ve biyokimyasal değerleri normaldi. Hastaya 09.11.2017 tarihinde tofasitinib 2x5 mg başlandı ve 2 hafta sonra kontrole çağrıldı. Ancak hasta 25.12.2017 tarihinde kontrole geldi. İş yoğunluğu ve kendini iyi hissettiği için kontrole geç geldiğini ifade etti. Halsizliği dışında yakınması yoktu. Hastanın tetkiklerinde CRP: 0.8 mg/dL, ESH: 10 mm/saat, lökosit: 3140/mm³, Lenfosit: 160/mm³, nötrofil: 2480/mm³ ve Hb: 7.89 gr/dL saptandı. Hastanın prednol tedavisi 8 mg'a çıkıldı ve diğer tedavileri kesildi. Takibinde mevcut değerleri bir ay içinde tekrar normale döndü. 21.02.2018 tarihinde tofasitinib 1x1 tekrar başlandı. İki haftalık takiplerde laboratuvar bulguları normal seyretti. 31.05.2018'de tofasitinib dozu 2x1'e çıkıldı. En son 28.06.2018'deki kontrolde hasta klinik olarak remisyondaydı ve laboratuvar bulguları normal seyretmekteydi.

Sonuç: Tofasitinib kullanan hastalarda başlangıca göre 3 g/dL'den daha fazla düşme veya 7 g/dL'nin altına inen hemoglobin düzeyi hastaların %2.1 kadarında ve 500'ün altında lenfopeni ise %1.2 oranında görülebilmektedir. Hastamızda da belirgin anemi ve lökopeni gelişmiş ve tedavinin kesilmesi ile laboratuvar bulguları düzelmiştir. Sonrasında tedavi düşük dozda tekrar başlanmış ve takipte bir sorun yaşanmamıştır. Dolayısıyla tofasitinib başlandıktan sonra hastalar yakın takip edilmeli; laboratuvar bulgularında düşmeler saptanırsa ilaca ara verilip, sonrasında tekrar başlanması denenmelidir.

Anahtar sözcükler: Tofasitinib, anemi, lenfopeni

PS-232

Romatoid artritli bir hastada yüksek doz metotreksat kullanımına bağlı gelişen toksisite: Olgu sunumu

Adem Ertürk

Yozgat Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Yozgat

Amaç: Romatoid artrit (RA) tedavisinde en sık kullanılan ilaç metotreksattır. Metotreksat folik asit metabolizmasını kompetitif olarak inhibe ederek deoksiribonükleik asit sentezinde bozulmaya neden olan bir antimetabolittir. Bu olgu sunumunda; yanlışlıkla yüksek dozda metotreksat kullanan, buna bağlı pansitopeni ve stomatit gelişen hasta sunuldu.

Olgu: 54 yaşında kadın hasta, ağızda ve dudaklarda yara, çiğneme ve yutma güçlüğü, oral beslenmede azalma, halsizlik, iştahsızlık ve diyare şikayetleriyle romatoloji polikliniğine başvurdu. Hastaya 3 hafta önce seropozitif RA tanısı konulmuştu ve folik asit desteğiyle birlikte metotreksat 10 mg/hafta başlanılmıştı, ancak kendisinin metotreksat 10 mg/gün 3 hafta boyunca kullandığı öğrenildi. Fizik muayenesinde; dudaklarda krutlu, oral mukozada yer yer hemorajik aftöz lezyonlar saptandı. Hastanın pansitopenisi mevcuttu: WBC: 800/µL, nötrofil: 300/µL, Hb: 9 g/dl, Plt: 44.000/µL. 3 hafta önce metotreksat başlanılmadan önceki hemogramı normaldi. Hasta metotreksat kullanımına bağlı akut toksite ön tanısı ile servise yatırıldı. Biyokimyasal tetkikler normaldi. Pansitopeniye yönelik bakılan vitamin B12, folat düzeyi normal, hepatit belirteçleri, ANA, Anti-dsDNA, ENA paneli, brusella ve salmonella testleri negatif, C3 ve C4 düzeyleri normaldi. Lenograstim 33.6 milyon ünite/gün, kalsiyum folinat 4x15 mg/gün intravenöz başlandı. Ateşi olmayan hastaya enfeksiyon hastalıklarının önerisiyle 3x2 gr ampisilin/sulbaktam ve 2x400 mg siprofloksasin iv başlandı. Oral kandidiazise yönelik topikal antifungal ve 2x200 mg flukonazol iv başlandı. Lenograstim verilen hastanın lökositleri tedavinin üçüncü gününde yükselmeye başladı. Yedi günlük tedavi sonrası hastanın mukoziti ve pansitopenisi düzeldi ve ayaktan takibe alındı.

Sonuç: RA tedavisinde uzun süreli metotreksat kullanımı etkili ve güvenli kabul edilmektedir. Ancak nadir de olsa pansitopeni ile seyreden kemik iliği baskılanması, mukozit, cilt ülserleri, toksik hepatit ve böbrek fonksiyon bozuklukları gibi yan etkilere neden olabilmektedir. Metotreksat kullanan tüm hastalar, olası yan etkileri önlemek için folik asit desteği almalıdır. İlaç düzenli ve uygun şekilde almayacak ve düzenli takiplere gelemeyecek hastalarda, metotreksat kontrollü bir şekilde verilmeli veya farklı bir ajan tedavi seçenekleri arasında düşünülmelidir. Ateş, mukozit, diyare gibi bulgular saptanıldığında metotreksat toksisitesi akla gelmelidir.

Anahtar sözcükler: Metotreksat, doz aşımı, pansitopeni

PS-233

Diyabetik nöropatiyi taklit eden romatoid artrit olgusu

Serhat Çelik¹, Fatma Kuplay Çelik², Emre Tekgöz³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara; ²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara; ³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç: Romatoid artrit (RA), etyolojisi tam olarak bilinmeyen, simetrik, inflamatuvar ve periferik poliartrittir. Tipik olarak kı-

kırdak ve kemik erozyonu ile eklem destrüksiyonuna, tendon ve ligamanların gerilmesiyle de deformiteye yol açar. Diyabet mellitus (DM), insülin eksikliği ya da insülin etkisindeki defektler nedeniyle oluşan kronik bir hastalıktır. DM'nin birçok komplikasyonu mevcuttur ancak en sık gözlenen kronik komplikasyon nöropatidir ve anatomik dağılımı, klinik seyri ve altta yatan patofizyoloji nedeniyle klinik olarak farklı bir hastalık grubunu temsil eder. Klinik nöropati; ağrı, parestezi ve kas güçsüzlüğü gibi çok çeşitli semptomlarla ortaya çıkabilir. Bu semptomlar artriti taklit edebilir bu yüzden bazen artritis ile nöropatiyi ayırt etmek zordur.

Olgu: Daha önceden bilinen 20 yıldır DM'si olan, intensif insülin tedavisi alan 62 yaşında erkek hasta, polikliniğimize yaklaşık 2 aydır devam eden ellerinde ve ayaklarında uyuşma ile bacaklarında ağrı ve güçsüzlük şikayetleri olması nedeniyle başvurdu. Diyabetik nöropati düşünülen hastaya alfa lipoik asit tedavisi başlandı ancak tedaviden hiçbir yanıt alamayan hasta polikliniğimize yeniden başvurdu. Hastanın diz ve ayak bileklerinde şişme ile eklem hareket aralıklarında kısıtlılık gözlemlendi. Laboratuvar incelemesinde sedimentasyon 43 mm/h, RF 210 U/ml, anti-CCP IgG >200U/ml saptandı. RA tanısı koyulan hastaya prednizolon ve metotreksat tedavisi başlandı. Hastanın bir ay sonraki takibinde kliniğinde anlamlı derecede düzelme olduğu gözlemlendi.

Sonuç: RA, çoğunlukla eklemeleri etkileyen sistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Dünyada %1–2 arasında bir prevalansa sahipken bu oran yaşla birlikte artar, 55 yaşın üstündeki kadınlarda %5'e yaklaşır. RA'nın hem prevalansı hem de insidansı kadınlarda erkeklerden iki-üç kat daha fazladır. Her ne kadar herhangi bir yaşta görülebilse de hastalar genellikle 3.–6. dekatlarda en sık etkilenir. Ana belirtiler eklemeleri içermesine rağmen ayrıca ekstraartiküler bulgulara da sahiptir ve klinik nöropati %0.5 ile %85 arasında gözlenir. RA'da periferik nöropatinin çeşitli nedenleri arasında sinir sıkışması-tuzak nöropati, ilaç toksisitesi, vaskülit ve nadiren amiloidoz bulunur. Nöropatik semptomlar artritis semptomlarını taklit edebilir ve bunlar arasında ayırımı yapmak zordur. Bizim olgumuzda olduğu gibi DM'li hastalar nöropatik semptomlarla başvurup standart tedaviye cevap vermediklerinde romatolojik hastalıklar da gözden geçirilmelidir.

Anahtar sözcükler: Diyabetes mellitus, nöropati, romatoid artritis

PS-234

Romatoid artritis ve gebelik

Eser Kalaoğlu, Mürselin Güler, Aysun Akansel, Gökhan Özkoçak, Havvanur Albayrak, Ayşe Nur Bardak

İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Romatoid artritis, çok sayıda eklemeleri etkileyen kronik inflamatuvar ve otoimmün bir hastalıktır. Yetişkinlerin yaklaşık %1–2'sini etkileyen romatoid artritis, kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülür ve bu kadınların bir kısmı da reproduktif dönemdedir. Romatoid artritis hastalarında gebelik kararı ve gebelikte tedavinin planlanması anne ve fetal sağlık açısından oldukça önemlidir. Romatoid artritisin gebelik öncesi yönetiminde

hastalık sürecinin stabilize edilmesi, fetal riskleri azaltmak için ilaçların azaltılması ve teratojenik ilaçların kullanımından kaçınılması yer alır. Gebelikte romatoid artritis aktivitesinde azalma olmakla birlikte bazı hastalarda gebelikte hastalık aktivitesi artmaktadır. Yaklaşık 10 yıldan beri romatoid artritis tedavisi gören ve hamile kalan hastamızı sunmayı amaçladık. Hamilelik öncesi hastanın tedavisi kesildi. Ancak hamileliğin 3. ayında hastalık yeniden aktifleştirdi. Yeniden önce sülfasalazin ve prednol ile tedaviye başladık. Ancak aktiviteyi kontrol altına alamadığımızdan sertolizumab pegölün plasentaya düşük veya ihmal edilebilir düzeyde geçtiğini için hastaya sertolizumab başladık. Sonuçta doğuma kadar bu tedavi devam edildi ve hasta sağlıklı bebek dünyaya getirdi. Biz bu olguyu, romatoid artritis tanısıyla izlenen kadınların hamilelik kararında ve gebeliğin devamında yakından takibi, tedavinin yeniden düzenlenmesi açısından dikkatli olunması için sunmayı planladık.

Anahtar sözcükler: Romatoid artritis, gebelik, tedavi, anti TNF

PS-235

Masif pulmoner arter trombozlu romatoid vaskülitli hastada EKOS uygulaması

Pınar Talu^{1,2}

¹İzmir Medicalpark Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, ²İzmir Medicalpark Hastanesi Kardiyoloji Bilim Dalı, İzmir

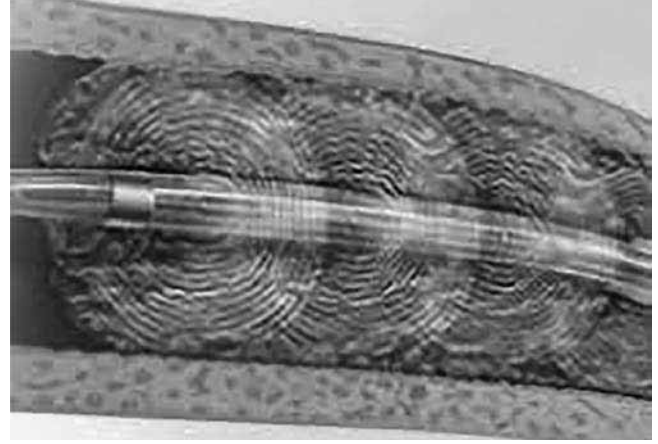
Amaç: Romatoid artritis (RA), eklemeleri tutan kronik inflamatuvar bir hastalıktır ve genel popülasyonun %0.5–1'ini etkilemektedir. Vaskülit RA seyrinde görülen komplikasyonlardan biri olmasına rağmen son yıllarda oldukça nadir görülmekte olup önemli mortalite ve morbidite nedenidir. EKOS endowave sistemi trombolitik bir tedavi işlemi olup derin ven trombozlarında, pulmoner embolide, akut arteriyel tıkanıklarda ve greft okluzyonlarında başarı ile kullanılmaktadır. EKOS, eksonik tromboliz kateterinin yerleştirilerek bu kateterden trombolitik ile eş zamanlı yüksek frekanslı ultrasonik dalga verilmesi esasına dayanır. Ultrason dalgalarının kullanılması, organize olmuş pıhtı liflerini ayırarak plasminojen reseptör bölgelerini ortaya çıkartmakta ve trombolitik işlemin etkisi artırmaktadır.

Olgu: 65 yaşında erkek hasta bacak ağrısı ve eklemelerde şişlik ile başvurdu. Muayenede sol bacakta diffüz şişlik, PIF, MKF, el bilek artritleri, dispne, kaşeksi, akciğerde ralleri saptandı. Venöz doppler usg ile sol ekstremital iliak veneden popliteal vene kadar tromboz saptandı. Toraks anjio BT'de sağ atrium çinde tromboz ile her iki pulmoner arter lümenleri içinde masif embolik dolum defektleri saptandı. ESR, CRP yüksek olan hastada malignite saptanmadı. Rf: 997 anti CCP: 79 olan hastada RA ve RV tanısıyla pulse steroid planlandı. Kardiyak trombozu da olan hastaya kardiyolojinin önerisiyle masif pulmoner emboli ve sağ kalp yetmezliği bulguları da olduğu için EKOS planlandı. Streptokinaz eşliğinde EKOS ve pulse steroid tedavisi başlandı. Tedavinin 1. gününde bacak şişliği tamamen düzelen hastanın takibinde dispnesi geriledi, immunsupresif ve antikoagülan tedaviyle hastanın genel durumu düzeldi ve tedavisine ayaktan devam edildi.

Sonuç: Romatoid vaskülit yüksek mortalite ve morbiditeyle ilişkili olup Scott ve ark.'nın 50 hastalık bir çalışmasında mortalite %30 olarak bildirmiştir. NORVASC 2001–2010 romatoid



Şekil 1 (PS-235): EKOS endowave cihazı.



Şekil 2 (PS-235): EKOS ekosonik tromboliz kateterinin damar içindeki görünümü.

vaskülit kohortunda 1 yıllık mortalite %12 ve 5 yıllık mortalite %60 olarak bildirilmektedir. EKOS endowave sistemi trombolitik bir tedavi işlemidir. FDA onaylı olan bu tedavi şekli literatür incelendiğinde romatoid vaskülit endikasyonunda ilk kez kullanılmıştır. İmmünesupresif tedaviyle de kombine edilmiş olup hastada sağ kalp yetmezliğinin önlenmesi ve hızlı sonuç vermesi açısından önemlidir.

Anahtar sözcükler: Romatoid vaskülit, tedavi, EKOS

PS-236

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi tosilizumab deneyimi: Temporal arterit

Murat Taşçı, Uğur Karasu, Fahrettin Bıçakçı, Murat Yiğit, Veli Çobankara

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

Amaç: Tosilizumab (TCZ), IL-6 reseptörüne karşı geliştirilmiş rekombinant insan monoklonal antikorudur. Ülkemizde hastalık modifiye edici ajanlara (DMARD) yeterli yanıt vermeyen romatoid artrit tedavisinde endikasyon almıştır. Temporal arterit (DHA) için etkinliği gösterilmiş olmasına karşın Türkiye’de sosyal güvenlik sistemi tarafından geri ödeme kapsamına dahil edilmemiştir. TCZ endikasyon dışı başvuru yaparak DHA hastalarında kullanılmaktadır. Kliniğimizde endikasyon dışı kullanım onayı olarak TCZ verdiğimiz DHA tanılı hastalarla ilgili deneyimimizi aktarmayı amaçladık.

Yöntem: Haziran 2018’e kadar TCZ ile tedavi edilen 18 yaşından büyük 6 DHA hastasının klinik, laboratuvar ve radyolojik özellikleri retrospektif olarak değerlendirildi

Bulgular: TCZ tedavisi verilen DHA tanılı hastaların median yaş, hastalık süresi ve ilacı kullanım süreleri sırasıyla 63 yıl, 51.5 ay ve 22.5 aydı. Bir hasta hemodiyaliz tedavisini almaktaydı. İki hastada bilateral görme kaybı mevcuttu. Birer hastanın koroner arter hastalığı, kronik böbrek hastalığı (KBH) evre 4, KBH evre 5, hipertansiyon (HT) tanısı vardı. Beş hastanın hem diyabetes mellitus (DM), hem HT tanıları vardı. Hastaların hiçbiri başka bir biyolojik ajan kullanmamıştı. Beş hasta siklofosamid, üç hasta metotrek-

sat, bir hasta azotiopurin kullanmıştı. Başlangıç ve son steroid dozları ortalama 11.2/1.1 mg metilprednisolon/gündü. Tedavi başlangıcındaki ve son ölçülen ortalama CRP ve eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) değerleri 2.57/0.09 mg/dl, 58/22 mm/saat’ti. TCZ başlanan altı hasta klinik olarak, dört hasta (%66) hem klinik, hem laboratuvar olarak remisyondaydı. Konstitusyonel veya iskemik semptomları, yeni bir görme kaybı atağı veya baş ağrısı olan hasta yoktu. Aynı zamanda KBH, DM ve HT tanıları da olan iki hastanın ESH değeri yüksek seyretmeye devam etti. Üç hastanın tedavi sırasında kullandıkları steroidi kesilmişti. Ciddi yan etki veya ölüm gözlenmedi.

Sonuç: TCZ tedavisi verdiğimiz altı hastanın tamamında klinik remisyon, dört (%66) hastada klinik ve laboratuvar olarak remisyon elde ettik. Klinik olarak remisyonunda olan iki hastada saptanan ESH yüksekliğinin sebebinin KBY olabileceği kanatındeyiz. Ciddi bir advers olay veya ölüm gözlemlenmedi. Gözlemlerimiz mevcut literatür verileriyle örtüşmektedir. Steroid’in bu hastalarda tamamen kesilmiş olması yan etkilerinden korunma açısından önemlidir. TCZ’nin dirençli DHA olgularında etkili bir tedavi seçeneği olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar sözcükler: Temporal arterit

PS-237

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi tosilizumab deneyimi: Romatoid artrit

Murat Taşçı, Uğur Karasu, Murat Yiğit, Fahrettin Bıçakçı, Veli Çobankara

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

Amaç: Tosilizumab (TCZ), IL-6 reseptörüne karşı geliştirilmiş rekombinant insan monoklonal antikorudur. Ülkemizde hastalık modifiye edici ajanlara (DMARD) yeterli yanıt vermeyen romatoid artrit (RA) tedavisinde endikasyon almıştır.

Amaç: Kliniğimizde TCZ başladığımız hastalarla ilgili deneyimimizi paylaşmayı amaçladık.

Yöntem: Haziran 2018’e kadar TCZ ile tedavi edilen 18 yaşından büyük 50 RA hastası retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların %70'i (35 hasta) seropozitif. Hastaların yaş ortalaması, hastalık süresi (ay), TCZ kullanım süresi (ay) sırasıyla 55.1 (22–78), 137 (31–475), 18.6 (1–66) bulundu. Elli hastanın 31'i (%62) ilaçta kalmıştır ve bu hastaların DAS28-CRP hastalık aktivite indeksine göre 21 hasta remisyonda, 10 hasta düşük hastalık aktivitesinde izlenmektedir. Seropozitif hastaların %68.6'sı, seronegatiflerin %46.7'si ilaçta kalmıştır. Hastalık süresi ilaçta kalan ve bırakan hastalarda sırasıyla 136 ve 138 aydır. Dört hastada ciddi alerjik reaksiyon, bir hastada brucella enfeksiyonu gelişmesi, bir hastada damar yolu açılmasında sorun yaşanması, bir hastada tekrarlayan burun kanamaları, bir hastada otoimmün ensefalit gelişmesi, 11 (%22) hastada ilaca klinik yanıt alınmaması nedeniyle tedavi kesilmiştir. Hemodiyaliz tedavisi alan bir hastada, kronik HBV enfeksiyonu olan bir hastada, HBV enfeksiyonuna bağlı sirozu olan bir hastada TCZ kullanımı sonrası yan etki gözlenmemiştir. 24 hasta daha önce başka bir biyolojik ajan veya tofasitinib kullanmamıştır. Bu hastalardan 16'sı (%66) ilaçta kalmıştır. Üçü (%12.5) etkisizlik nedeniyle olmak üzere sekiz (%33) hasta ise ilacı bırakmıştır. Biyolojik naif 24 hastanın 16'sında (%66), daha önce biyolojik kullanmış 26 hastanın 15'inde (%57.6) remisyon veya düşük hastalık aktivitesi elde edilmiştir. İlaçta kalan hastalardan 13'ünün (%41) steroidi, 16'sının (%51.6) DMARD tedavileri kesilmiştir.

Sonuç: Literatürde 24 ay TCZ kullanımında %30–60 arasında remisyon oranları, DAS28 aktivite indeksinde 2.7–3.3 puan düşme vardır. Biz de benzer şekilde ortalama 18.6 ay TCZ kullanan hastalarımızda %42 remisyon oranı, DAS28 indeksinde 2.79 puan düşme saptadık. Dört hastamızda (%8) anafaksi gelişmesi nedeniyle tedaviyi sonlandırdık, bu oran literatürdeki oranlardan yüksekti. Tedavi süresince hiç ciddi kardiyovasküler olay veya ölüm gözlenmedi. Bu veriler ışığında TCZ'nin RA hastalarında etkili ve güvenli bir tedavi seçeneği olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar sözcükler: Romatoid artrit

PS-238

Romatoid artritli olguda dev iliopsoas apsesi

Serpil Ergülü Eşmen¹, İbrahim Güney², Ayşenur Akın³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Konya; ² Sağık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Kliniği, Konya; ³Sağık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya

Amaç: İliopsoas apsesi nadir görülen, genellikle geç tanı konulan, mortalitesi ve morbiditesi yüksek olan bir hastalıktır. Romatoid artrit (RA) tanısı ile izlenen ve dev iliopsoas absesi (PA) saptadığımız olgumuzu sunduk.

Olgu: Yaklaşık 2 yıldır RA tanısı ile leflunomid 20 mg/gün ve sülsalazin 2000 mg/gün kullanmakta olan 63 yaşında erkek, son 1 ayda 11 kg kilo kaybı ve karın ağrısı yakınması ile başvurdu. Fizik muayenede düşük görünümdeydi. Karın alt kadranda hassasiyet vardı. Özgeçmişinde diabetes mellitusu yönelik insülin tedavisi almakta iken son 2 aydır tedavisini kendisinin bıraktığı ve yetersiz dozda oral antidiyabetik ile devam ettiği öğrenildi. Omurga ve inguinal herni operasyonu öyküsü mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde CRP: 258 mg/l, glukoz: 523 mg/dL, sodyum: 122 mEq/L, magnezyum: 1.35 mg/dl idi. Hastanın USG'de sağ alt kadranda,



Şekil (PS-238): İliopsoas apseline ait abdomen BT görüntüsü.

infrarenal düzeyden pelvik bölgeye uzanım gösteren 8x16 cm boyutlarında semisolid lezyon izlendi. BT'de L4 vertebra düzeyi, sağ psoas seviyesinden başlayıp iliopsoas kas düzeyine devam eden, lateral abdominal kas düzeyinden ciltaltına uzanan 15x8 cm boyutlarında apse izlendi (Şekil PS-238). Perkütan drenaj ile 400cc mai boşaltıldı. Gram boyamada yoğun parçalı lökosit, nadir gram pozitif kok izlendi. Teikoplanin ve ciprofloksasin tedavisi verildi. Kültürde üreme olmadı. ARB negatif idi. Tüberküloz PCR ve kültür gönderildi. Hastanın kan şekeri regülasyonu sağlandı. Elektrolit tedavisi verildi. Genel durumunda hızla düzelmeye görüldü.

Bulgular: PA nadir görülen, tipik klinik bulgusu olmayan, ciddi komplikasyonlarla seyredebilen, tedavisi güç ve ölümcül seyredebilen bir enfeksiyon hastalığıdır. Kadın erkek oranı 1/3 şeklindedir. Bulguları ateş, karın ağrısı ve bel ağrısı olarak görülmektedir. PA, primer ve sekonder olabilir. Primer PA'da etyoloji bilinmemektedir. Primer PA %30 oranda görülür ve bakterilerin hematogen veya lenfatik yolla yayılması sonucu gelişir. Sekonder PA %70 oranda görülür. Çevre enfekte dokulardan lokal yayılım sonucu ortaya çıkmaktadır. Bel, kasık veya kalça bölgesine operasyon uygulanan kişilerde gelişme riski yüksektir. Tanı için genelde US yeterli olmakla beraber, gecikmiş ve yaygın olgularda BT ile de görüntüleme gerekmektedir. Tedavi enfeksiyon etkeninin saptanması, uygun antibiyotik seçimi, açık veya perkütan olarak yapılan apse drenajıdır

Sonuç: Psoas absesinin nadir görülmesi, değişken ve özgün olmayan kliniği, tanı koymada güçlüğü neden olabilmektedir. Erken teşhis ve uygun tedavi ile yüksek iyileşme oranları sağlanabilmektedir.

Anahtar sözcükler: İliopsoas absesi, romatoid artrit

PS-239

Mesane karsinomu tanısı ile intravesikal BCG tedavisi almakta olan aktif romatoid artrit tanılı hastanın tedavi yönetimi

Mehmet Kök

Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya

Amaç: Mesane kanseri erkeklerde dördüncü en sık kanser olup, kansere bağlı ölümlerin sekizinci en sık nedenidir. Yeni tanı

mesane kanserlerinin %75'i karsinoma in situ (1/1). Mesane karsinoma in situ'nun etkin tedavisi ise transüretral rezeksiyon ve intra vezikal Bacillus Calmette-Guérin (BCG) tedavisidir. İntravezikal BCG tedavisinin sistit, hematüri gibi minör yan etkilerinin yanında nadiren, özellikle immünsüpresif durumlarda, sepsis, hepatit ve diseminere tüberkülozis gibi ciddi yan etkileri görülebilmektedir. Biz bu vakada romatoid artrit (RA) tanısı ile izlenen ve intravezikal BCG tedavisi planlanan hastanın yönetimini paylaşmak istedik.

Olgu: 4 yıldır RA tanısı ile izlenen 52 yaşında erkek hasta polikliniğe bilateral el, ayak ve diz ağrısı ile başvurdu. Hastanın değerlendirilmesinde de DAS 28 skoru 6.21 saptandı. Hasta bu sırada metotreksat 15 mg\hafta sülfazalasin 2 gr\gün metilprednizolon 4 mg\gün hidroklorokin 200 mg\gün ve folbiol tedavisi almaktaydı. Hastada daha etkin immünsüpresif tedaviler planlanırken, tetkikleri sırasında saptanan hematüri etiolojisine yönelik ileri incelemelerinde mesane karsinoma in situ tanısı konuldu ve intravezikal BCG tedavisi planlandı. İntravezikal BCG tedavisi sırasında literatürde 4 mg prednol ile bile tüberküloz geliştiği dikkate alındığında bu hastamız tüberkülozis için yüksek risk taşımaktaydı. EULAR önerileri göz önünde bulundurularak hastanın tedavisine rituksimab eklendi metil prednizolon kesildi. Hasta steroid ihtiyacı olmaksızın 2 yıldır remisyonunda takip edilmekte olup şu ana kadar intravezikal BCG tedavinin tüberküloz dahil ciddi yan etkileri görülmedi.

Sonuç: Literatürde RA alevlenme ile başvuran ve aynı dönemde mesane kanseri tanısı konulup intravezikal tedavi alacak olan ilk vakadır. Vakamızda olduğu gibi immünsüpresif hastalarda intravezikal BCG tedavisinin sepsis, tüberküloz gibi ciddi yan etkilerinin görülme sıklığının arttığı göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar sözcükler: İntravezikal BCG, romatoid artrit, tüberküloz

PS-240

Romatolojik hastalıklarda görülen interstisyel akciğer tutulumunun medikal yönetimi

Hasan Satış¹, Reyhan Bilici Salman¹, Özkan Varan¹, Hakan Babaoğlu¹, Nuh Ataş¹, Haluk Şaban Türkteş¹, Mehmet Akif Öztürk¹, Berna Göker¹, Abdurrahman Tufan¹, Şeminur Haznedaroğlu¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara;

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

Tablo (PS-240): İlk basamak tedavi sonrası yanıt değerlendirme.

| Hastalık | Kısmi yanıt | Stabil hastalık | Progresyon | Tam yanıt | Total |
|------------------------|-------------|-----------------|------------|-----------|-------|
| Skleroderma | 7 (%23.3) | 14 (%46.7) | 9 (%30) | 0 (%0) | 30 |
| Romatoid artrit | 3 (%13.6) | 14 (%63.6) | 4 (%18.2) | 1 (%4.5) | 22 |
| Sjögren | 5 (%29.4) | 6 (%35.3) | 6 (%35.3) | 0 (%0) | 17 |
| Antisentetaz | 0 (%0) | 4 (%66.7) | 2 (%33.3) | 0 (%0) | 6 |
| Miyozit | 0 (%0) | 3 (%75) | 1 (%25) | 0 (%0) | 4 |
| Mikst bağ doku | 0 (%0) | 1 (%50) | 1 (%50) | 0 (%0) | 2 |
| Undiferansiye bağ doku | 5 (%71.4) | 0 (%0) | 2 (%28.6) | 0 (%0) | 7 |
| Toplam | 20 (%22.7) | 42 (%47.7) | 25 (%28.4) | 1 (%1.1) | 88 |

Amaç: Romatolojik hastalıklarda görülebilen akciğer tutulumu, önemli bir morbidite ve mortalite kaynağıdır. Bu çalışmada, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bölümü'nde takip edilen interstisyel akciğer hastalığı olan romatolojik olgularda uygulanan tedaviler ve tedavi yanıt oranları tartışılmıştır.

Yöntem: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bölümü'nde Göğüs Hastalıkları Bölümü ile ortak takip edilen 184 hasta retrospektif olarak incelendi. Verileri eksik olan hastalar çıkarıldıktan sonra kalan 119 hasta değerlendirildi. Tedavi yanıt değerlendirmesi ise değerlendirilmesi henüz yapılmamış veya eksik olan hastalar çıkarıldıktan sonra kalan 88 hasta ile yapıldı.

Bulgular: Yüz on dokuz hastadan; 32 hastaya (%26.9) siklofosfamid+kortikosteroid, 25 hastaya (%21) azatioprin+ kortikosteroid, 14 hastaya (%11.8) kortikosteroid, 13 hastaya (%10.9) ise siklofosfamid verilmişti. Diğer tedavi seçenekleri arasında ise mikofenolat mofetil+/- kortikosteroid, azatioprin, pirfenidon ve tedavisiz izlem seçenekleri yer almaktaydı (%29.3). Klinik, radyolojik ve fonksiyonel testler ile yanıt değerlendirmesi yapılmış olan 88 hastanın; 20 tanesinde kısmi yanıt (%22.7), 42 tanesinde stabil hastalık (%47.7), 25 hastada ise progresyon (%28.4) saptanmıştı. Hastalık bazında değerlendirildiğinde ise sırasıyla en sık skleroderma (30), romatoid artrit (20) ve Sjögren (17) hastalıkları görülmekteydi. Skleroderma ve romatoid artrit grubunda en sık siklofosfamid+steroid tedavisi, Sjögren grubunda ise siklofosfamid+steroid tedavisi ile beraber azatioprin+ steroid tedavisi uygulanmıştı. Yanıt oranlarına bakıldığında, skleroderma grubunda; 7 hastada (%23.3) kısmi yanıt, 14 hastada (%46.7) stabil hastalık ve 9 hastada (%30) progresyon izlendi. Romatoid artrit grubunda ise; 3 hastada (%13.6) kısmi yanıt, 14 hastada (%63.6) stabil hastalık ve 4 hastada (%18.2) progresyon izlendi. Sjögren grubunda ise; 5 hastada (%29.4) kısmi yanıt, 6 hastada (%35.3) stabil hastalık ve 6 hastada (%35.3) progresyon görüldü.

Sonuç: Romatolojik hastalıklarda görülen interstisyel akciğer tutulumunun, multidisipliner bakış açısı ile yönetilmesi gerekir. Hastaların uzun dönem pulmoner fonksiyonlarının korunabilmesi, morbidite ve mortalitenin azaltılabilmesi açısından en iyi tedavi seçeneklerinin belirlenmesi için, daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar sözcükler: İnterstisyel akciğer hastalığı, skleroderma, romatoid artrit, Sjögren, medikal tedavi

PS-241

Hemofagositik sendrom ile seyreden sistemik lupus eritematosuz olgusu

Melike Ersoy

Acibadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, İstanbul

Kırk bir yaşında kadın hasta 1 aydır 38 dereceyi bulan yüksek ateş, gövdede ve yüzde makuler döküntü, halsi, ziklik şikayeti ile başvurduğunda yapılan tetkiklerde pansitopeni, AST önplanda transaminaz yüksekliği, akciğer grafisinde sağda belirgin bilateral yaygın konsolidasyon alanları saptandı. Toraks BT'de; her iki akciğerde periferik yerleşimli yaygın, dağınık buzlu cam alanları, nonspesifik pnömoni ile uyumlu saptandı. Bağ doku hastalıkları açısından değerlendirilen hastada ANA:1/2560 ince benekli, anti-ds DNA: 5.75, anti-Ro: 2+, anti-Ro52: 2+, hipokomplementemi, Coomb's +, ferritin: 11500 saptandı. Kemik iliği aspirasyonu değerlendirmesinde hemofagositoz saptanan hastada sistemik lupus eritematosuz, akciğer tutulumu ve hemofagositik sendrom düşünüldü. Üç gün 1 gram pulse steroid ve siklofosamid 500 mg/2 haftada bir uygulanan hastada kontrol transaminaz değerlerinin normale döndüğü, toraks B'de lezyonların tama yakın gerilediği ve pansitopeninin düzeldiği görüldü. Tedavisi siklofosamid 1 gram/ay, 1 mg/kg/gün metilprednisolon olarak planlandı. Hemofagositik sendrom, bağ doku hastalıklarına eşlik edebilir. Hayatı tehdit eden sonuçlar doğurabilir. Hızlı tanı ve tedavi prognozda etkilidir.

Anahtar sözcükler: Bağ doku hastalığı, hemofagositik sendrom, sistemik lupus eritematosuz

PS-242

Sjögren sendromu ve primer sklerozan kolanjit birlikteliği

Sevcan Uğur¹, Cahit Kaçar²

¹Balikesir Atatürk Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Balikesir; ²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Primer sklerozan kolanjit (PSK) etyoloji bilinmeyen, inflamatuvar barsak hastalığı (İBH), sistemik fibrozis ve diğer otoimmün hastalıklarla birliktelik gösteren sklerozan kolanjit olarak tanımlanmaktadır. Biz bu sunumunda karaciğer fonksiyon test yüksekliği nedeniyle araştırılırken primer sklerozan kolanjit ve Sjögren sendromu tanısı alan olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Hastanemizde karaciğer fonksiyon testlerinde yükseklik nedeniyle takip edilen 62 yaşında kadın hasta romatoloji polikliniğine yaygın ağrı şikayeti ile başvurdu. Alkol kullanımı, kan transfüzyon öyküsü, hepatitli bireyle temas öyküsü, ateş yüksekliği, karaciğer hastalığı için aile öyküsü, yeni başlanan ilaç kullanım öyküsü yoktu. Ağrılarının uzun zamandır el bileklerinde, el parmaklarında olduğu öğrenildi. Sabah tutukluğu tarifliyordu. Eklem şişliği olmamıştı. Romatolojik sorgusunda ağız ve göz kuruluğu vardı. Fotosensivite, malar raş, oral ve genital ülser, psoriasis, derin ven trombozu, preterm doğum, abortus öyküsü yoktu. Öz geçmişinde kolesistektomi operasyonu vardı. ALT 70 U/L, AST 49 U/L, ANA ve Anti düz kas an-

tikor pozitif. Anti SS-A, anti SS-B negatifti. Karaciğer fonksiyon testlerin yüksek seyreden hastaya perkütan karaciğer biopsisi yapıldı. Patolojide periportal güve yeniği nekrozu, lobüler dejenerasyon, portal inflamasyon, periseptal ve periportal interface hepatit, soğan zarı şeklinde fibrozis saptandı. Biopsi primer sklerozan kolanjit ile uyumluydu. Schirmer testi 3mm/5 dk ve BUT <10 sn idi. Minör tükrük bezi biopsisi yapıldı. Fokus skoru 3 idi. Hasta Amerika- Avrupa SjS sınıflandırma kriterlerini karşılıyordu. Hasta Primer sklerozan kolanjit- SjS sendromu birlikteliği olarak değerlendirildi. Hidroksiklorokin 200 mg/gün ve ursedeoksikolik asit tedavisi başlandı.

Sonuç: PSK olgularının %70'i erkeklerden oluşmaktadır. Bera-berinde İBH olmayan olguların çoğunluğu ise kadındır. Karaciğer biyopsisinde en sık görülen karakteristik bulgu interlobüller ve septal safra kanallarının "soğan zarı" şeklinde fibrozisidir. SjS tanısı ile takip edilen hastalar karaciğer fonksiyon test yüksekliği durumunda primer sklerozan kolanjit tanısı alabilmekle birlikte, karaciğer fonksiyon testlerinde yükseklik nedeniyle araştırılırken de SjS tanısı konulabilir. Biz bu olguda karaciğer fonksiyon test yüksekliği durumunda romatizmal hastalıkların da araştırılması gerektiğini vurgulamak istedik.

Anahtar sözcükler: Sjögren sendromu, primer sklerozan kolanjit

PS-243

Primer biliyer siroz ve Sjögren sendromu birlikteliği gösteren olgu

Sevcan Uğur¹, Cahit Kaçar²

¹Balikesir Atatürk Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Balikesir; ²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Primer biliyer siroz (PBS) otoimmün bir hastalıktır. Diğer otoimmün hastalıklar ile sık görülür. Bu raporda PBS ve Sjögren sendromu birlikteliği saptanan olguyu sunmayı planladık.

Olgu: Altmış yedi yaşındaki kadın hasta sağ ayak bileğinde şişlik şikayeti ile başvurdu. İlk şikayetleri 7 yıl önce başlamıştı. Diğer eklemlerinde şikayet tariflemiyordu. Ağız kuruluğu ve göz kuruluğu vardı. Psoriasis, inflamatuvar bel ağrısı, fotosensivite, malar raş, alopesi, derin ven trombozu öyküsü, preterm doğum öyküsü yoktu. Öz geçmişinde primer biliyer siroz vardı ve 3 yıl önce tanı almıştı. Evre 2 PBS ile uyumluydu. Muayenede sağ ayak bileği şiş ve hassas idi. Karaciğer biyopsisinde periportal köprüleşme nekrozu, interlobüller dejenerasyon, fokal nekroz ve güve yeniği nekrozu ve portal inflamasyon vardı. Laboratuvar incelemesinde Hb 14 gr/dL, lökosit 6630 µL, trombosit 338.000 µL, ALP 195 U/L, GGT 201 U/L, anti nükleer antikor pozitif ve sitoplazmik patern gösteriyordu. Anti mitekondrial antikor (AMA) pozitif. Anti SS-A ve SS B negatifti. Schirmer testi 2 mm/5 dk idi. Tükrük bezi biyopsisi yapıldı. Fokus skoru >1 idi. Histopatolojik değerlendirme sialoadenit ile uyumluydu. Hasta ağız kuruluğu ve göz kuruluğu semptomları, schirmer pozitifliği ve histopatolojik değerlendirme ile SjS sınıflandırma kriterlerini karşılıyordu. Hasta SjS ve PBS birlikteliği olarak değerlendirildi.

Sonuç: Dorner ve ark. 40 PBS'lu hastanın, 14'ünde sikka semptomları, 10 hastada pozitif Schirmer testi, 7 hastada SjS'nin serolojik belirteçlerini pozitif olarak bulmuşlar. 300 primer Sjögren sendromlu hastada yapılan çalışmada ise hastaların %2'sinde subklinik, %5'inde asemptomatik karaciğer enzim yüksekliği, %6.6 hastada ise AMA pozitifliği saptanmıştır. SjS' lu hastalarda karaciğer fonksiyon test yüksekliğinde PBS ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Bizim olgumuz ise SjS tanısı PBS tanısından sonra aldı. Biz bu olgu sunumunda PBS' li hastalarda sikka semptomlarının sorgulanması gerektiğini ve varlığında SjS'nun ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiğini vurgulamak istedik.

Anahtar sözcükler: Primer biliyer siroz, Sjögren sendromu

PS-244

Sistemik lupus eritematozusun nadir bir prezentasyonu: Sistemik lupus eritematozusa bağlı transvers myelit

Abdülkaki Gaydan¹, Muhammed Ali Fural¹, Refik Ali Sarı²

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon; ²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, İmmunoloji Bilim Dalı, Trabzon

Amaç: SLE, farklı klinik bulgularla karşımıza çıkabilen kronik otoimmün bir hastalıktır. SLE'nin en yaygın nörolojik bulguları, bilişsel işlev bozukluğu, inme, nöbetler, baş ağrıları ve periferik nöropati şeklindedir. Biz SLE'lu hastalarda çok az görülen bir prezentasyon olan tanı anında transvers myelit ile başvuran SLE'li bir hastayı sunduk.

Olgu: Son 2 yıldır şizofreni nedeni ile takip edilen hasta son 4 aydır şikayetleri artması üzerine ve son 1 aydır bilateral dizlerde ağrı ve buna bağlı yürüyememe, sağ elini kullanmakta beceriksizlik, her iki elde bir şeyler tutmakla ortaya çıkan tremor, bacaklarında fazla oturmakla ağrı ve uyuşma, yetişememe şeklinde idrar inkontinansı, yerlere ve yakınlarının üzerine tükürme, hiperfaji, kumandaya 2 kez dokunma şeklinde rituel davranışları şikayetleri eklenmiş. Hastada ANA +++ ve Anti ds dna ++ olup Servikal Mrg'da lupus myeliti destekler bulgular saptanması üzerine NSLE ön tanısı ile yatırıldı. KB 120/70, nabız 75 idi. Fizik muayenede; Serebellar sistem, yürüyüşü destekle, parmak burun testi solda belirgin kinetik tremor ve dismetri mevcut, romberg + olup başka patolojik bulgu saptanmadı. Lab.da; kreatinin: 0.85, K: 4.6, Na: 139, ALT: 121, AST: 53, albümin: 4.5, total protein: 7.4, WBC: 6.780, Hgb: 16.7, Plt: 258.000, ESH: 3, CRP: 0.06, homosistein : n, tit n, tft n, ig normal, hepatit markerları: negatif, ANA: +++, Anti dsDNA (-), SS-A (+++), Anti Nükleazom (+), diğer otoantikörleri (-), enfeksiyöz seroloji (-), NMO IgG (-) olarak saptandı. Servikal Mrg: Spinal kordda C1 vertebra seviyesinden konus medüllerise kadar devam eden, T2A seride hiperintens lezyon olup lupus myeliti açısından anlamlı idi. Beyin Mrg ve Bos normaldi. Ön planda NSLE düşünülen hastaya ayda 1 1 gr/gün pulse MPZ ve siklofosfamid 750 mg başlanıp MPZ 72 mg/gün olarak idame dozu ayarlandı. Takiplerinde mevcut şikayetleri gerileyip Mrg bulgularında düzelme olan hasta klinik olarak iyi olup romatoloji poliklinikte takip edilmektedir.

Sonuç: SLE'li hastalarda 19 farklı santral, periferik, ve otonom sinir sistemini etkileyen sendrom tanımlanmıştır. Tablonun er-

ken tanısı ve tedavisi, yaşam kalitesinin artırılmasında çok önem taşımaktadır. Nöroloji ya da psikiyatri bölümüne başvuru ve uygun tedavi ile klinik bulgulara düzelme olmayan hastaların ayırıcı tanısında, SLE kesinlikle düşünülmeli ve bu açıdan ilgili bölüme yönlendirilmelidir.

Anahtar sözcükler: Sistemik lupus eritematosus, nöropsikiyatrik SLE, transvers myelit

PS-245

Ankilozan spondilit ve lupus birlikteliğinde methotreksatin etkinliği

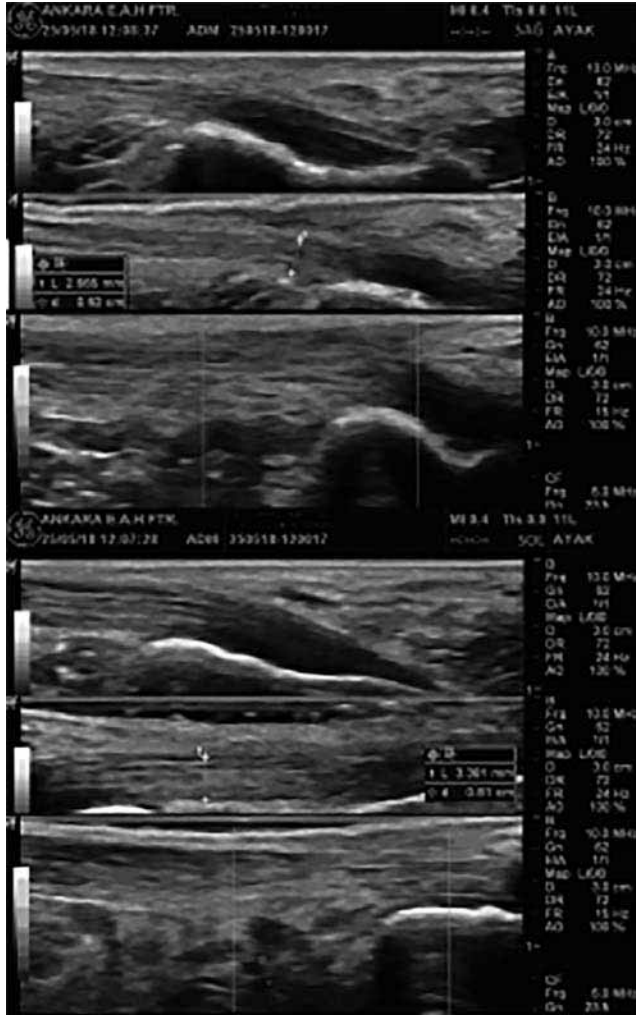
Başak Mansız Kaplan, Barış Nacı, Seçil Pervane Vural, Cevriye Mülikoğlu, Hakan Genç

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara

Amaç: Ankilozan spondilit (AS) ve Sistemik lupus erimatozusun (SLE) nadir de olsa birlikte görülebilen hastalıklardır. Biz bu olguda SLE kriterlerini tam karşılamayan ancak beraberinde AS tanısı koyulan hastaya tedavisinde metotreksatin etkisizliğini paylaştık

Olgu: 41 yaş kadın hasta, topuklarda ağrı şikayeti ile başvurdu. Öyküsünde bel ağrısının olduğu, topukları ve belinde sabahları 1 saat tutukluk olduğunu belirtti. 10 yılda 3 kez optik nörit atağı geçirmiş ve kranial MR'ında patoloji yok. 2 ay önceki optik atağı sonrası romatolojik olarak araştırılmaya başlanmış ANA 1/320'de pozitifliği dışında tahlillerinde pozitiflik yok. Ağız-göz kuruluğu şikayeti olan hastanın Schirmer testi ve tükürük bezi biyopsisi negatif. Diffüz skar bırakmayan alopesisi, EMG ile tanısı yeni koyulmuş periferik sensorial nöropatisi mevcut. 5 ay önceki sakroiliak MR'ında aktif sakroileiti var (Şekil 1 PS-245). Bize geldiğinde 1.5 aydır 50 mg azatioprin, 400 mg hidroksiklo-rokin ve 16 mg metilprednisolon kullanan hasta ilaçlardan hiç fayda görmediğini, topuk ağrısının günlük yaşamını ciddi etkilediği belirtti. Sakroiliak kompresyon testleri bilateral pozitif ve aşıl tendonu palpasyon ile sağda hafif solda çok ağırlı idi. Vizüel analog skala (VAS) ile değerlendirildiğinde, bel ağrısı 4, topuklar sağda 5, solda 9 olarak puanladı. Hastaya aşıl tendonlarına yönelik USG yapıldı (Şekil 2 PS-245). Hasta bu bulgular ile tam olarak SLE kriterlerini tamamlamasa da literatürde tanımlanan yüksek olasılıkla SLE'ye uyuyordu. Buna göre 2-3 kriteri tamamlayan (kesin tanı için 4 kriteri tamamlamalı) hastada SLE için spesifik olmayan organ tutulumu (optik nörit vb.) varsa yüksek olasılıkla SLE'dir. Hastada inflamatuvar bel ağrısı ve entezit ile beraber sakroileiti olduğundan AS tanısı almıştır. Biz hastada SLE ve AS birlikteliği olarak kabul edip metoteraksat 15 mg/hafta başladık. Birinci ay kontrollerinde hastanın şikayetleri (sabah tutukluğu 15 dakika, bel ağrısı için VAS1 topuk ağrısı için VAS sağda 1 solda 3) geriledi.

Sonuç: İnflamatuvar romatolojik hastalıklar beraber seyredebilir, hastalıklar birbirinin üzerine binebilir. Romatolojide laboratuvar takibinin yanında iyi bir anamnez ve gerekli durumlarda ultrasonografinin önemli olduğunu bu olguda gösterdik. Birlikte görülen romatolojik hastalıklarda tedavide zorluk olabileceği bilinmektedir. Yüksek olasılıkla SLE ve AS tanılı hastanın tedavisine eklediğimiz methotreksat ile günlük yaşamını et-



Şekil 1 (PS-245): Aşil tendonlarına yönelik USG: Solda tendinit, hipoekojenite, kortikal düzensizlik ve fibriller paternde bozukluk ve 1+ doppler sinyali saptandı.

kileyen topuk ağrılarınındaki düzelmeyi gözlemledik. Bu birliktelik varlığında biz metotreksat kullanımını öneriyoruz.

Anahtar sözcükler: Sistemik lupus aritamazus, ankilozan spondilit, metotreksat

PS-246

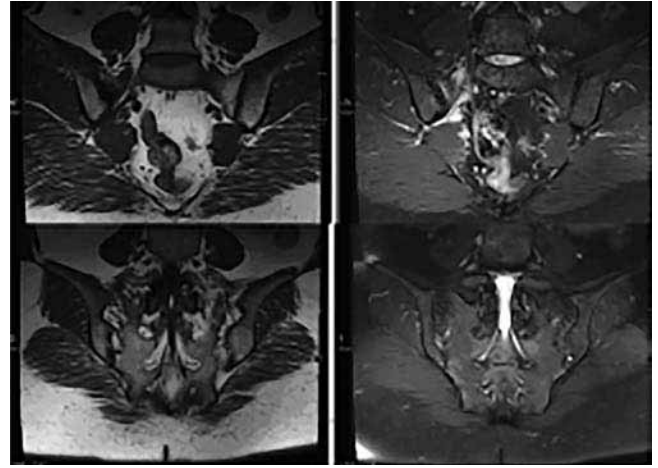
Sjögren sendromu ve spondiloartropati birlikteliği gösteren olgu

Sevcan Uğur¹, Cahit Kaçar²

¹Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Balıkesir;

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Sjögren sendromu (SjS), egzokrin bezlerin, özellikle tükürük ve gözyaşı bezlerinin lenfositik infiltrasyonu ile karakterize, kronik, otoimmün yangısal bir hastalıktır. SjS otoimmün kökenli bağ dokusu hastalıkları ile birliktelik gösterebilirken, spondiloartropati (SpA) ile birlikteliği sık değildir. Biz bu raporda SjS ve spondiloartropati birlikteliği saptanan olguyu sunmayı planladık.



Şekil 2 (PS-245): Sakroiliak MR görüntüleri.

Olgu: Sjögren sendromu tanısı ile takip edilen 44 yaşında kadın hasta romatoloji polikliniğine bel ve kalça ağrısı ile başvurdu. Öyküsünden ağrılarının 10 yıldır devam ettiği ve 1 saatten uzun süren sabah tutukluğunun olduğu öğrenildi. İnflamatuvar bel ağrısı tarifliyordu. Kendisinde ve ailesinde psoriasis öyküsü yoktu, diare, üveit öyküsü yoktu. Sjögren sendromu tanısı ağız ve göz kuruluğu semptomları, anti SS-A antikor pozitifliği, schirmer testinin 3mm/5dk ve minör tükürük bezi biyopsisinde fokus skorunun 4 olması ile konmuştu. Hidroksiklorokin 200 mg/gün kullanıyordu. Lokomotor sistem muayenesinde sakroiliak kompresyon testi pozitifti. L schober 3 cm, göğüs ekspansiyonu 2 cm idi. AP pelvis grafisinde her iki sakroiliak eklem netliği bozulmuştu. Sakroiliak MR de her iki sakroiliak eklem subkondral alanda kemik iliği ödemi vardı. HLA-B27 pozitifti. Hasta ASAS spondiloartropati sınıflandırma kriterlerini karşılıyordu. Hasta SjS ve SpA birlikteliği olarak kabul edildi. Hidroksiklorokin tedavisine devam edildi. Naproksen 1000 mg/gün tedavisi başlandı.

Sonuç: Literatür gözden geçirildiğinde SjS ve SpA birlikteliğini gösteren çalışmalar vardır. Karabulut ve ark. çalışmalarında primer SjS tanılı hastaların %7'sinde sakroiliitis saptamışlar ve sakroiliitis saptanan olguların tamamının ASAS kriterlerini karşıladığını belirtmişlerdir. Gusis ve ark. SpA lı hastaların %9'unda SjS saptamışlar ve bu iki tablonun birlikte görülebileceğini belirtmişlerdir. Biz bu olguda konnektif doku hastalıkları nedeniyle takip edilen hastalarda da bel ağrısının spondiloartropati kaynaklı olabileceğini ve bu açıdan araştırılması gerektiğini vurgulamak istedik. Bu birlikteliğin rastlantısal mı yoksa yeni bir klinik tablo olup olmadığını göstermek için kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar sözcükler: Sjögren sendromu, spondiloartropati

PS-247

Eş zamanlı tanı alan sistemik lupus eritematozus ve tüberküloz birlikteliği

Nurdan Oruçoğlu, Mustafa Erkut Önder, Fırat Omar, Abdullah Canataroğlu

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Mersin

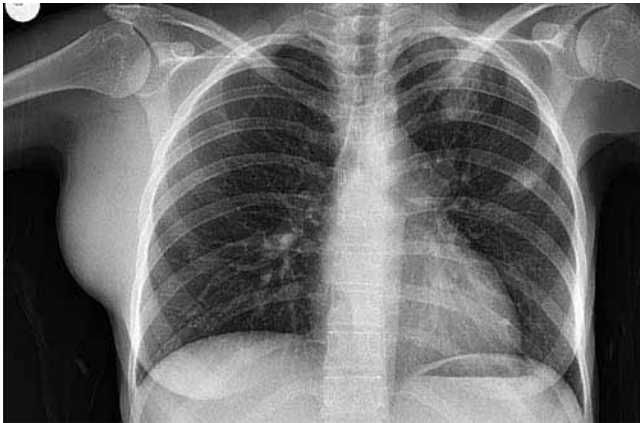
Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE) sıklıkla yüksek doz steroid ve immunsupresif tedavi gerektiren otoimmün sistemik bir

hastalıktır. Doğal immunitedeki primer defektler aynı zamanda enfeksiyonlara yatkınlıkta artışa katkıda bulunur. Bunların arasında özellikle tüberküloz (TB) enfeksiyonusıklıkla SLE'yi klinik olarak taklit edebilmekte ve yaygın tanıda zorluğa yol açmaktadır. Burada eş zamanlı olarak hem TB hem de SLE tanısı olan olgu sunulmaktadır.

Olgu: 19 yaşında bayan hasta polikliniğe halsizlik, kilo kaybı, el ve dirsek eklemlerinde ağrı ve hareket kısıtlılığı şikayetleri ile başvurdu. Öyküsünde son 4 ayda 10 kilo kaybı mevcuttu. Romatolojik sorgusunda ağız kuruluğu ve saç dökülmesi vardı. Fizik muayenede el bileklerinde şişlik, hassasiyet, sağ dirsekte ısı artışı ve ekstansiyon sonunda kısıtlılık mevcuttu. Aksiller bölgeden başlayan, göğüs yan duvarına kadar inen yaklaşık 9x4 cm boyutlarında yumuşak ağrısız kitle palpe edildi. Tetkiklerinde WBC: 2990, lenfosit: 630, Hb: 8.6 g/dL, ESR: 71 mm/saat, CRP: 51 mg/L, ANA: 2+ benekli saptandı. ANA profilde; anti-ribozomal P, anti-Sm, nukleozom pozitif. Direk Coombs 3+, C3 düşüktü. İdrarda protein +1'ti. Kemik iliği biyopsisinde normosellüler saptandı. Yüzeysel doku US; sağ aksillayı belirgin derecede dolduran 9.5x4 cm boyutunda, düzgün sınırlı, lobüle ve belirgin vaskülaritesi bulunan heterojen hipoekoik kitle lezyonu izlenmiş olup, lenfadenopati ile uyumluydu. Toraks BT'de mediasten ve hiluslarda çok sayıda kalsifikasyon içeren LAP'lar, sol akciğer apikal lobda multifokal konsolidasyon alanları saptandı (Şekil 1 ve 2 PS-247). Balgamda ARB görülmedi. Eksizyonel olarak çıkarılan kitlenin patolojisinde nekroze granülomatöz lenfadenit olarak raporlandı. Göğüs hastalıklarına tarafından



Şekil 1 (PS-247): Toraks BT görüntüsü.



Şekil 2 (PS-247): Akciğer grafisi.

TB tanısıyla anti-tüberküloz tedavi başlandı. Aynı zamanda hastaya SLICC kriterlerine göre SLE tanısı da konularak hidroklorokin 200 mg başlandı.

Sonuç: SLE ve TB arasındaki ilişki kompleks olup, biri diğerinin gelişmesi için risk faktörü gibi görünmektedir. Mikobakteriyel enfeksiyonlar otoimmün fenomen ile yakından ilişkilidir ve SLE gelişimini tetikleyebilir. SLE'li hastalarda da immunitedeki anormalliklere bağlı olarak enfeksiyonlara yatkınlık görülmekte veya tedaviye bağlı da gelişebilmektedir. TB tedavisi de (özellikle INH) lupus benzeri hastalığa ve alevlenmelere neden olabilmektedir. Gecikmiş tanı, immunsupresif ilaçlar ve eşlik eden SLE'nin alevlenmesi nedeniyle mortaliteyle sonuçlanabileceğinden TB enfeksiyonu pek çok açıdan farkındalık gerektirmektedir.

Anahtar sözcükler: Sistemik lupus eritematozus, tüberküloz

PS-248

Kas güçsüzlüğü yakınması ile gelen, tip 1 renal tübüler asidoz kökenli hipokalemi saptanan primer Sjögren sendromu olgusu

Hüseyin Semiz¹, Meltem Seziş Demirci², Nedim Taş³, Gökhan Keser³, Yasemin Kabasakal³

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir; ²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı, İzmir; ³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Kas güçsüzlüğü yakınması nedeniyle tetkik edilirken, önce tedaviye dirençli hipokalemi saptanan, etyolojide tip 1 renal tübüler asidoz (RTA) olduğu anlaşılan ve eşlik eden sistemik hastalıklar araştırıldığında primer Sjögren sendromu (pSjS) tanısı konulan bir olgu sunulmuştur.

Olgu: 56 yaşında kadın hasta; yaklaşık 10 gündür güçsüzlük, kas ağrıları ve halsizlik şikayetiyle acil servisimize başvurdu. Geliş muayenesinde bilinci açık, oryente, koopere olarak değerlendirildi. Arteriyel kan basıncı 112/66 mmHg, nabız: 83 vuru/dk, ateş: 37 derece, spo2: %97. Sistem muayeneleri olağan, kas gücü muayenesinde üst ekstremitelerde 4/5-4/5, alt ekstremitelerde 4/5-4/5 olarak değerlendirildi. Laboratuvar değerlendirmesinde; karaciğer fonksiyon ve böbrek fonksiyon testleri normal değer aralığında, random glukoz: 109 mg/dl, Na: 141 mEq/l (136-145), K:1,9 mEq/l (3.5-5), Cl:110 mEq/l (96-110), Ca:8.4 mg/dl(8.6-10.2), Mg: 2.93 mg/dl (1.5-2.6), CK: 141 IU/L (34-145), CRP: 0.05 mg/dl (0-0.5), Lökosit: 6840/µL (4.5-11.0), Hgb: 13.6 g/dl (11.7-16.0), Trombosit: 276.000/µL (150-450), idrar: pH 8, mikroskopide 2 lökosit, 1 eritrosit saptandı. Arterial kan gazında hiperkloremik hipokalemik metabolik asidoz bulundu. Elektrokardiyografide belirgin U dalgaları ve QT mesafesi uzaması görüldü. Bunun üzerine hipokalemi tedavisi için hastaya intravenöz potasyum replasmanı yapıldı; ancak hastanın kanda potasyum seviyesi yükselmedi. Spot idrarda bakılan potasyum düzeyi: 22.5 mEq/L olarak normalden yüksek saptandı. Mevcut bulgularla tip 1 distal RTA olarak değerlendirildi. Oral potasyum tablet (40 mmol'e eşdeğer) günde 2 kez ve spironolakton 100 mg/gün başlandı. Renal ultrasonografide her iki böbrek pelvikalikseal yapılarında taşla uyumlu bulgular saptandı. RTA etiyolojisine yönelik yapılan sorgulamada eklem ağrısı olmadığı, ancak ağız ve göz kuruluğu olduğu

anlaşıldı. Antinükleer antikor (ANA) 1/2560 titrede granüler pozitif, ENA profilinde Anti-SSB ve Anti-SSA üç pozitif, Rf: 15.7 IU/ML (<14) bulundu. Schirmer testi 3 mm/5 dk (anestezisiz), gözyaşı kırılma zamanı 4 saniye, minör tükürük bezi biyopsisi lenfosit skoru 3 olarak olarak saptandı. Hastaya pSjS tanısı kondu. Hidroksiklorokin 200 mg/gün ve göz kuruluğuna yönelik semptomatik tedavi verilerek rutin poliklinik takibine alındı.

Sonuç: Dirençli hipokalemi etyolojisinde RTA olasılığı unutulmamalı, altta yatabilecek Sjögren sendromu ve benzeri sistemik hastalıklar araştırılmalı ve gözden kaçırılmamalıdır.

Anahtar sözcükler: Renal tübüler asidoz, refrakter hipokalemi, Sjögren sendromu

PS-249

Rowell sendromu

Esra Kayacan Erdoğan¹, Emrah Koç¹, Mehmet Bankir², Murat Erdoğan³, Süleyman Özbeke¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Adana; ²Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana; ³Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye Yoğun Bakım Kliniği, Adana

Amaç: Rowell sendromu SLE ve eritema multiforme benzeri lezyonların birlikte görüldüğü; antinükleer antikor, anti SSA, anti SSB ve romatoid faktör pozitifliği ile giden nadir bir klinik tablodur. Bu yazıda SLE tanısı konulduktan kısa bir süre sonra eritema multiforme gelişen bir olgudan bahsedilecektir.

Olgu: Malar raş, ateş, fotosensitivite, eklem ağrısı yakınmaları ile kliniğe başvuran hastaya dış merkezde sistemik lupus eritematozus tanısı konulmuş. Hastaya oral steroid, azotiopurin, hidroksiklorokin başlanmış. Tedavi başladıktan 5 gün sonra hastanın yüzünde, göz çevresinde şişme ve yüzde döküntüleri başlamış ve izlemde döküntüler tüm vücuduna yayılmış. Hasta Steven Johnson sendromu ön tanısı ile dahiliye yoğun bakıma devir edilmiş. Hasta yaygın cilt lezyonları nedeni ile ilaç erüpsiyonu, Steven Johnson sendromu ön tanıları ile kliniğimize sevk edildi. Hastanın gelişinde fizik muayenesinde avuç içleri de dahil olmak üzere üst ekstremitelerde, karın cildinde, yüzünde ağız içi ve genital bölge mukozasında hiperemik, yer yer purpurik, deskuamasyon alanlarının eşlik ettiği eritemli lezyonları mevcuttu. Üst ekstremitelerde targetoid lezyonları vardı (Şekil PS-249). Parmak uçları morarmıştı. Hastanın gelişinde ateşi mevcuttu. Hasta dermatoloji kliniğine danışıldı. Lezyonlar yeni gelişen ilaçlardan sonra olduğu için ilaç erüpsiyonu akla gelmekle birlikte lezyonların karakteri nedeni ile eritema multiforme ve lupusa eşlik eden Rowell sendromu ayırıcı tanıda düşünüldü. Hastaya intravenöz steroid başlandı. Bakılan tetkiklerinde ANA pozitif anti dsDNA negatifti. Direkt coombs pozitif olarak geldi. Romatoid faktör ve anti SSA pozitif olarak geldi. Cilt biyopsi sonucu “erken dönem eritema multiforme ile uyumlu bulgular” olarak geldi. Hastada SLE, eşlik eden eritema multiforme-Rowell sendromu düşünüldü. Hastanın takipte lezyonları geriledi. Steroid dozu azaltılarak 4 mg/gün metilprednizolon ile idame tedavisi düzenlendi. Hidroksiklorokin yeniden başlandı.

Sonuç: Rowell sendromu sistemik lupus eritematozusa eşlik eden eritema multiforme benzeri lezyonlar ve immünolojik değişiklikler ile karakterize nadir görülen bir klinik tablodur. SLE ve eritema multiforme arasındaki ilişkiden ilk kez 1922 yılında Scholtz ve

arkadaşları tarafından bahsedilmiştir. 1963 yılında ise Rowell ve arkadaşları tarafından 4 hastada SLE'ye eşlik eden eritema multiforme benzeri lezyonlar ve eşlik eden immünolojik değişiklikler (RF, ANA pozitif) ile Rowell sendromu olarak tanımlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Eritema multiforme, sistemik lupus eritematozus, otoimmün

PS-250

Sistemik lupus eritematozus ve over karsinomu birlikteliği gösteren olgu

Sevcan Uğur¹, Cahit Kaçar²

¹Balkesir Atatürk Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Balkesir; ²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Romatizmal hastalığa sahip hastalar genel popülasyonla karşılaştırıldıklarında artmış malignite riskine sahiptir. Sistemik lupus eritematozus (SLE) tanılı hastalar artmış malignite riskine sahiptir. SLE tanılı hastalarda hormon duyarlı malignite riskinin düşük olduğu belirtilmiştir. Biz bu raporda SLE ve over karsinomu birlikteliği gösteren olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Elli dört yaşında dış merkezde SLE tanısı ile takipli kadın hasta kontrol amaçlı polikliniğimize başvurdu. İlk şikayetlerinin saç dökülmesi ve yüzünde kızamık cilt lezyonu ile başladığı öğrenildi. Fotosensitivite, oral ülser tarifliyordu. Ağız kuruluğu ve göz kuruluğu vardı. Ayak bileklerinde ve el eklemlerinde artralji tarif-



Şekil (PS-249): Hiperemik cilt, makulopapüler lezyonlar, parmak uçları siyanoze.

liyordu. Abortus, preterm doğum , derin ven trombozu öyküsü yoktu. Son zamanlarda başlayan sağ yan ağrısı tarifliyordu. Muayenesinde hassas ve şiş eklem yoktu. Kostovertebral açı hassasiyeti yoktu. Anti nükleer antikor pozitif ve granüler paterndeydi. Anti SS-A antikor pozitif. Eritrosit sedimentasyon hızı 32 mm/saat, lökosit 3470 μ L, trombosit 262×10^3 μ L, hb 13.5 mg/dL, kompleman seviyeleri normaldi. Anti fosfolipid antikorlar negatifti. Spot idrar tetkikinde protein 995 mg/dL idi. Yüzünden alınan biyopside epidermiste atrofi, bazal hücre dejenerasyonu, perivasküler yangısal infiltrasyonlar vardı. Diskoid lupus eritematozus ile uyumluydu. Hasta SLICC SLE sınıflandırma kriterlerini karşılıyordu. Yan ağrısı nedeniyle çekilen USG de sağ adneksiyel alanda 150x89 mm boyutunda multiloküle, kalın septalar ve septa lokalizasyonunda 29x19 mm boyutunda soliter lezyon saptandı. Kontrastlı MRG tetkikinde septalar ve kapsülde kontrastlanma vardı. CA125 56/ μ mL idi. Total abdominal histerektomi ve bilateral ooferektomi yapıldı. Histopatolojik değerlendirme evre 1b seröz over karsinomu ile uyumluydu. Kemoterapi almadan takip planlandı.

Sonuç: SLE’li hastalarda lenfoma riski ve akciğer malignitesi riski artmıştır. Diğer malignitelerde ise artış olup olmadığı tartışmalıdır. Cao ve ark. SLE’li hastalarda over ve meme kanseri için rölatif riskin düşük olduğunu belirtmişlerdir. Bernatsky ve ark. ise SLE de over karsinomu gibi hormon sensitif malignitelerin görülme riskinin düştüğünü belirtmişlerdir. Bizim olgumuzda SLE ve over karsinomu birlikteliği vardı ve çok erken evrede tanı aldı. SLE’li hastalarda over karsinomu birlikteliğinin rastlantısal olup olmadığını belirlemek için geniş hasta gruplarıyla yapılmış çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar sözcükler: Sistemik lupus eritematozus, over karsinomu

PS-251

Sistemik lupus eritematozus’un nadir görülen bir gastrointestinal tutulumu: Akut peritonit

Kubilay Karaboyun, Ozan Cemal İċaçan, Nilüfer Alpay Kanitez, Selda Çelik, Cemal Bes

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

Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE) hastalarında peptik ülser, özefajit, protein kaybettiren enteropati, hepatit, akut pankreatit, mezenterik vaskülit gibi çeşitli gastrointestinal sistem tutulum formları görülebilir. SLE ile ilişkili peritonit az görülür ve hem tanı hem de tedavisinde zorlukların yaşandığı bir tablodur. Biz burada, tanısında zorluk yaşadığımız ve ancak pulse glukokortikoid tedavisi sonrası kontrol altına alabildiğimiz bir SLE ile ilişkili peritonit olgusu sunuyoruz.

Olgu: 22 yaş kadın hasta; 2 haftadır olan şiddetli karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. 2 yıl önce karın ağrısı, malar raş, saç dökülmesi şikayetleri ile başvurduğu bir merkezde plevral ve perikardiyal efüzyon, sağ hepatic vende trombüs-batında asit (Budd-Chiari sendromu), Antinükleer antikor (ANA) ve anti-dsDNA pozitifliği, antifosfolipid antikor pozitifliği ile SLE tanısı konmuş; glukokortikoid, mikofenolat mofetil (MMF) ve antikoagulan tedavi başlanmıştı. Fizik muayenede batında hassasiyet ve defans vardı, karaciğer midklavikuler hatta 2 cm ele geliyordu. Laboratuvar tetkiklerinde C-reaktif protein 1.2 mg/L (N<5),

eritrosit sedimentasyon hızı 21 mm/h, ANA 1/160 İNCE BE-NEKLİ, Antikardiyolipin antikor IgG 89 (+), Anti B2-Glikoprotein1 65 (+), lupus antikoagülan pozitif, Anti ds-DNA, Anti-Sm negatif bulundu. Batın BT’de karaciğer boyutu hafifce artmış, Budd-Chiari ile uyumlu görünümde, sol hepatic vende kontrastla dolum yok, subhepatik ve douglasta minimal efüzyon izlendi. Takibinde 38.3 dereceyi aşan ateş yüksekliği, C-reaktif proteinde giderek yükselme görüldü. Karın ağrısı artarak devam etti, narkotik analjezik kullanımına cevap alınmadı. Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde patoloji saptanmadı. Hastada ateş, karın ağrısı, akut faz yüksekliği defans olması nedeniyle SLE ile ilişkili peritonit düşünülerek 3 gün 500 mg metilprednisolon intravenöz olarak yapıldı. Bu tedavi sonrası hastanın kliniği hızla düzeldi, akut faz yüksekliği geriledi.

Sonuç: SLE ile ilişkili akut peritonit nadir görülür ve birçok patoloji ile karışabilir. Tedavisinde olgumuzda olduğu gibi bazen yüksek doz glukokortikoid vermek gereklidir. Ancak SLE ile ilişkili akut peritonit tanısı konmadan önce akut batın ve enfeksiyon gibi diğer olası ciddi nedenlerin ekarte edilmesi gerekir.

Anahtar sözcükler: SLE, peritonit

PS-252

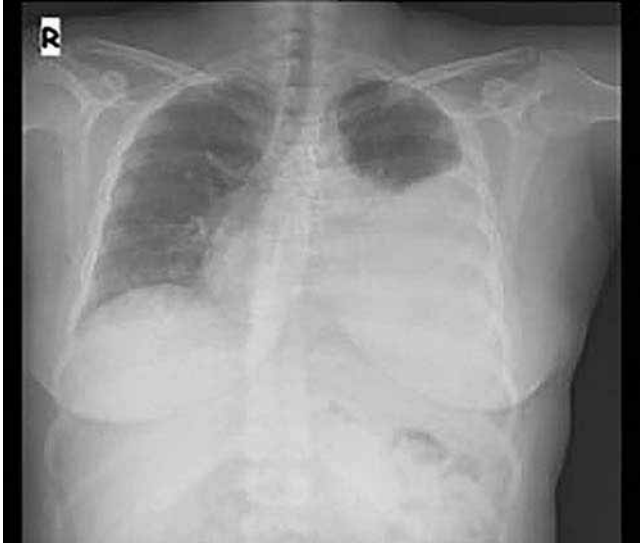
Plevral efüzyon ile prezente olan sistemik lupus eritematozus olgusu

Süleyman Baş¹, Gözde Kalbaran Kısmet², Fatih Sarıtaş³, Oğuzhan Okutan²

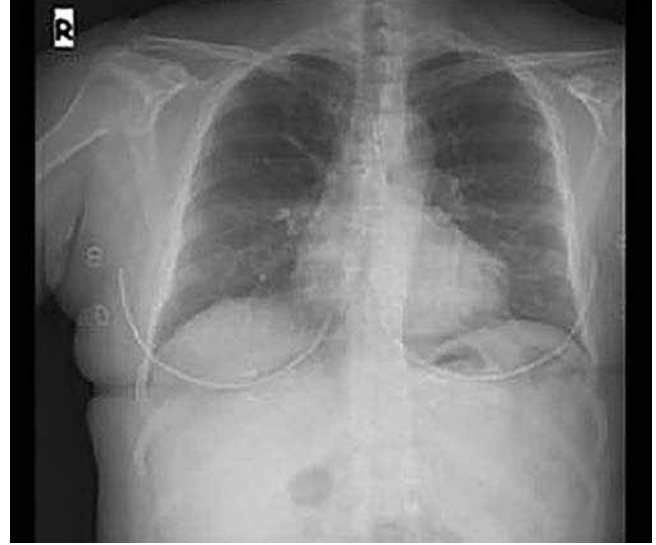
¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul; ²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul; ³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Sistemik Lupus Eritematozus (SLE),sıklıkla genç kadınlarda görülen, birçok organı etkileyen otoimmün bir hastalıktır. Yazımızda plevral efüzyon nedeniyle tetkik edilirken SLE tanısı konulan olguyu sunduk.

Olgu: 39 yaş kadın hasta,10 gündür olan,öksürük,balgam ve yan ağrısının eşlik ettiği nefes darlığı ile başvuruyor. Özgeçmişinde panik bozukluk, atriyal septal defekt, CABG, 1. trimesterde iki düşük öyküsü olup duloksetin 20 mg kullanıyor.Genel durum orta, TA: 100/75 mmHg, nabız: 106/dk, ritmik, ateş: 37.5 °C, solunum sayısı 20/dk. muayenede sağ akciğer alt zonda kreptan ral, sol skapula altında matite, solda solunum sesleri alınamıyor, kalp sesleri taşikardik, ritmik. Karaciğer kot altında 2 cm. Traube kapalı olup dalak palpe edilmedi. EKG sinüs taşikardisi. Hastanın laboratuvar parametreleri Tablo 1 PS-252, akciğer grafisi Şekil 1 PS-252’dedir. BT-angiografi: Pulmoner emboli (PE) saptanmayıp pnömoni ve plevral efüzyon lehine raporlandı. Hasta pnömoni,plevral efüzyon, anemi tanılarıyla takibe alındı. Moksifloksasin 400 mg, siyanokobalamin 1000 mcg, folik asit 5 mg, ferroglikokol sülfat, duloksetin 20 mg başlandı. EKO’da kalp yetmezliği saptanmadı. Tanısal torasentezde plevral mayi eksiüladif olup kültürlerde üreme olmadı, ARB görülmedi, malignite saptanmadı. Batın USG: Hepatosplenomegali, grade-2 hepatosteatoz. Hastanın takibinde bilateral el eklemlerinde artrit gelişti. ANA 4+, Anti-Sm 3+, Anti-Sm/RNP 3+, Anti-dsDNA, Anti-Jo, Anti-SSA/SSB, Anti-Scl 70, Anti-Sentromer, antifosfolipid sendrom parametreleri negatif, C3



Şekil 1 (PS-252): Olgunun başvuru anındaki PA akciğer grafisinde solda orta ve alt alanda açıklığı yukarı bakan homojen dansite artışı.



Şekil 2 (PS-252): Olgunun tedavi sonrası çekilen PA akciğer grafisinde sıvının regrese olduğu izleniyor.

normal, C4 düşük, direkt Coombs 4+ saptandı. Klinik ve laboratuvar sonuçları ile SLE düşünülerek 3 gün 1000 mg, idame olarak 64 mg metilprednisolon, hidroklorokin 2x200 mg başlandı. Tedavi sonrası plevral efüzyon geriledi (Şekil 2 PS-252).

Tablo 1 (PS-252): Hastanın laboratuvar parametreleri.

| | |
|--|---------|
| Glukoz (mg/dL)* | 119 |
| Üre (N:14–44 mg/dL) | 26 |
| Kreatinin (mg/dL) | 1.11 |
| ALT (N:0–40 U/L) * | 51 |
| AST (N: 0–40 U/L) | 34 |
| LDH (N:200–450 U/L)* | 458 |
| GGT (N:7–32 U/L) * | 67 |
| ALP (N:35–125 U/L) | 105 |
| Direk bilirubin (N:0.01–0.3 mg/dL) | 0.2 |
| İndirek bilirubin (mg/dL) | 0.22 |
| Total bilirubin (N:0.1–1.2 mg/dL) | 0.42 |
| Albümin (N:3.5–5 g/dL)* | 3.19 |
| Total protein (N:6.2–8.1 g/dL) | 8 |
| Kalsiyum (N:8.4–10.6 mg/dL)* | 7.8 |
| Sodyum (N:134–148 mmol/L) | 137 |
| Potasyum (N:3.5–5.3 mmol/L) | 4.3 |
| Lökosit (10 ³ /µL) | 4.63 |
| Nötrofil (10 ³ /µL) | 3.12 |
| Lenfosit (10 ³ /µL)* | 0.89 |
| Trombosit (10 ³ /µL) | 202 |
| Hemoglobin (gr/dL)* | 9.36 |
| Hematokrit (%)* | 28.84 |
| MCV (fL)* | 69.78 |
| Vitamin B12 (pg/mL)* | 125 |
| Ferritin (N:22–275 ng/mL)* | 16.91 |
| Demir (N:65–175 µg/dL)* | 11.5 |
| Total demir bağlama kapasitesi (N:120–520 µg/dL) | 320 |
| Folat (ng/mL) | 6 |
| Haptoglobulin (N:14–258 mg/dL) | 120 |
| CRP (N:0–8 mg/dL) | 8.3 |
| Sedimentasyon (mm/saat) | 54 |
| Protein (tam idrar tetkiki) | Negatif |

Sonuç: Hastaya; plevral efüzyon, artrit, lenfopeni, ANA, Anti-Sm, hemolitik anemi olmadan direkt Coombs pozitifliği ile SLE tanısı kondu (Tablo 2 PS-252). SLE solunum sistemi en sık tutan konnektif doku hastalığıdır. Plevral efüzyon SLE'nin %5'inde ilk bulgu olabilir. Tanısal torasentez SLE'de diğer nedenleri dışlamaya yardımcıdır. SLE'de nefrotik sendrom (NS), PE, böbrek yetmezliği (BY), kalp yetmezliği (KY), pnömonide de plevral sıvı oluşabilmektedir. Plevral efüzyon antibiyoterapiye cevapsızdır. Hastada KY, BY, NS, PE, malignite saptanmadı. Plevral efüzyon SLE'ye bağlı olduğu düşünüldü. SLE'de plevral efüzyon glukokortikoidlere genellikle hassas olup günler içinde geriler. Hastanın plevral efüzyonu tedavisi sonrası geriledi (Şekil 2 PS-252). Plevral efüzyonlu hastalarda SLE de düşünülmelidir.

Tablo 2 (PS-252): Sistemik lupus eritematozus sınıflandırma kriterleri (SLICC 2012).

| İmmünolojik kriterler | Klinik kriterler |
|--|---|
| ANA pozitifliği | Akut deri lupusu |
| Anti-dsDNA pozitifliği (*2 referans lab) | Kronik deri lupusu |
| Antifosfolipid antikor; LAK pozitifliği, Yalancı RPR pozitifliği, Antikardiyolipin pozitifliği, Anti-beta 2 glikoprotein pozitifliği | Oral veya nazal ülser |
| Düşük kompleman (C3, C4, CH50) | Alopesi |
| Direkt Coombs pozitifliği (hemolitik anemi olmadan) | Sinovit (şişlik veya hassasiyet) |
| Anti-Sm pozitifliği | Serozit (plörit, perikardit) Böbrek tutulumu (proteinüri, hematüri) Nörolojik tutulum Hemolitik anemi Lökipeni veya lenfopeni Trombositopeni |

*4 kriter (en az 1 immünolojik, 1 klinik kriter) / Biyopsi ile kanıtlanmış lupus nefriti + ANA veya anti-dsDNA pozitifliği.

Anahtar sözcükler: Plevral efüzyon, sistemik lupus eritematozus

PS-253

Akut multisistem tutulumuyla başvuran erkek lupus olgusu

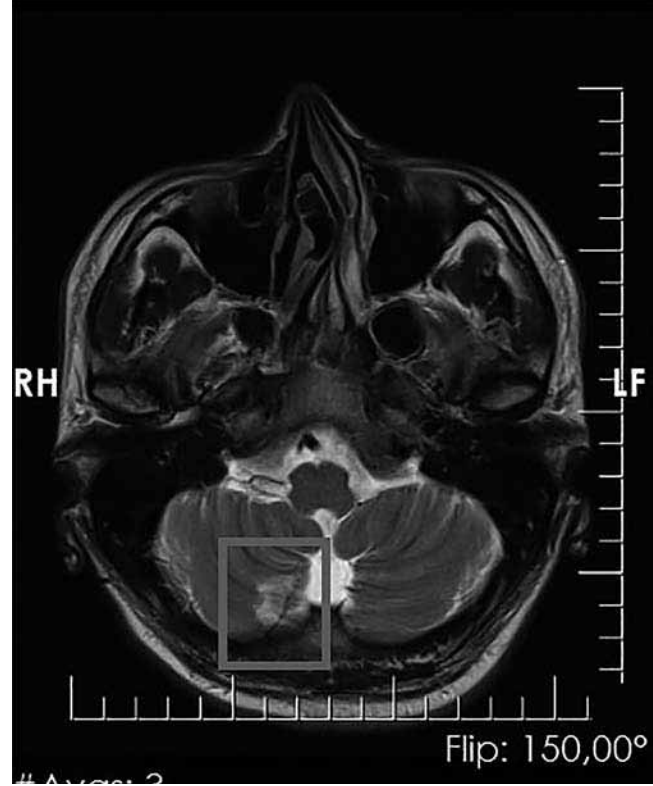
Elif Dağıştan¹, Muhammed Ali Atasever¹, Düriye Sıla Karagöz Özen¹, Mehmet Derya Demirağ², İsmail Toto¹

¹Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Samsun;
²Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Samsun

Olgu: 28 yaşında Sistemik Lupus Eritematozis (SLE) tanısıyla takip edilen erkek hasta yüksek ateş, yaygın vücut ağrısı, deri döküntüsü, dudağında ve dilinde ülser şikayetleri ile polikliniğe başvurdu. Fizik muayenede ateş, sağ dizde artrit, sağ ve sol el bilekte, metakarpofalangeal ve interfalangeal eklemlerde hassasiyet mevcuttu. Gövdede yaygın püstülöz döküntüler mevcuttu. Solunum ve kardiyovasküler sistem muayeneleri doğaldı. Servise yatırılan hastadan 41 dereceyi bulan üşüme titremenin eşlik ettiği ateş nedeniyle 3 set kan kültürü gönderildi. Bakteriye endokardit ön tanısıyla hastaya parenteral antibiyoterapi başlandı. Laboratuvar bulguları Tablo PS-253'de özetlenmiştir. Daha önceden başlanılan oral prednison 20 mg tedavisinin yanında 3 gün pulse steroid tedavisi verildi. Hastaya 30 gr/gün 5 günlük intravenöz immunglobulin (IVIG) tedavisi başlandı. Kan kültürlerinde ve idrar kültüründe Staphylococcus Aureus üremesi oldu. Transtorasik ekokardiografi yapıldı. Mitral valv posterior leaflette vejetasyon görüldü. Mevcut tedaviye ateş yanıtı alınan hastanın kontrol kültürlerinde üreme olmadı. Takip sırasında denge kaybı, ani işitme kaybı, sağ gözde lateral nistagmus gelişen hastanın kraniyel görüntülemeleri istendi. Sağ serebellar hemisfer inferomedialinde akut enfarkt alanı, çevresinde ödem görüldü (Şekil PS-253). Sağ presantral girusta akut enfarkt alanını ve sağ presantral girusta çevresel tarzda kontrastlandığı izlenen 5x6 mm boyutlarında nodüler lezyon görüldü. Sağ periventriküller beyaz cevherde, sağ sentrum semiovalede iskemik-gliotik lezyonlar izlendi. Hastaya asetilsalisilik asit 300 mg ve enoksaparin sodyum başlandı. Mevcut tedavi altında hemoptizi gelişti. Fizik muayenede ral duyulan hastanın akciğer grafisinde bilateral infiltratif alanlar mevcuttu. Alveolar hemoraji düşünüldü ve hastaya siklofosfamid tedavisi başlandı. Tedaviye klinik yanıt alınan hastanın halen poliklinik takibi devam etmektedir.

Tablo (PS-253): Laboratuvar bulguları.

| Tetkik | Sonuç | Normal aralık |
|------------------------------|---|-----------------|
| WBC | 2600 /uL | (4000-10000) |
| Hemoglobin | 9.0 g/dL | (12-16) |
| PLT | 179000 | (130000-400000) |
| ANA | +++ (Homojen tarzda yüksek pozitif) ve sitoplazma granüler tarzda pozitif (+) | |
| Anti dsDNA | >800 (yüksek pozitif) | |
| Anti-Sm (Immunoblotting) | Zayıf pozitif | |
| Anti-Sm/RNP (Immunoblotting) | Pozitif | |
| Anti-SSA (RO-52) | Pozitif | |
| C3c | 0.361 g/L | (0.79-1.52) |
| C4 | 0.045 g/L | (0.16-0.38) |
| 24 saatlik idrar protein | 1172 mg/gün | <150 mg/gün |



Şekil (PS-253): Sağ serebellar hemisfer inferomedialinde akut enfarkt alanı.

Sonuç: Sistemik Lupus Eritematozis (SLE) kronik otoimmün bir hastalık olup kadınlarda, erkeklerden daha sık görülmektedir. Erkeklerde görüldüğünde de daha ciddi semptomlarla ve kötü prognozla seyretmektedir. Hastamızda akut başlangıçlı kalp, cilt, böbrek, santral sinir sistemi ve akciğer tutulumu olması nedeniyle hızlı klinik tanı ve tedavi uygulanmıştır. SLE erkeklerde çok daha nadir görüldüğü için bazen tanı gecikmeleri yaşanmaktadır. Bizim vakamızda hızlı tanı ve tedavi ile başarılı sonuç alınmıştır.

Anahtar sözcükler: Sistemik lupus eritematozis, erkek lupus, multisistem tutulumu

PS-254

Mikofenolat mofetil tedavisi altında gelişen lupus enteriti

Şannur Gültekin¹, Mehmet Emin Derin², Esin Oğuz¹, Zekeriya Keskin¹, Ali Şahin²

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

Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE), kronik, sebebi bilinmeyen, birçok organ ve sistemi tutan otoimmün bağ dokusu hastalığıdır. Hastalık tüm gastrointestinal sistemi tutabilmektedir. Karın ağrısıyla gelen SLE hastasında mezenterik vaskülit, lupus vaskülit, akut karın sendromu düşünülebilir. Biz de kliniğimizde akut batın tablosuyla başvurup lupus enteriti tanısı alan bir hastayı sunmak istedik.

Olgu: 62 yaşında kadın hasta 8 yıl önce artrit ve ciltte döküntü, fotosensitivite şikayetleri ile araştırılarak 2012/SLICC sınıflama kriterlerine göre SLE tanısı almış. Tedavisi günlük hidroklorokin 400 mg, daltacortril 5 mg, dapson 100 mg ve metotreksat haftada 10 mg olarak düzenlenmiş. Ciltte bu tedaviye dirençli lezyonları olması nedeniyle tedavisine son bir yıldır mikofenolat mofetil (MMF) 2 gr/gün eklenmiş. Hasta kliniğimize bulantı, kusma ve yaygın karın ağrısıyla başvurdu. Yapılan fizik muayenede yeni ortaya çıkan malar raş ve batında yaygın hassasiyet mevcut olup rebound ve defans yoktu. Laboratuvar testlerinde CRP 35.4 mg/L (0–8 mg/L), eritrosit sedimentasyon hızı 34 mm/h (0–2 mm/h), Hb:12.4 g/dl (12–16 g/dl), WBC 7.90×10³/µL (4–11 10³ /µL), PLT 413×10³/µL (150–400 10³ /µL), ANA pozitif antidsDNA pozitif. Kompleman düzeyleri C3: 40 mg/l (79–152 mg/dl), C4: 7.87 mg/dl (16–38 mg/dl) olarak düşük saptandı SLEDAI-2K lupus aktivite indeksi 8 olarak hesaplandı. Enfeksiyon dışlandı. Mezenterik iskemi, emboli ve lupus tutulumu açısından istenen Bilgisayarlı Tomografi (BT) anjiyografide SMA, IMA ve çölyak arter açık ve lupus enteriti ile uyumlu görüntü raporlanan hasta lupus enteriti olarak değerlendirildi (Şekil PS-254). Öncelikle pulse steroid (1 gr 3 gün) verilen ve klinik olarak rahatlatan hastanın tedavisi kiloya 1 mg steroid ve 6 ayda bir rituksimab 1000 mg olarak düzenlen-

di. Kontrol BT’de barsak ansları tamamen normal olarak saptandı. Hastanın takibine devam edilmektedir.

Sonuç: Karın ağrısı SLE hastalarında sıklıkla görülmekle birlikte genellikle altta yatan bir enfeksiyona ya da verilen tedavinin yan etkisine bağlı olarak karşımıza çıkmaktadır. Lupus enteriti SLE hastalarında %0.2–2 oranında görülmekle birlikte karın ağrısıyla başvuran SLE hastalarında sıklığı %45–79’a kadar çıkabilmektedir. Bu vaka MMF tedavisi altında gelişen lupus enteriti olup literatürde daha önce bildirilmiş vaka bulunmamaktadır. Biz de rituksimab ile aldığımız klinik yanıtı paylaşmak istedik

Anahtar sözcükler: SLE enteriti, rituksimab, mikofenolat mofetil

PS-255

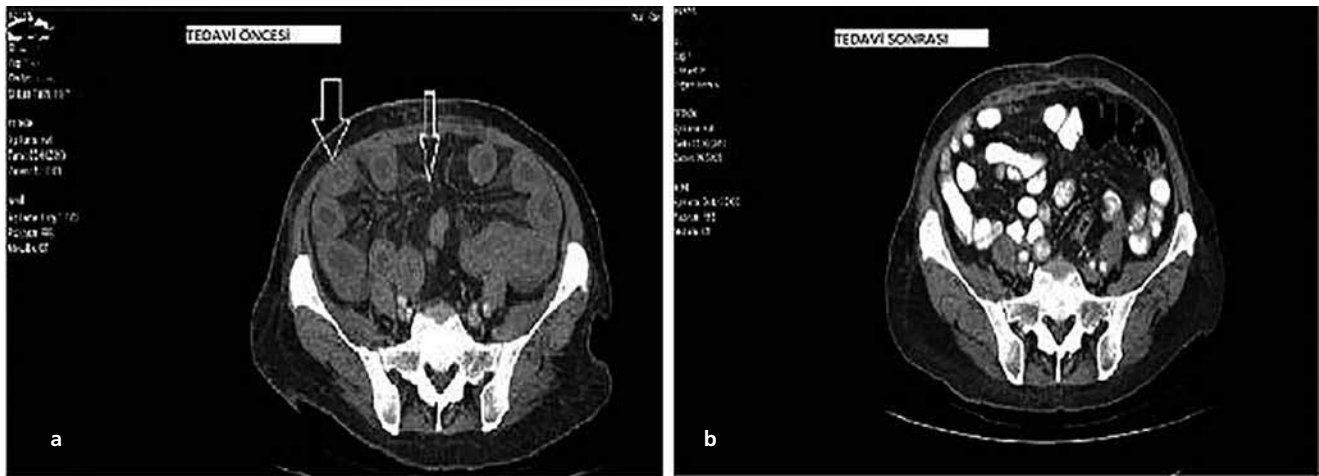
Hodgkin lenfoma tedavisi sırasında Sjögren sendromu tanısı alan hasta: Olgu sunumu

Kubilay Şahin, Kürşat Dal, Oktay Bulur, Derun Taner Ertuğrul

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Sjögren sendromu (SS), tüm ekzokrin bezleri, özellikle de tükürük ve lakrimal bezleri tutarak ağız ve göz kuruluşuna neden olan mononükleer hücre infiltrasyonu ile karakterize kronik, otoimmün, inflamatuvar bir hastalıktır. Sebep olan immüno-regülatuar bozukluğa bağlı ekzokrin, tükürük ve gözyaşı bezlerinde lenfositik infiltrasyon ve B lenfosit hiperreaktivitesi görülmektedir ve hastalarda nadir olarak lenfoma gelişebilmektedir. Biz de Hodgkin lenfoma tanısı ile tedavi gören ve SS tanısı alan bir hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu: 67 yaşında erkek hasta, ağız kuruluşu yakınması ile bir üniversite hastanesi kulak burun boğaz kliniğinde tetkik edilmişti. Hastanın boyun MR “bilateral submandibuler bezlerde yağlı atrofik değişiklikler izlenmiştir (Sjögren sendromu)” şeklinde rapor edilmiş ve yapılan USG’de parotis bezinde büyüme olması üzerine hastaya parotis İİAB yapılmıştı. Patoloji sonucu “Şiddetli lenfoid infiltrasyon ve lenfoepitelyal adalar ile karak-



Şekil (PS-254): (a) Tedavi öncesi ve (b) sonrası lupus enteriti BT görüntüleri.

terize "İİAB" olarak rapor edilmesi üzerine hasta hematoloji bölümüne konsülte edilmiş. Hastaya kemik iliği biyopsisi yapılmış ve Hodgkin Lenfoma tanısı ile tedavi başlanmıştır. Mevcut bulgularla SS açısından tarafımıza yönlendirilen hastanın anamnezde yaklaşık beş yıldır ağız ve göz kuruluğu yakınması mevcuttu. Eklem yakınması tariflemiyordu. Romatolojik sorguda ağız ve göz kuruluğu dışında özellik yoktu. Fizik muayenesi normaldi. Schirmer testi 3/4mm olarak ölçüldü. Tetkiklerde; RF: 97 IU/mL, ANA:3+ homojen nükleer dots, dsDNA-, SSA: 3+, Ro52: +, SSB-, sedimentasyon, CRP ve C3-C4 değerleri normal saptandı. Hastada mevcut klinik ve laboratuvar bulgularla Sjögren sendromu düşünüldü.

Sonuç: SS'nin en korkulan komplikasyonu malign lenfoma gelişimi olup, normal popülasyona göre risk 44 kat fazladır. Hastamızın yaklaşık beş yıldır ağız ve göz kuruluğu yakınması olmasına rağmen daha önce tanı konmamış ve lenfoma tedavisi sırasında SS tanısı almıştı. SS tanısı ile takip edilen hastalarda konjonktival hiperemide artış, propitozis, periorbital şişlik, pitozis, ateş yüksekliği, kilo kaybı gibi bulgular izlendiğinde aklımıza lenfoma olasılığı mutlaka gelmeli ve biopsi ile ayırıcı tanı yapılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Sjögren sendromu, lenfoma

PS-256

Sistemik lupus eritematozus ilişkili protein kaybettiren enteropati ve myastenia gravis birlikteliği olan nadir bir olgu

Erdal Bodakçı¹, Neslihan Andıç², Nazife Şule Yaşar Bilge¹, Timuçin Kaşifoğlu¹

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir; ²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji Bilim Dalı, Eskişehir

Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE) ve myastenia gravis (MG), bazı benzerlikler gösteren otoimmün hastalıklardır. Birlikte nadir görülmekle beraber daha çok timektomi sonrası SLE gelişimi görülmekte. Protein kaybettiren enteropati SLE'de nadir de olsa görülebilir. Burada MG tanısı olan ve 10 yıl sonra SLE ilişkili hematolojik tutulum ve protein kaybettiren enteropati ile başvuran hastayı nadir görülmesi nedeniyle sunmayı amaçladık.

Olgu: 39 yaşında erkek hastaya 2008 yılında göz kapaklarında ptozis ve kas güçsüzlüğünün olmasıyla MG tanısı konuluyor ve pridostigmin içeren antikolinesteraz ve metilprednizolon başlanıyor. 10 yıldır bu ilaçlarla takibi devam eden hastada halsizlik, yorgunluk ve baş dönmesi nedeniyle yapılan tetkiklerde hgb 8 gr/dl ve trombosit sayısı 6000/mm³ saptanması üzerine hematoloji tarafından yapılan kemik iliği biyopsisi normal saptandı. Direkt coombs testi pozitifliği, haptoglobulin düşüklüğü, retikülositoz olmasıyla otoimmün hemolitik anemi düşünüldü. Metilprednizolon (MP) 1 gr/gün (3 gün) ve intravenöz immünglobulin 400 mg/kg (5 gün) tedavisi başlandı. İstenen ANA testi 1/320-1/1000 titresinde ve homojen boyanma, dsDNA 29 u/ml (0-20), C3: 0 mg/dl (90-180), C4<6 mg/dl (16-30) olunca SLE düşünüldü. 5 yıldır MG nedeniyle metilprednizolon 16 mg/gün kullanıyordu. Hastanın sorgulamasında muhtemel steroid kul-

landığında artrit, artralji, fotosensitivite, raynaud fenomeni ve benzeri lupus ilişkili semptomlar yoktu. Hastanın yatışında albümin 0.7 g/dl (3.5-5.2), total protein 4.6 g/dl (6.4-8.3 olup, pretibial ödemi ++/++ ve bilateral 2 cm plevral effüzyonu vardı. EF %60 olup kapak hastalığı olmayan hastada 24 saatlik idrarda protein 184 mg/gün görüldü. Protein kaybettiren enteropatiler için yapılan endoskopi de fundus ve kardiyada foldların normal yapısını kaybettiği, antrum ve duodenumun polipoid lezyonlarla kaplı olduğu görüldü. Biyopside hiperplastik poliplerin olduğu ve polipte şiddetli aktif inflamasyon görüldü. Lupus ilişkili malabsorbsiyon olabileceği düşünüldü. Hastaya azatiyoprin 3*50 mg başlandı ve MP tedavisine devam edildi. 1 ay sonraki kontrolünde albümin 3.1 g/dl, trombosit 197.000/mm³, hgb 11.7 gr/dl olup takip ve tedavisine devam edilmekte.

Sonuç: Protein kaybettiren enteropati şiddetli hipoalbüminemi ve periferik ödem ile karakterize sistemik lupus eritematozusun nadir bir tezahürüdür. İmmünsüpresif tedavi (AZA, rituximab..) ile protein kaybı azaltılabilir.

Anahtar sözcükler: Sistemik lupus eritematozus, protein kaybettiren enteropati

PS-257

Sistemik lupus eritematozusun nadir bir prezentasyonu: Trombotik trombositopenik purpura

Nihan Nizam¹, Elif Aksoy¹, Murat Bektaş², Emin Oğuz², Murat Erdugan², Çiğdem Çetin², Sarvan Aghamuradov², Bahar Artım Esen², Ahmet Gül², Murat İnanç², Lale Öcal²

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

Amaç: Trombotik trombositopenik purpura (TTP) vonWillebrand faktör parçalayıcı proteaz (ADAMTS13) aktivitesinde azalma ile karakterize bir trombotik mikroanjyopati durumudur. Sistemik lupus eritematozusta (SLE) hematolojik bulgular yaygın olmakla birlikte TTP nadirdir. Burada refrakter TTP ile prezente olan bir SLE vakasını sunmayı amaçladık.

Olgu: 44 yaş erkek hasta fotosensitivite ve artralji ile başvurdu. Öyküsünde 2007'den bu yana nefrotik sendrom ile Nefroloji kliniğinden takip edildiği ve 1.5 yıl metilprednizolon + siklosporin kullanımının ardından RAS blokajı ile takip edildiği öğrenildi. Fizik muayenede hepatosplenomegali dışında özellik saptanmadı. Başvuru anında WBC: 7500/µL, Hgb: 11.8 gr/dL, MCV: 85 fL, PLT: 5000/µL, kreatinin: 0.8 mg/dL, total/direkt bilirubin: 2.77/0.8 mg/dL, LDH: 762 U/L, INR: 0.93, CRP: 4 mg/L, ESR: 28 mm/sa bulunması üzerine istenen direkt Coombs negatif haptoglobulin:14 mg/dL (>30), retikülosit: %1.79 saptandı; periferik yaymada trombosit sayısı hemogram ile uyumlu iken fragmente eritrosit görülmedi. Romatolojik serolojisinde ANA 1/1280 homojen pozitif, Anti-Ro ve Anti-dsDNA pozitif, C3 düşük (66 mg/dL) C4 normal saptandı. Sistemik lupus eritematozus tanısıyla hastaya 3 gün 500 mg iv metilprednizolon (MPRD) uygulandı. Takibinde PLT: 8000/µL olan, hemoglobin 9 gr/dL'ye gerileyen, LDH: 1229 U/L, total bilirubin: 3.3 mg/dL ve düzeltilmiş retikülosit %7.25'e yükselen hastanın tekrarlanan periferik yay-

masında yaygın şistosit saptandı. SLE'ye ikincil trombotik mikroanjiyopati ön tanısı ile ADAMTS13 düzeyi ve inhibitörü istenip plazmaferez, 1 mg/kg MPRD ve 500 mg iv siklofosamid tedavisi başlandı. ADAMTS13 aktivitesi <%0.2 ve ADAMTS13 inhibitör düzeyi >90 U/ml olarak sonuçlanan hastaya takibinde hematolojik parametrelerinde düzelme olmaması üzerine plazmafereze yanıtız kabul edilerek rituksimab 375 mg/m²/hafta ve intravenöz immunglobulin tedavisi 5 gün boyunca 0.4 gr/kg/gün verildi. 4 kür rituksimab tedavisi sonrası Hgb: 14 gr/dL, PLT: 298.000/µL LDH: 319 U/L olan periferik yaymasında şistositleri gerileyen ve remisyonda kabul edilen hastanın immüsupresif tedavisine mikofenolat mofetil + MPRD olarak devam ediliyor.

Sonuç: TTP, trombositopeni ve mikroanjiyopatik hemolitik anemi ile karakterize ve tedaviye zamanında başlanmadığında mortal seyreden bir hastalıktır. SLE seyrinde görülmesi nadir olsa da, SLE hastalarında trombositopenide akla gelmelidir. Plazmafereze yanıtız TTP vakalarında rituksimab önemli bir tedavi seçeneğidir.

Anahtar sözcükler: SLE, rituksimab, TTP

PS-258

Sjögren sendromu ve liken planus birlikteliği

Sevcan Uğur¹, Ayşe Ayça Aytakin²

¹Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi, Balıkesir; ²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Liken planus (LP) sebebi bilinmeyen, deri, deri ekleri ve mukozaları tutan inflamatuvar bir hastalıktır. Mor viyole renkli, kepekli, kaşıntılı lezyonlar şeklinde görülür. Biz bu sunumda Sjögren sendromu (SjS) ve LP birlikteliğini sunmayı amaçladık.

Olgu: Altmış iki yaşında kadın hasta romatoloji polikliniğine her iki el sırtında ve ayak tabanlarında mor renkli cilt lezyonları ile başvurdu. El dorsalindeki cilt lezyonlarının iki aydır, ayak tabanlarındakinin ise birkaç yıldır olduğu öğrenildi. Öz geçmişinde SjS öyküsü vardı. SjS tanısını ağız ve göz kuruluğu semptomu, schirmer test pozitifliği, pozitif minör tükruk bezi biyopsisi ile almıştı. Romatolojik sorguda ağız ve göz kuruluğu vardı. Fotosensivite, malar raş, oral ve genital ülser, psoriasis, derin ven trombozu, preterm doğum, abortus öyküsü yoktu. Muayenesinde metakarpofalengial (MKF) eklemlerde minimal hassasiyet vardı. Her iki el dorsal yüz cildinde MKF eklem proksimalinden el bileğine kadar uzanan ve her iki ayak tabanında topuk çevresinde mor, yer yer squamlı ve sertlik vardı. ANA pozitif ve granüler paternde idi. Anti SS-A, anti SS-B pozitif, RF ve anti CCP, direkt coombs testi negatifti. Kopleman seviyeleri ve hemogram normaldi. Hepatit belirteçleri negatifti. El dorsalinden cilt biyopsi yapıldı. Histopatolojik değerlendirme LP ile uyumluydu. Hasta SjS ve LP birlikteliği olarak değerlendirildi.

Sonuç: SjS ekzokrin bezlerin lenfositik infiltrasyonu ile karakterize kronik otoimmün bir hastalıktır. SjS ve LP nin etyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte her iki hastalığın da otoimmün kökenli olduğu düşünülür. Son yıllarda LP'nin T hücre aracılı bir hastalık olduğu düşünülmektedir. LP'nin kronik seyirli olması, yetişkin dönemde başlangıç, kadınlarda daha sık

görülmesi, diğer otoimmün hastalıklarla ilişkili olması LP lezyonlarında otositotoksik T hücre klonlarının varlığı gibi birçok özellik otoimmünitenin rolünü desteklemektedir SjS da en sık görülen cilt bulgusu kserozis olmakla birlikte LP'nin SjS'ye eşlik edebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar sözcükler: Sjögren sendromu, liken planus

PS-259

Meraljia parestetika ile seyreden bir Sjögren sendromu olgusu

Ufuk İlgen, Sezin Turan, Hakan Emmungil

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne

Amaç: Klasik olarak kserostomi ve kseroftalmi (sicca) ile karakterize olan Sjögren sendromu, başta eklemler olmak üzere, mukozal yüzeyler ile akciğer, karaciğer ve böbrek gibi organ tutulumları ile komplike olabilmektedir. Santral sinir sistemi tutulumu nadir görülse de periferik sinir sistemi bulguları en sık ekstraplandüler bulgulardandır.

Olgu: 34 yaşında, bilinen kronik hastalığı olmayan kadın, üç yıldır olan uyluk sağ yanında uyuşukluk ve ağrı şikayeti ile başvurdu. Romatolojik sorgulamasında yönlendirici özellik yoktu. Nörolojik muayenesinde sağ uyluk lateralinde hipostezisi mevcutken, motor, derin duyu, serebellar muayeneleri ile tendon refleksi normaldi. Kognisyon, konuşma, anlama, tekrarlama ile görme alanı, pupil ve kafa çifti muayeneleri de normal bulundu. Sistemik muayenesinde özellik saptanmadı. Sinir iletim çalışmasında sağ lateral femoral kütanöz sinir latansı uzamış bulundu, meraljia parestetika tanısı koyuldu. Daha önce ağrıya sebep olabileceği şüphesi ile sağ overden kist eksizyonu ve lateral femoral kütanöz sinire radyofrekans ablasyon tedavisi öyküsü olan, bu tedavilerden ve konvansiyonel nöropati tedavilerinden fayda görmeyen hastadan altta yatabilecek bağ dokusu hastalığı şüphesi ile istenen ANA testi +++ (nükleoplazmik ince granüler) saptandı. Immunoblotta anti-Ro ve anti-Ro-52 +++, anti-histon ++ saptandı. Hemogram, serum biyokimyası, kreatinin ve transaminazları ile idrar tetkiki normal bulundu. Hepatit B, C ve HIV serolojisi negatifti. Akut faz reaktanı yüksekliği yokken RF 83.4 IU/mL (0-20), C3: 68.1 mg/dL (79-152), C4: 13.1 mg/dL (16-38) bulundu. Schirmer testi pozitif bulunan hastanın minör tükruk bezi biyopsisinde çok sayıda lenfoid agregat izlendi, fokus skor 5'ti. Kranial MRG'de patoloji saptanmadı. Hastaya Sjögren sendromu tanısı koyuldu. Olguya 32 mg/gün metilprednizolon, 200 mg/gün hidroklorokin tedavisi başlandı ve almakta olduğu gabapentin tedavisine devam edildi. Bu tedavi ile hastanın semptomlarında tama yakın düzelme oldu. Halen ayaktan takip ediliyor.

Sonuç: Sjögren sendromunda sinir sistemi bulguları glandüler semptomlardan önce ortaya çıkabilmektedir. Glandüler semptom olmadan da sicca bulguları saptanabilmekte, hastalık bulguları histopatolojik olarak gösterilebilmektedir. Mononörit dahi olsa, vaskülitik karakterde olduğu bilinen periferik sinir sistemi tutulumu, lokal ve konvansiyonel nöropati tedavilerine sıklıkla dirençli olup sistemik immüsupresif tedavi gerektirmektedir.

Anahtar sözcükler: Meraljia parestetika, Sjögren sendromu

PS-260

Nöromiyelitis optika ayrı hastalık mı?

Yoksa Sjögren sendromunun ekstraplandüler tutulumu mu?

Mehmet Karakoç¹, Sevgi Çakmak¹, Sefer Varol², Remzi Çevik¹

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Diyarbakır; ²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Diyarbakır

Amaç: Sjögren sendromu (SS), göz yaşı ve tükürük bezlerinin etkilenmesine bağlı ağız ve göz kuruluğu semptomların görüldüğü bir sendromdur. SS 'de akciğer, böbrek ve santral sinir sistemi (SSS) gibi diğer sistemler de etkilenebilir. Nöromiyelitis Optika spektrum Hastalığı (NMOSD), optik sinir ve spinal kordun etkilendiği, tekrarlayıcı, nadir ve şiddetli idiyopatik otoimmün enflamatuvar bir hastalıktır. Bulanık görme veya görme kaybı, özellikle alt ekstremitelerde güç ve duyu kaybı, ağrı ve mesane kontrolünün bozulması gibi yakınmaları olur. Astroitlerin ayaksı çıkıntılarındaki aquaporin -4'e karşı gelişen, Anti-aquaporin 4 antikoru (anti-AQP-4 Ak) hastalığının patogenezinde ve tanısında önemli bir antikordur. Yapılan çalışmalarda SS ile NMOSD birlikteliği gösterilmiştir. Biz bu olgu sunumunda, kuruluk semptomları olmadan nörolojik belirtileri olan NMOSD tanılı hastanın rehabilitasyon sürecinde SS tanısını da alması nedeniyle, NMOSD ayrı bir hastalık mı, yoksa SS'nin bir komplikasyonu mu olup olmadığını tartıştık.

Olgu: Otuz üç yaşında bayan hasta, Nisan 2017 tarihinde aniden başlayan ve giderek artan her iki bacakta güçsüzlük, idrar tutamama şikayeti oluyor. Ayrıca SS'nin hem ağız ve göz kuruluk gibi glandüler tutulumla bağlı kuruluk semptomları hem diğer ekstraplandüler tutulum olmaksızın sfinkter inkontinansı, duyu bozukluğu ve görmede azalma gibi SSS tutulum semptomları gelişiyor. Yapılan İtetik ve tahlillerde, anti-AQP-4, ANA, SS/B ve Anti- Ro-52 antikolar pozitif, Torakal MR'ında T7-T8 seviyesinde daha belirgin myelopatik değişiklikler saptandı. Tükürük bezi biyopsisi sonucu SS ile uyumluydu. Hastaya SS ve NMOSD tanıları kondu. Beş gün boyunca 1 gram/gün intravenöz metilprednizon tedavisi veriliyor. Pulse steroid tedavisi sonrası şikayetleri geriliyor. İdamesinde azatioprin 150 mg/gün tedavisi başlanıyor. tekrar atak geçeren ve Azotiopirine yanıtızsızlık gelişen hastaya rituksimab tedavisi başlanıyor ve semptomlarında iyileşme oluyor.

Sonuç: SS olgularında NMOSD'nin daha sık görüldüğü bulunmuştur. Ancak NMOSD olgularında özgü otoantikolar varlığı nedeniyle NMOSD, SS'nin doğrudan nörolojik bir komplikasyonu kabul edilmemektedir. Ayrıca bu durumun yüksek hastalık aktivitesi olarak değerlendirilmemesi gerektiği de belirtilmektedir. Bu nedenle SS tanılı olguların nörolojik tutulum yönünden takip ve tedaviye karar vermede NMOSD tanısı akılda bulundurulmalı ve uygun hastalarda anti-AQP-4 Ak. istenmelidir.

Anahtar sözcükler: Sjögren sendromu, nöromiyelitis optika, nöromiyelitis optika spektrum hastalığı, Aquaporin-4 antikoru

PS-261

Sistemik sklerozlu bir hastada ulnar osteolizis:

Olgu sunumu

Seda Çolak, Emre Tekgöz, Maghrur Mammadov, Sedat Yılmaz, Muhammet Çınar

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

Amaç: Sistemik skleroz (SSk) deri ve visseral organlarda fibrozis ve mikrovasküler hasarlanma ile seyreden kronik, inflamatuvar, otoimmün bir hastalıktır. Kemik rezorpsiyonu veya osteolizis SSk hastalarında nadir görülen fakat karakteristik bir iskelet sistemi tutulumudur. En sık akro-osteolizis görülür. Akro-osteolizis, SSk'lu hastaların %20-25'inde görülür ve distal falanqlarda kemik rezorpsiyonu sonucu ortaya çıkar. Mandibula osteolizisi %13-33 hastada görülebilmektedir. Literatürde kosta, servikal vertebra, klavikula, distal radius ve ulna osteolizisi bildirilmiştir. Bu olgu çalışmasında bilateral distal ulna osteolizisi olan, kalsinozisli ve dijital ülserli bir SSk vakası sunuldu.

Olgu: Kırk beş yaşında, 28 yıldır SSk tanısı ile takip edilen kadın hasta 1 aydır devam eden ve her iki el bileğinde olan ağrı nedeniyle başvurdu. Hastanın halen almakta olduğu tedavi; dirençli ve tekrarlayan dijital ülserleri nedeniyle bosentan, losartan 50 mg/gün, asetilsalisilik asit 100 mg/gün, prednizolon 5 mg/gün idi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde oral açıklık azalmış, yüzde yaygın telenjiektaziler, ellerinde yaygın fleksiyon kontraktürü, sağ el birinci parmak distalinde otoampütasyon, her iki el bileğinde fleksiyon ve ekstansiyon tama yakın kısıtlı, el parmaklarında pitting skarları saptandı. Laboratuvar bulgularında eritrosit sedimentasyon hızı:51 mm/sa, C-reaktif protein: 6.34 mg/L, Anti-nükleer antikoru +++, Anti scl-70 +++, anti-dsDNA + idi. Hastanın her iki el bilek grafisinde bilateral ulna distal ucunda osteolizis, sağ el bileğinde ulnar tarafta kalsinozis ve radiokarpal ve interkarpal eklem aralıklarında daralma saptandı (Şekil PS-261).

Sonuç: SSk seyrinde ellerde Raynaud fenomeni, puffy görünüm, sklerodaktili, artrit, akro-osteolizis, dijital ülserler, kontraktürler ve şiddetli vakalarda parmaklarda otoamputasyon gö-



Şekil (PS-261): Bilateral el bilek grafisi: Bilateral distal ulnar osteolizis (beyaz ok) ve kalsinozis (kesikli beyaz ok).

rülebilir. SSK hastalarında görülen akro-osteolizisin etyolojisi net olarak bilinmemekle birlikte dijital ülserler, kalsinozis ve hiperparatiroidi ile ilişkili bulunmuştur. Mikrovasküler hasarlanma ve azalmış kan akımının da kemik rezorpsiyonuna katkısı olduğu düşünülmektedir. Ciddi dijital ülseri ve kalsinozisi olan hastalarda kemik rezorpsiyonu açısından dikkatli olunmalıdır. Kemik rezorpsiyonunun sadece akro-osteolizis şeklinde değil tübüler kemiklerde de görülebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Sistemik skleroz, osteolizis, kalsinozis

PS-262

Eozinofilik fasiit ve sistemik skleroz tanısı ile karışabilen generalize morfea vakası

Demet Yalçın Kehribar¹, Mehmet Şakir Altuner², Metin Özgen²

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun; ²Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun

Amaç: Morfea, lokalize skleroderma olarak da bilinen, deri ve deri altı dokuda fibrozis ile karakterli, patogenezi net bilinmeyen nadir bir deri hastalığıdır. Travma, radyasyon, ilaçlar, infeksiyonlar, otoimmünite gibi multifaktöryel etkenler morfea gelişimine neden olabilmektedir. Eozinofilik fasiit, özellikle ekstremitelerdeki fasyaların endurasyon ve enflamasyonunu, eozinofil artışı, yüksek eritrosit sedimentasyon hızı, hipermaglobulinemi ve serumda yüksek düzeyde immun komplekslerin varlığı ile karakterize bir hastalıktır. Sistemik skleroz, cilt ve iç organlarda fibrozis ve mikrosirkülasyon bozukluğu ile karakterize, cilt tutulumunun yanında akciğer, gastrointestinal sistem, böbrekler ve kas iskelet sisteminin de tutulduğu nedeni bilinmeyen sistemik bir bağ dokusu hastalığıdır. Bu olguda eozinofilik fasiit ve sistemik skleroz tanılarını karışabilen generalize morfea vakası ele alındı.

Olgu: Tüm vücutta deri sertliği ile başvuran hasta eozinofilik fasiit ön tanısı ile kliniğimize yatırıldı. Yapılan cilt biopsisi sonucu, yama evre mukozis fungoides lehine yorumlandı, fakat mukozis fungoides düşünülmeyen hastaya skleroderma ön tanısı ile ileri tetkikler planlandı. Toraks, üst ve alt abdomen bilgisayarlı tomografi, üst gastrointestinal sistem endoskopisi ve özofagus monometre çekimleri normal saptandı. Biyokimyasal değerlerinde ESH: 33 mm/s, CRP: 9.71 mg/dL, ANA: 1/100 granüler tarzda (+) olarak geldi. Hastaya metilprednizolon 16 mg 2*1 ve metotreksat 2.5 mg 1x6/hafta tedavisi başlandı. 2 ay mevcut tedaviyi kullanan hastanın deri sertliğinde ve şikayetlerinde düzelme saptanmadı. Hastanın cilt biopsisi tekrar yapıldı ve patoloji sonucunun morfea ile uyumlu gelmesi üzerine, hasta generalize morfea olarak değerlendirildi ve kullanmakta olduğu steroid ve metotreksat tedavisine devam edildi. Net bir klinik yanıt alınamaması üzerine steroid ve metotreksat tedavisi kesilerek, siklosporin 100 mg 2*1 tedavisi başlandı. Hastanın siklosporin tedavisi sonrası deri sertliği tamamen geriledi ve aktif bir yakınması kalmadı.

Sonuç: Generalize morfea; eozinofilik fasiit ve sistemik skleroz ile benzer klinik bulgulara yol açabilir. Eozinofilik fasiit ayırıcı tanısında patolojik değerlendirme burada yardımcı olmuşken,

sistemik skleroz tanısında ANA negatifliği, raynaud fenomeni olmaması, kapilleroskopi bulguları bize ayırıcı tanıda yardımcı olmuştur. Generalize morfea, sistemik skleroz ve eozinofilik fasiit düşünüldüğünde ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Generalize morfea

PS-263

Dijital ülser ile başvuran olan silikozis olgusu

Fatma Temiz¹, Yeşim Ağyol¹, Aysun Aksoy², Yasemin Şahinkaya²

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

Amaç: Silika maruziyetinin, bağ dokusu hastalıklarının gelişimiyle ilişkili olduğu bilinmektedir ve özellikle erkeklerde sistemik skleroz (SS) riskini artırdığını gösteren çalışmalar vardır. Bu birliktelik literatürde Erasmus sendromu olarak adlandırılmıştır. Silikozisi olan, dijital ülserle başvuran hastamızı sunuyoruz.

Olgu: 47 yaşında erkek hasta, 2002–2005 arasında kot kumlama çalışmış; 2014'te silikozis tanısı almış. 2 ay önce parmaklarda morarma beyazlaşma başlamış. Üst ekstremitelerde doppler USG, BT anjiyografisinde patoloji saptanmamış. Düşük doz aspirin tedavisi alan hasta sol el 2. parmak distalinde yara şikayetiyle MÜTFH Romatoloji bölümüne başvurdu (Şekil 1 ve 2 PS-263). Ciltte kalınlaşma, parmaklarda şişlik, telanjiektazi yoktu. Raynaud fenomeni, şiddetli dijital iskemi bulgusu olan dijital ülseri vardı. Kapilleroskopiye dev kapiller, kanama alanları, kapiller disorganizasyona rastlandı. Tetkikleri WBC 6300 Neu 3800 Hb 11.7g/dL Plt 231.000 periferik yayma normal Kreatin 0.56 mg/dl Albumin 3.9 mg/dl ALT 9 mg/dl Sedim 53 mm/s CRP 17.8 mg/L ANA 1/1000–1/3200 granüler pattern-de pozitif, ENA ve AFAS paneli, Kriyoglobulin, ANCA, Anti RP3, Anti MPO negatif, C3 C4 normal, protein elektroforezinde M piki yok, Albumin/Globulin 0.94 Trigliserid 129 Total kolesterol 184 HDL 34 LDL 124. İdrar tetkikinde 2+proteinüri, 24 saatlik idrarda ise 555 mg/gün proteinüri vardı. İdrar sedimenti normaldi. USG'de böbrek boyutu ve parenkim kalınlığı normal, bilateral böbrek parenkim ekoları Grade-1 renal parenkimal hastalık lehine artmıştı. EKO'da pulmoner hipertansiyon yoktu. Toraks HRCT'de mediastanda kalsifik nodüller, bilateral akciğer üst lobda kalsifikasyon içeren fibrotik karakterde yumuşak doku dansiteleri, plevral kalınlaşma ve çekintileri, bilateral akciğer alt loblarda hava kistleri izlenmiş olup silikozis ile uyumluydu. SS'nin akciğer tutulumuna ilişkin bulgu görülmedi. Solunum fonksiyon testinde FVC %74 FEV1 %61 FEV1/FVC 86 quantiferon negatifti. Dijital ülser tedavisi için antibiyoterapi, ASA, DMAH, iloprost infüzyonu başlandı.

Sonuç: 2 aydır olan Raynaud fenomeni, yeni gelişen dijital ülseri, hafif düzeyde renal disfonksiyonu olan, kapilleroskopiye aktif skleroderma paterni, yüksek titrede ANA pozitifliğiyle birlikte SS'ye spesifik antikoru bulunmayan hasta SS olarak sınıflandırılmasa da vaskülopatiye yönelik tedavisi başlandı. İlk silika maruziyeti 15 yıl önce olan hasta, SS'nin diğer klinik bulgularının ortaya çıkışı açısından değerlendirilmek üzere takibe



Şekil 1 (PS-263): Dijital ülser.



Şekil 2 (PS-263): El görünümü.

alındı. Silika maruziyetinin klinik fenotipi belirlemede etkili olabileceği düşünüldü

Anahtar sözcükler: Sistemik skleroz silikozis

PS-264

İnflamatuvar miyopatinin nadir bir nedeni: Nekrotizan otoimmün miyopati

Ender Aktepe, Taşkın Şentürk, Songül Çıldıg, Reyhan Köse, Yasemin Kara, Gökhan Sargın

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

Amaç: Nekrotizan otoimmün miyopati (NOM), akut veya subakut proksimal kas güçsüzlüğü ile karakterize olan idiyopatik inflamatuvar miyopatinin nadir bir şeklidir. Hastalık, histopatolojik olarak belirgin inflamasyonun eşlik etmediği miyozit, nekroz ve rejenerasyon ile karakterizedir. Hastalık, anti-SRP ve/veya anti-HMGCoAR otoantikörleri ile ilişkili olup %20-30 vakada antikörler bulunmayabilir. Bazı hastalarda intersiyel akciğer hastalığı ve nadiren de kardiyomiyopati olabilir. Biz, burada inflamatuvar miyopatinin nadir bir formu olan nekrotizan otoimmün miyopati vakasını sunduk.

Olgu: 65 yaşında kadın hasta 4 haftadan beri devam eden efor dispnesi, yutma zorluğu ve proksimalde kas güçsüzlüğü nedeni ile tarafımıza başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde tansiyon arteriyel: 95/60 mmHg, nabız: 100/dk, solunum sayısı: 22/dk olup proksimal kas gücü 1/5 idi. Laboratuvarında AST: 446 U/L, ALT: 296 U/L, LDH: 1994 U/L, kreatin kinaz: 4267 U/L, troponin: 49.7 pg/mL, CRP: <2 mg/L, sedimantasyon: 22 mm/saat, ANA:1/320 titrede nükleolar ve 1/100 titrede granüler paternde, Ro-52 +3 pozitif ve anti-SRP +3 pozitif. EMG'de primer kas lifi tutulumu ile uyumlu bulgular vardı. Yapılan kas biyopsisinde kas liflerinin %50-60'ı nekrotik ve arada rejenerat/atrofik kas lifleri saptandı. Takiplerde göğüste baskı hissi ve troponin yüksekliği olması nedeni ile koroner arter hastalığına yönelik olarak anjiyografi yapıldı. Koroner arter anjiyografisinde anlamlı darlık saptanmadı. Hastaya mevcut bulgular

ile NOM tanısı konuldu. Hastaya 1 mg/kg dozda metilprednison ve 10-15 mg/hafta dozda metotreksat başlandı.

Sonuç: İnflamatuvar belirteçlerin yükselmediği, anti-SRP ve/veya anti-HMGCoAR otoantikörleri pozitif olan miyopati hastalarda inflamatuvar miyopatinin nadir bir formu olan nekrotizan otoimmün miyopati akla gelmelidir.

Anahtar sözcükler: İdiyopatik inflamatuvar miyopati, nekrotizan otoimmün miyopati, anti-SRP, anti-HMGCoAR

PS-265

Nadir bir birliktelik: Erasmus sendromu ve tüberküloz

Erdal Bodakçı¹, Özgür Ceylan², Şeniz Şengül², Nazife Şule Yaşar Bilge¹, Timuçin Kaşifoğlu¹

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

Amaç: Silikozis ya da silikozis olmadan silika maruziyetinde sistemik skleroz gelişmesine Erasmus sendromu denir. Burada, silika inhalasyonunu sonrasında gelişen silikozis, tüberküloz ve sklerodermalı tanımlı bir hasta tartışılmıştır.

Olgu: 55 yaşında erkek hasta Raynaud bulguları ve cilt gerginliği ile başvurdu. Öyküsünde 4 yıldır raynaud fenomeninin olduğu, 20 yıl boyunca sigara içtiği (20 paket/yıl) ve seramik fabrikasında çalıştığı, 4 yıl önce pnömokonyoz nedeniyle erken emekli olduğu öğrenildi. 1.5 yıl önce dipne ve sağ servikalde lenfadenopati nedeniyle göğüs hastalıklarına başvuran hastaya akciğerde ve mediastende patolojik çok sayıda kalsifik lenf nodu olması nedeniyle yapılan biyopside kazeifikasyonlu granümatöz inflamasyon saptanması ve balgamda ARB pozitif olması sonucunda Tüberküloz (TBC) tanısı almış. 9 ay anti TBC tedavi alan hastanın klinik olarak tam yanıt verdiği belirtilmiş. Hastanın 4 yıl önce skleroderma tanısı aldığı ve nifedipin, hidroklorokin, asetilsalisilik asit kullandığı son 1.5 yıldır bu ilaçlarını kullanmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde raynaud fenomeni, sklerodaktili ve bilateral akciğer bazallerinde selofan ralleri vardı. Kapilleroskopide kapiller kayıp alanları ve hemo-

raji izlendi. ANA 1/3200 dilüsyonda benekli paternli, Anti SCL-70 pozitif saptandı. HRCT de her iki akciğer üst loblarda daha belirgin olmak üzere içerisinde yer yer kalsifik alanların da izlendiği peribronşial yoğunluk artımları ve atelektazik, amfizematöz değişiklikler izlendi. Bilateral hiler-mediastinal çok sayıda ve en büyüğü 1.8 cm kalsifik natürde lenfadenopatiler izlendi. Bulgular silikozis ve tüberküloz sekeli olarak kabul edildi. Aktif interstiyel akciğer bulguları saptanmadı. Solunum fonksiyon testlerinde FEV1/FVC: %85, FVC %52, DLCO %40 ile azalmış olarak saptandı. EKO'da PAB: 45 mm/hg saptandı. Klinik olarak efor dispnesi olmayan hastaya kateterizasyon yapılmadı. Hastada skleroderma ve silikozis birlikteliği düşünüldü. Hastalığına yönelik nifedipin, hidroksiklorokin ve asetilsalisilik asit başlandı.

Sonuç: Silika partiküllerinin inhalasyonu sonrası alveolar makrofajlarca salınan mediatörlerin otoimmün süreçleri tetiklediği ve otoantikör üretimi sonrası klinik belirtilerin gelişebileceği öne sürülmüştür. Genç erkek ve tedaviye dirençli akciğer tutulumu olanlar, meslek maruziyeti olanlar ve akciğerde kalsifik nodül veya lenfadenopati saptanan sistemik skleroz hastalarında silikozis akla gelmelidir. TBC gibi hastalıklarda gözden kaçırılmamalıdır.

Anahtar sözcükler: Sistemik skleroz, silikozis, tüberküloz

PS-266

Erken sistemik skleroz ve myastenia gravis birlikteliği: Olgu sunumu

Menice Güler Şen¹, Özgür Akgül², Özgül Soysal Gündüz¹, Timur Pırıldar¹

¹Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Manisa; ²Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Manisa

Amaç: Myastenia Gravis (MG) tanılı hastalarda otoimmün hastalık görülme sıklığı artmıştır ancak skleroderma ile birlikteliği nadirdir ve birlikte görüldüğünde genelde D-penisilamin kullanım öyküsü mevcuttur.

Olgu: 21 yaşında erkek hasta artralji ve Raynaud fenomeni ile 2016 yılında kliniğimize başvurdu. Soygeçmişinde romatolojik hastalık öyküsü mevcuttu. Sistem sorgulamasında dispne, disfaji, artrit öyküsü saptanmadı. Fizik muayenede patoloji saptanmadı. Tetkiklerinde antinükleer antikor (ANA) ve CENP-B kuvvetli pozitif saptandı. Kapilleroskopi yapıldı. Kapillerde genişleme, tortioze kapiller ve kapil sayısında azalma saptandı (Şekil PS-266). Gastrointestinal ve kardiyopulmoner sistem taramalarında patoloji saptanmadı. Hasta erken sistemik skleroz olarak değerlendirildi. Nifedipin, asetilsalisilik asit, hidroksiklorokin, pentoksifilin tedavisi başlandı. Takiplerinde şikayetleri geriledi. 6 ay sonra halsizlik ve pitozis şikayeti başladı. Pitozis tek taraflıydı ve herhangi bir ritmi yoktu. Diplopi tariflemiyordu. Nörolojik muayenesi olağan saptandı. Repetitif sinir uyarımı testi motor son plak bozukluğu ile uyumlu saptandı. Hasta MG olarak değerlendirildi ve tedavi başlandı.

Sonuç: MG asetilkolin reseptörlerine karşı otoantikör gelişimi ile karakterize otoimmün bir hastalıktır. Diğer otoimmün has-

talıklarla birlikteliği sıkır. En sık otoimmün tiroid hastalıklarıyla eşlik eder. Bunu lupus, Sjögren sendromu, pemfigus ve romatoid artrit takip eder. Skleroderma ile birlikteliği çok nadirdir. Klinik olarak hem MG hem skleroderma halsizlik, disfaji, kas güçsüzlüğü gibi semptomlara neden olabilir. Bu nedenle tanılarından biri gecikebilir. Otoimmün hastalığı olan bir hastada yeni gelişen kas güçsüzlüğü, dispne gibi durumlarda MG ayırıcı tanıda düşünülmelidir. D-penisilamin kullanımı sonrası görülen MG ve skleroderma tanılı vaka serileri mevcuttur. Vakamız daha önce D-penisilamin kullanım öyküsü olmaması, erken dönem sistemik skleroza MG eşlik etmesi açısından diğer vakalardan ayrılmaktadır.

Anahtar sözcükler: Sistemik skleroz, myastenia gravis, erken sistemik skleroz

PS-267

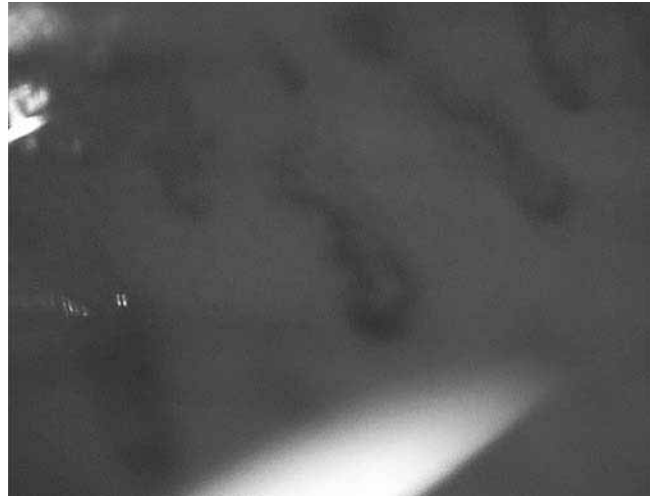
Gebe hastada görülen dirençli polimiyozit vakası ve tedavisi

Esin Oğuz¹, Şannur Gültekin¹, Mehmet Emin Derin², Ali Şahin²

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

Amaç: Polimiyozit kaslarda inflamasyon ile giden bağ doku hastalığıdır. Hastalık genellikle ani başlangıçlı olup inflamatuvar kas hastalıklarının görülme prevalansı 1/100.000 olarak tahmin edilmektedir. Biz de kliniğimizde takip ettiğimiz gebe polimiyozit vakasını paylaşmak istedik.

Olgu: 34 yaşında 11 haftalık gebe, son 8 haftadır ilerleyici şekilde kas güçsüzlüğü, halsizlik şikayetiyle romatoloji polikliniğine başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde 4 ekstremitede de güçsüzlük olup kas kuvveti global 3/5 olarak değerlendirildi. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde CK: 46760 IU/l (0-145 IU/l), AST: 1350 IU/l (0-31 IU/l), ALT: 865 IU/l (0-34 IU/l) olarak saptandı. CK yüksekliği yapabilecek ilaç kullanımı ve travma gibi diğer nedenler ekarte edilen ve istenen otoimmün panel tetkiklerinden Ro-52:



Şekil (PS-266): Kapiller yapıda bozulma ve genişleme.

+3, SS-B: +3 ve SS-A: +2 otoantiklorları pozitif saptanan hastaya kas biyopsisi yapıldı. Hastanın EMG sonucu inflamatuvar miyopati ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hastanın gebeliği de göz önüne alınarak hastaya 80 mg/gün metilprednisolon, hidrokortiklorokin ve azatiyopürin tedavisi başlandı. Takiplerde CK: 12350 IU/l, ALT: 788 IU/l, AST: 866 IU/l'e kadar gerilemesine rağmen daha fazla düşüş sağlanamaması ve kas güçsüzlüğünün artarak devam etmesi üzerine 10 gün plazma değişimi yapıldı. Haftalık düzenli kadın doğum hastalıkları kontrolünde 13. hafta gebelikte intrauterin exitus olarak değerlendirilen hastaya induksiyon ile doğum yaptırıldı. İşlem sonrası 5 gün plazma değişimi yapılarak 3 gün pulse steroid tedavisi ve intravenöz immunglobulin (IVIG) 2 gr/kg/ay (bakanlıktan gerekli endikasyon dışı onam alınarak) verildi. CK, ALT ve AST değerleri normal değerlere kadar gerileyen hastanın klinik olarak da düzeldiği görüldü. 1 mg/kg dan metilprednisolon (tedricen azaltılmak), metotreksat şeklinde tedavisi yeniden düzenlenen hastanın takibine devam edilmektedir.

Sonuç: Polimiyozit gibi inflamatuvar kas hastalıklarının gebelikte ilişkisi hakkında çok az şey bilinmesine rağmen yapılan bazı çalışmalarda inflamatuvar kas hastalıklarının gebelikte birlikte alevlendiği ve kötü fetal komplikasyonlarla seyrettiği görülmüştür. Bizim vakamızda da steroid ve azatiyopürin tedavisine dirençli olan ancak plazma değişimi ve IVIG ile kliniği düzelen ancak öncesinde intrauterin exitus ile gebelik kaybını yaşayan hastada tedavi seçeneklerini paylaşmak istedik.

Anahtar sözcükler: Polimiyozit, gebelik, plazmaferez

PS-268

Nörolojik tutulum ile presente skleroderma (serebellar atrofi ve sensörinöral polinöropati)

Mehmet Kök

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Skleroderma cilt, visseral organlarda ve vasküler sistemde fibrozis ile seyreden bir bağ doku hastalığıdır. Nörolojik tutulumu nadir olup genellikle sklerodermanın renal kardiyovasküler tutulumuna sekonder geliştiği düşünülmektedir. Fakat, manyetik rezonans görüntülemelerle yapılan son çalışmalarda, sklerodermanın şiddeti ve komplikasyonlarından bağımsız olarak, asemptomatik SSS tutulumu gösterilmiştir. Bu vaka sunumunda nörolojik tutulumla başlayan skleroderma olgusunu sunmak istedik.

Olgu: 47 yaşında bayan hasta acil servise baş dönmesi, denge kaybı ve parmaklarda uyuşma karıncalanma şikayeti ile başvurdu. Nörolojik muayenesinde eldiven çorap tarzında duyu kusuru, romberg testi pozitif saptandı. Ayak taban refleksi yanıtsız, derin tendon refleksleri hiçbir odakta alınamadı. Diğer nörolojik muayene bulguları normaldi. Karotis ve vertebral doppler ultrasonografisi normaldi. Beyin tomografisinde ve manyetik rezonans görüntülemesinde serebellar atrofi ile uyumlu bulgular izlendi. Elektromiyografide yaygın sensorimotor periferik nöropati saptandı. Hastada serebellar ataksi düşünüldü. Etiyolojiye yönelik tetkiklerinde, hemogram, böbrek ve karaciğer

fonksiyon testleri vitamin B12, tiroid fonksiyon testleri normaldi. Olası viral ve bakteriyel etkenlere yönelik testler negatifti. Beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde patoloji saptanmadı. BOS kültüründe üreme olmadı. Bakılan oto antiklorlarında ANA nükleolar patern pozitif. ENA profilinde ise Scl-70 pozitif çıktı. Romatolojik değerlendirilmesinde, ağız ve göz kuruluğunun olduğunu belirten hastanın, yüz kol ve bacak cildinde sertleşme olduğu, yüz çizgilerinin kaybolduğu ve ağız açıklığının azaldığı görüldü. 5 yıldır Reynoud fenomeni tarifliyordu. Tırnak yatağı videkapileroskopisi skleroderma ile uyumluydu. Sural sinir biyopsisinde non-inflamatuvar karakterde şiddetli myelin kaybı izlendi. Nöroloji hekimi tarafından etiyojide yer alan tüm diğer olası hastalık ve durumlar ekarte edildi. Hastaya skleroderma nörolojik tutulum tanısı ile steroid ve siklofosfamid başlandı. Tedavinin 6. ayında nöropati ve ataksi bulguları anlamlı derecede geriledi.

Sonuç: Sklerodermada nörolojik tutulum, nadir görülse de, son zamanlarda, daha sık saptanmaktadır. Çoğunlukla hastalık aktivitesi ile ilişkili olduğu için de erken fark edilmesi ve tedavi edilmesiyle olası kalıcı hasarlar önenebilir.

Anahtar sözcükler: Skleroderma, nörolojik tutulum, ataksi

PS-269

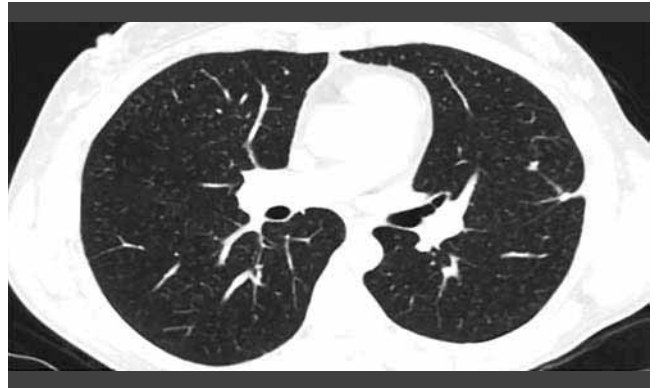
Antitroid ilaç ilişkili p-ANCA pozitifliğinin eşlik ettiği pyoderma gangrenosum ve intraalveolar hemorajı olgusu

Sadettin Uslu, Aydan Köken Avcı, Ali Karakaş, Merih Birlik, Fatoş Önen, Gerçek Can

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Propiltiyourasil (PTU), hipertiroidizm tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir ilaçtır. Anti nötrofil sitoplazmik antiklorların (ANCA), ANCA ile ilişkili vaskülit ve nötrofilik dermatozların gelişimi de dahil olmak üzere çeşitli yan etkilere neden olabilir. Bu yazıda Graves hastalığı için PTU tedavisi alırken gelişen ANCA ilişkili bir pyoderma gangrenosum (PG) olgusunu sunuyoruz.

Olgu: 40 yaşında bayan hasta 10 ay önce sağ bacakta püstül olarak başlayan zamanla derin ülserasyon gelişmesi nedeniyle alınan



Şekil 1 (PS-269): Akciğer tomografisinde bilateral tüm loblarda sentrilöbüler mikronodüler patem.



Şekil 2 (PS-269): Her iki alt ekstremitedeki pyoderma gangresonum. (a) Sağ bacak, (b) sağ bacak tedavi sonrası, (c) sol bacak, (d) sol bacak tedavi sonrası.

cilt biyopsisi; PG ile uyumlu bulunmuş. PG etiyojisinde yer alan malignite ve inflamatuvar barsak hastalığı için yapılan tetkikler normal bulunmuş. Akut faz yanıtları yüksek (CRP: 44.5 mg/l, ESH: 50 mm/H), KCFT, BFT, CBC ve tiroid fonksiyon testleri normal bulunmuş. Tomografisinde bilateral akciğerlerde tüm loblarda sentrilobuler mikronoduler patern (Şekil 1 PS-269) ve uterusu 1.8 cm boyutlarında intramural lezyon izlenmiş ve dejenerasyon olarak yorumlanmış. PPD 30x30 mm olması ve miliar tbc şüphesi nedeni ile bronkoskopi yapılmış, tbc PCR negatif, kültüründe üreme yok ve sitolojisi normal saptanmış. Kriyobiyopside; intraalveolar hemoraji ve septalarda hafif kalınlaşma, prusya mavisini ile makrofajlarda demir birikimi olarak raporlanmış. İlk lezyondan 4 ay sonra sol bacakta gelişen derin ülser lezyonu için (Şekil 2 PS-269) hasta tarafımıza danışıldı, romatolojik sistem sorulması normaldi. Ayrıntılı ilaç öyküsünde 10 yıldır Graves hastalığı nedeniyle PTU 300 mg/gün aldığı son 8 aydır metimazol kullandığı öğrenildi. İmmünolojik testlerinden RF, CCP, ANA ve ENA paneli normaldi. IIF p-ANCA1/100-1/320 dilüsyonda pozitif, elisa mpoANCA 107.79 RU/ml (negatif<20) saptandı. Antitiroid tedavi kesilip, PG tanısı ile hastaya steroid 1 mg/kg/gün, siklosporin 200 mg/gün başlandı. Takibinde 4 haftada her iki bacakta lezyonlarda iyileşme görüldü (Şekil 2 PS-269).

Sonuç: İlk kez 1999'da Darben ve ark. PTU tedavisinden sonra PG-benzeri ülserasyonun pozitif ANCA'larla ilişkisini tanımlamıştır. PTU'nin PG patogeneziindeki rolü net olmayıp, nötrofillerde biriktiği ve MPO'ya bağlanarak enzimin heme yapısını değiştirip neoantijen özellik gösterebileceği öne sürülmüştür. Ayrıca literatürde metimazole kullanan üç vakada diffüz alveolar hemoraji (DAH) bildirilmiştir. Bu vakalardan ikisinde bizim olgumuza benzer şekilde mpoANCA pozitifliği saptanmıştır. Uzun süreli anti tiroid ilaç kullanımlarında, p-ANCA pozitifliğinin eşlik edebileceği ve bunların bir kısmında PG gelişebileceği ve hafif ya da şiddetli DAH'ye yol açabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Propiltiyoürasil (PTU), pyoderma gangresonum (PG), diffüz alveolar hemoraji (DAH), p-ANCA

PS-270

Diabetes insipidus kliniği ile gelen bir granülo-matoz polianjitis (GPA) olgusu

Emine Koca¹, Emine Figen Tarhan², Neşe Çınar³

¹Çameli Devlet Hastanesi, Denizli; ²Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Muğla; ³Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı, Muğla

Amaç: Granülo-matoz Polianjitis (GPA), etiyojisi tam olarak bilinmeyen özellikle küçük çaplı damarları tutan, antinötrofilik sitoplazmik antikor (ANCA) pozitifliği ile seyreden nekrotizan granülo-matoz bir vaskülitidir. Genellikle üst ve alt solunum yolları, böbrek tutulumu ile seyretmesine rağmen nadiren santral sinir sistemi tutulumu da görülebilir. Hipofiz disfonksiyonu, GPA'nın nadir bir bulgusu olup, diabetes insipidus (DI) hastalığının en sık prezentasyon şeklidir.

Olgu: 24 yaşında kadın hasta baş ağrısı, çok su içme, çok idrara çıkma şikayeti ile endokrinoloji polikliniğine başvurdu. Yapılan tetkikler sonucunda hastaya santral DI tanısı konuldu. Kullanmakta olduğu levotiroksin 50 mcg/gün tedavisi altında hormonal değerlendirmesinde kortizol 5.36 İg/dL, adrenokortikotropik hormon (ACTH) 24.4 pg/mL, prolaktin 55.63 ng/mL ve diğer ön hipofiz hormonları normal sınırlardaydı. Hipopituitarizm ile birlikte yapılan hipofiz görüntülemesinde 13x15x10 mm boyutunda stalkı öne doğru iten ve posterior hipofizde sinyal kaybına neden olan adenom izlenmesi üzerine transsfenoidal hipofiz cerrahisi yapıldı, histopatolojik incelemesi granülo-matoz nekrotizan vaskülit olarak değerlendirildi. Fizik muayene bulguları normal olan hastada, laboratuvar incelemede hemogloblin düzeyi 11.4 g/dL, lökosit sayısı 6720, nötrofil sayısı 5670, trombosit sayısı 174.000, C-reaktif protein 39.6 mg/L ve 1. saat sedimentasyon değeri 26 idi. Romatolojik değerlendirmesinde sitoplazmik antinötrofilik sitoplazmik antikorlar (c-ANCA) iki defa pozitif olarak ölçüldü (70.4 ve 98.4, normal<20), diğer romatolojik testleri normal sınırlarda idi. Para-

nazal sinüs tomografisinde sağ maksiller sinüste, etmoid hücrelerde mukozal kalınlaşma bulguları, sfenoid sinüste erozyonlar ve yumuşak doku formasyonu, nazal septum santral bölümünde defekt gözlemlendi. Toraks tomografide sağ üst lob apikalde 8 mm çaplı asimetrik buzlu cam dansitesi, sol üst lob posterior fissürde fokal kalınlaşma ile sol akciğer alt lob posteriorunda 2 mm çaplı subplevral nodüller dansite GPA tutulumu olarak değerlendirildi. Hastaya 1 mgr/kg/gün prednizolon ve methotraxate 15 mgr/hafta başlandı. 1. ay kontrolde hem klinik hem de laboratuvar yanıt elde edildi.

Sonuç: GPA çoklu organ yetmezliği kliniğine neden olabilen küçük çaplı damar vaskülitidir. Hipofiz tutulumu nadir görülmekle birlikte kalıcı endokrinolojik bozukluğa neden olabilir. Bu nedenle hipofizer kitle ile gelen hastanın ayırıcı tanısında GPA düşünülmelidir.

Anahtar sözcükler: Granümatöz polianjit, diabetes insipidus, granümatöz polianjit santral sinir sistemi tutulumu

PS-271

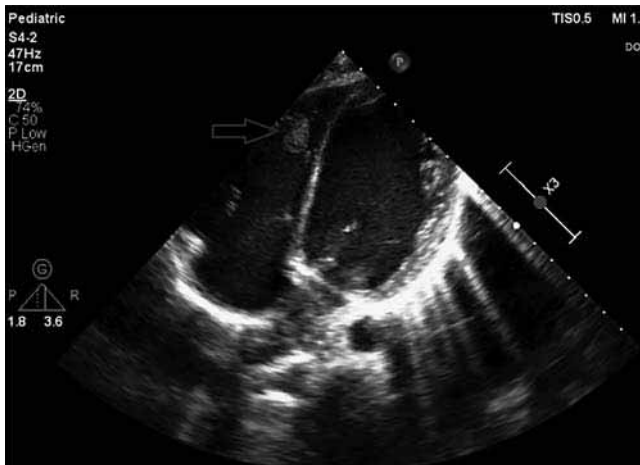
Pediyatrik Behçet hastalığında nadir bir klinik: İntrakardiyak trombüse sekonder pulmoner emboli

Serkan Türkuçar¹, Hatice Adıgüzel Dünder¹, Ceyhan Açar¹, Kaan Yıldız², Şevket Erbil Ünsal¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatolojisi Bilim Dalı, İzmir; ²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Kardiyolojisi Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Behçet hastalığı (BH) mukokutanöz, oküler ve artiküler tutulumlarla seyreden ve tüm çaplardaki damarları tutan, sistemik bir vaskülitir. Vasküler tutulum pediyatrik Behçet hastalarının %3–7.6'sında görülmesine rağmen kardiyak patolojiler daha nadirdir. Bu sunumda sağ ventriküldeki trombüse sekonder bilateral pulmoner embolileri nedeniyle takip edilen bir pediyatrik BH olgusu sunulmuştur.

Olgu: Yaklaşık 2 aydır öksürük ve nefes darlığı şikâyetleri ile başvuran 17 yaşında erkek olgunun; tekrarlayan oral aftları da



Şekil (PS-271): Sağ ventrikül içi apikal bölgede 14x8 mm boyutlarında trombüs (ok).

olduğu ve BH tanısı ile 2 yıldır kolşisin tedavisi altında takip edilmekte olduğu öğrenildi. Özgeçmişinde 2 yıl önce sağ transvers sinüste tromboz nedeniyle 6 ay enoksaparin kullanımı ve soygeçmişinde teyzede BH öyküsü olduğu bildirildi. Fizik muayenesinde takipne ve solunum sıkıntısı mevcuttu. Dinlemekle ral ya da ronküs saptanmayan hastanın solunum sayısı: 36/dk idi. Laboratuvar değerlendirmesinde BK: 9300/mm³, Hb:12.1 gr/dL, plt: 475 103/µL, CRP: 101.2 mg/L, ESH: 62 mm/sa olan olgunun akciğer grafisi normal olarak değerlendirildi. Olgunun mevcut tromboza meyilli nedeniyle pulmoner emboliden şüphelenildi. Çekilen Toraks BT ve Ventilasyon-Perfüzyon sintigrafisinde sağ akciğer alt lob ve sol akciğer üst lobların segmental ve subsegmental dallarında pulmoner emboli ile uyumlu konsolidasyonlar saptandığı, pulmoner arterlerde anevrizma saptanmadığı belirtildi. Ekokardiyografik değerlendirmesinde sağ ventrikül apeksinde trombus saptandı (Şekil PS-271). Alt ekstremitelerde, portal ve renal venler için yapılan ultrasonografik değerlendirmelerde sağ safen venin yüzeysel dallarında trombüs saptandı. Bakılan protein C ve S düzeyleri normal sınırlarda iken, Faktör 5 Leiden, Protrombin F2 G20210A ve MTHFR genlerinde mutasyon saptanmadı. Kan kültürlerinde üreme olmaması üzerine intravenöz heparin ve steroid tedavisi başlandı. Tedavinin 2. gününden itibaren solunumsal şikâyetleri gerileyen intrakardiyak trombüsü küçülen olguya steroid tedavisinin devamında siklofosamid tedavisi başlandı. Olgunun takibine heparin, siklofosamid, steroid ve kolşisin tedavileri ile devam edilmektedir.

Sonuç: Behçet Hastalığı çocukluk çağında sık görülmemesine rağmen ciddi vasküler komplikasyonlarla seyredabilen bir hastalıktır. İpek Yolu Ülkeleri nden biri olan Türkiye'de BH nedeniyle takipteki bir olgu solunum sistem şikâyetleri ile başvurduğunda pulmoner tromboemboli ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir.

Anahtar sözcükler: Behçet hastalığı, kardiyovasküler tutulum, intrakardiyak trombüs

PS-272

Nadir bir olgu sunumu: Takayasu arteriti ve derin ven trombozu ilişkili pulmoner tromboemboli birlikteliği

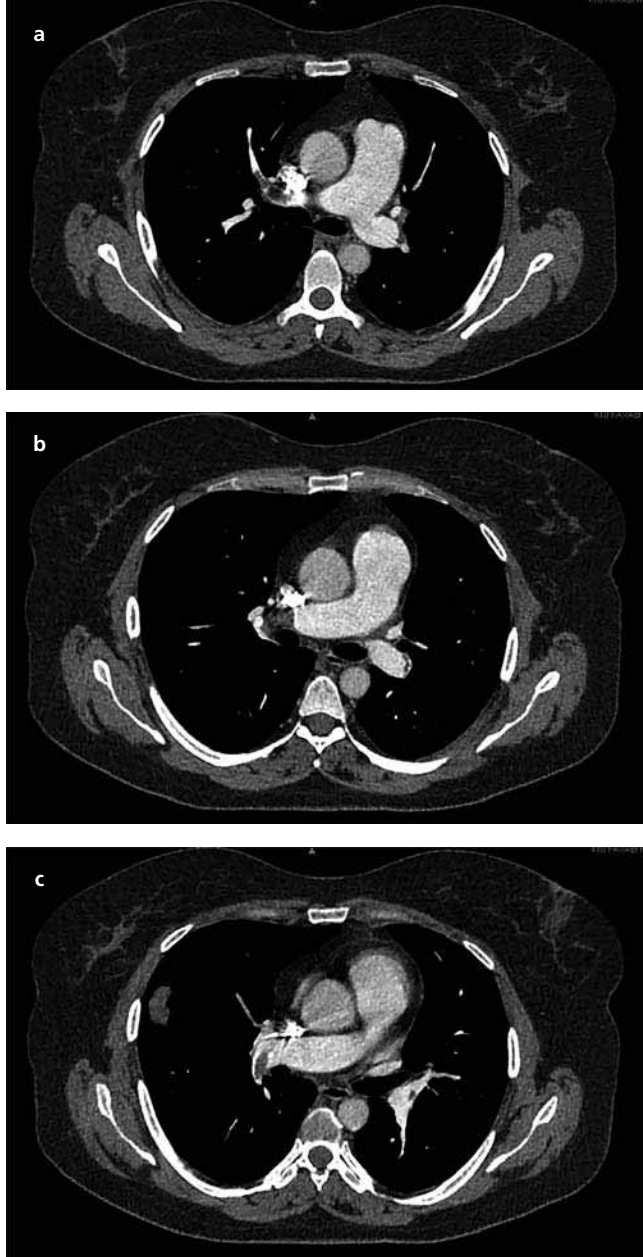
Abdülbaki Gaydan¹, Ali Pir¹, Refik Ali Sarı²

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon; ²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, İmmunoloji Bilim Dalı, Trabzon

Amaç: Takayasu arteriti (TA), esas olarak aort ve dallarında stenoza yol açarak, aort ve dallarını, koroner arterleri ve pulmoner arterler gibi orta ve büyük arterleri etkileyen sistemik inflamatuvar vaskülitir. TA kesin tanısı BT anjiyo ve MR anjiyo ile konulur. TA'deki komplikasyonlar arterlerde görülürken tıbbi literatürde bildirilmeyen DVT ve masif PTE birlikteliğini bizim olgumuzda sunduk.

Olgu: 44 yaşında kadın hasta 6 ay önce bilateral kollarda nabız ve tansiyon farkı olması nedeni ile çekilen Boyun MRG anjiyografide bilateral subklavian arterlerin kalibrasyonu belirgin olarak azalmış, kontrastsız anjiyografi incelemesinde sol tarafta subklavian arter gösterilememiş olup bilateral subklavian arter-

lerde TA'ni destekleyen bulgular saptanmış. DSA'da her iki subklavyan arter oklude olarak değerlendirilmiştir. Hastaya TA tanısı konularak mpz 48 mg, mtx haftada 1, 10 mg, 2500 mg kalsiyum ve 880 IU d3 başlanmış, takiplerinde mpz 32 mg ile şikayetsiz takip edilmekte idi. OKS kullanmayan, geçirilmiş operasyon, malignite, immobilitate hikayesi olmayan hasta son 3-4 gündür sol bacakta ağrı, nefes darlığı şikayeti ile başvurmuş ve alt ekstremitte dopler'de sol popliteal vende trombus izlenmesi ve toraks BT'de Sağ akciğer orta ve üst lobda PTE ile uyumlu plevral enfarkt izlenmesi üzerine romatoloji servisine yatırıldı (Şekil PS-272). Kb 80/50, nabız 110, sat: 97 idi. Hastanın fm'de; her 2 radial nabız bilateral alınmamış ve sol bacakta homans pozitifliği dışında diğer sistem muayenelerinde patolojik



Şekil (PS-272): (a-c) BT'de PTE.

bulgu saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde; kreatinin: 0.7, K: 4, Na: 136, ALT: 22, AST: 19, albümin: 3, total protein: 6.1, WBC: 7.290, Hgb: 10.9, Plt: 172.000, ESH: 49, CRP: 9.4, tit'te d:1021 prot: 50, erit: 150, tft normal, ig normal, D-dimer: 3.4, aptt: 19, pt: 11, INR: 1.05, ph: 7.37 pCO₂: 41, pO₂: 95, HCO₃: 22, Sat: 97 olarak saptandı. Hastada TA ve DVT ve PTE düşünüldü. Hastaya mpz 20 mg, mtx haftada 1, 15 mg, 2500 mg kalsiyum ve 880 IU d3, enoksaparin 2x6000 başlanıp warfarin 5 mg, mpz 16 mg ve mtx haftada 1 15 mg olarak ayarlandı. Takiplerinde klinik olarak iyi olan hasta takip edilmektedir.

Sonuç: TA'de genellikle arterler tutulmasına rağmen venlerin de tutulabileceği göz ardı edilmemeli ve hastalar bu açıdan yakın takip edilmeli ve bu konu gözden kaçırılmamalıdır. Literatürde şimdiye kadar bildirilen toplamda 4 vaka olup bizim vakamız da literatürde bildirilen 5. vaka olması nedeni ile önem arz etmektedir.

Anahtar sözcükler: Takayasu arteriti, derin ven trombozu, pulmoner emboli

PS-273

Romatolojide çok sık kullanılan steroidlerin nadir, önemli bir yan etkisi: Bradikardi

Döndü Üsküdar Cansu, Erdal Bodakçı, Cengiz Korkmaz

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı Eskişehir

Amaç: Kortikosteroidler romatoloji pratiğinde en sık kullanılan ajanların başında gelir. Bilinen en sık yan etkileri hiperglisemi, hipertansiyon, hiperlipidemi ve osteoporoz iken steroidlere bağlı bradikardi nadir olarak görülür. Literatürde steroidlere bağlı bradikardiler ağırlıklı olarak çok yüksek doz (pulse) metil prednisolonun (MP) intravenöz uygulamalarından sonra ortaya çıkmıştır. Bu yazıda 48 mg oral MP sonrası sinus bradikardisi gelişen ilaç kesildikten sonra düzelen prednisolona (PRED) geçiş sonrası tekrarlayan ve doz azaltımı sonrası düzelen bir hasta sunularak çok sık steroid kullanan romatolog meslektaşlarımızla steroidlerin nadir bir yan etkisi olan bradikardiye dikkat çekilmeye çalışılmıştır.

Olgu: 39 yaşında kadın hasta. 2 yıldır ara ara pozisyonla değişen göğüs ağrısı ve eritrosit sedimentasyon hızı yüksekliği nedeniyle değerlendirildi ve Takayasu arteriti tanısı konuldu. Hastaya 52 mg/gün MP, azathioprin 100 mg ve proton pompa inhibitörü başlandı (Tedavi öncesi nabız: 70 atım/dk, TA: 110/70 mm/Hg). Hastanın 24 saat sonra nabızı 48 atım/dk, TA: 90/60 saptandı ancak hastada semptom yoktu. EKG'sinde sinus bradikardisi mevcuttu. Elektrolitleri, magnezyum, kalsiyum düzeyleri ve troponin düzeyi normal ve PAB 30 mm/Hg dışında eko-kardiyografisi normal saptandı. Bradikardi nedeniyle azathioprin ve proton pompa inhibitörü kesildi. Bradikardilerinin devam etmesi üzerine (en düşük 42 atım/dk) nadir de olsa steroidin bradikardi yapabileceği düşünülerek MP kesildi. MP kesildikten 48 saat sonra hastanın bradikardileri düzeldi. Hastaya bilgi verildi ve MP aynı dozdan tekrar başlandı. 36 saat sonra hastanın nabızı 47'ye geriledi. MP kaynaklı olduğunu gösterdiğimiz yan etki açısından farklı bir steroidin benzer etki göster-

meyebileceğini düşünerek hasta bilgilendirilerek PRED 60 mg'a geçildi. Bradikardi devam etti. Doz ve zaman ilişkili olabileceği düşünülerek hastanın PRED dozu 40 mg a inildi (sabah 25 mg, akşam 15 mg). Hastanın bradikardilerinin devam etmesi üzerine PRED sabah tek doz 40 mg olarak verildi. Hastanın bradikardisi en düşük 50 olarak seyretti. Hasta 35 mg steroid ile taburcu edildi. 3-4 gün sonra en düşük nabzının 60 olduğu saptandı.

Sonuç: Steroide bağlı ortaya çıkabilecek sinus bradikardisi nadir bir yan etkidir. Ancak iyi bilinmelidir. Sonuç olarak, romatoloji pratiğinde hastanın takiplerinde bradikardi gelişmesi durumunda steroidlerin de bu yan etkiden sorumlu olabileceği bilinmeli ve bu durum açısından hasta gözden geçirilmelidir.

Anahtar sözcükler: Steroid, bradikardi, Takayasu arteriti

PS-274

Tosilizumabın nadir bir yan etkisi: Hipofibrinojenemiye bağlı ekimoz

Döndü Üsküdar Cansu¹, Ezgi Demirtaş², Neslihan Andıç³, Hava Üsküdar Teke³, Cengiz Korkmaz³

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir; ²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Eskişehir; ³Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, Eskişehir

Amaç: Tosilizumab (TCZ), özellikle RA tedavisi yanında dirençli temporal arteritte de kullanılan IL-6 reseptör antagonis-tidir. En sık yan etkisi baş ağrısı, ve kaşıntıdır. Fibrinojen düşüklüğü çok nadir bir yan etkidir. Bu yazıda ilk doz TCZ tedavisi sonrası ekimozla başvuran ve hipofibrinojenemi saptanan bir hasta sunularak TCZ'nin nadir yan etkisi olan hipofibrinojenemiye dikkat çekilmeye çalışılmıştır.

Olgu: 65 yaşında kadın hasta. 1995 yılında polimiyozit tanısı konularak metotreksat (MTX) ve prednisolone verildi. Kas gücü 3/5 şeklinde seyreden, kas enzimleri normal olan hastanın MTX'ı 2013 yılında kesildi. Şubat 2018'de ESH:97 mm/saat olması nedeniyle tekrar değerlendirilen hastanın kas gücü 3/5, EMG normal, malignite taraması negatif idi. Kemik iliği biyopsisinde patoloji saptanmadı. ESH 117 mm/saate yükselen hastanın çekilen PET-CT'si normaldi (Fibrinojen 506 mg/dl). Enfeksiyon odağı, solid veya hematolojik malignite saptanmadı. Yaygın eklem eklem ağrısı yanında omuz ağrısı ve hafif kısıtlılığı olması nedeni PMR dışlanamadı ve 12.5 mg/gün prednisolon başlandı. ESH: 128 mm/saate yükselen, çene kladikasyonu ve baş ağrısı olmayan hastanın sol temporal arterinde hafif duyarlılık saptanması nedeni temporal arter biyopsisi yapıldı ve pozitif saptandı. Biyopsi sonucu çıkana kadar prednisolondan 1 hafta sonra hastanın ESH'si 36 mm/saate geriledi. Eski vertebral fraktür hikayesi olan hastanın steroid dozunun arttırılması uygun görülmedi ve TCZ endikasyon dışı yazıldı. TCZ verildi. 2 hafta sonra hastanın semptomları geriledi ve ESH: 5 mm/saat saptandı. 3. hafta ciltte multipl sayıda ekimoz nedeni başvuru. PLT, PT, INR, PTT, D-dimer normal, fibrinojen 184 mg/dl idi. Periferik yayması normal olan, TCZ dışında yeni bir ilaç öyküsü, enfeksiyon öyküsü, dissemine intravasküler koagü-

lasyon tablosu olmayan hastanın hipofibrinojenemisinin TCZ'ye bağlı olabileceği düşünüldü. Literatür taraması sonucunda nadir olarak TCZ'a bağlı hipofibrinojenemi görülebileceği saptandı. Fibrinojen düzeyi ise ilk doz TCZ verilisinin 5. haftasında 208'e yükseldi.

Sonuç: Literatürde nadir bazı çalışmalarda TCZ'nin neden olduğu düşük fibrinojen konsantrasyonunun, perioperatif kanamanın artması ve transfüzyon gereksinimi için bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Hastamız ilk doz TCZ sonrası hipofibrinojenemi saptanan literatürdeki ilk olgudur. Sonuç olarak, TCZ kullanılan hastalarda rutin bakılmasa bile kanama veya ekimoz varlığında fibrinojen düzeyi de bakılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Tosilizumab, hipofibrinojenemi, temporal arterit

PS-275

Dalak enfarktı olan Wegener olgusu

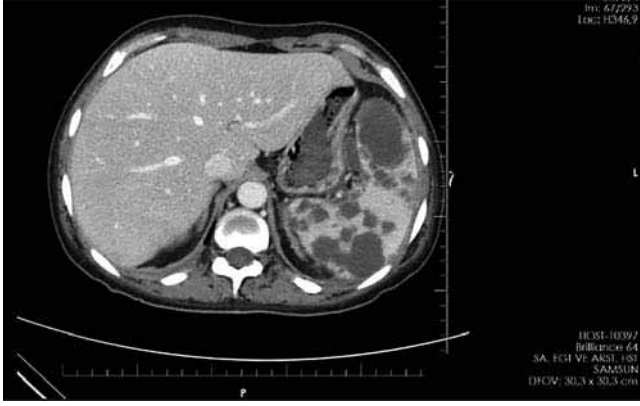
Muhammed Ali Atasever¹, Elif Dağistan¹, Düriye Sıla Karagöz Özen¹, Mehmet Derya Demirağ², İsmail Toto¹

¹Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Samsun; ²Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Samsun

Olgu: 38 yaşında kadın hasta nefes darlığı, öksürük, sol ayak bileği ve sağ ön koldaki yara şikayetleri ile dış merkeze başvurmuş. Yapılan değerlendirilmesinde plörezi ve pnömoni tanıları ile göğüs cerrahisi servisine yatırılmış. Plevral mayi örnekleme-si eksuda ile uyumlu gelen hastanın aerob kültürlerinde üreme olmamış ve tüberküloz saptanmamış. Sol ayak bileğindeki lezyondan yara kültürü gönderilmiş ve üreme olmamış. Dermatoloji lezyonu pyoderma gangrenosum olarak değerlendirmiş ve topikal tedavi başlanmış. Hastanın vaskülitik açıdan laboratuvar değerlendirilmesi yapılmış (Tablo PS-275). Bunun üzerine hasta granülomatöz polianjiit ön tanısıyla ile tarafımıza danışıldı ve hasta devralındı. Hasta devralındığında yapılan fizik muayenesinde bilinç açık ve koopere, zayıf görünümde, akciğer sesleri bilateral bazallerde azalmış, sağ ön kol ve sol ayak bileğinde tanımlanan deri lezyonu mevcuttu. Sistemde mevcut olmadığı için hastaya toraks bilgisayarlı tomografi (BT) tekrarlandı. Akciğer parankiminde retikülonodüler görünüm, bilateral plevral efüzyon ve komşuluğunda kompresyon atelektazileri izlendi. Hastanın daha önce yapılan toraks BT'sinde görüntüye giren dalak kesitinde multipl kistik lezyonlar raporlanmıştı. Bunun üzerine batin ultrasonu yapıldı ve splenomegali (120×90 mm) ve dalakta multipl kistik lezyonlar (60×38 mm) raporlandı. Etiyolojiye yönelik yapılan batin BT'de dalak parankim içinde ve kapsül dışında en büyüğü 66×40 mm boyutlarında multipl kistik lezyonlar ve bunların multiple enfarkta sekonder pseudokistler olabileceği şeklinde raporlandı (Şekil PS-275). Hastaya intravenöz 40 mg metilprednisolon ve oral 2*20 mg prednisolon tedavisi başlandı. Tedavisi yatışı boyunca devam etti. Siklofosfamid tedavisi planlandı.

Tablo (PS-275): Antikor sonuçları.

| | |
|-------------|------------|
| ANA | negatif |
| PR3 antikor | pozitif ++ |
| MPO antikor | negatif |



Şekil (PS-275): Batın tomografisinde dalak parankim içinde ve kapsül dışında en büyüğü 66x40 mm boyutunda multipl kistik lezyonlar. Enfarkata bağlı psödokistik görünümleri.

Sonuç: Granümatöz polianjitis üst solunum yollarını, alt solunum yollarını ve glomerülleri nekrotizan vasıfta tutan bir vaskülit olup ANCA ile ilişkili hastalıkların prototipidir. Granümatöz polianjitis hastalarında dalak tutulumuna literatürde nadir rastlanılmaktadır. Bizim hastamızda granümatöz polianjitisin klasik semptomlarının yanı sıra dalakta nekrozu görüldüğü için literatüre katkısı olacağını düşünüyoruz.

Anahtar sözcükler: Granümatöz polianjitis, dalak enfarktı

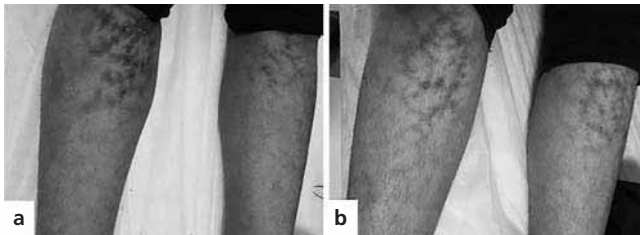
PS-276

Livedoid vaskülopati ayırıcı tanısında nadir bir neden: Eritema ab igne

Mustafa Çakan¹, Evren Odyakmaz Demirsoy²

¹Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği, Şanlıurfa; ²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Kocaeli

Amaç: Eritema ab igne tekrarlayan ısı maruziyeti sonucu gelişen, belirli bir bölgeye lokalize, retiküler görünümlü akut dönemde eritemli, kronik dönemde hiperpigmente yamalar ile karakterize bir dermatozdur. Döküntünün nedeni yanık oluşturmayacak şiddetteki bir ısı kaynağına kronik olarak maruz kalınmasıdır. Eski dönemlerde en sık neden soba ile ısınma iken günümüzde sıcak su torbaları, elektrikli ısıtıcılar ve diz üstü bilgisayarlar daha sık neden olmaktadır. Lezyonlar tipik olarak ısı maruziyetinin olduğu bölgede lokalize olma eğilimindedir. Görünüm olarak ayırıcı tanıda livedoid vaskülopati, kütanöz poliarteritis nodoza, izole kütanöz vaskülit, livedo retikularis, live-



Şekil (PS-276): Bilateral tibial bölgede (a) yer yer krutler içeren retiküler hiperpigmentasyon, (b) livedoid görünümde eritemli, retiküler yama.

do rasemoza yer almaktadır. Yazımızda livedoid yapıda döküntü nedeniyle vaskülit ön tanısıyla çocuk romatolojiye refere edilen ve eritema ab igne tanısı konulan iki olgu sunulmuştur.

Olgu: 16 yaşında kız olgu son 1.5 aydır her iki alt bacak ön yüzeyde döküntü nedeniyle başvurdu. Fizik muayenede bilateral, diz altından tibia orta bölümüne uzanan, üzerinde yer yer krutlar içeren retiküler hiperpigmentasyon (Şekil PS-276a) mevcuttu idi. Başka bir dermatolojik muayene bulgusu olmayan hastanın kollagen doku hastalığı düşündürülecek ek muayene bulgusu da yoktu. Tam kan sayımı, akut faz yanıtı ve tansiyonu normal sınırlarda idi. Aynı hafta içinde 15 yaşında erkek olgu son 3 haftadır her iki alt bacak ön yüzde döküntü nedeniyle başvurdu. Fizik muayenede bilateral, diz altı ile tibia orta kısmına yerleşen livedoid görünümde eritemli, retiküler yama mevcuttu (Şekil PS-276b). İkinci olguda da sistemik hastalık düşündürülecek ek bir bulgu yoktu ve laboratuvar incelemeleri ve tansiyonu normal sınırlarda idi. Hastaların hikayesi derinleştirildiğinde ısınmak için elektrikli soba kullandıkları ve ısıtıcı önünde oturdukları öğrenildi. Her iki olguda da tekrarlayan ısı maruziyetinin olması, lezyonların sadece direkt ısı teması olan yerlerde olması, sistemik hastalık düşündürülecek ek muayene veya laboratuvar bulgularının olmaması nedeniyle eritema ab igne tanısı konuldu. Lokal tedavi ve ısı maruziyetinden uzak durulması önerilen olguların kontrol muayenelerinde lezyonlarda belirgin gerileme olduğu görüldü.

Sonuç: Sonuç olarak görünüm olarak romatolojik hastalık döküntülerine çok benzesede belli bir bölgeye lokalize livedoid tarzda döküntüsü olan olgularda tekrarlayan ısı maruziyeti sorgulanmalı ve eritema ab igne olasılığı akıldan tutulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Eritema ab igne, livedoid vaskülopati, ısı

PS-277

ANCA ilişkili vaskülit ve allerjik bronkopulmoner aspergillozis ayırımı: Olgu sunumu

Pınar Bora Karşlı, Gürkan Yılmaz, İsmihan Sunar, Nurhan Güven, Ayşe Peyman Yalçın, Şebnem Ataman
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Amaç: Anti-Nötrofil Sitoplazmik Antikor (ANCA) ilişkili vaskülitler, renal ve pulmoner tutulumla seyreden, prognozları ciddi, tedavileri benzer olan hastalıklardır. Granümatöz Polianjitis (GPA), Mikroskobik Polianjitis (MPA) ve Eozinofilik Granümatöz Polianjitis (EGPA) bu grupta yer alır. Allerjik bronkopulmoner aspergillozis (ABPA), Aspergillus antijenine karşı oluşan aşırı duyarlılığın bir sonucudur. Astım, tekrarlayan akciğer infiltrasyonları ve bronşiektaziyle prezente olur. ABPA ayırıcı tanısında, özellikle astım ve eozinofili tablosunun birlikte görülebildiği EGPA yer almaktadır. Bu olguda; ayırıcı tanıda ABPA'nın da yer aldığı, ANCA ilişkili vaskülit-MPA ön planda düşünülmüş olup iki hastalığın ayırımı vurgulanmak istenmiştir.

Olgu: 56 yaşında erkek hasta halsizlik, kusma, kilo kaybı, ateş, bacaklarda ağrı şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde, astım-bronşiektazi tanısı, son 6 ayda iki kez pnömoni tanısıyla hospitalizasyon ve bir hafta önce miyokard enfarktüsü öyküsü vardı; soygeçmişinde özellik yoktu (Şekil 1 PS-277). Fizik muayenede; solunum sesleri kaba, ral-ronküs, mitral odakta sistolik üfürüm mevcuttu. Laboratuvar değerlendirmede; CRP: 216.2 mg/L, Sedim: 83



Şekil 1 (PS-277): PA akciğer grafisi.

mm/sa, Prokalsitonin: 0.38 ng/ml, Lökosit: $20.28 \times 10^9/L$, Nötrofil: 87.8%, Lenfosit: 5.1%, Eozinofil: 0.3%, Troponin: 79.1 pg/mL, Spot idrar protein/kreatinin: 0.720 mg/mg, ANCA (IFA): +++pozitif, ANCA (ELISA): AntiPR3 antikorları: 0.3 (negatif), AntiMPO antikorları: 5.6 (pozitif) saptandı. Göğüs hastalıkları tarafından EGPA, ABPA, nontüberküloz mikobakteri enfeksiyonu ayırıcı tanısı için istenen bilgisayarlı tomografi (BT)'de; santral-periferel bronşiektaziler (Şekil 1 PS-277), alt loblarda mukus tıkaçları ve astım tanısının olması nedeniyle ABPA lehine yorumlandı. Total IgE, Aspergillus spesifik IgG ve Aspergillus cilt testi negatifti. Piperasilin-Tazobaktam başlandı; tedavinin 7. gününde, ateş devam ettiği için, Vorikanazol eklendi. 24 saatlik idrar protein, 1428 mg olan hastanın renal biyopsisi pauci immun vaskülitik glomerulonefritle uyumluydu. Tedavi; MPA ön planda düşünülerek 60 mg/gün metilprednizolon ve 1000 mg/ay puls siklofosamid olarak düzenlendi. Tedavi sonrası laboratuvar ve klinik bulguları gerileyen hasta taburcu edildi.

Sonuç: ANCA-ilişkili vaskülitler nadir görülen; ciddi ve hayatı tehdit edebilen klinik tablolarla ortaya çıkabilen hastalıklardır; tedavisiz mortalite oranları oldukça yüksektir. ABPA, bir hipersensitivite reaksiyonu olup ANCA-ilişkili vaskülitlerle birlikteliği akılda tutulmalı; ayırıcı tanıda ele alınmalıdır.

Anahtar sözcükler: ANCA, ABPA, pulmoner tutulum



Şekil 2 (PS-277): Toraks BT'de kistik-variköz bronşiektaziler ve bronşovasküler kalınlaşması.

PS-278

Prostat tutulumu olan bir granülomatozis polianjitis vakası

Funda Erbasan¹, Funda Sari², Veli Yazısız¹, İsmail Uçar¹, Ender Terzioğlu¹

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir; ²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Eskişehir

Amaç: Granülomatozis polianjitis (GPA) küçük ve orta çaplı damarları tutan sistemik nekrotizan bir vaskülitidir. GPA üst ve/veya alt solunum yolu, böbrek, deri, gastrointestinal ve sinir sistemi olmak üzere birçok sistemi etkilemektedir. Ancak prostatit, epididimit, orşit gibi ürogenital sistem tutulumu oldukça nadir olarak görülmektedir. Burada rituximab (RTX) tedavisine iyi yanıt veren prostat tutulumu olan bir GPA vakası sunulmuştur.

Olgu: 2010 yılında üst solunum yolu tutulumu ile GPA tanısı alan ve Metotreksat kullanmakta olan hasta makroskopik hematüri yakınması ile başvurdu. Tetkiklerde Hb: 15.0 g/dl Lökosit: 8400 bin/mm^3 Trombosit: 295.000 bin/mm^3 , ESR: 22 mm/sa, CRP: 1.9 mg/dl, Kre: 0.9 mg/dl, mikroskopik hematüri, lökositüri ve 490 mg/gün olmak üzere proteinürisi mevcuttu. İdrar sedimentinde bol miktarda morfik yapıda eritrosit ve lökosit mevcuttu. cANCA:1/32 titrede pozitifdi. Prostat USG'de santralde $16 \times 11 \text{ mm}$ boyutunda hipoeoik nodüler lezyon mevcuttu. Sistoskopide prostatik üretrada derin nekrotik ülsere lezyon saptandı. Lezyondan alınan örneğin patolojik incelemesi nekrotik granülomatöz prostatit ile uyumluydu. Tüberküloz ekarte edildikten sonra GPA-prostat tutulumu kabul edilerek siklofosamid (CYC) 1 g iv ve metilprednizolon 500 mg/gün iv uygulandı. Metilprednizolon 1 mg/kg/gün po devam edildi. 2. doz CYC sonrasında hastada vaskülitik cilt tutulumu gelişmesi üzerine CYC kesilerek, Rituksimab (haftada 375 mg/m² olmak üzere, 4 kez) ve azatiopürin 2 mg/kg/gün başlandı. RTX 6 ay ara ile toplam 3 kür uygulandı. Bu tedavi ile hastanın akut fazı gerilerken, hematürisi ile lökositürisi düzeldi ve ANCA negatifleşti. Ancak hastanın takibinde gelişen anejakülasyon yakınması uygulanan immünsupresif tedavi ile düzemedi. Bu nedenle Transüretral ejakülatör kanal rezeksiyonu uygulandı. Bu işlem esnasında alınan biopside aktif vaskülit bulgusu izlenmedi. Mevcut durum hastalık sekeli olarak kabul edildi. Yaklaşık 6 aydır remisyonda olan hasta idame tedavi olarak düşük doz steroid ve azatiopürin tedavisi almaktadır.

Sonuç: Hematüri gelişen GPA hastaları, prostatit gibi ürogenital sistem tutulumu açısından değerlendirilmelidirler. Literatürde bildirilen prostatit tutulumu olan vakalarda immünsupresif ajan olarak steroid, MTX, azatiopürin, mikofenolat mofetil ve CYC tedavileri uygulanmıştır. Bu vakada ise RTX ve Azatiopürin kombinasyon tedavisi ile remisyon sağlanmıştır. RTX, GPA'nın ürogenital tutulumlarında kullanılabilecek bir tedavi seçeneği olabilir.

Anahtar sözcükler: Granülomatozis polianjitis, prostat, prostatit, ürogenital

PS-279

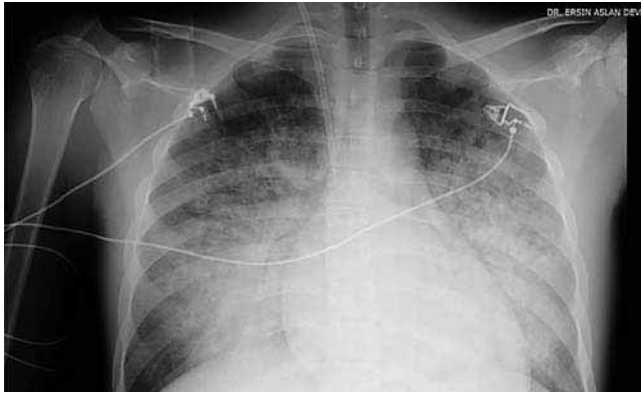
Önemli bir taklitçi: Metamfetamin kaynaklı psödoaskülit

Atalay Doğru, Hasan Kılıç

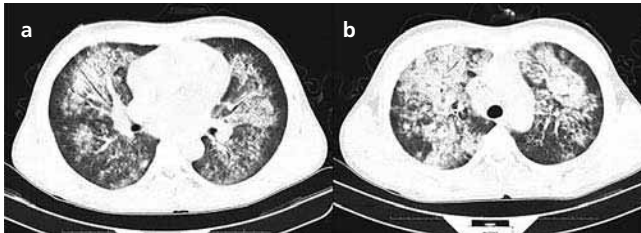
Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Gaziantep

Amaç: İlaça bağlı vaskülitler, idiyopatik vaskülitlere benzer klinik özellikler göstermektedir. İlaça bağlı vaskülitin şiddeti, sadece deriye sınırlı hafif hastalıktan çoklu organ yetmezliğine neden olan şiddetli ve yaygın sistemik hastalığı kadar değişebilir. Akiğer tutulumu daha şiddetli vakalarda ortaya çıkarmaktadır ve intraalveolar kanama veya akut respiratuvar distres sendromu olarak kliniğe yansımaktadır. Metamfetamin, enerji ve öfori vermesi nedeniyle eğlence amaçlı kullanılan bir ilaçtır. Toksikite profili her zaman yüksek doz kullanımı ile ilişkili değildir. Burada metamfetamin kullanımı sonrası gelişen pulmoner-renal sendromlu bir vaka sunulmaktadır.

Olgu: 22 yaşında erkek hasta 1 gündür ağızdan kan gelmesi ve nefes darlığı şikayeti ile acil servise başvurdu. Özgeçmişinde özellik olmayan hastanın son 24 saattir idrar yapmadığı öğrenildi. Fizik muayenede bilateral akiğerde yaygın krepitan raller ve pretibial bölgede bilateral 1+ ödem saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde hemoglobin 6.2 gr/dl, kreatinin 8.4 mg/dl, potasyum 7.1 mEq/L, eritrosit sedimentasyon hızı 92 mm/saat, CRP 48 mg/dl saptandı. Hastanın akiğer grafisinde her iki akiğerde yaygın opasite artışı saptandı (şekil 1 ve 2 PS-279). Hasta yoğun bakım ünitesine alındı. 1 gr/gün pulse steroid tedavi başlandı. Hemodiyaliz başlanan hastaya eritrosit suspansiyonu replasmanı yapıldı. Takiplerde anürik olan hastanın tedavi altında hemoptizi şikaye-



şekil 1 (PS-279): Pa ac grafi bilaterale AC orta zonda parakardiyak alanlardan periferik uzanan retikulonoduler opasite.



şekil 2 (PS-279): (a, a) Her iki akiğerde dağınık yerleşimli yer yer hava bronkogramları içeren infiltrasyon alanları.

ti düzeldi ve hemoglobin değerleri sabit seyretti. Hastanın ANA, ENA, ANCA tetkiklerinde patoloji saptanmadı. 1 mg/kg/gün steroid tedavi ile takibinde hemoptizi şikayeti gerileyen fakat anürik seyreden hastaya siklofosamid tedavisi verildi. Günlük hemodiyalize devam edilen hasta Romatoloji servisinde takibe alındı. Hastanın servis yatışında ani gelişen nefes darlığı ve hemoptizi şikayeti başladı. Nefes darlığı şikayeti artan hasta entübe edilerek yoğun bakım ünitesine alındı. Hasta yakınından hastanın metamfetamin bağımlısı olduğu ve servis yatışında tekrar kullandığı öğrenildi. Hasta solunum desteği, pulse steroid, plazmaferez tedavileri uygulanmasına rağmen hayatını kaybetti.

Sonuç: Özellikle genç nüfusta uyuturucu kullanımı dünya çapında artış göstermektedir. Metamfetamin dopaminerjik ve serotonerjik sinirleri etkileyen ve yüksek bağımlılık potansiyeli olan bir uyuturucu ilaçtır. Metamfetamin kullanımına bağlı ortaya çıkan vaskülit benzeri durumlar romatoloji pratiğinde akılda bulundurulmalı ve vaskülit ayırıcı tanısında yer almalıdır.

Anahtar sözcükler: Hemoptizi, metamfetamin, vaskülit

PS-280

Kardiyak tutulumla seyreden eozinofilik granülatöz polianjitis olgusu

Sinem Burcu Kocaeř¹, Aydan Köken Avřar¹, Ünal Tařdemir¹, Saadetin Uřlu¹, Ali Karakař¹, Gerçek Can, Merih Birlik, Fatoş Önen

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

Amaç: Eozinofilik granülatöz polianjitis (EGPA) astım, eozinofili, eozinofilik doku infiltrasyonu ve granülomlarla karakterize, birçok organı tutan nekrotizan bir vaskülitir. Astım, eozinofili, nöropati ve kardiyomiyopati öyküleri ile başvuran ve izlemede EGPA tanısı alan hastamızı sunmayı amaçladık.

Olgu: 41 yaşında erkek hasta nefes darlığı şikayetiyle başvurdu. Hastanın öyküsünde 12 yıldır astım tanısı mevcuttu. 9 yıl önce bilateral düşük ayak kliniği sonrası yapılan incelemelerinde sensori motor polinöropati saptanmış. Aynı dönemde kanlı ishal nedeniyle yapılan kolonoskopik biyopside rektumda eozinofil infiltrasyonu gözlenmiş. İzlemede nefes darlığı olan hastanın yapılan ekokardiyografisinde (EKO): EF %20, dilate sol ve sağ yapılar saptanmış, kardiyoloji tarafından takibe alınan hastanın bu dönemde eozinofilik kolit nedeniyle kısa süre kortikosteroid tedavisi öyküsü de mevcutmuş. 1 yıl sonra bakılan EF %50 olarak gelmiş. 4 yıl boyunca yakınması olmaması nedeniyle hastane başvurusu olmayan hasta nefes darlığı şikayeti gelişmesi üzerine kliniğimize başvurdu. Hastanın fizik muayenesi olağandı. Sistemik sorgusunda özellik yoktu. Tetkiklerinde kanda eozinofilisi mevcuttu. ANA, ANCA testleri negatifti. Toraks tomografisi: Sağ üst lobda sentriasiner nodüler dansite artımı, EKO: EF %55 lv global hafif hipokinetik izlendi. Kardiyak+viabilite MR: LV midventriküler duvar önyüz, lateral ve posteriorunda, subendokardiyal fokal geç kontrastlanma odakları izlenmekteydi. Astım, polinöropati, doku biyopsisinde ve kanda eozinofili, kardiyomiyopati öyküsü olan hastada EGPA düşünülerek sistemik kortikosteroid (32 mg metilprednisolon) ve azatiyoprin 150 mg/gün başlandı. Steroid tedavisi azaltılarak kesildi. Hastanın

solunumsal semptomları tamamen geriledi, eosinofil düzeyi normal aralığa geldi. Azatiyoprin tedavisinin 6. ayında kontrol kardiyak+viabilite MR'da fokal geç kontrastlanma odaklarının tamamen kaybolduğu gözlemlendi.

Sonuç: EGPA birçok organ sistemini etkileyebilir. Vakamız astım, nöropati, doku biyopsisinde ve kanda eosinofili, kardiyomi-yopati klinikleri olan EGPA tanısı koyduğumuz bir hastamızdır. Kardiyak mrg bulguları EGPA tutulumunu desteklemektedir. İmmünespresif tedavi ile klinik, laboratuvar ve radyolojik yanıt alındı.

Anahtar sözcükler: Eozinofilik granüloematöz polianjitis, vaskülit, kardiyomi-yopati

PS-281

Mikroskopik polianjiitisin faklı bir yüzü: İnterstiyel akciğer hastalığı

Ozan Cemal İÇačan, Selda Çelik, Nilüfer Alpay Kamitez, Cemal Bes

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

Amaç: Mikroskopik polianjiitis (MPA) küçük çaplı damarları tutan, ANCA ilişkili sistemik, nekrotizan bir vaskülit türüdür. Bu vaskülit türünde en sık etkilenen organlar akciğer ve böbreklerdir. MPA'da akciğer tutulumu genellikle alveolar hemoraji şeklinde olmaktadır. MPA'nın nadir olarak interstiyel akciğer hastalığı şeklinde ortaya çıkabileceği bildirilmiştir. İnterstiyel akciğer hastalığı ile prezente olan iki MPA olgusu sunuyoruz.

Olgu 1: 63 yaşında kadın hasta, 5 aydır olan kuru öksürük ve nefes darlığı yakınması ile bir göğüs hastalıkları hastanesine başvurmuş. Toraks BT'de bal peteği akciğer, traksiyon bronşiektazi (olağan interstiyel pnömoni-UIP) görülmüş. İnterstiyel akciğer hastalığı ön tanısı ile romatolojik hastalıklar yönünden araştırılmak üzere tarafımıza yönlendirilmişti. Hastanın sorgusunda hemoptizi, hematüri, nöropati, deri bulgusu ya da üst hava yollarına ait bir semptomu yoktu. RF, anti-CCP ve ANA negatif ancak kreatinin düzeyi 1.79 mg/dl, hemoglobin 8.3gr/dl, TİT'de her sahada 5 eritrosit ve protein ++, 24 saatlik idrarda protein 1.4 gram tespit edildi. ANCA testlerinde MPO-ANCA 300 (N;0-12) bulundu. Böbrek biyopsisinde, 34 glomerul izlendi, 4 adet selüler, 12 adet fibroselüler kresent (+), 2 golmerülde fibrinoid nekroz görüldü. Hastaya MPA (interstiyel akciğer hastalığı + böbrek tutulumlu) tanısı konarak pulse 1000 mg metilprednisolon ve pulse siklofosamid tedavisi başlandı.

Olgu 2: 61 yaşında kadın hasta, öksürük, balgam çıkarma şikayeti ile göğüs hastalıkları hastanesine başvurmuş. 8 yıl önce astım bronşiale tanısı konmuş. Son başvurusunda Toraks BT'de her iki akciğerde orta ve alt zonlarda daha yoğun olmak üzere bal peteği görünümü (UIP) izlenmiş (Şekil PS-281). Tetkiklerinde RF 160, MPO-ANCA >300 tespit edilmiş ve sonrasında tarafımıza yönlendirilmişti. Hemoptizi, hematüri, nöropati, deri bulgusu yoktu. Sedimentasyon ve CRP değeri yüksek, kreatinin 1.18 mg/dl, TİT'de albümin pozitif, her sahada 8 eritrosit, 24 saatlik idrarda protein 1.3 gr tespit edildi. Hastaya MPA ön tanısı konarak 1 mg/kg dozunda prednisolon tedavisi başlandı.

Renal biyopside aktiviteden ziyade kronisite bulguları (global skleroz) izlendi. Hastanın tedavisine rituximab eklendi.

Sonuç: İnterstiyel akciğer hastalığı nadir de olsa MPA'nın ilk bulgusu olabilir. Bu iki olgu bize, interstiyel akciğer hastalığı etyolojisi araştırılırken olası nedenler arasında MPA'nın olabileceğini göstermiştir.

Anahtar sözcükler: Vaskülit, interstiyel akciğer hastalığı

PS-282

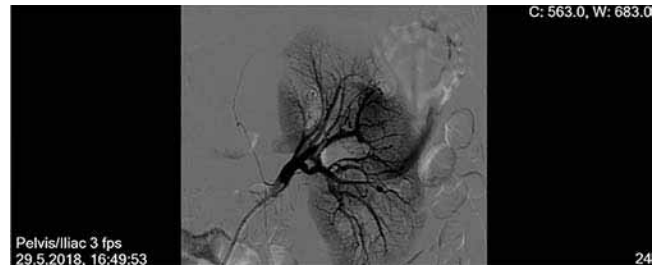
Spontan perirenal ve retroperitoneal kanama ile prezente olan poliarteritis nodoza (PAN) olgusu

Ali Karakaş¹, Sinem Burcu Kocacı¹, Aydan Köken Avşar¹, Ünal Taşdemir¹, Sadettin Uslu¹, Aytaç Gülcü², Gerçek Can¹, Merih Birlik¹, Fatoş Önen¹

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

Amaç: Spontan perirenal ve retroperitoneal kanama nadir görülen ciddi bir klinik tablodur. Hastalar ağrı, hematüri ve şok tablosu ile başvurabilirler. Spontan retroperitoneal kanama etyolojisinde; renal hücreli karsinom, anjiyomiyolipom gibi tümörler, nefritler ve Poliarteritis Nodosa (PAN) gibi farklı hastalıklar yer alabilir. Burada perirenal ve retroperitoneal kanama ile başvuran ve izlemde PAN tanısı alan bir olguya değinilecektir.

Olgu: 27 yaşında erkek hasta acil servise karın ağrısı ve karında şişlik şikayeti başvurmuş. Acilde çekilen abdomen bilgisayarlı tomografi tetkikinde perirenal ve retroperitoneal kanama saptanması üzerine girişimsel radyoloji tarafından renal anjiyografi yapılarak embolizasyon uygulanan hasta renal arterial mikroanevrizmaların görülmesi üzerine tarafımıza danışıldı. Hastanın öyküsünde de son bir iki yıldır aralıklı eklem, kas ağrıları ve aralıklı tansiyon yükseklikleri olduğu öğrenildi. Ateş yüksekliği, deri döküntüsü, testiküler ağrı, nöropati yakınması mevcut değildi. Öz ve soygeçmişinde başka bir özellik mevcut değildi. Fizik muayenesinde solda renal bölgede şişlik ve hassasiyet mevcuttu. Tansiyon arteryel 158/82, ateş 36.8 °C idi. Tetkiklerinde Hemoglobin: 7.6 g/dL, WBC: 12.000/µl, Trombosit: 336.000/µl, Kreatinin: 0.87, AST: 11, ALT: 9 ve tam idrar analizinde 2 eritrosit saptandı. CRP 22.5 mg/L, Eritrosit Sedimentasyon Hızı 59 mm/h olarak yüksek saptanırken ANA, ANCA testleri negatif sonuçlandı. Kontrol abdominopelvik ultrasonografide; sol böbrek inferiorunda 90x140 mm boyutunda organize hematoma ile uyumlu sıvı saptandı. Anjiyografide; bilateral renal arter üst ve orta pollerde yoğun olmak üzere milimetrik anevrizmatik genişlemeler görüldü (Şekil PS-282). Hipertansiyon,



Şekil (PS-282): Anjiyografide görülen anevrizmatik genişlemeler.

akut faz yanıt yüksekliği ve mikroanevrizmaları olan hastaya PAN tanısı konularak 1 mg/kg/gün sistemik kortikosteroid ve aylık siklofosamid tedavisi başlandı. İzlemede hastanın akut faz reaksiyonları normale döndü, organize hematoma rezolüze olmaya başladı ve tekrarlamadı.

Sonuç: PAN; orta boyutlu ve küçük arterleri etkileyen, anevrizma formasyonuna neden olan segmental nekrozla karakterize sistemik vaskülitir. PAN'da böbrek tutulumu hastaların %70-80'inde görülür ve nadiren komplike olarak anevrizmal rüptür ile subkapsüler, perirenal, retroperitoneal kanamalara yol açabilir. Spontan perirenal, retroperitoneal hematoma ile başvuran hastalarda, bizim olgumuzda olduğu gibi PAN da ayırıcı tanıda akıldan tutulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Retroperitoneal kanama, anjiyografi, vaskülit

PS-283

Santral sinir sistemi tutulumlu granülomatöz polianjitis gibi prezente olan bir lenfomatoid granülomatöz olgusu

Murat Bektaş¹, Nihan Nizam², Emin Oğuz¹, Murat Erdugan¹, Çiğdem Çetin¹, Sarvan Aghamuradov¹, Gazi Çapar², Bahar Artım Esen¹, Ahmet Gül¹, Murat İnanç¹, Mahdume Lale Öçal¹
¹*Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul;* ²*Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul*

Amaç: Granülomatöz polianjitis (GPA) başta üst ve alt solunum yolları ve böbrek olmak üzere nörolojik sistem dahil birçok organ tutulumu yapabilen antinötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) ilişkili sistemik granülomatöz, nekrotizan bir vaskülitir.

Olgu: 44 yaşında erkek hasta 4 yıl önce yürüme güçlüğü ve dizartri şikayetleri ile nöroloji polikliniğine başvurmuş. Tetkiklerinde lökosit: 4500, hemoglobin: 15 Lenfosit: 740/mm³, trombosit: 191000 sedimentasyon: 21, CRP: 0.7, kreatinin: 0.7 tam idrar tetkiki normal; ANA, ENA paneli, Anti ds DNA ve ANCA testleri negatif saptanmış. Hastanın kranyal MR'ında heterojen kontrastlanan nodüler lezyonlar saptanmış. Hastaya MSS vaskülit tanısı konularak 7 gün pulse steroid ve azatiopürin (AZA) tedavisi başlanmış. Mevcut tedavi ile şikayetleri gerileyen hastanın AZA altında sağ kol ve bacakta yeni gelişen güçsüzlük nedeniyle vaskülit alevlenmesi düşünülerek 9 gün pulse steroid tekrarlanmış. Hastanın PET-BT sinde sağ akciğerde kaviter kitle lezyonda, bilateral hiler lenf nodlarında, akciğerde multipl odaklarda, beyinde, sol sürrenal bezde multipl hipermetabolik tutulum saptanmış. Akciğerdeki lezyon wedge rezeksiyonda vaskülitik komponenti olan nekrotizan granülomatöz iltihap saptanmış. Hastaya ANCA negatif GPA tanısı konularak 6 kür siklofosamid başlanmış, idame AZA'ya geçilen hastanın pansitopenisi gelişmesi nedeniyle azatiopürin kesilmiş, mikofenolat mofetil (MMF) başlanmış. Yaklaşık 1.5 yıl MMF altında remisyonunda seyreden hastanın 2 ay önce yeni gelişen dizartrisi olması nedeniyle çekilen kranyal MR'ında yeni lezyonların saptanması üzerine hasta servisimize yatırıldı. Hastanın muayenesinde her iki tibia ön yüzde yeni geliştiği öğrenilen nekroze ülsere lezyonlar saptandı. Akciğer wedge rezeksiyon patolojisi tekrar değerlendirildiğinde EBV pozitif grade 3 lenfomatoid granülomatöz ile uyumlu bulundu.

Sonuç: Lenfomatoid granülomatöz histolojik incelemede anjiyosentrik ve angiodestrüktif pattern ve EBV pozitifliğiyle karakterize nadir bir B hücreli lenfoproliferatif hastalıktır. GPA tanısı koyarken özellikle ANCA negatif olgularda atipik klinik özellikler varlığında vaskülit taklitçileri ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar sözcükler: GPA, lenfomatoid granülomatöz, ANCA, vaskülit, MSS

PS-284

Masif gastrointestinal kanama ile başvuran mikroskopik polianjitis hastası

Erdal Bodakçı¹, Tuba Bulduk², Neslihan Andıç², Nazife Şule Yaşar Bilge¹, Timuçin Kaşifoğlu¹

¹*Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir;* ²*Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji Bilim Dalı, Eskişehir*

Amaç: Mikroskopik polianjitis (MPA), küçük damarları tutan bir nekrotizan vaskülit türüdür. Çoğu MPA böbrek ve akciğer tutulumuyla seyrederken nadir de olsa gastrointestinal tutulum ile başvurabilirler. Burada cilt, eklem, akciğer ve böbrek tutulumu olan ve masif gastrointestinal kanama ile başvuran hastayı ve yönetimini sunmayı amaçladık.

Olgu: 44 yaşında erkek hasta 3 gün önce başlayan her iki alt ekstremitede yaygın döküntü, ateş, eklem ağrısı ve hemoptizi nedeniyle acil servise başvurdu. Hastanın kreatin değerinin 7 mg/dL (0.7-1.20) saptanması, vaskülitik döküntülerinin, artrit, hemoptizinin olması nedeniyle ANCA ilişkili vaskülit ön tanısıyla yatırıldı. İdrar sedimentinde her alanda 10-15 adet dismorfik eritrosit, HRCT'de yaygın alveolar hemoraji saptanan hastaya metilprednizolon 1 gr/gün (3 gün), siklofosamid 500 mg/ay ve plazmaferez tedavisi başlandı. Yapılan cilt biyopsisinde nötrofilik küçük damar vaskülit, böbrek biyopsisinde diffüz sellüler kresent saptandı. P-ANCA testi pozitif saptanan ve alevler hemoraji, kresentik glomerülonefrit, artrit, vaskülitik döküntü nedeniyle MPA düşünüldü. Yatışının 4.gününde hastada GIS kanaması gelişti. Yapılan endoskopi ve kolonoskopi de kanama odağı saptanmadı. Kanaması devam eden hastaya yapılan masif transfüzyon nedeniyle DIC gelişti. Fibrinojen düzeyleri 40 mg/dl (200-400), trombosit sayısı ise 40 103/uL kadar geriledi. Çekilen BT angioda da odak saptanmadı. İnce barsak kökenli kanama tespiti için çift balon endoskopisi yapıldı. Endoskopide jejenumda ve ileumdaki tüm segmentlerde sayısız derin ülserler saptandı ve müdahale edilemeyecek sayıda olduğu görüldü. Bulguların vaskülitin GIS tutulumuna bağlı olduğu düşünüldü. Rituximab 1000 mg ve hematoloji bölümünün önerisiyle aktive faktör 7a verildi. Bu tedavi sonrası kanama kontrolü sağlandı. Takipte toplamda 38 ü ES, 180 adet TDP, 24 adet kryopresipitat, 12 seans plazmaferez, 10 seans hemodiyaliz, 6 gün pulse steroid ve siklofosamid tedavisi verildi. Yatışının 20.gününde kanaması duran hastada idrar çıkışı günlük 1500 cc ve kreatinini 3.0 mg/dl geriledi. Tedavisinin 6. ayında olan hasta toplam 6 doz siklofosamid tedavisi aldı. Hastanın son kreatinin değeri 2.0 mg/dl olup dializsiz takip edilmektedir.

Sonuç: MPA'da gastrointestinal tutulum ülser, submukozal ödem, parolitik ileus, hemoraji, iskemi, perforasyon şeklinde kendini gösterebilir. Hastamızda olduğu gibi masif kanama ola-

bileceği ve mortal seyredebileceğinden yoğun ve agresif tedavi hayat kurtarıcı olabilir.

Anahtar sözcükler: Mikroskopik poliangitis, gastrointestinal kanama

PS-285

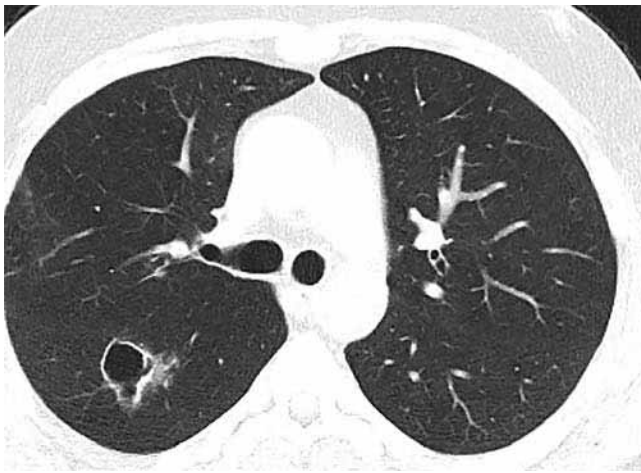
Tekrarlayan hemoptizi ile prezente olan Takayasu arteriti

Muhammet Limon, Semral Gülcemal, Sema Yılmaz

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

Amaç: Takayasu arteriti, doğurganlık çağındaki kadınları etkileyen etyolojisi tam bilinmeyen aorta ve ana dalları olmak üzere büyük damarları etkileyen kronik granümatöz büyük damar vaskülitidir. Bu olgu erkek hastada takayasu arteritinin akciğerde kaviter lezyon birlikteliğinin saptanması nedeniyle sunulmuştur.

Olgu: 26 yaşında erkek hasta halsizlik, son 3 ayda 6 kilo kaybı, baş dönmesi nedeniyle başvurdu. Fizik muayenede sol kol tansiyonu: 110/70 mm/Hg saptanırken sağ kol kan basıncı alınamadı, ateş: 38 °C, nabız: 72/dk saptandı. Akciğer ve batin muayenesi olağan saptandı. Kardiyovasküler sistemde sağ ve sol subklavian arter ve karotislerde üfürüm saptandı ve sağ radial arter nabız alınmadı. Laboratuvar tetkiklerinde WBC: 11.000 K/uL, nötrofil: 8000 K/uL Hg: 12 gr/dl, plt: 170.000 K/uL, sedimantasyon: 77, CRP: 7.8 mg/dl (N: 0-0.5), ANA: negatif, ANCA: negatif, kreatinin: 0.9 mg/dl, 24 saatlik idrarda protein: 170 mg saptandı. Boyun-toraks-batin BT anjiyografisinde sağ subklavian arter tam tıkalı, sol subklavian arter %80 darlık, karotis arterlerde totale yakın darlık, her iki renal arter %50 darlık, sağ akciğer orta lobta 1 cm kaviter lezyon saptandı. Pulmoner arter tutulumu saptanmadı. Bronkoskopi yapılarak malignite ve tüberküloz ekarte edildi. Takayasu arteriti tanısı konularak 3 gün 1 gr pulse steroid, idame 1 mg /kg prednizolon başlandı ve kortikosteroid dozu aylık %20 azaltılarak kesildi. İndüksiyon tedavisinde 500 mg siklofosfamid 15 günde bir verildi. Siklofosfamid tedavisin 4 . küründe hemoptizi şikayeti ile başvurdu. Toraks BT görüntülemesinde 3x2 cm kaviter lezyon saptandı (Şekil PS-285). Kaviter lezyona biyopsi yapıldı



Şekil (PS-285): Toraks BT görüntülemesi.

ama bronkoskopi ve balgam örneklemelerinde tüberküloz dışlandı. Hemoptizi tekrarlaması nedeniyle bronşial arter embolizasyonu yapıldı ve izlemde tekrarlamadı. Hemoptizi olduğu dönemde renal bulgular gözlenmedi. Olgu halen ayda bir 500 mg siklofosfamid almaktadır.

Sonuç: Vaskülitlerin seyrinde akciğer tutulumu gözlenebilir. Pulmoner hemoraji daha çok ANCA ilişkili vaskülitlerde görülür. Takayasu arteriti öksürük, nefes darlığı ve nadiren pulmoner hemoraji yapabilir. Pulmoner arter tutulumuna bağlı pulmoner hipertansiyon, plevral efüzyon, nodül ve kaviter lezyon yapabilir. Tekrarlayan hemoptizi nedeniyle kaviter lezyonun progrese olduğu düşünüldü. Hemoptizi olduğu dönemde pulmonerrenal sendrom düşündürülecek klinik saptanmadı. Bronşial arter embolizasyonu sonrası hemoptizi tekrarlamaması nedeniyle immünsüpresif tedaviye devam edildi.

Anahtar sözcükler: Takayasu arteriti, hemoptizi, kaviter lezyon

PS-286

Hipofiz tutulumuyla seyreden granümatöz polianjitis olgusu

Sinem Burcu Kocaer, İsmail Sarı

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

Amaç: Granümatöz polianjitis (GPA); ANCA ilişkili nekrotizan küçük damar vaskülitidir. Hipofizer tutulum hastaların %1'inde görülmektedir. Nadir görülen bir klinik olan granümatöz polianjitisin hipofizer tutulumuyla seyreden hastamızı sunmayı amaçladık.

Olgu: 25yaş kadın hasta burundan kanlı pürülan akıntı şikayeti ile başvurdu. Mart 2017'de baş ağrısı, sık idrara çıkma nedeniyle yapılan tetkiklerinde ADH eksikliği ve hipofiz MR'ında 13x15x10 mm'lik adenom görülmüş, desmopressin başlanmış. Kontrol hipofiz MR'da adenom boyutunda artış (17x17x12 mm) olması üzerine opere edilmiş. Eylül 2017'de 1ay süreyle pnömöni nedeniyle hastaneye yatışı olmuş. Burundan kanlı pürülan akıntı şikayeti başlamış. Aralık 2017'de kusma, baş ağrısı konfüzyon şikayetleri ile yapılan tetkiklerinde beyin ödemi saptanmış, ventriküloperitoneal (VP) şant takılmış. Hipofiz adenom patoloji sonucu nekrotizan granümatöz inflamasyonla uyumlu gelmesi, kanlı burun akıntısı olması ve uzun süren pnömöni öyküsü nedeniyle hasta vaskülit ön tanısı ile tetkik edilmiş. Haziran 2018'de ESH: 12 ml/h, CRP: 32.9 mg/L c-ANCA: 70.4 U/ml PR3: 98.4U/ml, idraranalizi normal olarak saptanmış. Paranasal Sinüs BT: sağ maksiller sinüste mukozal kalınlaşma, nazal septumda fokal defekt; Toraks BT: sağ alt lob anteriorda 3 mm nodül; hipofiz MR: post-op değişiklik şeklinde raporlanmış. Burun mukozasından biyopsi yapılmış, patolojisi şiddetli inflamasyon şeklinde gelmiş. GPA olarak değerlendirilen hastaya metilprednizolon (MP) 80 mg/g, TMP/SMX tbl ve metotreksat (MTX) 15 mg/h başlanmış. Takip ve tedavisine merkezimizde devam etmek isteyen hasta tarafımıza başvurdu. Arada olan kanlı pürülan burun akıntısı dışında şikayeti yoktu. Akut faz reaktanları normaldi. MP 28 mg/g, MTX 15 mg/h almaktaydı. GPA'nın hipofiz tutulumu ile takibe aldığımız hastamızın MTX tedavisini kesip siklofosfo-

mid tedavisi başladık, 2 haftadabir 15 mg/kg iv 3 kürlük doz sonrası, aylık 15 mg/kg'dan 6 ay süreyle tedaviye devam etmeyi planladık.

Sonuç: GPA'nın hipofizer tutulumu nadir görülen bir klinikdir, hastaların %1'inde görülmektedir. Daha çok kadınlarda görülen ve hastalığın erken döneminde ortaya çıkan hipofiz tutulumu, bizim hastamızda da olduğu gibi diyabetes insipidus kliniği ile başlayabilir. Literatürde az sayıda vaka olması nedeniyle hipofizer tutulumla seyreden GPA hastalarının prognozu konusunda net veriler yoktur.

Anahtar sözcükler: Granülokoz poliangiitis, vaskülit, hipofiz

PS-287

Geç tanınan Takayasu ölümcül olabilir! Dikkat!!!

Mehtap Tınazlı, Deniz Granit, Remzi Tınazlı, Süha Akpınar

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi, Lefkoşa, KKTC

47 yaşında KKTC uyruklu bayan, kan basıncı yüksekliği, sol kolda ağrı ve kollarda çabuk yorulma ile dahiliye polikliniğimize başvurdu. Bir yıldır halsizliği artmıştı. Muayenede sol kolda kan basıncı-radiyal nabız alınamıyordu. Sağ kolda TA:90/60 mmhg nb: 78/dk ritmik zayıftı. Karotis üfürümü yoktu, abdominal aorta ve her iki femoral arter üzerinde sistolik üfürüm (3/6) mevcuttu. Özgeçmişinde 10 yıldır hipertansiyon nedeniyle valsartan/hidroklortiyazid 160/25 mg ile amlodipin 10 mg/gün aldığı öğrenildi. Soygeçmişinde özellik yoktu. Sigara-alkol kullanmıyordu. Sedimentasyon 40 mm/h, CRP 2.5 mg/dl, diğer testleri olağandı. Doppler USG'de sol subklaviyen arterde 2.5 cm kalınlaşma, total tıkanıklık ve sağ renal arterde darlık, kontrol USG'de sağ subklaviyen arter distal segmentte fuziform genişleme, akım kaybı, tromboze, sağ aksiller bölge distalinde akım zayıf bulundu. F-18 FDG PET-BT tüm vücut taraması; sağ böbrek atrofik, nonfonksiyone, süperior mezenterik arter (SMA) genişlemiş, SMA ve abdominal aorta sağ duvarında, sağ femoral arterde belirgin stenoz saptanmış, artmış F-18 FDG tutulumu izlendi. Hastanın 10-11 yıl önce yakınmalarının başladığı düşünülünce 40 yaş öncesi başlangıç, sol kolda nabız tansiyon alınamaması, ekstremitelerde ağrı, çabuk yorulma, abdominal aorta ve femoral arterler üzerinde üfürüm, renal arter stenozu, sol ve daha sonra sağ subklaviyen arterde stenoz, akut faz yanıtı artışı bulgularıyla ACR 1990 tanı kriterlerine göre hastaya Takayasu arteriti tanısı konuldu. Asetilsalisilik asit 100 mg/gün ve metilprednizolon 1 mg/kg/gün ve omeprazole 20 mg/gün oral başlandı. Bir ay sonra hasta ani başlayan sol bacakta ağrı, karın ağrısı ile dış merkezde kalp-damar cerrahisi servisine yatırılmış, alt ekstremiteler doppler USG'de arteriyel tromboz görülerek heparin infüzyonu başlanmış. Karın ağrısı şiddetlenen hastada anjiyografi ile mezenter arter oklüzyonu saptanmış, endovasküler girişimle stent denenmiş, başarılı olunamamış ve akut mezenter iskemisi sonucu yaygın barsak nekrozu, şok ile yoğun bakım ünitesinde hasta kaybedilmiş. Bu hasta uzun yıllar tanı ve tedavi almadan yaşamış, romatoloji dahil farklı branşlara başvurmuş, çare aramış, oldukça semptomatik ve progresif seyretmiş, belki nadir görülmesi, belki farkındalığın az olması gibi sebeplerle immünsüpresif tedaviye çok geç kavuşmuştur. Oysa erken teşhis ve tedavi hayat kurtarıcı olabi-

lidir. Tüm hekimlerin vaskülitleri ayırıcı tanıda düşünmesi, ciddi hastalık grubu olarak akılda tutulması gereklidir.

Anahtar sözcükler: Vaskülit, Takayasu arteriti, farkındalık

PS-288

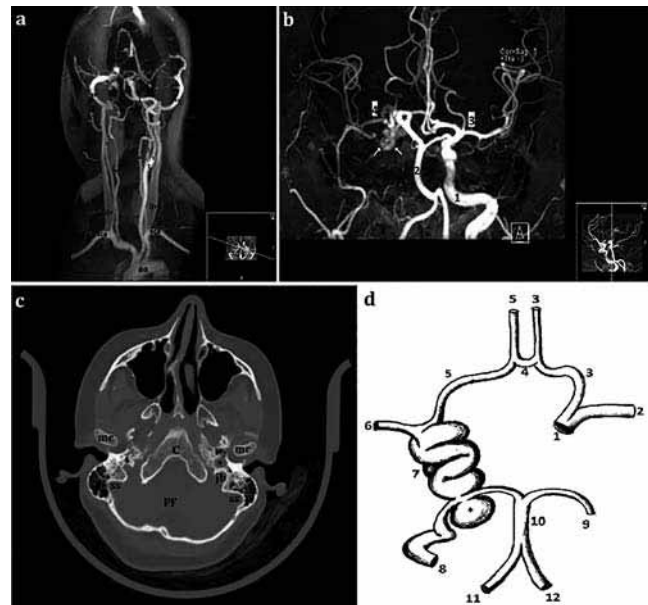
Takayasu arteritini taklit eden internal karotid arter agenezisi olgusu

Ufuk İlgen, Sezin Turan, Hakan Emmungil

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne

Amaç: Takayasu arteriti nadir bir hastalık olsa da aorta ve dallerini tuttuğu için özellikle gençlerde görülen serebrovasküler olayların (SVO) bir kısmından sorumludur. Büyük damar tıkanıklığı saptanan, aterosklerotik damar hastalığı riski düşük olan, özellikle genç hastalar, Takayasu arteriti açısından değerlendirilmelidir.

Olgu: 26 yaşında kadın, akut sol hemiparezi ve parestezi nedeniyle doktora başvurmuş. Acil serviste çekilen kranial bilgisayarlı tomografide (BT) intrakranial kanama saptanmamış. SVO şüphesi ile çekilen difüzyon manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde sağ orta serebral arter besleme alanında difüzyon kısıtlılığı gösteren çok sayıda lezyon saptanmış; iskemik SVO tanısı koyulup asetil salisilik asit (ASA) 300 mg/gün tedavisi başlanmıştır. Karotis Doppler ultrasonografisinde sağ internal karotid arterde sinyal alınamamış ve total tıkalı olarak raporlanmıştır. Çekilen MR anjiyografide (Şekil PS-288a) de sağ internal karotid arter total tıkalı olarak raporlanmıştır. Ayrıca sağ orta serebral arterde sinyal kaybı ve sağ orta serebral-posterior serebral arter bileşkesinde içi tromboze dilate vasküler yapılar ve sakküler anevrizma izlenmiş (Şekil PS-288b). Üç haftalık ASA tedavisi sonrasında hemiparezi ve parestezisi tama yakın düzelmiş. Büyük damar vaskülit şüphesi ile Romatoloji konsültasyonu istenmiştir. Çekilen anjiyografide sağ internal karotid arter görüntüle-



Şekil (PS-288): (a-d) Olguya ait MR anjiyografi, BT ve Willis poligonunun şematizasyonu.

nemezken, sağ posterior komunikan arterin dilate ve tortuyoze olduğu, sağ orta serebral arterin hem ön dolaşımdan hem arka dolaşımdan beslendiği tespit edildi. Romatolojik sorgulamasında özellik saptanmayan hastanın görüntülemeleri geriye dönük yeniden incelendi. Görüntülenemeyen sağ internal karotid arterde segmental bir darlık ya da tromboz olmaması, archus aorta ve dallarının tamamen normal olması, hastanın vaskülit klinik ve laboratuvar bulgularının olmaması, BT görüntülerinde (Şekil PS-288c) sağ karotid kanalın da izlenmemesi (agenez) nedeni ile vaskülit düşünülmedi. Sağ internal karotid arter agenezisi tanısı koyuldu. ASA tedavisine profilaktik olarak devam edildi.

Sonuç: İnternal karotid arter agenezisi çok nadir görülen bir anomal olup sıklıkla asemptomatik seyrettiği düşünülmektedir. Ancak, sunulan olguda olduğu gibi dilate ve tortuyoze kollaterallerde gelişebilecek tromboz, iskemik serebrovasküler olaylara sebep olabilmektedir. Anjiyografik incelemeler, büyük damar agenezisi akılda bulundurulmazsa, büyük damar tıkanıklığı olarak yorumlanabilmekte, bu durum Takayasu arteritini taklit edebilmektedir.

Anahtar sözcükler: İnternal karotid arter, agenez, Takayasu arteriti

PS-289

Sebebi bilinmeyen ateş ile prezente Takayasu arteriti olgusu

Banu Betül Kocaman¹, Esmâ Nur Sağlam¹, Ufuk Süleyman Taner¹, Burçak Kara¹, Melike Keskin¹, Burcu İşler², Fettah Sametoğlu¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul; ²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Takayasu arteriti büyük damarları etkileyen, etyolojisi bilinmeyen bir vaskülitir. Daha çok 40 yaş altında, kadınlarda görülür. İleri yaş olgular nadirdir. Damar duvarındaki inflamasyon sonucu vasküler daralma, okluzyon gelişir. Bu evreden önce hastalar nonspesifik semptomlarla gelebilir. Burada SBA (sebebi bilinmeyen ateş) ile prezente olan ileri yaş takayasu arteriti vakamızı sunmak istedik.

Olgu: 15 gündür olan ateş, boğaz ağrısı şikayetiyle acile başvuran 59 yaşında kadın hastaya antibiyoterapi başlanmış. Yakınmalarının devam etmesi üzerine polikliniğimize gelen hastada Sedimentasyon: 136 mm/h, CRP: 21 mg/dl saptandı. SBA ile yatırılan hastanın özgeçmişinde hipertiroidi, esansiyel hipertansiyon mevcuttu. Ateşi 38.7 C° ölçülen hastanın tetkiklerinde HbsAg-, Anti HIV-, Anti HCV- idi. PA akciğer grafisinde infiltrasyon görülmeyen hastanın Abdomen BT'de sol renal kalkül dışında özellik saptanmadı. Paranasal sinüs BT'de patolojik görüntü izlenmedi. Transtorasik/transözofajial ekokardiografide vejetasyon saptanmadı. ENA profili ve viral serolojide özellik görülmedi. Periferik yaymada atipik hücre izlenmedi. Kemik iliği aspirasyonunda özellik saptanmadı. Kan, idrar ve balgam kültüründe üreme olmadı. ARB ve T-spot negatif sonuçlandı. Yatışı boyunca tigesiklin, meropenem, levofloksasin, linezolid uygulanan hastanın ateşsiz dönemi olmadı. Hastaya çekilen PET-FDG'de her iki karotid arter, subklavyen arter, aort boyunca, her iki aort bifürkasyon sonrası, common iliak arter ve

her iki femoral arter boyunca duvarlarda artmış patolojik FDG tutulumu izlendi. Toraks BT anjiyografide aort ve dalları, subklavyen, aksiller, arkus aort ve inen aort damar duvarında kalınlaşma arterit olarak değerlendirildi. Takayasu arteriti tanısı konulan hastaya metilprednisolon 1000 mg 1x1 iv 3 gün verildi, takiben sabah 24 mg, akşam 8 mg ve metotreksat 15 mg po haftada bir başlandı. Tedavinin 3. gününde ateşi düşen, CRP'si gerileyen hasta romatoloji polikliniğine sevk edildi.

Sonuç: Takayasu arteriti, genellikle genç kadınlarda görülen büyük damar vaskülitidir. Hastalığın spesifik semptomunun olmaması nedeniyle ileri yaşlarda tanı konabilir. SBA etyolojisini aydınlatmak için yapılmış çalışmalar yüksek sensitivite ve pozitif prediktif değeriyle PET FDG'nin değerli olduğunu göstermiştir. Anjiyografi altın standart olmakla birlikte, invaziv bir yöntemdir ve nabızsızlık dönemi öncesinde sonuç güvenilir değildir. Vakamız SBA ile prezente olan ileri yaş bir kadını ve bu hastada tanı koymada PET-FDG'nin önemi gösterilmek istenmiştir.

Anahtar sözcükler: Takayasu arteriti, sebebi bilinmeyen ateş, PET-FDG

PS-290

Akut pankreatit ile prezente olan iki çocukluk çağı vaskülit olgusu

Şerife Gül Karadağ, Ayşe Tanatar, Nuray Aktay Ayaz

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatolojisi Kliniği, İstanbul

Amaç: Henoch Schönlein purpurası (HSP) ve Kawasaki hastalığı (KH) en sık görülen çocukluk çağı vaskülitidir. Safra kesesi hidropsu ve hepatik disfonksiyon KH'da beklenen gastrointestinal semptomlar olsa da pankreatit nadir bir komplikasyondur. Aynı şekilde karın ağrısı, gastrointestinal kanama ve intusepsiyon HSP'de beklenen gastrointestinal bulgular iken, pankreatit oldukça nadir gözlenir. Bu bildiride akut pankreatit ile prezente olan iki çocukluk çağı vaskülit olgusu sunulmuştur.

Olgu 1: 10 yaşında erkek hasta, 6 gündür var olan ateş, kusma, karın ağrısı ve döküntü şikayeti ile başvurdu. İlk fizik incelemesinde 39° olan vücut sıcaklığı, abdominal hassasiyeti ve yaygın morbiliform döküntüleri mevcuttu. Laboratuvar testlerinde nötrofil hakimiyetinde lökositoz, hafif trombozitoz, artmış CRP ve ESH ile düşük albumin, artmış amilaz 639 U/L (<100) ve lipaz 2056 U/L (<31) seviyeleri olduğu gözlemlendi. Atipik KH düşünülerek IVIG ve aspirin tedavisi başlandı. Ateşi tedavinin ilk 24 saatinde düştü ve ikinci haftada trombositoz, el ve ayak parmaklarında soyulma gözlemlendi. İki hafta içinde amilaz ve lipaz düzeyleri normal seviyelere geriledi.

Olgu 2: 6 yaşında kız hasta 4 gündür var olan kusma ve karın ağrısı şikayetiyle başvurdu. İlk fizik incelemesi abdominal hassasiyet dışında normaldi. Laboratuvar testlerinde nötrofil hakimiyetinde lökositoz, hafif trombositoz, artmış CRP, düşük albumin ve normal ESH seviyelerinin olduğu gözlemlendi. Karakteristik palpable purpurik döküntülerinin başlaması üzerine HSP tanısı ile steroid tedavisi başlandı. Steroid tedavisine rağmen hastanın karın ağrısı şiddetlendi ve amilaz, lipaz seviyeleri yüksek saptandı [344 U/L (<100) ve 294 U/L (<31)]. Yağsız diyet, sıvı desteği ve pulse steroid tedavisi ile bulguları geriledi. İkinci haftada proteinürisi olan

hastanın böbrek biyopsisi mezengioproliferatif glomerulonefrit olarak sonuçlandı. HSP nefriti tanısıyla pulse siklofosamid tedavisi başlandı. Bir ay içinde amilaz ve lipaz seviyeleri normale getirildi. MEFV genetik incelemesinde M694V heterozigot mutasyonu saptandı ve kolşisin tedavisi başlandı.

Sonuç: Nadir de olsa Kawasaki hastalığında ve HSP'de pankreatit gözlenebilir. HSP'de şüphelenilen olgularda, ağrı karakter ve lokalizasyonu beklenenden farklı ise amilaz ve lipaz düzeyleri incelenmelidir. Beş günden uzun süren ateşlerde tüm kriterler karşılanmasa da, pankreatit tablosundaki hastalarda atipik KH akla gelmelidir.

Anahtar sözcükler: henoch schönlein purpurası, kawasaki hastalığı, pankreatit, vaskülit

PS-291

Granüloz polianjiitis taklitçisi ve lenfoplazmositer vaskülit şeklinde seyir gösteren T hücreli lenfoma olgusu

Ozan Cemal İcaçan, Cemal Bes, Nilüfer Alpay Kanitez, Selda Çelik
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: T hücreli lenfoma, lenf nodları ve dalak gibi lenfoid dokulardan ya da ekstrenodal dokulardan gelişebilen ve tanı konulması zor bir malignite türüdür. Biz burada multistemik tutulumla giden, klinik-radyolojik-laboratuvar bulguları yönünden granüloz polianjiitis taklit eden, patolojisinde lenfoplazmositer vaskülit bulguları olan bir T hücreli lenfoma olgusu sunuyoruz.

Olgu: 35 yaşında erkek hasta; yüksek ateş, öksürük, deride kızarıklık, kilo kaybı ve bacaklarda güçsüzlük yakınmaları ile başvurdu. 4 ay önce sağ gözde görme azlığı, ciltte kızarıklık şikayetleri başlamış. Göz muayenesi sonucu sağ optik nöropati, iskemik optik nöropati ön tanıları konuluyor. Son 2 ayda 12 kg kaybı vardı. Fizik muayenesinde bacaklarda +2 pretibial ödem, her iki diz ve ayak bileklerinde artrit, solda düşük ayak, kol ve bacaklarda papülönodüler cilt-ciltaltı kırmızı renkte lezyonlar tespit edildi. Sedi-mantasyon, CRP yüksekliği, kreatinin 1.3 mg/dl, tam idrar tetkikinde de her sahada 13 eritrosit izlendi. MPO-ANCA ve PR3-ANCA testleri negatif bulundu. Akciğer grafisi ve Toraks BT'sinde kaviter ve nodüler lezyonları saptandı. Cilt lezyonları ve akciğerden alınan biyopsilerde nekrotizan granülatöz lezyonlar ve lenfoplazmositer infiltrasyon saptandı. Lenfoma? açısından yapılan kemik iliği biyopsisinde özellik saptanmadı. Hasta lenfoplazmositer infiltrasyonlu sistemik vaskülit olarak düşünülerek pulse steroid, pulse siklofosamid ve rituksimab tedavileri başlandı. Hasta bu tedaviler altında remisyonda giderken 6. ayın sonunda böbrek fonksiyon testlerinde yükselme ve yeni gelişen proteinüri saptandı. Renal biyopsi yapıldı. Biyopsi sonucu periferik T hücreli lenfoma ile uyumlu saptandı

Sonuç: T hücreli lenfomaların otoimmün seyir gösterebildiği daha öncede görülmüş olup bunların bir kısmının sistemik vaskülit şeklinde seyrettiği saptanmıştır. Sonuç olarak birçok farklı hastalığın sistemik vaskülit şeklinde prezente olabileceği unutulmamalı, klinik şüphe olması halinde altta yatan hastalık için irdelenmesi gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: Lenfoplazmositer vaskülit, T hücreli lenfoma, granülatöz polianjiitis

PS-292

Tekrarlayan polikondritte nadir bir klinik bulgu: Dijital nekroz

Ezgi Şahin¹, Emin Oğuz², Bahar Artım Esen², Ahmet Gül², Lale Öcal², Murat İnanç²

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

Amaç: Tekrarlayan polikondrit (TP) nadir görülen, tekrarlayıcı, kıkırdak ve bağ dokusunda inflamasyona yol açan multistemik bir hastalıktır. En sık kulak, burun, solunum yolları ve eklem kıkırdakta etkilenir. Daha az sıklıkla büyük ve küçük damar vaskülitli yapar. Bu çalışmada kliniğimize ayak parmaklarında dijital nekrozla başvuran ve TP tanısı konulan bir vaka sunulmaktadır.

Olgu: 43 yaşında, kadın hasta. Şubat 2016'da kliniğimize; 1 haftadır olan her iki ayak küçük parmaklarında dijital nekroz tablosuyla başvurdu (Şekil PS-292a). 2013 yılında asimetrik oligoartrit (diz, dirsek, omuz), her iki gözde episklerit ve/veya sklerit tablosuyla dış merkezdeki sağlık kuruluşunda romatoid artrit tanısı konulmuş. Hastaya leflunomid ve metilprednizolon tedavisi verilmiş; takiplerinde şikayetleri geçmiş. 2013–16 tarihleri arasında mevcut tedavi altında ara ara episklerit/sklerit atakları olmuştur. 2014'de 1 hafta süren, kendiliğinden geçen kulak kepçesinde ağrı, şişlik, kızarıklık şikâyeti olmuş (Şekil PS-292c). Laboratuvar analizinde; akut faz yanıt yüksekliği dışında patolojik özellik saptanmadı (Tablo PS-292). Transtorasik EKO: normal; toraks ve batin MR anjiyografi: normal; bilateral alt ekstremite konvansiyonel anjiyografide sağ ve sol arteria tibialis anteriorun incelenerek sonlandığı sağ ve sol arteria dijitalis posteriorde dolunun olmadığı saptandı (Şekil PS-292d). Mevcut klinik bulgularla (aurikuler kondrit, oligoartrit, episklerit/sklerit, orta ve küçük boy damarlarda vaskülit) hastaya TP tanısı konuldu, 3 gün 500 pulse metilprednizolon iv (idame: 40 mg), siklofosamid 1 g/ay iv (6 kür; idame: azatioprin),



Şekil (PS-292): (a) Tekrarlayan polikondritte ayak parmağında dijital nekroz (tedavi öncesi). (b) Tekrarlayan polikondritte ayak parmağında dijital nekroz (tedavi sonrası). (c) Aurikuler kondrit. (d) Bilateral alt ekstremite konvansiyonel anjiyografi.

Tablo (PS-292): Laboratuvar analizi.

| Hemogram | | Biyokimya | | | |
|--------------------------|---------|-----------|------------|------------------------------------|------------|
| Lokosit | 14400 | Glikoz | 158 mg/dL | Lupus antikoagülanı | Negatif |
| Nötrofil | 12200 | BUN | 13 m/dL | Anti-beta-2 glikoprotein-1 IgM,IgG | Negatif |
| Hgb | 11.1 | Kreatinin | 0.9 mg/dL | Anti-kardiyolipin IgM ve IgG | Negatif |
| MCV | 74.2 | Na | 134 mmol/L | T.Kolesterol | 185 mg/dl |
| Trombosit | 210000 | K | 4.1 mmol/L | LDL | 108 mg/dl |
| Tam idrar tahlili | | CA | 3.4 mg/dL | HDL | 49 mg/dl |
| Ph | 6.5 | P | 3 mg/dL | CRP | 204 mg/dl |
| Dansite | 1019 | Ürik asit | 3.1 mg/dL | ESR | 74 mm/saat |
| Protein | Negatif | AST | 15 U/L | Gamma globulin | 0.98 |
| Glikoz | Negatif | ALT | 11 U/L | ANA | Negatif |
| Lökosit | 2 | ALP | 50 U/L | P-ANCA | Negatif |
| Eritrosit | 3 | GGT | 23 U/L | C-ANCA | Negatif |

iloprost iv (2 ng/kg, 10 gün), DMAH 0.6 2*1 verildi. Tedavinin 1. ayında klinik ve laboratuvar olarak yanıt alındı. Mevcut ayak parmaklarındaki lezyonlar iyileşme görüldü (Şekil PS-292b).

Sonuç: TP'in ilk belirtileri çoğunlukla göz hastalıkları ve kulak burun boğaz gibi romatoloji dışındaki alanlarda ortaya çıkmaktadır. Hastaların önemli bir bölümünde tanı gecikme olabilmektedir. Bu vakada görüldüğü gibi, tanı sırasında vaskülit kliniği olan hastada, TP ayırıcı tanıda düşünülmesi gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: Tekrarlayan polikondrit, vaskülit, artrit

PS-293

Kronik pulmoner tromboemboli nedeni ile izlenen olgularda post-op saptanan izole pulmoner vaskülit: Olgu serisi

Ümmügülsüm Gazel¹, Derya Kocakaya², Yasemin Yalçınkaya¹, Nevsun İnanç¹, Bedrettin Yıldızeli¹, Fatma Alibaz Öner¹, Haner Direkseneli¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul;

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul; ³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: İzole pulmoner vaskülit (İPV) oldukça nadir görülen bir tek organ vaskülitidir. Özellikle büyük pulmoner damarların

tutulmasıyla tanımlanan İPV ile ilgili literatürde son derece az sayıda vaka bildirimini mevcuttur. Bu çalışmada merkezimizde takipli 3 İPV vakası sunulmaktadır.

Olgu 1: 50 yaşında erkek, kronik pulmoner tromboemboli (KTEPH) nedeniyle 6 aydır dış merkezde takipliyken pulmoner endarterektomi operasyonu yapılarak kliniğimize yönlendirilmişti. Operasyon öncesi görüntüleme ve tetkikleri Tablo PS-293'de özetlenmiştir. Fizik muayenesi, sorgulamasında, tetkiklerinde sistemik vaskülit düşündürecek bulgu yoktu. Endarterektomi materyalinin histopatolojisi pulmoner vaskülit ile uyumlu olan hastaya İPV tanısıyla 1 mg/kg/gün prednol başlandı. Steroid azaltılırken azatiopürin tedavisi eklenen hasta 5 yıldır bu tedaviyle remisyonda izlenmektedir.

Olgu 2: 39 yaşında kadın, 1 yıldır dış merkezde KTEPH'le takipli olup merkezimize endarterektomi için yönlendirilmişti. Değerlendirme sonucunda sistemik vaskülit bulgusu saptanmadı. Operasyon öncesi görüntüleme ve tetkikleri Tablo PS-293'de özetlenmiştir. Ancak operasyon öncesinde başka nedenle açıklanamayan akut faz yüksekliği olan hastaya operasyon öncesi 32 mg/gün metilprednizolon tedavisi başlandı. Endarterektomi materyalinin histopatolojisi vaskülit ile uyumlu olan hastanın tedavisine, postop steroid azaltılırken azatiopürin eklendi. Bir yıllık takip sonrasında relaps nedeniyle steroid tedavisi 1 mg/kg/gün yapıldı ve 3 kür 1000 mg siklofosfamid verildi. Sonrasında idame azatiopürinle 1 yıldır remisyonda olarak izlenmektedir.

Tablo (PS-293): Görüntüleme ve tetkik sonuçları.

| | Olgu 1 | Olgu 2 | Olgu 3 |
|--|--|---|---|
| Pulmoner arter basıncı(Ekokardiyografi ile) | 105 mm/Hg | 36 mm/Hg | 72 mm/Hg |
| Bilgisayarlı toraks anjiyografi | Pulmoner arter çapı boyunca 31 mm her iki ana pulmoner arter boyunca diffüz duvar kalınlaşması lümende daralma | Pulmoner arter çapı 21 mm, solda segmenter ve sumsegmenter, sağda interlobar arterden itibaren dolmuş defekti | Pulmoner arter çapı 27 mm, bilateral ana pulmoner arter düzeyinden itibaren 3 mm intimal kalınlaşma, total dolmuş defekti |
| Patoloji | Adventisyadan intimaya uzanan nötrofiller, eozinofiller, lenfositler, plazmositler, histiositler ve kümelenmiş mononükleer dev hücrelerden oluşan iltihabi hücre infiltrasyonu | Histiositik ve lenfoid hücrelerden oluşan kronik inflamasyon, bulgular lenfositik vaskülit ile uyumlu | Orta şiddetle lenfosit zengin kronik inflamasyon, bir odakta dev hücreleri içeren histiosit kümelenmesi |
| ESH | | 66 mm/saat | 33 mm/saat |
| CRP | | 18 mg/L | 4.1 mg/L |

Olgu 3: 49 yaşında kadın, KTEPH'le 1 yıldır dış merkezde antikoagülanla takipliyken endarterektomi operasyonu sonrası kliniğimize yönlendirilmişti. Operasyon öncesi görüntüleme ve tetkikleri Tablo PS-293'da özetlenmiştir. Değerlendirme sonucu sistemik vaskülit saptanmayan hastanın, postop histopatoloji sonucunun (Tablo PS-293) vaskülit ile uyumlu olması nedeniyle 0.5 mg/kg/gün metilprednizolon başlandı. Steroid azaltılırken tedaviye azatiopürin eklendi. 6 aydır remisyonunda takip edilmektedir.

Sonuç: İPV vakalarında, ilk prezentasyonda pulmoner hipertansiyon sık bir bulgudur. Bu nedenle İPV hastaları sıklıkla KTEPH olarak izlenebilmekte ve tanı gecikebilmektedir. Şüphelendiğinde, anjiyografi veya PET görüntülemesiyle izole büyük damar pulmoner vaskülitli olan bu hastalarda, damar duvar kalınlaşması, daralması veya stenozu gösterebilir. Ayrıca 2. olguda olduğu gibi KTEPH olarak izlenen hastada akut faz yüksekliği vaskülit açısından uyarıcı olabilir.

Anahtar sözcükler: Vaskülit, pulmoner vaskülit, kronik pulmoner tromboemboli

PS-294

Tosilizumab kullanımında monoterapi/kombinasyon terapisinin karşılaştırılması: Tek merkezli, retrospektif çalışma

*Burcu Yağız¹, Belkis Nihan Coşkun², Yavuz Pehlivan¹, Ediz Dalkılıç¹
¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa; ²İlker Çelikcan Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Romatoloji Servisi, Bursa*

Amaç: Tosilizumab (TCZ), rekombinant humanize anti interlekin-6 (IL-6) reseptör monoklonal antikordur. Romatoid artrit (RA), monoterapi ve kombinasyonda güvenlik ve etkinliği gösterilmiştir. RA başta olmak üzere tedaviye dirençli erişkin still hastalığı (ESH) ve büyük damar vaskülitlerinde kullanıla-

bilmektedir. Biz bu çalışmada romatoloji pratiğinde sık kullanmaya başladığımız TCZ ile ilgili merkezimizin deneyimini paylaşmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya merkezimizde 2013–2017 tarihleri arasında tosilizumab kullanan hastaların tümü alındı. Hastaların verileri geriye dönük olarak tarandı.

Bulgular: Çalışmaya TCZ kullanan 109 hasta alındı. Hastaların 92'si (%84.4) kadın, 17'si (%15.6) erkekti. Tanıların çoğunluğunu RA (%81.7) oluşturmakla birlikte, diğer tanıları arasında ESH (%9.2), Takayasu (%4.6), ailevi akdeniz ateşi (FMF) (%2.8), Behçet (%0.9) ve psöriatik artrit (PSA) (%0.9) bulunmaktaydı. RA'lı hastaların %52.3'ü seronegatifti. Hastaların %77.1'i TCZ'i diğer hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar (DMARD) ile kombine kullanılmaktaydı. Kombinasyonda metotreksat (MTX) kullanımı %44 iken, diğer konvansiyonel sentetik DMARD kullanımı %59.6 idi. TCZ başlanmadan önce hastaların %66.1'inde TNF inhibitörü (TNFi) kullanılmıştı. 33 kişiye (%30.2) 1 adet, 24 kişiye (%22) 2 adet, 14 kişiye (%12.8) 3 adet TNFi sonrası TCZ başlanmıştı. Öncesinde abatacept kullanan 22 hasta, tofacitinib kullanan 8 hasta ve rituximab kullanan 18 hasta vardı. Kombinasyon şeklinde kullanımın daha ön planda olduğu görüldü. Tocilizumab başlanmış hastalarda tedavide kalım %64.2 idi.

Sonuç: Tosilizumab monoterapide etkinliği gösterilmiş biyolojik ajanlardır. Bizim çalışmamızda DAS 28, CDAI ve HAQ gibi klinik etkinliği gösteren veriler açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Steroid kullanımının ve steroid dozlarının monoterapi grubunda daha düşük olduğu görülmüştür. Bu durum monoterapi ile tedavi edilen hastaların hastalık özellikleri ve komorbiditeler açısından farklı bir profile sahip olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar sözcükler: Etkinlik, kombinasyon, monoterapi, tosilizumab

Tablo (PS-294): Tosilizumab monoterapisi ve kombinasyon terapisinin karşılaştırıldığı veriler.

| | TCZ Kombinasyon | TCZ Monoterapi | p |
|--|-----------------|----------------|-------|
| N (%) | 84 (%77.1) | 25 (%22.9) | |
| Yaş | 48.8±14.9 | 50.3±14.8 | 0.670 |
| Kadın cinsiyet, n (%) | 72 (%85.7) | 20 (%80) | 0.489 |
| Seropozitivite, n (%) (RF ve/veya CCP) | 35 (%41.7) | 17 (%68) | 0.021 |
| Birlikte csDMARD, N (%) | | | |
| MTX | 48 (%57.1) | - | 0.000 |
| Diğer DMARD | 65 (%77.4) | - | 0.000 |
| Diğer | 14 (%16.7) | 6 (%24) | 0.406 |
| Steroid kullanım, n (%) | 67 (%79.8) | 8 (%32) | 0.000 |
| Öncesinde TNF, n (%) | 56 (%66.7) | 16 (%64) | 0.805 |
| Tanı, RA, n (%) | 69 (%82.1) | 20 (%80) | 0.560 |
| Sedimentasyon (mm/h) | 52.1±30.8 | 50.6±27.4 | 0.828 |
| CRP (mg/dl) | 4.1±5.3 | 2.9±3.9 | 0.288 |
| DAS28 | 4.4±1.3 | 4.4±1.1 | 0.879 |
| CDAI | 19.06±11.7 | 19.7±9.3 | 0.783 |
| HAQ | 0.83±0.43 | 0.82±0.38 | 0.908 |
| Steroid doz | 5.8±4.7 | 2.3±3.8 | 0.001 |
| Tosilizumab süre | 11.9±7.5 | 8.9±6 | 0.048 |
| Tosilizumab devam, n (%) | 57 (%67.9) | 13 (%52) | 0.403 |