

# Ulusal ROMATOLOJİ Dergisi

ISSN: 2651-2653  
Journal of Turkish Society for Rheumatology [www.romatolojidergisi.org](http://www.romatolojidergisi.org)

Cilt / Volume: 12 • Ek Sayı / Supplement: 1 • Kasım / November 2020

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



**ONLINE KONGRE**

**TRD 2020  
ULUSAL  
ROMATOLOJİ  
BULUŞMASI**

**DİJİTAL PLATFORMDA  
HEP BİRLİKTEYİZ!**

**12-17 EKİM  
2020**

**dijitalkongre.com**

**BİLDİRİ KİTABI**

[www.romatoloji2020.org](http://www.romatoloji2020.org)  [turkiyeromatolojidernegi](https://www.instagram.com/turkiyeromatolojidernegi)  [Türkiye Romatoloji Derneği](https://www.youtube.com/TurkiyeRomatolojiDernegi)

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

#### Sahibi / Owner

**Türkiye Romatoloji Derneği adına / On behalf of the  
Turkish Society for Rheumatology**  
Vedat Hamuryudan

#### Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Managing Editor

R. Haner Direskeneli

#### Editör / Editor

##### R. Haner Direskeneli

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

#### Editör Yardımcıları / Associate Editors

##### Umut Kalyoncu

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

##### Ömer Karadağ

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

##### Nevsun İnanç

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı,  
Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye  
ORCID ID: orcid.org/0000-0003-2862-0562

##### Murat Torgutalp

Charité Universitätsmedizin Benjamin Franklin Kampüsü,  
Romatoloji Departmanı, Berlin, Almanya  
ORCID ID: orcid.org/0000-0003-4600-9484

##### Hakan Babaoğlu

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç hastalıkları-Romatoloji Bölümü,  
Ankara, Türkiye  
ORCID ID: orcid.org/0000-0002-3728-0259

#### Türkiye Romatoloji Derneği (TRD)

##### Yönetim Kurulu (2018–2020) /

##### Turkish Society for Rheumatology Board of Management (2018-2020)

##### Başkan / President

Vedat Hamuryudan, İstanbul, Türkiye

##### Başkan Yardımcısı / Vice President

R. Haner Direskeneli, İstanbul, Türkiye

##### Genel Sekreter / Secretary General

İzzet Fresko, İstanbul, Türkiye

##### Sayman / Accountant

Gülen Hatemi, İstanbul, Türkiye

##### Üyeler / Members

Cemal Bes, İstanbul, Türkiye

Ali Akdoğan, Ankara, Türkiye

Süleyman Özbek, Adana, Türkiye

#### Bilimsel Danışma Kurulu / Scientific Advisory Board

Servet Akar, İzmir, Türkiye

Ali Akdoğan, Ankara, Türkiye

Kenan Aksu, İzmir, Türkiye

Sibel Aydın, Ottawa, Kanada

Müge Bıçakçığıl, İstanbul, Türkiye

Doruk Erkan, New York, ABD

Berna Göker, Ankara, Türkiye

Murat İnanç, İstanbul, Türkiye

Timuçin Kaşifoğlu, Eskişehir, Türkiye

Gökhan Keser, İzmir, Türkiye

Sedat Kiraz, Ankara, Türkiye

Süleyman Serdar Koca, Elazığ, Türkiye

Cengiz Korkmaz, Eskişehir, Türkiye

Mehmet Akif Öztürk, Ankara, Türkiye

Salih Pay, Ankara, Türkiye

İsmail Şimşek, San Diego, ABD

Mehmet Tunca, İzmir, Türkiye

Koray Taşçılar - Erlangen

Murat Turgay, Ankara, Türkiye

Serdal Uğurlu, İstanbul, Türkiye

Yusuf Yazıcı, New York, ABD

-----

İsimler soyadı sırasına göre yazılmıştır.

#### Yönetim Yeri / Administrative Office

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



Galenos Yayınevi Kurucusu ve Sahibi/  
Galenos Publishing House Owner and Publisher

Derya Mor  
Erkan Mor

Genel Yayın Koordinatörü/Publication Coordinator  
Burak Sever

Web Koordinatörleri/Web Coordinators

Fuat Hocalar  
Turgay Akpınar

Grafik Departmanı/Graphics Department

Ayda Alaca  
Çiğdem Birinci

Gülşah Özgül

Finans Koordinatörü/Finance Coordinator

Sevinç Çakmak

Proje Koordinatörleri/Project Coordinators

Duygu Yıldırım  
Gamze Aksoy  
Gülşah Akın  
Hatice Sever  
Melike Eren  
Özlem Çekil  
Pınar Akpınar  
Rabia Palazoğlu  
Saliha Tuğçe Evin

Araştırma&Geliştirme/Research&Development

Mert Can Köse  
Mevlûde Özlem Küçük

Dijital Pazarlama Uzmanı/Digital

Marketing Specialist  
Seher Altundemir

Yayınevi İletişim/Publisher Contact

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

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

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

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

Web: www.galenos.com.tr Yayın Sertifikası No: 14521

Online Basım Tarihi/Online Publication Date:

Kasım 2020/November 2020

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

Yılda üç kez yayımlanan süreli yayındır.

International periodical journal published three times in a year.

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

Ulusal Romatoloji Dergisi **Europub**, **J-Gate** ve **Gale** veritabanında İndekslenmektedir.

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

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

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

#### Açık Erişim Politikası

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

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

#### Telif Hakları

Telif Hakkı © Türkiye Romatoloji Derneği (TRD). Ulusal Romatoloji Dergisinde yayımlanan yazılar ve bütünlüğü eklerinin (şekil, tablo, resim vb) basılı ve elektronik yayın hakları Türkiye Romatoloji Derneği'ne aittir. Bu amaçla makale gönderme sırasında dergi tarafından tüm yazarlarca onaylanan "Telif Hakları Devir Mektubu" talep edilmektedir. Basım için dergiye gönderilen yazılar iade edilmez. Yayınlanan yazılar için yazarlara telif hakkı ödenmez. Yayınlanan yazıların bilimsel ve etik sorumluluğu yazarlara aittir. Yayınevi ve dernek yayınlanan yazıların fikirlerine resmen katılmaz, dergideki hiçbir ürün veya servis reklamı için güvence vermez.

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

#### Materyal Sorumluluk Reddi

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

#### Yayınevi Yazışma Adresi

#### Galenos Yayınevi Tic. Ltd. Şti.

**Adres:** Molla Gürani Mah. Kaçamak Sk. No: 21, 34093 Fındıkzade-İstanbul-Türkiye

**Tel.:** +90 212 621 99 25

**Faks:** +90 212 621 99 27

**E-posta:** info@galenos.com.tr



Dergimizde asitsiz kağıt kullanılmaktadır.

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

Journal of Turkish Society for Rheumatology is indexed in **Europub, J-Gate** and **Gale**.

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

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

#### Open Access Policy

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

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

#### Copyright Statement

Copyright© 2019, Turkish Society for Rheumatology. All rights reserved. All contents (including illustrations, tables and images

etc.) published in the Journal of Turkish Society for Rheumatology will become the sole property of the Society. Manuscripts sent to the journal for publishing are not returned. No payment is made to authors for their articles published in the journal. No part of this journal may be reproduced, stored or transmitted in any form or by means either mechanical or electronic, including photo copying, recording or through an information storage and retrieval system, without the written permission of the copyright holder beforehand, except nationally for research purpose, criticism or review. Permission requests should be addressed to the publisher. All scientific and ethical statements are the responsibility of the authors. The publisher and the Association assume no liability for any material published in the journal.

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

#### Material Disclaimer

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

#### Publisher Corresponding Address

**Galenos Yayınevi Tic. Ltd. Şti.**

**Address:** Molla Gürani Mah. Kaçamak Sk. No: 21, 34093 Fındıkzade-Istanbul-Turkey

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

**E-mail:** info@galenos.com.tr



The journal is printed on acid-free paper.

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

Dergide yer alan bölümler aşağıda aşağıdaki gibi sınıflandırılmaktadır:

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

#### ETİK VE HAKEM DEĞERLENDİRMESİ

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

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

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

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

#### Araştırma Etiği

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

#### Yayın Etiği ve Kötüye Kullanım Bildirgesi

Ulusal Romatoloji Dergisi yayın etiğini en yüksek standartlarda uygulamayı ve Yayın Etiği ve Kötüye Kullanım Bildirgesinin aşağıdaki ilkelerine uymayı taahhüt eder. Bu bildirme Committee on Publication Ethics (COPE), Council of Science Editors (CSE), World Association of Medical Editors (WAME) ve International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) adlı birlik ve inisiyatiflerin, dergi editörleri için geliştirdikleri öneri ve kılavuzlar temel alınarak hazırlanmıştır. Yayınlanmak üzere dergiye gönderilen yazılar daha önce başka bir dergide yayımlanmamış (bilimsel toplantılarda sunulmuş ve tam metin yayımlanmış bildiriler dahil) veya yayımlanmak üzere eşzamanlı olarak herhangi bir dergiye gönderilmemiş olmalıdır. Dergiye gönderilen yazılar, bir Editör ve en az iki danışman (hakem) tarafından incelenmek suretiyle tek-kör eş değerlendirme (peer review) sürecine alınır. Dergimize gönderilen yazıların herhangi bir aşamada, amaca yönelik bir yazılım aracılığıyla intihal açısından incelenebileceği hakkını saklı tutar. Bu amaçla intihale yönelik izinsiz alıntı ya da düzmece veriler, sahtecilik (tablo şekil ya da araştırmada verilerin uydurma ya da manipüle edilmiş olması) ve araştırmada uygunsuz insan ya da hayvan denekler kullanımına yönelik incelemeler söz konusu

olabilir. Bu standartlara uygun olmayan yazılar dergide yayımlanmaz. Bu standartlara uygun olmayan yazılar dergide yayımlanmaz. Bu kural, yayımlanma sonrası aşamada saptanabilecek bu standartlarla ilgili herhangi bir uyumsuzluk durumunda da geçerlidir ve yazının yayımdan geri çekilmesini gerektirir. Yayın etiği gereği dergimiz intihal ya da duplike yayın şüphesi durumlarını rapor edecektir. Dergimiz, yayın etiğinin kötüye kullanımı ya da ihlali ile ilgili olası durumlarda COPE tarafından geliştirilen Yayın Etiği Akış Şemalarını temel alır.

#### Yazar Sorumluluğu

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

#### Hakem Sorumlulukları

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

#### Editör Sorumlulukları

Editörler gelen yazıları, yazarlarının etnik köken, cinsiyet, cinsiyet tercihi, tabiyet, dini inanış ya da politik felsefelerini dikkate almaksızın bilimsel içerik açısından değerlendirmelidir. Gönderilen yazıların

yayımlanması için adil bir eş değerlendirme süreci sağlamalıdır. Gönderilen yazı ile ilgili tüm bilgilerin yayımlanana kadar gizli tutulmasını garanti altına almalıdırlar. Editörler yayının içeriği ve toplam kalitesinden sorumludur. Erratum sayfaları yoluyla gerektiğinde düzeltme yayımlamalıdır. Editör; yazarlar, editörler ve hakemler arasında olabilecek herhangi bir çıkar veya rekabet çatışmasına olanak vermemelidir. Ulusal Romatoloji Dergisinde hakem atamasında sadece Editör tam yetkiye sahip olup yazıların yayımlanması ile ilgili sonuç kararından da kendisi sorumludur.

#### YAYIN POLİTİKASI

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

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

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

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

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

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

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

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

## GENEL KURALLAR

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

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

Sayfa 1: Başlık sayfası

Sayfa 2: Türkçe Başlık, Özet ve Anahtar Sözcükler

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

Sayfa 4 ve sonrası: Temel Metin

Sonraki sayfa: Kaynaklar

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

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

## Başlık Sayfası

Başlık sayfasında aşağıdaki sıralama gözetilmelidir:

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

## Türkçe Özet

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

## İngilizce Özet

Araştırma yazılarında Objectives, Methods, Results ve Conclusion bölümlerinden oluşmalıdır ve 250 kelimeyi geçmemelidir. İngilizce Özet sayfasında en az 3 en fazla 6 İngilizce anahtar sözcük belirlenmeli, yazının İngilizce başlığı eklenmelidir.

## Temel Metin

Giriş, Hastalar/Gereç ve Yöntem, Bulgular, Tartışma ve Kaynaklar bölümlerinden oluşmalıdır. Kısaltmalar standart olmalı ve ilk

kullanıldığında parantez içinde açıklanmalıdır. Ölçümlerde uluslararası kabul edilmiş birimler kullanılmalıdır.

## Tablo, Şekil ve Resimler

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

## Kaynaklar

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

## Örnekler

Türkçe süreli yayın örneği:

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

Yabancı dilde süreli yayın örneği:

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

Elektronik dergide yayımlanan süreli yayın örneği:

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

Kitap bölümü örneği:

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

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

- 1- Başlık sayfası
- 2- Özetler (Türkçe ve İngilizce; olgu sunumlarında en fazla 100 sözcük, diğerlerinde en fazla 250 sözcük; araştırma yazılarında yapılandırılmış)
- 3- Anahtar sözcükler (en az 3'er adet)
- 4- Temel metin (alt başlıklar)

- 5- Kaynaklar (ICMJE kurallarına uygunluk)
- 6- Şekil, tablo ve resimler (numaralandırma; alt yazılar; özgünlük/izin yazısı)
- 7- Başvuru mektubu
- 8- Telif Hakkı Devir Formu (tüm yazarlar tarafından imzalanmış)
- 9- Çıkar Çakışması Beyan Formu (gereğinde)



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

The article types in the journal are classified as below:

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

#### **ETHICS & PEER-REVIEW**

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

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

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

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

#### **Research Ethics**

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

#### **Publication Ethics and Malpractice Statement**

Journal of Turkish Society for Rheumatology undertakes to apply the publication ethics to the highest standards and to comply with the following principles of the Publication Ethics and Abuse Declaration. This declaration is prepared based on the suggestions and guidelines developed by the journal on editors of the Committee on Publication Ethics (COPE), Council of Science Editors (CSE), World Association of Medical Editors (WAME) and International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Manuscripts sent to the journal for publication should not have been previously published in another journal (including papers presented at scientific meetings and published in full text) or simultaneously not sent to any journal for

publication. Manuscripts sent to the journal are taken into the peer review process by an Editor and at least two consultants (reviewers). Our journal reserves the right to examine the submitted articles at any stage in terms of plagiarism through a purposeful software. For this purpose, unauthorized quotations or fraudulent data regarding plagiarism, fraudulence (made up or manipulated in the form or research data of the table) and investigations may be subject to inappropriate human or animal subjects. Manuscripts that do not comply with these standards are not published in the journal. This rule also applies in case of any incompatibility with these standards which can be determined at the post-publishing stage and requires the withdrawal of the article from the publication. Due to publication ethics, our journal will report cases of plagiarism or duplicate publication. Our journal is based on Publication Ethics Flowcharts developed by COPE in possible situations related to malpractice or violation of publication ethics.

#### Author Responsibility

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

#### Reviewer Responsibilities

Reviewers evaluate incoming articles in terms of scientific content, regardless of their authors' ethnicity, gender, gender preference, nationality, religious belief, or political philosophy. For the reviewers; there should be no conflict of interest or competition regarding research, authors or promoters. Reviewer decisions must be objective. The Reviewers should indicate the related publications that have not been cited by the author. They are obliged to keep all information regarding the submitted article confidential and inform the Editor when they become aware of copyright infringement and plagiarism by the author. The reviewer should inform the Editor and ask for forgiveness from the evaluation process when he considers that the

content of a sent article is incompatible with his or her scientific field or knowledge, or when he cannot make a quick evaluation.

#### Editor Responsibilities

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

#### PUBLICATION POLICY

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

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

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

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

PRISMA statement of preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses (Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 2009; 6(7): e1000097.) (<http://www.prisma-statement.org/>);

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

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

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

#### GENERAL RULES

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

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

Page 1: Title page

Page 2: Turkish Title, Abstract and Keywords

Page 3: Title, Abstract and Key Words in English

Page 4 and afterwards: Main Text

Next page: Resources

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

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

#### Title Page

The title page should be considered in the following order:

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

#### Turkish Abstract

The research articles should consist of the Objectives, Methods, Results and Conclusion sections and should not exceed 250 words. An unstructured abstract should be provided in reviews and case reports. The abstract of case reports should not exceed 100 words. A

minimum of 3 and a maximum of 6 keywords should be specified in the Turkish abstract page.

#### English Abstract

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

#### Main Text

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

#### Tables, Figures and Images

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

#### References

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

#### Examples

Periodical publication example in Turkish:

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

Periodical publication example in a foreign language:

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

Example of periodical publication published in an online journal:

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

Example of book section:

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

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

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

## **XXI. Ulusal Romatoloji Kongresi Bildiri Özetleri** **12–17 Ekim 2020, Antalya**

### **Başkan**

Vedat Hamuryudan

### **Genel Sekreterler**

Haner Direskeneli

Süleyman Özbek

Cemal Bes

### **Düzenleme Kurulu**

İzzet Fresko

Ali Akdoğan

Gülen Hatemi

### **Bilimsel Kurul**

Servet Akar

Ali Akdoğan

Kenan Aksu

Fatma Alibaz

Cemal Bes

Haner Direskeneli

İhsan Ertenli

Ahmet Gül

Gülen Hatemi

Murat İnanç

Nevsun İnanç

Yasemin Kabasakal

Umut Kalyoncu

Özgür Kasapçopur

Gökhan Keser

Sedat Kiraz

S. Serdar Koca

Melike Melikoğlu

Fatoş Önen

Seza Özen

Emire Seyahi

Taşkın Şentürk

Koray Taşçılar

Ender Terzioğlu

Serdal Uğurlu

## **XXI. Ulusal Romatoloji Kongresi Bildiri Özetleri** **12–17 Ekim 2020, Antalya**

**XV** Bilimsel Program / Program Schedule

### **Özetler / Abstracts**

**S1** Konuşma Özetleri (KÖ-001 — KÖ-004)

**S3** Sözlü Sunumlar (SS-01 — SS-024)

**S23** Poster Sunumlar (PS-001 — PS-030)


### **Dizin / Index**

**S41** Yazar Dizini

**12 Ekim 2020 Pazartesi**

17:00 - 18:00	Uydu Sempozyumu Dünya Artrit Günü Özel Oturumu Oturum Başkanı: Fatoş Önen Konuşmacılar: İhsan Ertenli, Süleyman Özbek	
18:45 - 19:00	Açılış Konuşmaları Vedat Hamuryudan, Fatoş Önen	
19:00 - 19:50	Açılış Oturumu Oturum Başkanları: Vedat Hamuryudan, Fatoş Önen  Rheumatic disease and the human condition Dan Kastner	
19:50 - 20:00	Ara	
20:00 - 20:40	Uydu Sempozyumu Hızlı ve Kalıcı: 5. yılında Secukinumab ile Ankilozan Spondilit Tedavi Sonuçları Oturum Başkanları: Vedat Hamuryudan, Haner Direskeneli Konuşmacılar: Ömer Karadağ, Servet Akar	
20:40 - 20:45	Ara	
20:45 - 21:25	Laboratuardan Tedaviye Oturum Başkanı: Veli Yazısız	
20:45 - 21:05	RA immünpatogenezi ve tedaviye yansımaları Ender Terzioğlu	
21:05 - 21:25	AS immünpatogenezi ve tedaviye yansımaları Taşkın Şentürk	
21:30	Korona Sonrası Türkiye ve Dünya Ekonomisi Nasıl Şekillenecek? Prof. Dr. Özgür Demirtaş	

**13 Ekim 2020 Salı**



19:00 - 19:40	Uydu Sempozyumu Oturum Başkanı : Servet Akar Barisitinib ile Hedef: Standardın Ötesi Chris Edwards	
19:40 - 19:45	Ara	
19:45 - 20:45	Romatologlar için Covid-19 Oturum Başkanı: İhsan Ertenli	
19:45 - 20:05	COVID-19 pandemisi-neler öğrendik? Timuçin Kaşifoğlu	
20:05 - 20:25	COVID-19 ilişkili Sitokin fırtınası ve bunun yönetiminde Romatologun Rolü Cemal Bes	
20:25 - 20:45	Romatizmal hastalığı olanlarda COVID-19. Türkiye ve dünya verileri Sinem Nihal Esatoğlu	
20:45 - 20:50	Ara	
20:50 - 21:30	Romatooid Artrit Oturum Başkanları: Gökhan Keser, Nevsun İnanc	
20:50 - 21:10	Gelişmiş RA tedavileri ve cilt kanserleri Tülin Ergun	
21:10 - 21:30	Gelişmiş RA tedavileri ve enfeksiyonlar Ediz Dalkılıç	
21:30 - 21:35	Ara	
21:35 - 22:15	Psoriyatik Artrit Güncellemesi 2019-2020 Oturum Başkanları: Sedat Kiraz, Murat Turgay	
21:35 - 21:55	Patogenez ve klinik bulgularda yenilikler Dilek Solmaz	
21:55 - 22:15	Tedavide yenilikler Umut Kalyoncu	





**14 Ekim 2020 Çarşamba**

12:30 - 13:10	Uydu Sempozyumu Ofev ile paradigmalarda değişim zamanı Oturum Başkanı: Murat Inanç SSc-ILD Ali Akdoğan SSc-ILD tedavisinde nintedanib Ender Terzioğlu	
13:10 - 19:00	Ara	
18:30 - 19:00	TRD Ödüllü Bilgi Yarışması Rody Konu: Psöriatik Artrit Sunucu: Umut Kalyoncu Not: RODY yarışması sadece telefon uygulaması üzerinden yapılacaktır. Dijital platform üzerinden yayınlanmayacaktır.	
19:00 - 19:40	Uydu Sempozyumu Secukinumab ile Psöriatik Artrit Tedavisinin Değişen Yüzü: 6 Farklı Semptom, Tek Tedavi Oturum Başkanları: Ahmet Gül, Melike Melikoğlu Konuşmacılar: Umut Kalyoncu, Cemal Bes	
19:40 - 19:45	Ara	
19:45 - 20:45	Spondiloartritler Oturum Başkanları : Fatoş Önen, İsmail Sarı	
19:45 - 20:05	Aksiyal spondiloartrit tedavisinde hedef mümkün mü? Nurullah Akkoç	
20:05 - 20:25	Görüntüleme yenilikler; yapısal lezyonların önemi Servet Akar	
20:25 - 20:45	Romatologlar için inflamatuvar barsak hastalığı yönetimi Hale Akpınar	
20:45 - 20:50	Ara	
20:50 - 21:50	Behçet Sendromu Oturum Başkanları: Melike Melikoğlu, İzzet Fresko	
20:50 - 21:10	Behçet sendromu'nda hedefe yönelik tedavi mümkün mü? Gülen Hatemi	
21:10 - 21:30	Nörolojik tutulum spektrumu ve ayırıcı tanısı Uğur Uygunoğlu	
21:30 - 21:50	Behçet üveitinde tedavi ve monitorizasyon Didar Uçar	

15 Ekim 2020 Perşembe

18:30 - 19:00	TRD Ödüllü Bilgi Yarışması Rody Konu: Biyolojik Dmard Tedavileri Sunucu: Cemal Bes Not: RODY yarışması sadece telefon uygulaması üzerinden yapılacaktır. Dijital platform üzerinden yayınlanmayacaktır.	
19:00 - 19:40	Uydu Sempozyumu AS, RA ve PSA Hastalarında Olgularla Reseptör Etkisi AS, RA ve PSA Hastalarında Olgularla Etanersept çalışmalarının ve reseptör etkisinin hekimler tarafından aktarılması Taşkın Şentürk, Sedat Yılmaz, Fulya Coşan	
19:40 - 19:45	Ara	
19:45 - 20:45	ANCA İlişkili Vaskülitler Oturum Başkanları: Haner Direskeneli, Kenan Aksu	
19:45 - 20:05	Klinik Ömer Karadağ	
20:05 - 20:25	Tedavide Yenilikler Kenan Aksu	
20:25 - 20:35	Ara	
20:35 - 21:15	Uydu Sempozyumu Biyoteknolojiden Gelen Güç Fark Yaratır: Spondiloartropatilerin Tedavisinde Amgevita ve Klinik Deneyimler Oturum Başkanı: Fatoş Önen Konuşmacılar: Servet Akar, Serdal Uğurlu	
21:15 - 21:20	Ara	
21:20 - 22:00	Büyük Damar Vaskülitleri Oturum Başkanı: Emire Seyahi	
21:20 - 21:40	Aktivite değerlendirmesi ve görüntüleme güncel veriler Nilüfer Alpay Kanitez	
21:40 - 22:00	Tedavi Güncellemesi Fatma Alibaz Öner	

16 Ekim 2020 Cuma

18:30 - 19:00	TRD Ödüllü Bilgi Yarışması Rody Konu:Bağ Dokusu Hastalıkları Sunucu: Murat İnanç Not: RODY yarışması sadece telefon uygulaması üzerinden yapılacaktır. Dijital platform üzerinden yayınlanmayacaktır.	
19:00 - 19:40	Uydu Sempozyumu Romatolojide Aykırı Sorular Oturma Başkanı : Melike Melikoğlu Konuşmacılar : Cemal Bes, Hakan Emmüngil	
19:40 - 19:45	Ara	
19:45 - 21:05	Bağ Doku Hastalıkları Oturma Başkanları: Yasemin Kabasakal, Murat İnanç	
19:45 - 20:05	SLE ve antifosfolipid sendromunda pulmoner tutulum: Bilinenler ve gözden kaçanlar Bahar Artım-Esen	
20:05 - 20:25	Sjögren sendromu ve malignite gelişimi Gonca Karabulut	
20:25 - 20:45	İnflamatuvar miyopatilerde otoantikörlerin akılcı kullanımı Zeynep Özbalkan Aşlar	
20:45 - 21:05	IgG4 ilişkili hastalık: Yeni ne var? Murat İnanç	

**17 Ekim 2020 Cumartesi**

10:00 - 10:40	Sistemik Skleroz Oturum Başkanı: Merih Birlik	
10:00 - 10:20	SSc hastalarında PH: Tarama ve Tedavi Ali Akdoğan	
10:20 - 10:40	SSc hastalarında Pulmoner fibroz: Tanı, tedavi, izlem Süleyman Serdar Koca	
10:40 - 10:45	Ara	
10:45 - 11:25	Uydu Sempozyumu Romatoid Artrit Tedavisinde Gerçek Yaşam Verileri İle Tofasitinib	
10:45-10:50	Açılış konuşması ve COVID hakkında kısaca güncel durumdan bahsedilmesi İhsan Ertenli	
10:50-11:10	Tofasitinib etkinlik ve güvenlik verileri Fatoş Önen	
11:10-11:25	Son dönemlerde yayınlanan tofasitinib ile ilgili gerçek yaşam çalışmaları Vedat Hamuryudan	
11:25 - 11:30	Ara	
11:30 - 12:10	Pediyatrik Romatoloji Oturum Başkanı: Nuray Aktay Ayaz	
11:30 - 11:50	Çocukluk çağı otoenflamatuar hastalıklarında güncelleme Yelda Bilginer	
11:50 - 12:10	COVID-19 döneminde juvenil idyopatik artrit güncellemesi Özgür Kasapçopur	
12:10 - 12:15	Ara	
12:15 - 12:55	Uydu Sempozyumu Bir Hayat, Bir Dokunuş: Simponi ile AS,RA ve PsA Tedavisine Yaklaşım Oturum Başkanı: Servet Akar	
12:20 - 12:35	Simponi ile 7 Yılı Aşkın Klinik Deneyim Adem Küçük	
12:35 - 12:50	AS ve RA tedavisine Olgularla Yaklaşım Ali Şahin	
12:50 - 12:55	Soru-Cevap Servet Akar, Adem Küçük, Ali Şahin	
12:55 - 13:00	Ara	
13:00 - 13:40	FMF ve Diğer Otoenflamatuar Hastalıklar Oturum Başkanları: Huri Özdoğan, Abdurrahman Tufan	
13:00 - 13:20	Erişkinde otoenflamatuar hastalıklar: Kimde düşünelim, nasıl tanı koyalım? Ahmet Gül	
13:20 - 13:40	Otoenflamatuar hastalıklarda tedavi: Kolşisinden biyolojilere tedavi kararları Serdal Uğurlu	
13:40 - 13:45	Ara	
13:45 - 14:45	İstatistik Oturum Başkanı: Vedat Hamuryudan	
	Regresyon analizlerini doğru okumak. Modelleri nasıl kullanalım? Kestirim mi - Nedensellik mi? Koray Taşçılar	



# XXI. Ulusal Romatoloji Kongresi Bildiri Özetleri

## 12-17 Ekim 2020, Antalya

### Konuşma Özetleri

(KÖ-001 — KÖ-004)

#### KÖ-001

#### COVID-19 ilişkili sitokin fırtınası ve bunun yönetiminde romatoloğun rolü

Cemal Bes

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

2019 yılı Aralık ayında ilk olguların Çin'in Wuhan şehrinden bildirilen Şiddetli Akut Solunum Yolu sendromu koronavirüsü 2 (SARS-CoV-2) etkenine bağlı gelişen enfeksiyona koronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19) ismi verilmiştir. COVID-19 dünya sağlık örgütü tarafından Şubat 2020'de pandemi olarak ilan edilmiştir. COVID-19 enfeksiyonu olan hastaların önemli bir kısmında hastalık ya asemptomatik ya da hafif-orta üst solunum yolu enfeksiyonu bulguları şeklinde görülmektedir. COVID-19 hastalarının %15-20'sinde ise ciddi alt solunum yolu tutulumu görülür. COVID-19 enfeksiyonu olan hastaların bir kısmında sitokin fırtınası benzeri bir tablo meydana gelmektedir. Aslında sitokin fırtınası, immün kökenli bazı hastalıklarda (örneğin; erişkin Still hastalığı, sistemik lupus eritematozus), viral enfeksiyon sonrasında (örneğin; EBV enfeksiyonları sonrası) veya bazı kanser (örneğin; lenfoproliferatif maliniteler) tablolarında ortaya çıkabilmektedir. Sitokin fırtınasında pro-enflamatuvar sitokinlerde çok belirgin yükselikler olmakta ve enflamasyon kontrolden çıkmaktadır. Romatoid artrit, büyük damar vaskülitleri gibi hastalıkların tedavisinde kullanılan IL-6 blokörü tocilizumab ve dirençli oto-enflamatuvar hastalıklarda kullanılmakta olan bir IL-1 blokörü olan anakinra COVID-19 ile ilişkili sitokin fırtınası tablosu olan hastalarda kullanılabilmektedir. Ayrıca romatoid artrit tedavisinde kullanılan Janus kinaz inhibitörleri bazı ülkelerde COVID-19 ilişkili enflamasyonu bakılmak amacıyla kullanılmaktadır. COVID-19 her ne kadar viral bir etkene bağlı ortaya çıkmış olsa da,

hem bu hastalığın yol açtığı sitokin fırtınası tablosu nedeniyle hem de buna yönelik kullanılan antisitokin ilaçlarla ilgili olarak, ilgi alanımızdaki enflamatuvar hastalıklardaki deneyimlerimizden dolayı biz romatologlara COVID-19 yönetiminde önemli bir görev düşmektedir.

#### KÖ-002

#### Romatizmal hastalığı olanlarda COVID-19. Türkiye ve dünya verileri

Sinem Nihal Esatoğlu

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul*

Koronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19), Şiddetli Akut Solunum Yolu sendromu koronavirüsü 2'nin neden olduğu ve oldukça değişken bir klinik seyir izleyebilen bir hastalıktır. Asemptomatik hastalık, grip benzeri semptomlar ve hafif-şiddetli pnömone en sık görülen klinik özelliklerinden olup nörolojik ve gastrointestinal sistem gibi birçok farklı organ sistemine dair semptomlara neden olabilmektedir. COVID-19 her yaşta insanda görülebilmekle beraber, ileri yaş ve eşlik eden komorbiditeler ağır klinik gidiş ile ilişkilidir. Romatizmal hastalıklığa sahip kişilerin de risk grubunda olup olmadığı merak konusudur. Romatizmal hastalığın kendisine veya romatizmal hastalık için kullanılan ilaçlarla ilişkili olabilecek immünoşüpresyon nedeniyle COVID-19'un erken evrelerinde viral yükün azaltılmaması, abartılı bir enflamatuvar reaksiyona neden olarak doku hasarına ve çoklu organ yetmezliğine yol açabilir. Diğer yandan hidrosiklorokin, klorokin ve barisitinib gibi anti-romatizmal ilaçların anti-viral etkilerinin olduğu ve erken fazda viral yükü azaltarak ağır gidişi önleyebileceği de öne sürülmüştür.

Bu sunumda, romatolojik hastalığı olanlarda COVID-19 sıklığı, hastalığın seyri ve risk faktörlerine dair yayınlar gözden geçirilecektir.

## KÖ-003

### Aksiyal spondiloartrit tedavisinde hedef mümkün mü?

Nurullah Akkoç

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

Hedefe yönelik tedavi (HYT) stratejisi ilk olarak diyabet, hipertansiyon ve dislipidemi gibi kronik hastalıklarda kardiyovasküler olay/mortalite/organ hasarı gibi uzun dönemdeki komplikasyonları engellemek için ortaya atılmıştır. Bu konsept kapsamında uzun dönemdeki asıl hedefin yerine geçecek bir sonuç ölçütü ve hedef düzeyi seçilir, hedef düzeye erişmek için takip edilmesi gereken izlem aralıkları tedavi süreleri belirlenir. Dislipidemi için LDL-kolesterol, hipertansiyon için kan basıncı ve diyabet için HbA1c seçilmiş hedef ölçütlerdir. Klinik pratikte benimsenebilmesi için HYT stratejisinin toksisite ve maliyetlerde önemli bir artış yapmadan istenen yararı sağladığının çalışmalarla kanıtlanmış olması gerekir. Bu nedenle yapılan prospektif kontrollü çalışmalarda intensif hedeflere yönelik tedavi alanlarda standart hedeflere göre kardiyovasküler olay/ölümlerin engellendiği tutarlı bir şekilde gösterilemediği gibi, bazılarında sıkı tedavi kolunda daha kötü sonuçlar elde edilmiştir. Bunun sonucunda farklı profesyonel gruplarca yayınlanmış güncel tedavi kılavuzlarında dislipidemi, diyabet ve hipertansiyon tedavisi için önerilen hedef düzeyleri arasında farklılıklar vardır. ACC/AHA 2013 kılavuzunda HYT yaklaşımından vazgeçtiğini açıklamıştır.

Enflamatuvar romatizmal hastalıkların tedavisinde kullanılan anti-romatizmal ilaçlara biyolojik ilaçların katılmasıyla önemli oranda hastada remisyon veya düşük hastalık aktivitesi (DHA) elde etmek mümkün hale gelmiştir. Standart ve remisyon/DHA hedefli intensif tedavi stratejilerinin romatoid artritteki (RA) etkinliği çok sayıda çalışmada karşılaştırılmıştır. Bu çalışmalardan elde edilen veriler göz önüne alınarak 2010 yılında RA için HYT önerileri yayınlanmıştır. Bunu 2012 yılında geliştirilen ve daha sonra güncellenen aksiyal spondiloartrit (SpA), periferik spondiloartrit ve psöriyatik artrit HYT önerileri izlemiştir. Bu önerilerde aksiyal SpA için ana hedef remisyon, alternatif hedef olarak DHA gösterilmiş, hedef seçiminin hasta ile birlikte belirlenmesi istenmiştir. 2016 ASAS (The Assessment of Spondylo Arthritis International Society)-EULAR (European League Against Rheumatism) axSpA tedavi yönetimi önerilerinde bu HYT stratejisini desteklemiştir. Fakat ACR 2019 aksiyal spondiloartrit tedavi önerilerinde hastalık aktivitesi ile yapısal hasar arasında ilişkiyi gösteren güçlü

kanıtların olmaması nedeniyle HYT önerilerindeki hedeflere karşı çıkmıştır. Henüz makale olarak yayınlanmamış TICOSPA çalışmasında ASDAS <2,1 hedefine yönelik tedavi alan hastalar ile standart tedavi grubu arasında primer etkinlik sonucu bakımından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır.

## KÖ-004

### ANCA ilişkili vaskülitler

Kenan Aksu

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir

#### Yeni Tedaviler

ANCA ilişkili vaskülitler (AİV); organ, sistem tutuluşları ve mortalite/morbiditeleri açısından diğer birçok sistemik vaskülitten ayrılan sistemik, ağır seyirli, küçük damar vaskülitlerinin en sık görülen alt grubudur. Klasik olarak hayati organ tutuluşu yapmış AİV'lerin remisyon indüksiyon tedavisinde siklofosamid, rituksimab ve yüksek doz kortikosteroid kullanılmaktadır. Hayati olmayan tutuluşlarda, metotreksat, azatioprin, mikofenolat mofetil gibi ajanlar kullanılabilir. İdame tedavide azatioprin, mikofenolat mofetil, rituksimab, uygun olgularda metotreksat kullanılır.

AİV'li hastaların bir kısmı, kuvvetle muhtemel, tedavide kullanılan immünosüpresif/sitostatik ilaçların etkisiyle hipogamaglobulinemiye/enfeksiyonlara yatkınlık göstermektedir. Hem bu nedenle, hem de özellikle periferik nöropatili olgular gibi uygun AİV'li hastalarda intravenöz immünglobulin tedavide kullanılmaktadır. Özellikle aktif AİV'li hastalarda, uzun süredir mevcut patojenik antikor yükünün azaltılması için plazma değişimi yapılmaktadır. Yakınlarda tamamlanmış çalışmalar son dönem böbrek yetmezliği gelişimi üzerine plazma değişiminin etkisinin olmadığı şeklinde sonuçlansa da, uygun aktif AİV'li hastalarda plazma değişimi seçilecek tedavi şekillerinden biri olabilir.

AİV'lerin tedavisinde en önemli konulardan birisi de "tedavi toksisite"dir. Özellikle tedavide kullanılan, aktif AİV'de kullanılmak zorunda kalınan ajanlardan birisi de kortikosteroidlerdir. Gerek enfeksiyonlara artmış duyarlılık, gerek osteoporoz, avasküler nekroz gibi uzun dönemde ortaya çıkabilecek istenmeyen yan etkilere sahip kortikosteroidlerin alternatiflerini bulmak ve kortikosteroidlerin farmakolojik olumlu etkilerini başka ajanlarda aramak gereklidir. Ana kural: Gerektiği dozda ve sürede kortikosteroid kullanmaktır. Gerek indüksiyon gerek idame tedavide hastanın bireysel özelliklerine göre doz ve sürede kullanılan rituksimabın daha etkin kullanılması ve avacopan gibi yeni ajanların kullanımı kortikosteroid ihtiyacını azaltmaktadır.

# Sözlü Sunumlar

(SS-01 — SS-024)

## SS-001

### Behçet sendromlu hastalarda serum High Mobility Group Box-1 düzeyi ve bunun hastalık aktivitesi ve klinik bulgularla ilişkisi

Ayşe Bahar Keleşoğlu Dinçer<sup>1</sup>, Dilara Dönmez<sup>2</sup>, Ceren Karahan<sup>3</sup>, Hasan Selim Güler<sup>2</sup>, Müçteba Enes Yayla<sup>1</sup>, Serdar Sezer<sup>1</sup>, Emine Gözde Aydemir Gülöksüz<sup>1</sup>, İlyas Ercan Okatan<sup>1</sup>, Murat Torgutalp<sup>1</sup>, Didem Şahin Eroğlu<sup>1</sup>, Mehmet Levent Yüksel<sup>1</sup>, Tahsin Murat Turgay<sup>1</sup>, Gülay Kınıklı<sup>1</sup>, Aşkın Ateş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** High Mobility Group Box-1(HMGB-1), proenflamatuvar etkileri olan bir nükleer proteindir. Kronik enflamatuvar hastalıklarda serum HMGB-1 düzeyinin arttığı gösterilmiştir. Bu çalışmada, Behçet sendromlu (BS) hastalarda serum HMGB-1 düzeyi ve bunun, BS klinik bulguları ve hastalık aktivite skorları ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmaya Mart 2018-Mart 2019 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı- Multidisipliner Behçet Bölümünde takip edilen 90 BS hastası ve yaş-cinsiyet uyumlu 50 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir. BS hastalık aktivite skorları Behçet Disease Current Activity form (BDCAF) ve Behçet Syndrome Activity score (BSAS) kullanılarak değerlendirilmiştir. Hastaların klinik bulguları tanı aldıkları andan itibaren olan kümülatif bulgular ve çalışmaya dahil edilmeden son bir ay içerisinde mevcut klinik bulgular şeklinde değerlendirilmiştir. Serum HMGB-1 düzeyleri ELISA kit kullanılarak ölçülmüş ve p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

**Bulgular:** BS hastalarının demografik ve klinik bulguları Tablo 1'de özetlenmiştir. Serum HMGB-1 düzeyi BS hastalarında (43,26 pg/mL) sağlıklı kontrollere (16,73 pg/mL) göre anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur (p<0,001) (Tablo 1). Serum HMGB-1 düzeyi, son bir ay içerisinde genital ülser ve eritema nodosum benzeri lezyonu olan hastalarda, bu bulguların olmadığı hastalara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla, p=0,02, p=0,03) (Tablo 2). Diğer klinik bulgular ile serum HMGB-1 düzeyleri arasında ise anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 2). Serum HMGB-1 düzeyi BSAS ve BDCAF skorları ile istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde pozitif korelasyon göstermiştir (sırasıyla, r=0,24, p=0,022 and r=0,24, p=0,026). BDCAF skoru ≥2 olan hastalar aktif olarak kabul edilmiş ve aktif (n=52) hastaların serum HMGB-1 düzeyleri inaktif (n=38) hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur (p=0,035).

**Sonuç:** BS patogenezinde doğal bağışıklık sistemi kritik bir rol oynamaktadır. HMGB-1'in doğal bağışıklık sisteminin

güçlü bir uyarıcı olması nedeniyle BS gelişiminde rolü olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca hastalık aktivite skorları ile pozitif korelasyon göstermesi, BS'de aktivite belirteci olarak kullanılabileceğini düşündürmektedir. Bu sonuçların daha fazla hasta ile yapılan çalışmalar ile desteklenmesi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet sendromu, High mobility group box-1, enflamasyon

**Tablo 1.** BS hastaları ve sağlıklı kontrollerin demografik, klinik ve laboratuvar bulguları

	BS hastaları	Kontrol grubu	p değeri
Yaş, yıl, ortalama (± SD)	42,16±9,69	39,00±10,65	0,128
Cinsiyet, kadın, n (%)	51 (56,70)	32 (64,00)	0,401
Hastalık süresi (yıl), median (min-maks)	10 (1-37)		
Kümülatif klinik bulgular, n (%)			
Oral ülser	90 (100,00)		
Genital ülser	68 (75,55)		
Erythema Nodosum benzeri lezyon	52 (57,77)		
Papülopüstüler Lezyonlar	59 (65,55)		
Paterji pozitifliği	37 (41,11)		
Uveit	27 (30,00)		
Retinal vaskülit	2 (2,22)		
Merkezi sinir sistemi tutulumu	7 (7,77)		
Gastrointestinal sistem tutulumu	2 (2,22)		
Atralji	75 (83,33)		
Artrit	15 (16,66)		
Arteriyel tutulum	3 (3,33)		
Venöz tutulum	25 (27,77)		
Majör organ tutulumu*	47 (52,22)		
Laboratuvar bulguları, median (min-maks)			
Serum HMGB-1 düzeyi (pg/mL)	43,26 (0-221,33)	16,73 (0-41,95)	<0,001
ESR (mm/h)	9 (1-48)		
CRP (mg/L)	0,25 (0,30-169,00)		
BSAS (min-maks)	10 (0-54)		
BDCAF (min-maks)	2 (0-6)		
Tedavi, n (%)			
Kolsisin	86 (95,55)		
Azatioprine	20 (22,22)		
Mikofenolat mofetil	1 (1,11)		
Metotreksat	1 (1,11)		

\*Göz, MSS, GIS ve vasküler tutulumlar birlikte majör organ tutulumu olarak değerlendirmeye alınmıştır

**Tablo 2.** BS hastalarında son bir ay içerisinde mevcut klinik bulguların olup olmasına göre serum HMGB-1 düzeyi

Mevcut Klinik bulgular, (n)	HMGB-1 (pg/mL), median (min-max)	p
Oral ülser		0,218
(+) (n=60)	44,03 (0-221,33)	
(-) (n=30)	39,11 (0-103,91)	
Genital ülser		0,041
(+) (n=7)	47,11 (43,26-221,33)	
(-) (n=83)	42,50 (0-103,91)	
EN benzeri lezyon		
(+) (n=14)	51,83 (27,90-75,25)	<0,001
(-) (n=76)	39,85 (0-221,33)	
Papülopüstüler erüpsiyon		0,216
(+) (n=26)	45,17 (5,46-62,42)	
(-) (n=64)	41,36 (0-221,33)	
Atralji/artrit		0,723
(+) (n=57)	43,26 (0-221,33)	
(-) (n=33)	42,88 (0-103,91)	
Majör organ tutulumu (+) (n=4)	44,3 (35,05-47,89)	0,314
(-) (n=86)	43,26 (0-221,33)	

## SS-002

### Bağ dokusu ilişkili interstiyel akciğer hastalığında siklofosamid tedavisi sonrası idame tedavisi: Mikofenolat mofetil ile azatiyoprinin karşılaştırılması

Hasan Satış<sup>1</sup>, Mehmet Onut<sup>2</sup>, Reyhan Bilici Salman<sup>1</sup>, Hakan Babaoğlu<sup>1</sup>, Nuh Ataş<sup>1</sup>, Aslıhan Avanoğlu Güler<sup>1</sup>, Hazan Karadeniz<sup>1</sup>, Dilek Yapar<sup>3</sup>, Nilgün Demirci<sup>4</sup>, Şeminur Haznedaroğlu<sup>1</sup>, Berna Göker<sup>1</sup>, Mehmet Akif Öztürk<sup>1</sup>, Abdurrahman Tufan<sup>1</sup>, Haluk Türkteaş<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Ankara Şehir Hastanesi, Ortopedi Anabilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı ve Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

<sup>4</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Bağ dokusu hastalığına bağlı interstiyel akciğer hastalığında siklofosamid (CYC) tedavisini takiben idame tedavisi için mikofenolat mofetil (MMF) ve azatiyoprinin (AZA) karşılaştırılması amaçlandı.

**Yöntem:** Üçüncül basamak bir merkezde, 2009-2019 yılları arasında romatoloji veya göğüs hastalıkları bölümü tarafından takip edilen tüm interstiyel akciğer hastalığı hastaları retrospektif olarak değerlendirildi. İndüksiyon rejimi olarak CYC ile tedavi edilen ve remisyonu sağlanan hastalar seçildi. Bunlar arasında, MMF veya AZA ile idame tedavi verilen hastaların 6. ayda tedavi yanıtları ve FVC değişimi karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Birinci basamak tedavi için CYC ile tedavi edilen 77 hasta vardı. Elli yedi hastaya MMF (n=30) veya AZA (n=27) ikinci basamak tedavisi verildi. CYC ile remisyone girmiş ve idame tedavisi verilen 46 hasta vardı. Bu hastalardan 22'sine MMF, 24'üne AZA kullanıldı. MMF tedavisi verilen grubun, daha kötü

bazal FVC değerleri ve akciğerde daha yaygın interstiyel tutulumu vardı. Öte yandan 6. ayın sonunda MMF grubunda daha iyi yanıt oranı elde edildi (sırasıyla %81,8'e karşılık %50). MMF ve AZA'nın her ikisi de hasta gruplarında iyi tolere edildi ve her iki grupta da önemli bir yan etki görülmedi.

**Sonuç:** MMF, CYC tedavisi kullanıldıktan sonra CTD-ILD'nin idame tedavisinde AZA'ya göre daha iyi sonuçlar verdi.

**Anahtar Kelimeler:** Bağ dokusu bozukluğu, interstiyel akciğer hastalığı, idame tedavi, mikofenolat mofetil, azatiyoprin, siklofosamid

Tedavi gruplarına göre yanıt değerlendirilmesi

	MMF (n=22)	AZA (n=24)	p
AZA doz mg/g (medyan)	n.a	112.5	
MMF doz mg/g (medyan)	1750	n.a	
Düşük doz steroid kombinasyonu alan hasta sayısı (%)	3 (13)	2 (8)	>0,05
▲MMRC skoru	0 (-1;0)	0 (-1;0)	>0,05
▲FCV, mL	0,6(-0,145;0,125)	-1,75(-0,34;0,03)	0,028
▲FCV, predikte %	-1 (-5;6,5)	-6 (-10,25;-1,5)	0,041
▲HRCT tutulum değişikliği	0 (-10;2,5)	2,5(0;5)	0,065
İAH progresyonu görülen hasta sayısı (%)	4 (18,2)	12 (50)	0,032
Hastalık spesifik değerlendirme, İAH progresyonu görülen hastalar			
Skleroderma (n=29)	1 (10)	11 (54)	0,013
Skleroderma dışı (n=17)	3 (25)	1 (20)	>0,05
Romatoid artrit (n=5)	1	-	>0,05
Primer Sjögren sendromu (n=6)	1	1	>0,05
Enflamatuvar myozit (n=3)	1	-	>0,05
IPAF (n=^)	-	-	>0,05

AZA: Azatiyoprin, IPAF: Otoimmün özellikli interstiyel pnömoni, MMF: Mikofenolatm, MMRC: Modifiye tıbbi araştırma konseyi

## SS-003

### Skleroderma ve sjögren hastalarında ekzokrin pankreas disfonksiyonu

Hasan Satış<sup>1</sup>, Burak Arslan<sup>2</sup>, Serdar Can Güven<sup>3</sup>, Dilek Yapar<sup>4</sup>, Reyhan Bilici Salman<sup>1</sup>, Hakan Babaoğlu<sup>1</sup>, Nuh Ataş<sup>1</sup>, Aslıhan Avanoğlu Güler<sup>1</sup>, Hazan Karadeniz<sup>1</sup>, Şeminur Haznedaroğlu<sup>1</sup>, Berna Göker<sup>1</sup>, Mehmet Akif Öztürk<sup>1</sup>, Abdurrahman Tufan<sup>1</sup>, Murat Kekilli<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup>Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

<sup>4</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı ve Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

<sup>5</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Dispeptik problemler bağ dokusu hastalıklarında sık görülmektedir. Genel popülasyonda pankreas ekzokrin yetmezliği



bu gastrointestinal problemlerin nedenlerinden birisidir. Bu çalışmada bağ dokusu hastalıklarından Skleroderma (SSc) veya Primer Sjögren sendromu (pSS) hastalarında pankreas fonksiyon bozukluğu olup olmadığı araştırılmıştır.

**Yöntem:** SSc veya pSS tanısı alan hastalar kesitsel olarak incelendi. Fonksiyonel değerlendirme için gastrointestinal yaşam kalitesi (GIQLE) anketi kullanıldı. Katılımcılardan rastgele dışkı örnekleri alındı ve pankreatik ekzokrin fonksiyon değerlendirmesi için elisa yöntemiyle ölçülen dışkı elastaz düzeyi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Kırk SSc ve 41 pSS hastası çalışmaya dahil edildi. Gruplarda benzer hastalık süresi, yaş ve cinsiyet dağılımı vardı. Dışkı elastaz düzeyleri gruplar arasında farklı değildi, ortalama fekal elastaz değerleri sırası ile SSc hastalarında 437±128 ve pSS hastalarında 428±149 olarak ölçüldü. Dışkı elastaz seviyesi 200 u/mL'nin altında olan hastaların yüzdesi, pankreatik ekzokrin disfonksiyonunun da gruplar arasında aynı olduğunu düşündürdü (%12,2 vs. %7,5 arasında). Ancak SSC grubunda fonksiyonel anket skoru hem toplam puan hem de her alt grupta pSS hastalarına göre daha kötü idi.

**Sonuç:** Gastrointestinal problemler bağ dokusu bozukluklarında, özellikle SSc hastalarında yaygındır. Pankreas ekzokrin disfonksiyonunun bu şikayetlerin patogenezinde küçük bir rolü olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik skleroz, Primer Sjogren sendromu, fekal elastaz, pankreas ekzokrin disfonksiyonu

## SS-004

### Kolşisin kullanan ve kronik hastalık öyküsü olan gut hastaları ile kardiyovasküler risk faktörü olan hastalar arasında karotis intima-media kalınlığının karşılaştırılması

Ebru Yılmaz<sup>1</sup>, Kadriye Halli Akay<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kocaeli Devlet Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Kocaeli

<sup>2</sup>Kocaeli Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Kocaeli

**Amaç:** Enflamasyon, aterosklerotik plak gelişiminin tüm aşamaları dahil olmak üzere kardiyovasküler hastalıkların patogenezinde önemli bir rol oynamaktadır. Statinlerin lipit düşürücü özelliklerine ek olarak bir antiinflamatuvar fayda sağladığı bilinmesine rağmen, günümüzde enflamasyonu hedefleyen tedavileri geliştirmeye doğru bir kayma vardır. Kolşisinin Akut Koroner sendromlu hastalarda yararlı etkilere sahip olduğu ve gelecekteki olumsuz kardiyovasküler olaylarda azalmaya yol açtığı gösterilmiştir. Arteriyel duvar patolojisinin göstergesi olarak karotis intima-media kalınlığının (İMK) ölçülmesinin hem ateroskleroz hakkında hem de serebrovasküler hastalıkların erken tanısında bilgi sağlayabileceği açıktır. Bu çalışmada kolşisin kullanan kronik hastalık öyküsü olan gut hastaları ile kardiyovasküler risk faktörleri olan hastalar arasında İMK karşılaştırılmıştır.

**Yöntem:** Yüz iki hasta (85 kadın, 17 erkek) çalışmaya dahil edildi. Grup 1: Kronik hastalığı [hipertansiyon (HT), diyabet (DM), hiperlipidemi (HPL)] olan ve kolşisin kullanan (>6 ay, 0,5 mg/2x1/gün) gut hastaları; Grup 2: Kronik hastalık (HT, DM,

HPL) nedeniyle kardiyovasküler risk faktörleri olan hastalar. Tüm hastaların C-reaktif protein (CRP), lipit seviyeleri ile İMK değerleri ölçüldü.

**Bulgular:** Hastaların ortalama yaşı Grup 1 ve Grup 2'de sırasıyla 62,35±6,68 yıl ve 64,27±5,32 yıl idi. Grup 1'deki kronik hastalık yüzdeleri HT %88,2 (n=45), DM %60,8 (n=31), HPL %25,5 (n=13); grup 2'deki kronik hastalık yüzdesi HT %88,2 (n=45), DM %64,7 (n=33), HPL %45,1 (n=23) idi. Gruplar arasında lipit düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (p>0,05). Grup 1 ve Grup 2'deki İMK ve CRP değerleri sırasıyla 0,98±0,20 ve 0,26±0,14, 1,18±0,15 ve 0,58±0,42 idi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p<0,05).

**Sonuç:** Kolşisin, kolesterol kristalleri tarafından aktive edilen nükleotid bağlayıcı oligomerizasyon alanı benzeri reseptör proteini 3 tarafından tetiklenen aterosklerotik plak gelişiminde, ilerlemesinde ve stabilitesinde önemli araçlar olan kaspaz-1 aktivasyonunu ve ardından IL-1β ve IL-18 gibi proenflamatuvar sitokinlerin salgılanmasını inhibe ederek risk faktörleri olan hastalarda kardiyovasküler ve serebrovasküler olayların önlenmesi için etkili bir tedavi yöntemi olarak göz önünde bulundurulabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Ateroskleroz, kolşisin, CRP, karotis intima-media kalınlığı

Değişkenler	Grup 1 (n=51) Kronik hastalığı olan ve kolşisin kullanan hastalar (FTR grubu)	Grup 2 (n=51) Kronik hastalığı olan hastalar (Kardiyoloji grubu)	P value
Yaş (yıl)	62.35±6.68	64.27±5.32	0.124
Cinsiyet			
Kadın	42 (82.4%)	43 (84.3%)	1.00
Erkek	9 (17.6%)	8 (15.7%)	
Vücut kitle indeksi (BMI)	34.30±4.15	32.90±5.06	0.124
Kronik hastalık			
Hipertansiyon (HT)	18 (35.3%)	11 (21.6%)	0.343
Diabetes mellitus (DM)	5 (9.8%)	4 (7.8%)	
HT+DM	15 (29.4%)	13 (25.5%)	
HT+Hiperlipidemi (HPL)	2 (3.9%)	7 (13.7%)	
DM+HPL	1 (2%)	2 (3.9%)	
HT+DM+HPL	10 (19.6%)	14 (27.5%)	
Sigara kullanımı			
Evet	7 (13.7%)	6 (11.8%)	1.00
Hayır	44 (86.3%)	45 (88.2%)	

Tüm değerler ortalama±standart sapma ve yüzdelik olarak ifade edildi. p<0.05 ise anlamlı fark.

**Resim 1.** Gruplardaki hastaların demografik özellikleri

**Tablo 1.** Grup 1 ve grup 2'deki hastaların lipit değerleri

Değişkenler	Grup 1 Kronik hastalığı olan ve kolşisin kullanan hastalar (FTR grubu)	Grup 2 Kronik hastalığı ve kardiyovasküler risk faktörü olan hastalar (Kardiyoloji grubu)	p değeri
Kolesterol	212,18±42,30	231,75±37,47	0,15
Trigliserit	168,47±50,08	161,33±66,07	0,27
LDL	129,65±33,16	145,98±31,64	0,12
HDL	49,98±12,58	52,08±12,68	0,40

Tüm değerler ortalama ± standart sapma olarak ifade edildi. p<0,05 ise anlamlı fark

**Tablo 2.** Grup 1 ve grup 2'deki hastaların İMK ve CRP değerleri

Değişkenler	Grup 1 Kronik hastalığı olan ve kolşisin kullanan hastalar (FTR grubu)	Grup 2 Kronik hastalığı ve kardiyovasküler risk faktörü olan hastalar (Kardiyoloji grubu)	p değeri
İMK (mm)	0,98±0,20	1,18±0,15	<0,001
CRP (mg/dL) (0-0,5)	0,26±0,14	0,58±0,42	<0,001

Tüm değerler ortalama ± standart sapma olarak ifade edildi. p<0,05 ise anlamlı fark

## SS-005

### Romatoid artrit hastalarında dinamik tiyol/disülfid hemostazının değerlendirilmesi

Yunus Halil Polat<sup>1</sup>, İsmail Doğan<sup>2</sup>, Orhan Küçükşahin<sup>2</sup>, Özcan Erel<sup>3</sup>, Şükran Erten<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahiliye Anabilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bölümü, Ankara

<sup>3</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Bölümü, Ankara

**Amaç:** Romatoid artrit (RA), eroziv sinovit ile karakterize sistemik, kronik, enflamatuvar bir hastalıktır. Yüksek reaktif oksijen radikallerin (tiyoller gibi) seviyelerinin hücreler üzerindeki zararlı etkisine oksidatif stres denir. Bu çalışmanın amacı RA hastalarında dinamik tiyol/disülfid dengesini değerlendirmek ve kontrol grubu ile karşılaştırmaktır.

**Yöntem:** Çalışmaya RA'lı 100 hasta ve 100 sağlıklı birey dahil edildi. Tiyol havuzunu etkileyen kronik böbrek hastalığı, nefrotik sendrom, malnütrisyon ve hipotalbüminemiye neden olabilecek kronik karaciğer hastalığı olan hastalar çalışmadan çıkartıldı. Kontrol grubu için, tiyol ve disülfid düzeylerini etkileyebilecek sistemik kronik hastalığı olmayan 18-65 yaşları arasındaki sağlıklı bireyler seçildi. Demografik özellikler, laboratuvar bulguları ve doğal tiyol [-SH], toplam tiyol [SH + -SS-], disülfid [-SS-] seviyeleri ve disülfid / doğal tiyol [-SS -/ -SH], disülfid / toplam tiyol [-SS -/ -SH + -SS-], doğal tiyol/toplam tiyol [-SH/-SH + -SS-] değerleri; hasta ve kontrol grubunda karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Hasta grubunun %86'sı kadın, ortalama yaşları 46,3±12,03, ESR 26,92±16,41 ve CRP değeri 9,13±9,9 idi (Tablo 1). Hasta grubunda; doğal tiyol, toplam tiyol değeri, doğal tiyol/toplam tiyol oranı kontrol grubundan anlamlı olarak düşüktü. Disülfid, disülfid/doğal tiyol ve disülfid/toplam tiyol oranı kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 2). Tiyol/disülfid ile anti-CCP, RF pozitifliği, DAS 28 skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

**Sonuç:** Bu çalışma, tiyol-disülfid düzeyleri ile RA arasındaki ilişkiyi değerlendiren nadir çalışmalardan biridir ve RA hastalarında tiyol/disülfid hemostazının bozulduğunu göstermiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Tiyol, disülfid, oksidatif stres, serbest oksijen radikalleri, romatoid artrit

**Tablo 1.** RA hastalarının bazı klinik ve laboratuvar verileri

Hasta parametreleri	
Yaş, yıl, ortalama ± SS	46,3±12,03
Cinsiyet, n (%)	erkek 14 (%14) kadın 86 (%86)
DAS 28 skoru (ortalama ± SS)	3,85±1,15
ESR, mm/s, medyan (min/maks)	26,92±16,41
CRP, mg/dL, medyan (min-maks)	9,13±9,9
Anti-CCP, ortalama ± SD	139,215±191,79
RF, IU/mL ortalama ± SD	87,72±165,01
Kreatinin, mg/dL, ortalama ± SD	0,67±0,16
AST, IU, ortalama ± SD	19,94±6,23
ALT, IU, ortalama ± SD	20,28±12,36
GGT, IU, ortalama ± SD	21,99±15,10
Toplam kolesterol, mg/dL, ortalama ± SD	194,95±43,94
LDL, mg/dL, ortalama ± SD	114,98±35,05
Glukoz, mg/dL ortalama ± SD	90,23±15,35
Doğal tiol, ortalama ± SD	447,10±59,35
Disülfid, ortalama ± SD	15,25±8,49
Toplam tiyol, ortalama ± SD	478,84±56,97
İndeks 1, ortalama ± SS	0,04±0,07
İndeks 2, ortalama ± SS	0,04±0,40
İndeks 3, ortalama ± SS	0,93±0,07

RA: Romatoid artrit, DAS 28 skoru: Hastalık aktivite skoru 28, ESR: Eritrosit sedimentasyon hızı, CRP: C-reaktif protein, Anti-CCP: Anti-siklik sitrüline peptid, RF: Romatoid faktör, AST: Aspartat aminotransferaz, ALT: Alanin aminotransferaz, GGT: Gama glutamil transferaz, LDL: Düşük yoğunluklu lipoprotein

**Tablo 2.** RA hastaları ve kontrol grubu arasında tiyol/disülfid seviyesinin karşılaştırılması

	RA	Kontrol	p
Doğal tiyol, ortalama ± SD	414,31±53,57	479,89±45,13	<0,001
Disülfid, ortalama ± SD	16,68±8,50	13,82±8,29	0,017
Toplam tiyol, ortalama ± SD	450,13±52,04	507,54±46,36	0,000
İndeks 1, ortalama ± SS	0,05±0,09	0,02±0,01	0,011
İndeks 2, ortalama ± SS	0,04±0,05	0,02±0,01	0,002
İndeks 3, ortalama ± SS	0,91±0,09	0,94±0,03	0,003

RA: Romatoid artrit, İndeks 1: Disülfid/doğal tiyol [-SS-/-SH], İndeks 2: Disülfid/toplam tiyol [-SS -/ -SH + -SS-], İndeks 3: Tiyol/toplam tiyol [-SH/-SH + -SS-]

## SS-006

### Romatolojide kadının dünü, bugünü, yarını

Emine Duygu Ersözlü<sup>1</sup>, Melda Ulaş Güncan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji, Adana

<sup>2</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Mersin

**Amaç:** Türkiye'de kadın romatologların akademik hayatta ve Türkiye Romatoloji Derneği Yönetim kurulunda yer alma durumlarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

**Yöntem:** 1993 yılından itibaren Türkiye Romatoloji Derneği'nin kayıtları günümüze kadar incelenmiştir. 2020 yılı itibarıyla görev yapan romatologlar akademik ünvanlarıyla kaydedilmiştir.

**Bulgular:** 1993 yılı dernek kayıtlarına göre ülkemizde 8 erkek (%66,7) ve 4 kadın (%33,3) üye varken, 2020 yılında 205 erkek (%52,2) ve 188 kadın (%47,8) üye bulunmaktadır. Romatoloji derneğinde günümüze kadar dernek başkanlığı yapan erkek sayısı 11 (%84,6) iken kadın sayısı 2'dir (%15,4). 2020 yılı itibarıyla 89 romatoloji profesörünün 39'u (%43,8), 54 doçentin 24'ü (%44,4) ve 19 doktor öğretim üyesinin 6'sı (%31,5) kadın olup kadın akademisyen oranı %42,5'tir. Romatoloji eğitimi devam eden 99 romatoloji uzmanlık öğrencisinin 47'sini (%47,4) kadınlar oluşturmaktadır.

**Sonuç:** Türkiye'de kadın romatolog sayısı erkek romatolog sayısına hemen hemen benzer olmasına rağmen akademik hayatta ve dernek yönetiminde yeterli ve beklenen çoğunluğa ulaşamamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Romatolog, kadın, akademik

## SS-007

### Psöriyatik artrit (PsA) hastalarının minimal disease activity (MDA) oranları ve etki eden faktörler: Tek merkezli gerçek yaşam verileri

Murat Bektaş<sup>1</sup>, Berk Çelik<sup>2</sup>, Yasemin Yalçınkaya<sup>1</sup>, Bahar Artım Esen<sup>1</sup>, Ahmet Gül<sup>1</sup>, Mahdume Lale Öçal<sup>1</sup>, Murat İnanç<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

<sup>2</sup>*İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul*

**Giriş:** Psöriyatik artrit (PsA), daktilit, entezit, spondilit ve deri tutulumu gibi farklı bulgular içeren heterojen bir hastalıktır. PsA'da kompozit indekslerin hastalık aktivitesini değerlendirmede yararlı olduğu düşünülmektedir. Minimal hastalık aktivitesi (MDA) ilk olarak OMERACT tarafından romatoid artritte uygun bir hastalık ölçütü olarak ortaya konmuş daha sonra PsA'da geliştirilmiş ve validasyonu yapılmış bir ölçüttür.

**Amaç:** Bu çalışmamızda kliniğimizden takipli PsA hastalarının karakteristik özellikleri, MDA oranları ve etki eden faktörleri incelemeyi amaçladık.

**Yöntem:** CASPAR sınıflandırma kriterlerini karşılayan ve en az altı ay izlem verisi olan PsA hastaları MDA açısından kesitsel olarak incelendi. Klinik veriler hasta dosyalarından standart formlarla toplandı. En az bir geleneksel sentetik DMARD'a (cs-DMARD) en az üç ay süre ile yeterli yanıt olmayan hastalarda biyolojik DMARD (b-DMARD) uygulandı. Hastalar yedi kriterden (ağrılı eklem sayısı  $\leq 1/68$ , şiş eklem sayısı  $\leq 1/66$ , PASI  $\leq 1$ , görsel skala  $\leq 15$ , hasta global görsel skala  $\leq 20$ , HAQ-DI  $\leq 0,5$  ve entezit sayısı  $\leq 1$ ) en az beşini karşıladığında MDA'da kabul edildi.

**Bulgular:** Analize %61'i kadın 172 hasta dahil edildi. Ortalama takip süresi 105,4 ay, ortalama hasta yaşı 50,2 bulundu. Hastaların ortalama PsA başlangıç yaşı 38; PsA süresi 140 ay, psöriyazis (PsO) süresi 138 ay idi. Tedavi öncesi hastaların ortalama hassas eklem sayısı 5,6; şiş eklem sayısı 2,7; ESH: 35,7, CRP: 20,3 idi. Hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Hastaların %96,5'i cs-DMARD kullanırken en sık kullanılan metotreksat idi (%88). Yetmiş dört hasta (%43,3) b-DMARD kullanmaktayken en sık kullanılan etanersept (%59) idi. Toplamda hastaların

%55,2'sinin MDA'da olduğu görüldü. PsA tipleri, cs-DMARD ile b-DMARD kullananlar ve b-DMARD'lar arasında MDA oranları farklı değildi. Biyolojik tedavi yanıtları ile MDA oranları Tablo 2'de özetlenmiştir. Hasta yaşı, uzun süreli PsO tanısı ve geç PsA başlangıcı olanlarda MDA oranı yüksek iken; çoklu analizde ileri hasta yaşı, geç PsA başlangıcı, ilk b-DMARD'da devam oranı MDA ile ilişkili bulundu.

**Sonuç:** Kliniğimizde takipli PsA hastalarındaki MDA oranları literatürle uyumlu bulunmuştur ve hastaların yarısından fazlasında MDA'ya ulaşıldığı görülmüştür. cs-DMARD ile b-DMARD kullananlar arasında MDA oranlarının farklı olmaması daha şiddetli seyreden hastalarda b-DMARD kullanımının tercih edilmesine bağlanmıştır. PsA'da kullanılan TNF inhibitörü sayısı arttıkça MDA oranlarındaki belirgin düşme dikkat çekicidir ve ikinci ve sonraki uygulamalarda TNF-dışı yollara etkili b-DMARD uygulanmasının daha etkili olabileceğini düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** PsA, minimal disease activity, biyolojik DMARD

**Tablo 1.** Klinik ve laboratuvar özellikler

Klinik değişkenler	Ortalama	Minimum-maksimum	Std deviasyon
Hasta yaşı	50,2	16-81	13,3
PsA başlangıç yaşı	37,9	11-79	11,9
Takep süresi (ay)	105,4	6-444	76
PsA süresi (ay)	139,9	7,9-528	90,7
PsO süresi (ay)	253,1	0-756	138
Hassas eklem sayısı (bazal)	5,6	1-30	4,9
Şiş eklem sayısı (bazal)	2,88	0-30	3,7
ESH (mm/saat) (bazal)	35,7	2-185	25,9
CRP (mg/L) (bazal)	15,5	1-127	20,2
Entezit sayısı (son)	0,12	0-2	0,4
Daktilit sayısı (son)	0,02	0-1	0,1
Hassas eklem sayısı (son)	1	0-12	1,9
Şiş eklem sayısı (son)	0,44	0-12	5,2
ESH (mm/saat) (son)	21	4-85	15,6
CRP (mg/L) (son)	7,2	1-31	7,2
PsA tipleri (n, %)			
Poliartrit	57 (34)		
Mono/oligoartrit	51 (30)		
Spondilit	48 (29,4)		
İzole DIP tutulumu	11 (6)		
Mutilan artrit	1 (0,6)		

ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı

**Tablo 2.** Biyolojik tedavi yanıt ve MDA oranları

Biyolojik ilaçlar	Ortalama (medyan) süre (ay)	Devam oranı n, (%)	Primer yanıtızlık n, (%)	Sekonder yanıtızlık n, (%)	MDA n, (%)
1.b-DMARD (n=74; %100)	50,4 (34)	34 (45,9)	9 (12,2)	16 (21,6)	34 (45,9)
*s.c TNF inhibitörleri (n=62; %83,8)	50,8 (35,5)	32 (51,7)	8 (12,9)	9 (14,5)	31 (50)
infliksimab (n=12; %16,2)	13,75 (11)	1 (25)	1 (8,3)	7 (58,3)	3 (25)
2.b-DMARD (n=29; %39,2)	28,4 (13,5)	15 (51,7)	5 (17,2)	3 (10,3)	8 (27,6)
*s.c TNF inhibitörleri (n=22; %75,9)	28,6 (15)	11 (50)	4 (18,2)	2 (9,1)	5(22,7)
Infliksimab (n=5; %17,2)	35,2 (36)	3 (60)	0	0	2 (40)
Sekukinumab (n=2; %6,9)	9 (9)	1 (50)	1 (50)	0	1 (50)
≥3.b-DMARD(n=13; %17,5)	15,5 (9)	6 (46,2)	4 (30,8)	1 (7,7)	2 (15,4)
*s.c TNF inhibitörleri (n=8; %61,5)	16,7 (9)	2 (25)	3 (37,5)	1 (12,5)	1 (12,5)
Infliksimab (n=1; %7,7)	37	1 (100)	0	0	1 (100)
Sekukinumab (n=4; %30,8)	6 (3)	3	1	0	0

\*s.c TNF inhibitörleri: Etanersept, adalimumab, sertolizumab, golimumab

## SS-008

### Romatoid artrit hastalarında sağlık değerlendirme anketi (HAQ) skoru ile CRP-albümin oranı ilişkisi

Melih Pamukçu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

**Amaç:** Romatoid artrit (RA) kronik poliartritle karakterize, etiyolojisi bilinmeyen, sistemik, enflamatuvar, otoimmün bir hastalıktır. Tedavi stratejisini belirlemek için hastalık aktivitesinin ve fonksiyonel durumun ölçülmesi gerekmektedir. C-reaktif protein (CRP) yüksekliği ve albümin düşüklüğü enflamasyon belirteçleridir. CRP/albümin oranının (CAO) çeşitli kronik hastalıklarda aktivite göstergesi ve prognostik belirteç olarak kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır. Bu oranın, enflamasyon derecesini göstermekte, tek başına CRP yüksekliği ve albümin düşüklüğünden daha üstün olduğu düşünülmektedir. Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ), RA' da fiziksel işlevi ölçmek, yaşam kalitesini değerlendirmek ve mortaliteyi tahmin etmek için yaygın olarak kullanılan bir araçtır. Çalışmamızda RA hastalarında HAQ skoru ile belirlenen yaşam kalitesi değerlendirmesi ile CAO ilişkisini araştırmayı amaçladık.

**Yöntem:** RA tanılı, tedavi almakta olan 296 hasta ve kontrol grubu oluşturmak üzere 82 sağlıklı kişi bu kesitsel çalışmaya dahil edildi. Laboratuvar parametreleri açısından iki grup arasında karşılaştırma yapıldı. Yaşam kalitesini değerlendirmek için, RA hastalarına laboratuvar tetkikleriyle eş zamanlı olarak HAQ skorlaması yapıldı. HAQ skoruyla ilişkili laboratuvar parametrelerini belirlemek amacıyla korelasyon analizi yapıldı.

**Bulgular:** RA hasta grubunda beyaz küre, nötrofil sayısı, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH), CRP ve CAO anlamlı derecede daha yüksek saptandı. Hasta grubunda, HAQ skoru ile beyaz küre sayısı arasında zayıf pozitif korelasyon ( $r=0,172$ ,  $p=0,003$ ), HAQ skoru ile nötrofil sayısı arasında zayıf pozitif korelasyon ( $r=0,140$ ,  $p=0,016$ ), HAQ skoru ve ESH arasında da anlamlı pozitif korelasyon saptandı ( $r=0,261$ ,  $p<0,001$ ). HAQ skoru ve CRP arasında orta derecede anlamlı pozitif korelasyon ( $r=0,457$ ,  $p<0,001$ ), albümin ile negatif korelasyon ( $-0,259$ ,  $p<0,001$ ) mevcuttu. HAQ skoru ile en güçlü korelasyon CAO ile saptandı ( $r=0,465$ ,  $p<0,001$ ).

**Sonuç:** RA hastalarında HAQ skoru ile CAO'nun ilişkili saptanması; prognozu ön görme, tedavi stratejisi ve yoğunluğunu belirlemede bu iki parametrenin birlikte kullanılabileceğini düşündürmektedir. Bu konuda yapılacak, klinik sonlanımı da değerlendiren ileriye dönük uzun dönem sonuçların karşılaştırıldığı çalışmaların planlanması aydınlatıcı olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Romatoid artrit, sağlık değerlendirme anketi, HAQ skoru, CRP/albümin oranı

Romatoid artrit hastası ve kontrol gruplarının demografik ve biyokimyasal özellikleri

Değişkenler	RA hastaları (n=296)	Kontrol grubu (n=82)	p değeri
Cinsiyet, kadın %	231 (78)	67 (82)	0,543
Yaş	55,6±12	54,1±7	0,273
Hemoglobin (g/dL)	13 (12,1-14,2)	13,5 (13,2-13,8)	0,006
Beyaz küre sayısı (10e3/uL)	7,3 (6,1-8,9)	6,5 (5,4-8,9)	0,004
Nötrofil sayısı (10e3/uL)	4,3 (3,4-5,5)	3,4 (2,6-4,7)	<0,001
Lenfosit sayısı (10e3/uL)	2,0 (1,6-2,6)	2,5 (1,9-2,6)	0,012
Kreatinin (mg/dL)	0,80 (0,73-0,9)	0,83 (0,76-0,94)	0,365
ESH (mm/h)	15 (8-23)	8 (7-10)	<0,001
CRP (mg/L)	5,7 (2,4-12,1)	3 (2-4)	<0,001
Albümin (g/dL)	4,2 (4,0-4,4)	4,0 (3,9-4,1)	<0,001
CAO	1,35 (0,57-2,94)	0,76 (0,49-0,91)	<0,001
HAQ skoru	0,45 (0,35-0,70)		

CRP: C-reaktif protein, ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı, CAO: CRP/Albümin oranı

HAQ skoru ile laboratuvar parametrelerinin ilişkisi

	r değeri	p değeri
Beyaz küre sayısı	0,172	0,003
Nötrofil sayısı	0,140	0,016
ESH	0,261	<0,001
CRP	0,457	<0,001
Albümin	-0,259	<0,001
CAO	0,465	<0,001

CRP: C-reaktif protein, ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı, CAO: CRP/Albümin oranı, r: Korelasyon katsayısı

## Lupus nefritinde C4d yükünü belirleyen yeni glomerüler boyanma skoru ile klinikopatolojik parametrelerin ilişkisi

Saba Kiremitçi<sup>1</sup>, Rezzan Eren Sadioğlu<sup>2</sup>, Serkan Aktürk<sup>2</sup>, Sim Kutlay<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:** İmmünkompleks glomerülo nefritlerinde C4d depozisyonunun tanıs ve prognostik önemi son yıllarda ilgi çekmektedir. Lupus nefritinde böbrekte C4d depozisyonu ile ilgili az sayıda çalışma bulunmaktadır ve sonuçları çelişkilidir. Çalışmamızda lupus nefritli hastalarda böbrekte C4d depozisyonu yükü ile histopatolojik ve klinik parametrelerin ilişkisini araştırmayı amaçladık.

**Yöntem:** Böbrek biyopsisi ile lupus nefriti tanısı kanıtlanmış 51 hasta çalışmaya dahil edildi. Biyopsi anındaki klinik bilgiler ve takip verileri hasta dosyalarından elde edildi. Böbrek biyopsilerinde immünohistokimyasal olarak C4d depozisyonu glomerüler, tübüler ve vasküler kompartmanlarda ayrı ayrı değerlendirildi. Glomerüler değerlendirmede C4d birikim paterni (segmental/global), yaygınlığı (fokal/diffüz) ve boyanma şiddeti (hafif/orta/kuvvetli) gözönüne alınarak yeni bir "glomerüler boyanma skoru" elde edildi.

**Bulgular:** 2003 ISN/RPS sınıflamasına göre; olguların 5'i klas II (%9,8), 16'sı klas III (%31,4), 16'sı klas IV (%31,4) ve 12'si klas V (%23,5) olarak sınıflandırıldı. Biyopsilerin hepsinde glomerüllerde mezangiumda ve/veya kapiller duvarda C4d boyanması izlendi. Glomerüler boyanma skorları klas III ve klas IV arasında anlamlı bir fark göstermezken; klas V'de klas III'e göre daha yüksek saptandı (p=0,016). Glomerüler boyanma skoru; tübülüs bazal membran pozitifliği (p=0,003), interstisyel fibrozis (p=0,021) ve tübüler atrofi (p=0,038) olan olgularda daha yüksek bulundu. Glomerüler boyanma skorunun (kapiller duvar) 24 saatlik proteinüri ile orta düzeyde korelasyon gösterdiği saptandı (r=0,363, p=0,020). Aktif lupus nefriti olan olguların glomerüler boyanma skoru remisyon dakilere göre daha yüksek bulundu (p=0,006). Peritübüler kapiller duvar boyanması olan olgularda immünofloresan incelemede full house pozitiflik daha fazla izlendi (p=0,028).

**Sonuç:** Lupus nefritinde böbrek biyopsilerinde immünohistokimyasal olarak C4d boyanması immünkompleks varlığını ve lokalizasyonunu göstermede faydalıdır. Bu çalışma ile lupus nefritinde glomerüler C4d yükü fazla olan olgularda non-glomerüler kompartmanlarda da C4d birikimi olabilmekte olduğunu ve patolojik glomerüler C4d yükünü ölçmek için oluşturduğumuz yeni skorlamanın proteinüri düzeyi ve klinik hastalık aktivitesi ile korele olduğunu gösterdik.

**Anahtar Kelimeler:** Lupus nefriti, immünohistokimya, C4d, nefrotik sendrom

## Ciddi vasküler hasar nedeniyle spesifik vazodilatör kullanan sistemik skleroz hastalarının klinik ve tedavi özellikleri

Numune Aliyeva, Yasemin Yalçınkaya, Şirhan Amikişiyev, Bahar Artun Esen, Mahdume Lale Oçal, Ahmet Gül, Murat İnanç

<sup>1</sup>İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Ciddi periferik vasküler hasar sistemik skleroz (Ssk) hastalarında önemli morbidite ve mortalite nedenlerinden biridir. Çalışmamızda ciddi periferik vasküler hasar nedeniyle spesifik vazodilatör (SV) ve standart tedavi alan Ssk hastalarının klinik ve tedavi özelliklerini değerlendirmeyi planladık.

**Yöntem:** ACR/EULAR kriterlerini (2013) dolduran 219 Ssk hastasından dijital vasküler lezyonları (dijital pitting skar ve/veya ülser ve/veya gangren) olanlar (n=100, %34,4) kesitsel çalışmaya alındı. Dijital vasküler lezyonları nedeniyle spesifik vazodilatör kullanan Ssk hastaları (SVpoz: n=46) almayan hasta grubu ile (SVneg: n=54) kıyaslandı. EScSG aktivite ve Medsger şiddet skorları kullanılarak hastalık aktivite ve şiddeti hesaplandı.

**Bulgular:** Dijital vasküler lezyonları olan hastaların özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Raynaud ve Raynaud dışı semptomların süresi SVpoz'lerde daha uzun, dijital gangren ve renal kriz daha sık idi (OR: 1,05 %95 CI 0,97-1,146). Spesifik vazodilatör dağılımı aşağıdaki gibi idi: Endotelin reseptör antagonistleri (n=11), fosfodiesteraz 5 inhibitörleri (n=12), periyodik iv iloprost infüzyonu (n=40). On dört hasta ardışık veya kombine şekilde birkaç SV almakta idi. Otoantikör profili, Modifiye Rodnan deri skoru, EScSG ve Medsger skorları, immüno-supresif kullanımı gruplar arasında benzer idi. Çok değişkenli analizde Raynaud dışı semptom süresi (≥10 yıl) (OR: 2,5 %95 CI 1,06-5,90) ve dijital gangren sıklığı (OR: 6,71 %95 CI 1,35-33,29) dijital vasküler lezyonlara yönelik SV tedavi ile ilişkili bulundu.

**Sonuç:** Kohortumuzda SV'leri ciddi dijital vasküler lezyonları olan hastalar almakta idi. Bu grupta Raynaud, Raynaud dışı semptom süresi uzun idi. Vaskülopatik sürecin parçası olan renal kriz sadece SVpoz grubunda görüldü; istatistiksel anlamlılığa ulaşmasa da 1 hasta dışında tüm PAH hastaları SVpoz grubunda idi. Çalışmamız, SV tedaviye ihtiyaç duyan SSc hastalarının hastalık alt tipleri, aktivite, şiddet skorları, otoantikörler ve immüno-supresif tedaviler ile tanımlanmadığını ortaya koymaktadır. Geri dönüşümsüz hasar gelişmeden önce SV adaylarını değerlendirmek için turnak dibi video kapilleroskopi veya yeni biyobelirteçlere ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik skleroz, dijital vasküler lezyon, spesifik vazodilatör tedavi

**Tablo 1.** Dijital vasküler lezyonlu Ssk hastalarının karakteristik özellikleri

	SVpoz (n=46)	SVneg (n=54)	p
Demografik özellikler			
Yaş (yıl)	47,2±13,3	46,9±13,2	NS
Kadın/Erkek n (%)	41/5 (89,1/10,9)	48/6 (88,9/11,1)	NS
Raynaud süresi (yıl)	14,7±8,7	10,6±8,0	0,014
Raynaud dışı semptom süresi (yıl)	11,2±7,7	7,4±6,9	0,005
≥10 yıl Raynaud dışı semptom süresi	25 (%54,3)	16 (%29,6)	0,011
Klinik özellikleri			
LcSSc	16 (34,8)	21 (38,9)	NS
dcSSc	30 (65,2)	33 (61,1)	NS
Dijital gangren	10 (22,2)	2 (3,7)	0,006
Otoampütasyon	5 (20,8)	1 (3,3)	0,055
Sinovit	11(23,9)	14 (26,4)	NS
Fleks kontraktürü	21(45,7)	21 (38,9)	NS
Tendon sürtünme sesi	5 (11,1)	9 (16,7)	NS
Renal kriz	4 (8,7)	0 (0)	0,042
Pulmoner fibrozis	27 (60)	27 (52,9)	NS
PAH	5 (10,8)	1 (1,8)	0,065
Otoantikörleri			
ANA	36 (85,7)	46 (93,8)	NS
Anti-sentromer	7/36	8/43	NS
Anti-scl70	24/42	24/49	NS

## SS-011

### Deri paterji testinin behçet hastalığı tanısındaki duyarlılık ve özgüllüğünün geliştirilmesi

Rabia Deniz<sup>1</sup>, Zeliha Emrence<sup>2</sup>, Yasemin Yalçınkaya<sup>1</sup>, Bahar Artım Esen<sup>1</sup>, Murat İnanç<sup>1</sup>, Mahdume Lale Öçal<sup>1</sup>, Ahmet Gül<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi, Aziz Sançar Deneysel Tıp Araştırma Enstitüsü (DETAE), Genetik Anabilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Behçet hastalığı (BH) tanısında giderek düşen pozitiflik oranı nedeniyle kullanımı giderek azalmakta olan, merkezler ve uygulayıcılar arasında önemli yöntem farkları bulunan deri paterji testinin (DPT) standardizasyonunun sağlanması, özgüllük ve duyarlılığının değişik uyarıcılarla yükseltilmesi, oluşan enflamatuvar yanıtın *in vitro* koşullarda tam kan analizi (WBA) yöntemi ile incelenmesi ve patogenezinde rol oynayan sitokinlerin üretim farklarının ortaya konması.

**Yöntem:** Yaygın kullanılan 20G iğne ile piküre ek olarak, 21G temas aktivasyonlu lansetler de kullanılarak, uyaransız ya da 23-valanlı polisakkarid pnömokok aşısı, Alum ve ATP uyarılarından biri ile ayrı ayrı pikürler yapılmış ve 24 ve 48. saatte tek okuyucu tarafından oluşan eritem ve endürasyon skorlanmıştır. Aktif ve remisyonda olan Behçet hastalarına ek olarak, diğer romatolojik hastalığı, enflamatuvar bağırsak hastalığı, tekrarlayan oral aftı, BH kriterlerini doldurmayan klinik bulguları olan hastalar ve sağlıklı kontroller çalışma grubunu oluşturmuştur. Ayrıca, periferik tam kanda benzer uyarımlarla *in vitro* DPT modeli oluşturularak sitokin analizi yapılmıştır.

**Bulgular:** 20G iğne ucu ve polisakkarit pnömokok aşısı beraber kullanıldığında aktif BH için duyarlılık %80,3, özgüllük %100; tüm BH grubu için duyarlılık %64,3, özgüllük %100 ile en yüksek saptanırken, bunu 21G lanset ve pnömokok aşısının beraber kullanımı izlemiş, aktif BH de %30, tüm BH grubunda %25,9 duyarlılık saptanmıştır. BH dışı hastalık grupları ve sağlıklı bireylerde 24. saatte eritem gelişse de, 48. saatte sadece BH grubunda eritemin sebat ettiği ve test başarısının aktif hastalık bulgusu varlığı ve immünoşüpresif ajan alımından etkilendiği görülmüştür. WBA yöntemiyle oluşturulan *in vitro* modelde polisakkarit pnömokok aşısı ile aktif BH grubunda IL-1β ve IL-1RA anlamlı olarak fazla uyarılırken, LPS tüm gruplarda benzer uyarı oluşturmuştur.

**Sonuç:** Polisakkarit pnömokok aşısı ve 20G iğne ucu ile yapılan DPT günlük kullanımda mevcut DPT'ye göre testin duyarlılık ve özgüllüğünü belirgin olarak artırmakta ve kolay uygulanabilir ve maliyet-etkin bir alternatif olarak görünmektedir. Yöntemin farklı etnik gruplarda ve kontrollerde tekrarlanması yöntemin geçerliliğinin kanıtlanması için yararlı olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet hastalığı, deri paterji testi, pnömokok aşısı, inflamazom, IL-1beta

**Tablo 1.** Gruplara göre farklı yöntemlerin deri paterji testi pozitifliği

Yöntemler Gruplar	20G iğne	20G iğne + PS-23	21G lanset	21G lanset + PS-23	20G iğne + Alum	20G iğne + ATP
Aktif BH (n, %)	4/66 (6,1)	53/66 (80,3)	3/64 (4,7)	15/50 (30,0)	1/20 (5,0)	0/16
Remisyon BH (n, %)	0/18	1/18 (5,6)	0/18	0/8	0/10	0/10
BH Tümü (n, %)	4/84, (4,8)	54/84 (64,3)	3/82 (3,7)	15/58 (25,9)	1/30 (3,3)	0/26
Sağlıklı (n, %)	0/24	0/24	0/23	0/6	0/21	0/18
TOA (n, %)	0/65	0/65	0/63	0/30	0/45	0/35
BHDRH n, (%)	0/28	0/28	0/27	0/12	0/21	0/16
BHKDB (n, %)	0/61	0/61	0/59	0/31	0/39	0/30
İBH (n, %)	0/11	0/11	0/11	0/2	0/11	0/9
Toplam (n, %)	4/273 (1,5)	54/273 (19,8)	3/265 (1,1)	15/139 (10,8)	1/167 (0,6)	0/134

PS-23: 23-valanlı polisakkarit pnömokok aşısı, BH: Behçet hastalığı, TOA: Tekrarlayan oral aft, BHDRH: Behçet hastalığı dışındaki romatolojik hastalıklar, BHKDB: Behçet hastalığı kriterlerini doldurmayan bulgular, İBH: Enflamatuvar bağırsak hastalığı

**Tablo 2.** Yöntemlerin ISG kriterlerine göre tanı alan behçet hastalığını ayırt etme başarısı

	20G iğne	20G iğne + PS-23	21G Lanset	21G lanset + PS-23	20G iğne + Alum	20G iğne + ATP
Aktif BH						
AUC (%95 CI)	0,530 (0,448-0,613)	0,889 (0,841-0,957)	0,523 (0,440-0,607)	0,650 (0,548-0,752)	0,525 (0,385-0,665)	0,500 (0,349-0,651)
p değeri	0,459	0,0001	0,572	0,003	0,717	1,0
Tüm BH						
AUC (%95 CI)	0,524 (0,448-0,599)	0,821 (0,757-0,886)	0,518 (0,442-0,595)	0,629 (0,532-0,727)	0,517 (0,400-0,633)	0,500 (0,376-0,624)
p değeri	0,530	0,0001	0,634	0,009	0,775	1,0

**SS-012****Non-psöriatik periferik spondiloartritin demografik ve klinik özellikleri**

Yeşim Erez, İsmail Sarı, Tuba Yüce İnel, Gerçek Can, Merih Birlik, Fatoş Önen

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

**Giriş:** Spondiloartrit (SpA), benzer klinik ve laboratuvar özellikleri paylaşan heterojen bir grup hastalıktır. Periferik tutulum en sık psöriatik artritte (PsA) görülmekle birlikte herhangi bir SpA alt grubunda da görülebilmektedir. Bununla birlikte non-psöriatik periferik artrit ile veri sınırlı olup daha çok araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

**Amaç:** Non-psöriatik periferik SpA'nın (pSpA) klinik ve tedavi karakteristiklerini araştırmaktır.

**Yöntem:** ASAS- periferik SpA kriterlerini karşılayan hastalar belirlendi. Hastalar, psöriatik periferik SpA (PSA) ve non-psöriatik periferik SpA (pSpA) olarak iki gruba ayrıldı. Reaktif artrit veya enteropatik artrit tanılı hastalar ve takip viziti olmayan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların klinik, laboratuvar, görüntüleme bulguları ve tedavi karakteristikleri kaydedildi.

**Bulgular:** Demografik veriler: Çalışmaya 97 pSpA (erkek %21, ortalama yaş 45,4±13,6), 50 PSA (erkek %54, ortalama yaş 43,6±11,1) hastası alındı. PSA ile kıyaslandığında pSpA'nın kadınlarda daha baskın olduğu görüldü (sırasıyla %46 ve %78, p<0,05, Tablo 1).

**Klinik özellikler:** PSA'da küçük eklem tutulumu dikkat çekerken, pSpA'da ise büyük eklem tutulumunun ön planda olduğu görüldü. Erozyon ve deformite varlığı, daktilit gelişimi pSpA grubuna göre PSA'da daha fazlaydı. Bazal DAS28 CRP skoru PSA'da daha yüksek saptandı (p<0,05, Tablo 1).

**Tedavi özellikleri:** pSpA hastalarından 8'inin (%8,2) NSAİİ (non-steroid antiinflamatuvar ilaç) ile izlendiği, takipte herhangi bir DMARD (Disease Modifying Anti-rheumatic Drug) almadığı görüldü. Seksen dokuz pSpA ve tüm PSA hastalarına tanı konulduğunda en az bir DMARD başlanırken sadece 9 (%6,1) hastaya kombinasyon DMARD başlanmıştı. İzlemde ise hastalık kontrolünün sağlanması için 63 hastanın (%42,8) tedavisinin bir başka DMARD'a değiştirildiği, 7 (%4,76) hastaya ise ikinci DMARD eklendiği görüldü. Sadece 17 hastanın [4 (%4,1) pSpA ve 13 (%26,1) PSA] biyolojik tedavi aldığı saptandı. Biyolojik tedavi gereksiniminin PSA hastaları için daha yüksek olduğu gözlemlendi (p<0,05).

**Sonuç:** Bu çalışmada pSpA'nın kadınlarda daha sık görüldüğü ve PSA'ya göre daha iyi seyrettiği yönünde sonuç elde edilmiştir. Bu sonucun diğer çalışmalarla desteklenmesine ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Periferik, psöriatik, artrit

**Tablo 1.** Çalışma hastalarının demografik ve klinik özellikleri

	pSpA (n=97)	PSA (n=50)	p
<b>Erkek, n (%)</b>	21 (21.6)	27 (54)	<0.001
<b>Tanı yaşı, yıl</b>	43.6±11.1	45.4±13.6	0.53
<b>Semptom süresi-ilk vizit, ay</b>	7.5±16.3	11.4±18.4	0.4
<b>SpA özellikleri</b>			
<b>SpA aile öyküsü, n (%)</b>	20 (26.7)	4 (11.4)	0.7
<b>HLA-B27 pozitifliği, n (%)</b>	6 (12.2)	1 (10)	0.8
<b>Daktilit, n (%)</b>	8 (8.2)	15 (30.6)	<0.001
<b>Üveit, n (%)</b>	6 (6.2)	-	0.07
<b>Entezit, n (%)</b>	22 (22.7)	16 (32.7)	0.17
<b>Bazal DAS28 CRP</b>	3±0.5	3.4±0.7	0.004
<b>Küçük eklem tutulumu</b>	62 (65.3)	43 (87.8)	0.004
<b>Büyük eklem tutulumu</b>	88 (92.6)	35 (71.4)	0.001
<b>Erozyon varlığı</b>	8 (9.6)	14 (33.3)	<0.001
<b>Deformite varlığı</b>	2 (2.3)	5 (11.6)	0.027

Kategorik veriler yüzde, devamlı değişkenler mean±SD ile verilmiştir.

**Tablo 2.** Hastalara ait tedavi karakteristikleri

	Periferik SpA (pSpA) (n=97)	Periferik psöriatik artrit (PSA) (n=50)
<b>Başlangıç tedavisi</b>		
Sadece NSAİD, n (%)	8 (8,2)	-----
Monoterapi-DMARD, n (%)	87 (89,6)	43 (86)
Kombinasyon tedavisi, n (%)	2 (2)	7 (14)
<b>İzlemdeki tedaviler</b>		
DMARD değişimi, n (%)	42 (43,2)	21 (42)
Kombinasyon DMARD, n (%)	1(1)	6 (12)
Biyolojik tedavi, n (%)*	4 (4,1)	13 (26)
Son vizitteki remisyon oranları	91 (93,8)	44 (88)

\*İstatistiksel anlamlılık olduğunu göstermektedir (p<0,05)

## Pandemi sürecinde romatoloji hastalarının ilaç tedavisine uyumu

Belkis Nihan Coşkun<sup>1</sup>, Burcu Yağız<sup>2</sup>, Yavuz Pehlivan<sup>3</sup>, Ediz Dalkılıç<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Bursa İker Çelikan Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Romatoloji Servisi, Bursa

<sup>2</sup>Afyon Devlet Hastanesi, Romatoloji Servisi, Afyon

<sup>3</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

**Amaç:** Pandemi döneminde romatoid artrit (RA) ve ankilozan spondilit (AS) tanılı hastaların ilaçlarına devamlılığını araştırmayı ve etki eden faktörleri belirlemeyi amaçladık.

**Yöntem:** Sağlık bakanlığından ve yerel etik kuruldan onay alındıktan sonra hastalara romatoloji uzmanı tarafından telefon anketi yapıldı. Rastgele örneklem yöntemiyle 300 RA ve AS hastası seçildi. Takip süresi 6 aydan kısa olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Demografik özellikler veri tabanından alındı. Hastalara mevcut tedavi planlarına devam edip etmedikleri ve tedaviyi nasıl sürdürmeye veya bırakmaya karar verdikleri soruldu. Hastalara takip veya intravenöz ilaç uygulaması için hastaneyi ziyaret etmekte tereddüt edip etmedikleri soruldu. Hastalık kontrolü algısı Görsel Analog ölçeği kullanılarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Toplam 278 hasta (146 RA, 132 AS) anketi tamamladı. Hastaların ortalama yaşı 47,53±13,02 (19-78) idi. Yüz yetmiş dokuz hasta (%64,4) kadındı. Hastaların 62'si (%22,3) tedaviyi azaltmış veya ara vermişti. Sadece 11 hasta (%3,9) tedaviyi tamamen kesmişti. Hastalık süresi tedaviyi aralıklı kullanan/bırakan hastalarda daha uzundu (p=0,023). Tedaviyi bırakan grup ile tedaviye devam eden grup arasında hastalık aktivitesinde önemli bir fark vardı. (p=0,001) Diğer demografik özelliklerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. Hastaların 135'inin (%48,6) tedavi kararını kendilerinin verdiği ve %80'i tedaviye devam ettiği, 111'inin (%39,9) romatolog ile görüşerek karar verdiği ve %76,6'sı tedaviye devam ettiği, 32'sinin de (%11,5) diğer sağlık çalışanlarına danışarak karar verdiği ve %71,9'unun tedaviye devam ettiği görüldü (p=0,571). Tedavi kararının en çok romatoloğa telefonla sorarak verildiği görüldü. Tedaviyi kesme nedenleri; kaygı (%48,4), intravenöz tedavi için hastaneye gidememe (%45,1) ve ilacı bulamamayı (%6,5).

**Sonuç:** COVID-19 salgını sırasında tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık sisteminde birtakım değişiklikler yaşanırken, bu kaos ortamında devam eden tedaviye uyumunda hastalar arasında farklılıklar olduğu gözlemlenmiştir. Ülkemizde tedaviyi kesme oranının düşük olduğu görüldü. Uzun süreli hastalığı olanların tedaviyi önemli ölçüde daha fazla kestiği tespit edildi. Bu nedenle hastalara tedaviyi aksatmama konusunda daha iyi bir eğitim verilmesi planlanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Ankilozan spondilit, COVID-19, kaygı, romatoid artrit, tedavinin kesilmesi

**Tablo 1.** Tedaviye devam eden ve aralıklı kullanan/bırakanların karşılaştırılması

	Devam eden (n=216)	Aralıklı kullanmış/ Bırakmış (n=62)	p
Yaş	47,75±13,09	46,8±12,86	0,616
Cinsiyet			0,073
Kadın	133 (%74,3)	46 (%25,7)	
Erkek	83 (%83,8)	16 (%16,2)	
Tanı			0,248
Romatoid Artrit	109 (%74,7)	37 (%25,3)	
Ankilozan Spondilit	107 (%81,1)	25 (%18,9)	
BMI	26,9±5,18	28,27±6,39	0,083
Sigara			0,327
Aktif	58 (%78,4)	16 (%21,6)	
Hiç içmemiş	134 (%75,7)	43 (%24,3)	
Bırakmış	24 (%88,9)	3 (%11,1)	
Hastalık süresi	11,15±8	13,93±9,79	0,023
Hastalık aktivite (VAS)	7,76±1,7	6,61±2,33	0,001
Eğitim			0,079
Düşük	98 (%81)	23 (%19)	
Lise	81 (%80,2)	20 (%19,8)	
Üniversite	37 (%66,1)	19 (%33,9)	
Meslek			0,582
Çalışan	89 (%79,5)	23 (%20,5)	
Çalışmıyor	106 (%75,7)	34 (%24,3)	
Emekli	21 (%80,8)	5 (%19,2)	

**Tablo 2.** Tedaviye devam edenler ve tedaviye ara verenlerin dağılımı

İlaçlar	Devam eden	Kesen/ara veren
bDMARD	148 (%73,3)	55 (%26,7)
Anti-TNF		
Adalimumab	30 (%90,9)	3 (%9,1)
Certolizumab	17 (%85)	3 (%15)
Etanercept	29 (%74,3)	10 (%25,7)
Golimumab	18 (%81,8)	4 (%18,2)
Infliximab	13 (%56,5)	10 (%43,5)
Tocilizumab	11 (%47,8)	12 (%52,2)
Rituximab	19 (%65,5)	10 (%34,5)
Secukinumab	3 (%60)	2 (%40)
Abatacept	3 (%100)	0 (%0)
tDMARD		
Tofasitinib	5 (%83,3)	1 (%16,7)
csDMARD	124 (%95,4)	6 (%4,6)
Metotretsat	69 (%95,8)	3 (%4,2)
Leflunomid	40 (%100)	0 (%0)
Sulfasalazin	15 (%100)	0 (%0)
Hidroksiklorokin	70 (%93,3)	5 (%6,7)
Düşük doz steroid	84 (%95,4)	3 (%4,6)
NSAID	134 (%96,4)	5 (%3,6)



## Tek merkezden takipli sistemik lupus eritematozus'lu hastaların son 5 yıllık hospitalizasyon verileri ve hospitalizasyona etki eden faktörler

Çiğdem Çetin<sup>1</sup>, Melodi Gizem Can<sup>2</sup>, Sinem Öztaşkın<sup>2</sup>,  
Yasemin Yalçınkaya<sup>1</sup>, Ahmet Gül<sup>1</sup>, Murat İnanç<sup>1</sup>, Lale Öcal<sup>1</sup>,  
Bahar Artun Esen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

<sup>2</sup>*Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

**Amaç:** Sistemik lupus eritematozus (SLE) hastalarında yıllık hospitalizasyon sıklığı %10 civarındadır. Bu çalışmada; tek merkez lupus kohortumuzda son 5 yıllık dönemde SLE hastalarının hastaneye yatış verilerinin ve yatışa etki eden faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Ocak 2015- 2020 tarihleri arasında servisimize yatışı olan SLE (ACR/SLICC) hastalarının yatış nedenleri incelendi. SLE ilişkili kümülatif klinik ve laboratuvar bulguları, otoantikör profili, tedavi geçmişleri ve SLICC SLE hasar indeksi SLE veritabanından elde edilerek güncellendi; yatıştaki hastalık aktivitesi belirlendi (SLEDAI-2K).

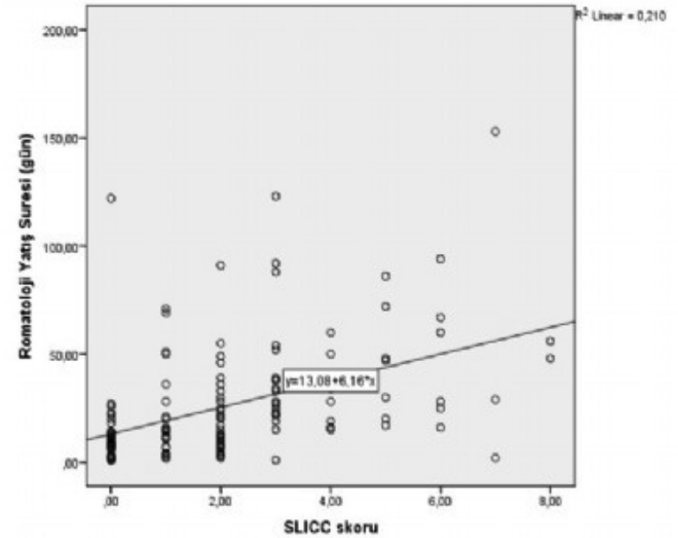
**Bulgular:** Yatışı yapılan, ortalama yaşı 38±13 olan 161 hastanın %85,7'si (n=138) kadındı. En sık yatış nedeni hastalık alevlenmesi takiben yeni tanı ve enfeksiyonu (Tablo 1). Enfeksiyon nedeniyle yatanların yatış sıklığı ve süreleri daha fazlaydı (sırasıyla p<0,001 ve 0,005). Yatış sırasında ortalama hasar skoru 2,18±1,99 (0-8) saptandı. Yatış nedenlerine göre oluşturulan gruplar arasında ortalama hasar skoru açısından anlamlı fark yoktu. Ortalama hasar skoru ile hastaların her bir romatoloji servis yatışı için serviste kaldığı gün sayısı (r=0,317, p<0,05), total romatoloji yatış süresi (r=0,551, p<0,05) ve servis yatış sayısı (r=0,393, p<0,05) arasında pozitif yönde bir korelasyon belirlendi (Grafik 1). Hastalık alevlenmesi nedeniyle yatan hastalarda ortalama SLEDAI-2K 10,66±5,80, enfeksiyon nedeniyle yatanlarda 3,21±2,80, diğer nedenlerle yatanlarda 7,84±7,16 saptandı. Hastaların %9,9'unda (n=16) yoğun bakım ünitesi takibi (YBÜ) olduğu belirlendi. Uzun toplam yatış süresi (HR 1,01, %95 CI: 1,00-1,02, p=0,012), yatış sırasında yüksek hasar skorları (HR 1,33, %95 CI: 1,07-1,66, p=0,008), antifosfolipid sendromu (APS) varlığı (HR 3,01, %95 CI: 1,09-8,31, p=0,033), LA aktivitesi (HR 4,51, %95 CI: 1,43-14,19, p=0,010) ve trombositopeni (HR 3,76, %95 CI: 1,29-10,95, p=0,015) ile YBÜ ihtiyacı arasında ilişki olduğu belirlendi.

**Sonuç:** SLE hastalarında yatış gerektiren durumların başında hastalık alevlenmeleri ve enfeksiyonlar gelmektedir. Yüksek hastalık hasarı yatış sıklığını artırmakta, süresini uzatmakta ve YBÜ'de takip ihtiyacını artırmaktadır. APS ve trombositopeni SLE hastalarında hastalık seyrini olumsuz etkilemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hospitalizasyon, hasar, SLE

**Tablo 1.** Hastaların romatoloji servisine yatışı nedenleri

Romatoloji servisine yatışı nedenleri	n (%)
SLE veya APS hastalık alevlenmesi	89 (55,3)
Yeni tanı SLE	28 (17,4)
Enfeksiyon	19 (11,8)
Hasara bağlı komplikasyonlar	13 (8,1)
Vasküler tromboz	5 (3,1)
Pulmoner hipertansiyon	4 (2,5)
Malignite tetkik	1 (0,6)
İntravenöz immünglobulin uygulanması	1 (0,6)
Kardiopulmoner nedenler	1 (0,6)



**Grafik 1.** Hastaların romatoloji servisine yatışı sırasındaki kümülatif ortalama SLICC SLE hasar skoru ile takipleri boyunca toplam romatoloji servisinde kaldıkları gün sayısı arasındaki ilişki (r=0,551, p=0,000)

## SS-016

### COVID-19 enfeksiyonuna ikincil makrofaj aktivasyon sendromunda IL-6 blokeri tedavisi

Cansu Akleylek<sup>1</sup>, Yonca Çağatay<sup>2</sup>, Neslihan Yılmaz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Demiroğlu Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

<sup>2</sup>*Istanbul Florence Nightingale Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul*

**Amaç:** Koronavirüs hastalığı-2019 (COVID-19) enfeksiyonu, hastaların %10-20'sinde akut solunum yetmezliği (ARDS) ve aşırı proenflamatuvar sitokin salınımı ile karakterize Makrofaj Aktivasyon sendromu (MAS) gibi ağır tablolara yol açabilmektedir. MAS sonucu ortaya çıkan ve mortal seyreden sitokin fırtınasının, sitokin hedefli biyolojik tedaviler ile kontrol altına alınabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada, COVID-19 enfeksiyonu seyrinde gelişen sitokin fırtınası tedavisinde IL-6 blokajının [Tocilizumab (TOC)] etkisi değerlendirilmiştir.

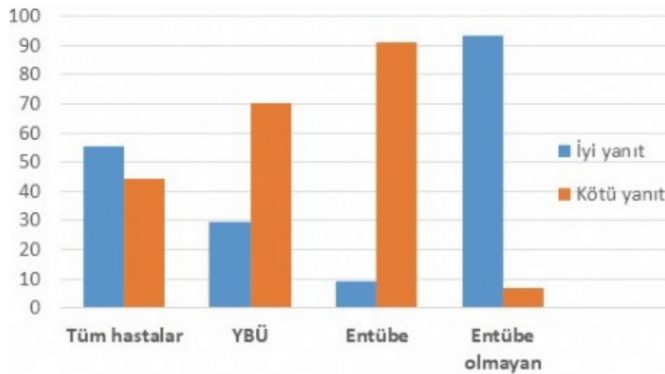
**Yöntem:** Retrospektif dizayn edilen gözlemsel çalışmaya, Mart-Mayıs 2020 tarihleri arasında COVID-19 enfeksiyonuna ikincil MAS nedeniyle TOC tedavisi uygulanan toplam 27 hasta dahil edildi. Hastaların demografik bilgileri ile tedavi öncesi ve

tedavinin 10-20. günün laboratuvar parametreleri ve radyolojik görüntülemeleri incelendi. Klinik yanıt ölçütü olarak, ateş ve oksijen ihtiyacında düşme ile MAS bulgularında gerileme belirlendi.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 27 hastanın [20 erkek, 7 kadın; yaş: 64 (22-86) yıl] tamamının akciğer görüntülemesinde COVID-19 pnömonisi ile uyumlu bulgular mevcuttu ve 25'inin üst solunum yolu sürüntü örneklemede polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) testi ile COVID-19 izole edildi. Hastaların demografik özellikleri Tablo 1'de özetlenmektedir. TOC tedavisi (600-800 mg/İV, 24 saatte bir iki doz) uygulanan 27 hastanın 17'si (%63) ağır pnömoni [12 (%44,4) hasta entübe] nedeniyle yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) izlenmekte idi. Tedavi sonrası 15 (%55,6) hastada klinik iyi yanıt alınırken, 12 (%44,4) olguda kötü yanıt (2 hasta yanıtız, 10 hasta exitus) gözlemlendi. YBÜ'de izlenen hastaların 5'inde (%29,5) iyi yanıt saptandı. Tedavi yanıtının entübe olan hastalarda olmayanlara göre daha kötü olduğu gözlemlendi [1'e (%9) karşın 14 (%93,3) hasta,  $p<0,01$ ] (Şekil 1). Sekonder bakteriyel enfeksiyon gelişiminin YBÜ'de takip edilen hastalarda [10'a (%59) karşın 1 (%10) hasta,  $p=0,01$ ] ve entübe hastalarda [8'e (%66,6) karşın 3 (%20) hasta,  $p=0,02$ ] daha yüksek olduğu saptandı.

**Sonuç:** COVID-19 enfeksiyonuna ikincil MAS tedavisinde TOC tedavisi, hastaların yarısından fazlasında etkili bulunmuştur. Tedavi yanıtları yoğun bakımda izlenen ve entübe olan hastalarda daha kötü saptanmış ve bu grupta tedavi sonrası sekonder enfeksiyon daha fazla gözlemlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, interlökin-6, sitokin fırtınası, tocilizumab



**Şekil 1.** Tocilizumab tedavisi alan hastalarda yanıt oranları

**Tablo 1.** Hastaların demografik ve klinik özellikleri

Demografik bulgular	Total (n=27)	İyi yanıt (n=15)	Kötü yanıt (n=12)
Cinsiyet (E/K)	20/7	12/3	8/4
Yaş median yıl (min/maks)	64 (22-86)	60 (22-84)	69 (55-86)
Komorbite n (%)	22 (%81)	11 (%73)	11 (%92)
Arteriyel hipertansiyon n (%)	17 (%63)	8 (%53)	9 (%75)
Diyabetes mellitus n (%)	7 (%26)	3 (%20)	4 (%33)
Kardiyovasküler hastalık n (%)	7 (%26)	3 (%20)	4 (%33)
KOAH n (%)	3 (%11)	1 (%7)	2 (%17)
Malignite n (%)	1 (%4)	1 (%7)	0
Kronik böbrek yetmezliği n (%)	2 (%7)	2 (%13)	0
Tiroid hastalıkları n (%)	2 (%7)	1 (%7)	1 (%8)
Başvuru semptomları			
Ateş n (%)	24 (%88,9)	14 (%93)	10 (%83)
Öksürük n (%)	18 (%66,6)	10 (%67)	8 (%67)
Nefes darlığı n (%)	23 (%85)	11 (%73)	12 (%100)
Diyare n (%)	2 (%7,4)	2 (%13)	0
Boğaz ağrısı n (%)	1 (%3,7)	1 (%7)	0
Baş ağrısı n (%)	1 (%3,7)	1 (%7)	0

## SS-017

### Nörobekçet sendromlu hastaların klinik özellikleri ve bu hasta grubunda relaps ve kötü gidişi predikte eden faktörlerin belirlenmesi; tek merkez sonuçları

Didem Şahin Eroğlu<sup>1</sup>, Murat Torgutalp<sup>1</sup>, Serdar Sezer<sup>1</sup>, Müçteba Enes Yayla<sup>1</sup>, Ayşe Boyvat<sup>2</sup>, Canan Yücesan<sup>3</sup>, Aşkın Ateş<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Behçet sendromu (BS) nedeni bilinmeyen bir vaskülit olup, nörolojik tutulum morbidite ve mortalitenin önemli sebeplerinden biridir. Çalışmamızda nörolojik tutulumu olan BS'li hastaların (NBS) klinik özelliklerini tanımlamayı; relaps ve kötü gidişi predikte eden prognostik faktörleri belirlemeyi amaçladık.

**Yöntem:** Uluslararası çalışma grubu 1990 kriterlerini karşılayan 2118 BS'li hasta grubundan 125 NBS'li hastayı çalışmamıza dahil ettik. Hastaların klinik, laboratuvar ve görüntüleme özelliklerini değerlendirdik. Hastaları parankimal (p-NBS) ve non-parankimal tutulum (np-NBS) olmak üzere iki gruba ayırdık. Nörolojik şikayet ve semptomların tam düzelme sonrası nüks etmesi veya tedavi intensifikasyonu gerektiren durumları relaps olarak, son takipte modifiye Rankin skorunun (mRS)  $\geq 3$  olması veya ölümü ise kötü gidiş olarak tanımladık. Relapsı predikte eden faktörleri cox regresyon analizi ile, kötü gidişi predikten eden faktörleri ise lojistik regresyon analizi yöntemini kullanarak belirledik.

**Bulgular:** Yüz yirmi beş hastanın 71'i (%55,5) erkekti. Yetmiş dokuz hasta (%63,2) p-NBS iken 46 hasta (%36,8) ise np-NBS'ydi. Oküler tutulum p-NBS grubunda np-NBS'ye göre daha sık görülürken (sırasıyla %55,7 ve %37,0,  $p=0,04$ ), serebral ven

trombozu haricindeki vasküler tutulum np-NBS grubunda p-NBS grubuna göre daha fazlaydı (sırasıyla %52,2 ve %19,0, p<0,001) (Tablo 1). Kırk iki hastada (%33,6) en az 1 relaps gözlemlendi. Daha erken yaşta BS tanısı almak, deri tutulumu ve kranial sinir felci varlığı relaps ile bağımsız olarak ilişkiliydi. Ortanca 68 ay (IQR 99,5) sonunda 16 hastada (%12,8) engel oluşturan sekel görüldükçe 7 hastada (%5,6) ölüm gerçekleşti. Bütün kötü gidiş ile sonuçlanan olaylar p-NBS grubunda idi, bu nedenle regresyon analizi p-NBS grubunda yapıldı. Kötü gidişi predikte eden bağımsız faktörler ise başlangıç mRS'nin  $\geq 3$  olması ve progresif tip p-NBS varlığı idi.

**Sonuç:** Nörolojik tutulum BS'nin morbidite ve mortalitesi yüksek bir tutulum tipi olmasına rağmen, hastalık seyri ve ekstrakraniyal hastalık tutulumları NBS alt gruplarında farklıdır. NBS'nin klinik özelliklerinin ve alt tiplerinin prognoza farklı etkileri göz önünde bulundurulduğunda, bu hastaların takip ve tedavisinde daha farklı ve agresif bir yaklaşım uygulanması gerektiği anlaşılmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet, nörolojik tutulum, nörobeçet, prognoz, relaps

Relaps ve kötü gidiş ile ilişkili faktörler

Relaps ile ilişkili faktörler (n= 125)				
	Univariate analiz		Multivariate analiz	
	HR (%95 GA)	p	HR (%95 GA)	p
BS tanı yaşı	0.97 (0.94-1.01)	0.11	0.95 (0.92-0.98)	<b>0.007</b>
NBS tanı yaşı	0.99 (0.96-1.02)	0.44		
Erkek cinsiyet	0.59 (0.32-1.10)	0.10	1.47 (0.79-2.75)	0.23
Parankimal NBS	1.53 (0.77-3.05)	0.22	0.92 (0.44-1.94)	0.83
İzole intrakraniyal hipertansiyon	3.22 (1.25-8.33)	<b>0.016</b>		
Başlangıç mRS $\geq 3$	0.92 (0.49-1.73)	0.80		
Genital ülser	1.31 (0.62-2.75)	0.48		
Deri tutulumu (PPE-EN)	2.76 (0.99-7.75)	<b>0.053</b>	3.00 (1.05-8.61)	<b>0.041</b>
Eklemler tutulumu	1.45 (0.78-2.71)	0.24		
Oküler tutulum	0.94 (0.51-1.72)	0.84		
Ekstrakraniyal vasküler tutulum	0.42 (0.19-0.91)	<b>0.028</b>	0.43 (0.19-0.97)	<b>0.043</b>
Parezi	1.64 (0.89-3.02)	0.11		
Piramidal bulgular	1.53 (0.82-2.82)	0.18		
Duyu kusuru	1.98 (1.08-3.65)	<b>0.028</b>		
Serebellar bulgular	1.27 (0.69-2.34)	0.45		
Kranial sinir felci	2.43 (1.32-4.48)	<b>0.004</b>	2.84 (1.48-5.44)	<b>0.002</b>
Kötü gidiş ile ilişkili faktörler (n= 79)				
	Univariate analiz		Multivariate analiz	
	OR (%95 GA)	p	OR (%95 GA)	p
BS tanı yaşı	1.00 (0.95-1.06)	0.93		
NBS tanı yaşı	1.00 (0.96-1.05)	0.93		
Erkek cinsiyet	0.78 (0.29-2.14)	0.65		
Başlangıç mRS $\geq 3$	15.07 (3.21-70.63)	<b>&lt;0.001</b>	8.28 (1.04-66.20)	<b>0.046</b>
Progresif tip	40.38 (9.35-174.49)	<b>&lt;0.001</b>	33.54 (5.99-188.21)	<b>&lt;0.001</b>
Ekstrakraniyal vasküler tutulum	0.14 (0.02-1.11)	<b>0.055</b>		
Baş ağrısı	0.23 (0.08-0.64)	<b>0.004</b>		
Piramidal bulgular	9.25 (2.75-31.08)	<b>&lt;0.001</b>	2.91 (0.54-15.77)	0.22
Parezi	5.48 (1.65-18.18)	<b>0.003</b>		
Serebellar bulgular	3.51 (1.21-10.24)	<b>0.018</b>		

BS: Behçet sendromu, NBS: Nörobeçet sendromu, mRS: Modifiye Rankin skoru, PPE: Papülopüstüleri

Nörobeçet sendromlu hastaların klinik özellikleri

	Tüm Grup n= 125	p-NBS n= 79	np-NBS n= 46	p değeri
Cinsiyet (erkek, %)	69 (55.2)	45 (57.0)	24 (52.2)	0.60
BS tanı yaşı (SS)	29.84 (9.42)	30.69 (9.41)	28.38 (9.34)	0.19
NBS tanı yaşı (SS)	37.16 (11.75)	38.49 (11.13)	34.86 (12.54)	0.095
Başlangıç mRS $\geq 3$ (%)	46 (36.8)	44 (55.7)	2 (4.3)	<0.001
Genital ülser	95 (76.0)	62 (78.5)	33 (71.7)	0.40
Deri tutulumu	100 (80.0)	60 (75.9)	40 (87.0)	0.14
Eklemler tutulumu	66 (52.8)	45 (57.0)	21 (45.7)	0.22
Oküler tutulum	61 (48.8)	44 (55.7)	17 (37.0)	0.043
Ekstrakraniyal vasküler tutulum	39 (31.2)	15 (19.0)	24 (52.2)	<0.001
Gastrointestinal tutulum	8 (6.4)	5 (6.3)	3 (6.5)	1.00
Klinik özellikler				
Baş ağrısı	89 (71.2)	44 (55.7)	45 (97.8)	<0.001
Piramidal bulgular	39 (31.2)	38 (48.1)	1 (2.2)	<0.001
Duyu kusuru	47 (37.6)	43 (54.4)	4 (8.7)	<0.001
Parezi	48 (38.4)	45 (57.0)	3 (6.5)	<0.001
Serebellar bulgular	44 (35.2)	42 (53.2)	2 (4.3)	<0.001
Kranial sinir felci	38 (30.4)	31 (39.2)	7 (15.2)	0.005
Relaps	42 (33.6)	31 (39.2)	11 (23.9)	0.08
Engelleyici sekel	16 (12.8)	16 (20.3)	0 (0.0)	0.001
Ölüm	7 (5.6)	7 (9.0)	0 (0.0)	0.046
Kötü gidiş	23 (18.4)	23 (29.1)	0 (0.0)	<0.001

BS: Behçet sendromu, NBS: Nörobeçet sendromu

## SS-018

### Dev hücreli arterit tanısında PET/BT: Sınıflandırma kriterleri, akut faz yanıtı ve hastalık alevlenmesi ile ilişkisi

Burak İnce<sup>1</sup>, Emine Gökür Işık<sup>2</sup>, Yasemin Yalçınkaya<sup>1</sup>, Bahar Artım Esen<sup>1</sup>, Ahmet Gül<sup>1</sup>, Murat İnanç<sup>1</sup>

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

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

**Amaç:** Son yıllarda pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografi (PET/BT), dev hücreli arterit (DHA) tanısında önem kazanmaktadır ancak güncel sınıflandırma kriterlerinde yer almamaktadır. DHA'da PET/BT bulgularının klinik önemi araştırılmaktadır.

**Yöntem:** DHA ön tanısı ile büyük damar tutulumunu araştırmak amacıyla PET/BT çekilmiş ve en az 6 ay izleme verisi olan hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmaya ardışık 29 hasta [ortalama tanı yaşı 68,1, ortalama takip süresi 37,1±48,8 (6-242)] dahil edildi. Tüm hastalar 50 yaşın üzerindeydi ve eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) >50 mm/sa idi. Yirmi hasta (%68,9) ACR 1990 Sınıflandırma kriterlerini doldurmaktaydı [ACR(+)]. PET/BT'de aorta ve dallarında büyük

damar vaskülit (BDV) lehine hipermetabolizma izlenen [PET/BT(+)] hasta sayısı 23'tü (%79,3). Tutulan arterlerin dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. PET/BT'de torasik ve abdominal aortada saptanan standardize edilmiş maksimum uptake (SUD<sub>max</sub>) ile tanı anındaki ESH (sırasıyla r=0,63 p=0,002 ve r=0,77 p<0,001) ve torasik aortada saptanan SUD<sub>max</sub> ile CRP arasında pozitif korelasyon mevcuttu (r=0,5 p=0,026). Tüm grupta PET/BT(-) hastalarda takipte daha sık hastalık alevlenmesi saptandı [4/6 vs. 5/23 p=0,035 OR=7,2 (1,01- 51)] Alt grup analizinde Grup 1 (n=14), ACR(+) ve PET/BT(+); Grup-2 (n=6) ACR(+) ve PET/BT(-), Grup-3 (n=9) ACR(-) ve PET-BT(+) olarak tanımlandı. Grup 1 ve 2 arasında tanı yaşı, PMR, alevlenme oranı ve hasar skorları açısından fark yoktu. Grup 1 ve 3'ün karşılaştırmalı değerlendirilmesi Tablo 1'de gösterilmiştir. Grup 1'de ortalama tanı yaşı, PMR oranı daha yüksek, PET/BT'de bilateral aksiller arter tutulumu daha sıklı.

**Sonuç:** PET/BT DHA tanısında sıklıkla kullanılmaktadır ve hastalarımız içerisinde yüksek oranda BDV lehine bulgu saptanmıştır. PET/BT'de damar duvarında tutulum şiddeti akut faz yanıtı ile korelasyon göstermektedir. Tüm grupta PET/BT(+)'liği daha nadir alevlenme ile ilişkili saptanmıştır ancak ACR(+) hastalardaki klinik önemi belirlenememiştir. ACR(-), PET/BT(+) hastalar düşük yaş ortalaması, PMR kliniğinin ve PET/BT'de aksiller arter tutulumunun daha nadir olması nedeniyle; BDV sınıflandırmasında ayrı bir alt grup olarak değerlendirilmiştir. Bilateral aksiller arter tutulumunun klasik DHA kliniğini yansıttığı düşünülmüştür. PET/BT'nin klinik önemi ile ilgili prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Dev hücreli arterit, PET/BT, alevlenme, aksiller arter

**Tablo 1.** DHA ön tanılı hastalarda PET/BT'de hipermetabolizma görülen damarların dağılımı

PET/BT'de tutulum	n (%)
Torasik aorta	22 (75,8)
Abdominal aorta	16 (55,2)
Innominate arter	15 (51,7)
Subklaviyan arter (Sağ)	13 (44,8)
Subklaviyan arter (Sol)	14 (48,3)
Karotis (sağ)	13 (44,8)
Karotis (Sol)	15 (51,7)
Aksiller arter (sağ)	7 (24,1)
Aksiller arter (sol)	6 (20,7)
Ana iliyak arter (herhangi biri)	12 (41,4)

**Tablo 2.** PET/BT (+) hastalar içerisinde ACR 1990 DHA Sınıflandırma kriterlerini dolduran ve doldurmayan hastaların karşılaştırması

	Grup 1 (n=14) ACR (+)/PET (+)	Grup 3 (n=9) ACR(-)/PET (+)	p	OR
Tanı yaşı (ort.)	68,8±4,5	63,3±9,2	0,004	
PMR	10	2	0,021	2,5 (1-6,1)
Alevlenme	4	1	NS	
CRP (tanı anında) (ort.)	75,1±30,6	130,8±93,4	0,024	
ESR (tanı anında) (ort.)	93,9±28,1	112,5±21,2	NS	
Innominate arter	9	6	NS	
Sağ subklaviyan	8	5	NS	
Sol subklaviyan	9	5	NS	
Sağ karotis	8	5	NS	
Sol karotis	9	6	NS	
Sağ aksiller	7	0	0,011	2 (1,18-3,3)
Bilateral aksiller	6	0	0,022	1,75 (1,1-2,7)
Torasik aorta SUD <sub>max</sub> (ort.)	3,9	4,6	NS	
Abdominal aorta SUD <sub>max</sub> (ort.)	4,5	5,3	NS	

## SS-019

### Primer Sjögren sendromunda tükürük bezleri için yeni OMERACT ultrason skorlama sisteminin geçerliliğinin MRG ile karşılaştırılarak değerlendirilmesi - OMERACT ultrason çalışma grubu egzersizi

Güzide Nevsun İnanç<sup>1</sup>, Sandrine Jousse Joulin<sup>2</sup>, Kerem Yiğit Abacar<sup>1</sup>, Çağatay Cimsit<sup>3</sup>, Canan Cimsit<sup>3</sup>, Maria Antonietta D'agostino<sup>4</sup>, Esperanza Naredo<sup>5</sup>, Alojzija Hocevar<sup>6</sup>, Stephanie Finzel<sup>7</sup>, Lene Terslev<sup>8</sup>, Annamaria Iagnocco<sup>9</sup>, Petra Hanova<sup>10</sup>, Wolfgang A. Schmidt<sup>11</sup>, Gonca Mumcu<sup>12</sup>, George A. Bruyn<sup>13</sup>

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

<sup>2</sup>Rheumatology Department, Cavale Blanche Hospital and Brest Occidentale University, Brest, France

<sup>3</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>4</sup>Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt, Versailles Saint Quentin University, France

<sup>5</sup>Rheumatology, Joint and Bone Research Unit. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Universidad Autónoma, Madrid, Spain

<sup>6</sup>Rheumatology, University Medical Centre, Ljubljana, Slovenia

<sup>7</sup>Department of Rheumatology and Clinical Immunology, Medical Center - University of Freiburg, Medical Faculty, University of Freiburg, Freiburg, Germany

<sup>8</sup>Centre for Rheumatology and Spine Diseases, Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark

<sup>9</sup>Academic Rheumatology Centre, Università degli Studi di Torino, Turin, Italy

<sup>10</sup>Rheumatology, First Faculty of Medicine, Charles University, Prague, Czech Republic

<sup>11</sup>Immanuel Krankenhaus Berlin, Medical Center for Rheumatology Berlin-Buch, Berlin, Germany

**Giriş:** Tükürük bezi ultrasonu ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG), yüksek sensitivite ve spesifite ile Primer Sjögren sendromu (pSS) hastalarında diagnostik amaçlı kullanılabilir.

**Amaç:** OMERACT Sjögren ultrason grubu egzersizinin amacı, OMERACT majör tükürük bezi lezyonları için ultrason skorumu sisteminin validasyonunu, pSS'li hastalarda tükürük akış hızları (TAH) ve parotis (PG'ler)/submandibuler bezler (SMG'ler) MRG'si ile karşılaştırarak değerlendirmek.

**Yöntem:** Dokuz ultrasonograf ve 2 radyolog, grey-scale ultrason ve MRG kullanarak 11 pSS hastasında bilateral PG'lerin ve SMG'lerin parankimal değişikliklerini değerlendiren validasyon çalışmasına katıldı. Dokuz sonograf, PG'lerin süperfisyel lobunu hem longitudinal hem de transvers düzlemde incelerken, SMG'ler yalnızca longitudinal düzlemde değerlendirildi. Tarama sırasında cihaz ayarlarının değiştirilmesine izin verilmedi. OMERACT yeni dört dereceli yarı kantitatif ultrason skoru uygulandı: Grade 0, normal parankim; Grade 1: minimal değişiklik: anekoik/hipoekoik alanlar olmaksızın hafif inhomojenite; Grade 2: orta derecede değişiklik: fokal anekoik/hipoekoik alanlar ile orta derecede inhomojenite; Grade 3: şiddetli değişim: diffüz inhomojenite ile tüm bez yüzeyini kaplayan anekoik/hipoekoik alanlar veya fibröz gland. MR görüntüleri, baş-boyun pratiğinde uzmanlığa sahip 2 radyolog tarafından değerlendirildi. PG'ler parankimi protokolü Kojima ve arkadaşları tarafından önerildiği; Grade 0 kesinlikle normal, Grade 1 hafif heterojen, Grade 2 açıkça anormal ve Grade 3 ciddi şekilde heterojen tahrip olmuş parankim şeklinde değerlendirildi. Ayrıca, 11 pSS hastasında hem uyarılmış hem de uyarılmamış TAH'ler değerlendirildi.

**Bulgular:** OMERACT yeni ultrason skoru, PG'ler ve SMG'ler için MRG skoru ile güçlü bir şekilde korelasyon gösterdi (Tablo 1). Korelasyon hem PG'ler hem de SMG'ler için benzerdi ( $r=0,8$   $p=0,002$ ). Ayrıca, objektif kriterler olarak uyarılmamış ve uyarılmış TAH'ler toplam OMERACT yeni ultrason skoru ( $r=0,7$   $p=0,04$ ;  $r=0,7$   $p=0,027$ ) ve toplam MRG skoru ( $r=0,8$   $p=0,004$ ;  $r=0,8$   $p=0,013$ ) ile ilişkili sonuçlandı. Ayrıca PG'lerde ve SMG'lerde benzer eğilim gözlemlendi (Tablo 2).

**Sonuç:** OMERACT'nin, pSS'de majör tükürük bezlerinin değerlendirilmesi için yeni ultrason skorumu sistemi, MRG değerlendirmesi ile güçlü bir korelasyon gösterdi. Ayrıca, her iki görüntüleme yöntemi TAH'leri ile güçlü bir şekilde ilişkili sonuçlandı.

**Anahtar Kelimeler:** Manyetik rezonans görüntüleme, OMERACT, parotis bezi, Primer Sjögren sendromu, ultrasonografi

**Tablo 1.** Spearman'in ultrason ve MRG ile skorlanan tükürük bezi hedef lezyonları için rho korelasyon katsayıları

Toplam MRG Skoru	Toplam-OMERACT SGUS Skoru	0,8	0,002
MRG Sağ PG	US Sağ PG	0,7	0,004
MRG Sol PG	US Sol PG	0,9	0,000
MRG Sağ SMG	MRG Sağ SMG	0,7	0,017
MRG Sol SMG	MRG Sol SMG	0,6	0,046

MRG: Manyetik rezonans görüntüleme, SMG: Submandibuler bezler

**Tablo 2.** Spearman'in MRG ve ABD tükürük bezlerinin tükürük akış hızları (TAH) ile ilgili rho korelasyon katsayıları

	MRI Score					OMERACT SGUS Score				
	TOTAL	R PG	L PG	R SMG	LSMG	TOTAL	R PG	L PG	R SMG	LSMG
Uyarılmamış TAH	$r=-0,8$ $p=0,004$	$r=-0,8$ $p=0,009$	$r=-0,8$ $p=0,009$	$r=-0,9$ $p=0,001$	$r=-0,9$ $p=0,001$	$r=-0,7$ $p=0,04$	$r=-0,8$ $p=0,009$	$r=-0,7$ $p=0,03$	$r=-0,8$ $p=0,012$	$r=-0,9$ $p=0,001$
Stimulated TAH	$r=-0,8$ $p=0,013$	$r=-0,7$ $p=0,024$	$r=-0,7$ $p=0,024$	$r=-0,8$ $p=0,003$	$r=-0,8$ $p=0,003$	$r=-0,7$ $p=0,027$	$r=-0,7$ $p=0,024$	$r=-0,7$ $p=0,024$	$r=-0,7$ $p=0,02$	$r=-0,8$ $p=0,003$

## SS-020

### Romatolojik hastalıklarda COVID-19 pandemi sürecinde tedaviyi bırakma oranları

Samet Karahan<sup>1</sup>, Merve Özçetin<sup>2</sup>, Kemal Erol<sup>3</sup>, Neslihan Yağmur<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları/Romatoloji Kliniği, Kayseri

<sup>2</sup>Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Kayseri

<sup>3</sup>Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon/Romatoloji Kliniği, Kayseri

<sup>4</sup>Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Kayseri

**Giriş:** Romatolojik hastaların azımsanmayacak bir kısmı tedavilerini önerilen şekilde uygulamamaktadır ve bu durum prognozu olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle COVID-19 pandemi sürecinin tedaviye uyum (kompliyans), bağlılık (adherens) ve devamlılık (persistans) durumlarını olumsuz etkilemiş olabileceği aşikardır. Biz de çalışmamızda romatolojik hastaların ilaçlara kompliyans, adherens ve persistans durumlarının ve ilişkili olabilecek verileri incelemek istedik.

**Yöntem:** Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji polikliniklerinde COVID-19 salgını öncesindeki son bir yıl içerisinde düzenli takiplerine devam edenlerden rutin poliklinik kontrol zamanı 1 Nisan- 30 Haziran 2020 arasında olan ve bu dönem içerisinde poliklinik ziyaretine gelen 101 hasta çalışmaya ilk grup olarak alındı. Bu hastalara ek olarak son bir yıl içerisinde poliklinik kontrollerine düzenli gelenler arasından oluşturulan bir liste içerisinden 150 hastada rastgele seçim yöntemiyle seçildi. Seçilen bu 150 hastaya da hastane kayıtlarında bulunan cep telefonları vasıtasıyla ulaşılarak ilgili çalışma için onam istendi. Listedeki 150 hastanın 104'ü çalışmayı kabul etti. Toplam hasta sayısı olan 205 kişilik grup ile çalışma tamamlandı. Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, hangi hastalıkları olduğu, kaç yıllık hasta oldukları, kullandıkları ilaçları not edildi. Ayrıca hastalara pandemi öncesi kullandıkları ilaçlarını kesip kesmedikleri, kesenlerin kesme gerekçeleri, hangi ilacı/ilaçları kestikleri, hastalıklarının ve/veya kullandıkları ilaçların COVID-19'a yakalanma risklerini artırıp artırmadığı soruldu.

**İstatistiksel Analiz:** Frekanslar için yüzde oranları ve toplam yüzde oranları kullanılmıştır. Bu oranlar için demografik tablolar oluşturuldu. Verilerin normal dağılımını kontrol etmek için Shapiro-Wilk testi kullanıldı. Normal dağılmayan sürekli verilerin iki grubunu karşılaştırmak için, Mann-Whitney U testi kullanıldı ve normal dağılmış sürekli veriler için Student t-testi kullanıldı. Gruplar arası prevalans oranları ki-kare testi veya Fisher'in kesinlik testi ile karşılaştırıldı. İstatistiksel analizler Statistical Package for the Social Sciences software version 25.0 (IBM, Armonk, NY, USA) kullanılarak yapıldı. Olasılık değerleri <0,05 anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** İki yüz beş hasta içinde ilaçlarının bir kısmını veya tamamını kesenlerin sayısı 71 (%34,6) idi ve kadınlarda bu sayı 53/141 (%37,6) iken erkeklerde 18/64 (%28,1) idi (p=0,187). İki yüz beş hastanın 62'si (%30,2) hastalıklarının COVID'e yakalanma riskini artırdığını düşünüyorken kadınlarda bu oran 44/141 (%31,2) erkeklerde ise 18/64 (%28,1) idi (p=0,783). Kullanmakta oldukları ilaçların COVID'e yakalanma riskini artırma düşüncesi 65 hastada (%31,7) mevcuttu [kadın-erkek; 41/141'e (%29,1) karşı 24/64 (%37,5) (p=0,440)]. NSAID kullanan 50 hastada NSAID kesme oranı %46,0 (n=23) idi ve bu oran NSAID kullanmayanlarda 47/155 (%30,3) idi (p=0,039). Steroid kullanan 25/71 hasta (%35,2), Metotreksat kullanan 26/79 hasta (%32,9), salazopyrin kullanan 10/28 hasta (%35,7), leflunomid kullanan 18/38 hasta (%47,3) ilacını kesmişti (sırasıyla p değerleri 0,899, 0,681, 0,897 ve 0,068). Biyolojik ajan kullanan hastalardaki ilaç kesen hasta oranı 20/41 (%48,8) iken geri kalan hastalarda bu oran 51/164 (%31,1) idi (p=0,033). Bu biyolojik ajan kullanan 41 hastanın 23'ü (56,1) kullandıkları ajanın COVID yakalanma riskini artırdığını düşünmekteydi. Kullanmayanlarda ise bu oran 42/164 (%25,6) idi (p=0,001). İlaçlarını kesen 71 hastanın 16'sı (%22,5) ilaç temin sorunu, 32'si (%45) ise sosyal medya, internet veya tv/gazetede okudukları sebebiyle ilaçlarını kesmişti.

**Sonuç:** Çalışmamızın en önemli bulgusu; hastalığın ve/veya kullandıkları ilaçların COVID-19 riski üzerindeki etkisine ilişkin kaygının yaygın olması, bu kaygının en yaygın olarak biyolojik ajan kullanan kişilerde gözlenmesi, bu sebeple de özellikle biyolojik ajan kullanan kişilerde ilaçları terk etme oranlarının yüksek olması olarak sayılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Adherens, COVID-19, kompliyans, persistans

## SS-021

### COVID-19 pandemisi biyolojik/hedefe yönelik DMARD kullanan romatoloji hastalarımızı nasıl etkiledi?

Semih Gülle, Yeşim Erez, Tuba Yüce İnel, Ali Karakaş, Sinem Burcu Kocaer, Aydan Köken Aşar, Gerçek Can, İsmail Sarı, Ahmet Merih Birlik, Fatoş Önen

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

**Amaç:** Bu çalışmamızda; pandemi sürecinin başında biyolojik (b/ts DMARD) veya hedefe yönelik sentetik DMARD (tsDMARD) kullanmakta olan hastaların COVID-19 geçirme sıklıkları ve ilaçlarına ara verme/kesmenin romatizmal hastalığın alevlenmesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Bu çalışmaya Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Kliniği'nde izlenmekte olan ve pandeminin ilk 3±1 ayında infüzyon tedavisi, hastalık aktivasyonu, reçete yazdırma/durum bildirir rapor alma gibi nedenlerle polikliniğe başvuran hastalar ve daha önce IV biyolojik infüzyon tedavisi ya da SC/oral b/tsDMARD tedavisi nedeniyle kontrol randevusu oluşturulmuş olan ama randevusuna gelemeyen, ancak telefon/e-mail yolu ile ulaşılarak hastalık durum anketi uygulanabilen hastalar alındı.

**Bulgular:** Çalışmada toplam 271 hasta (ortalama yaş: 47,49±13,52; %57 kadın) değerlendirildi. Çalışmamızda hastaların çoğunluğunu aksiyal spondiloartrit (AksSpA) (%45,9) ve romatoid artrit (RA) (%24,4) hastaları oluşturdu. En sık kullanılan b/tsDMARD'lar arasında infliksimab (%33), adalimumab (%15,2) ve etanersept (%13,3) yer almaktaydı. Bu dönemde b/ts DMARD kullanan 5 hastamızda [biri nazofarengeal sürüntü (NS) + hafif solunum güçlüğü, diğeri NS PCR (-) olup yüksek olasılıklı Toraks BT bulguları ile tanı aldı] COVID-19 geliştiği görüldü. Hastalarımız güncel TC Sağlık Bakanlığı rehberine uygun şekilde tedavi edildi ve tüm hastalarımız iyileşti. Pandemi sürecinde ulaşılan hastalardan 53'ünün (%19,6) b/tsDMARD tedavilerini kestiği veya tedaviye ara verdiği saptandı. Elli üç hastada ise tedaviyi kesme/ara verme sıklığı iv. infüzyon kullanan hastalarda (%28,4), SC (%14,1) ve oral kullananlara (%10,5) göre daha fazlaydı (p<0,010). Tedavisine ara veren/kesen hastaların tedavilerine aynı şekilde devam eden hastalara göre daha yaşlı olduğu ve daha sık kombine DMARD kullandığı saptanmakla birlikte hastalık aktivasyonunun ilaçlarını kesen grupta daha sık olduğu görüldü (p<0,001). Yapılan ANOVA analizinde b/tsDMARD ilaç kullanan ve ilaçlarını kesen gruplarda ilaç kullanım yolları arasında anlamlı farklılık saptanmamakla birlikte IV tedavilerini aksatan hastalarda daha sık hastalık aktivasyonu görüldü. Hastaların ilaçlarına ara vermelerinin ardından alevlenme tablosundan bağımsız şekilde aynı biyolojik tedavilere dönme oranları oldukça yüksekti.

**Sonuç:** Bu çalışmanın sonuçları, pandemi sürecinde b/tsDMARD kullanma çekincesi nedeni ile beş hastadan birinin ilacını kestiğini ve hastalarda romatizmal hastalığın aktifleşme riskinin arttığını göstermiştir. Hastalar ilaçlarını kesmelerinin ardından aktiflenme durumuna bakılmaksızın çoğunlukla aynı tedavilerine tekrar başlamıştır. Sonuçlar, genellenememekle birlikte, b/tsDMARD kullanan hastalarda COVID-19'a yakalanma veya kötü seyir gelişimi açısından risk artışı olmadığını düşündürmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, SARS-CoV-2, pandemic, rheumatology, biologic therapy, b/ts DMARD, disease activity

**Tablo 1.** Demografik bulgular

Mean ± SD (Min/Maks)	İlaça ara verme (-) (n=217) (%80,4)	İlaça ara verme (+) (n=53) (%19,6)	Toplam (n=270)	p
	Mean ± SD (Min/Maks)	Mean ± SD (Min/Maks)		
Yaş	46,42±12,81 (18/781)	51,83±15,50 (21/75)	47,49±13,52 (18/81)	0,022
Hastalık Süresi (Ay)	138±90 (9/180)	156±97 (12/509)	141±91,7 (9/509)	0,229
	n (%)	n (%)	n (%)	
Cinsiyet, Kadın	126 (58,1)	28 (52,8)	154 (57)	0,490
DMARD ile Kombinasyon (+)	93 (42,9)	31 (58,5)	124 (45,9)	0,032
Hastalık Aktivasyonu (+)	30 (13,9)	43 (81,1)	73 (27,0)	<0,001
Biyolojik Tipi (Sc vs. IV)				
IV.	78 (35,9)	31 (58,5)	109 (40,4)	0,010
Sc.	122 (56,2)	20 (37,7)	142 (52,6)	
Oral	17 (7,8)	2 (3,8)	19 (7,0)	
Tanı				-
AksSpa	101 (47,2)	23 (43,4)	124 (45,9)	-
RA	47 (22,0)	19 (35,8)	66 (24,4)	-
Psöriatik Artrit	18 (8,4)	0 (0)	18 (6,7)	-
Periferik SpA	12 (5,6)	5 (9,4)	17 (6,3)	-
Takayasu Arteriti	11 (5,1)	2 (3,8)	13 (4,8)	-
Behçet Hastalığı	13 (6,1)	2 (3,8)	15 (5,6)	-
Diğer	12 (5,6)	2 (3,8)	14 (5,2)	-
Biyolojik Adı	n (%)	n (%)	n (%)	
Infliximab	67 (30,8)	22 (41,5)	89 (33)	
Adalimumab	38 (17,5)	3 (5,6)	41 (15,2)	
Etanercept	29 (13,4)	7 (13,2)	36 (13,3)	
Certolizumab	20 (9,2)	3 (5,6)	23 (8,5)	
Tofacitinib	17 (7,8)	2 (3,8)	19 (7,0)	
Golimumab	10 (4,6)	5 (9,4)	15 (5,6)	
Secukinumab	11 (5,7)	1 (1,9)	12 (4,4)	
Tocilizumab (IV)	7 (3,2)	3 (5,6)	10 (3,7)	
Abatacept (IV)	2 (0,9)	3 (5,6)	5 (1,9)	
Rituximab	2 (0,9)	3 (5,6)	5 (1,9)	
Tocilizumab (Sc.)	4 (1,8)	0 (0)	4 (1,5)	
Abatacept (Sc.)	2 (0,9)	1 (1,9)	3 (1,1)	
Anakinra	2 (0,9)	0 (0)	2 (0,7)	
Kanakinumab	2 (0,9)	0 (0)	2 (0,7)	
Diğer	4 (1,8)	0 (0)	4 (1,5)	

**Tablo 2.** Pandemi döneminde b/ts DMARD kesilmesi ve sonrasında tedaviye geri dönüş davranışları

	Alevlenme yok, b/ts DMARD devam (n=10)	Alevlenme var, b/ts DMARD devam (n=27)	Alevlenme var, b/ts DMARD switch (n=6)	Hasta istemiyor, b/ts DMARD kesildi (n=10)
<b>Romatoid artrit (n=19)</b>	5 (50)	10 (37,1)	2 (33,3)	2 (20)
<b>Aksiyal spondiloartrit (n=23)</b>	4 (40)	12 (44,4)	2 (33,3)	5 (50)
<b>Periferik spondiloartrit (n=5)</b>	1 (10)	2 (7,4)	1 (16,7)	1 (10)
<b>Takayasu arteriti (n=2)</b>	0 (0)	1 (3,7)	1 (16,7)	0 (0)
<b>Behçet hastalığı (n=2)</b>	0 (0)	1 (3,7)	0 (0)	1 (10)
<b>Diğer (n=2)</b>	0 (0)	1 (3,7)	0 (0)	1 (50)

**Tablo 3.** b/ts DMARD tedavisi alan hastalarımızdan COVID-19 enfeksiyonu geçiren hastaların tablosu

Hasta No	Hasta 1	Hasta 2	Hasta 3	Hasta 4	Hasta 5
Cinsiyet	Kadın	Kadın	Erkek	Erkek	Erkek
Yaş	64	72	40	41	34
Tanı	RA	RA	AksSpA	GPA	Periferik SpA
b/ts DMARD Ara?	Evet	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
b/ts DMARD	Enbrel	Tofacitinib	Humira	Rituksimab	Golimumab
Kombine DMARD	Yok	Yok	Yok	Imuran	Salazopirin
Eş zamanlı Steroid	Var	Var	Yok	Var	Yok
PCR	Pozitif	Negatif	Pozitif	Pozitif	Pozitif
Toraks BT	Hafif-Orta	Orta-Ağır	Orta-Ağır	Orta-Ağır	Veri yok
Yatış Süresi	14	16	5	7	Evde
Sonlanım	İyileşme	İyileşme	İyileşme	İyileşme	İyileşme
Sonrasında b/ts DMARD	Devam	Stop	Devam	Veri yok	Devam

## SS-022

### Romatologlar tarafından yapılan kadavralarda ultrason kılavuzluğunda parotis bezi biyopsisinin değerlendirilmesi

Güziye Nevsun İnanç<sup>1</sup>, Sandrine Jousse Joulin<sup>2</sup>, Kerem Yiğit Abacar<sup>1</sup>, Leyla Cinel<sup>3</sup>, Esperanza Naredo<sup>4</sup>, Alojzia Hocevar<sup>5</sup>, Stephanie Finzel<sup>6</sup>, Lene Terslev<sup>7</sup>, Annamaria Iagnocco<sup>8</sup>, Petra Hanova<sup>9</sup>, Wolfgang A. Schmidt<sup>10</sup>, Gonca Mumcu<sup>11</sup>, Ümit Şehirli<sup>12</sup>, George A. Bruyn<sup>13</sup>

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

<sup>2</sup>Rheumatology Department, Cavale Blanche Hospital and Brest Occidentale University, Brest, France

<sup>3</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>4</sup>Rheumatology, Joint and Bone Research Unit. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Universidad Autónoma, Madrid, Spain

<sup>5</sup>Rheumatology, University Medical Centre, Ljubljana, Slovenia

<sup>6</sup>Rheumatology and Clinical Immunology, University Medical Center Freiburg, Freiburg, Germany

<sup>7</sup>Centre for Rheumatology and Spinal Diseases, Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark

<sup>8</sup>Academic Rheumatology Centre, Università degli Studi di Torino, Turin, Italy

<sup>9</sup>Institute of Rheumatology, Prague, Czech Republic

<sup>10</sup>Medical Center of Rheumatology, Immanuel Krankenhaus Berlin Buch, Berlin, Germany

<sup>11</sup>Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, İstanbul

<sup>12</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anatomi Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>13</sup>Rheumatology, Reumakliniek Lelystad, Lelystad, Netherlands

**Giriş:** Parotis bezi biyopsisinin tanısal doğruluğu, Primer Sjögren sendromu teşhisi için uygulandığında labiyal tükürük bezi biyopsisiyle karşılaştırılabilir ve ayrıca hastalık izlemi, tedavi yanıtı ve lenfoma gelişimi açısından da bilgi sağlar. Parotis bezi biyopsisinin potansiyel bir riski fasyal sinir hasarı iken, kesi alanındaki deri hissinde geçici değişiklik, bugüne kadar tanımlanmış ve kanıtlanmış tek komplikasyondur. Son yıllarda, tanısal kullanım amaçlı yüksek frekanslı (15-25 MHz) ultrason problemlerinin kullanıma sunulması ile küçük sinirlerin ve sinir fasiküllerinin görülmesi kolaylaşmıştır.

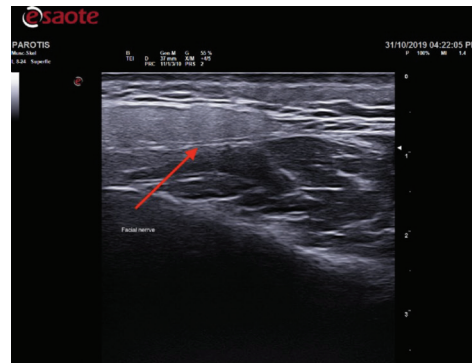
**Amaç:** OMERACT Sjögren US grubunun ultrason kılavuzluğunda parotis bezi iğne biyopsisi uygulamasının amacı, yüksek frekanslı (15-25 MHz) ultrason kılavuzluğunda fasyal sinir bölgesinden kaçınarak parotis bezi biyopsisinin güvenliğini belirlemektir.

**Yöntem:** Parotis biyopsisinden önce, sağlıklı deneklerde yüksek frekanslı ultrason problemleri (15-25 MHz) ile biyopsi için fasyal sinir içermeyen en uygun alan belirlendi (Şekil 1). Tükürük bezi ultrasonografisinde deneyime sahip 9 romatologdan her biri, core-biyopsi iğnesi kullanarak 2 farklı kadvrada toplam 4 parotis bezinden biyopsi yaptı. Biyopsiler 18 G core-biyopsi iğneleri ile yapıldı.

**Bulgular:** Toplam 36 patoloji preparatı, parotis bezi dokusu ile herhangi bir vasküler ve nöronal doku varlığı açısından uzman patoloj tarafından histolojik olarak değerlendirildi. Otuz altı patoloji preparatının %80'inde parotis bezi dokusu mevcuttu. Nöronal doku sadece 2 örnekte (%0,5) mevcuttu, bunlardan biri çok küçük miktarda tespit edildi. Vasküler doku da sadece 2'sinde (%0,5) mevcuttu.

**Sonuç:** Parotis bezinin, fasyal sinirin ultrasonografi ile tespit edilmediği bölgesinden yapılan iğne biyopsisinin tükürük bezi dokusu elde etmek için nispeten güvenli ve umut verici bir yöntem olduğunu gösterdik. Daha fazla biyopsi iğnesi alıştırmalarıyla da bu yöntem için el becerisi iyileştirilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** OMERACT, parotis biyopsisi, Primer Sjögren sendromu, ultrasonografi



**Şekil 1.** Fasyal sinir, homojen nispeten hiperekoik parotis bezi (24 MHz) probu ile donatılmış Esaote MyLab 9) içinde hiperekoik kenarlı, lineer tübüler benzeri hipoeikoik bir yapı olarak görünür.



## COVID-19 ilişkili sitokin fırtınasında biyolojik ilaç tedavisi; tek merkez deneyimi

Ozan Cemal İcaçan, Melek Yalçın Mutlu, Fatih Yıldırım, Sevil Yiğit, Selda Çelik, Cemal Bes

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

**Amaç:** İlk olarak Aralık 2019'da, Çin'in Wuhan şehrinde ortaya çıkan pandemide, yeni tanımlanan Severe Acute Respiratory syndrome-Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) etkenine bağlı gelişen pnömoni, koronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19) olarak tanımlanmıştır. Bu hastalıkta klinik bulgular, asemptomatik hastalıktan ağır viral pnömonilere varan geniş spektrumda olabilmektedir. Bu hastalık ve/veya komplikasyonlarının tedavisinde, bazı romatizmal hastalıklarda uzun süredir kullanılmakta olan hidrosiklorokin, anakinra ve tocilizumab gibi ilaçlar verilmektedir. Bu hastalık her ne kadar viral bir etkene bağlı ortaya çıkmış olsa da, yol açtığı solunum yetersizliği, sitokin fırtınası gibi ciddi tablolarda sitokin baskılayıcı ilaçlar kullanılması, COVID-19 yönetiminde romatologlara önemli bir görev düşüğünü düşündürmektedir.

**Yöntem:** Çalışmamıza COVID 19 enfeksiyonuna bağlı sitokin fırtınası tablosu olan ve buna yönelik biyolojik ilaç olarak tocilizumab (TCZ) veya anakinra tedavisi alan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastanemizde Romatoloji Kliniği'ne konsülte edilen toplam 57 hastaya biyolojik tedavi verilmişti. Elli beş hastaya TCZ (%96,4), 2 hastaya ise Anakinra tedavisi uygulandı. Hastaların ortalama yaşı 54,3 idi. On biri kadın (%19,2), 46'sı ise erkek idi (%80,8). Kırk hastada (%70,1) uygulanan biyolojik tedavi sonrası klinik ve laboratuvar olarak iyileşme gözlemlendi ve eksterne edildiler. Üç hasta solunum yetmezliği nedeni ile dış merkez yoğun bakıma sevk edildi ve takipten çıktılar, 14 hasta ise (%24,5) biyolojik tedaviler uygulanmasına rağmen exitus oldu.

**Sonuç:** COVID-19'a bağlı ciddi pnömoni, ARDS gibi ağır tablolarda yoğun bir sitokin fırtınası olduğu kabul edilmektedir. Birçok sitokin seviyesi artarken özellikle IL-6 ağır pnömoni ile ilişkilidir ve adaptif immünite üzerine zararlı etkileri vardır. COVID-19'daki IL-6'nın aşırı ekspresyonu nedeniyle bu hastalara IL-6'yı bloke eden antisitokin tedavinin verilmesi gündeme gelmiştir ve bu tedaviler birçok ülkede verilmektedir. TCZ'nin sitokin fırtınası olan COVID-19 hastalarında etkinliği birtakım çalışmalarda gösterilmiş ve günümüzde uzun vadeli yeni çalışmalarda yürütülmektedir. Kliniğimizdeki veriler de görüleceği gibi COVID-19 ilişkili sitokin fırtınasında özellikle TCZ tedavisi literatürdeki sonuçlar ile uyumlu olarak etkili bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** COVID 19, sitokin fırtınası, biyolojik tedavi

## Erken dönem risk faktörlerinin juvenil idiyopatik artrit hastalığındaki rolü

Oya Köker<sup>1</sup>, Ayten Aliyeva<sup>2</sup>, Fatih Haşlak<sup>2</sup>, Mehmet Yıldız<sup>2</sup>, Amra Adroviç<sup>2</sup>, Sezgin Şahin<sup>2</sup>, Kenan Barut<sup>2</sup>, Rukiye Eker Ömeroğlu<sup>1</sup>, Özgür Kasapçopur<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Juvenil idiyopatik artrit (JİA), genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimiyle ortaya çıkan ancak etiyojisi tüm yönleriyle aydınlatılmamış bir hastalık kompleksidir. Hastalık seyrininin bireyden bireye farklılık göstermesi dış faktörlerin etkisini kuvvetle düşündürmektedir. JİA tanılı hastalarımızda; annenin gebelik süreci, sosyodemografik ve sosyokültürel özellikler, anne sütü alma sürelerinin sorgulanması ve hastalık aktivite, hasar, remisyon zamanı, relaps sıklığı ile ilişkisinin değerlendirilmesi planlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmamız, 171 JİA tanılı hastanın ve 183 sağlıklı çocuğun ebeveynleri ile yüz-yüze anket uygulama yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Hastaların hastalıkla ilgili bilgileri rutin vizitleri esnasında ve geriye dönük olarak dosyalarından kaydedilmiştir. Sorgulanan çevresel faktörlerin, hastalıkla ilişkisi Juvenile Arthritis Disease Activity score (JADAS) 27, Wallace klinik inaktif hastalık kriterleri, Juvenile Arthritis Damage index (JADI) ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmamızdaki JİA hastalarının (n=171) ortanca yaşı 13 (3-20) saptanırken, %59,1'i kızdı. Hastalık başlangıç yaşı 7 (1-16) yıldı. İlk remisyon zamanı 5 (1-17) aydı. Hastalık alt tip dağılımına göre anne sütü alma süresinde fark yoktu (p=0,97). Anne sütü almış ve hiç almamış olanlar arasında ilk remisyon zamanı yönünden sınırdaki fark (p=0,05) bulundu (Tablo 1). İnek sütü ile erken tanıştırılan (<12 ay) hastalarda relaps sıklığı yönünden anlamlı fark bulundu (p=0,019). Annelerin emzirme süreleri ve eğitim düzeyleri ile ilişkili olarak relaps sıklığı anlamlı farklılık gösterdi (sırasıyla p=0,01; p=0,03) (Tablo 2). Ayrıca okul-öncesi eğitim alan ve almayanlar arasında, remisyon girme zamanı ve relaps sıklığı yönünden anlamlı fark saptandı (sırasıyla p=0,008; p=0,005). Hasta ve sağlıklı grup arasında anne sütü alma süreleri ve gestasyonel riskleri açısından anlamlı farklılık yoktu (sırasıyla p=0,1; p=0,65). Ancak aile bireylerinde sigara içme oranı hasta grubunda anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,03).

**Sonuç:** Anne sütü alma süresi, inek sütüne başlama zamanı ve annenin eğitim düzeyinin JİA relaps sıklığını etkilediği görülmektedir. Okul-öncesi eğitim remisyon zamanını ve relaps sıklığını değiştirmektedir. Bulgularımız, erken çocukluk dönemindeki ebeveyn tutumu ve beslenme durumunun hastalığın sürecindeki olası rolünü düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Anne sütü, çevresel faktörler, JADAS, juvenil idiyopatik artrit, relaps

**Tablo 1.** Erken dönem risk faktörleri ve juvenil idiyopatik artrit seyri

<b>Çevresel Faktörler</b>	<b>Evet cevabı, n (%)</b>	<b>JADAS, (p)</b>	<b>JADI, (p)</b>	<b>Wallace Klinik İnaktivite Zamanı, (p)</b>	<b>Relaps Sayısı, (p)</b>
Gebelikte sigara kullandınız mı?	41 (24)	0,2	0,72	0,13	0,63
Gebelikte majör bir hastalık geçirdiniz mi (enfeksiyon, otoimmün hastalık, vs.)?	14 (8,2)	0,2	0,4	0,97	0,92
Gebelikte hastalık nedeniyle ilaç kullandınız mı?	8 (4,7)	0,14	0,41	0,95	0,54
Anne sütü verdiniz mi?	165 (96,5)	0,76	0,43	0,05	0,94
12. aydan önce inek sütü içirdiniz mi?	21 (12,3)	0,5	0,36	0,54	0,01
Mama kullandınız mı?	85 (49,7)	0,11	0,22	0,59	0,86
Hayatın ilk yılında hastanede yattı mı?	28 (16,4)	0,27	0,83	0,22	0,46
Aşıları tam mı?	155 (90,6)	0,63	0,92	0,1	0,24
Kreşe gitti mi?	84 (49,1)	0,77	0,42	0,008	0,005
Evcil hayvan besliyor mu?	20 (11,7)	0,3	0,23	0,8	0,64
Hastalık sürecinde taşınma durumu?	15 (8,8)	0,11	0,42	0,92	0,32
Anne/baba/ağabey/abla sigara içen var mı?	107 (62,6)	0,11	0,71	0,8	0,93

JADAS27: Juvenile Arthritis Disease Activity score27, JADI: Juvenile Arthritis Damage index

**Tablo 2.** Ailenin sosyodemografik özellikleri ve juvenil idiyopatik artrit seyri

<b>Çevresel Faktörler</b>	<b>JADAS, (p)</b>	<b>JADI, (p)</b>	<b>Wallace Klinik İnaktivite Zamanı, (p)</b>	<b>Relaps Sayısı, (p)</b>
Anne gebelik yaşı	0,74	0,51	0,09	0,5
Babanın baba olma yaşı	0,3	0,64	0,24	0,67
Ailenin kaçınıcı çocuğu	0,15	0,41	0,6	0,23
Anne sütü alma süresi	0,16	0,3	0,67	0,013
Gelir seviyesi	0,6	0,63	0,68	0,23
Annenin eğitim düzeyi	0,58	0,63	0,23	0,03
Babanın eğitim düzeyi	0,9	0,62	0,52	0,18

JADAS27: Juvenile Arthritis Disease Activity score27, JADI: Juvenile Arthritis Damage index

# Poster Sunumlar

(PS-001 — PS-030)

## PS-001

### Kolon perforasyonu sonrası tanı alan behçet sendromu

Cemal Gürbüz, Seyyid Bilal Açıköz

*Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun*

**Amaç:** Behçet sendromu, tekrarlayan oral ve genital aftöz ülserler ve bilateral posterior veya panüveit ana belirtileriyle karakterize multisistem enflamatuvar bir hastalıktır. Gastrointestinal sistem bulguları nadir görüldüğü Akdeniz kökenli hastalara kıyasla Japon ve Koreli hastalarda daha sık görülür. Vaskülitik ülserler en sık iliöçekal bölgede görülür; perforasyon ve kanama riski yüksektir. Behçet hastalığında venöz tutulum sıklıkla tromboz şeklindeyken, arteryel tutulum psödoanevrizma şeklindedir.

**Olgu:** Yirmi yedi yaşında erkek hasta 2009 yılında ateş karın ağrısı şikayetiyle başvurduğu acil serviste çekilen abdomen bilgisayarlı tomografisinde (BT) çıkan kolonda perforasyon tespit edilmesi üzerine, hastaya çıkan kolona yönelik parsiyel kolektomi yapılmıştır. Kolon patolojisinde nekrotik zeminde ülser lezyonlar tespit edilmiştir. Anamnezinde 1 yıldır ayda 1 kez olan oral aft, 1 yıl önce 1 kez olan ve skar bırakan genital ülser ve sırtında, kollarında akneiform lezyonları olduğu anlaşılmıştır. Altı aydır dönem dönem karın ağrısı ve diyare şikayeti olmuştur. Üveit ve tromboz öyküsü yoktur. Paterji testi negatif olarak değerlendirildi. Bu bulgularla hastaya Behçet sendromu tanısı koyuldu ve 1 mg/kg kortikosteroid, kolşisin ve azatiyopürin tedavisi başlandı. Steroid tedavisi azaltılarak kesildi. İki yıllık takip sonrası takipten çıkan hasta 2014 yılında sadece kolşisin tedavisi alırken kontrole geldi. Boyun venlerinde dolgunluk tespit edilen hastanın çekilen BT anjiyografilerinde juguler venlerde tromboz ve non-masif pulmoner tromboemboli tespit edildi. Hastaya yeniden kortikosteroid ve azatiyopürin başlandı. Hasta coumadinize edildi. Azatiyopürin gastrointestinal intolerans nedeniyle kesilerek siklosporin verildi. Hasta Anti-TNF- $\alpha$  ya da siklofosamid tedavisini kabul etmedi. Üç ay sonra kontrol anjiyografisinde hastanın vena cava superior damarının total tromboze olduğu görüldü. Hastaya adalimumab tedavisi başlandı. Altı yıldır adalimumab tedavisi altında hasta remisyonunda takip ediliyor.

**Sonuç:** Behçet sendromu genç erkeklerde daha ağır seyrederek ve oküler, nörolojik, vasküler bulgular erkeklerde daha sıktır. Behçet sendromundaki GİS ülserlerinde kanama ve perforasyon riski yüksektir ve acil cerrahi gerekebilir. Anti-TNF- $\alpha$  tedavisi ciddi komplikasyonların gelişmesini önlemek için özellikle genç hastalarda erken dönemde düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet, kolon perforasyonu, biyolojik tedavi

## PS-002

### Bağ dokusu ilişkili interstisyel akciğer hastalıklarının ilk basamak tedavisinde azatiyoprin ile siklofosamidin karşılaştırılması

Hasan Satış<sup>1</sup>, Mehmet Onut<sup>2</sup>, Reyhan Bilici Salman<sup>1</sup>, Hakan Babaoğlu<sup>1</sup>, Nuh Ataş<sup>1</sup>, Aslıhan Avanoğlu Güler<sup>1</sup>, Hazan Karadeniz<sup>1</sup>, Nilgün Demirci<sup>3</sup>, Dilek Yapar<sup>4</sup>, Şeminur Haznedaroğlu<sup>1</sup>, Berna Göker<sup>1</sup>, Mehmet Akif Öztürk<sup>1</sup>, Abdurrahman Tufan<sup>1</sup>, Haluk Türkteş<sup>3</sup>

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

*<sup>2</sup>Ankara Sehir Hastanesi, Ortopedi Anabilim Dalı, Ankara*

*<sup>3</sup>Gazi Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara*

*<sup>4</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı ve Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara*

**Amaç:** Bağ dokusu hastalığına bağlı interstisyel akciğer hastalığının (CTD-ILD) tedavisi kolay olmamaktadır. Tedavi seçeneklerine ilişkin veriler esas olarak plasebo kontrollü olgu serilerinden gelmektedir. Bu konu ile ilgili immüno-supresif ilaçları karşılaştıran literatür sınırlıydı. Bu çalışmayla CTD-ILD'nin ilk basamak tedavisinde azatiyoprinin (AZA) rolünü tanımlamak ve siklofosamid (CYC) ile karşılaştırmak amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Üçüncü basamak referans hastanesinde, 2009-2019 yılları arasında romatoloji veya göğüs hastalıkları bölümü tarafından takip edilen tüm ILD hastaları retrospektif olarak değerlendirildi. Beş ana CTD grubu tanımlandı; sistemik skleroz (SSc), romatoid artrit (RA), primer Sjögren sendromu (pSS), enflamatuvar miyozit (IMS) ve otoimmün özelliklere sahip interstisyel pnömoni (IPAF). İndüksiyon tedavisi olarak AZA veya CYC ile tedavi edilen hastalar dahil edildi. Altı ayda tedaviye yanıtlar ve yan etkiler analiz edildi.

**Bulgular:** ILD tanısı alan 1351 hastadan 328'inde CTD-ILD vardı. Elli yedi hastaya AZA ve 79 hastaya CYC tedavisi uygulandı. AZA ile tedavi edilen hastalar, CTD-ILD'nin başlangıcında CYC ile tedavi edilen hasta grubuna kıyasla daha sınırlı hastalık ve ileri yaşa sahipti. CYC tedavisi ile 6. ayda FVC'de %2,41 artış, AZA tedavisinde ise öngörülen FVC'de %1,44 düşüş ile sonuçlandı (p=0,041). AZA, IMS ve IPAF gruplarında CYC ile benzer etkinliğe sahipti, ancak SSc, RA ve pSS ilişkili ILD tedavisinde CYC kıyasla sonuçları kötüydü. AZA ile en sık karaciğer transaminazlarında yükselme, bulantı ve kusma görülürken CYC grubunda sık enfeksiyon, bulantı ve kusma ana yan etkilerdi.

**Sonuç:** AZA tedavisi, hafif/sınırlı ILD ve IMS veya IPAF tanısı olan hastalarda ilk tedavi seçeneği olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** İnterstisyel akciğer hastalığı, bağ dokusu hastalığı, otoimmün özelliklere sahip interstisyel pnömoni, tedavi, azatiyoprin, siklofosamid

Tedavi gruplarına göre yanıt değerlendirilmesi			
	Azatiyoprin (n=43)	Siklofosamid (n=72)	p
İmuran Dozu mg/gün	101,78±32,22	n.a	
Kümülatif Siklofosamid dozu (mg)	n.a	8241±6190	
▲MMRC skoru (25;75)	0 (-1; 1)	0 (-1; 0)	0,031
▲FCV, mL (25;75)	0.01 (-0,27; 0,16)	0.06 (-0,68; 1,5)	0,091
▲FCV, predikte % (25;75)	-1 (-6; 3)	3 (-2,75; 5)	0,025
▲HRCT tutulum yüzdesi (25;75)	0 (-0,62; 1,25)	0 (-5; 0)	0,075
Orta-yüksek doz steroid kullanan hasta (%)	%65,1	%54,1	>0,05
İAH progresyonu gösteren hasta sayısı (%)	17 (%39,5)	11 (15,3)	0,013
5-yıllık sağkalım	%91	%95	>0,05
Hastalık alt tipine göre İAH progresyon görülen hasta oranları			
Skleroderma (n=43)	%60	%11,9	0,013
Romatoid artrit (n=16)	%62,5	%25	>0,05
Primer Sjögren sendromu (n=16)	%71,4	%11,1	0,035
Enflamatuvar Myozit (n=14)	%11,1	-	>0,05
IPAF (n=20)	%26,6	%23,1	>0,05

FVC: Zorlu vital kapasite, IPAF: Otoimmün özellikli interstisyel akciğer hastalığı, MMRC: Lodified medical research council skoru, İAH: İnterstisyel akciğer hastalığı

### PS-003

#### Ailesel Akdeniz hastalarının yönetiminde hasta ve hekim perspektifi arasındaki uyumsuzluk

Hasan Satış, Reyhan Bilici Salman, Hakan Babaoğlu, Nuh Ataş, Hazan Karadeniz, Aslıhan Avanoğlu Güler, Şeminur Haznedaroğlu, Berna Göker, Mehmet Akif Öztürk, Abdurrahman Tufan

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

**Amaç:** Ailesel Akdeniz ateşi (FMF) hastalarının ömür boyu tedavi görmeleri gereklidir. Bu, hasta ve hekim arasında dikkate değer bir iletişimi zorunlu kılar. Bununla birlikte, tedavi seçeneklerini etkileyen hastalığın öznel semptomları nedeniyle hastalık aktivitesini değerlendirmek her zaman kolay değildir. Bu çalışmada FMF'li hastalar ile hekimleri arasında tedavi yeterliliği konusunda bir tutarsızlık olup olmadığını araştırmak amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Üçüncü basamak bir referans merkezinde, FMF tanısı olup ve tedaviye uyumu mevcut bulunan ve en az altı aydır takiplerine düzenli gelen 471 hasta kesitsel olarak değerlendirildi. Demografik ve antropometrik veri, hastalığın özellikleri ve şiddeti, komplikasyonlar ve tedavi özellikleri ile hastanın karakteristikleri kaydedildi. Hastalara ve doktorlara tedavi yeterliliği soruldu ve cevapları birbirleriyle karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Dört yüz otuz dört (%92) hastanın, tedavi yeterlilikleri açısından olumlu ya da olumsuz olarak görüşleri, kendi hekimlerinin görüşlerine paraleldi. Plevrotik, kutanöz veya miyalji ataklarına sahip olmak, kolşisin intoleransı veya komorbitik hastalığın

bulunması, yoğun bir fiziksel çalışma gerektiren hastalarda hekimleri ile aralarında uyumsuzluk daha sık görüldü. Hekim bakış açısına göre tedavinin yetersiz olduğu düşünülen tedavi, komorbit hastalığı, kolşisin intoleransı veya kutanöz hastalığı olan hastalar tarafından daha sıklıkla yeterli olarak değerlendirilmiştir.

**Sonuç:** Hastaların ve hekimlerin tedavinin etkinliği konusundaki perspektifi çoğunlukla birbirleriyle uyumludur. FMF hastalarında doktor değerlendirmesi yerine hasta değerlendirmesi de hastalık yönetimi konusunda dikkate alınabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Ailesel Akdeniz ateşi, tedavi uyumu, kolşisin

Hasta-hekim arasındaki tedavi konusundaki uyum durumu		
	Hastaya göre tedavi yeterli	Hastaya göre tedavi yetersiz
Doktora göre tedavi yeterli	329 (%94,8)	19 (%5,3)
Doktora göre tedavi yetersiz	18 (%5,2)	105 (%84,7)

### PS-004

#### Ailesel Akdeniz ateşi hastalarında komplikasyonlardan kaçınmak için hangisini sağlamak daha önemli: Lab remisyonu mu klinik remiyon mu?

Hasan Satış, Reyhan Bilici Salman, Hakan Babaoğlu, Nuh Ataş, Hazan Karadeniz, Aslıhan Avanoğlu Güler, Şeminur Haznedaroğlu, Berna Göker, Mehmet Akif Öztürk, Abdurrahman Tufan

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

**Amaç:** Ailesel Akdeniz ateşi (FMF) hastalarının takibinde amiloidoz gelişimi en korkulan komplikasyondur. Hastaların önemli bir kısmında kolşisin ile tam remiyon sağlanmakla birlikte, kısmi remiyon sağlanan hastalardaki risk durumu net değildir. Bu çalışma ile klinik ya da laboratuvar olarak remiyonda olmayan FMF hastalarının özellikleri ve komplikasyon gelişme riskleri karşılaştırılmıştır.

**Yöntem:** Üçüncü basamak bir referans merkezinde, FMF tanısı olup ve tedaviye uyumu mevcut bulunan ve en az altı aydır takiplerine düzenli gelen 449 hasta kesitsel olarak değerlendirildi. Demografik ve antropometrik veri, hastalığın özellikleri ve şiddeti, komplikasyonlar ve tedavi özellikleri ile hastanın karakteristikleri kaydedildi. Klinik remiyon 6 ayda bir veya daha az atak geçirmek, lab remiyon ise C-reaktif protein değerinin takiplerde atak dönemleri dışında normal aralıkta olması olarak tanımlandı. İzole klinik/lab remiyonuna sahip hasta grupları komplikasyon gelişimi açısından birbirleri ve tam remiyon olan/olmayan grupla karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen hastalardan 260'ında (%58) tam remiyon sağlanmışken 59'u (%13) kolşisin dirençliydi. Kısmi remiyon sağlanan hastalardan, klinik remiyon 102 hastada (%22,7) lab remiyon da 28 hastada (%6,2) sağlanamamıştı. Amiloidoz gelişme riski tam remiyonda olmaya kıyasla; klinik remiyonda olmayan grupta 10,9 [%95 güven aralığı (GA) (2,2 -52), p=0,003] kat, lab remiyon olmayan grupta 21,4 (%95 GA (3,7-123), p=0,001) kat ve hiç remiyonda olmayan grupta 29,5

(%95 GA 6,2 -137, p=0,001) kat risk artışı ile ilişkili bulundu. Oto-enflamatuvar hastalık hasar indeksi (ADDİ)  $\geq 2$  olma riski de tam remisyondaki hastalara kıyasla sırası ile 3,9, 4,9 ve 5,2 kat artmış bulundu.

**Sonuç:** FMF hastalarında hem klinik remisyonu hem de laboratuvar remisyonunu sağlamak komplikasyon gelişimini önlemek için önemlidir. Lab remisyonu sağlanmadığında risk artışı klinik remisyon sağlamamaya göre daha fazla olmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Ailesel Akdeniz ateşi, amiloidoz, klinik remisyon, laboratuvar remisyon

## PS-005

### Sistemik lupus eritematozus hastasında bilateral optik nöropatiye bağlı görme kaybı: Olgu sunumu

Sibel Ösken<sup>1</sup>, Zeynep Kaya<sup>1</sup>, Eylem Güner Atasoy<sup>1</sup>, Sevdâ Aydın Kurna<sup>2</sup>, Eren Gözke<sup>3</sup>, Necati Çakır<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Kliniği, İstanbul

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

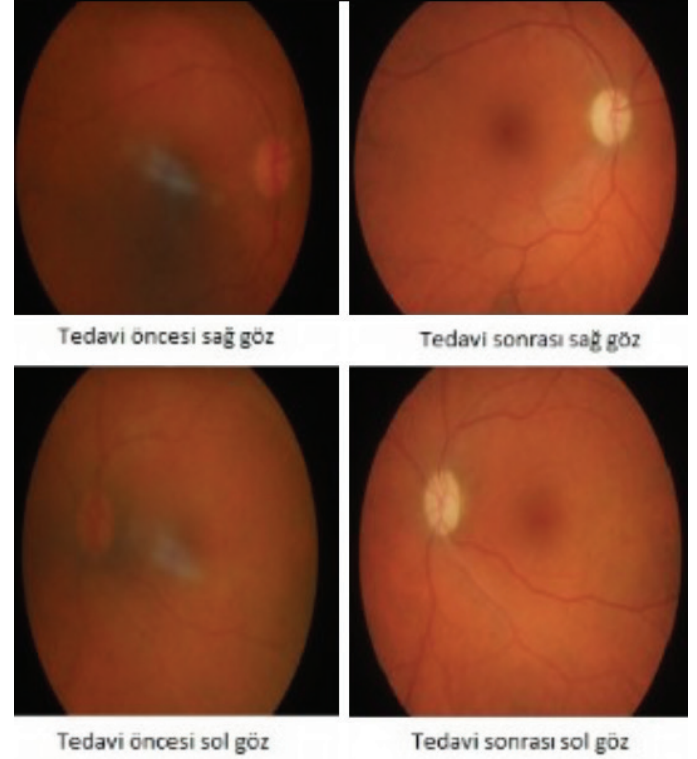
**Giriş:** Sistemik lupus eritematozus (SLE), çoğunlukla doğurganlık çağındaki kadınlarda görülen birçok organ ve sistemi tutabilen kronik otoimmün bir bağ dokusu hastalığıdır. Santral sinir sistemi tutulumu %20-40 oranındadır. Optik sinir ya da optik kiazma tutulumu ise daha nadir olup %1 oranında görülür.

**Olgu:** Elli dokuz yaşında kadın hasta, on üç yıl önce el ve ayak eklemlerinde artrit, fotosensitivite, Raynaud fenomeni, trombositopeni ve ANA'lığı (+)(1/3200) ile SLE tanısı koyulmuş. Hastaya o dönemde prednizolon, hidroklorokin, nifedipin başlanmış. Nisan 2019'da trombositopeni nedeniyle romatoloji servisine yatırılarak; pulse steroid, trombosit süpsansiyonu/aferezi, IVIG, rituksimab, eltrombopag tedavileri uygulanandı, dirençli trombositopeni nedeniyle splenektomi yapıldı. Hastanın yatışı sırasında çekilen PA Akciğer grafilerinde kaviter lezyon tespit edilmesi üzerine ampirik olarak antifungal ve antibakteriyel başlandı, takiplerinde lezyon boyutunda artış saptanması nedeniyle antitüberküloz tedavi verildi. Dördüncü ay akciğer HRCT takiplerinde lezyonlarda yer ve boyut değişimi saptanması üzerine ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı SLE'ye sekonder organize pnömoni olarak raporlanması üzerine de hastanın antifungal ve antitüberküloz tedavileri kesilerek lupus tedavisine devam edildi. Takiplerinde bilateral görme azlığı gelişen hastada optik diskte solukluk bilateral nükleer katarakt başlangıcı ve bilateral grade 2 hipertansif retinopati saptandı. Görme kaybının progrese olması, görme mesafesinin azalması (1 metreden az) üzerine nöroloji ve göz ile rekonsülte edilen hastanın kraniyal MR'sinde patoloji tespit edilmedi. Göz dibi incelemesinde bilateral optik sinirlerde solukluk, maküladada atrofi saptandı (Figür 1). Görsel uyarılmış potansiyel (VEP) incelemesinde bilateral aksiyon potansiyeli alınamadı. Hastaya optik nöropati nedeniyle 3 kez olmak üzere 1 gram i.v. metilprednizolon uygulandı. Prednizolon 7,5 mg/gün ve rituksimab tedavi protokolüne devam eden hastanın son

kontrollerinde bilateral optik disk enflamasyonu gerilemiş olup minimal optik atrofi saptandı, görme mesafesinde artış tespit edildi. VEP incelemesinde p100 latansları normal sınırlarda, amplitüdüler düşük elde edildi.

**Sonuç:** SLE hastalarında gelişen görme bozukluklarının ayırıcı tanısında optik nöropati akılda tutulmalıdır, erken tanı ve tedavi ile olumlu sonuçlar elde edilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik lupus eritematozus, optik nöropati, nöro-oftalmolojik tutulum



Figür 1. Göz dibi bulguları

## PS-006

### Ankilozan spondiliti taklit eden omurga tutulumu: Alkaptonürlü bir olgu

Erdal Bodakçılı<sup>1</sup>, İbrahim Vasi<sup>2</sup>, Ebru Özden Yılmaz<sup>2</sup>, Esra Şendil<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Eskişehir Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Eskişehir

<sup>2</sup>Eskişehir Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Eskişehir

**Amaç:** Alkaptonüri; homogentisik asit oksidaz enzim eksikliğine bağlı gelişen nadir görülen otozomal resesif geçen metabolik bir hastalıktır. Alkaptonüri pek çok sistemi etkileyebildiği gibi muskuloskeletal sistemle ilgili olarak omurgada ve periferik eklemlerde dejeneratif değişikliklere neden olur. Biz bu yazımızda ankilozan spondilit öntanısıyla yönlendirilen hastada alkaptonüri tanısı konularak spondiloartropati ayırıcı tanısında akılda bulundurulması gerektiğini düşünerek sunmayı amaçladık.

**Olgu:** Elli üç yaşında kadın hasta polikliniğimize bel, kalça ağrısı ve sol dizinde şişlik olması ile başvurdu. Bel ağrısının yaklaşık 6 yıldır olduğu, bu zamana kadar ihtiyaç duyduğunda analjezik

ve miyorelaksan ilaçlar kullandığı ve kısmen fayda gördüğü öğrenildi. Sabah tutukluğu 5-10 dakika sürmekte olup, ağrıları dinlenmekle azalıyor. Sol dizindeki şişliğin ortalama 6 aydır olduğunu ve zaman zaman yürümekte zorlandığını belirtiyordu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Sistem sorgusunda idrarının bekletildiğinde siyahlaştığını ve çocukluğundan beri bu şikayetin olduğunu, iç çamaşırının zaman zaman idrar teması sonrası siyahlaştığını belirtti. Fizik muayenesinde; sağ kulak helikste, burunda ve her iki el baş parmak tırnağında mavi-siyah pigmentasyonu mevcuttu. Torakal kifoz hafif derecede artmış. Bel hareketleri her yöne kısıtlı ve ağrılı idi. Sol diz hareketleri ağrılıydı ve sol dizde sıvısı vardı. Laboratuvarında akut faz reaktanları normal, RF ve HLA B27 testi negatifti. Sol dizden alınan sıvı non-enflamatuvar karakterdeydi. Hastanın idrar örneği 24 saat açıkta bekletildiğinde siyah rengini aldı ve idrarda homogenitistik asit pozitif saptandı. Radyografisinde intervertebral disklerde daralma, kalsifikasyonlar (Şekil 1), vertebra ön yüzlerinde osteofitik dejeneratif değişiklikler, sindesmotit ve marjinal subkondral skleroz tespit edildi. Sakroiliak eklemleri açıktı. Olguya okronotik spondiloz ve artropati tanısı konularak fizik tedavi ve rehabilitasyon programına alındı. On beş günlük tedavi sonrası semptomlarda gerileme gözlemlendi. Kalp kapak tutulumu açısından yapılan ekokardiyografisi normal idi. Semptomlarına yönelik gerektiğinde non-steroid antienflamatuvar ilaç tedavisi alması planlandı.

**Sonuç:** Spondiloartriti taklit etmesi nedeniyle ayırıcı tanıda; sakroiliak grafinin normal olması, sabah tutukluğunun kısa olması, ağrı karakterinin mekanik olması, deride pigmentasyonlar, lomber grafide yaygın disk kalsifikasyonu izlenen hastalarda okronozis düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Alkaptonüri, ankilozan spondilit, disk kalsifikasyonu, okronozis



**Şekil 1.** Disklerde kalsifikasyon ve vertebral aralıklarda daralma

## PS-008

### Gut ve Paget hastalığı birlikteliği; bir tesadüf mü?

Erdal Bodakçı<sup>1</sup>, İbrahim Vasi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Eskişehir Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Eskişehir

<sup>2</sup>Eskişehir Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Eskişehir

**Amaç:** Kemiğin paget hastalığı (PH), yaşlanan iskelette meydana gelen fokal bir kemik metabolizması bozukluğudur; hızlanmış bir kemik yapım-yıkım döngüsü ile karakterizedir. Hızlanmış kemik yapım- yıkımından kaynaklı artmış nükleik asit döngüsü görülebilmekte. Burada, gut tanısı olan ve daha sonra PH tanısı alan hastayı sunacağız.

**Olgu:** Elli beş yaşında erkek hasta 6 ay önce ayak baş parmağında artrit olması ile gut tanısı almış. Düzensiz ilaç kullanımı olan hastada son 6 ayda olan 4. gut atağı ile romatoloji polikliniğimize başvurdu. Muayenesinde sol kalça hareketleri kısıtlıydı. Sol ayak baş parmağında artrit vardı. Hastanın ürik asit 10,5 mg/dL (3,8-7,7) idi. Sol kalça ağrısı nedeniyle hastadan istenen pelvis grafisinde femuroasetabuler eklemda daralma, skleroz artışı, iliak kanatlarda yaygın sklerotik litik lezyonlar görüldü. Sklerotik litik lezyonların paget hastalığını düşündürmesi üzerine istenen serum alkalin fosfataz düzeyi 1160 u/L (40-150 u/L) olup yüksekti. Kalsiyum, fosfor, parathormon ve D vitamini normal aralıktaydılar. Hastaya yapılan tam kan, biyokimya, idrar incelemeleri ve protein elektroforezi, tümör markerleri normaldi. Osteoporozu yoktu. Yapılan tüm vücut kemik sintigrafisinde, sol femurda ve iliak kanatta aktivite tutulumu, vertebral kolonda yoğun artmış aktivite tutulumu saptandı. PH düşünüldü. Hastaya alendronat 70 mg/hafta, 1000 mg kalsiyum+880 IU D vitamini 1x1/gün, gut için kolşisin 2x1, indometazin 3x1 başlandı. Bu tedaviye 10 gün sonra allopurinol eklendi. Birinci ayın sonunda bakılan ürik asit değeri 6,7 mg/dL olması ve verilen tedavinin ürik asit değeri üzerindeki etkisini görebilmek için allopurinol stoplandı. Diyet önerilmedi. Üçüncü ay kontrolünde bel ve kalça ağrısının azaldığı, analjezik ihtiyacının 3-4 günde bir olduğunu belirten hastada ALP 380 u/L, ürik asit 7,0 mg/dL olup takip ve tedavisi devam etmektedir.

**Sonuç:** Gut ve Paget birlikteliği klinisyenler açısından gözden kaçabilen bir birliktelik olup, gut için atipik olan ağrılarda ALP çalışılması, Paget tanısı olan hastalarda da ürik asit düzeyine bakılarak bu iki hastalığın erken dönemde tanısı konulabilir. Paget tedavisi ile hiperürisemi de tedavi edileceğinden gereksiz ilaç alımı engellenmiş olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Paget hastalığı, hiperürisemi, gut

## PS-009

### Enflamatuvar bel ağrısının beklenmedik bir nedeni: Osteitis kondensans ilii

Sadettin Uslu

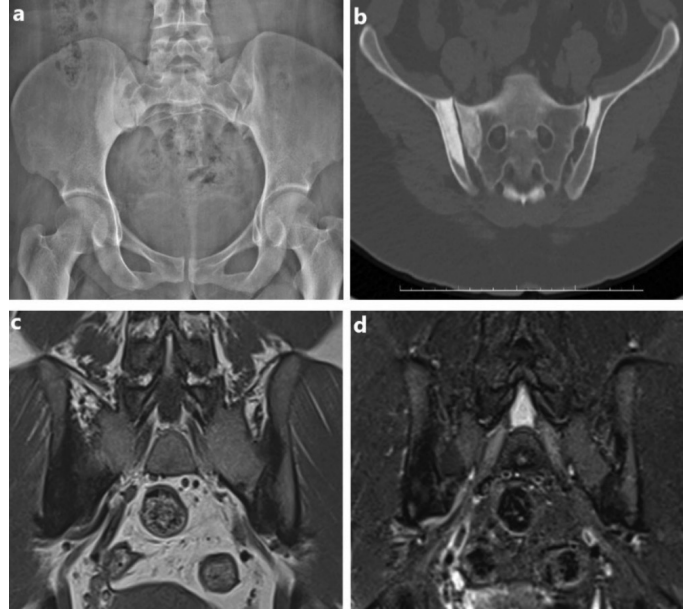
Ömer Halisdemir Üniversitesi, Bor Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Niğde

**Giriş:** Osteitis kondensans ilii (OKİ), bel ağrısına yol açan nadir nedenlerden biridir. OKİ prevalansı genel popülasyonda %0,9-2,5, ve doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde çoğunlukla kadınlarda bildirilmiştir. Biz de enflamatuvar bel ağrısı ile başvuran ve OKİ tanısı alan 35 yaşındaki bir kadın hastayı sunmayı amaçladık.

**Olgu:** Otuz beş yaşında bir kadın 10 yıllık bel ağrısı şikayeti ile başvurdu. Ağrı enflamatuvar karakterde olup, hasta bir saatten fazla sabah sertliği tariflemekteydi. Üçüncü hamileliğinden sonra şikayetlerinin arttığını ifade ediyordu. Hastanın kişisel, ailevi ve tıbbi geçmişi dikkate değer bir bulgu yoktu. Fizik muayenede FABER testi pozitif ve sakroiliak eklem üzerinde fokal hassasiyet vardı. Pelvik grafide sakroiliak eklemlerde skleroz görüldü (Şekil 1a). Bilgisayarlı tomografide bilateral sakroiliak eklemlerde periartiküler skleroz bulguları mevcuttu (Şekil 1b). Manyetik rezonans görüntülemesinde sakroiliak eklem periartiküler alanda düşük sinyal yoğunluğu tespit edildi (Şekil 1c, 1d). Laboratuvarında eritrosit sedimentasyon hızı ve C-reaktif protein seviyeleri normaldi ve HLA-B27 negatifti. OKİ tanısı konuldu ve hastaya non-steroid enflamatuvar ilaç ve fizik tedavi başlandı.

**Sonuç:** OKİ genellikle asemptomatiktir. Semptomatik olması durumunda en sık mekanik karakterde ağrı izlenir, ancak hastalar nadiren istirahatte kötüleşen karakteristik özellikli enflamatuvar sırt ağrısının bazı özellikleri ve sabah tutukluğu ile başvurabilir. OKİ esas olarak radyolojik bir tanıdır. Sakroiliak ekleme komşu iliak kemik öncelikle etkilenir ve kendini üçgen şeklinde kemik sklerozu olarak gösterir. Sakroiliitin aksine, OKİ'de artiküler sınırlar sağlamdır ve eklem mesafesi korunmuştur. OKİ bel ağrısının benign bir nedenidir ve aksiyal spondiloartritir ayrırıcı tanısında düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Osteitis kondensans ilii, ankilozan spondilit, enflamatuvar bel ağrısı



**Şekil 1.** (a) Sakroiliak eklem grafide sakroiliak eklemlerin iliak sınırında skleroz; (b) Aksiyal bilgisayarlı tomografide her iki sakroiliak eklemlerde periartiküler skleroz; (c-d) T1 ve T2 ağırlıklı manyetik rezonans görüntülemelerde düşük sinyal yoğunluğu

## PS-010

### Sistemik skleroz hastalarında SARS-CoV-2 hastalığı (COVID-19): 4 olgu serisi

Numune Aliyeva, Yasemin Yalçınkaya, Şirhan Amikişiyev,  
Bahar Artım Esen, Mahdume Lale Oçal, Ahmet Gül, Murat İnanç

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

**Amaç:** İmmünoşüpresyon ve komorbiditelerin varlığı, otoimmün enflamatuvar romatolojik hastalığı (OİRH) olanlarda artmış ciddi enfeksiyon riski ile ilişkilidir. O nedenle SARS-CoV-2 hastalığının (COVID-19) immünoşüpresif tedavi almakta olan OİRH hastalarındaki sıklığı ve şiddeti dikkat çekici olmuştur. Biz de çalışmamızda sistemik skleroz (Ssk) tanısıyla takip edilen hastalarımızda COVID-19 enfeksiyonu sıklığını ve klinik özelliklerini belirlemeyi planladık.

**Yöntem:** Deri ve visseral organ tutulumundan bağımsız olarak 104 Ssk hastası telefonla aranarak, pandemi sürecinde poliklinik kontrolüne gelen 57 Ssk hastası da muayene sırasında anket çalışmasına davet edildi. Onay alındıktan sonra aşağıdaki sorular soruldu:

- 01.03.2020 tarihi itibarı ile COVID-19 ile uyumlu ateş/öksürük, nefes darlığı/tat, koku kaybı/karın ağrısı, ishal şikayeti ile sağlık kuruluşuna başvurduunuz mu?
- COVID-19 için örnek alındı mı, nasıl sonuçlandı?
- Pozitif sonuçlandı ise hastaneye yatırıldınız mı, epikrizinizi bizimle paylaşabilirsiniz mi?

COVID-19 enfeksiyonu geçirenler klinikte daha detaylı değerlendirildi.

**Bulgular:** Dört Ssk hastasında COVID-19 enfeksiyonu görüldü. Tablo 1'de hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri tanımlanmıştır. Birinci, 2. ve 4. hastanın tipik COVID-19 bulguları mevcut idi (Tablo 2). İkinci ve 4. hastada nazofarengeal örnekte COVID-19 gerçek-zamanlı polimeraz zincir reaksiyon testi pozitif sonuçlandı. Birinci, 2. ve 3. hastanın Akciğer bilgisayar tomografisinde COVID-19 pnömonisi ile uyumlu bulgular izlendi. Hastaların hiçbirinde sitokin fırtınası, tromboembolizm gelişimi veya vaskülopatide kötüleşme olmadı; mekanik ventilasyon ve/veya anti-sitokin tedavi ihtiyacı gelişmedi.

**Sonuç:** Çalışmamıza katılan 161 Ssk hastasından dördünde (%2,4) COVID-19 enfeksiyonu saptandı. İmmünoşüpresif kullanan Ssk hastaları arasında COVID-19 sıklığı öngörülenin aksine sık gözlenmedi. Olgularımız ciddi organ hasarı ve vasküler hasarda

kötüleşme olmadan iyileşti. İlk 3 Ssk olgusunda, öncesindeki ağır vaskülopatik seyire karşın, COVID-19 sürecinde olabilecek vasküler kötüleşmenin olmamasının öncesinde aldıkları spesifik vazodilatör tedavinin olumlu etkisi olabileceği düşünüldü. İki olgumuzda akciğer tutulumu olmasına rağmen solunum fonksiyonlarında olumsuz değişiklikler gözlemlenmedi. Ciddi deri ve viseral organ tutulumu olan Ssk hastalarında immünoşüpresif tedaviye uzun süre ara verilmesi hastalık progresyonuna neden olabilir. Elde olan veriler pandemi sürecinde Ssk hastalarında immünoşüpresif tedaviye ara verilmeden devam edilebileceğine dair görüş sağlamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik skleroz, immünoşüprese hasta, COVID-19 hastalığı

**Tablo 1.** COVID-19 hastalığı geçirmiş sistemik skleroz hastalarının klinik özellikleri

	Hasta-1	Hasta-2	Hasta-3	Hasta-4
Yaş/Cinsiyet	58/K	40/K	52/K	48/K
Raynaud süresi/ Raynaud dışı semptom süresi (yıl)	20/18	27/20	23/18	4/4
Sigara alışkanlığı	Yok	Yok	Yok	Ex smoker <2003 30 p/yıl
Vücut kitle indeksi (kg/m <sup>2</sup> )	27	22	26	33
Diğer komorbiditeler	HT, KBH	Yok	Yok	Yok
Deri tutulumu	Sınırlı	Diffüz (mRSS: 16)	Diffüz	Sınırlı
Otoantikör profili	Anti-sentromer	Anti-scl70	Anti-scl70	Anti-sentromer
İnterstisyel akciğer hastalığı	Yok	Var	Var	Yok
Pulmoner hipertansiyon	Yok	Yok	Yok	Yok
Periferik vasküler tutulum	Dijital ülserler	Dijital ülserler	Dijital ülserler	Yok
İmmünoşüpresifler	Yok	Mikofenolat Mofetil	Azatiyoprin (enfeksiyon nedeniyle ara verilmiş)	Metotreksat
Prednizon (mg/gün)	Yok	5 mg/gün	5 mg/gün	5 mg/gün
Spesifik vazodilatörler	Bosentan	Tadalafil	Sildenafil	Yok
ACE inhibitörleri ve/veya ARB	Yok	Yok	Kinapril	Yok

**Tablo 2.** Sistemik skleroz hastalarında COVID-19 enfeksiyonunun klinik özellikleri

	Hasta-1	Hasta-2	Hasta-3	Hasta-4
İlk bulgular	Dispne	Ateş, baş ağrısı, miyalji, bulantı	Asemptomatik	Ateş, terleme, öksürük, halsizlik
RT-PCR	Negatif	Pozitif	Negatif	Pozitif
Akciğer BT bulguları	Var	Var	Var	Yok
Lenfopeni	Var	Var	Yok	Yok
C-reaktif protein (mg/L)	30,3	60,54	16,96	80,85
Ferritin	Normal	Normal	Normal	147 g/L (10-120)
Troponin T	Kontrol edilmemiş	Normal	Normal	Normal
Hospitalizasyon	Var	Var	Yok	Yok
YBÜ'de hospitalizasyon	Yok	Yok	Yok	Yok
Oksijen tedavisi	Var	Yok	Yok	Yok
Non-invazif/invazif mekanik ventilasyon	Yok	Yok	Yok	Yok
Tedavi	HCQ+ Azitromisin+ Favipiravir+ Seftriakson	HCQ+ Azitromisin+ Oseltamivir	Levofloksasin	HCQ
Anti-stokin tedavi	Yok	Yok	Yok	Yok
Sonuç	Şifa ile taburcu	Şifa ile taburcu	Ayaktan takip	Ayaktan takip

RT-PCR: Gerçek-zamanlı polimeraz zincir reaksiyon, BT: Bilgisayarlı tomografi, YBÜ: Yoğun bakım ünitesi



## AA amiloidoza bağlı kronik böbrek yetmezliği ile presente olan yeni tanı ankilozan spondilit olgusu

Adem Ertürk

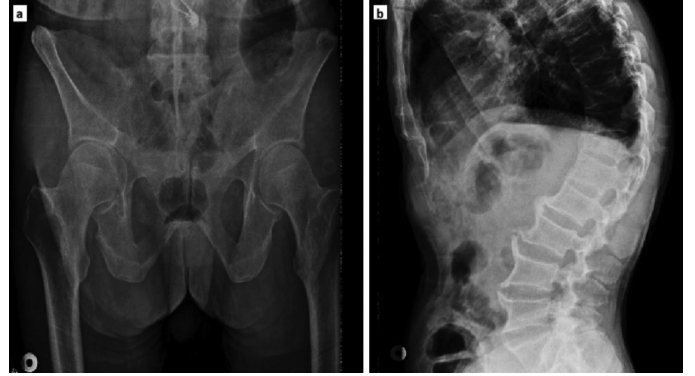
Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Afyonkarahisar

**Giriş:** AA tipi amiloidoz, süregelen enflamatuvar hastalıkların ve bazı süregelen enfeksiyonların geç dönem ve ciddi bir komplikasyonudur. Spondiloartritler, AA amiloidozun sık görülen nedenleri arasında yer alır. Burada AA amiloidoz etiyojisi araştırılırken tanı konulan ankilozan spondilit (AS) olgusu sunulacaktır.

**Olgu:** Altmış altı yaşında erkek hasta nefroloji bölümünde yapılan böbrek biyopsisinde AA amiloidoz saptanması üzerine romatolojik etiyojilerin araştırılması için tarafımıza yönlendirilmiş. Öyküsünde bilinen romatolojik hastalığı yoktu. Özgeçmişinde 10 yıldır HT ve kronik böbrek yetmezliği vardı. Yapılan romatolojik sorgulamasında enflamatuvar bel ağrısı yoktu, ancak gençlik yıllarında kronik bel ağrısının olduğunu, uzun zamandır bel ağrısının olmadığını ve aradan çok uzun süre geçtiği için bel ağrısının enflamatuvar veya mekanik karakterde olup olmadığını hatırlamıyormuş. Ailevi Akdeniz ateşi (FMF) açısından özellik yoktu, ailesinde FMF veya böbrek yetmezliği öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde bilateral pretibial ödemi vardı. Periferik artit, entesit, daktilit yoktu. Modifiye Schober testi 6 cm'di. Göz muayenesinde hipertansif retinopasi saptanılmadı. Yapılan tetkiklerinde; glukoz: 102 mg/dL, sedimentasyon 65 mm/saat, C-reaktif protein 0,9 mg/dL, kreatinin 4,6 mg/dL, HLA-B27 negatif, ANA, antidsDNA, ENA paneli, ANCA, anti-glomerüler bazal membran antikoru negatif, C3 ve C4 düzeyleri normaldi. Yirmi dört saatlik idrarda 6 gr/gün proteinürisi vardı, idrar direk bakısında aktif idrar sedimenti yoktu. FMF gen mutasyonu çalışmasında mutasyon saptanılmadı. Başvuru esnasında enflamatuvar bel ağrısı olmamasına rağmen gençlik yıllarında bel ağrısı olduğu için istenilen sakroiliak eklem grafisinde bilateral grade 4 sakroilit saptandı ve serviakl-toarakal-lomber grafilerinde sindesmofitler saptandı. Hasta AS olarak değerlendirildi ve takibe alındı.

**Tartışma:** Kronik enfeksiyonların kontrol altına alındığı ülkelerde en önemli AA amiloidoz nedeni romatizmal hastalıklardır. AS hastalarındaki subklinik ve klinik AA amiloidoz sıklığı, sırasıyla %7 ve %1-1,5 olarak bildirilmiştir. AS'deki en sık böbrek tutulumu, AA amiloidozdur. AS'de amiloidoz gelişimi prognozu etkilemektedir ve amiloidoz ile ilişkili böbrek hastalığı, AS'deki mortaliteyi artıran bir nedendir. Türkiye'de AA amiloidozun en önemli nedeni FMF olsa da, aktif bel ağrısı olmasa bile daha önceki yaşlarında bel ağrısı şikayeti olan hastalarda AS akıldaki tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Ankilozan spondilit, kronik böbrek yetmezliği, AA amiloidoz



**Şekil 1.** (a) Pelvis A-P grafisinde bilateral grade 4 sakroilit. (b) Torakolomber lateral grafisinde sindesmofitler

## PS-012

### Sistemik lupus eritematozus tanılı hastada tüberküloz lenfadenopati, sakroileit ve psödotumor serebri: Olgu sunumu

Zeynep Kaya<sup>1</sup>, Sibel Ösken<sup>1</sup>, Eylem Atasoy Güner<sup>1</sup>, Eren Gözke<sup>2</sup>, Necati Çakır<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

**Giriş:** Sistemik lupus eritematosus (SLE), pulmoner ve ekstrapulmoner tüberküloz (TB) riskini artıran, kronik multisistem otoimmün bir hastalıktır. Bu olguda, SLE tanısı ile uzun süre steroid ve immünoöprese tedavi verilen hastanın takipleri sırasında ortaya çıkan ateş irdelenmiştir.

**Olgu:** Otuz bir yaşında kadın hasta 2008 yılında poliartrit, malar raş, fotosensitivite, proteinüri, coombs pozitif hemolitik anemi, ANA, anti-dsDNA, anti-SM pozitifliği ve kompleman düşüklüğü ile SLE tanısı almış. Hastaya pulse steroid devamında oral steroid, azatioprin ve hidrosiklorokin başlanmış. 2019'da nefrotik derecede proteinüri ile tekrar başvurdu. Renal biopsi sonrası pulse steroid uygulandı. Yatışının 4. gününde ateşi gelişen hastanın muayenesinde aksillar lenfadenopati dışında patoloji saptanmadı. Hastanın fizik muayenesinde yıllardır lenfadenopatisi mevcut olup 2015 ve 2017'de iki kez ince iğne biopsi yapılmış. Patoloji sonucu reaktif hiperplazi olarak yorumlanmış. Kültürleri negatif saptanan hasta odak açısından ayrıntılı değerlendirildi. Toraks BT'de sağ akciğerde konsolide alan görülmesi üzerine bronkoskopi yapıldı. Patolojide özellik gözlenmedi. Non-spesifik antibiyotik tedaviye yanıt vermeyen hastanın, eksizyonel lenf nodu biopsisi tekrarlandı. Patoloji kazeifiye granulatöz lenfadenit olarak raporlandı. Hastanın aynı dönemde başlayan sağ kalça ağrısı mevcuttu. Fizik muayenede derin palpasyonla sağ sakroiliak ağrılı, lateral pelvik kompresyon ve Patrick testi pozitif saptandı. Kontrastlı sakroiliak MR'de sağ sakroiliak eklemde genişleme, efüzyon, kemik iliği ödemi ve L2-5 pleksit ile uyumlu olarak raporlandı. TB tedavisi ile ateşleri ve laboratuvar parametreleri geriledi. Tedavinin 1. ayında başağrısı ve kusma şikayetleri gelişti. Gözdibi incelemede papilödem saptandı. Kraniyal MR ve MR Venografide

patoloji gözlenmedi. Lomber ponksiyonda, BOS basıncı artmış (580mmH<sub>2</sub>O), hücre görülmedi. BOS biyokimyası Pseudotumor cerebri ile uyumlu saptandı. Asetazolamid başlandı. Hastanın tedavi ile baş ağrısı ve bulantı-kusma şikayetleri geriledi.

**Sonuç:** Enfeksiyonlar, SLE hastalarında major morbidite ve mortalite nedenidir. TB ülkemizde endemik kabul edilen enfeksiyon nedenidir. Bu olguda SLE hastalarında, immün sistemin intrinsik yada ekstrinsik baskılanmasına sekonder gelişen TB enfeksiyonun önemi vurgulanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik Lupus eritematozus, tüberküloz lenfadenopati, sakroileit, psödotumor serebri

### PS-013

#### Retroperitoneal fibrozis ayırıcı tanısında nadir bir hastalık: Erdheim-Chester Hastalığı

Nihal Lermi, Zeynep Yılmaz Bozkurt, Altuğ Güner, Yavuz Pehlivan, Ediz Dalkılıç

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

**Amaç:** Erdheim-Chester hastalığı (ECH), non-Langerhans hücreli histiyositoz grubunda yer alan, genellikle 50-60 yaş erkeklerde görülen nadir bir multisistem bozukluğudur. İskelet sisteminde sklerotik lezyonlar, kalp ve dolaşım sistemi, santral sinir sistemi, hipofiz, solunum sistemi tutulumu görülebilir. Perinefrik dokuların infiltrasyonu hidronefroz, üretral daralmaya neden olabilir. Retroperitoneal fibrozis ayırıcı tanısında nadir bir sebep olan ECH düşündüğümüz olgumuzu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** Yetmiş dokuz yaş erkek hasta, KOAH, koroner arter hastalığı tanıları olan hasta, son 2 aydır mevcut olan sık idrara çıkma, çok su içme, kilo kaybı ve subfebril ateş nedeniyle tetkik edilirken çekilen bilgisayarlı tomografide (BT) retroperitoneal fibrozis tespit edilmesi nedeniyle tarafımıza yönlendirilmişti. Dış merkez BT'de simetrik yumuşak doku dansiteleri, retroperitoneal fibrozis ve her iki üreterde daralma nedeniyle hidronefroz saptanmıştı. Tetkiklerde Akş:195, Üre:41,5 mg/dL, Kreatinin:0,96 mg/dL, Potasyum:4,09 mmol/L, Sodyum:140 mmol/L, Kalsiyum:8,4 mg/dL, C-reaktif protein (CRP):126 mg/L, HbA1c:6,3 ve TSH:1,04 mU/L ve IgG4 düzeyi normal saptandı. Hastanın poliürik olması nedeniyle diabetes insipidus düşünüldü ve sıvı kısıtlamasıyla idrar miktarı azaldı. Hastaya 3 gün 80 mg metilprednisolon sonrası prednisolon 30 mg/gün tedavisi verildi. Azatioprin 50 mg 2x1 başlandı. Takiplerinde CRP 126 mg/l'den 3 mg/l'ye kadar geriledi. Yapılan üriner sistem USG'sinde her iki toplayıcı sistemde Grade 2-3 hidronefroz izlendi. Hidronefrozun gerilemesiyle, planlanan Double-j katateri takılmadı. Hipofiz manyetik rezonans görüntüleme (MRG) nörohipofizitle uyumlu geldi. Abdomen BT'de, Erdheim Chester tutulumunu temsil edebilen görünüm saptandı. İskelet Survey'de sağ iliak kanatta, bilateral femur distal, tibia proksimal metafizlerde ve sağ femurda boyun kesiminde sklerotik lezyonlar saptandı. BRAF geni V600 mutasyonu negatif sonuçlandı. Minimal plevral effüzyon saptandı, ekokardiyografisinde perikardiyal effüzyon izlendi. Hastanın kabul etmemesi nedeniyle histopatolojik tanı amaçlı örnek alınamadı.

**Sonuç:** Multisistemik tutulumla karakterize ECH'da kas-iskelet sistemi bulgularının yanı sıra nörolojik bulgular, diabetes insipidus gibi endokrin bozukluklar da görülebilir. Retroperitoneal fibrozis ayırıcı tanısında ECH da akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Diabetes insipidus, Erdheim-Chester Hastalığı, iskelet sistemi, retroperitoneal fibrozis, sklerotik lezyonlar

### PS-014

#### Subkütan nodül ile prezente olan, yaşlı, erkek sarkoidoz olgusu

Zeynep Yılmaz Bozkurt, Nihal Lermi, Altuğ Güner, Belkis Nihan Coşkun, Yavuz Pehlivan, Hüseyin Ediz Dalkılıç

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

**Giriş:** Sarkoidoz, kronik, sistemik, non-kazeifiye granülomla karakterize, sıklıkla genç kadınları etkileyen bir hastalıktır. En sık solunum sistemini etkilerken olguların %25'inde kutanoz tutulum olur. Subkütan nodülle prezente olan yaşlı, erkek olguyu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** Altmış dört yaşında erkek hasta, dört aydır devam eden nefes darlığı, kaşıntı, 10 kilodan fazla kilo kaybı, dizde, ellerde, dirsekte, alnında 25'ten fazla deride sertlik sebebiyle başvurdu. Özgeçmişinde 8 yıldır konjestif kalp yetmezliği ve diabetes mellitus tanıları mevcuttu, soy geçmişinde özellik yoktu. On paket/yıl sigara içip 3 yıl önce bırakmıştı. Fizik muayenesinde tarif edilen bölgelerde çok sayıda, farklı çaplarda, deri renginde, ağrısız, deriye yapışık nodülleri dışında özellik yoktu. Tetkiklerinde; üre 49 mg/dL, kreatinin 1,41 mg/dL, kalsiyum 11,5 mg/dL, total protein 7,3 gr/dL, albümin 3,9 gr/dL, parathormon 37,7 pg/mL, 24 saatlik idrarda kalsiyum 502 mg/24 saat, serum protein elektroforezinde poliklonal gammopati saptandı. Anjiotensin converting enzim 159 U/L (8-52), 25 - OH vitamin D 12,6 pg/mL saptandı. Serum ve idrar immün elektroforezinde monoklonal band oluşumu görülmedi. Karın ultrasonografisinde hepatosteatoz, her iki böbrek parankiminde hafif ekojenite artışı, yüksek rezolüsyonlu akciğer tomografisinde mediastinal tüm istasyonlarda en büyüğü subkarinal bölgede ön arka çapı 27 mm boyutunda olmak üzere multipl lenfadenopati, parankimde miliyer nodül, interlobüler septal kalınlaşmalar izlendi. Göğüs hastalıkları tarafından bronkoalveolar lavaj (BAL) yapıldı. CD4/CD8 oranı: 5,3, BAL sitolojisinde; yüzey epitel hücreleri, alveoler makrofajlar, lenfositler izlendi. Yoğun yüzey epitel hücreleri nedeniyle hücre oranı verilemedi. Ekokardiyografisinde sarkoidozun kardiyak tutulumu görülmedi. Göz tutulumu yoktu. Nörolojik tutulum saptanmadı. Sarkoidoz tanısıyla 120 mg metilprednisolon intravenöz olarak başlandı. Tedaviyle nodüllerin büyüklüğünde dramatik bir gerileme olması üzerine doz kademeli olarak azaltılarak devam edildi.

**Sonuç:** Subkütan sarkoidoz nodülleri nadiren spontan kaybolabilirken gerilemeyen veya çok sayıda nodülü olan olgularda tedavide sistemik kortikosteroidler kullanılmaktadır. Literatüre göre sistemik kortikosteroid tedavisiyle 4-8 haftada lezyonlarda düzelme görülmektedir. Bizim olgumuz da sistemik kortikosteroid

tedavisine iyi cevap vermiş, ikinci haftada çok belirgin şekilde nodüller küçülmeye başlamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Sarkoidoz, steroid, subkütan nodül



**Şekil 1.** Sarkoidoz subkütan nodül

## PS-015

### TNF inhibitörü ile erken tedavi, aktif AxSpA tanılı hastalarda daha yüksek yanıt oranlarıyla ilişkilidir

Semih Güllü<sup>1</sup>, İsmail Sarı<sup>1</sup>, Elif Durak Ediboğlu<sup>2</sup>, Hüseyin Candan<sup>3</sup>, Gül Önen<sup>1</sup>, Servet Akar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

<sup>3</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi, İstatistik Bölümü, Veri Bilimi, İzmir

**Amaç:** Aksiyel spondiloartrit (aksSpA) tanılı hastalarda tümör nekroz faktör inhibitörü (TNFi) tedavilerine erken başlanmasının daha yüksek klinik yanıt oranlarına sahip olduğu öne sürülmekle birlikte bu konuyla ilgili sınırlı veri bulunmaktadır. Bu çalışmamızda birincil amaç erken hastalık döneminde (<5 yıl) tedavi edilen aksSpA hastalarında TNFi yanıtını ve ilaçta kalım oranlarını araştırmayı amaçladık. Çalışmamızdaki ikincil amacımız ise TNFi yanıtını öngördüren faktörleri belirlemektir.

**Yöntem:** Semptomların başlamasından itibaren ilk beş yıl içinde TNFi tedavisine başlayan yetişkin aksSpA hastaları “Grup 1” olarak tanımlandı. TNFi tedavisine semptomlarından beş yıl sonra başlayan hastalar ise kontrol grubu olarak tanımlandı (Grup 2: 5-10 yıl ve Grup 3: 10 yıl). Altı, 12 ve 24 aylarda klinik yanıt ve ilaçta kalım oranları hesaplandı. Yirmi dört ayda TNFi sağkalımı üzerine etkili yanıt prediktörleri analiz edildi.

**Bulgular:** Çalışmamıza toplam 392 aksiyel SpA (Grup 1: 94, Grup 2: 103 ve Grup 3: 195) hasta dahil edildi [(%69,8 erkek, 46,8±12,6 yıl, (%80,9, ankilozan spondilit (AS))]. Grup 1 hastaları, diğer gruplara kıyasla daha düşük başlangıç C-reaktif protein titrelere ve daha düşük HLA-B27 pozitifliğine ve daha genç olma eğilimindedir. İlaçta kalım oranları gruplar arasında benzerdi. Bu

bulgu, AS ve nr-axSpA hastaları ayrı ayrı analiz edildiğinde de benzer saptandı. Bununla birlikte, semptom süresine bakılmaksızın, ilaçta kalım oranları AS grubunda nr-axSpA’ya göre anlamlı olarak daha yüksekti. On ikinci ve 24. ayda ASAS40 yanıtları Grup 1’de Grup 3’e göre daha yüksek saptandı. Univariate analizde 24 ayda ASAS40’a ulaşma için prediktörler erken tedavi başlangıcı [Risk oranı (RO): 2,2] ve tanı anındaki yaş (RO: 0,96) olarak saptandı. Bununla birlikte, bazal ASDAS (RO: 1,5) değeri çoklu regresyondaki tek prediktör olarak saptandı.

**Sonuç:** 1- Erken hastalık seyrinde başlayan TNFi tedavisi ile 12 ve 24. ayda daha iyi ASAS40 yanıtları elde edildi, 2- TNFi zamanlaması (erken veya geç hastalık döneminde başlayan), ilaçta kalım oranlarını etkilememekte ve 3- Başlangıçtaki hastalık aktivitesi, 24 ayda ASAS40 yanıtına ulaşmada en önemli prediktördür.

**Anahtar Kelimeler:** Ankilozan spondilit, biyolojik tedavi, erken AksSpA, NrAksSpA, spondiloartrit, TNFi

**Tablo 1.** AksSpA tanılı hastaların demografik özellikleri ve klinik yanıt oranları

	İlk TNFi	Takip Süresi (ay)	İlk TNFi ilaçta kalım (ay)	p
	n(%)	Mean ± Se.	6 / 12 / 24	
<b>Hastalık Süresi, Hastalık</b>				
≤5 years, AS	35 (58,3)	92,55±9,38	93,2 / 86 / 75,6	0.203
≤5 years, NrAksSpA	11 (32,4)	47,51±8,59	91,2 / 64,6 / 58,3	
5-10 years, AS	24 (38,1)	79,31±8,51	92,1 / 81 / 61,7	
5-10 years, NrAksSpA	3 (15,8)	39,74±8,20	89,5 / 73 / 44,9	
≥10 years, AS	67 (39,4)	75,39±4,10	92,4 / 85,9 / 72,1	
≥10 years, NrAksSpA	8 (44,4)	61,92±12,73	88,9 / 66,7 / 61,1	
<b>Tanı</b>				
NrAksSpA	22 (31,0)	51,8±6,26	84,6 / 67,3 / 55,7	<0,001
AS	126 (43,0)	80,3±4,10	90,1 / 84,2 / 70,6	

Kaplan Meier Test; Log Rank (Mantel-Cox), Se.: Standard Hata

**Tablo 2.** Erken ve geç hastalık gruplarında ilk TNFi ilaçta kalım analizi

	≤5 yıl (A)	5-10 yıl (B)	≥10 yıl (C)	p
	(n=95)	(n=82)	(n=187)	
	Mean±SD.	Mean±SD.	Mean±SD.	
Yaş (yıl)	39,95±12,99	44,94±11,0	51,01±11,39	<0,001
BASDAI (bazal)	51,07±19,99	56,25±18,24	54,37±20,03	0,133
	n (%)	n (%)	n (%)	
Cinsiyet, Erkek	70 (73,7)	52 (63,4)	132 (70,6)	0,346
Tanı, AS	60 (63,8) <sup>c</sup>	63 (76,8) <sup>c</sup>	170 (90,4)	<0,001
	Median (Min./Maks.)	Median (Min./Maks.)	Median (Min./Maks.)	
CRP (bazal) (mg/dL)	10 (0 / 140)	9,75 (0,4 / 95)	13 (0 / 177)	0,049
	n (%)	n (%)	n (%)	
HLAB27 (+)	52 (54,7)	46 (56,1)	127 (67,9)	0,007
<b>ASAS 20</b>				
6. Ay	59 (64,1)	54 (70,1)	110 (62,5)	0,689
12. Ay	65 (74,7)	52 (72,2)	111 (64,2)	0,073
24. Ay	38 (70,4)	27 (56,3)	59 (54,6)	0,082
<b>ASAS 40</b>				
6. Ay	42 (45,7)	36 (46,8)	76 (42,7)	0,611
12. Ay	59 (68,6)	45 (62,5)	94 (55,0)	0,032
24. Ay	34 (63,0)	24 (50,0)	49 (45,4)	0,042
<b>BASDAI-50</b>				
6. Ay	50 (54,9)	46 (62,2)	93 (52,5)	0,568
12. Ay	53 (62,4)	42 (60,0)	104 (60,1)	0,788
24. Ay	35 (64,8)	28 (58,3)	66 (61,1)	0,738
<b>ASDAS-CRP MI</b>				
6. Ay	42 (46,2)	36 (48,0)	66 (37,3)	
12. Ay	40 (47,6)	38 (53,5)	83 (48,5)	
24. Ay	29 (53,7)	19 (38,8)	44 (40,7)	

OneWay ANOVA (Robust Statistic: Brown-Forsythe); Post Hoc Test: Tukey HSD, SD.: Standard deviation; Min., Minimum, Maks., Maksimum; n, sayı; AS, Ankilozan Spondilit; CRP, C reaktif protein; ASDAS, Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score, BASDAI, Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index

## Eozinofilik fasiit tanılı hastaların demografik ve klinik özellikleri

Tuba Yüce İnel, Merih Birlik, Gerçek Can, İsmail Sarı, Fatoş Önen

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

**Giriş:** Eozinofilik fasiit (EF), ilk olarak 1974 yılında Shulman tarafından tanımlanan nadir görülen, etiyopatogenezi tam aydınlatılmamış bir bağ dokusu hastalığıdır. Skleroderma benzeri deri değişiklikleri, periferik eozinofili, hipergamaglobulinemi ve yüksek eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) ile karakterizedir.

**Amaç:** EF tanısı ile takip edilen hastaların demografik ve klinik özelliklerini değerlendirmek

**Yöntem:** Dokuz Eylül Üniversitesi Romatoloji Polikliniği'nde izlenen EF tanılı erişkin hastalar çalışmaya alındı. Hastaların deri ve iç organ tutulumları, kas-iskelet sistemi bulguları, laboratuvar testleri (akut faz reaktanları, immünolojik parametreler, protein elektroforezi vb.), manyetik rezonans görüntüleme ve biyopsi sonuçları ile kullandıkları tedavileri geriye dönük olarak incelendi.

**Bulgular:** Toplam altı hasta (dördü kadın) değerlendirildi. Hastaların medyan yaşı 58,9 (32-73) idi. Hastalardan üçü 2019 ilkbaharında arka arkaya başvurmuştu ve ikisinde kısa süre önce

ilaçlama yapılmış bahçe otlarıyla uğraştıktan hemen sonra ortaya çıkan ön kol ve alt ekstremitte distal bölgelerinde gelişen kızarıklık ve ödem öyküsü vardı. Daha sonra yakınmalar devam etmiş ve deride sertleşme ortaya çıkmıştı. Tüm hastaların üst ve alt ekstremitte distalindeki deride sertleşmesi varken üçünde ayrıca gövde de tutulum vardı. Hastaların hiçbirinde ellerde ödem veya deri sertliği, kas güçsüzlüğü yoktu. Sadece bir hastanın ayak bileğinde artrit vardı. İki hastada nöropati saptandı. Hastaların yarısı yutma güçlüğü tanımlamaktaydı. Medyan eritrosit sedimentasyon hızı 36 (2-55) mm/h iken medyan CRP değeri 11 (5-61) mg/L idi. İki hastada anti nükleer antikor testi pozitif iken, sadece bir hastada CENP-B sınırda pozitif saptandı. Hastaların üçünde bazalde periferik eozinofili vardı. Tüm hastaların kreatin kinaz düzeyleri normaldi. Hastaların ekstremitte MRG'leri fasiit ile uyumluydu. Alınan deri biyopsisinin derinliğine bağlı olarak hastaların yarısının patolojisi enflamatuvar fasiit ile uyumlu iken diğer yarısı dermal müsinoz birikim/morfea lehine raporlanmıştı. EF tanılı hastaların klinik ve demografik verileri Tablo 1'de verilmiştir.

**Sonuç:** Bu olgu serisinin değerlendirilmesi ile elde edilen veriler, skleroderma taklitçisi, nadir görülen bu hastalığın etiyopatogenezi çevresel faktörlerin (enfeksiyon, toksik madde maruziyeti vb.) önemli bir rolü olduğunu düşündürmüştür. Hastaların periferik eozinofili görülmeden de başvurabileceği akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Eozinofilik Fasiit, periferik eozinofili, skleroderma, toksik madde maruziyeti

**Tablo 1.** Eozinofilik fasiit tanılı hastaların demografik ve klinik özellikleri

	Olgu 1	Olgu 2	Olgu 3	Olgu 4	Olgu 5	Olgu 6
Cinsiyet/Yaş	E/59	K/65	K/58	E/73	K/32	K/58
Semptom yaşı	58	64	50	67	23	57
Deri tutulumu	Üst ve alt ekstremitte distali, gövde	Üst ve alt ekstremitte distali, gövde	Üst ve alt ekstremitte distali, gövde	Üst ve alt ekstremitte distali	Üst ve alt ekstremitte distali	Üst ve alt ekstremitte distali
Raynaud fenomeni	-	-	-	-	-	+
Artrit	-	-	-	-	+	-
Miyopati	-	-	-	-	-	-
Nöropati	-	-	-	+	+	-
Disfaji	+	-	-	+	+	-
Toraks HRCT	Retiküler patern	Normal	Mozaik atenuasyon, mm'lik nodül	Mediastinal lenfadenopati	Mozaik atenuasyon, nodüler dansite	mm'lik nodüller
Ekokardiyografi	Normal	Papiller adele anomalisi, PAB:23	N/A	LVKH	Hafif TY, PAB:30	Orta MY, MD, orta TY, PAB:50
ANA	AMA benzeri boyanma (+++)	Negatif	Spindle fiber benzeri boyanma (++)	Negatif	Negatif	Negatif
ENA	CENP-B sınırda	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif
Romatoid Faktör	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif
ESH (mm/h)	55	16	48	2	24	49
CRP (mg/L)	11	5	37	11	9	61
Eozinofil(10 <sup>3</sup> /uL)	0,8	2,1	1,6	0,5	0,4	0,1
Protein elektroforezi	Normal	N/A	N/A	IgG kappada şüpheli monoklonal gamapati*	N/A	Gama bölgesinde şüpheli görünüm*
MRG	+	+	+	+	+	+
Biyopsi	Enflamatuvar fasiit	Morfea ile uyumlu	Enflamatuvar fasiit	Enflamatuvar fasiit	Dermal müsinoz birikim	Morfea ile uyumlu
Tedavi	KS+Mtx	KS	KS+MMF	KS+Mtx	KS+HCQ+Mtx+Lef	KS+HCQ+Mtx

\*İleri incelemede hematolojik malignite saptanmadı. AMA: Anti mitokondriyal antikor, ANA: Anti nükleer antikor, CENP-B: Sentomer protein B, CRP: C-reaktif protein, ENA: Ekstrakte edilebilir nükleer antijen antikorları, ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı, HCQ: Hidroksiklorokin, HRCT: Yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi, KS: Kortikosteroid, Lef: Leflunomid, LVKH: Sol ventrikül konsantrik hipertrofisi, MRG: Manyetik rezonans görüntüleme, MD: Mitral darlık, Mtx: metotreksat, MY: Mitral yetersizlik, N/A: Mevcut değil, PAB: Pulmoner arter basıncı, TY: Triküspit yetersizliği

## PS-017

### Intravenöz iloprost ile tedavi edilen kemik iliği ödemi olgusu

Hasan Ulusoy, Ahmet Kıvanç Cengiz

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun

**Giriş:** Kemik iliği ödemi (KİÖ) ve avasküler nekroz (AVN) kemiğin nadir görülen akut ağrılı bir hastalığıdır. Kemiğin yetersiz kanlanması KİÖ ve AVN ile sonuçlanmaktadır. Hastalığın ileri evrelerinde medikal tedavi ve eklem koruyucu girişimler yetersiz olduğundan erken tanı ve tedavi eklem korunması ve sakatlığın önlenmesinde kritik öneme sahiptir. Prospektif çalışmalarda iloprost tedavisinin KİÖ ve erken evre AVN olgularında progresyonu önleyebildiği bildirilmiştir.

**Olgu:** Otuz altı yaşında erkek hasta sol kalçasında 3-4 hafta önce başlayan, gece ve gündüz sürekli devam eden bir ağrı yakınmasıyla geldi. Hastanın öyküsünde romatolojik hastalıklar açısından bir özellik yoktu. Herhangi bir sistemik hastalık, ilaç kullanımı ya da travma öyküsü yoktu. Sol kalça eklem hareketi açık olmakla birlikte tüm yönlerde ağrılıydı. Diğer eklemlerde şişlik ya da hassasiyet yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde eritrosit sedimentasyon hızı 17 mm/h, C-reaktif protein 0,3 mg/dL, hemogram, rutin biyokimya ve idrar analizi normaldi. Otoantikörler (RF, anti-CCP, ANA, ANCA, anti-kardiyolipin ve anti-beta2-glikoprotein antikörler, lupus antikoaglanı) negatif bulundu. Akciğer grafisi normaldi. Sakroiliak eklemler manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile normal değerlendirildi. Sol kalça MRG'de femur başı ve boynu T1 görüntülerde hipointens, T2 görüntülerde ise hiperintens görüldü (Resim 1). Eklem içerisinde minimal effüzyon olmakla birlikte çevre yumuşak dokular normaldi. Bu bulgular ile hastaya KİÖ tanısı konularak konservatif tedavi planlandı; istirahat, kalçaya yük vermektan kaçınma ve analjezik olarak naproksen sodyum 750 mg/gün önerildi. Hastanın onamı alınarak ardışık 5 gün boyunca 40 µg/gün iloprost 500 mL serum fizyolojik içerisinde 8-12 saatte intravenöz olarak verildi. Bir ay sonraki kontrolde hastada gece ve istirahat ağrısının kalmadığı öğrenildi. Takip eden haftalarda hasta fiziksel aktivitelerinde de asemptomatik hale gelerek 2. ayda işine geri döndü. Hastanın 6 ay sonraki MRG görüntülerinde femur boynu ve femur başındaki KİÖ'nün tamamen iyileştiği görüldü (Resim 1).

**Sonuç:** Bu olgu intravenöz iloprost tedavisinin KİÖ ve erken evre AVN olgularında semptomatik ve fonksiyonel iyileşme yanında radyolojik bulguların gerilemesinde de etkili olabileceğine işaret etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Kemik iliği ödemi, avasküler nekroz, iloprost



**Resim 1.** T2 yağ baskılı MRG görüntülerinde femur başı ve boynunda kemik iliği ödemi ile uyumlu hiperintens görünüm

MRG: Manyetik rezonans görüntüleme

## PS-018

### Ustekinumab kullanan psöriatrik artrit hastalarının COVID-19 pandemi sürecindeki kaygı düzeyleri ve tedavi kompliansı

Mert Öztaş, Melik Yiğit Bayındır, Serdal Uğurlu

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

**Amaç:** COVID-19 pandemisi sürecinde immünosüpresif tedavi alan hastaların oluşabilecek enfeksiyon riski nedeniyle tedavi komplianslarının daha düşük olacağı öngörülmektedir. Hastaların bu süreçteki kaygı düzeyleri de tedavi kompliansını etkilemektedir. Çalışmamızda kliniğimizde takip edilen ustekinumab kullanan psöriatrik artrit hastalarının pandemi dönemindeki kaygı düzeyleri ve tedavi kompliansı değerlendirilmiştir.

**Yöntem:** Cerrahpaşa Romatoloji Polikliniği'ne son 6 ay içerisinde muayene olmuş ve ustekinumab ile takip edilen psöriatrik artrit hastaları çalışmamıza dahil edildi. Hastaların kaygı düzeylerini ölçmek için Beck Anksiyete ölçeği kullanıldı. Bu ölçek toplam 21 sorudan oluşan ve her bir sorunun 0 ile 3 arası puanlandığı bir anket olup 0-21 arası düşük, 21-35 arası orta, 35 üstünün yüksek kaygı düzeyi olarak değerlendirilmektedir. İlgili anket hastalara telefon vizitinde uygulanırken tedavi kompliansları da eş zamanlı olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Toplamda 15 hasta çalışmaya uygun bulunurken hastaların 12'sine (6K/6E) telefon ile ulaşıldı. Hastaların ortalama yaşı 51,1±14,5 yıl, ortanca ustekinumab kullanım süreleri 10 (IQR=6-15) ay idi. Hastaların 10'unda (%83,4) düşük düzeyde kaygı izlendi ve birer hastada orta ve yüksek düzey kaygı saptandı. Yüksek düzey kaygı tarifleyen 1 hasta (%8,3) pandemi süresince ustekinumab tedavisini kestiğini ve enfeksiyon riski nedeniyle ilacı kullanmak istediğini ifade etti. Kalan 11 hasta (%91,7) ise son 3 ay içerisinde ustekinumab tedavisini uyguladıklarını ifade ettiler.

**Sonuç:** Mevcut tedavisini kesen hastanın yüksek anksiyete tariflemesi bu durumun COVID-19 pandemisi süresince hastaların tedavi kompliansını etkileyeceği öngörülebilir.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, ustekinumab, psöriatrik artrit, kaygı

## Remisyonda nazofarenks kanseri sırasında ortaya çıkan dermatomyozit olgusu

Elif Dinçes Nas<sup>1</sup>, Serdal Uğurlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul*

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

**Amaç:** Dermatomyozit (DM) kanser birlikteliğinde; genellikle DM tanısı sırasında veya DM tanısını takip eden ilk yıllarda kanser saptansa da, kanser sonrası da DM görülebilir. Adenokanserler %70 sıklıkta eşlik ederken nazofarenks kanseri batı toplumlarında nadirdir. Remisyonda nazofarenks kanseri ile takip edilen, deri tutulumu olmayan genç bir DM olgusunu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** On dokuz yaşında kadın hasta, 2019 Temmuz'da yürüyememe, kollarında ve bacaklarda güçsüzlük ile başvurdu. Başvurusundan 11 ay önce skuamoz hücreli nazofarenks karsinomu tanısı alan hastaya radyoterapi ve kemoterapi uygulanmıştı. Mart 2019'da aldığı son kemoterapi sonrası başlayan bilateral bacaklarda, kollarında proksimal ve distal kaslarda güçsüzlük tarifliyordu. Yutma güçlüğü ve ağız kuruluğu radyoterapi sonrasında başlamıştı, aynı düzeyde devam etmekteydi. Deri döküntüsü veya nefes darlığı yoktu. Muayenesinde üst ve alt ekstremitte kas gücü proksimal 2/5, distal 3/5 düzeyinde, baş-boyun kasları normaldi. Deri ve diğer sistemler normaldi. Kreatin kinaz (CK): 703 U/L, LDH: 300 U/L, AST: 50 U/L, ALT: 16 U/L, CRP: 6,5mg/L (<5), ESR: 44 mm/sa, ANA: negatif.

**Bulgular:** Pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografide nazofarenksteki kitle hastalık başlangıcına göre tama yakın regreseydi, kaslarda FDG tutulumu yoktu. Boyun manyetik rezonans görüntüleme (MRG) kitle tam regreseydi. Kas MRG'de üst kol ve uyluk kaslarında aktif enflamasyonla uyumlu kontrastlanma mevcuttu (Resim 1). İğne EMG yaygın miyopatik tutulum ile uyumluydu. Deltoid kas biyopsisi "bazı liflerde anguler atrofi, perifasiküler atrofi ve bazofilik boyanma, seyrek dejenererejenere lifler; perifasiküler alanda perivasküler mononükleer hücre infiltrasyonu" bulgularıyla DM ile uyumlu görüldü. Üç gün pulse metilprednizolon, prednizolon 30 mg/gün, intravenöz immünglobulin başlandı. Birinci ayda kas gücü 4/5 ve CK, LDH, AST, akut faz değerleri normal düzeye geldi. Üçüncü ayda 15 mg/gün prednizolona düşüldüğünde kas gücü tamdı.

**Sonuç:** Çalışmalarda kanser ilişkili DM'nin ağır deri bulgularıyla ilişkisi bildirilmiştir. Batı coğrafyada gençlerde sık görülmeyen nazofarenks kanseri olması ve döküntü olmaması açısından olgumuz atipikti. Histopatolojiyle DM doğrulanmıştı. Kanser tanısının 8. ayında, remisyonda olmasına rağmen ortaya çıkması; tümör ve kas hücrelerinin ortak otoantijenlerine karşı immün reaksiyonun tetiklenmiş olabileceğini düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Dermatomyozit, kanser, nazofarenks



**Resim 1.** T1 ağırlıklı MR kesitlerinde uyluk kaslarında (A) ve omuz çevresi kaslarında (B) kontrastlanma

## PS-020

### Ailevi Akdeniz ateşi (FMF) hastalarında depresyon ve anksiyete sıklığı ve hastalığın şiddeti ile ilişkisi

Damla Karataş<sup>1</sup>, Zeynep Öztürk<sup>1</sup>, Deniz Çekiç<sup>2</sup>, Zübeyir Yurtsever<sup>2</sup>, Emel Gönüllü<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya*

<sup>2</sup>*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sakarya*

**Giriş:** Ailevi Akdeniz ateşi (FMF), ateş, peritonit, plevrit, artrit atakları ve deri bulguları ile karakterize, herediter, otoenflamatuvar bir hastalıktır. Romatolojik hastalıklar dışındaki kronik hastalıklarda (hipertansiyon, diabetes mellitus, kalp hastalıkları...) depresyon ve anksiyetenin arttığına dair çalışmalar mevcuttur. FMF hastalarında depresyon ve anksiyetenin değerlendirildiği fazla çalışma yoktur. Bunlarda da birbirinden farklı sonuçlar bulunmuştur.

**Amaç:** FMF olan hastalarda depresyon ve anksiyete sıklığını araştırmak ve FMF hastalık ağırlığı ile depresyon ve anksiyete arasında ilişki olup olmadığını saptamak.

**Yöntem:** Çalışmaya Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Bilim Dalı'nda takipli olan 18 yaş ve üzeri 77 FMF hastası, kontrol grubu olarak da 18 yaş ve üzeri 78 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Depresyon ve anksiyetenin değerlendirilmesi için Beck depresyon ölçeği ve Beck anksiyete ölçeği kullanıldı. Beck depresyon ölçeğinde 9 ve altı normal, 10-16 arası hafif depresyon, 17-29 arası orta depresyon, 30-63 arası şiddetli depresyon olarak kabul edildi. Beck anksiyete ölçeğinde 0-8 arası normal, 8-15 arası hafif anksiyete, 16-25 arası orta anksiyete, 26 ve üstü şiddetli anksiyete olarak değerlendirildi. FMF hastalık ciddiyeti Pras skorlaması ile saptandı. Depresyon ve anksiyete skorları ki-kare testi ile karşılaştırıldı. 0,05'ten küçük bir p değeri anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Depresyon prevalansı FMF hastalarında kontrol grubuna oranla önemli derecede yüksekti (sırayla H<sub>1</sub>K: normal: %24,7; 47,4, hafif depresyon: %40,3; %26,9, p=0,028, orta depresyon: %23,4; 19,2, p=0,028, şiddetli depresyon: %11,7; %6,4, p=0,028). Anksiyete prevalansı da FMF hastalarında kontrol grubuna oranla anlamlı derecede yüksekti (sırayla H<sub>1</sub>K: normal: %23,4; %57,7, hafif anksiyete: %26, %20,5, p<0,001, orta anksiyete: %26; %15,4, p<0,001, şiddetli anksiyete: %24,7; %6,4; p<0,001). Depresyon, FMF hastalık ciddiyeti ile korele değildi (hafif depresyon: %44,2,

orta depresyon: %40,3, şiddetli depresyon: %15,6,  $p=0,645$ ). FMF ciddiye ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon vardı ( $p=0,005$ ). Eritrosit sedimentasyon hızı ve C-reaktif protein ile depresyon ve anksiyete arasında bir ilişki saptanmamıştır.

**Sonuç:** FMF hastalarında sağlıklı kontrollere göre hem depresyon ve hem de anksiyete sıklığında artış saptanmıştır. Hastalığı daha ağır olanlarda anksiyete sıklığı artmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Ailevi Akdeniz ateşi, depresyon, anksiyete, pras skorlaması

## PS-021

### Yaşlı ankilozan spondilit hastalarında kırık riski ve ilişkili faktörler

Nuh Ataş<sup>1</sup>, Burcu Candemir<sup>2</sup>, Murat Torgutalp<sup>3</sup>, Hazan Karadeniz<sup>1</sup>, Ashlan Avanoğlu Güler<sup>1</sup>, Hakan Babaoğlu<sup>1</sup>, Hasan Satış<sup>1</sup>, Reyhan Bilici Salman<sup>1</sup>, Gülşah Atbiner Eroğlu<sup>4</sup>, Berna Göker<sup>1</sup>, Mehmet Akif Öztürk<sup>1</sup>, Abdurrahman Tufan<sup>1</sup>, Şeminur Haznedaroğlu<sup>1</sup>

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

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

<sup>3</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

<sup>4</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Osteopeni/osteoporoz ve kırıklar ankiloz spondilitte (AS) görülebilen önemli problemlerdir. Genç AS hastalarında bu problemler yoğun olarak çalışılmışken, yaşlı AS hastalarında yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada, yaşlı AS hastalarında kırık riski ve ilişkili faktörleri ve düşük kemik mineral yoğunluğu (KMY) sıklığını araştırdık.

**Yöntem:** Bu çalışmaya 21 yaşlı ( $\geq 65$  yaş) AS hastası ve 20 yaş/ cinsiyet olarak eşleştirilmiş kontrol grubu dahil edildi. Bütün AS hastaları modifiye New York kriterlerini karşılamaktaydı. KMY ölçümü için çift X-ışınlı absorpsiyometri, kırık riski hesaplanması için ise Kırık Riski Değerlendirme Aracı (FRAX) kullanıldı. Hastaların demografik, klinik ve radyografik özellikleri değerlendirildi. Biyolojik tedavi öyküsü ve osteoporoz ilişkili komorbid hastalığı olanlar çalışmaya dahil edilmedi.

**Bulgular:** Osteoporoz oranı yaşlı AS hastalarında %35, kontrol grubunda ise %4,8 idi ( $p=0,034$ ). Düşük KMY (osteopeni ve/veya osteoporoz) oranı AS hastalarında (14/20, %70) femur boyun bölgesinde, kontrol grubuna (8/21, %38) göre daha yüksek iken ( $p=0,041$ ), lomber vertebra ve total kalça ölçümlerinde belirgin fark görülmedi. Majör osteoporotik ve kalça kırık riski her iki grupta da benzer idi. C-reaktif protein (CRP), yaşlı AS hastalarında hem major osteoporotik ( $\beta: 0,969$ ; güven aralığı %95 0,61-1,32;  $p=0,001$ ) hem de kalça kırık riski ( $\beta: 0,775$ ; güven aralığı %95 0,47-1,08;  $p<0,001$ ) için bağımsız bir risk faktörüydü.

**Sonuç:** Yaşlı AS hastalarında düşük KMY oranı yüksektir. CRP, 10 yıllık kırık riskinin bağımsız bir risk faktörü olup, yüksek CRP'li yaşlı AS hastalarında kırıklar için etkin önleyici stratejilerin geliştirilmesi gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** Ankilozan spondilit, yaşlılık, kırık riski, CRP, kemik mineral yoğunluğu

## PS-022

### Kronik diz ağrısı ile gelen bir hastada bilateral tibial pseudofraktür

Hasan Ulusoy, Ahmet Kıvanç Cengiz

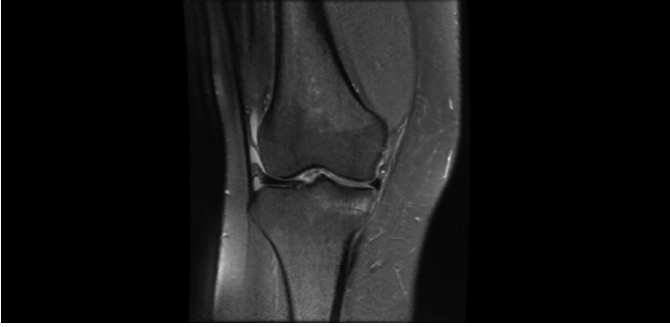
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun

**Giriş:** Osteomalazi erişkinlerde yeni yapılan kemik matriksin yeterince mineralize olamaması ile karakterize bir bozukluktur. Klinik olarak yaygın kemik ağrısı, proksimal kas güçsüzlüğü, yürüme güçlüğü ve kırık riskinde artışa neden olur. Tipik radyolojik bulgu pseudofraktür (Looser's zone, Milkman lines) denilen kortikal kemikte radyolüsen bir hat ve bu hatta komşu yüzeylerde görülen sklerozdur. Sıklıkla simetrik olan bu pseudofraktürler yetmezlik kırıklarının bir türü olarak kabul edilir. Osteomalazinin en önemli nedeni vitamin D yetersizliğidir ve genellikle 12,5 nmol/L düzeylerinin altındaki D vitamini düzeylerinde görülür.

**Olgu:** Otuz altı yaşında bayan hasta bir yıldır devam eden yaygın vücut ağrısı ve son 3 aydır her iki dizinde ağrı ve yürüme güçlüğü şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Fizik bakıda kalp, akciğer ve batin normal olarak değerlendirildi. Nörolojik muayenede özellik yoktu. Eklemelerde şişlik yoktu, diz eklem hareketleri açık ve ağrılıydı. Tibial kemikler palpasyonla oldukça hassastı. Laboratuvarında eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein, hemogram ve idrar analizi normal sınırlardaydı. D vitamini 3,2 ng/mL, paratiroid hormon 118 IU/L, alkalen fosfat 167 IU/L, kalsiyum 8,8 mg/dL, fosfor 3,2 mg/dL olarak ölçüldü. Akciğer grafisi normal sınırlardaydı. Pelvis grafisinde sakroiliak eklemler ve kalça eklemleri normaldi. Ön-arka diz grafisinde eklem aralıkları ve periartiküler kemikler yapılar olağan görünümdeydi. Diz manyetik rezonans görüntülerinde her iki tibia proksimal medial korteksinde, kortikal kemiğe dik olarak seyreden radyolüsen lineer pseudofraktür hattı ve bu hat çevresinde ödem görüldü. D vitamini düzeyinin çok düşük olması ve bilateral simetrik pseudofraktürlerin görülmesiyle hastaya D vitamini yetersizliğine bağlı osteomalazi tanısı konularak 7 gün 50.000 IU/gün ve takiben ayda bir 50.000 IU D vitamini verildi.

**Sonuç:** Osteomalazi kronik ve yaygın ağrıya neden olarak sistemik hastalıklar ve fibromiyalji ile karışabilir. Bunun yanında lokalize kemik ve eklem ağrılarının neden olarak malignite, osteomyelit ve enflamatuvar artritleri taklit edebilir. Çok düşük D vitamini düzeyleri ve simetrik pseudofraktürlerin görülmesiyle tanı konur. Pseudofraktürler sıklıkla ilium, iskio-pubis, ilio-pubis, proksimal femur, tibia, fibula, radius, skapula ve kostalarda görülür.

**Anahtar Kelimeler:** Pseudofraktür, Looser's zone, Milkman lines, osteomalazi



**Resim 1.** Sağ diz T2 yağ baskılı görüntüde proksimal tibia medialinde kortekse dik seyreden radyolüsen pseudofraktür hattı ve çevresinde kemik ödemi.

## PS-023

### Nedeni bilinmeyen ateşin sıradışı bir nedeni: Pulmoner arteriyel anevrizma

Samet Karahan<sup>1</sup>, Şerife Emre<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Kayseri

<sup>2</sup>Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Kayseri

**Amaç:** Nedeni bilinmeyen ateş (FUO), ateşin farklı ölçümlerde 38,3 °C üzerinde olması; ateşin 3 haftadan uzun sürmesi; hastanede bir hafta yatarak araştırmaya rağmen ateşin nedeninin bulunamamasıdır. Nötropenik durum ve  $\geq 10$  mg prednizon veya eşdeğeri kullanımı gibi durumlar dışlanmıştır. Enfeksiyonlar, gelişmekte olan ülkelerde FUO'nun en yaygın nedeni iken, gelişmiş ülkelerde FUO'nun en yaygın nedeni romatolojik hastalıklardır.

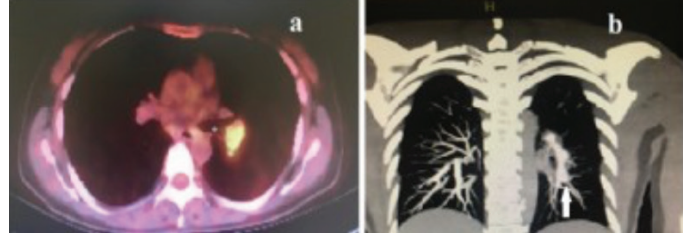
**Yöntem:** Bilinen kronik hastalığı olmayan 42 yaşındaki bir kadında 38,6 °C ateş ve nonproduktif öksürük vardı. İlk olarak gitmiş olduğu aile hekimi tarafınca amoksisilin-klavulonat 7 gün kullanılmıştı. Dört haftalık enfeksiyon hastalıkları polikliniğine ve çeşitli antibiyotiklerle hastanede kalış süresine rağmen ateşi 39 derece civarında devam etti.

**Bulgular:** Romatolojik incelemeden sonra 10-12/yıl oral aft mevcuttu. Ancak onun dışında hastanın fotosensitivite, raş, raynaud fenomeni, sklerodaktili, kas güçsüzlüğü/ağrısı gibi herhangi bir bağ doku semptomu mevcut değildi. Malignite araştırılması için planlanan pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografide (PET/BT) sol akciğer üst lob posterior, alt lob superior ve bazal segmentlerinde subplevral lokalize plöroparenkimal anormalliklerle konsolide alanlarda orta derecede artmış FDG tutulumu ( $SUV_{max}$ : 1,14) izlendi (Resim 1a). Hastanın detaylı romatolojik sorgusunda labia majörde genital ülser yaşamış olduğu öğrenildi ve ilgili alanda skar olduğu ortaya çıktı. Ayrıca hastanede yatışı esnasında damar yolu giriş yerlerinde ultrasonla iki kez doğrulanmış tromboflebit geliştirdi. Hastaya tekrarlayan oral aft, genital skar ve tromboflebit ile Behçet sendromu (BS) tanısı kondu. Sonrasında hastanın PET/BT'de glikoz uptake yüksekliği yapan alanın netleştirilmesi amacıyla girişimsel işlem planı yapıldı ve/fakat ilgili alanın Behçet ilişkili pulmoner anevrizma olması olasılığından dolayı çekilen BT anjiyografide sol ana pulmoner arterde 11 mm çapında 3 anevrizmatik dilatasyon izlendi (Resim 1b). Beş günlük steroid tedavisinden sonra hastanın akut faz reaksiyonları azaldı, tromboflebit iyileşti ve ateşi normal seviyeye

geriledi. Hastaya üç gün süreyle 1000 mg metilprednizolon verildi. Siklofosamid tedavisi de 6 kür olarak planlandı.

**Sonuç:** FUO nedenleri arasında BS oldukça nadirdir ancak diğer vaskülitlerle birlikte düşünülmesi gerekir ve BS'li bir hastada ateş, tromboembolizm/anevrizma da dahil detaylı bir araştırma sebebi olmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet sendromu, nedeni bilinmeyen ateş, pulmoner arteriyel anevrizma



**Resim 1.** a) PET/BT görüntüsü: Sol akciğer üst lob posteriorunda orta derecede artmış ( $SUV_{max}$ : 1,14) FDG tutulumu b) BT anjiyografi görüntüsü: Sol ana pulmoner arterde 3 anevrizmatik dilatasyon

## PS-025

### Ankilozan spondilit ilişkili AA amiloidozun sekukinumab ile başarılı tedavisi: üç hastalık olgu serisi

Murat Bektaş<sup>1</sup>, Nevzat Koca<sup>1</sup>, Emin Oğuz<sup>2</sup>, Çiğdem Çetin<sup>1</sup>,  
Burak İnce<sup>1</sup>, Yasemin Yalçınkaya<sup>1</sup>, Bahar Artım Esen<sup>1</sup>,  
Mahdume Lale Öçal<sup>1</sup>, Murat İnanç<sup>1</sup>, Ahmet Gül<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Van

**Giriş:** AA amiloidoz tedavisi, altta yatan hastalığın patogeneziyle ilgili olarak değişmektedir. Anti-tümör nekroz faktörleri (TNF) ankilozan spondilit (AS) ilişkili amiloidozun (ASAA) tedavisinde başarıyla kullanılmaktadır. Sekukinumab, IL-17A monoklonal antikordur ve son yıllarda AS ve psöriyatik artrit tedavisinde kullanılmaktadır.

**Yöntem:** Yüz altmış üç hastayı içeren AA amiloidoz kohortumuzdan (biyopsi ile verifiye) AS tanısı olanlardan sekukinumab kullanan üç hasta saptandı ve verileri retrospektif olarak incelendi.

**Bulgular:** Hasta 1: On dört yıldır periferik ve aksiyal tutulumlu AS tanısı olan 61 yaşında erkek hastaya metotreksat (MTX), NSAİİ ve sülfasalazin (SSZ) tedavilerine yanıtızsızlık nedeniyle 2016'da adalimumab (ADA) başlandı (klinik ve laboratuvar bulguları Tablo 1 ve Tablo 2'de özetlenmiştir). Sırasıyla ADA, etanersept (ETA), sertolizumab (CZP) yanıtızsız olan hastaya üç yıl önce ASAA tanısı konularak infliximab (INF) başlandı. INF primer yanıtızsızlık nedeniyle sekukinumaba (SEKU) geçildi. SEKU ile belirgin klinik ve laboratuvar yanıt alındı (Tablo 2).

**Hasta 2:** Altmış dokuz yaşında kadın hastaya, 2005'de periferik ve aksiyal tutulumlu AS tanısıyla SSZ, prednisolon, NSAİİ tedavileriyle izlenmekteyken ASAA gelişmesi üzerine ETA başlandı. On üç yıl ETA ile klinik ve laboratuvar sorunsuz izlenen



hastanın tedavisi iki yıl önce sekonder yanıtızlık nedeniyle INF ile değiştirildi. INF üçüncü ayında bilateral alt ekstremite kas güçsüzlüğü nedeniyle yapılan EMG demiyelinizan polinöropatiyle uyumlu bulundu. Anti-TNF ile ilişkili nöropati tanısı konularak INF kesildi. İntravenöz immünoglobulin (İVİG) ve SEKU başlanan hastanın üç ay sonra kas gücü normale dönünce IVIG kesildi. Hasta halen SEKU ile kas gücü normal, remisyonda ve proteinürisiz izlenmektedir (Tablo 2).

**Hasta 3:** Yirmi dört yıllık ülseratif kolit (ÜK) öyküsü olan ve SSZ kullanan 49 yaşında kadın hasta 2007'de periferik ve aksiyal tutulumlu AS tanısı konuldu. Dokuz yıl önce SSZ ve MTX yanıtızlık nedeniyle INF başlanan hastada sırasıyla INF, ADA, CZP tedavilerine yanıtızlık ve bu tedavilere rağmen ASAA

gelişti. Kreatinin progresif yükselen hastaya hemodiyaliz başlandı. Hemodiyaliz sonrası devam eden kinik ve laboratuvar aktivitesi nedeniyle SEKU ve azatioprin başlandı. SEKU sonrası klinik ve laboratuvar belirgin yanıt alındı, ÜK'de kötüleşme olmadı (Tablo 2).

**Sonuç:** ASAA'da literatürde sekukinumab ile ilgili veri olmamasına rağmen, spondiloartrit patogeneğinde önemli rolü olan IL-17'yi baskılamının ASAA'da etkili olabileceğini düşündük. Sekukinumab özellikle anti-TNF'lere dirençli ve/veya intoleran hastalarda yeni bir tedavi seğeneği olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Sekukinumab, ankilozan spondilit, AA amiloidoz

**Tablo 1.** Hastaların klinik karakterisitikleri ve laboratuvar bulguları

	Hasta 1	Hasta 2	Hasta 3
Yaş (yıl)	61	69	49
Cinsiyet	Erkek	Kadın	Kadın
AS başlangıçlı yaşı (yıl)	47	35	25
Amiloidoz tanı yaşı (yıl)	57	50	46
Amiloidoz süresi (ay)	42	168	30
Soygeçmiş	özelliik yok	AS iki kardeş Amiloidoz bir kardeş	özelliik yok
HLA-B 27 durumu	pozitif	pozitif	bilinmiyor
MEFV durumu	negatif	negatif	M694V heterozigot
Amiloidozun organ tutulumu	GIS ve böbrek	Böbrek, karaciğer, kalp, kemik iliği	GIS, böbrek ve subkütan doku
Geçmiş biyolojik tedaviler (sırasıyla)	Adalimumab Etanersept Sertolizumab İnfliksimumab	Etanersept İnfliksimumab	İnfliksimumab Adalimumab Sertolizumab
Sekukinumab süresi (ay)	15	18	24
Güncel tedavi	Sekukinumab 300 mg/ay MTX 15 mg haftalık	Sekukinumab 150 mg ay	Sekukinumab 150 mg/ay Azatioprin 50 mg/gün Kolşisin 0,5 mg/gün

AS: Ankilozan spondilit, GIS: Gastrointestinal sistem, MTX: Metotreksat

**Tablo 2.** Sekukinumab tedavisi sırasında klinik ve laboratuvar değişiklikleri

	Hasta 1	Hasta 2	Hasta 3
CRP (mg/L)			
Önce	27	15	23
Sonra	2,4	4,5	2,8
ESH (mm/h)			
Önce	95	87	112
Sonra	47	27	24
Kreatinin (mg/dL)			
Önce	0,5	1,6	H/D
Sonra	0,5	1,3	H/D
Proteinüri (gr/gün)			
Önce	4,2	5,5	H/D
Sonra	2,4	0,9	H/D
Albümin (g/dL)			
Önce	2,7	2,5	3,1
Sonra	3,1	4,3	4,2
ASDAS			
Önce	4,1	1,6	4,6
Sonra	1,8	1,1	1,7

CRP: C-reaktif protein, ESH: Eritrosit sedimantasyon hızı, H/D: Hemodiyaliz, ASDAS: Ankilozan spondilit hastalık aktivite skoru

## Ankilozan spondilit taklitçisi idiopatik hipoparatiroidili bir olgu

Gül Güzelant Özköse

*İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul*

**Giriş:** Kalsiyum metabolizma bozuklukları, kas-iskelet sistemi şikayetlerine yol açabilir. Hipoparatiroidili olgularda, ankilozan spondiliti (AS) ve diffüz idiopatik iskelet hiperostozisini (DISH) taklit edecek vertebral bulgular gözlenebilir.

**Olgu:** Bilinen hastalığı olmayan 51 yaşında erkek hasta bel, boyun, sırt ağrısı, boyun ve belde hareket kısıtlılığı ile başvurdu. Ağrıları yaklaşık 3 yıldır devam eden hasta, non-steroid antienflamatuvar ilaçlar (NSAİİ) ile ağrısının gerilemediğini ifade etmekteydi. Ortalama 20-30 dakika süren sabah tutukluğu eşlik etmekteydi. Ağrı karakteri mekanik ve enflamatuvar özellikleri bir arada bulundurmaktaydı. Hareketle ağrılarında artış, dinlenmekle azalma olduğunu belirtiyordu. Periferik artrit öyküsü yoktu. Fizik muayenede AS postürü mevcuttu. Torasik kifoz artmıştı, lomber bölge hareketleri tüm planlarda kısıtlıydı. El-yer mesafesi 18 cm, schober testi 2 cm, göğüs ekspansiyonu 2,5 cm'ydı. Laboratuvar incelemelerinde; hemogram parametreleri, karaciğer enzimleri ve böbrek fonksiyon testleri normal aralıktaydı. C-reaktif protein 10,8 mg/Lt, sedimentasyon hızı 27 mm/s idi. Biyokimyasal parametrelerde göze çarpan bir hipokalsemisi mevcuttu. Kalsiyumu 6,2 mg/dL, fosforu 4,9 mg/dL, albümini 4,8 gr/dL, PTH'si 1,6 ng/Lt, D vitamini düzeyi ise 15,3 µg/Lt saptandı. Geçirilmiş bir tiroid-paratiroid cerrahisi yoktu. HLA-B27 negatifti. Radyografik incelemelerde; pelvis grafisinde sakroiliak eklem aralığı sağda normal olmakla birlikte solda sklerotik ve daralmıştı. Ayak lateral grafide bilateral kalkaneal spur saptandı. Torakolomber vertebralarda sindesmofitler gözlemlendi (Resim 1). Sakroiliak manyetik rezonans görüntülemesinde sakroiliak eklemler normaldi, aktif sakroiliit bulgusu yoktu. Hastada mevcut bulgularla ayrırcı tanıda idiopatik hipoparatiroidiye bağlı ligament kalsifikasyonu ve osteoproliferasyon düşünüldü. Akut hipokalsemide görülebilen semptomlar ve fizik muayene bulguları muhtemelen sürecin kronik olması nedeniyle saptanmadı. Endokrinoloji birimine tedavi ve takip için yönlendirildi. NSAİİ'ye yanıt vermeyen ağrıları için de fizik tedavi ve rehabilitasyon birimi ile konsülte edildi. AS açısından takibe alındı.

**Sonuç:** Hipoparatiroidiyle ilişkili spondiloartropatilerde klasik AS'den farklı olarak sindesmofitler çoğunlukla torakal-torakolumbal bölgede yerleşimlidir. Sakroiliit, genellikle II. dereceden daha ileri değildir, sakroiliak eklemlerde erozyon gözükmez. AS düşünülmesine rağmen başlangıç yaşı ve radyolojik özellikleri atipik olan, NSAİİ'ye iyi yanıt vermeyen hastalarda paratiroid bezi bozuklukları akla gelmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Ankilozan spondilit, paratiroid, diffüz idiopatik iskelet hiperostozisi



Resim 1. Hastanın direkt grafi görüntüleri

## PS-027

### COVID-19 kliniği ile başvuran anti-sentetaz sendromlu olgu

Erdal Bodakçı

*Eskişehir Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Eskişehir*

**Amaç:** COVID-19 hastalığı, ateş, öksürük, yaygın eklem ağrıları, tat ve koku kaybı gibi birçok semptom ile başvuran bir hastalık olup akciğer tutulumu ile birçok hastalığı taklit etmektedir. Anti-sentetaz sendromu myopati, artrit, raynaud, interstisyel akciğer tutulumu ile karakterize bir hastalıktır. Burada COVID-19 ön tanısıyla takip edilirken Anti-sentetaz sendromu tanısı alan hastayı sunacağım.

**Olgu:** Yetmiş üç yaşında kadın hasta 2 aydır olan kuru öksürüğünün artması, ara ara ateşinin 38 üzerinde çıkması ve eklem ağrıları ile acil servise başvurmuş. Burada COVID için çekilen tomografide alt loblarda yaygın buzlu cam alanları olması üzerine olası COVID-19 tanısıyla COVID servisine yatırılmış. Bilinen bir temas öyküsü yokmuş. İlk PCR tetkiki negatif. Sedim 65 mm/saat, CRP 45 mg/dL, CK 718 mg/dL saptanmış. Hastaya 5 günlük hidroksiklorokin ve azitromisin tedavisi verilmiş. Öksürükte azalma olmayan hastada, el eklemlerinde ağrı ve şişlik olması üzerine COVID açısından progresyon kabul edip Favipravir 5 günlük tedavi verilmiş. Daha sonra yapılan 2 PCR testinde negatif olması ve el bileği ile ayak bileğinde ağrı, şişliğin olması üzerine tarafımıza konsülte edildi. Sorgulamada öksürüğünün 2 aydır olduğunu, son günlerde arttığını, kollarında ve bacaklarda kuvvetsizliğinin olduğunu, yürümekte ve oturup kalkmakta zorlandığını belirtti. Muayenesinde her iki el bileğinde ve sağ ayak bileğinde artriti vardı. Omuzlarını kaldıramıyordu. Kas gücü üst ekstremitede 4/5, altta 3/5 idi. EMG'de üst ve alt ekstremitede yaygın MÜP'ler saptandı.

Serolojik testlerden anti-Jo1 pozitif, RF, anti-CCP, ANA testleri negatifti. Hastanın tomografisi tekrar değerlendirildi. Bilateral alt loblarda ince retiküler görünüm, buzlu cam opasiteleri ve yer yer fibrozis alanları olarak değerlendirildi. Yapılan kas biyopsisinde perimisyal enflamasyon, perifasiküler nekroz alanları görüldü. COVID-19 akut enfeksiyonunda görülmeyen fibrozislerin olması, EMG'de myopati olması, artrit ve Anti-Jo1 pozitifliği ile Anti-sentetaz sendromu düşünüldü. FVC 75, DLCO 72 idi. Malignite taramasında patoloji saptanmadı. Hastaya metilprednizolon 48 mg/gün, azatiyopurin 150 mg/gün başlandı. Üçüncü hafta kontrolünde öksürüğü azalmış. Kas gücü 5/5 ve CK değerleri normalleşmişti.

**Sonuç:** COVID-19 pandemisi ile birçok hastalık gözden kaçmakta ve geç tanı konulmakta. Özellikle akciğer tutulumu ile seyreden vaskülitler, myozitler, romatolojik hastalıklara eşlik eden akciğer tutulumları COVID-19 olarak değerlendirilmekte. Tedaviden fayda görmeyen hastalarda COVID dışı durumlar gözden geçirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, anti-sentetaz sendromu, akciğer tutulumu

## PS-028

### Ailevi Akdeniz ateşi hastalarında anakinra tedavisinin uzun dönem güvenlik ve etkinliğinin değerlendirilmesi

Nuh Ataş<sup>1</sup>, Gülşah Atbiner Eroğlu<sup>2</sup>, Hülya Nur Sodan<sup>2</sup>, Beyza Olcay Öztürk<sup>2</sup>, Hakan Babaoğlu<sup>1</sup>, Reyhan Bilici Salman<sup>1</sup>, Hasan Satış<sup>1</sup>, Aslıhan Avanoğlu Güler<sup>1</sup>, Hazan Karadeniz<sup>1</sup>, Berna Göker<sup>1</sup>, Mehmet Akif Öztürk<sup>1</sup>, Şeminur Haznedaroğlu<sup>1</sup>, Abdurrahman Tufan<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Ailevi Akdeniz ateşi (FMF), en sık görülen kalıtsal, otoenflamatuvar hastalıktır. Kolşisin, FMF tedavisinin ana ilacı olmakla birlikte, hastaların %10-20'si kolşisine yeterli yanıt vermemektedir. Anakinra, FMF tedavisinde etkin olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmada, anakinranın uzun dönem etkinlik ve güvenliğini araştırdık.

**Yöntem:** Bu retrospektif çalışmaya Tel Hashomer kriterlerine göre FMF tanısı almış ve ≥12 ay anakinra kullanan erişkin hastalar (>18 yaş) dahil edildi. Demografik özellikler, semptom başlangıç ve tanı yaşı, kolşisin direnci, persistan enflamasyon, MEFV gen mutasyonları, anakinra öncesi ve sonrası atak sıklığı, hastalık ilişkili yaşam kalitesi [10 cm, görsel analog skalası (VAS) ile] ve akut faz reaktanları (ESH: eritrosit sedimentasyon hızı ve CRP: C-reaktif protein) değerlendirildi. Anakinra başlanma nedeni ve anakinra ilişkili yan etkiler kaydedildi.

**Bulgular:** Çalışmaya 76 FMF hastası (43 kadın, 33 erkek) dahil edildi. Ortalama yaş 37,2±12 yıl ve median hastalık süresi 14,5 (ÇAA: çeyrekler arası aralık, 10) idi. Medyan anakinra tedavi süresi 34 (ÇAA: 24) ay idi. 61 hastada M694V mutasyonu (36, %47,4 homozigot) mevcuttu. En sık anakinra başlanma endikasyonu kolşisin direnci ve proteinüri idi (Tablo 1). Anakinra öncesi

ortalama toplam atak sayısı 16/yıl, sonrası 4,5/yıl (p<0,001) idi. Anakinra öncesi median (ÇAA) VAS, 8 (2), ESH, 32 (30,75) mm/st, CRP, 24 (27,5) mg/L ve proteinüri, 2708 (4286) mg/gün iken, anakinra sonrası VAS, 2 (1,75), ESH, 12 (14) mm/st, CRP, 8 (10,75) mg/L ve proteinüri, 431,5 (2951) mg/gün (p<0,001, p<0,001 ve p=0,001, sırasıyla) idi. En sık görülen yan etki enjeksiyon yeri reaksiyonuydu. En ciddi yan etki 1 hastada görülen anafaksi idi. En sık kesilme nedeni ise yetersiz yanıtı (Tablo 2).

**Sonuç:** Anakinra FMF hastalarında uzun dönem tedavide etkili ve güvenli olmakla birlikte, anafaksi gibi ciddi yan etkiler de göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Ailevi Akdeniz ateşi, anakinra, kolşisin, etkinlik

**Tablo 1.** Anakinra tedavisi alan hastaların demografik ve klinik özellikleri

	Hastalar (n=76)
Ortalama yaş (yıl)	37,2±12
Kadın/Erkek	43/33
Homozigot M694V mutasyonu	36 (47,4)
Heterozigot M694V mutasyonu	25 (32,9)
Semptom başlangıç yaşı, yıl	10 (12)
Ortalama tanı süresi, yıl	7,5 (13)
Hastalık süresi, yıl	14,5 (10)
Anakinra başlanma yaşı, yıl	29,5 (14,5)
Ateş	46 (60,5)
Peritonit	63 (82,9)
Plevrit	38 (50)
Artrit	63 (82,9)
Erizipel benzeri eritem	21 (27,6)
Miyalji	27 (35,5)
Febril miyalji	4 (5,5)
Anakinra öncesi kolşisin Doz, mg	1,7±0,4
Süre, ay	120 (138)
Anakinra tedavi süresi, ay	34 (24)
Anakinra başlanma endikasyonu	
Kolşisin direnci	45 (59,2)
Kolşisin tolere edememe	1 (1,3)
Kolşisin yan etkisi	4 (5,3)
Amiloidoz, proteinüri	25 (32,9)
Persistan enflamasyon	1 (1,3)

Değerler sayı, (%) ve medyan, (çeyrekler arası aralık) olarak verilmiştir

**Tablo 2.** Anakinra ilişkili yan etkiler ve kesilme nedeni

Yan etkiler	n, %	Kesilme nedeni	n, %
Enjeksiyon yeri reaksiyonu	6 (7,9)	Remisyon	3 (3,9)
Deri döküntüsü	4 (5,3)	Yetersiz yanıt	11 (14,5)
Nötropeni	4 (5,3)	Gebelik	1 (1,3)
Karaciğer enzimlerinde artış	3 (3,9)	Yan etki	4 (5,3)
Anafaksi	1 (1,3)		

**COVID-19 pandemisinin immünosüpresif ilaç kullanan romatoloji hastalarında anksiyete üzerine etkisi**

Tuğba İzci Duran, Seyyid Bilal Açıkgoz, Cemal Gürbüz,  
Ayşegül Uçar, Gökhan Yavuzbilge, Metin Özgen

*Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı,  
Romatoloji Bilim Dalı, Samsun*

**Amaç:** COVID-19 pandemisi, uluslararası endişe duyulan bir halk sağlığı acil durumudur. Tıbbi komorbiditesi olan hastaların enfekte olma olasılığının daha yüksek ve sonuçlarının daha kötü olduğu bildirilmektedir. Genel popülasyonda salgınlara bağlı anksiyete düzeylerinin arttığı bilinmektedir. Bu çalışmanın amacı, COVID-19 salgınının ilk aşamasında romatizmal kas iskelet hastalığı (RMD) olan ve immünosüpresif ilaç kullanan hastalarda COVID-19 salgınına bağlı anksiyete yaygınlığını tespit etmek ve anksiyeteye sebep olan risk ve koruyucu faktörleri tanımlamaktır.

**Yöntem:** On sekiz yaşından büyük, RMD'si olan ve düzenli immünosüpresif ilaç (biyolojik ilaç, sDMARD, csDMARD) kullanan 145 hasta ve 95 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edildi. COVID-19 salgını ile ilgili soruları içeren anonim bir anket ve katılımcıların anksiyete düzeylerini ölçmek için Beck anksiyete envanteri (BAI) kullanıldı. Demografik veriler, mevcut RMD'si,

kullandığı immünosüpresif ilaç, COVID-19 hakkında bilgi ve endişeler, COVID-19 hakkındaki bilgileri nereden öğrendiği gibi ek bilgiler toplandı.

**Bulgular:** Hastaların %42,1'i kullandıkları ilaç nedeniyle salgının endişe yarattığını bildirdi ve hastaların %33,8'i endişelerini orta ve şiddetli olarak derecelendirdiler. Hastaların BAI skorları 4 (0-52) ve sağlıklı kontrollerin BAI skorları 3 (0-18) olarak saptandı. BAI skorlarına göre hastaların %16,5'i orta ile şiddetli anksiyete belirtileri göstermiştir. İmmünosüpresif ilaç kullanan hastaların %38,6'sında anksiyete saptanırken kontrol grubunun %18,9'unda anksiyete mevcuttu. Gruplar karşılaştırıldığında hasta grubunun anksiyetesi anlamlı yüksek saptandı ( $p=0,001$ ). Hasta ve kontrol gruplarında kadın cinsiyet daha fazla anksiyete belirtileri göstermektedir ( $p<0,005$ ). Ayrıca hasta grubunda eğitim düzeyi yüksek olanlarda anksiyete daha düşük saptandı ( $p=0,039$ ).

**Sonuç:** Kadın cinsiyet ve immünosüpresif ilaç kullanan hastalarda anksiyete düzeyleri daha yüksek saptanmıştır. Bu süreçte riskli grupta yer alan bu hastaların yanlış bilgilerden kaçınmasını sağlamalı, hastalar tek tek bilgilendirilerek tedavi ekibine güvenmeleri sağlanmalıdır. Anksiyeteleri yüksek olan bu hasta grubu için çevrimiçi veya akıllı telefon tabanlı psikoeğitim ve psikolojik müdahaleler sağlanması düşünülebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Anksiyete, Beck anksiyete envanteri, coronavirus, COVID-19, immünosüpresif, romatizmal kas iskelet hastalığı

## A

Abdurrahman Tufan	SS-002, SS-003, PS-002, PS-003, PS-004, PS-021, PS-028
Adem Ertürk	PS-011
Ahmet Gül	PS-010, PS-025
Ahmet Gül	SS-007, SS-010, SS-011, SS-014, SS-018
Ahmet Kıvanç Cengiz	PS-017, PS-022
Ahmet Merih Birlik	SS-021
Ali Karakaş	SS-021
Alojzia Hocesvar	SS-019, SS-022
Altuğ Güner	PS-013, PS-014
Amra Adroviç	SS-024
Annamaria Iagnocco	SS-019, SS-022
Aslıhan Avanoğlu Güler	SS-002, SS-003, PS-002, PS-003, PS-004, PS-021, PS-028
Aşkın Ateş	SS-001, SS-017
Aydan Köken Avşar	SS-021
Ayşe Bahar Keleşoğlu Dinçer	SS-001
Ayşe Boyvat	SS-017
Ayşegül Uçar	PS-030
Ayten Aliyeva	SS-024

## B

Bahar Artım Esen	SS-007, SS-010, SS-011, SS-014, SS-018, PS-010, PS-025
Belkıs Nihan Coşkun	SS-013, PS-014
Berk Çelik	SS-007
Berna Göker	SS-002, SS-003, PS-002, PS-003, PS-004, PS-021, PS-028
Beyza Olcay Öztürk	PS-028
Burak Arslan	SS-003
Burak İnce	SS-018, PS-025
Burcu Candemir	PS-021
Burcu Yağız	SS-013

## C-Ç

Canan Cimşit	SS-019
Canan Yücesan	SS-017
Cansu Akleylek	SS-016

Cemal Bes	KÖ-001, SS-023
Cemal Gürbüz	PS-001, PS-030
Ceren Karahan	SS-001
Çağatay Cimşit	SS-019
Çiğdem Çetin	SS-014, PS-025

## D

Damla Karataş	PS-020
Deniz Çekiç	PS-020
Didem Şahin Eroğlu	SS-001, SS-017
Dilara Dönmez	SS-001
Dilek Yapar	SS-002, SS-003, PS-002

## E

Ebru Özden Yılmaz	PS-006
Ebru Yılmaz	SS-004
Ediz Dalkılıç	SS-013, PS-013
Elif Dinçses Nas	PS-019
Elif Durak Ediboğlu	PS-015
Emel Gönüllü	PS-020
Emin Oğuz	PS-025
Emine Duygu Ersözlü	SS-006
Emine Göknur Işık	SS-018
Emine Gözde Aydemir Gülöksüz	SS-001
Erdal Bodakçı	PS-006, PS-008, PS-027
Eren Gözke	PS-005, PS-012
Esperanza Naredo	SS-019, SS-022
Esra Şendil	PS-006
Eylem Atasoy Güner	PS-012
Eylem Güner Atasoy	PS-005

## F

Fatih Haşlak	SS-024
Fatih Yıldırım	SS-023
Fatoş Önen	SS-012, SS-021, PS-016

## G

George A. Bruyn	SS-019, SS-022
Gerçek Can	SS-012, SS-021, PS-016

Gonca Mumcu SS-019, SS-022  
Gökhan Yavuzbilge PS-030  
Gül Güzelant Özköse PS-026  
Gül Önen PS-015  
Gülay Kınıklı SS-001  
Gülşah Atbiner Eroğlu PS-021, PS-028  
Güzide Nevsun İnanç SS-019, SS-022

## H

Hakan Babaoğlu SS-002, SS-003, PS-002, PS-003,  
PS-004, PS-021, PS-028  
Haluk Türктаş SS-002, PS-002  
Hasan Satış SS-002, SS-003, PS-002, PS-003,  
PS-004, PS-021, PS-028  
Hasan Selim Güler SS-001  
Hasan Ulusoy PS-017, PS-022  
Hazan Karadeniz SS-002, SS-003, PS-002, PS-003,  
PS-004, PS-021, PS-028  
Hülya Nur Sodan PS-028  
Hüseyin Candan PS-015  
Hüseyin Ediz Dalkılıç PS-014

## İ

İbrahim Vasi PS-006, PS-008  
İlyas Ercan Okatan SS-001  
İsmail Doğan SS-005  
İsmail Sarı SS-012, SS-021, PS-015, PS-016

## K

Kadriye Halli Akay SS-004  
Kemal Erol SS-020  
Kenan Aksu KÖ-004  
Kenan Barut SS-024  
Kerem Yiğit Abacar SS-019, SS-022

## L

Lale Öcal SS-014  
Lene Terslev SS-019, SS-022  
Leyla Cinel SS-022

## M

Mahdume Lale Öçal SS-007, SS-010, SS-011, PS-010,  
PS-025  
Maria Antonietta D'agostino SS-019  
Mehmet Akif Öztürk SS-002, SS-003, PS-002, PS-003,  
PS-004, PS-021, PS-028  
Mehmet Levent Yüksel SS-001  
Mehmet Onut SS-002, PS-002  
Mehmet Yıldız SS-024  
Melda Ulaş Güncan SS-006  
Melek Yalçın Mutlu SS-023  
Melih Pamukçu SS-008  
Melik Yiğit Bayındır PS-018  
Melodi Gizem Can SS-014  
Merih Birlik SS-012, PS-016  
Mert Öztaş PS-018  
Merve Özçetin SS-020  
Metin Özgen PS-030  
Murat Bektaş SS-007, PS-025  
Murat İnanç SS-007, SS-010, SS-011, SS-014,  
SS-018, PS-010, PS-025  
Murat Kekilli SS-003  
Murat Torgutalp SS-001, SS-017, PS-021  
Müçteba Enes Yayla SS-001, SS-017

## N

Necati Çakır PS-005, PS-012  
Neslihan Yağmur SS-020  
Neslihan Yılmaz SS-016  
Nevzat Koca PS-025  
Nihal Lermi PS-013, PS-014  
Nilgün Demirci SS-002, PS-002  
Nuh Ataş SS-002, SS-003, PS-002, PS-003,  
PS-004, PS-021, PS-028  
Numune Aliyeva SS-010, PS-010  
Nurullah Akkoç KÖ-003

## O-Ö

Orhan Küçükşahin SS-005  
Oya Köker SS-024

Ozan Cemal İaçan	SS-023	Sinem Nihal Esatoğlu	KÖ-002
Özcan Erel	SS-005	Sinem Öztaşkın	SS-014
Özgür Kasapçopur	SS-024	Stephanie Finzel	SS-019, SS-022
<b>P</b>		Şeminur Haznedaroğlu	SS-002, SS-003, PS-002, PS-003, PS-004, PS-021, PS-028
Petra Hanova	SS-019, SS-022	Şerife Emre	PS-023
<b>R</b>		Şirhan Amikişiyev	SS-010, PS-010
Rabia Deniz	SS-011	Şükran Erten	SS-005
Reyhan Bilici Salman	SS-002, SS-003, PS-002, PS-003, PS-004, PS-021, PS-028	<b>T</b>	
Rezzan Eren Sadioğlu	SS-009	Tahsin Murat Turgay	SS-001
Rukiye Eker Ömeroğlu	SS-024	Tuba Yüce İnel	SS-012, SS-021, PS-016
<b>S-Ş</b>		Tuğba İzci Duran	PS-030
Saba Kiremitçi	SS-009	<b>Ü</b>	
Sadettin Uslu	PS-009	Ümit Şehirli	SS-022
Samet Karahan	SS-020, PS-023	<b>W</b>	
Sandrine Jousse Joulin	SS-019, SS-022	Wolfgang A. Schmidt	SS-019, SS-022
Selda Çelik	SS-023	<b>Y</b>	
Semih Gülle	SS-021, PS-015	Yasemin Yalçinkaya	SS-007, SS-010, SS-014, SS-018, SS-011, PS-010, PS-025
Serdal Uğurlu	PS-018, PS-019	Yavuz Pehlivan	SS-013, PS-013, PS-014
Serdar Can Güven	SS-003	Yeşim Erez	SS-012, SS-021
Serdar Sezer	SS-001, SS-017	Yonca Çağatay	SS-016
Serkan Aktürk	SS-009	Yunus Halil Polat	SS-005
Servet Akar	PS-015	<b>Z</b>	
Sevda Aydın Kurna	PS-005	Zeliha Emrence	SS-011
Sevil Yiğit	SS-023	Zeynep Kaya	PS-005, PS-012
Seyyid Bilal Aıkğöz	PS-001, PS-030	Zeynep Öztürk	PS-020
Sezgin Şahin	SS-024	Zeynep Yılmaz Bozkurt	PS-013, PS-014
Sibel Ösken	PS-005, PS-012	Zübeyir Yurtsever	PS-020
Sim Kutlay	SS-009		
Sinem Burcu Kocaer	SS-021		