

# Ulusal ROMATOLOJİ Dergisi

Journal of Turkish Society for Rheumatology

ISSN: 2651-2653  
www.romatolojidergisi.org

Cilt / Volume: 13 • Ek Sayı / Supplement: 1 • Eylül / September 2021

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

**XXI.**  
**ULUSAL**  
**ROMATOLOJİ**  
**KONGRESİ**

**TRD** TÜRKİYE  
ROMATOLOJİ  
DERNEĞİ

**29 Eylül-3 Ekim 2021**  
Gloria Golf Resort  
Belek / Antalya

**ORGANİZASYON SEKRETERYASI**  
**D Event Turizm Organizasyon**  
Kolektif House, Barbaros Mh. Begonya Sk.  
NidaKule Batı No:1/2 34746 Ataşehir / İstanbul  
Tel: 0216 573 18 36  
E-posta: istanbul1@event.com.tr

[www.romatoloji2021.org](http://www.romatoloji2021.org)

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**  
Fatoş Önen

**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

**Ömer Karadağ**

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

ORCID ID: orcid.org/0000-0002-3443-3117

**Gülen Hatemi**

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

ORCID ID: orcid.org/0000-0002-1952-1135

**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

**Türkiye Romatoloji Derneği (TRD) Yönetim Kurulu (2021-2023) /  
Turkish Society for Rheumatology Executive Committee (2021-2023)**

**Başkan / President**

Fatoş Önen, İzmir, Türkiye

**Sayman / Treasurer**

A. Merih Birlik, İzmir, Türkiye

**Başkan Yardımcısı / Vice President**

Yasemin Kabasakal, İzmir, Türkiye

**Üyeler / Members**

Gökhan Keser, İzmir, Türkiye

**Genel Sekreter / Secretary General**

Servet Akar, İzmir, Türkiye

Timuçin Kaşifoğlu, Eskişehir, Türkiye

Taşkın Şentürk, Aydın, Türkiye

**Bölüm editörleri /  
Section editors**

Servet Akar, İzmir

Kenan Aksu, İzmir

Bahar Artım Esen,  
İstanbul

Berna Göker, Ankara

Nevsun İnanc, İstanbul

Ayşen Tan, Ankara

Serdal Uğurlu, İstanbul

Eftal Yücel, Ankara

**İstatistik editörü /  
Statistics editor**

Koray Taşçılar, Almanya

**İçerik editörleri /  
Content editors**

Hakan Babaoğlu, Erzurum

Murat Torgutalp, Almanya

**Yapım editörleri /  
Production editors**

Emre Bilgin, Ankara

Gerçek Can, İzmir

Sinem Nihal Esatoğlu,  
İstanbul

**Bilimsel Danışma Kurulu /  
Scientific Advisory Board**

Ali Akdoğan, Ankara

Sibel Aydın - Ottawa, Kanada

Müge Bıçakçıl, İstanbul

Ayşe Cefle, Kocaeli

Ediz Dalkılıç, Bursa

Doruk Erkan, New York, ABD

Ali İhsan Ertenli, Ankara

Ahmet Gül, İstanbul

Vedat Hamuryudan, İstanbul

Murat İnanc, İstanbul

Yasemin Kabasakal, İzmir

Timuçin Kaşifoğlu, Eskişehir

Gökhan Keser, İzmir

Sedat Kiraz, Ankara

Süleyman Serdar Koca, Elazığ

Cengiz Korkmaz, Eskişehir

Melike Melikoğlu, İstanbul

Fatoş Önen, İzmir

Mehmet Akif Öztürk, Ankara

Salih Pay, Ankara

Nurhan Sutcliffe, Barts, İngiltere

İsmail Şimşek, San Diego, ABD

Ender Terzioğlu, Antalya

Abdurrahman Tufan, Ankara

Mehmet Tunca, İzmir

Murat Turgay, Ankara

Şule Yavuz Uppsala, İsveç

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

Aysel Balta

Duygu Yıldırım

Gamze Aksoy

Gülay Akın

Hatice Sever

Melike Eren

Meltem Acar

Özlem Çelik Çekil

Pınar Akpınar

Rabia Palazoğlu

Araştırma&Geliştirme/Research&Development

Melisa Yiğitoğlu

Nihan Karamanlı

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 Yayıncı Sertifika No: 14521

Basım Yeri/Printing at: Özgün Basım Tanıtım San. ve Turizm

Ltd. Şti. Yeşilce Mah. Aytekin Sk. No:21 Seyrantepe Sanayi,

Kağıthane-İstanbul-Türkiye

Phone: +90 (212) 280 00 09 Certificate Number: 48150

Basım Tarihi/Printing Date: Eylül 2021/September 2021

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 **EBSCO, Gale, Index Copernicus, J-Gate** veritabanında indekslenmektedir.

Ulusal Romatoloji Dergisi'nin 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 paylaşımına sunmayı ve böylece romatoloji biliminin gelişmesine akademik katkı sağlamayı hedeflemektedir.

Dergide makale yükleme, işlem veya yayınlanma 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 verilmelidir.

#### Telif Hakları

Telif Hakkı © Türkiye Romatoloji Derneği (TRD). Ulusal Romatoloji Dergisi'nde yayımlanan yazılar ve bütünleyici 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.

#### Sekreteryaya, Gülay Koca

E-mail: [romatolojidernegi@gmail.com](mailto:romatolojidernegi@gmail.com)

Adres: Türkiye Romatoloji Araştırma ve Eğitim Derneği Kore Şehitleri Caddesi Onurgil İş Merkezi No:3516 Esentepe-Şişli-İstanbul

#### 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](mailto: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 three times in a year original contributions in the form of basic 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 unsolicited reviews.

Journal of Turkish Society for Rheumatology is indexed in **EBSCO, Gale, Index Copernicus, J-Gate.**

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© 2021, 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 property 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.

#### Secretariat, Gülay Koca

E-mail: [romatolojiderneji@gmail.com](mailto:romatolojiderneji@gmail.com)

Address: Türkiye Romatoloji Araştırma ve Eğitim Derneği Kore Sehıterleri Caddesi Onurgil İş Merkezi No:3516 Esentepe-Şişli-Istanbul

#### 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](mailto: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 üç 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 ulaştığında 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" tarafından geliştirilen "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 eş zamanlı 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 görüldüğü 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 Deney Hayvanlarının Üretim Yerleri ile Deney 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, Deney 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. Dergimiz 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 araştırma verilerinin 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 değerlendirilmeye 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 destekleyiciler 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 almalıdır. Editörler yayının içeriği ve toplam kalitesinden sorumludur. Erratum sayfaları yoluyla gerektiğinde düzeltme yayımlanmalıdır. 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 şunlardır 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", and "Conclusions" 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 "yayınlanmamış 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;39:73-8.

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 three times in a year 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 "Conclusions" 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 "Conclusions" 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** **29 Eylül-3 Ekim 2021**

### **Kongre Eş Başkanları**

Dr. Fatoş Önen  
Dr. Servet Akar

### **Kongre Genel Sekreteri**

Dr. Merih Birlik

### **Kongre Düzenleme Kurulu**

Dr. Gerçek Can  
Dr. İsmail Sarı  
Dr. Dilek Solmaz  
Dr. Mustafa Özmen

### **TRD Bilimsel Kurulu**

Dr. Servet Akar  
Dr. Bahar Artım Esen  
Dr. Ömer Karadağ  
Dr. Fatoş Önen  
Dr. Mehmet Sayarlıoğlu  
Dr. Emire Seyahi  
Dr. Taşkın Şentürk  
Dr. E. Figen Tahran  
Dr. Ender Terzioğlu

## **XXI. Ulusal Romatoloji Kongresi Bildiri Özetleri** **29 Eylül-3 Ekim 2021**

**XIV** Bilimsel Program / Program Schedule

### **Özetler / Abstracts**

**S1** Sözlü Sunumlar (SS-01 — SS-24)

**S25** Seçilmiş Poster Sunumlar (SP-001 — SP-024)

**S47** Poster Sunumlar (PS-01 — PS-202)

### **Dizin / Index**

**S209** Yazar Dizini

29 Eylül 2021, Çarşamba

Saat	Salon A
17:30 - 18:30	<b>ANCA ilişkili Vaskülitler</b>
	<i>Oturum Başkanları: Vedat Hamuryudan, Lale Öcal</i>
	ANCA ilişkili vaskülitlerde solunum sistemi tutulumunun ayırıcı tanısı ve tedavisi <i>Ulrich Specks</i>
	ANCA ilişkili vaskülit tedavisinde güncelleme; 2021 <i>Ulrich Specks</i>
18:30 - 19:00	<b>ARA</b>
19:00 - 20:15	<b>Açılış Oturumu</b>
19:00 - 19:15	<b>Kongre Başkanları - Açılış Konuşmaları</b> <i>Fatoş Önen, Servet Akar</i>
19:15 - 20:15	<b>Hareket ve sağlık "Ultra insan olmak"</b>
	<i>Oturum Başkanları: Gürbüz Gümüşdiş, Sedat Kiraz, Mustafa Özmen</i>
19:15 - 19:45	Hayat bir ultra maratondur! <i>Bakiye Duran</i>
19:45 - 20:15	Bir hekim / sporcu gözünden hareket etmek <i>Taner Damcı</i>

30 Eylül 2021, Perşembe

Saat	Salon 1	Salon 2	Salon 3	Salon 4	Salon 5
	<b>Zor Olguların Yönetimi</b>	<b>Zor Olguların Yönetimi</b>	<b>Egzersiz Atölyesi</b>	<b>Zor Olguların Yönetimi</b>	<b>Zor Olguların Yönetimi</b>
07:30 - 08:30	<b>Otoinflamatuar hastalıklar; kemik, kemik iliği ve eklem ilişkisi</b> <i>Olgu Sunumu: Gökhan Kabadayı</i> <i>Tartışmacılar: Huri Özdoğan, Özgür Kasapçopur</i>	<b>Sistemik lupus eritematozus</b> <i>Olgu Sunumu: Çiğdem Çetin</i> <i>Tartışmacılar: Bahar Artım Esen, Şule Apraş Bilgen</i>	<b>Romatoid artritte egzersiz</b> <i>Eğiticiler: Deniz Bayraktar, Özlem Şenocak</i>	<b>Sarkoidoz</b> <i>Olgu Sunumu: Ali Karakaş</i> <i>Tartışmacılar: Merih Birlik, Yavuz Pehlivan</i>	<b>Granülomatöz polianjiit</b> <i>Olgu Sunumu: Elif Durak Edipoğlu</i> <i>Tartışmacılar: Sermin Özkal, Gerçek Can, Emel Gönüllü</i>
Saat	Salon A	Saat	Salon B		
08:30 - 09:45	<b>Romatoid Artrit-1</b> <i>Oturum Başkanları: Orhan Aral, Nursen Düzgün, Didem Arslan</i>	08:30 - 09:45	<b>İlaç Çalışmalarında Yöntemler; Son 10 Yılda Geldiğimiz Nokta</b> <i>Oturum Başkanları: Fatoş Önen, Servet Akar</i>		
08:30 - 08:50	Romatoid artritte yeni otoantikolar ve tedavideki yeri <i>Ender Terzioğlu</i>	08:30 - 09:00	Gerçek yaşam verileri konusunda ülkeler arası işbirliği bize neler sağlayabilir? EuroSpA ortak veri tabanı deneyimi <i>Merete Lund Hetland</i>		
08:50 - 09:10	Romatoid artritte akciğer tutulumu <i>Cemal Bes</i>		<b>Romatolojide Karşıt Görüşler</b>		
09:10 - 09:30	Pre-romatoid artrit tedavi edilmeli mi? <i>Gökhan Keser</i>	09:00 - 09:45	Tedavi etkinliğini ve güvenliğini belirlemede hangisi daha yararlı? Randomize kontrollü çalışmalar mı, gerçek yaşam verileri mi? <i>Tartışmacılar: Hasan Yazıcı, İhsan Ertenli</i>		
09:30 - 09:45	Tartışma				
09:45 - 10:15	<b>KAHVE MOLASI</b>				
10:15 - 11:00	<b>Uydu Sempozyumu - 1 (Lilly) Romatoid Artrit Tedavisinde Barisitinib ile Klinik Çalışmalardan Klinik Pratiğe Yansıyanlar</b> <i>Oturum Başkanı: Fatoş Önen</i> <i>Konuşmacı: Paul Emery</i>				
11:00 - 11:45	<b>KAHVE MOLASI</b>				
11:45 - 12:45	<b>Romatoid Artrit-2</b> <i>Oturum Başkanları: Vedat Hamuryudan, Süleyman Özbek, Ayhan Dinc</i>	11:45 - 12:45	<b>Pediyatrik Romatolojide Epigenetik ve Çevre Etkileşimi</b> <i>Oturum Başkanları: Erbil Ünsal, Özgür Kasapçopur, Fulya Coşan</i>		
11:45 - 12:10	Romatoid artritte JAK inhibitörleri; Biyolojik tedaviler ile karşılaştırmalı etkinlik ve güvenlik <i>Timuçin Kaşifoğlu</i>	11:45 - 12:05	Juvenil idiyopatik artrit <i>Balahan Makay</i>		
12:10 - 12:35	Romatoid artrit ACR tedavi kılavuzundaki yenilikler <i>Nevsun İnanç</i>	12:05 - 12:25	Bağ dokusu hastalıkları <i>Betül Sözeri</i>		
12:35 - 12:45	Tartışma	12:25 - 12:45	Ailevi Akdeniz ateşi <i>Yelda Bilginer</i>		



30 Eylül 2021, Perşembe

12:45 - 14:00	<b>ÖĞLE YEMEĞİ</b>		
	<b>Seçilmiş Poster Tartışmaları</b>		
13:15 - 14:00	Poster Tartışmacıları: Rıdvan Mercan, Uğur Karasu, Ahmet Omma, Sinem Burcu Kocaer, Önay Gerçik, Zevcet Yılmaz, Adem Ertürk, Atalay Doğru, Hakan Babaoğlu		
14:00 - 14:45	<b>Uydu Sempozyumu - 2 (Novartis) Psoriatik Artrit Tedavisinde Secukinumab Farkı: Prediktif Parametreler ve Tedavi Yanıtları</b> <b>Oturum Başkanları:</b> Ahmet Gül, İhsan Ertenli <b>Konuşmacılar:</b> Umut Kalyoncu, Duygu Ersözlü		
14:45 - 15:00	<b>KAHVE MOLASI</b>		
15:00 - 16:15	<b>Romatizmal Hastalıklar ve COVID-19</b> <i>Oturum Başkanları:</i> Hüseyin Turgut Özer, Salih Pay, Mehmet Derya Demirağ	15:00 - 15:45	<b>Mini Uydu Sempozyumu - 1 (Celltrion) Romatolojik Hastalıklara Çok Yönlü Yaklaşımlar: Infliksimab ve Rituksimab</b> Rituksimab ile Gerçek Hayat Verileri <i>Serdal Uğurlu</i>  Çok Yönlü Anti-romatizmal Tedavi: Infliksimab <i>Servet Akar</i>
15:00 - 15:20	COVID-19, Vaskülit ve tromboz <i>Kenan Aksu</i>		
15:20 - 15:40	Romatoloji bakış açısıyla pandemi; Neler öğrendik? <i>Mehmet Soy</i>		
15:40 - 16:00	COVID-19 aşılması; Romatologlar hastalarına ne öneriyor? <i>Vedat Hamuryudan</i>		
16:00 - 16:15	Tartışma		
16:15 - 16:45	<b>KAHVE MOLASI</b>	16:15 - 16:45	<b>İlk Görüşte Tanı (Yarışma)</b> <b>Sunucu:</b> Gerçek Can
16:45 - 17:30	<b>Uydu Sempozyumu - 3 (Amgen) Biyoteknolojiden Gelen Güç Fark Yaratır: Romatoid Artrit ve Spondiloartritlerin Tedavisinde Fark Yaratan Seçenek</b> <b>Oturum Başkanı:</b> Fatoş Önen <b>Konuşmacılar:</b> Servet Akar, Cemal Bes		
17:30 - 17:45	<b>KAHVE MOLASI</b>		
17:45 - 19:00	<b>Sistemik Lupus Eritematozus ve Antifosfolipid Antikor Sendromu</b> <i>Oturum Başkanları:</i> Murat İnanc, Esen Kasopoğlu Günal	17:45 - 19:00	<b>Her Yönüyle Ağrı</b> <i>Oturum Başkanları:</i> Şebnem Ataman, Mehmet Şahin, Selim Nalbant
17:45 - 18:05	SLE'de tedavi hedefleri: Remisyon ve düşük hastalık aktivitesi (LLDAS) <i>Ediz Dalkılıç</i>	17:45 - 18:05	Kompleks bölgesel ağrı sendromları <i>Ayşegül Ketenci</i>
18:05 - 18:25	Tedaviye refrakter lupus nefriti: Yeni ajanların tedavideki yeri <i>Bahar Artım Esen</i>	18:05 - 18:25	Diz osteoartritinde güncel tedavi; Yaygın kullanılan yardımcı tedavilerin kanıtı nedir? <i>Berna Göker</i>

30 Eylül 2021, Perşembe

18:25 - 18:45	Antifosfolipid antikor sendromunda komplemanın rolü <i>Ayten Yazıcı</i>	18:25 - 18:45	Spondiloartritlerde ağrı her zaman inflamatuvar mı? <i>Timuçin Kaşifoğlu</i>
18:45 - 19:00	Tartışma	18:45 - 19:00	Tartışma
19:00 - 19:45	<b>Uydu Sempozyumu - 4 (Pfizer)</b> <b>Klinik Çalışmalar ve Gerçek Yaşam Verileri ile Tofasitinib</b> <b>Konuşmacılar:</b> Sedat Kiraz, Ahmet Gül, Servet Akar		

1 Ekim 2021, Cuma

Saat	Salon A	Saat	Salon B
07:30 - 08:30	<b>SAĞLIKLI YAŞAM KOŞUSU</b>		
09:00 - 10:00	<b>Sözlü Bildiriler</b> <b>Oturum Başkanları:</b> İzzet Fresko, Recep Tunç, Sibel Yılmaz Öner	09:00 - 10:00	<b>Sözlü Bildiriler</b> <b>Oturum Başkanları:</b> Mehmet Sayarlıoğlu, Orhan Küçükşahin, Gözde Yıldırım Çetin
10:00 - 10:45	<b>Uydu Sempozyumu - 5 (Abbvie)</b> <b>SpA Tedavisinde Bu Güce Güven!</b> <b>Moderatör:</b> Sedat Kiraz <b>Konuşmacılar:</b> Servet Akar, Robert Inman		
10:45 - 11:30	<b>TRD Kahve Atölyeleri (Yer: Kongre Merkezi Bahçesi)</b> <b>Kahve - Yemek Eşleşmesi Atölyesi</b> <b>Eğitmen:</b> Pınar Demir		
11:30 - 12:30	<b>Psoriatik Artritte Merak Ettiklerimiz</b> <b>Oturum Başkanları:</b> Feride Göğüş, Vedat Gerdan, Sibel Bakırcı	11:30 - 12:15	<b>Mini Uydu Sempozyumu - 2 (Abdi İbrahim)</b> <b>Geçmişten Günümüze Romatoloji'de Bir Kilometre Taşı: Metotreksat</b> <b>Moderatör:</b> Fatoş Önen <b>Konuşmacı:</b> Servet Akar
11:30 - 12:00	<b>Panelist 1:</b> Umut Kalyoncu		
12:00 - 12:30	<b>Panelist 2:</b> Dilek Solmaz		
12:30 - 14:00	<b>ÖĞLE YEMEĞİ</b>		
13:15 - 14:00	<b>Seçilmiş Poster Tartışmaları</b> <b>Poster Tartışmacıları:</b> Kemal Üreten, Oğuz Gürler, Nurdan Kotevoğlu, Timur Pırıldar, Gezmiş Kimyon, Ali Şahin, Meryem Can, Handan Yarkan		
14:00 - 14:45	<b>Uydu Sempozyumu - 6 (Lilly)</b> <b>Psöriyatik Artrit Tedavisinde Ixekizumab Klinik Çalışma Verileri</b> <b>Oturum Başkanı:</b> Ali İhsan Ertenli <b>Konuşmacılar:</b> Serdal Uğurlu, Servet Akar		
14:45 - 15:00	<b>KAHVE MOLASI</b>		
15:00 - 16:15	<b>Spondiloartritler-1</b> <b>Oturum Başkanları:</b> Fatoş Önen, Sedat Kiraz	15:00 - 16:15	<b>Romatolojide İmmün Sistem</b> <b>Oturum Başkanları:</b> Göksal Keskin, Güher Saruhan Direskeneli, Songül Çildağ
15:00 - 15:30	Patogeneizde yenilikler <i>Nigil Haroon</i>	15:00 - 15:30	Romatizmal hastalıklarda immün sistem yanıtları; Otoinflamasyon ve Otoimmünite <i>Taşkın Şentürk</i>
15:30 - 16:00	Görüntüleme; tanı ve izlemede yaşanan sorunlar ve çözüme yönelik çalışmalar <i>İsmail Sarı</i>	15:30 - 16:00	Romatolojik hastalıklara eşlik eden primer immün yetmezlikler <i>Gülşay Kınıklı</i>
16:00 - 16:15	Tartışma	16:00 - 16:15	Tartışma
16:15 - 16:45	<b>KAHVE MOLASI</b>		
16:45 - 17:30	<b>Uydu Sempozyumu - 7 (Novartis)</b> <b>Ankilozan Spondilit Tedavisinde Secukinumab Farkı: Merak Edilen Sorular ve Cevapları</b> <b>Oturum Başkanları:</b> Fatoş Önen, Vedat Hamuryudan <b>Konuşmacılar:</b> Servet Akar, İsmail Sarı, Nigil Haroon		

1 Ekim 2021, Cuma

17:30 - 17:45		KAHVE MOLASI	
17:45 - 18:45	<b>Multidisipliner Ağ</b> <i>Oturum Başkanları: Servet Akar, Sevil Kamalı, Özgül Soysal Gündüz</i>	17:45 - 18:45	<b>Sistemik Skleroz</b> <i>Oturum Başkanları: Merih Birlik, Yasemin Yalçınkaya</i>
17:45 - 18:00	Dermatoloji kliniğinde Pso/PsA açısından dikkat edilecek noktalar; Tarama anketleri çalışıyor mu? <i>Fatma Aslı Hapa</i>	17:45 - 18:15	Bağ dokusu hastalıklarında pulmoner arteriyel hipertansiyon; Özellikler ve tedavideki gelişmeler <i>Mustafa Özmen</i>
18:00 - 18:15	Vaskülit ayırıcı tanısında üst solunum yolu ve kulak bulgularının katkısı <i>Erdem Eren</i>	18:15 - 18:45	Pulmoner tutulumda literatür verileri üzerinden tocilizumab ve nintedanib'in karşılaştırılması; Nerede, ne zaman, hangisi? <i>Süleyman Serdar Koca</i>
18:15 - 18:30	İnflamatuvar orbital hastalıklar <i>Aylin Yaman</i>	18:45 - 19:05	<b>Akılcı İlaç Kullanımı</b> <i>Oturum Başkanı: Emine Duygu Ersözlü</i>
18:30 - 18:45	Tartışma		Glukokortikoid ilişkili osteoporoz tedavisi <i>Nilüfer Alpay Kanitez</i>
19:00 - 20:00	TRD Toplantısı <i>*Dernek üyelerinin katılımı ile gerçekleşecektir</i>		

2 Ekim 2021, Cumartesi

Saat	Salon 1	Salon 2	Salon 3	Salon 4	Salon 5
	Zor Olguların Yönetimi	Zor Olguların Yönetimi	Egzersiz Atölyesi	Zor Olguların Yönetimi	Zor Olguların Yönetimi
07:30 - 08:30	<b>Mukopolisakkaridoz</b> <i>Olgu Sunumu: Yeşim Erez</i> <i>Tartışmacılar: Mehmet Sayarlıoğlu, Nur Arslan</i>	<b>IgG4 İlişkili Hastalık</b> <i>Olgu Sunumu: Semih Gülle</i> <i>Tartışmacılar: Ömer Karadağ, Zeynep Özbalkan Aşlar</i>	<b>Spondiloartritlerde egzersiz</b> <i>Eğiticiler: Deniz Bayraktar, Ayşen Akıncı</i>	<b>Takayasu arteriti</b> <i>Olgu Sunumu: Tuba Yüce İnel</i> <i>Tartışmacılar: Haner Direskeneli, Müge Bıçkacıgil, Aytaç Gülcü</i>	<b>Spondiloartrit / DISH</b> <i>Olgu Sunumu: Tuba Demirci Yıldırım</i> <i>Tartışmacılar: İsmail Sarı, Tuncay Duruöz</i>
Saat	Salon A		Saat	Salon B	
09:00 - 10:00	<b>Sözlü Bildiriler</b> <i>Oturum Başkanları: Metin Özgen, Bünyamin Kısacık, Levent Kılıç</i>		09:00 - 10:00	<b>Sözlü Bildiriler</b> <i>Oturum Başkanları: İhsan Ertenli, Necati Çakır, Ali Taylan</i>	
10:00 - 10:30	<b>KAHVE MOLASI</b>				
10:30 - 11:15	<b>Uydu Sempozyumu - 8 (Abbvie) RA Tedavisinde Bu Güce Güven!</b> <i>Moderatör: Fatoş Önen</i> <i>Konuşmacılar: İhsan Ertenli, Nevsun İnanç</i>				
11:15 - 12:45	<b>Behçet Hastalığı</b> <i>Oturum Başkanları: Hasan Yazıcı, Melike Melikoğlu</i>		11:15 - 12:00	<b>Romatizmal Hastalıklarda Komorbiditeler</b> <i>Oturum Başkanları: Murat Turgay, Hamide Kart Köseoğlu, İbrahim Kıyıcı</i>	
11:15 - 11:35	Patogenez güncellemesi <i>Ahmet Gül</i>		11:15 - 11:35	Komorbiditeler romatoid artrit tedavisini nasıl zorlaştırıyor? <i>Nazife Şule Yaşar Bilge</i>	
11:35 - 11:55	Behçet hastalığına özgü organ tutulumları ve klinik fenotipler <i>Emire Seyahi</i>		11:35 - 11:55	Romatizmal hastalıklar ve karaciğer <i>Sedat Yılmaz</i>	
11:55 - 12:15	Vasküler tutulum tanı ve tedavisi <i>Fatma Alibaz</i>		11:55 - 12:00	Tartışma	
12:15 - 12:35	Dirençli olgularda tedavi <i>Gülen Hatemi</i>		12:00 - 12:45	<b>Mini Uydu Sempozyumu - 3 (Boehringer Inhelheim) Paradigmalarda Değişim Zamanı</b> <i>Moderatör: Murat İnanç</i> <i>Konuşmacılar: A.Merih Birlik, Can Sevinç</i>	
12:35 - 12:45	Tartışma				
12:45 - 14:00	<b>ÖĞLE YEMEĞİ</b>				
13:15 - 14:00	<b>Seçilmiş Poster Tartışmaları</b> <i>Poster Tartışmacıları: Servet Yolbas, İsmail Doğan, Ayşe Ayan, Gökhan Sargın, Berivan Bitik, Yüksel Maras, Pınar Özmen, Mete Kara</i>				

2 Ekim 2021, Cumartesi

14:00 - 14:45	<b>Uydu Sempozyumu - 9 (MSD) Bir Hayat Bir Dokunuş: Golimumab ile 8 Yılı Aşkın Klinik Deneyimlerimiz Oturum Başkanı: Melike Melikoğlu</b>  <b>Açılış – Melike Melikoğlu</b>  <b>Gerçek Yaşam Verilerinden Klinik Deneyimlere - Hakan Erdem</b>  <b>Olgularla Golimumab Klinik Deneyimlerimiz - Gözde Yıldırım Çetin</b>  <b>Soru Cevap - Melike Melikoğlu, Hakan Erdem, Gözde Yıldırım Çetin</b>		
14:45 - 15:00	<b>KAHVE MOLASI</b>		
15:00 - 16:15	<b>Spondiloartritlerde Tedavi</b>  <i>Oturum Başkanları: Servet Akar, Pamir Atagündüz</i>	15:00 - 16:15	<b>Primer Sjögren Sendromu ve Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları</b>  <i>Oturum Başkanları: Yasemin Kabasakal, Aşkın Ateş, Ayşe Cefle</i>
15:00 - 15:30	TNF inhibitörleri ve IL-17 inhibitörleri; Hangisi, ne zaman? <i>Robert Inman</i>	15:00 - 15:20	Tükrük bezi görüntüleme tekniklerindeki gelişmelerin, primer Sjögren sendromu tanısı, aktivitesi ve progresyonuna olan katkıları <i>Hakan Emmungil</i>
15:30 - 16:00	JAK inhibitörleri ve diğer umut verici ajanlar <i>Nurullah Akkoç</i>	15:20 - 15:40	Primer Sjögren sendromu ilişkili renal tutulumun tanısı, yönetimi ve güncel tedavi yaklaşımı <i>Veli Yazısız</i>
16:00 - 16:15	Tartışma	15:40 - 16:00	Glukokortikoid ve konvansiyonel immünosüpresif tedavilere dirençli İdiyopatik İnflamatuvar miyozit hastalarında tedavi seçenekleri ve aday ilaçlar <i>Sükran Erten</i>
		16:00 - 16:15	Tartışma
16:15 - 16:45	<b>KAHVE MOLASI</b>		
16:45 - 17:30	<b>Uydu Sempozyumu – 10 (UCB) RA ve aksSpA tedavisinde anti-TNF tedavisinin farkı &amp; Benzersiz bir anti-TNF molekülü (Fcsiz, PEGile) 1-6 : Certolizumab pegol Moderatör: Sedat Kiraz Panelistler: Nevsun İnanc, Fatos Önen, Ahmet Gül</b>		
17:30 - 17:45	<b>KAHVE MOLASI</b>		

2 Ekim 2021, Cumartesi

17:45 - 19:00	<b>Aorta , subklavyen ve karotis arterler; Ateroskleroz ve büyük damar vaskülitlerinde tutulum özellikleri</b> <i>Oturum Başkanları: Haner Direskeneli, Selda Çelik</i>	17:45 - 19:00	<b>Romatizmal Hastalıklar ve Gebelik</b> <i>Oturum Başkanları: Veli Çobankara, Gonca Karabulut, Şeminur Haznedaroğlu</i>
17:45 - 18:05	Kardiyoloji bakış açısı <i>Ebru Özpelit</i>	17:45 - 18:05	İnflamatuvar Romatizmal Hastalıkların ve Tedavilerinde Kullanılan İlaçların Fertilité Üzerine Etkileri Var mı? <i>Adem Küçük</i>
18:05 - 18:25	Radyolojik İpuçları <i>Aytaç Gülcü</i>	18:05 - 18:25	Romatoid Artrit, Sistemik Lupus Eritematozus ve Antifosfolipid Sendromunda Gebelik Yönetimi <i>Neslihan Yılmaz</i>
18:25 - 18:45	Romatolojik Yaklaşım <i>Ömer Karadağ</i>	18:25 - 18:45	İnflamatuvar Romatizmal Hastalıklarda Gebelik Kayıt Kütükleri; Hangi Verileri Toplayalım? <i>Emine Figen Tarhan</i>
18:45 - 19:00	Tartışma	18:45 - 19:00	Tartışma

3 Ekim 2021, Pazar

Saat	Salon A	Saat	Salon B
09:00 - 10:15	<b>AAA ve Diğer otoinflamatuvar hastalıklar</b> <i>Oturum Başkanları: Eren Erken, Ümit Ölmez, Soner Şenel</i>	09:00 - 10:15	<b>Kristal Artritleri</b> <i>Oturum Başkanları: Eftal Yücel, Fahrettin Oksel, Nergis Erdoğan</i>
09:00 - 09:20	Monogenik hastalıklar; aynı fenotipe yol açan farklı genler vs farklı fenotip ile seyreden tek gen hastalıkları <i>Serdal Uğurlu</i>	09:00 - 09:20	Ürik asit; Dost mu, düşman mı? <i>Hakan Erdem</i>
09:20 - 09:40	IL blokajı kolşisin için replasman mı yoksa suplementasyon mu? <i>Abdurrahman Tufan</i>	09:20 - 09:40	Kronik böbrek hastalığında gut yönetimi <i>Mehmet Akif Öztürk</i>
09:40 - 10:00	Interferonopatiler <i>Seza Özen</i>	09:40 - 10:00	CPDD hastalığında ayırıcı tanı ve tedavi <i>Nuran Türkçapar</i>
10:00 - 10:15	Tartışma	10:00 - 10:15	Tartışma
10:15 - 10:45	<b>KAHVE MOLASI</b>		
10:45 - 11:45	<b>Kapanış Oturumu</b> <i>Oturum Başkanları: Fatoş Önen, Servet Akar</i> Kongre Biterken: Neler konuştuk, neler öğrendik? <i>Sedat Kiraz, Gülen Hatemi, Gerçek Can, Dilek Solmaz</i>		





# XXI. Ulusal Romatoloji Kongresi Bildiri Özetleri

## 29 Eylül-3 Ekim 2021

### Sözlü Sunumlar

(SS-01 — SS-24)

#### SS-01

#### Enflamatuvar bağırsak hastalığı olan hastaların spondiloartrit taramasında ipuçları var mı?

Bayram Farisoğulları<sup>1</sup>, Onur Keskin<sup>2</sup>, Burcu Usta<sup>3</sup>,  
Gözde Kübra Yardımcı<sup>1</sup>, Erkan Parlak<sup>2</sup>, Taylan Kav<sup>2</sup>,  
Ömer Karadağ<sup>1</sup>, Umut Kalyoncu<sup>1</sup>

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

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

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

**Amaç:** Enflamatuvar bağırsak hastalığı (İBH) olan hastalarda en sık görülen ekstra-intestinal bulgu olan spondiloartrit (SpA) sorgulanması ve hastaların romatoloji kliniğine sevk edilmesi erken tanı ve tedavi yönetimi açısından önemlidir. İBH hastalarına DETAIL anket sorgulaması yapılarak SpA'yı erken teşhis etmeyi ve her soru için valide edilmiş çalışma ile karşılaştırmayı amaçladık.

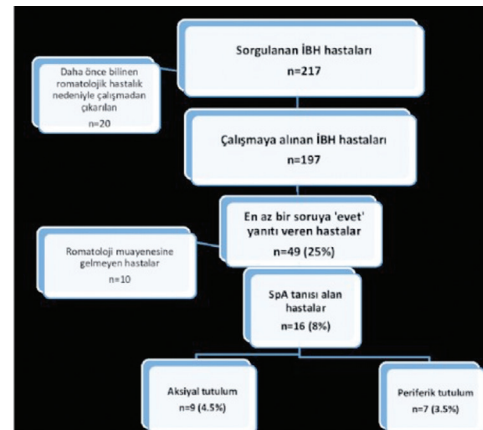
**Yöntem:** Mart 2019-Eylül 2020 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi (HÜ) Gastroenteroloji Kliniği'ne rutin kontrol için başvuran İBH hastalarına kas-iskelet sistemi semptom sorgulaması yapıldı. Bu amaçla altı sorudan oluşan valide edilmiş DETAIL sorgulaması yapılarak en az 1'ine 'evet' yanıtı veren hastalar HÜ Romatoloji Kliniği'nde fiziki muayene, laboratuvar, görüntüleme ile SpA açısından değerlendirildi. DETAIL sorgulamasında artrit tespiti için yer alan her bir soru için sensitivite, spesifite, pozitif prediktif değer, negatif prediktif değer, Likelihood oranı (LR) hesaplandı.

**Bulgular:** Çalışmada 217 İBH hastası değerlendirildi. Daha önceden bilinen romatolojik hastalığı olan 20 hasta çalışma dışı bırakıldı. Kalan 197 hastanın 49'u (%24) DETAIL sorgusunda en az bir soruya olumlu yanıt verdi. Bu hastaların 39'u (%20) romatoloji kliniğinde değerlendirildi ve 16'sına (%8,1) SpA

(aksiyal tutulum: 9, periferik tutulum: 7) tanısı konuldu (Şekil 1). DETAIL sorgulamasındaki 6 sorudan 5'ini iki hasta, 4'ünü beş hasta, 3'ünü on bir hasta, 2'sini on hasta ve 1'ini on bir hasta 'evet' olarak yanıtladı. Altı sorudan oluşan DETAIL sorgulamasında, SpA'dan etkilenen hastaları ayırt etmede en iyi performans ikinci ve dördüncü sorulardı (sırasıyla pozitif LR 2,9 ve 1,57) (Tablo 1).

**Sonuç:** DETAIL sorgulamasında en az bir soruya 'evet' yanıtı veren İBH hastalarının %41'ine SpA tanısı konmuştur. Özellikle el ya da ayak parmağının şiş, sosis gibi görüldüğünü (ikinci soru) veya en az 3 aydır bel ağrısının olduğunu (dördüncü soru) söyleyen hastalarda, SpA tanısı konma olasılığı daha yüksek görünmektedir. Valide edilmiş çalışmanın aksine enflamatuvar bel ağrısı parametrelerini sorgulayan beşinci ve altıncı sorularda SpA tanısı alma olasılığı gözlenmedi. Sonuç olarak DETAIL anketi SpA'nın saptanması için yararlı bir tarama aracı olarak kullanılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Enflamatuvar bağırsak hastalığı, spondiloartrit, kas-iskelet semptom sorgulama, DETAIL anketi



Şekil 1. Çalışmadaki İBH hastalarının dağılım şeması

**Tablo 1.** Çalışmamızdaki DETAIL sorgulamasının sensitivite, spesifite, Likelihood oranı, pozitif ve negatif prediktif değerlerinin valide edilmiş çalışma ile karşılaştırılması

Sorular	Sensitivite (%)		Spesifite (%)		Pozitif prediktif değer (%)		Negatif prediktif değer (%)		Pozitif Likelihood oranı		Negatif Likelihood oranı	
	Çalışmamız	Diğer çalışma	Çalışmamız	Diğer çalışma	Çalışmamız	Diğer çalışma	Çalışmamız	Diğer çalışma	Çalışmamız	Diğer çalışma	Çalışmamız	Diğer çalışma
1. Hiç el ya da ayak parmak ekleminizde ve/veya herhangi bir ekleminizde başka bilinen bir neden olmadan ağrı ve şişlik oldu mu?	68,8	69,6	34,8	67,7	42,3	41	61,5	87,3	1,05	2,16	0,9	0,45
2. El ya da ayak parmağınız şiş, sosis gibi göründü mü?	12,5	27,4	95,7	89,2	66,7	45,1	61,1	79,2	2,9	2,55	0,91	0,81
3. Topuklarınızda ağrı oldu mu?	43,6	45,1	56,5	86,3	41,2	51,6	59,1	82,9	1,01	3,3	0,99	0,64
4. Hiç travma olmaksızın en az 3 ay süren bel ağrınız oldu mu?	75	77,4	52,2	73,4	52,2	48,4	75	90,9	1,57	2,9	0,48	0,31
5. Sabah ve/veya dinlendikten sonra egzersiz ile düzelen bel ağrınız var mı?	43,6	82,3	56,5	67,7	41,2	45,1	59,1	92,2	1,01	2,5	0,99	0,26
6. Bel ağrısı nedeniyle geceleri uyanıyor musunuz?	18,8	54,9	78,3	85,4	37,5	54,9	58,1	85,4	0,87	3,7	1,04	0,53

## SS-02

### Ankilozan spondilit hastalarında secukinumab ilaçta kalımı: HÜR-BİO gerçek yaşam verileri

Berkan Armağan<sup>1</sup>, Levent Kılıç<sup>2</sup>, Bayram Farisoğulları<sup>2</sup>, Gözde Kübra Yardımcı<sup>2</sup>, Emre Bilgin<sup>2</sup>, Ertuğrul Çağrı Bölek<sup>2</sup>, Ömer Karadağ<sup>2</sup>, Şule Apraş Bilgen<sup>2</sup>, Sedat Kiraz<sup>2</sup>, İhsan Ertenli<sup>2</sup>, Umur Kalyoncu<sup>2</sup>

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

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

**Amaç:** Ankilozan spondilit (AS) hastalarında tümör nekroz faktör inhibitörlerinin (TNFi) ilaçta kalımı birçok çalışmada araştırılmış olmasına rağmen secukinumabın ile ilgili çalışma nispeten azdır. Gerçek yaşam verilerine dayanan bu çalışmamızda AS hastalarında secukinumab ilaçta kalımı ve bunu etkileyebilecek prediktif faktörleri, kesilme nedenleri ve advers olayları değerlendirmeyi amaçladık.

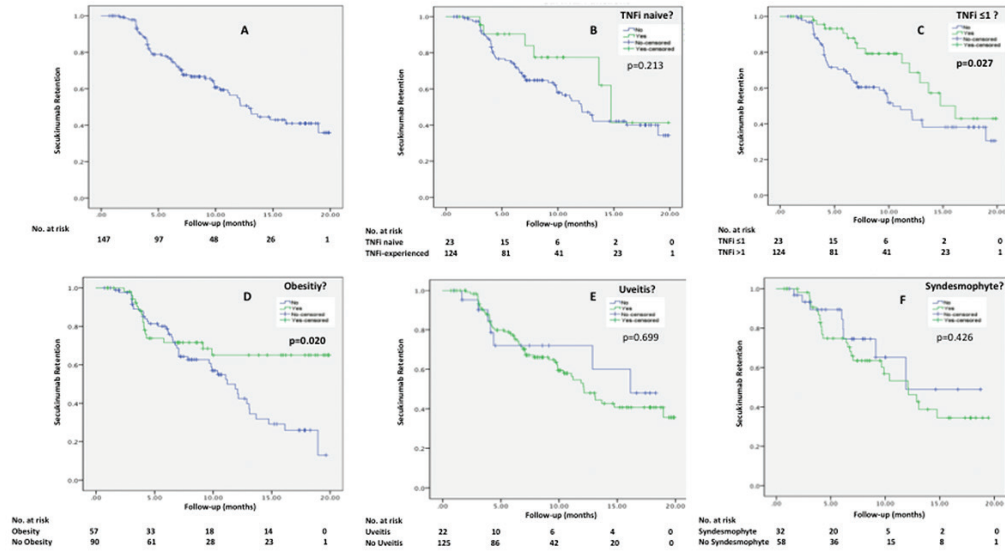
**Yöntem:** Secukinumab Türkiye’de Mayıs 2018’de onaylanmış ve Ocak 2020’ye kadar HÜR-BİO veri tabanında kayıtlı, AS tanısı nedeniyle en az bir kür tedavi alan 147 hastayı değerlendirdik. Demografik ve klinik veriler tıbbi kayıtların gözden geçirilmesi, poliklinik görüşmesi ve fiziki muayene yoluyla elde edildi. İlaçta

kalım oranları Kaplan-Meier, prediktif faktörler ise lojistik regresyon analizi ile belirlendi. İlaç kesilme nedenleri ve advers olaylar da değerlendirildi.

**Bulgular:** AS hastalarının demografik, klinik özellikleri ile tedavilerinin TNFi kullanımına göre karşılaştırılması Tablo 1’de gösterilmiştir. Secukinumabın genel ilaçta kalımı 12. ayda %55 idi ve ayrıca TNFi kullanımı, obezite, üveit ve sindesmotitlerin varlığında ilaçta kalım grafikleri Şekil 1’de gösterilmiştir.  $\leq 1$  TNFi tedavisi almış ve obezitesi olan hastaların ilaçta kalım oranları olmayanlara göre daha yüksekti (%68 vs. %46,  $p=0,027$  ve %65 vs. %45,  $p=0,020$ , sırasıyla). İlaçta kalımın prediktif faktörlerinin univariate ve multivariate değerlendirmesi Tablo 2’de gösterilmiştir. Secukinumab tedavi kesilmesinin en sık nedeni %46 ile ilaç etkisizliğiydi. Hepatit B veya tüberküloz reaktivasyonu ise hiçbir hastada gözlenmedi.

**Sonuç:** Gerçek yaşam verilerimize göre AS hastalarında secukinumab ilaçta kalımı iyi ve güvenilir olan bir biyolojik ajandır. Obez olan ve daha önce birden fazla TNFi kullanımı olmayan AS hastalarında secukinumab ilaçta kalımı istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti. Kişiselleştirilmiş bir tedavi stratejisi için obezitesi olan AS hastalarında bulgularımız dikkate alınabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Ankilozan spondilit, ilaçta kalım, secukinumab, obezite



**Şekil 1.** Secukinumab ilaçta kalım Kaplan-Meier grafikleri. A: Secukinumab genel; B: TNFi-naif vs. TNFi-deneyimli; C:  $\leq 1$  TNFi vs.  $> 1$  TNFi; D: Obez vs. Non-obez; E: Üveit vs. non-üveit; F: Sindesmofitvar vs. sindesmofit yok

**Tablo 1.** Ankilozan spondilit hastalarında TNFi kullanımına göre demografik, klinik ve tedavi ilişkili özelliklerin karşılaştırılması

	Toplam n=147	TNFi-naif n=23	TNFi-IR n=124	p*	$\leq 1$ TNFi n=50	$> 1$ TNFi n=97	p**
Yaş, yıl, ortalama (SD)	44,0 (9,9)	45,5 (11,2)	43,7 (9,7)	0,431	44,0 (9,8)	44,0 (10,1)	0,726
Kadın, n (%)	83 (56)	7 (31)	76 (61)	0,006	22 (44)	61 (63)	0,029
Hastalık süresi, aylar, medyan (IQR)	108 (48-156)	72 (12-132)	120 (60-156)	0,028	84 (36-144)	120 (60-156)	0,034
Hastalık süresi $\geq 5$ yıl, n (%)	102 (69)	12 (52)	90 (73)	0,051	30 (60)	72 (74)	0,076
VKİ (kg/m <sup>2</sup> ), ortalama (SD)	28,6 (5,4)	28,7 (4,7)	28,6 (5,4)	0,946	27,9 (4,9)	29,0 (5,5)	0,333
Obezite, n (%)	56 (39)	8 (35)	48 (39)	0,680	17 (34)	39 (41)	0,407
Hipertansiyon, n (%)	31 (21)	7 (31)	24 (20)	0,232	10 (20)	21 (22)	0,816
Diabetes mellitus, n (%)	16 (11)	0	16 (13)	0,068	0	16 (17)	0,001
Sigara içme öyküsü, n (%)	85 (58)	14 (61)	71 (57)	0,747	31 (62)	54 (56)	0,462
Klinik özellikler ve laboratuvar							
Sindesmofit, n (%)	32/90 (36)	8 (67)	24 (31)	0,023	16 (59)	16 (25)	0,002
Bambu omurga görünümü, n (%)	15/90 (17)	6 (50)	9 (12)	0,001	8 (30)	7 (11)	0,031
Üveit öyküsü, n (%)	12 (15)	5 (22)	17 (14)	0,321	12 (24)	10 (10)	0,027
Psoriasis, n (%)	3 (2)	0	3 (2)	1	0	3 (3)	0,209
HLA-B27 pozitifliği, n (%)	32/99 (32)	4 (27)	28 (33)	0,611	8 (25)	24 (36)	0,282
BASDAI, medyan (IQR)	59 (46-71)	54 (43-75)	60 (46-71)	0,645	55 (39-71)	60 (48-71)	0,201
BASFI, medyan (IQR)	51 (34-67)	53 (24-62)	51 (34-69)	0,547	46 (27-61)	56 (37-70)	0,066
Ağrı VAS, medyan (IQR)	70 (60-90)	70 (56-90)	70 (60-85)	0,931	70 (50-90)	70 (60-83)	0,663
Bel ağrısı (BASDAI 2), medyan (IQR)	60 (40-80)	55 (40-80)	60 (40-80)	0,989	50 (23-80)	70 (40-80)	0,096
Sabah tutukluğu (BASDAI 6), medyan (IQR)	50 (20-75)	50 (24-55)	50 (20-75)	0,963	40 (16-50)	50 (25-80)	0,090
ESR, mm/st, medyan (min-maks)	20 (9-44)	21 (9-31)	20 (9-45)	0,964	22 (10-45)	20 (9-44)	0,451
CRP, mg/dL, medyan (min-maks)	0,8 (0,4-2,2)	0,7 (0,5-2,4)	0,9 (0,4-2,2)	0,625	1,3 (0,5-2,2)	0,7 (0,3-2,2)	0,214
Tedaviye bağlı özellikler							
Secukinumab kesilmesi, n (%)	61 (42)	6 (26)	55 (44)	0,102	14 (28)	47 (49)	0,017
Secukinumabın kesilmesinin nedenleri							
- Etkisizlik, n (%)	28 (46)	1 (17)	27 (49)	0,101	6 (43)	22 (47)	0,754
- Advers olay, n (%)	7 (12)	-	7 (13)		1 (7)	6 (13)	
- Diğerleri, n (%)	26 (43)	5 (83)	21 (38)		7 (50)	19 (40)	

\*TNFi-naif ve TNFi-IR gruplarının karşılaştırması. \*\* $\leq 1$  TNFi ve  $> 1$  TNFi gruplarının karşılaştırması.

VKİ: Vücut kitle indeksi, TNFi-IR; TNFi Deneyimli

**Tablo 2.** İlaçta kalımın prediktif faktörlerinin univariate ve multivariate analizi

Değişkenler	Enter yöntemi			Backward: LR yöntemi		
	HR	%95 GA	p	HR	%95 GA	p
Demografik						
Yaş (yıl)	0,63	0,96-1,35	0,628			
Kadın	0,77	0,44-1,02	0,377			
Hastalık süresi ≥5 yıl	0,89	0,49-1,60	0,630			
Sigara içmemek	0,62	0,36 -1,06	0,083	0,63	0,37-1,07	0,090
Ailede SpA öyküsü	0,90	0,52-1,55	0,726			
Klinik özellikler						
Obezite	0,50	0,25-0,99	0,047	0,45	1,09-3,62	0,008
Tedaviler						
TNFi-IR (vs. naïf)	0,98	0,33-2,93	0,980			
TNFi >1 (vs. ≤1 TNFi)	2,14	1,02-4,59	0,049	1,99	1,09-3,62	0,024

### SS-03

#### Aksiyal spondiloartritli hastalarda servikal stabilizasyon egzersizlerinin servikal pozisyon hatasına etkisinin incelenmesi: Randomize kontrollü çalışma

Hande Ece Öz<sup>1</sup>, Gözde Duran<sup>2</sup>, Deniz Bayraktar<sup>3</sup>, Mete Kara<sup>1</sup>, Dilek Solmaz<sup>1</sup>, Servet Akar<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir

<sup>3</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İzmir

**Amaç:** Vücut bölümlerinin uzaydaki konumlarının bilinmesini ifade eden propriyosepsiyon hissi hareketlerin optimal olarak gerçekleşmesi, vücut algısının oluşturularak yaralanmaların önlenmesi ve dengenin sağlanması açısından oldukça önemlidir. Aksiyal spondiloartritli (axSpA) hastalarda servikal pozisyon hatasının sağlıklı kontrollere göre daha fazla olduğunu, diğer bir deyişle servikal propriyosepsiyon hissini axSpA'lı hastalarda azaldığını daha önce göstermiştik. Bununla birlikte, servikal propriyosepsiyonu geliştirme açısından servikal stabilizasyon egzersizlerinin etkinliği farklı popülasyonlarda gösterilmiştir. Bu

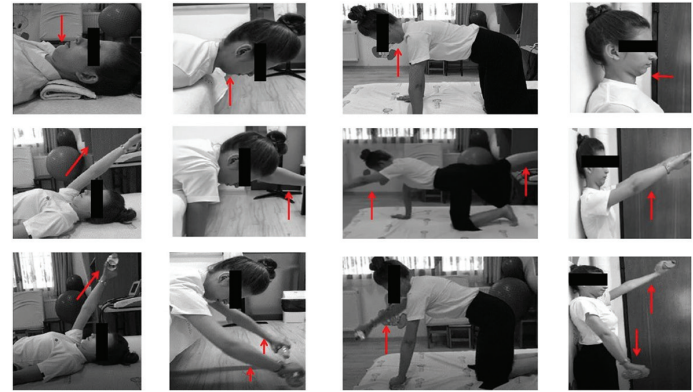
araştırmanın amacı, axSpA'lı hastalarda servikal stabilizasyon egzersizlerinin servikal pozisyon hatasına etkisini incelemektir.

**Yöntem:** ASAS axSpA sınıflama kriterlerine göre axSpA olarak sınıflanan 39 hasta egzersiz [n=20, 11 erkek (%55)] ve kontrol grubu [n=19, 12 erkek (%63)] olmak üzere rastgele iki gruba ayrıldı. Tüm hastalar fiziksel özellikler, hastalık aktivitesi (Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi), fonksiyonel durum (Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi) ve spinal hareketlilik (Bath Ankilozan Spondilit Metroloji İndeksi) açısından değerlendirildi. Servikal pozisyon hatası; fleksiyon, ekstansiyon, rotasyon ve lateral fleksiyon yönlerinde değerlendirildi. Tüm değerlendirmeler başlangıçta ve altı hafta sonra (tedavi bitiminde) yapıldı. Egzersiz grubu altı haftalık ilerleyici ev temelli servikal stabilizasyon egzersiz programı (Resim 1) uygularken, kontrol grubuna herhangi bir egzersiz müdahalesi uygulanmadı. Egzersize uyumu ve ilerlemeyi kontrol etmek için ücretsiz bir yazılım ve platformlar arası mesajlaşma servisi aracılığıyla metin mesajları ve video talimatları haftalık olarak hastalara iletildi.

**Bulgular:** Başlangıçta, egzersiz ve kontrol gruplarının demografik, fiziksel ve hastalıkla ilgili özellikleri gruplar arasında benzerdi (p>0,05, Tablo 1). Altı hafta sonra, egzersiz grubunda tüm yönlerde servikal pozisyon hatasında istatistiksel anlamlı iyileşmeler gözlenirken (p<0,05, Tablo 2), kontrol grubunda herhangi bir iyileşme olmadı (p>0,05, Tablo 2).

**Sonuç:** Altı haftalık ev tabanlı servikal stabilizasyon egzersiz programı, axSpA'lı hastalarda bozulmuş servikal propriyosepsiyon duyusunu iyileştirme açısından yararlıdır. Böylece azalmış propriyosepsiyon ile ilişkili denge kaybını tersine çevirme veya hareketlerin kalitesini artırma sağlanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Spondiloartrit, egzersiz, propriyosepsiyon



**Resim 1.** Servikal stabilizasyon egzersiz örnekleri

**Tablo 1.** Başlangıçta grupların karşılaştırılması

	Egzersiz grubu (n=20) Medyan (IQR 25/75)	Kontrol grubu (n=19) Medyan (IQR 25/75)	p
Yaş (yıl)	40,5 (36,0/52,5)	44,0 (39,0/49,5)	0,496*
Boy (cm)	168,5 (160,0/176,5)	175,0 (168,5/178,5)	0,214*
Vücut ağırlığı (kg)	78,5 (67,0/91,5)	84,0 (70,0/90,0)	0,687*
Vücut kitle indeksi (kg/m <sup>2</sup> )	27,5 (24,5/30,2)	26,8 (23,6/29,3)	0,569*
Erkek cinsiyet (n, %)	11 (%55)	12 (%63)	0,605**
Hastalıkla ilgili özellikler			
Semptomların başlangıcından itibaren geçen süre (yıl)	14,5 (9,0/20,0)	11 (7,0/14,0)	0,403*
Tanıdan itibaren geçen süre (yıl)	9,0 (4,0/11,5)	6,0 (3,0/7,0)	0,113*
BASDAI (skor)	2,0 (1,0/3,3)	1,8 (1,3/2,5)	0,687*
BASMI Tragus-Duvar mesafesi (skor)	2,0 (1,0/3,2)	2,0 (1,0/3,2)	0,945*
BASMI servikal rotasyon (skor)	2,0 (1,6/3,1)	2,0 (1,4/3,2)	0,708*
BASMI toplamı (puan)	2,9 (1,7/4,1)	2,3 (1,8/3,1)	0,127*
BASFI (skor)	1,8 (0,6/2,9)	1,2 (1,0/2,2)	0,496*
Servikal propriyosepsiyon hatası			
Fleksiyon (o)	4,9 (2,2/7,0)	6,3 (3,5/7,3)	0,444*
Ekstansiyon (o)	4,5 (3,3/6,4)	5,5 (4,5/7,3)	0,247*
Sağa rotasyon (o)	5,2 (3,0/8,9)	6,4 (4,3/9,0)	0,513*
Sola rotasyon (o)	4,3 (2,5/5,0)	5,4 (3,5/7,9)	0,084*
Sağ lateral fleksiyon (o)	4,9 (3,3/6,8)	5,9 (3,6/8,4)	0,531*
Sol lateral fleksiyon (o)	4,3 (2,1/6,7)	3,8 (2,4/5,6)	0,857*

\*Mann-Whitney U testi, \*\*Ki-kare testi.

IQR 25/75: Ceyrekler arası aralık 25/75, BASDAI: Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi, BASMI: Bath Ankilozan Spondilit Metroloji İndeksi, BASFI: Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi, o: derece, p<0,05

**Tablo 2.** Grup içi servikal eklem pozisyon hatalarındaki değişiklikler

	Tedavi öncesi Medyan (IQR 25/75)	Tedavi sonrası Medyan (IQR 25/75)	p*
Egzersiz grubu (n=20)			
Fleksiyon (o)	4,9 (2,2/7,0)	2,8 (1,7/3,8)	0,033*
Ekstansiyon (o)	4,5 (3,3/6,4)	3,1 (1,8/4,8)	0,040*
Sağa rotasyon (o)	5,2 (3,0/8,9)	3,7 (1,9/4,7)	0,006*
Sola rotasyon (o)	4,3 (2,5/5,0)	2,8 (2,2/3,3)	0,017*
Sağ lateral fleksiyon (o)	4,9 (3,3/6,8)	2,3 (1,8/3,7)	0,009*
Sol lateral fleksiyon (o)	4,3 (2,1/6,7)	2,0 (1,5/3,4)	0,010*
Kontrol grubu (n=19)			
Fleksiyon (o)	6,3 (3,5/7,3)	5,2 (3,8/7,0)	0,856
Ekstansiyon (o)	5,5 (4,5/7,3)	4,1 (3,3/8,2)	0,809
Sağa rotasyon (o)	6,4 (4,3/9,0)	5,5 (3,0/8,5)	0,472
Sola rotasyon (o)	5,4 (3,5/7,9)	5,0 (3,5/7,2)	0,778
Sağ lateral fleksiyon (o)	5,9 (3,6/8,4)	4,3 (2,7/7,7)	0,717
Sol lateral fleksiyon (o)	3,8 (2,4/5,6)	4,9 (2,9/5,7)	0,904

\*Wilcoxon işaretli sıralar testi.

IQR 25/75: Ceyrekler arası aralık 25/75, o: derece

**SS-04****Aksiyal spondiloartritli hastalarda tümör nekroz faktör inhibitörlerine karşı anti-ilaç antikor gelişimi ile ilişkili faktörler: İki yıllık takip çalışması**

Elif Durak Ediboğlu<sup>1</sup>, Dilek Solmaz<sup>1</sup>, Gökhan Kabadayı<sup>1</sup>, Mustafa Özmen<sup>1</sup>, Kübra Kaya<sup>2</sup>, Muhammet Çınar<sup>3</sup>, Gökhan Sargın<sup>4</sup>, Gülen Hatemi<sup>5</sup>, Ömer Karadağ<sup>6</sup>, Gülay Kınıklı<sup>7</sup>, Önay Gerçik<sup>8</sup>, Umut Kalyoncu<sup>6</sup>, Sedat Yılmaz<sup>3</sup>, Taşkın Şentürk<sup>4</sup>, Gökhan Keser<sup>9</sup>, Fiğen Yargucu<sup>9</sup>, Ayşe Cefle<sup>10</sup>, Didem Kozacı<sup>2</sup>, Bünyamin Kısacık<sup>11</sup>, Servet Akar<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gühane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

<sup>4</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın

<sup>5</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>6</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

<sup>7</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

<sup>8</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İzmir

<sup>9</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

<sup>10</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

<sup>11</sup>Gaziantep Medikal Park Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Gaziantep

**Amaç:** Aksiyel spondiloartrit (AxSpA) sakroiliak eklemler ve omurganın yanı sıra periferik eklemleri ve entezis bölgelerini etkileyen kronik enflamatuvar bir hastalıktır. Tümör nekroz faktör inhibitörleri (TNFi), yüksek hastalık aktivitesine sahip hastalarda yaygın olarak kullanılmaktadır. Bazı hastalar tedavi başlangıcında yanıtız iken bir grup hastada tedavi sürecinde ilaç yanıtını kaybedebilir. Anti-ilaç antikorları (ADA) ilaca yanıtızlık ya da etki kaybında rol oynayabilir. Bu çalışmanın amacı axSpA hastalarında iki yıllık takip boyunca TNFi bağlı ADA gelişimini ve bununla ilişkili faktörleri ortaya koymaktır.

**Yöntem:** Bu gözlemsel çok merkezli çalışmaya son iki hafta içinde yeni bir TNFi reçetesi olan ASAS sınıflama kriterlerine göre axSpA tanısı alan 180 [116 erkek, ortanca yaş (IQR) 44,5 (14,5) yıl] hasta dahil edildi. Klinik değerlendirmeler ve serum örnekleri başlangıçta ve 12 haftada bir kaydedildi. Serum ilaç düzeyleri ve ADA'lar tek bir merkezde ELISA yöntemi ile ölçüldü. ADA'nın zaman içinde gelişimi normal dağılıma uymayan verilerinde longitudinal değerlendirmesine izin veren bir analizi yöntemi (GEE) ile değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmadaki hastaların kullandıkları TNFi'leri etanercept (%32,2), adalimumab (%27,2), infliksimab (%20) ve golimumab (%20,6) idi. 172 hastanın 12. haftada, 121 hastanın 52. haftada, 73 hastanın 104. haftada serum örnekleri mevcuttu. BASDAI, ASDAS-CRP ve CRP düzeyleri başlangıç (0.hafta)

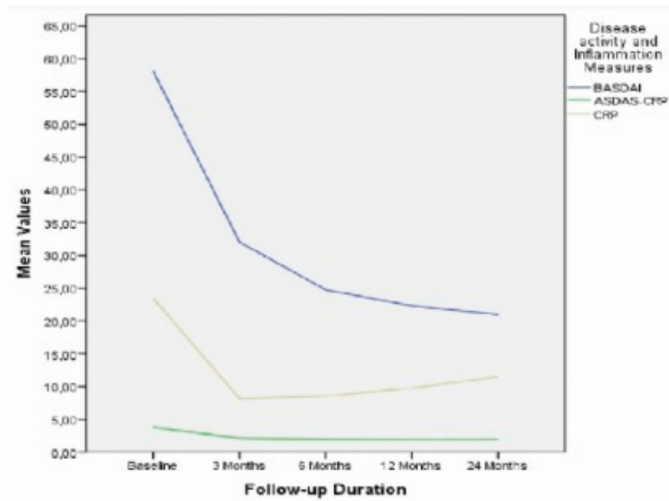
değerlerine göre üçüncü aydan itibaren anlamlı şekilde azaldı (Şekil 1). Longitudinal analizde; hastanın yaşı ve TNFi tipinin yanı sıra BASDAI, ASDAS, serum CRP düzeyleri ve yan etki gelişmesi ve ilacın kesilmesinin ADA gelişimi ile ilişkili olduğu bulundu. ADA'nın gelişimi ile bağımsız ilişki(ler)yi belirlemek için iki longitudinal çok değişkenli model oluşturuldu; bir aktivite ölçüsü olarak (a) ASDAS ile, (b) BASDAI ve CRP seviyeleri ile ve tüm değişkenlerin bağımsız olarak ADA'nın longitudinal gelişimi ile ilişkili olduğu görüldü (Tablo 1). Adalimumab antikorları, daha düşük serum ilaç seviyeleri ile ilişkiliydi.

**Sonuç:** Bu iki yıllık takip çalışmasının sonuçları TNFi tedavisine karşı ADA gelişiminin, axSpA'lı hastalarda yüksek hastalık aktivitesi, advers olayların gelişimi ve tedavinin kesilmesi ile ilişkili olduğunu ortaya koydu.

**Anahtar Kelimeler:** Aksiyal spondiloartrit, tümör nekroz faktör inhibitör, anti-ilac antikor

**Tablo 1.** ADA gelişimi ile ilişkili faktörler

	Model 1			Model 2		
	B	95% CI	P	B	95% CI	P
Yaş (yıl)	-0.061	-0.109; -0.012	<b>0.015</b>	-0.058	-0.107; -0.010	<b>0.018</b>
TNFi Tedavisi						
ETN	-1.981	-4.369; -0.134	<b>0.104</b>	-2.475	-4.791; -0.076	<b>0.036</b>
ADA	1.438	-0.002; 0.407	<b>0.073</b>	1.275	-0.119; -0.160	<b>0.064</b>
INF	1.550	3.010; 3.102	<b>0.050</b>	1.255	2.666; 2.629	<b>0.073</b>
GOL	0*			0*		
Adevers olay, (yok)	-0.824	-1.451; -0.198	<b>0.010</b>	-0.835	-1.461; -0.208	<b>0.009</b>
TNFi tedavi kesilmesi	1.289	0.043; 2.534	<b>0.043</b>	1.248	-0.075; 2.571	<b>0.065</b>
BASDAI	0.035	0.015; 0.055	<b>0.001</b>			
CRP	0.020	-0.035; 0.005	<b>0.008</b>			
ASDAS-CRP				0.852	0.466; 1.238	<b>0.000</b>



**Şekil 1.**

## SS-05

### Biyolojik tedavi alan psöriyatik artrit hastalarında enflamatuvar bağırsak hastalığı birlikteliği: HÜR-BİO gerçek yaşam verisi

Gözde Kübra Yardımcı, Bayram Farisoğulları, Ertuğrul Çağrı Bölek, Emre Bilgin, Emine Duran, Gizem Ayan, Zehra Özsoy, Gül Sandal Uzun, Levent Kılıç, Ali Akdoğan, Ömer Karadağ, Şule Apraş Bilgen, Ali İhsan Ertenli, Sedat Kiraz, Umut Kalyoncu

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

**Amaç:** Spondiloartrit hastalarında eklem dışında üç önemli tutulum mevcuttur: Psoriasis, üveit ve enflamatuvar bağırsak hastalığı (İBH). Psöriyatik artrit hastalarında da İBH görülebilmektedir ve İBH'sı olan PsA hastalarının klinik özellikleri henüz kapsamlı olarak değerlendirilmemiştir. Bu çalışmada bDMARD alan bir PsA kohortunda PsA hastalarına eşlik eden İBH sıklığını ve bu hastaların klinik özelliklerini belirlemeyi amaçladık.

**Yöntem:** Hacettepe Üniversitesi Biyolojik Ajan Veri Tabanı (HUR-BIO) 2005 yılından bugüne 469 PsA hastasının kaydedilmiş olduğu prospektif ve tek merkezli kayıt kütüğüdür. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, laboratuvar bulguları, hastalık aktivite parametreleri HÜR-BİO veri tabanından alındı. İBH tanısı kolonoskopik bulgular ve uyumlu patoloji bulguları ile konuldu.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 469 PsA (%70 kadın) hastasının ortalama ( $\pm$ SS) yaşı  $47,7 \pm 12,7$  yıl, medyan (ÇAA) hastalık süresi 7 (3-11) yıldır. Üç hastada ülseratif kolit (ÜK) ve 7 hastada Crohn hastalığı (CH) olmak üzere 469 hastanın 10'unda (%2,1) İBH saptandı (Tablo 1). PsA ve İBH birlikteliği olan hastaların ( $\pm$ SS) ortalama yaşı  $53,3 \pm 10,1$  ve ortalama hastalık süresi  $9,2 \pm 6,1$  yıldır. PsA ve İBH birlikteliği olan 10 hastanın 6'sı PsA tanısından önce İBH tanısı almıştı, 4 hastada ise PsA tanısı önce konulmuştu. Hastalar ortalama  $3,7 \pm 2,8$  yıl takip edilmişti ve 4 hastada çoğunlukla primer yanıtızsızlık nedeniyle bDMARD değişimi yapılmıştı. PsA ve İBH birlikteliği olan 2 hastanın bDMARD tedavisi izlemde kesilmişti (1 hastada fistülizan CH ve 1 hastada ilaç ilişkili SLE nedeniyle). Son vizitte DAPSA skoruna göre hastaların %44'ü düşük hastalık aktivitesine, %56'sı orta hastalık aktivitesine sahipti. PsA ve İBH birlikteliği olan hastalarda sakroiliit (%70) ve ciddi kalça tutulumu (%20) sıklığı.

**Sonuç:** Yapılan geniş çalışmalarda PsA hastalarında İBH sıklığı %3,3 civarında bildirilmiştir. Tek merkezli çalışmamızda PsA hastalarının %2,1'inde İBH birlikteliği mevcuttu ve bu oran literatürle benzerdi. PsA hastalarında İBH birlikteliği özellikle anti IL-17 gibi tedavilerin planlamasında önemli bir faktör olup, klinisyenler bu birlikteliğin farkında olmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Psöriyatik artrit, enflamatuvar bağırsak hastalığı, komorbidite

**Tablo 1.** Psöriyatik artrit ve enflamatuvar bağırsak hastalığı birlikteliği olan hastaların özellikleri

Yaş (yıl) / cinsiyet	Hastalık süresi (yıl)	İBH alt tipi	Sakroiliit	Son vizitteki tedavi
61/E	16	Crohn hastalığı	(+)	Azatioprin, kortikosteroid
50/E	5	Ülseratif kolit	(+), kalça	Adalimumab, kortikosteroid
59/K	3	Ülseratif kolit	(+)	Sertolizumab, metotreksat
40/K	10	Ülseratif kolit	Yok	Adalimumab, metotreksat
71/E	19	Ülseratif kolit	Yok	İnfliksımab
62/E	13	Crohn hastalığı	(+), kalça	Azatioprin, sülfasalazin, kortikosteroid
50/K	1	Ülseratif kolit	Yok	Adalimumab, kortikosteroid
59/E	12	Crohn hastalığı	(+)	Sekükinumab, flurbiprofen
45/K	9	Ülseratif kolit	(+)	Adalimumab, metotreksat, kortikosteroid
36/K	5	Ülseratif kolit	(+)	İnfliksımab, metotreksat, kortikosteroid

## SS-06

### Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA) hastaları ile AAA+Aksiyel spondiloartrit birlikteliği olan hastaların klinik ve demografik özelliklerinin karşılaştırılması

Murat Kiracı<sup>1</sup>, Emre Bilgin<sup>2</sup>, Emine Duran<sup>2</sup>, Bayram Farisoğulları<sup>2</sup>, Ertuğrul Çağrı Bölek<sup>2</sup>, Gözde Kübra Yardımcı<sup>2</sup>, Zehra Özsoy<sup>2</sup>, Güllü Sandal Uzun<sup>2</sup>, Banu Balcı Peynircioğlu<sup>3</sup>, Ömer Karadağ<sup>2</sup>, Ali Akdoğan<sup>2</sup>, Şule Apraş Bilgen<sup>2</sup>, Sedat Kiraz<sup>2</sup>, Ali İhsan Ertenli<sup>2</sup>, Umut Kalyoncu<sup>2</sup>, Levent Kılıç<sup>2</sup>

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

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

<sup>3</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA) tekrarlayan ateş ve serozit ataklarıyla seyreden, otozomal resesif kalıtılan, otoenflamatuvar bir hastalıktır. Yetişkinlerde AAA ve aksiyel spondiloartrit (axSpA) birlikte görülme sıklığı %0,5-7,5 arasındadır. AAA'nın SpA için tetikleyici bir faktör veya sakroiliitin AAA'nın bir özelliği olup olmadığı tartışma konusudur. Çalışmanın amacı; AAA+axSpA birlikteliği olan hastalar ile AAA olan hastaların demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılmasıdır.

**Yöntem:** Hacettepe Hastanesi veritabanında ICD-10 (E85.0) koduna göre 9630 AAA hastası tespit edildi. Bu hastaların 241'ine ICD-10 (M45) koduna göre birlikte axSpA tanısı girilmişti. AAA tanısı Tel-Hashomer kriterleri ile; axSpA tanısı Modifiye New York (mNY) kriterlerine göre sakroiliak radyografide sakroiliit varlığı ile veya ASAS kriterlerine göre MR görüntülemeye aktif

sakroiliit varlığı ile doğrulandı. Bu kriterlere göre 136 hastanın AAA+axSpA olduğu doğrulandı ve çalışmaya dahil edildi. Kontrol grubu olarak FiCA veritabanına kaydedilen, merkezimizde takipli, axSpA tanısı olmayan 231 AAA hastası analize dahil edildi. Her iki gruptaki hastaların demografik ve klinik özellikleri karşılaştırıldı. P<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Bulgular: AAA+axSpA grubuna 136, AAA grubuna 231 hasta dahil edildi. AAA+axSpA grubunda 114 (%83,8) hastada mNY kriterlerine göre radyografik sakroiliit vardı; servikal mSASSS medyan 0 (min-maks, 0-36), lomber mSASSS medyan 4'tü (min maks, 0-36), 33 (%27) hastada sindesmofit vardı. Yirmi altı (%19,1) hastada radyolojik olarak gösterilmiş enflamatuvar kalça hastalığı saptandı ve bu hastaların 12'sine (%8,8) total kalça replasmanı yapılmıştı. AAA hastalarında AAA semptom başlangıç ve tanı yaşı daha erkendi; ancak AAA+axSpA grubunda semptom ve hastalık süreleri daha uzundu (Tablo 1). AAA hastalarında plörit sıklığının AAA+axSpA grubuna göre daha yüksek olması dışında (p=0,003), AAA semptom ve bulgu sıklığı her iki grupta benzerdi. Amiloidoz AAA+axSpA grubunda daha sıkı (%6,6 vs. %1,7; p=0,014). İki yüz yetmiş üç hastanın *MEFV* gen analiz sonuçları mevcuttu. AAA+axSpA grubunda homozigot M694V mutasyonu daha sıkı (%39,8 vs. %28,9; p=0,02).%28,9; p=0,02).

**Sonuç:** AAA+axSpA birlikteliği artmış amiloidoz riski ile ilişkili görünmektedir. İkinci bir hastalığın enflamatuvar yükü ve homozigot M694V mutasyonunun artmış prevalansı bu riski açıklayabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Ailesel Akdeniz Ateşi, aksiyel spondiloartrit, amiloidoz

**Tablo 1.** AAA hastaları ile AAA+axSpA birlikteliği olan hastaların demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması

Demografik ve klinik bulgular	AAA+axSpA (n=136)	AAA (n=231)	p değeri
Cinsiyet (kadın), n (%)	73 (53,7)	156 (67,5)	0,05
AAA semptom başlangıç yaşı [yıl, medyan (25-75)]	12 (5-20)	10 (6-18)	0,046
Semptom süresi [yıl, medyan (25-75)]	24 (18-32)	20 (14-29)	0,007
AAA tanı yaşı [yıl, medyan (25-75)]	24 (13-33)	20 (11-30)	0,10
Hastalık süresi [yıl, medyan (25-75)]	16 (10-22)	13 (7-17)	<0,001
AAA semptom ve bulgular, n (%)			
Ateş	128 (94,1)	204 (88,3)	0,067
Karın ağrısı	123 (90,4)	217 (93,9)	0,21
Plörit	31 (22,8)	87 (37,7)	0,003
Perikardit	3 (2,2)	2 (1,0)	0,34
Artrit	64 (47,1)	92 (39,8)	0,17
Erizipel benzeri eritem	24 (17,6)	38 (16,5)	0,77
Enflamatuvar bel ağrısı, n (%)	92 (67,6)	26 (11,3)	<0,001
Enflamatuvar bağırsak hastalığı, n (%)	6 (4,4)	4 (1,7)	0,12
AAA aile öyküsü, n (%)			
Birinci veya ikinci derece akrabada	66 (48,5)	137 (59,8)	0,04
Birinci derece akrabada	48 (35,8)	97 (42,0)	0,24
İkinci derece akrabada	25 (18,7)	86 (37,2)	<0,001
Son 1 yıl içinde atak sayısı, medyan (min-maks)	1 (0-12)	1 (0-10)	0,13
Amiloidoz, n (%)	9 (6,6)	4 (1,7)	0,014
M694V mutasyonu (n=273)			
Pozitif (1 veya 2 allel)	91 (80,5)	120 (75,0)	0,28
Homozigot	45 (39,8)	43 (28,9)	0,02

## SS-07

### İmmünoşüpresif tedavi kullanan hastalarda COVID-19 aşısına karşı gelişen antikor düzeyi yanıtının, aşılardan normal popülasyonla ve enfeksiyonu geçirerek antikor yanıtı oluşturmuş hasta grubu ile karşılaştırılması

Özlem Unay Demirel<sup>1</sup>, Demet Yalçın<sup>2</sup>, Muhammed Mert Sonkaya<sup>3</sup>, Işıl Ezgi Uluşık<sup>3</sup>, Olida Çeçen<sup>3</sup>, Erkan Ceylan<sup>4</sup>, Yavuz Furuncuoğlu<sup>3</sup>, Osman Kara<sup>5</sup>, Deniz Sema Maktav Çelikmen<sup>3</sup>, Timuçin Avcı<sup>6</sup>, Fulya Coşan<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>3</sup>Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>4</sup>Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>5</sup>Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>6</sup>Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>7</sup>Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** SARS-CoV-2 enfeksiyonuna karşı aşılanma çalışmaları immünoşüpresif tedavi (İS) kullanan grupta Mart 2021'de başlamıştır. Bu çalışmada İS kullanan hastalarda COVID-19 aşısına karşı gelişen antikor düzeyi yanıtının, aşılardan sağlıklı popülasyonla ve enfeksiyonu geçirerek antikor yanıtı oluşturmuş hasta grubu ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmaya, Romatoloji polikliniğinden takip edilmekte olan ve İS tedavi alan, COVID-19 enfeksiyonu geçirmemiş, 2 doz aşı olmuş 67 hasta dahil edilmiştir. Kontrol grubu olarak İS tedavi almayan ve 2 doz aşı olmuş 129 hasta dahil edilmiştir. Enfeksiyon ile oluşan antikor yanıtını değerlendirmek amacıyla enfeksiyonu geçirmiş, henüz aşı olmamış, PCR pozitifliği üzerinden 1-3 ay geçmiş 229 hasta alınmıştır. SARS-CoV-2 anti-Spike antikor analizi Abbott-Architect-ci8200 otoanalizöründe kemilüminesan mikropartikül immünassay (CMIA) yöntemi ile yapılmıştır.

**Bulgular:** İS kullanan grup ile İS kullanmayan grup arasında aşı sonrası antikor düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,131, medyan: 543,4 ve 332,3 sırasıyla). İS kullanan aşı grubunda anti-Spike antikor düzeyleri, enfeksiyon ile bağışıklık kazanmış gruba göre yüksek bulunmuştur (p=0,000, medyan: 543,4 ve 58,8 sırasıyla). İnaktif virüs aşısı ile mRNA aşısı karşılaştırıldığında mRNA aşısı ile oluşan antikor düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (p=0,000, medyan: 312,4 ve 5751,7, sırasıyla). Romatoloji hastalarının ilaç kullanımına göre anti-Spike antikor düzeyleri değerlendirmesinde, metotreksat, leflunomid, steroid, anti-TNF, tofacitinib kullanan hastalarda kullanmayanlara göre fark saptanmamıştır. Rituksimab kullanma öyküsü olan hastalarda antikor düzeyleri anlamlı olarak düşük bulunmuştur (p=0,000, medyan: 7,1 ve 492,9, sırasıyla). Rituksimab (1-6 kür) kullanmış ve son ilaç dozu üzerinden 8-24 ay geçmiş olan hastaların tümünde antikor yanıtı yetersiz bulunmuştur.

**Sonuç:** İS kullanan romatoloji hastalarında rituksimab kullanımı dışında aşı sonrası oluşan antikor düzeyleri, İS kullanmayan grup ile benzer bulunmuştur. Aşı ile oluşan antikor düzeyleri, enfeksiyon ile oluşanlara göre yüksek bulunmuştur. mRNA aşısı ile oluşan antikor yanıtı, inaktif virüs aşısına göre anlamlı yüksek bulunmuştur. Rituksimab kullanma öyküsü olan hastalar düşük antikor yanıtı açısından değerlendirilmelidir. \*Bu araştırma Bahçeşehir Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi desteği ile yürütülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, aşı sonrası antikor yanıtı, immünoşüpresif tedavi, anti-Spike antikor, rituksimab





## Tek merkez antifosfolipid sendromu kohortunda Budd Chiari sendromlu hastaların özellikleri ve prognozu

Akın Işık<sup>1</sup>, Ömer Uludağ<sup>1</sup>, Çiğdem Çetin<sup>2</sup>, Yasemin Şahinkaya<sup>2</sup>, Ahmet Gül<sup>2</sup>, Lale Öcal<sup>2</sup>, Murat İnanç<sup>2</sup>, Bahar Artım Esen<sup>2</sup>

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

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

**Amaç:** Budd Chiari sendromu (BCS) hepatik venöz drenajının obstrüksiyonuyla ortaya çıkar. Çalışmamızda kliniğimizin APS kohortundaki BCS'li hastaların özelliklerini ve prognozunu belirlemeyi amaçladık.

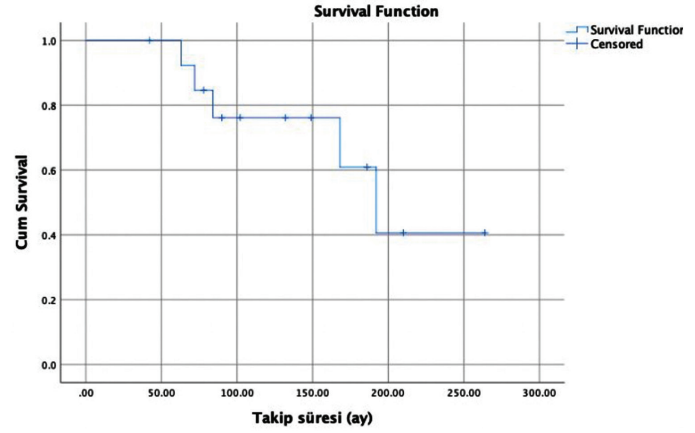
**Yöntem:** APS kohortunda BCS geliştiren hastalar belirlenerek özellikleri analiz edildi; sağkalımları belirlendi.

**Bulgular:** Demografik, klinik ve görüntüleme bulguları Tablo 1 ve 2'dedir. Kohortta (n=235) 14 BCS tespit edildi. Başvuru bulguları karın ağrısı (%71,4), asit (%42,9), karaciğer enzim yüksekliği (%21,4), karın ön duvarında kollateral (%14,3) ve sitopeniydi (%7,1). En sık etkilenen damar hepatik vendi (%85,7). Yüzde 50'sinde üçlü pozitif antifosfolipid antikor (aPLA) profili mevcuttu. Kalıtsal trombofili açısından 7 hasta taranmış, 2'si Faktör V Leiden heterozigot bulunmuştu. Kriter dışı bulgulardan en sık trombositopeni (%50), hemolitik anemi (%35,7), kalp kapak tutulumu (%28,6), böbrek tutulumu (%21,4) vardı. Bir hasta gebelikte, 2'si post-partum erken dönemde BCS geliştirmişti. En sık komplikasyon batın içi şant (%92,9) takiben asit (%50), varis (%42,9) ve hepatik ensefalopatiydi (%14,3). İmmünsüpresif (SLE+) ve antikoagülan tedavilerin yanı sıra diüretikçe refrakter asiti olan 1 hastada transjuguler intrahepatik portosistemik şant (TIPS) uygulanmış, 10 senelik takibinde herhangi bir komplikasyon gelişmemişti. BCS geliştiği sırada antikoagülan kullanan 6 hastadan 1'inin inefektif, ikisinin 2-2,5 INR'si olduğu, üçünün tedavi dozu düşük moleküler ağırlıklı heparin kullandığı saptandı. Yedi sekonder APS'nin ikisinde BCS sırasında hastalık aktivitesi mevcuttu. Kaybedilen 5 hastadan 1'inin renal biyopsi sonrası masif kanama, 4'ünün abdominal kaynaklı sepsis nedeniyle kaybedildiği belirlendi. Beş, 10 ve 20 yıllık sağkalım sırasıyla %92,

%76 ve %40 idi (Şekil 1). Tromboz riskini gösteren modifiye global antifosfolipid sendrom skoru (aGAPSS) ve APS hasar skoru (DIAPS) BCS'li hastalarda diğer venöz trombozlulara göre daha yüksekti (p<0,05).

**Sonuç:** BCS APS zemininde gelişebilir, ilk prezentasyonu olabilir ve mortalitesi yüksektir. Özellikle antikor profili yüksek riskli olan hastalarda abdominal şikayetler ve karaciğer enzim yüksekliği BCS'yi düşündürmelidir. BCS'de gelişen intraabdominal enfeksiyon önemli bir ölüm nedenidir. Etkin antikoagülasyon sağlanması ve SLE eşlik edenlerde hastalık kontrolü önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Antifosfolipid sendromu, Budd Chiari sendromu, mortalite, prognoz, sistemik lupus eritematozus



Şekil 1. BCS'li hastalarda Kaplan Meier sağkalım grafiği

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri

Cinsiyet (K) n (%)	9 (64,3)
SLE, n (%)	7 (50)
BCS tanısı sırasında yaş (yıl, ort ± SS)	31,2±12,2
Takip süresi (ay, ort ±SS)	130,8±65,5
BCS öncesi vasküler tromboz, n (%)	11 (78,6)
BCS öncesi gebelik morbiditesi, n (%)	5 (55,5)

BCS: Budd Chiari sendromu, SLE: Sistemik lupus eritematozus, SS: Standart sapma

**Tablo 2.** Klinik ve radyolojik özellikler

Hasta no	Venöz	Arteriyel	Hepatik ven	Splenik ven	Portal ven	VCI	Renal ven	SMV	Sirotik görünüm	Sol lob hipertrofisi	SM	HM	Kollateral varlığı
1	-	-	+	-	-	+	+	-	+	-	-	-	+
2	Retinal ven	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-
3	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-
4	Retinal ven	-	+	-	+	+	-	-	+	+	+	+	+
5	DVT, pulmoner emboli, popliteal ven	Intrakardiyak	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	DVT, yüzeysel femoral ven, popliteal ven	Serebrovasküler	+	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-
7	-	-	+	-	-	+	-	-	+	+	+	+	+
8	DVT, antekubital ven	Serebrovasküler	+	-	-	+	+	-	-	+	+	-	+
9	DVT, vena cephana magna, pulmoner emboli	Mikrovasküler (gut)	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+
10	-	Bilateral common iliak arter	+	-	-	+	+	-	-	-	+	+	+
11	DVT, pulmoner emboli	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-
12	-	Sağ renal arter	+	-	-	+	-	-	+	-	+	+	+
13	DVT	Serebrovasküler	+	-	+	+	-	-	+	+	+	-	+
14	DVT	-	-	+	+	+	+	+	-	-	+	-	+

DVT: Derin ven trombozu, HM: Hepatomegali, SM: Splenomegali, SMV: Superior mezenterik ven, VCI: Vena cava inferior

## SS-10

### Toraks yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografide saptanan özefageal dilatasyonun sistemik sklerozda ilişkili olduğu faktörler

Yeşim Erez<sup>1</sup>, Ali Karakaş<sup>1</sup>, Semih Güllü<sup>1</sup>, Erkan Yılmaz<sup>2</sup>, Fatoş Önen<sup>1</sup>, Merih Birlik<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, İzmir

**Amaç:** Özefageal tutulum, en sık görülen sistemik skleroz (SSk) bulgularından biridir. Yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografide (YÇBT) saptanan özefageal dilatasyonun SSk hastaları için tipik bir bulgu olduğu ve pulmoner fibrozis gibi SSk tutulumları ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bazal Toraks YÇBT’de saptanan

özefageal dilatasyonun SSk klinik bulguları ile olan ilişkisinin araştırılmasıdır.

**Yöntem:** Çalışmaya, Dokuz Eylül Üniversitesi Romatoloji Bölümü veri tabanına kayıtlı SSk hastaları alındı. Demografik verileri, klinik özellikleri ve tıbbi öyküleri retrospektif kaydedildi. Bazal toraks YÇBT görüntülemeleri Pietz ve arkadaşlarının önerileri doğrultusunda değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmaya 233 SSk hastası (kadın: 206 erkek: 27, ortalama yaş 59,9±12,7, diffüz SSk: 71) alındı. Ortanca izlem süresi 73 (1-272) ay idi. Bazal toraks YÇBT’de 60 (%25,8) hastada özefageal dilatasyon saptandı. Dilate özofagus saptanması ile cinsiyet, SSk alt tipi ve overlap sendrom arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmadı. Ayrıca artrit sıklığı, pulmoner fibrozis gelişimi, pulmoner hipertansiyon gelişimi YÇBT’de özefageal dilatasyon olan ve olmayan grup için benzer bulundu. Özefageal dilatasyon saptanan hastalarda izlemde dijital ülser ve telenjektazi gelişiminin daha fazla olduğu görüldü (Tablo 1). Modified Rodnan

Skin Score (mRSS) ile özefageal dilatasyon arasında pozitif korelasyon bulundu ( $p=0,004$ ).

**Sonuç:** Toraks YÇBT'nin özefageal dilatasyon açısından değerlendirilmesi klinik pratikte kolay ve hızlı bir yöntemdir. Bu çalışma, özefageal dilatasyon ile dijital ülser ve telenjektazi gelişimi arasında ilişki olduğu yönünde neticelenmiştir. Tanı anında YÇBT'de saptanan dilate özofagus başta dijital ülser gelişimi olmak üzere deri tutulumunun yaygınlığı açısından öngördürücü olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Dilate özofagus, YÇBT, sistemik skleroz

**Tablo 1.** Demografik ve klinik veriler ve dilate özofagus ilişkili faktörler

		Dilata özofagus var (n=60)	Dilate özofagus yok (n=173)	p
Yaş, yıl	59,9±12,7	59,9±12,2	60,1±12,6	>0,05
mRSS	5	8	5	0,03
	n (%)	n	n	
Kadın	206 (88,4)	53	149	>0,05
Sigara kullanımı	79 (33,9)	19	60	>0,05
Diffüz Ssk	71 (31,4)	23	44	>0,05
Overlap sendromu	33 (14,1)	8	25	>0,05
Pulmoner fibrozis	118 (51,3)	42	76	>0,05
Artrit	80 (34,3)	23	56	>0,05
Telenjektazi	156 (66,9)	48	105	0,039*
Dijital ülser	87 (37,3)	34	51	0,001*
Scl-70 pozitifliği	89 (38,1)	28	59	>0,05
Anti-sentromer pozitifliği	75 (32,1)	15	59	>0,05

## SS-11

### Sistemik sklerozis ilişkili dijital ülserin tanımı ve tedavisinde Türkiye Romatoloji Derneği ulusal önerileri

Duygu Temiz Karadağ<sup>1</sup>, Yasemin Yalçinkaya<sup>2</sup>, Ali Akdoğan<sup>3</sup>, Ashıhan Avanoğlu<sup>4</sup>, Cemal Bes<sup>5</sup>, Merih Birlik<sup>6</sup>, Ayşe Çefle<sup>1</sup>, Mustafa Erdoğan<sup>5</sup>, Gülen Hatemi<sup>7</sup>, Ozan Cemal İçaçan<sup>8</sup>, Murat İnanç<sup>2</sup>, Nevsun İnanç<sup>9</sup>, Süleyman Serdar Koca<sup>10</sup>, Orhan Küçükşahin<sup>11</sup>, Metin Özgen<sup>12</sup>, Alper Sarı<sup>13</sup>, Ali Şahin<sup>14</sup>, Soner Şenel<sup>15</sup>, Abdurrahman Tufan<sup>4</sup>, Serdal Uğurlu<sup>7</sup>, Fiğen Yargucu<sup>16</sup>, Servet Yolbaş<sup>17</sup>, Vedat Hamuryudan<sup>7</sup>

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

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

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

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

<sup>5</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

<sup>6</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

<sup>7</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

<sup>8</sup>Yozgat Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Yozgat

<sup>9</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>10</sup>Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ

<sup>11</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

<sup>12</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

<sup>13</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

<sup>14</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas

<sup>15</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Erciyes

<sup>16</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

<sup>17</sup>İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Malatya

**Amaç:** Dijital ülserler (DÜ) sistemik sklerozis (SSk) hastalarında şiddetli ağrıya ve fiziksel engelliliğe yol açar. Bu çalışmada, SSk ilişkili DÜ'nün tanımı ve tedavi önerileri konularında Türkiye Romatoloji Derneği (TRD) ulusal tedavi önerilerinin hazırlanması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Aralık 2020 tarihinde TRD üyelerinden 23 romatologdan oluşan bir komitenin katılımı ile yapılan ilk toplantıda önerilerin kapsamı tartışıldı. Tedavi önerilerine DÜ'nün tanımı, sınıflaması ve risk faktörlerinin tanımlanması ile başlanması kararlaştırıldı. DÜ gelişiminin önlenmesi için genel yaklaşımlar, aktif DÜ tedavisi ve tekrarlayan DÜ'lerin tedavileri konularına yer verilmesi planlandı. Konuların ve araştırma sorularının belirlenmesinin ardından 5 yardımcı araştırmacı (fellow) tarafından sistematik literatür taraması yapıldı. Önerilerin oluşturulmasında standart EULAR tedavi önerileri geliştirme prosedürleri izlendi. Kanıt düzeyinin belirlenmesinde Oxford sistemi kullanıldı. Sonuçlara dayanarak DÜ'ye yaklaşım ve tedavi önerilerini oluşturmak için 13 soru üretildi. Soruların yanıtları üçüncü toplantıda tartışıldı ve öneriler için ön uzlaşıya varıldı.

**Bulgular:** Literatür taramasında elde edilen çalışmaların sonuçları ve uzmanların görüşleri bir araya getirilerek dijital ülser ile ilgili tanımlar yapıldı; dijital ülserlerin nasıl sınıflandırılacağı ve kategorize edileceği ve risk altında olan hasta grupları belirlendi. Dijital ülserlerin önlenmesi ve tedavisi için farmakolojik ve non-farmakolojik tedavi yöntemleri, eşlik eden pulmoner arteriyel hipertansiyonu olan hastalarda öncelikle tercih edilecek tedavi modaliteleri, antibiyotiklerin ve anti-agreganların tedavideki yeri, yara bakımı ve ağrı kontrolü için uygulanacak yöntemler, sempatektomi, botulinum toksini ve cerrahi girişimler, ve tüm bu tedavi modaliteleri ile gelişebilecek komplikasyonlar ve bu komplikasyonlara yaklaşım ile ilgili öneriler hazırlandı. Her bir önerinin kanıt düzeyi belirlendi ve oylamaya sunulmasına karar verildi.

**Sonuç:** Güncel kanıtlara dayanarak hazırlanmış SSk ilişkili DÜ önerilerinin, bu hastaların bakımını üstlenen romatologlara ve

diğer branşlardaki hekimlere yol gösterecek nitelikte, klinikte yararlı bir rehber olacağı düşünölmektedir.

**Finansal Destek:** Bu çalışma Abdi İbrahim firmasının koşulsuz desteğı ile hazırlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik sklerozis, dijital ülser, tedavi

## SS-12

### Ailevi Akdeniz Ateşi olan hastalarda genotip-fenotip korelasyonu ile hastalık şiddeti arasındaki ilişki

Fatma Tuncer, Neslihan Gökçen, Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle

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

**Amaç:** Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA), fenotipik heterojenite ile kendini gösteren monogenik otoenflamatuvar hastalıktır. Genotip-fenotip korelasyonu henüz net olarak belirlenmemiştir. Bu çalışmada, AAA hastalarında genotip-fenotip ilişkisi ile hastalık şiddeti arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Retrospektif-kesitsel bir çalışmadır. Kliniğimizde AAA ile takipli hastaların demografik ve klinik verileri tarandı. Hastalık şiddeti, PRAS hastalık şiddet skorlaması ile hesaplandı.

**Bulgular:** Üç yüz elli dört AAA hastasının 212'si (%59,9) kadın ve 142'si (%40,1) erkekti. Taranan tüm hastaların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Spondiloartrit, bağ doku ve vaskülit birlikteliğı olan hastalar dışlandıktan sonra, 289 AAA hastası analize alındı. Hastalar genotiplerine göre 3 gruba ayrıldı (grup 1: M694V homozigot, grup 2: M694V-diğer, grup 3: diğer-diğer). On dört hastanın gen analizi yoktu. On altı (%5,5) hastanın gen analizinde mutasyon saptanmazken 34 hasta (%11,8) grup 1'de idi. Yüz elli iki (%52,6) hasta grup 2'de iken 73 hasta (%25,3) grup 3'de yer aldı. Genotip-fenotip ilişkisine bakıldığında, yaş, semptom başlama yaşı, tanı yaşı ve kolşisin dozları açısından gruplar arasında istatistiksel farklar bulundu (Tablo 2). PRAS hastalık şiddet skorlaması da gruplar arasında farklılık gösterdi ( $p<0,001$ ). Pairwise post-hoc analizde, grup 1'de mutasyon saptanmayan hastalara göre, grup 1'de grup 3'e göre ve grup 1'de grup 2'ye göre daha yüksek PRAS skorları saptandı ( $p=0,001$ ,  $p<0,001$ ,  $p=0,001$ , sırasıyla).

**Sonuç:** Bu çalışmada, M694V homozigot mutasyon varlığının yüksek hastalık şiddeti ile yakından ilişkili olduğu saptandı. Ayrıca M694V homozigot hastalarda, semptom başlama yaşı ile tanı yaşı diğer gruplara göre daha erkendi, artrit ve erizipel benzeri eritem daha sıkı.

**Anahtar Kelimeler:** Ailevi Akdeniz Ateşi, M694V mutasyonu, PRAS skoru

**Tablo 1.** Çalışma grubunda genotip-fenotip ilişkisi

	Mutasyon yok (n=16)	Grup 1 (n=34)	Grup 2 (n=152)	Grup 3 (n=73)	P
Yaş (yıl) (a)	29,5 (25,0-36,5)	29,5 (22,0-38,3)	37,0 (27,5-45,0)	37,0 (28,0-44,0)	0,008
Semptomların başlama yaşı (yıl) (a)	17,0 (11,3-24,0)	9,5 (7,0-16,0)	18,0 (10,0-27,0)	19,5 (10,0-30,0)	0,001
Tanı yaşı (yıl) (a)	25,5 (18,0-34,5)	16,0 (9,8-23,0)	27,0 (18,0-36,5)	28,0 (20,0-37,5)	<0,001
Tedaviden önceki atak sıklığı (a)	3,0 (2,0-6,0)	6,0 (2,0-12,0)	6,0 (2,0-7,5)	4,5 (2,0-7,5)	0,411
Atak süresi (saat) (a)	72,0 (48,0-96,0)	72,0 (48,0-72,0)	72,0 (48,0-72,0)	48,0 (48,0-90,0)	0,749
Kolşisin doz (mg) (a)	1,5 (1,0-1,5)	1,5 (1,5-2,0)	1,5 (1,0-1,5)	1,5 (1,0-1,5)	0,002
PRAS hastalık şiddeti skoru (a)	5,0 (4,0-6,0)	8,0 (7,0-10,0)	6,0 (4,0-8,0)	5,0 (4,0-6,0)	<0,001
Klinik bulgular (b)					
Ateş	15 (93,8)	26 (76,5)	116 (76,3)	54 (74,0)	0,404
Karın ağrısı	14 (87,5)	30 (88,2)	136 (89,5)	66 (90,4)	0,979
Artrit	2 (12,5)	16 (47,1)	50 (32,9)	15 (20,5)	0,013
Artralji	10 (62,5)	26 (76,5)	106 (69,7)	46 (63,0)	0,496
Plevral effüzyon	7 (43,8)	14 (41,2)	44 (28,9)	26 (35,6)	0,360
Perikardiyal effüzyon	0	0	3 (2,0)	1 (1,4)	0,795
Proteinüri	1 (6,3)	5 (14,7)	13 (8,6)	4 (5,5)	0,444
Amiloidoz	0	2 (5,9)	2 (1,3)	2 (2,7)	0,365
Erizipel benzeri eritem	1 (6,3)	17 (50,0)	45 (29,6)	9 (12,3)	<0,001
Aile öyküsü	6 (37,5)	23 (67,6)	99 (65,1)	41 (56,2)	0,104
Tedavi (b)					
Kolşisin	16 (100,0)	34 (100,0)	150 (98,7)	71 (97,3)	0,659
Anakinra	1 (6,3)	0	2 (1,3)	1 (1,4)	0,378
Kanakinumab	0	1 (2,9)	1 (0,7)	1 (1,4)	0,666
GCS	0	5 (14,7)	3 (2,0)	4 (5,5)	0,008
Kolşisin direnci (b)	1 (6,3)	1 (2,9)	3 (2,0)	2 (2,7)	0,773

(a) Medyan (interquartile range), Mann-Whitney U test (b) n (%), Ki-kare, Bonferroni düzeltmesine göre  $p<0,013$

<b>Tablo 2.</b> Çalışma hastalarının demografik ve klinik özellikleri	
Yaş (yıl) (a)	36,0 (27,0-44,0)
Semptomların başlama yaşı (yıl) (a)	18,0 (10,0-25,3)
Tanı yaşı (yıl) (a)	26,0 (17,8-35,0)
Tedaviden önceki atak sıklığı (a)	4,5 (2,0-6,0)
Tedaviden sonraki atak sıklığı (a)	0 (0)
Atak süresi (saat) (a)	72,0 (48,0-72,0)
Klinik bulgular (b)	
Ateş	280 (79,1)
Karın ağrısı	312 (88,1)
Artrit	122 (34,5)
Artralji	258 (72,9)
Plevral effüzyon	124 (35,0)
Perikardiyal effüzyon	6 (1,7)
Proteinüri	36 (10,2)
Amiloidoz	11 (3,1)
Erizipel benzeri eritem	96 (27,1)
Aile öyküsü	214 (60,5)
Tedavi (b)	
Kolşisin	349 (98,6)
Anakinra	4 (1,1)
Kanakinumab	3 (0,8)
GCS	36 (10,2)
Kolşisin direnci (b)	7 (2,0)
Komorbidite (b)	
Hipertansiyon	24 (6,8)
Diabetes mellitus	10 (2,8)
Kronik böbrek hastalığı	11 (3,1)
Tiroid hastalığı	7 (2,0)
Spondiloartropati	36 (10,2)
Bağ doku hastalığı	14 (4,0)
Kalp hastalığı	2 (0,6)
Behçet hastalığı	12 (3,4)
Vaskülit	4 (1,1)
PRAS hastalık şiddeti skoru (a)	6,0 (4,0-8,0)
(a) Medyan (interquartile range), b n (%)	

## SS-13

### Takayasu arteritinde gerçek yaşam verilerinde biyolojik tedaviler: Tümör nekroz faktör inhibitörleri ve tosilizumab alan hastaların karşılaştırılması

Fatma Alibaz Öner<sup>1</sup>, Sema Kaymaz Tahra<sup>2</sup>, Özün Bayındır<sup>3</sup>, Ayten Yazıcı<sup>4</sup>, Burak İnce<sup>5</sup>, Kübra Kalkan<sup>6</sup>, Nilüfer Alpay Kanitez<sup>7</sup>, Sinem Burcu Kocaer<sup>8</sup>, Nazife Şule Yaşar Bilge<sup>9</sup>, Ahmet Omma<sup>10</sup>, Elif Durak<sup>11</sup>, Can Ilgın<sup>12</sup>, Servet Akar<sup>11</sup>, Timuçin Kaşifoğlu<sup>9</sup>, Fatoş Önen<sup>8</sup>, Hakan Emmungil<sup>6</sup>, Murat İnanç<sup>5</sup>, Ayşe Cefle<sup>4</sup>, Kenan Aksu<sup>3</sup>, Gökhan Keser<sup>3</sup>, Haner Direskeneli<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Sancaktepe Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

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

<sup>4</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

<sup>5</sup>İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>6</sup>Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne

<sup>7</sup>Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>8</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

<sup>9</sup>Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

<sup>10</sup>Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

<sup>11</sup>Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

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

**Amaç:** Takayasu arteriti tanımlı hastalarda TNF inhibitörleri ve tosilizumabın (TCZ), tedavi etkinliği ve güvenliliğinin karşılaştırılması amaçlandı.

**Yöntem:** Çalışmamız çok merkezli ve retrospektif olarak planlandı. Konvansiyonel immünosüpresif (IS) tedavilere dirençli ve biyolojik tedavi alan Takayasu arteritli hastalar dahil edildi. Takip süresince elde edilen klinik, laboratuvar ve görüntüleme verileri kaydedildi. TNF inhibitörleri ve TCZ remisyon elde etme oranları, glukokortikoid (GK) doz azaltımı ve ilaçta kalım yönünden karşılaştırıldı. Doktor global değerlendirme (PGA) aktif hastalık tanımında altın standart olarak kullanıldı. Ayrıca Kerr (NIH) ve ITAS 2010 aktivite skorları da kaydedildi. PGA'ya göre aktif hastalık, hastalık ilişkili sistemik semptom ve iskemi bulgularının varlığı veya akut faz yanıtında artış olarak değerlendirildi. Komplet remisyon tedavinin üçüncü ayında yeni gelişen semptom ve bulgunun olmayışı, normal akut faz yanıtı ve GK dozunun ≤10 mg/gün prednizolon olması olarak tanımlandı. Parsiyel remisyon tanımı ise tedavinin üçüncü ayında PGA, akut faz yanıtı ve GK dozunda başlangıca göre en az %50 azalma olarak yapıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya 113 (K/E: 98/13) hasta dahil edildi. Tüm takip süresince toplam 173 biyolojik tedavi (77 infliksimab, 49 TCZ, 33 adalimumab, 9 sertolizumab, 3 rituksimab, 1 ustekinumab ve 1 anakinra) uygulaması yapılmıştı. TCZ 23 hastada, TNF inhibitörleri 88 hastada birinci basamak biyolojik tedavi olarak tercih edilmişti. TCZ ve TNF inhibitörlerinin komplet/parsiyel remisyon oranları tedavinin üçüncü ayında ve takip sonunda benzerdi. GK dozunun azaltılabildiği (≤4 mg) veya kesilebildiği hasta oranları benzerdi (TNF inhibitörleri vs. TCZ: %78 vs. %59, p=0,125). İlaçta kalım oranları TNF inhibitörlerinde %56, TCZ grubunda %57 idi (p=0,22). Eşlik eden IS kullanımının ilaçta kalım üzerine etkisi olmadığı görüldü (HR =0,78, %95 GA =0,42-1,43, p=0,42).

**Sonuç:** Takayasu arteritinde TNF inhibitörleri ve tosilizumab tedavilerinin etkinlik, güvenlilik sonlanımları ve ilaçta kalım oranları benzer görünmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Takayasu arteriti, biyolojik tedavi, tosilizumab, TNF inhibitörleri, ilaçta kalım

**Tablo 1.** Takayasu arteriti hastalarının demografik ve klinik özellikleri

	Tüm grup (n=111)	Birinci basamak TNF inhibitörü (n=88)	Birinci basamak tosilizumab (n=23)	p
Güncel yaş, yıl	35,7±11,2	36,4±10,8	33,0±12,4	0,06
Semptom başlangıç yaşı, yıl	25,6±9,1	25,4±8,3	26,7±12,1	0,51
Tanı yaşı, yıl	28,2±9,8	28,2±8,9	28,2±13,1	0,21
Cinsiyet, kadın, n (%)	98 (88)	76 (86)	22 (95)	0,29
Hata anjiyografik sınıflaması, tip 5, n (%)	45 (40)	37 (42)	8 (35)	0,86
Birinci basamak biyolojik tedavi süresi, ay	21 (1-370)	24 (1-370)	18 (1-81)	0,048
Geçmiş IS sayısı, medyan	2 (0-5)	2 (1-4)	2 (0-5)	0,42
Eşlik eden IS kullanımı, n (%)	70 (63)	57 (65)	13 (57)	0,42
Bazal hastalık aktivitesi				
PGA, aktif hastalık, n (%)	91 (98)	72/73 (99)	19/19 (100)	0,60
Kerr, aktif hastalık, n (%)	91 (98)	71/73 (97)	20/20 (100)	0,45
ITAS2010	5 (0-21)	5 (3-9)	9 (0-12)	0,67
Birinci basamak biyolojik tedavi ile remisyona, herhangi bir zamanda, n (%)	90 (81)	73 (83)	17 (74)	0,13
Remisyona kadar geçen süre, ay	3 (1-35)	3 (1-35)	3 (1-12)	0,79
IS: İmmünesüpresif				

**Tablo 2.** TNF inhibitörleri ve tosilizumab tedavi sonuçlarının karşılaştırılması

	Bazal vizit	p	Tedavinin üçüncü ayı	p	Son vizit	p
Komplet remisyona, n (%)	TNF inhibitörleri	-	16/52 (30)	0,34	28/61 (50)	0,75
	Tosilizumab	-	3/16 (18)		9/18 (50)	
Parsiyel yanıt, n (%)	TNF inhibitörleri	-	21/52 (40)	0,84	15/61 (25)	0,20
	Tosilizumab	-	8/16 (50)		2/18 (11)	
PGA remisyona, n (%)	TNF inhibitörleri	1/73 (1)	32/56 (57)	0,60	34/48 (71)	0,058
	Tosilizumab	0/19 (0)	7/18 (39)		5/12 (42)	
Kerr remisyona, n (%)	TNF inhibitörleri	2/73 (3)	43/59 (73)	0,45	53/72 (74)	0,74
	Tosilizumab	0/20 (0)	12/19 (63)		14/20 (70)	
ESH, mm/s	TNF inhibitörleri	42 (10-120)	18 (2-80)	0,85	19 (2-103)	0,06
	Tosilizumab	46 (11-109)	8 (4-112)		9 (2-118)	
CRP, mg/L	TNF inhibitörleri	35 (17-62)	11 (6-22)	0,22	9 (6-79)	0,54
	Tosilizumab	34 (14-98)	17 (8-118)		20 (6-72)	
GK dozu, mg/d	TNF inhibitörleri	16 (6-32)	4 (0-16)	0,01	4 (0-40)	0,14
	Tosilizumab	20 (8-32)	8 (4-16)		4 (0-32)	
GK dozunda azalma, mg/d	TNF inhibitörleri	-	5 (0-60)	0,064	6 (0-64)	0,054
	Tosilizumab	-	12 (0-24)		16 (0-30)	
GK doz artışı, n (%)	TNF inhibitörleri	-	1/56 (2)	0,59	8/53 (15)	0,79
	Tosilizumab	-	0 (0)		2/16 (13)	
VDI	TNF inhibitörleri	2 (2-3)	0,21	-	2 (2-7)	0,15
	Tosilizumab	0 (0-5)	-		0 (0-5)	

ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı, CRP: C-reaktif protein, GK: Glukokortikoid, VDI: Vaskülit hasar indeksi

## ANCA-ilişkili vaskülit ve kanser ilişkisi: Yumurta-tavuk paradoksu?

Elif Ediboğlu<sup>1</sup>, Rızacan Kardeş<sup>2</sup>, Ertuğrul Çağrı Bölek<sup>2</sup>, Reşit Yıldırım<sup>3</sup>, Denizcan Güven<sup>4</sup>, Sadettin Kılıçkap<sup>4</sup>, Ömer Dizdar<sup>4</sup>, Melek Yalçın Mutlu<sup>5</sup>, Ozan Cemal İçaçan<sup>5</sup>, Gizem Ayan<sup>2</sup>, Emre Bilgin<sup>2</sup>, Nazife Şule Yaşar Bilge<sup>3</sup>, Levent Kılıç<sup>2</sup>, Timuçin Kaşifoğlu<sup>3</sup>, Cemal Bes<sup>5</sup>, Servet Akar<sup>1</sup>, Ömer Karadağ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Celebi Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

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

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

<sup>4</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Medikal Onkoloji Bilim Dalı, Ankara

<sup>5</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Eskişehir

**Amaç:** Vaskülit hastalarında kanser gelişimi; kronik enflamasyon, ilaç sitotoksitesi ve paraneoplastik mekanizmalarla ilişkilendirilmektedir. Bu çalışmada kanser öyküsü olan erişkin ANCA-ilişkili vaskülit (AAV) hastalarının klinik ve demografik karakteristiklerinin incelenmesi planlanmıştır.

**Yöntem:** Türk Vaskülit Çalışma Grubu'nun (TRVaS) çok merkezli e-veritabanının kullanıldığı bu çalışmada 1 Ağustos 2021 tarihine kadar kayıtlı 553 AAV tanılı hastaların arasından çalışmaya özgü hazırlanan kanser bilgi formu doldurulan 433'ünün (%78,3) verileri değerlendirildi. Göreceli risk, AAV hastaları arasında melanom dışı deri kanseri haricindeki kanser olgu sayısının genel popülasyon için beklenen olgu sayısına oranıyla hesaplanan standart insidans oranı (SIR) kullanılarak ölçüldü. Beklenen olgu sayısı, ölçülen kişiyılların Türkiye'deki kanser insidansıyla çarpılmasıyla hesaplandı. Kanser insidansları, GLOBOCAN 2020 tahminlerinden elde edildi.

**Bulgular:** Toplam 15 hastada kanser öyküsü mevcuttu (%3,5). Bu hastaların 6'sı AAV tanısı öncesi, 9'u AAV tanısı sonrası kanser tanısı almıştı. Kanser tanılarının dağılımı; akciğer (n=3), mesane (n=3), baş-boyun (n=3), kolon (n=2), endometrium (n=1), lenfoma (n=1), tiroid (n=1) ve malign mezenkimal tümördü (n=1). AAV ile birlikteliği bulunan kanser olgularının hemen hepsi lokalize evrede saptanmıştı (14/15) (Tablo 1). Kanser öyküsü olan hastalar, kanser öyküsü olmayanlara kıyasla daha ileri yaşlı olup hastaların çoğunluğu erkekti, siklofosfamid kullanımı ve dozları benzerdi. Kanser tanısı olan hastaların %90'ında sigara öyküsü mevcuttu. Tanıdan sonra kanser gelişen AAV hastalarının analizinde, AAV hastalarında kanser riskinin genel popülasyona kıyasla 2 katın üzerinde olduğu bulundu (SIR: 2,09; %95 GA: 1,02-3,84; p=0,045).

**Sonuç:** Türk AAV hastaları, Avrupa kohortlarına benzer şekilde kanser gelişimi için artmış bir riske sahiptir. AAV tanısı sonrası kanser gelişen hastalarda, siklofosfamid kullanımı ile kanser riski arasında ilişki saptanamazken sigara kullanımının fazla olduğu görüldü. Kayda değer sayıda hastanın vaskülit tanısı öncesi kanser tanısı olması dikkati çekse de olgu sayısının kısıtlı olması nedeniyle nedensellik (paraneoplastik sendrom veya insidental birliktelik) hakkında yorum yapılamamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** ANCA-ilişkili vaskülitler, kanser, siklofosfamid, vaskülit

**Tablo 1.** Kanser öyküsü olan AAV tanılı hastaların dağılımı ve karakteristikleri

Vaka No	AAV Alt grup	Yaş ve Cinsiyet	Sigara İzne Durumu (Herhangi bir zamanda)	Siklofosfamid kullanımı	Kanser Tanısı	Kanser Yaygınlığı	Zamanlama	Vaskülit Tanısından Kansere Kadar Geçen Süre (Ay)	Saklım durumu
1	GPA	67, E	Yok	N/A	Kolon	Lokalize	AAV'den Önce	-102,3	Eksitus (Kanser ilişkili değil)
2	GPA	44, K	Yok	N/A	Endometrium	Lokalize	AAV'den Önce	-47,5	Sağ
3	GPA	69, E	Var	N/A	Mesane	Lokalize	AAV'den Önce	-46,6	Eksitus (Kanser ilişkili değil)
4	uAAV	61, E	Var	N/A	Akciğer (SCC)	Lokalize	AAV'den Önce	-23,1	Sağ
5	GPA	69, E	Yok	N/A	Dudak (SCC)	Lokalize	AAV'den Önce	-21,7	Eksitus (Kanser ilişkili değil)
6	GPA	43, E	Yok	N/A	Malign Mezenkimal Tümör	Lokalize	AAV'den Önce	-18,7	Sağ
7	EGPA	69, E	Var	Var	Akciğer (SCC)	Lokalize	AAV'den Sonra	6,2	Eksitus (Bilinmiyor)
8	GPA	69, E	Var	Yok	Larinks	Lokalize	AAV'den Sonra	7,0	Sağ
9	EGPA	52, E	Var	Var	Dudak (SCC)	Lokalize	AAV'den Sonra	11,2	Sağ
10	MPA	67, E	Var	Var	Mesane	Lokalize	AAV'den Sonra	24,0	Sağ
11	GPA	73, E	Var	Yok	Akciğer (Adenokanser)	Lokal ileri veya Metastatik	AAV'den Sonra	34,0	Eksitus (Kanser ilişkili)
12	GPA	64, E	Yok	Var	Kolon	Lokalize	AAV'den Sonra	59,6	Eksitus (Bilinmiyor)
13	GPA	66, K	Var	Var	Tiroid	Lokalize	AAV'den Sonra	84,0	Sağ
14	GPA	53, E	Var	Yok	Marjinal Zon Lenfoma	Lokalize	AAV'den Sonra	109,3	Sağ
15	GPA	73, E	Var	Yok	Mesane	Lokalize	AAV'den Sonra	323,9	Sağ

## SS-15

### IgG4-ilişkili hastalık klinik fenotipleri için 2019 ACR/ EULAR IgG4-İH sınıflandırma kriterlerinin kullanılabilirliği

Gözde Kübra Yardımcı<sup>1</sup>, Bayram Farisoğulları<sup>1</sup>, Ertuğrul Çağrı Bölek<sup>1</sup>, Emre Bilgin<sup>1</sup>, Emine Duran<sup>1</sup>, Gizem Ayan<sup>1</sup>, Zehra Özsoy<sup>1</sup>, Gül Sandal Uzun<sup>1</sup>, Levent Kılıç<sup>1</sup>, Umut Kalyoncu<sup>1</sup>, Şule Apraş Bilgen<sup>1</sup>, Ali İhsan Ertenli<sup>1</sup>, Sedat Kiraz<sup>1</sup>, Ömer Karadağ<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Vaskülit Tanı ve Tedavi Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara

**Amaç:** IgG4-ilişkili hastalık (IgG4-İH) tanısı için klinik, radyolojik, serolojik ve histopatolojik verilerin korelasyonu gereklidir ve ACR/ EULAR 2019 yılında bu verileri içeren yeni bir sınıflandırma kriteri yayınlamıştır. Aynı zamanda, IgG4-İH için dört farklı hastalık fenotipi tanımlanmıştır. Bu çalışmada IgG4-ilişkili hastalığın klinik fenotipleri için 2019 ACR/EULAR sınıflandırma kriterlerinin geçerliliğini değerlendirmeyi amaçladık.

**Yöntem:** Hacettepe Üniversitesi Vaskülit Tanı ve Tedavi Uygulama ve Araştırma Merkezi (HÜVAM) prospektif veritabanına kayıtlı ve IgG4-İH için 2011 tanı kriterlerini karşılayan hastalar çalışmaya dahil edildi. HÜVAM veri tabanından hastaların demografik, klinik özellikleri, laboratuvar, serolojik, radyolojik verileri ve eğer varsa histopatolojik bulguları incelendi ve 2019 ACR/EULAR sınıflandırma kriterleri tüm hastalar için değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmaya 92 IgG4-İH (E/K: 47/45) hastası dahil edildi. Hastaların %61'inde birden fazla organ tutulumu vardı ve ortalama tutulan organ sayısı 2 idi. Hastaların ortalama serum IgG4 düzeyi 179 (89-368) mg/dL idi. Hastaların büyük bir kısmında retroperitoneal fibrozis/periaortitis (RA) (%40) mevcuttu. Diğer fenotipler azalan sırayla baş boyun fenotipi (%24), Mikulicz ve sistemik (MS) fenotipi (%16) ve daha az olarak pankreato-hepato-bilier (PHB) (%11) şeklinde idi. Hastaların %9'u ise sınıflandırılmayan fenotipe sahipti. Çalışmaya dahil edilen tüm hastalar 2019 ACR/



EULAR sınıflandırma kriterlerinin dahil olma koşuluna sahipti. Ancak bu hastaların 42'sinin (%45,6) 2019 ACR/EULAR IgG4-İH sınıflandırma kriterlerini karşılamadığı belirlendi. Bu hastaların 7'si en az bir dışlama kriterine sahipti ve 41'i yeterli dahil olma puanını karşılamıyordu. Elli (%54,3) hasta ortalama (SS) 29,3 (7,3) puan ile  $\geq 20$  puan olarak sınıflandırma kriterlerini karşılamaktaydı. Mikulicz ve sistemik fenotipi, pankreato-hepato-bilier fenotipi ve retroperitoneal fibrozis/periaortit fenotipi istatistiksel olarak anlamlı olmasa da 2019 ACR/EULAR sınıflandırma kriterlerini daha yüksek oranda karşılamaktaydı.

**Sonuç:** Tek merkezli kohortumuzda retroperitoneal fibrozis/periaortit fenotipi daha yaygınken pankreato-hepato-bilier ve Mikulicz ve sistemik fenotipi daha az sıklıkla mevcuttu. Hastaların yarısına yakını 2019 ACR/EULAR IgG4-İH sınıflandırma kriterlerini karşılamamaktaydı. IgG4-İH klinik fenotiplerinin yeni sınıflandırma kriterlerini karşılamasındaki bu heterojenitenin klinik ve ilaç çalışmalarında dikkate alınması uygun olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** IgG4-ilişkili hastalık, 2019 ACR/EULAR IgG4-İH sınıflandırma kriterleri, Mikulicz ve sistemik fenotip, retroperitoneal fibrozis/periaortit, pankreatit

**Tablo 1.** IgG4-ilişkili hastalık klinik fenotipleri için 2019 ACR/EULAR IgG4-İH sınıflandırma kriterleri

	Retroperiton ve aorta (n=37)	Baş ve boyun (n=22)	Mikulicz ve sistemik (n=15)	Pankreato-hepato-bilier (n=10)	Sınıflandırılmayan (n=8)	P
Cinsiyet, kadın, n (%)	67.6	31.8	46.7	50.0	37.5	0.091
Yaş, ortanca (IQR) (yıl)	60 (50-67)	56 (33-66)	61 (31-69)	48 (41-70)	45 (32-55)	0.129
IgG4 düzeyi, ortanca (IQR) (mg/dl)	202 (132-370)	119 (61-299)	335 (66-660)	210 (86-625)	144 (77-264)	0.628
2019ACR/EULAR sınıflandırma kriterleri puanı, ortanca (IQR)	23 (12-31)	18 (15-25)	23 (19-36)	24 (8-29)	15 (4-20)	0.037*
2019ACR/EULAR sınıflandırma kriterleri sağlama, n (%)	57	45	73	60	25	0.474

IQR: Çeyreşler arası aralık, IgG4: Immünooglobulin G4, IgG4-İH: Immünooglobulin G4 ilişkili hastalık, ACR: American College of Rheumatology, EULAR: The European Alliance of Associations for Rheumatology

## SS-16

### Paraneoplastik artrit serisi ve anti-CCP sıklığı

Mehmet Ali Balcı<sup>1</sup>, Samet Alkan<sup>2</sup>, Bünyamin Kısacık<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Diyarbakır Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Diyarbakır

<sup>2</sup>Diyarbakır Selahattin Eyyübi Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Diyarbakır

<sup>3</sup>Gaziantep Medikal Park Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Gaziantep

**Amaç:** Paraneoplastik artrit, tümörün kendisi ya da metastazı ile ilişkili olmayan, salınan peptid, hormon gibi durumların neden olduğu bir tablodur. Sıklıkla malignite tanısından önce ortaya çıkmaktadır. Her türlü artrit tablosunu yapmakla birlikte sıklıkla mono-oligo artrite neden olmaktadır. Burada paraneoplastik artritli 92 hastamızın eklem bulguları ve anti CCP pozitifliği oranlarını araştırdık. Ayrıca artrit olmayan malignite hastaları ve erken romatoid artrit hastalarının verilerini karşılaştırdık.

**Yöntem:** Çalışma 4 gruptan oluşmaktaydı. 1. grup (n=92): Paraneoplastik artritli (PA) hastalar. 2. grup (n=102): Artriti olmayan malignite hastaları. 3. grup (n=69): Erken romatoid artrit (ERA) hastaları. 4. grup (n=84): Sağlıklı kontrol grubu. Hastaların tanı, semptom süresi, romatoid faktör (RF), anti-siklik

sitrüline peptid (anti-CCP), anti-nükleer antikor (ANA), eritrosit sedimentasyon hızı (ESR), C-reaktif protein (CRP) ve laktat dehidrojenaz (LDH) verileri kayıt edildi.

**Bulgular:** ERA hastalarında belirgin poliartirit mevcuttu. PA grubunda ise belirgin mono-oligoartrit hakimdi. Solid tümörler içerisinde akciğer ve meme kanseri daha sık olarak karşımıza çıkmışken, hematolojik malignite grubunda lenfoma daha sık olarak saptandı. Paraneoplastik artrit hastalarında, artrit gelişmeyen malignite hastalarına göre anlamlı olarak Anti-CCP pozitifliği saptandı.

**Sonuç:** Şu anki olgu sayısı ile literatürün en geniş paraneoplastik artrit serisini ve ilk defa bakılan paraneoplastik artrit hastalarındaki anti-CCP oranlarını burada sunduk. PA gelişen malignite hastalarında artrit daha sık olarak saptandı. Meme ve akciğer kanseri ile lenfoma paraneoplastik artrit gelişen en sık malignite grubu olarak dikkat çekmekteydi.

**Anahtar Kelimeler:** Paraneoplastik artrit, Anti-CCP, RF

## SS-17

### Romatolojik hastalıkların tedavisinde kullanılan aydınlatılmış onam formlarının Türkçe okunabilirlik düzeyleri: Tanımlayıcı bir çalışma

Gökhan Tazegül<sup>1</sup>, İbrahim Ethem Ay<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ankara Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>Afyonkarahisar Sandıklı Devlet Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Afyonkarahisar

**Amaç:** Aydınlatılmış onam, bir hastanın kendi özgür seçimine dayanarak belirli bir müdahalenin kendisine yapılmasını kabul veya ret etmesidir. Bu hasta-hekim iletişim süreci, bir iyi hekimlik koşuludur; etiğin temel ilkelerinden özerklik ilkesine dayanır ve yasal bir zorunluluktur. Hastanın aydınlatılması için, bilgilerin sade ve anlaşılır bir dil ile açıklanması ve hasta tarafından anlaşılır olması gerekir. Bu çalışmada, artritler, Ailevi Akdeniz ateşi, Behçet hastalığı, üveit, enflamatuvar bağırsak hastalıkları gibi, iç hastalıkları ve tüm yan dalları, göz hastalıkları, fizik tedavi ve rehabilitasyon gibi bir çok tıbbi branşı ilgilendiren romatolojik hastalıklarda, Türkiye Romatoloji Derneği tarafından kullanılan önerilen aydınlatılmış onam formlarının, Türkçe okunabilirlik düzeylerinin saptanması ve eğitim düzeyi üzerinden okunabilirliğin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Türkiye Romatoloji Derneği tarafından yirmi altı farklı ilaç için hazırlanmış aydınlatılmış onam formları, Bezirci-Yılmaz tarafından üretilen bilgisayar yazılımı yardımıyla, Ateşman ve Bezirci-Yılmaz tarafından geliştirilen okunabilirlik ölçütleri ile değerlendirilmiştir. Okunabilirlik düzeyleri ilköğretim (1.-8. sınıf), lise (9.-12. sınıf), lisans eğitimi (13.-16. sınıf) ve lisansüstü eğitim (16. sınıf üzeri) olarak dört ana grupta değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Ateşman Okunabilir Ölçütü'ne göre aydınlatılmış onam formlarının okunabilirlik puanı ortanca 44,2 (minimum 29,3 - maksimum 51,2) idi. Bu puanlara göre, okunabilirlik düzeyi en az 11. ve 12. sınıf, ortanca 13. ve 14. sınıf düzeyinde eğitim gerektirmektedir. Bezirci-Yılmaz Okunabilir Ölçütü'ne göre ise aydınlatılmış onam formlarının okunabilirliği ortanca 14 yıl eğitim

(minimum 10 - maksimum 19 yıl) gerektirmektedir. Her iki okunabilirlik ölçütüne göre de tüm formlar en az lise, ortanca lisans düzeyinde eğitim gerektirmektedir.

**Sonuç:** 2017 UNESCO verilerine göre ülkemizde bir kişi ortalama 8,27 yıl eğitim düzeyine sahiptir. 2020 TÜİK verilerine göre 25 yaş üstü nüfusun sadece %20'si yükseköğretim ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir. Bu veriler dikkate alındığında, kullanımı önerilen aydınlatılmış onam formlarının okunabilirliği ciddi derecede düşüktür. Mevcut yazılı aydınlatılmış onam formlarının okunabilirliğinin artırılması hem hekimlerin tıbbi kötü uygulamalardan korunması açısından, hem de hasta hakları ve etik değerler açısından gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** Bilgilendirilmiş onam, okunabilirlik, onam formları, romatoloji

## SS-18

### Vasküler Behçet hastalığı: Türkiye ve Fransa'da iki büyük kohortun karşılaştırılması

Fatma Alibaz Öner<sup>1</sup>, Mathieu Vautier<sup>2</sup>, Aysun Aksoy<sup>1</sup>, Adrien Mirouse<sup>2</sup>, Alexandre Le Joncour<sup>2</sup>, Patrice Cacoub<sup>2</sup>, David Saadoun<sup>2</sup>, Haner Direskeneli<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Sorbonne Üniversitesi, Pitié-Salpêtrière Üniversite Hastanesi, İç Hastalıkları ve Klinik İmmünoloji Kliniği, Paris, Fransa

**Amaç:** Vasküler tutulum, Behçet hastalarının (BH) yaklaşık %40'ını etkiler ve mortalitenin temel sebebidir. Akdeniz bölgesi ülkelerinde BH sık görülmesine rağmen, majör organ tutulumunun farklı toplumlarda karşılaştırılması ile ilgili veri yetersizdir. Bu çalışmadaki amacımız, vasküler BH'nin Türkiye ve Fransa hasta kohortlarını hastalık prezentasyonu, seyir ve tedavi yaklaşımları açısından karşılaştırmaktır.

**Yöntem:** Çalışmamıza Paris Sorbonne Üniversitesi Pitié Salpêtrière Hastanesi İç Hastalıkları ve Klinik İmmünoloji biriminden takipli 131 hasta ve Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bölümü vaskülit kliniğinde takipli 160 hasta olmak üzere toplam 291 BH tanılı hasta (ortalama yaş: 41,2±11,3, kadın/erkek: 63/228) dahil edilmiştir. Hastaların klinik ve demografik verileri retrospektif olarak dosyalarından alınmıştır.

**Bulgular:** Klinik ve demografik veriler Tablo 1'de özetlenmiştir. Türk hastalarda sigara içiciliği, pozitif aile öyküsü, HLA-B51 pozitifliği daha yüksekken; Fransız grupta nörolojik tutulum daha sık görülmüştür (p<0,05). Hastalar medyan 77 ay takip edilmiş ve toplam 562 vasküler tutulum öyküsü saptanmıştır [440 venöz (%78,3), 115 arteriyel (%20,5), 7 kardiyak trombus (%1,2)] (Tablo 2). Hastaların %29'unda (79 hasta) ilk vasküler olay BH tanısından önce meydana gelmiştir. İlk relaps 130 (%44,7) hastada medyan 24,5 (1-276) ay sonra gerçekleşmiştir (TR: 74/46,3%, FR: 56/42,7%, p=0,56). İlk vasküler olay immüno-supresif (IS) kullanan hastaların 24'ünde (%34,3) gerçekleşirken, yalnız antikoagulan (AK) alan hastaların 41 (%75,9), AK+IS kullanan hastaların 55'inde (%36,2) saptanmıştır. İlk vasküler olay sonrası tek başına antikoagulan kullanan hastalarda, sadece IS yada IS+AK kullananlara kıyasla relaps oranı anlamlı yüksektir (p=0,001). İlk vasküler olay sonrası

verilen IS tedaviler >10 mg prednizolon, konvansiyonel IS, TNF inhibitörleri olarak gruplandırıldığında her üçü de IS almayan hastalarla karşılaştırıldığında relaps riskini azaltır (p<0,005), fakat kendi arasında relaps açısından fark saptanmadı (prednizolon >10 mg: %45,2, konvansiyonel IS: %34,5, TNF inhibitörleri: %43,8; p>0,05). Multivariate lojistik regresyon analizinde de IS kullanımı vasküler relapsı azaltan tek faktör olarak tespit edildi [Risk oranı: 0,021 (0,03-0,159, %95 GA) p=0,000].

**Sonuç:** İki farklı akdeniz ülkesinden hastaların yaklaşık yarısında, iki yıl içinde vasküler relaps gelişmekte ve IS ile relaps riski azalmaktadır. Bu çalışmada AK tedavinin IS tedaviye eklenmesinin relaps üzerine ek katkısı saptanmadı. Sonuçlarımız IS tedavinin erken kesilmesinin takipte yüksek relapsa neden olabileceğini düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet hastalığı, vasküler, immüno-supresif

Tablo 1. Hastaların klinik ve demografik özellikleri

	Tüm hastalar n=291	Türk hastalar n=160	Fransız hastalar n=131	p
Erkek, %	228, %78,4	132, %82,5	96, %73,3	0,064
Tanı yaşı (yıl, n=281)	29,1±8,8	29,3±8,1	28,8±9,7	0,590
İlk vasküler olay sırasındaki yaş (n=274)	30,9±9	32±9,1	29,4±8,8	0,016
Sigara, % (n=165)	%55,2	%63	%43,1	0,016
Aile öyküsü, % (n=215)	%21,9	%29,2	%7	0,001
HLA B51 pozitifliği, % (n=113)	%45,1	%64	%39,8	0,041
Paterji pozitifliği, % (n=172)	%52,9	%60,4	%21,2	0,000
Göz tutulumu, %	%41,6	%38,8	%45	0,285
Nörolojik tutulum, %	%24,1	%13,8	%36,6	0,000
Gastrointestinal tutulum, %	%2,9	%3,1	%2,4	0,999

Tablo 1. Vasküler tutulum dağılımları

Venöz tutulum lokalizasyon/yeri	Türk hastalar (n=160)	Fransız hastalar (n=131)	p
Süperfisial venöz tutulum	23, %8,5	13, %4,5	0,059
Alt ekstremiteler derin ven trombozu	142, %52,2	105, %36,2	0,000
İnferior vena kava trombozu	5, %1,8	25, %8,6	0,000
Budd Chiari sendromu	2, %0,7	14, %4,8	0,004
Serebral ven trombozu	23, %8,5	43, %14,8	0,025
Diğer venöz tutulumlar	10, %3,7	20, %6,9	0,095
Arter tutulum lokalizasyon/tip			
Pulmoner anevrizma	3, %1,1	2, %0,7	0,677
Pulmoner trombus	49, %18	28, %9,7	0,000
Aort anevrizma/trombus	4, %1,5	4, %1,4	0,999
Diğer (retinal, koroner, periferik)	6, %2,2	19, %4,8	0,113

## Sistemik lupus eritematozuslu hastalarda hastalık aktivitesinin tayini ve takibinde serum ve idrar Galektin-9, IP-10 ve SIGLEC-1'in biyobelirteç olarak rolü

Şafak Mirioğlu<sup>1,2,3</sup>, Suzan Çınar<sup>2</sup>, Ömer Uludağ<sup>3</sup>, Erdem Gürel<sup>3</sup>, Sibel Vareli<sup>3</sup>, Yasemin Özlük<sup>4</sup>, Işın Kılıçaslan<sup>4</sup>, Yasemin Yalçınkaya<sup>3</sup>, Halil Yazıcı<sup>5</sup>, Ahmet Gül<sup>3</sup>, Murat İnanç<sup>3</sup>, Bahar Artım Esen<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul; İstanbul Üniversitesi Aziz Sançar Deneysel Tıp ve Araştırma Enstitüsü, İmmünoloji Anabilim Dalı, İstanbul

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

<sup>4</sup>İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>5</sup>İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

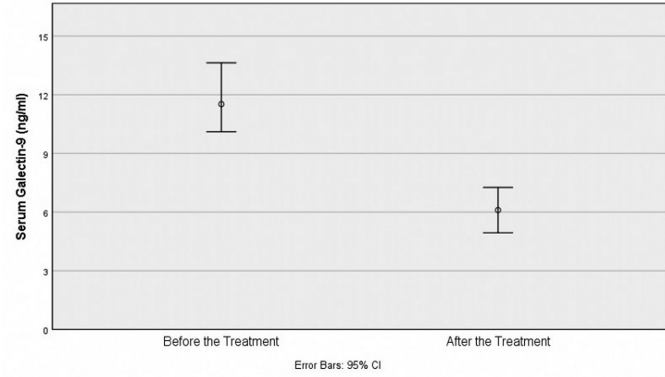
**Amaç:** İnterferon imzasıyla ilişkili proteinler olan galektin-9, interferon ile uyarılabilir protein-10 (IP-10) ve sialoadhezin (SIGLEC-1) sistemik lupus eritematozus (SLE) tanılı hastalarda hastalık aktivitesini yansıtabilecek aday biyobelirteçlerdir. Bu çalışmada, SLE'li hastalarda serum ve idrar galektin-9, IP-10 ve SIGLEC-1 seviyeleriyle hastalık aktivitesinin ilişkisini araştırmayı amaçladık.

**Yöntem:** Altmış üç aktif SLE'li hasta (31 renal, 32 ekstrarenal) çalışmaya dahil edildi. Otuz inaktif SLE'li hasta (15 renal, 15 ekstrarenal) ile 32 sağlıklı gönüllü kontrol grupları olarak seçildi. Serum (s) ve idrar (i) galektin-9, IP-10 ve SIGLEC-1 düzeyleri ELISA ile ölçüldü, idrar seviyeleri idrar kreatinin sonuçlarına göre normalize edildi.

**Bulgular:** Gruplar cinsiyet ve yaş yönünden benzerdi. Yüz iki katılımcı (%81,6) kadındı ve medyan yaş 33'tü (28-44,5). Proliferatif lupus nefriti (LN) (sınıf III/III+V ve IV/IV+V) aktif renal SLE'li 22 hastada izlendi (%70,9); 6 hastada saf sınıf V (%19,3), 3 hastada sınıf 2 (%9,7) LN saptandı. sIP-10, iIP-10, sGalektin-9 ve iSIGLEC-1 aktif SLE grubunda inaktif SLE'ye kıyasla daha yüksekti (sIP-10 p=0,046, iIP-10 p<0,001, sGalektin-9 p=0,031, iSIGLEC-1 p=0,006); ancak iGalektin-9 ve sSIGLEC-1 düzeylerinde fark saptanmadı (iGalektin-9 p=0,180, sSIGLEC-1 p=0,699) (Tablo 1). Galektin-9, IP-10 ve SIGLEC-1'in serum ve idrar seviyeleri aktif renal ve ekstrarenal SLE hastaları arasında farklı bulunmadı. sIP-10, iIP-10 ve iSIGLEC-1 SLE Hastalık Aktivite İndeksi ile (SLEDAI) koreleydi. Tüm biyobelirteçler 63 aktif SLE'li hastanın 41'inde (%65) medyan 8 (5-22,5) aylık tedavinin ardından tekrar değerlendirildi. Bu değerlendirmede hastalık aktivitesinin ilk ölçümlere göre belirgin olarak azaldığı tespit edildi, SLEDAI 10'dan (6-15,5) 2'ye (0-4) gerilemişti. Aktif hastalık sırasındaki ölçümlere kıyasla, remisyon sırasındaki sGalektin-9 düzeylerinin önemli ölçüde düştüğü görüldü (p<0,001) (Şekil 1). iGalektin-9, sIP-10 ve iSIGLEC-1'de tedaviden sonra geriledi, ancak istatistiki açıdan anlamlı değildi.

**Sonuç:** sIP-10, iIP-10, sGalektin-9 ve iSIGLEC-1 SLE'de hastalık aktivitesiyle ilişkilidir. Hiçbiri aktif renal hastalığı aktif ekstrarenal hastalıktan ayırt edememiştir. sGalektin-9 tedaviye yanıt takibinde faydalı bir biyobelirteç olabilir (İstanbul Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmiştir. Proje no: TSA-2019-34218).

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik lupus eritematozus, lupus nefriti, biyobelirteç, hastalık aktivitesi



**Şekil 1.** Kırk bir aktif SLE'li hastada tedaviden önce ve sonra serum galektin-9 düzeyleri

**Tablo 1.** Biyobelirteçlerin serum ve idrar düzeyleri

Biyobelirteç	Aktif SLE (n=63)	İnaktif SLE (n=30)	Sağlıklı kontrol (n=32)
sGalektin-9 (ng/mL)	11,73 (7,52-14,15)	8,66 (7,51-10,02)	5,61 (4,56-6,6)
sIP-10 (pg/mL)	279,4 (147,5-430,3)	173,4 (142,2-247,9)	74,3 (58,8-103)
sSIGLEC-1 (pg/mL)	181,2 (157,8-213,9)	182,5 (169,9-203,1)	258,3 (179-602)
iGalektin-9 (ng/mL)	8,83 (4,07-18,11)	11,54 (7,03-15,07)	10,63 (5,55-17,4)
iIP-10 (pg/mL)	34,4 (15,9-73,9)	20,8 (9,9-53,3)	12,2 (1,8-25,7)
iSIGLEC-1 (pg/mL)	321 (236,3-370,9)	297,6 (247,7-371)	290 (205,1-323,5)
iGalektin-9 (ng/mgKre)	15,5 (9,60-32,05)	11,41 (8,78-19,54)	13,57 (11,27-22,08)
iIP-10 (pg/mgKre)	73,4 (40,9-136,9)	26,1 (18,1-55,1)	16,4 (5-32,5)
iSIGLEC-1 (pg/mgKre)	619,6 (389,4-1056,5)	393,2 (248,6-715,8)	425,6 (264,7-925,9)

## Sistemik lupus eritematozusta hastalık ilişkili hasar COVID-19 enfeksiyonunun seyrini olumsuz etkiler

Çiğdem Çetin<sup>1</sup>, Numune Aliyeva<sup>1</sup>, Übeyde Ayşe Gülseren<sup>2</sup>, Ege Sinan Torun<sup>1</sup>, Selma Sarı<sup>1</sup>, Ömer Uludağ<sup>2</sup>, Yasemin Yalçınkaya<sup>1</sup>, Ahmet Gül<sup>1</sup>, Murat İnanç<sup>1</sup>, Bahar Artım 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

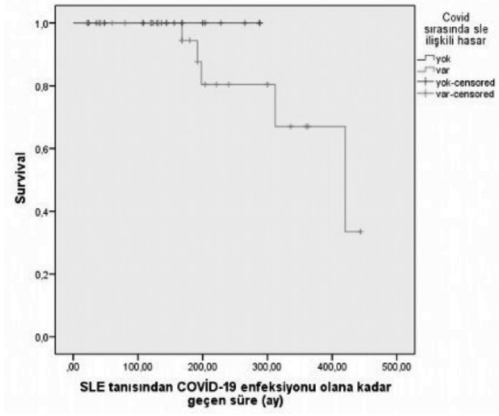
**Amaç:** Enfeksiyon SLE hastalarında önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir.

**Yöntem:** SLE'li 1000 hastanın bilgisine telefonla ve halk sağlığı yönetim sisteminden ulaşıldı ve COVID-19 geçirenler belirlendi. Veri tabanındaki SLE kümülatif klinik ve laboratuvar özellikleri, immünoşüpresif tedavileri ve hasar (SDI) bilgileri kaydedildi ve güncellendi. COVID-19 enfeksiyonu sırasındaki hastalık aktivitesi (SLEDAI-2K) ( $\geq 4$  aktif hastalık) ve klinik/laboratuvar bulgular belirlendi.

**Bulgular:** COVID-19 geçiren 74 hasta vardı. Elli sekiz verisi tam hasta çalışmaya alındı. %89,7'si kadın, ortalama yaş  $44 \pm 12$  yaşında lupus nefriti, %24'ünde APS vardı. %86'sında sürüntü PCRları pozitif. %72,4'üne toraks BT çekilmişti. Bunların %62'sinde COVID-19 parankim tutulumu vardı. Öksürük ve nefes darlığı en sıkı. Yüzde 38 hasta hospitalize edilmişti. Ortalama hospitalizasyon süresi  $10,6 \pm 5,5$  gündü. Bunların %24'ünün oksijen terapisi (12 nazal kanül, 2 yüksek akımlı) ihtiyacı olmuştu. Yatış yapılan 4 hastanın yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) takip ihtiyacı olmuş, 2'si invaziv mekanik ventilatör altında kaybedilmişti. Ortalama YBÜ yatış süresi  $5,5 \pm 4,5$  gündü. COVID-19 geçirenlerde mortalite oranı %8,6 idi. Enfeksiyon sırasında ortalama SLEDAI-2K  $1,4 \pm 2,3$ 'tü. Hastaların %18'sinde SLEDAI-2K skoru  $\geq 4$  idi. Aktif ve inaktif hastalar arasında hospitalizasyon, YBÜ yatışı ve ölüm açısından fark görülmedi. Hastaların %46,6'sında SLE ilişkili organ/sistem hasarı vardı; ortalama SDI  $1,5 \pm 2,3$ 'tü. Hasarlı grupta COVID-19 nedeniyle ölüm ve pnömoni daha fazlaydı ( $p < 0,05$ ) (Grafik 1). Ölenlerin hasar skoru daha yüksekti ( $p < 0,001$ ). Hastaların %10,3'ü enfeksiyon öncesindeki 6 ayda rituksimab (Rtx) almıştı. Rtx alan hastalarda hospitalizasyon, dispne ve  $O_2$  ihtiyacı daha fazlaydı ( $p < 0,05$ ). Pnömoni Rtx alanlarda, PCR pozitifliği olmayanlarda daha yüksekti ( $p < 0,05$ ). COVID-19 sırasında steroid dışı immünoşüpresif kullanan hastaların tümünün ilaçlarına devam edildiği, %78'inde steroid ve %81'inde hidroklorokin kullanıldığı belirlendi. %70'inde antiviral, 29'unda antibakteriyel, 3'ünde gelişen makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) nedeniyle biyolojik ajan kullanıldığı belirlendi. İki hastada COVID-19 ile derinleşen, birinde yeni ortaya çıkan trombositopeni nedeniyle IVIG kullanıldı. Yeni tromboz yoktu.

**Sonuç:** SLE hastalarında, hastalık ile ilişkili hasar COVID-19 enfeksiyonuna bağlı ölümler açısından önemli bir risk faktörüdür.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik lupus eritematozus, COVID-19, hasar



**Grafik 1.** Hasarı olan ve olmayan SLE hastalarında COVID-19 enfeksiyonu nedeniyle mortalite

## SS-21

### Sistemik lupus eritematozus sınıflandırma kriterlerinin (1997, 2012, 2019) performanslarının tek merkezli kohort hastalarında karşılaştırılması: 2019 ACR/EULAR kriterleri ne getirdi?

Ege Sinan Torun<sup>1</sup>, Erdem Bektaş<sup>2</sup>, Fatih Kemik<sup>2</sup>, Murat Bektaş<sup>1</sup>, Çiğdem Çetin<sup>1</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>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:** 1997 ACR, 2012 SLICC ve 2019 EULAR/ACR sınıflandırma kriterlerinin duyarlılık ve özgüllükleri farklı popülasyonlarda ve farklı klinik koşullarda değişkenlik gösterebilmektedir. Çalışmamızın amacı, sistemik lupus eritematozus (SLE) hastalarında sınıflandırma kriterlerinin performanslarını karşılaştırmaktır.

**Yöntem:** SLE hastalarının ve kontrol grubunun tıbbi kayıtları incelenmiş ve hastaların sınıflandırma kriterlerini doldurup doldurmadıkları araştırılmıştır. Klinik tanı (en az 6 aylık takip süresi ile beraber) altın standart olarak kabul edilmiştir. ANA pozitif SLE hastalarında ve kontrollerde alt grup analizi yapılmıştır. 2012 SLICC ve 2019 EULAR/ACR kriterlerini karşılamayan SLE hastaları ve her iki kriteri de karşılayan kontrol hastaları ayrıca incelenmiştir.

**Bulgular:** Toplam 392 SLE hastası ve 294 kontrol hastası (48 farklılaşmamış bağ dokusu hastalığı, 51 Sjögren hastalığı, 43 idiyopatik enflamatuvar miyopati, 50 sistemik skleroz, 52 primer antifosfolipid sendromu, 15 romatoid artrit, 15 psöriatik artrit ve 20 ANCA ilişkili vaskülit) çalışmaya dahil edilmiştir. Tablo 1, üç sınıflama kriterinin duyarlılık, özgüllük, pozitif ve negatif prediktif değerlerini göstermektedir. Tablo 2, üç sınıflama kriterinin yalnızca ANA pozitif SLE hastaları ve kontrollerdeki performansını ortaya koymaktadır. SLE tanısı ile izlenmekte olan 11 hasta 2012 SLICC ve 2019 EULAR/ACR kriterlerini karşılamamaktadır. Dokuz Sjögren sendromu, 5 antifosfolipid sendromu, bir dermatomyozit ve bir sistemik skleroz hastası ise her iki sınıflandırma kriterini de karşılamaktadır.

**Sonuç:** SLE kohortumuzda her üç kriter seti de yeterli özgüllüğe sahip olmakla birlikte 1997 ACR kriterlerinin duyarlılığı ve negatif prediktif değeri yetersizdir. Klinik olarak SLE tanısı düşünülen bazı olgular yeterli sayıda kriteri karşılamadığı için 2012 SLICC ve 2019 EULAR/ACR kriterleri tarafından SLE olarak sınıflandırılmamıştır. En çok Sjögren hastalığı ve antifosfolipid sendromu tanımlı hastalar 2012 SLICC ve 2019 EULAR/ACR kriterleri tarafından SLE olarak sınıflandırılmaktadır. 2019 EULAR/ACR ve 2012 SLICC kriterlerinin performansı birbiriyle karşılaştırılabilir düzeydedir, ancak yalnızca ANA pozitif hastalar ve kontroller değerlendirmeye alındığında her iki kriter setinin özgüllüğü %90'ın altına düşmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** ACR 1997, EULAR/ACR 2019, sınıflandırma kriterleri, sistemik lupus eritematozus, SLICC 2012

**Tablo 1.** 1997 ACR, 2012 SLICC ve 2019 EULAR/ACR sınıflandırma kriterlerinin duyarlılık, özgüllük, pozitif ve negatif prediktif değerleri

	SLE +	SLE -	Duyarlılık	Özgüllük	Pozitif prediktif değer	Negatif prediktif değer
1997 ACR	+ 308 - 84	15 279	%78,6	%94,9	%95,4	%76,9
2012 SLICC	+ 357 - 35	26 268	%91,1	%91,2	%93,2	%88,4
2019 EULAR/ACR	+ 368 - 24	28 266	%93,8	%90,5	%92,9	%91,7

**Tablo 2.** ANA pozitif SLE hastalarında ve kontrol grubunda 1997 ACR, 2012 SLICC, 2019 EULAR/ACR sınıflandırma kriterlerinin duyarlılık, özgüllük, pozitif ve negatif prediktif değerleri

	SLE +	SLE -	Duyarlılık	Özgüllük	Pozitif prediktif değer	Negatif prediktif değer
1997 ACR	+ 305 - 78	14 175	%79,6	%92,6	%95,6	%69,1
2012 SLICC	+ 353 - 30	23 166	%92,2	%87,8	%93,9	%84,7
2019 EULAR/ACR	+ 368 - 15	28 161	%96,1	%85,2	%92,9	%91,5

## SS-22

### SLE risk olasılık indeksi (SLERPI): Farklılaşmamış bağ dokusu hastalığında SLE'yi tanımlayabilir mi?

Hakan Apaydın<sup>1</sup>, Serdar Can Güven<sup>1</sup>, Berkan Armağan<sup>1</sup>, Pınar Akyüz Dağlı<sup>1</sup>, Hatice Ecem Konak<sup>1</sup>, Bünyamin Polat<sup>1</sup>, Ebru Atalar<sup>1</sup>, Özlem Karakaş<sup>1</sup>, Bahar Özdemir<sup>1</sup>, Mehmet Akif Eksin<sup>1</sup>, Ahmet Omma<sup>1</sup>, Orhan Küçükşahin<sup>2</sup>, Abdulsamet Erden<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

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

**Amaç:** Farklılaşmamış bağ dokusu hastalığı (FBDH), sistemik bir otoimmün hastalığın belirti ve semptomlarının varlığına rağmen, tanımlanmış bağ doku hastalıkları (BDH) için herhangi bir

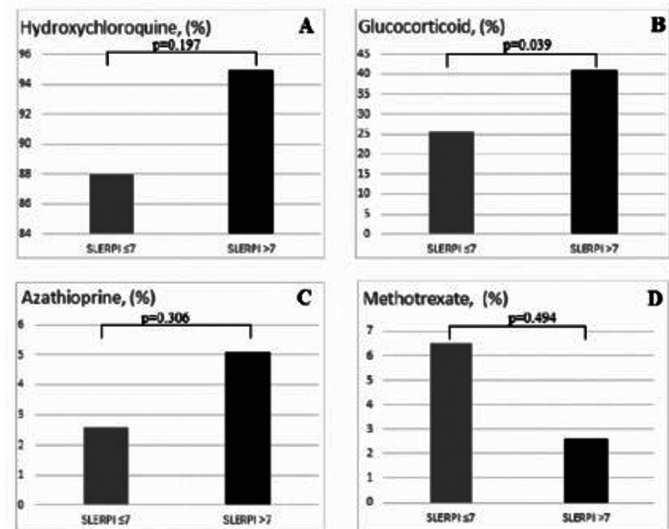
sınıflandırma kriterini karşılamayan durumları tanımlamaktadır. Yakın zamanda sistemik lupus eritematozusun (SLE) erken teşhisine ve tedavisine yardımcı olmak için makine öğrenimi tabanlı yeni bir indeks olan SLE risk olasılık indeksi (SLE risk probability index, SLERPI) geliştirildi. Bu çalışmada, mevcut SLE klasifikasyon kriterlerini karşılamayan FBDH hastalarında SLERPI ile SLE tanımlanıp tanımlanamayacağını araştırdık.

**Yöntem:** FBDH için sınıflandırma kriterlerini karşılayan ama diğer tanımlanmış sistemik bağ dokusu hastalığı için herhangi bir sınıflandırma kriterini karşılamayan 422 hasta çalışmaya dahil edildi. Her hastada SLERPI skorlandı ve >7 puanı olan hastalara SLE ve ≤7 puan olan hastalar ise SLE olmayan hastalar olarak gruplandırıldı. SLE olan ve olmayan hastalar hastalık özellikleri, aldıkları tedaviler ve SLERPI parametreleri açısından karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Hastaların %89,8'i kadın, ortalama yaşı 48 (20) yıl ve ortanca takip süresi 24 (21) aydı. Kohortta en sık görülen klinik bulgu artraljiydi (n=344, %81,5) (Tablo 1). SLERPI'ye göre 7'nin üzerinde puan olarak SLE olan toplam hasta sayısı 39 (%9,2) olup, sadece ANA pozitif olan 369 hasta değerlendirildiğinde 39 hastanın (%10,6) SLERPI puanı >7 olduğu belirlendi. SLERPI kriterleri açısından karşılaştırıldığında, malar/makülopapüler döküntü (p<0,0001), alopesi (p<0,0001), mukozal ülser (p<0,0001), artrit (p=0,012), trombositopeni/otoimmün hemolitik anemi (p<0,0001), proteinüri >500 mg/24 saat (p=0,001), ANA pozitifliği (p=0,009), düşük C3-C4 (p=0,002) ve immünojenik bozukluklar (p<0,0001) SLE grubunda daha fazla olarak saptandı (Tablo 2). SLE grubundaki hastaların çoğunluğu hidroklorokin (n=37, %94,9) ve glukokortikoid (n=16, %41,6) alıyordu ve glukokortikoid kullanımı istatistiksel olarak yüksekti (p=0,039) (Şekil 1).

**Sonuç:** 2019 EULAR/ACR ve 2012 SLICC kriterlerinin artan duyarlılığına ve özgüllüğüne rağmen, SLERPI ile %10 FBDH hastasının SLE olarak tanımlanabileceğini görmekteyiz. SLERPI, romatologların SLE hastalarını daha erken dönemde tanımasını sağlayabilir.

**Anahtar Kelimeler:** ACR, EULAR, SLICC, sistemik lupus eritematozus, SLE risk olasılık indeksi, farklılaşmamış bağ dokusu hastalığı



**Şekil 1.** Non-SLE (SLERPI ≤7) ve SLE (SLERPI >7) gruplarının hidroklorokin, glukokortikoid, azatiopürin ve metotreksat tedavileri açısından karşılaştırılması

**Tablo 1.** FBDH'li 422 hastanın özellikleri ve SLERPI skoru >7 ile SLERPI ≤7 olan FBDH hastalarının klinik özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler	SLERPI skoru >7, n=39 n (%)/medyan (IQR)	SLERPI skoru ≤7, n=383 n (%)/medyan (IQR)	Tüm hastalar n=422 n (%)/medyan (IQR)	p
Kadın	34 (89,7)	345 (89,8)	379 (89,8)	0,988
Yaş (yıl)	42 (25)	49 (19)	48 (20)	0,026
Tanı yaşı (yıl)	38 (26)	46 (20)	45 (21)	0,013
Takep süresi (ay)	24 (21)	24 (21)	24 (21)	0,726
Semptom veya bulgu				
Artralji	35 (89,7)	309 (80,7)	344 (81,5)	0,165
Kserostomi	19 (48,7)	194 (50,8)	213 (50,6)	0,806
Kseroftalmi	18 (47,4)	184 (48,2)	202 (48,1)	0,925
Fotosensitivite	23 (59)	107 (27,9)	130 (30,8)	<0,0001
Raynaud	10 (25,6)	85 (22,2)	95 (22,5)	0,623
Artrit	15 (38,5)	79 (20,6)	94 (22,3)	0,011
Alopesi	19 (48,7)	54 (14,1)	73 (17,3)	<0,0001
Düşük veya ölü doğum	5 (12,8)	28 (7,3)	33 (7,8)	0,224
Schirmer <5 Mm	3 (7,7)	28 (7,3)	31 (7,3)	0,931
Mukozal ülser (burun veya sert damak)	6 (15,4)	21 (5,5)	27 (6,4)	0,016
Malar döküntü	12 (30,8)	9 (2,3)	21 (5)	<0,0001
Ateş	2 (5,1)	18 (4,7)	20 (4,7)	0,706
Livedo retikularis	1 (2,6)	13 (3,4)	14 (3,3)	1
Lökopeni	2 (5,1)	12 (3,1)	14 (3,3)	0,377
Dermografizm	2 (5,1)	9 (2,3)	11 (2,6)	0,27
Serozit	3 (7,7)	4 (1)	7 (1,7)	0,02
Trombositopeni	7 (17,9)	1 (0,3)	8 (1,9)	<0,0001
İnterstitial akciğer hastalığı	0 (0)	6 (1,6)	6 (1,4)	1
Telenjektazi	0 (0)	5 (1,3)	5 (1,2)	1
Ürtiker	0 (0)	5 (1,3)	5 (1,2)	1
Hipokomplementemi	6 (15,4)	11 (2,9)	17 (4)	0,02
Hiperglobulinemi	1 (2,6)	12 (3,1)	13 (3,1)	1
Serolojik bulgular				
Anti-nükleer antikor (ANA) pozitifliği	39 (100)	330 (86,2)	369 (87,4)	0,009
SS-A/Ro	3 (7,7)	61 (15,9)	64 (15,2)	0,241
Anti RNP	1 (2,6)	34 (8,9)	35 (8,3)	0,232
Romatoid faktör	0 (0)	29 (7,6)	29 (6,9)	0,094
SS-B/La	2 (5,1)	21 (5,5)	23 (5,5)	0,926
Anti-dsDNA	3 (7,7)	15 (3,9)	18 (4,3)	0,226
Anti-Sm	1 (2,6)	19 (5)	20 (4,7)	1
Anti SCL-70	1 (2,6)	16 (4,2)	17 (4)	1
Anti-Jo-1	0 (0)	16 (4,2)	16 (3,8)	0,382
Anti-Centromere	1 (2,6)	15 (3,9)	16 (3,8)	1
Anti-PM/SCL	0 (0)	10 (2,6)	10 (2,4)	0,6
SLERPI skoru	8,5 (1,5)	4 (2)		<0,0001
SLERPI skoru >7			39 (9,2)	

**Tablo 2.** FBDH'li hastaların SLERPI kriterlerine göre değerlendirilmesi

SLE risk olasılık endeksi (SLERPI) kriterleri	SLERPI skoru	SLERPI skoru >7, n=39 n (%)	SLERPI skoru ≤7, n=383 n (%)	p
Malar veya makülopapüler döküntü	3	12 (30,8)	10 (2,6)	<0,0001
Subakut kutanöz lupus eritematozus veya diskoid lupus eritematozus	2	0 (0)	3 (0,8)	1
Alopesi veya saç dökülmesi	1,5	19 (48,7)	54 (14,1)	<0,0001
Mukozal ülser	1	19 (48,7)	79 (20,6)	<0,0001
Artrit	2	15 (38,5)	80 (20,9)	0,012
Serozit	1,5	3 (7,7)	7 (1,8)	0,056
Lökopeni	1,5	2 (5,1)	12 (3,1)	0,377
Trombositopeni veya otoimmün hemolitik anemi	4,5	8 (20,5)	0 (0)	<0,0001
Nörolojik bozukluklar	1,5	0 (0)	0 (0)	-
Proteinüri >500 mg/24 saat	4,5	3 (7,7)	0 (0)	0,001
Anti-nükleer antikor (ANA) pozitifliği	3	39 (100)	330 (86,2)	0,009
Düşük C3 ve C4	2	6 (15,4)	11 (2,9)	0,002
İmmünolojik bozukluklar (herhangi biri: Anti-dsDNA, anti-Sm, antifosfolipid antikorları)	2,5	13 (33,3)	47 (12,3)	<0,0001
İnterstitial akciğer hastalığı	-1	0 (0)	6 (1,6)	1

## SS-23

### Sistemik lupus eritematozuslu hastalarda klinik özelliklerin ve prognozun hastalık başlangıç yaşı ile ilişkisi

Didem Şahin Eroğlu<sup>1</sup>, Buğu Bulat<sup>2</sup>, Mustafa Kader<sup>2</sup>, Emine Gözde Aydemir Gülöksüz<sup>1</sup>, Mehmet Levent Yüksel<sup>1</sup>, Tahsin Murat Turgay<sup>1</sup>, Gülay Kımıklı<sup>1</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, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Hastalık tanı yaşına göre sistemik lupus eritematozus (SLE) hastaları arasında klinik manifestasyonlar ve mortalite arasındaki farkların saptanması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmamıza 2010-2020 yılları arasında bölümümüze başvurmuş, SLICC 2012 sınıflama kriterlerini karşılayan 539 hasta dahil edildi. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri hastane sistemi ve dosyalar üzerinden retrospektif olarak tarandı. Hastalar çocukluk çağı (<15 yaş), erişkin (16-49 yaş) ve geç başlangıçlı (>50 yaş) SLE olmak üzere 3 farklı gruba ayrıldı. Yaşa göre sınıflandırılmış gruplarda 5 ve 10 yıllık sağkalımı tahmin etmek için log rank testleri ile Kaplan-Meier eğrilerini kullandık.

**Bulgular:** Beş yüz otuz dokuz hastadan 22'si (%4,1) çocukluk çağı başlangıçlı, 428'si (%79,4) erişkin başlangıçlı ve 89'u (%16,5) geç başlangıçlı idi. Ortalama SLE tanı yaşı 34,6±14,3 yıl idi. Hastaların klinik özellikleri karşılaştırıldığında malar raş çocukluk

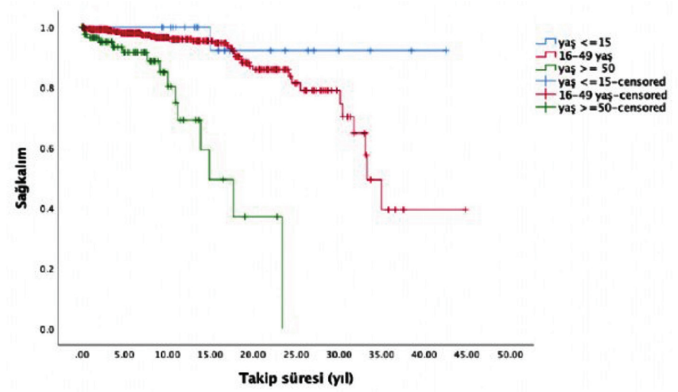
çağı başlangıçlı hastalarda anlamlı şekilde daha sık olarak bulundu (%59,1 vs. %39,7 vs. %25,8, p=0,006). Sinoviyal tutulum da istatistiksel anlamlı olmamakla birlikte yine çocukluk çağı başlangıçlı hastalarda daha sıklıkla idi. Organ tutulumları karşılaştırıldığında ise çocukluk çağı başlangıçlı hastalarda renal tutulum gelişimi anlamlı olarak daha sık idi, buna karşılık hematolojik ve nörolojik tutulum oranları üç grupta benzerdi (Tablo 1). Ancak hematolojik tutulum açısından alt grup analizi yapıldığında hemolitik anemi, çocukluk çağı başlangıçlı hastalarda, erken ve geç başlangıçlı hastalara göre daha sık olarak saptandı. Ortanca 9,0 yıl sonunda 48 (%8,9) hasta eks olmuştu. Tüm kohortta 5 ve 10 yıllık sağkalım oranları sırasıyla %97 ve %95 idi. Tüm nedenlere bağlı mortalite açısından hastalar değerlendirildiğinde geç başlangıçlı SLE'li hastalarda sağkalım diğer 2 gruba göre anlamlı olarak daha düşüktü (log rank <0,001, Şekil 1).

**Sonuç:** Literatürle uyumlu olarak çalışmamızda renal tutulum ve hemolitik anemi gibi daha ağır immüno-supresif tedavi gerektiren tutulumların çocukluk çağı başlangıçlı hastalarda daha sık görüldüğünü göstermiş olduk. Buna karşılık geç başlangıçlı SLE'li hastalarda mortalitenin anlamlı olarak daha yüksek olduğunu saptadık. Bu durum hızlanmış ateroskleroz ve yaşlanma ile ilişkili olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** SLE, tanı yaşı, klinik özellikler, mortalite

**Tablo 1.** Yaş gruplarına göre hastaların demografik ve klinik özellikleri

	Tüm kohort (n=539)	≤15 yaş (n=22)	16-49 yaş (n=428)	≥50 yaş (n=89)	p değeri
Erkek cinsiyet, n (%)	61 (11,3)	1 (4,5)	49 (11,4)	11 (12,4)	0,57
Ateş, n (%)	65 (12,1)	4 (18,2)	51 (11,9)	10 (11,2)	0,66
Akut kutanöz lupus, n (%)	318 (59,0)	15 (68,2)	255 (59,6)	48 (53,9)	0,41
Malar raş, n (%)	206 (38,2)	13 (59,1)	170 (39,7)	23 (25,8)	0,006
Fotosensitivite, n (%)	252 (46,8)	10 (45,5)	204 (47,7)	38 (42,7)	0,69
Kronik kutanöz lupus, n (%)	64 (11,9)	2 (9,1)	52 (12,1)	10 (11,2)	0,89
Oral veya nazal ülser, n (%)	129 (23,9)	3 (13,6)	108 (25,2)	18 (20,2)	0,31
Alopesi, n (%)	117 (21,7)	7 (31,8)	95 (22,2)	15 (16,9)	0,27
Raynaud fenomeni, n (%)	101 (18,7)	1 (4,5)	88 (20,6)	12 (13,5)	0,065
Sinovit, n (%)	270 (50,1)	16 (72,7)	212 (49,5)	42 (47,2)	0,088
Serozal tutulum, n (%)	84 (15,6)	4 (18,2)	63 (14,7)	17 (19,1)	0,55
Renal tutulum, n (%)	202 (37,5)	18 (81,8)	164 (38,3)	20 (22,5)	<0,001
Hematolojik tutulum, n (%)	293 (54,4)	12 (54,5)	232 (54,2)	49 (55,1)	0,98
Trombositopeni, n (%)	127 (23,6)	6 (27,3)	105 (24,5)	16 (18,0)	0,38
Hemolitik anemi, n (%)	109 (20,2)	9 (40,9)	85 (19,9)	15 (16,9)	0,039
Nörolupus, n (%)	136 (25,2)	7 (31,8)	114 (26,6)	15 (16,9)	0,12



**Şekil 1.** Yaş gruplarına göre sağkalım grafiği

## SS-24

### Biyopsiyle gösterilmiş lupus nefriti kohortunda renal prognozu belirleyen klinik ve histopatolojik özellikler

Sibel Varelci<sup>1</sup>, Erdem Gürel<sup>1</sup>, Şafak Mirioğlu<sup>2</sup>, Yasemin Özlük<sup>3</sup>, Işın Kılıçaslan<sup>3</sup>, Halil Yazıcı<sup>4</sup>, Yasemin Yalçınkaya<sup>1</sup>, Ahmet Gül<sup>1</sup>, Mahdume Lale Öçal<sup>1</sup>, Murat İnanç<sup>1</sup>, Bahar Artım Esen<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

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

<sup>4</sup>Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Lupus nefritinde (LN) iyileşen sağkalıma rağmen nüks ve kronik böbrek yetmezliği (KBY) sıklığıdır. Çalışmamızda LN kohortumuzda prognozla ilişkili faktörleri belirlemeyi amaçladık.

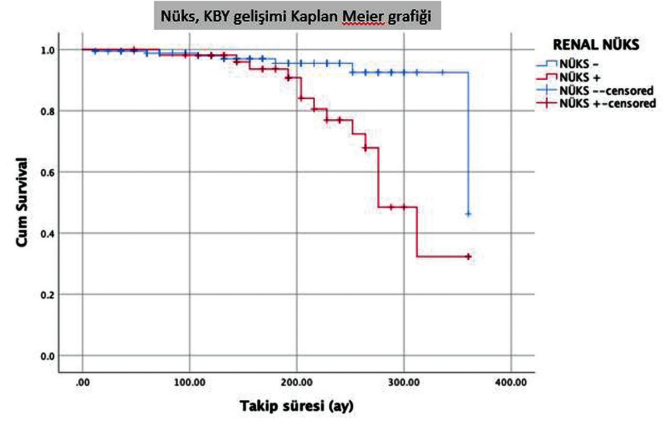
**Yöntem:** Lupus polikliniğimizden takipli, biyopsi ile doğrulanmış LN'si olan hastalardan verileri tam 235 hasta değerlendirildi. Klinik, laboratuvar ve biyopsilerinin histopatolojik özellikleri ile nüks ve KBY gelişimi arasındaki ilişki araştırıldı; sağkalım belirlendi.

**Bulgular:** Kohortun %84'ü kadın, ortalama tanı yaşı 29'du. SLE-LN arası ve LN ortalama süreleri sırasıyla 20±41 ve 163±85 aydı. ISN/RPS 2003 sınıflandırmasına göre en sık sınıf 4 (%46) takiben sınıf 5 (%22) nefrit vardı. En sık prezentasyon nonnefrotik proteinüri ve aktif idrar sedimentiydi (%56). Yüzde 55'inin azatiyoprin (AZA), %25'inin mikofenolatmofetil (MMF) idamesindeyken nüks ettiği saptandı (p<0,001). SLE ve LN arasındaki süre 5 yıldan kısa olanlarda nüks %20, uzun olanlarda %42 idi (p=0,007). Nükslerde serözit, antikardiyolipin (aKL) IgM ve biyopsi parametrelerinden glomerüler hiperselülarite sıklığı fazlaydı (p<0,05). İndüksiyonda siklofosamid alanların (n182) 43'ünde, MMF alanların (n14) 1'inde nüks saptandı. Çoklu analizde 5 yıldan sonra LN olması ve idamede AZA'nın nüks riskini arttırdığı saptandı (p=0,001). Nükslerin %24'ünde, etmeyenlerin %4'ünde KBY gelişmişti (p<0,05) (Şekil 1). Nüks sayısının riski değiştirmediği belirlendi. Başlangıç GFR düşüklüğü, idamede AZA; biyopside interstisyel enflamasyon, fibröz kresent, interstisyel fibrozis varlığı, yüksek kronisite (K) indeks (I) skorları

KBY gelişimi için risk faktörüydü ( $p<0,05$ ). Rebiyopsi yapılan 29 hastanın 23'üne nüks nedeniyle biyopsi yapılmış ve 4'ünde KBY gelişmişti. Bu hastaların rebiyopsilerinde KI skoru ve interstisyel enflamasyon şiddeti ilk biyopsilerine göre fazlaydı ( $p<0,05$ ). Rebiyopsilerde sınıf değişim oranı %30'du. Bunların %80'inde majör tedavi değişikliği yapılmış ve %90'ında remisyon elde edilmişti. Kohortta 5, 10 ve 20 yıllık sağkalım sırasıyla %99, %98 ve %93'tü. KBY ve nüks olanlarda sağkalım azalma eğiliminde olsa da olmayanlara göre anlamlı fark saptanmadı.

**Sonuç:** Nüks, biyopside interstisyel enflamasyon ve fibröz kresent varlığı KBY için riski artırmaktadır. Özellikle geç dönem LN'lerinde nüksün daha sık olduğu dikkate alınmalı, idamede AZA yerine MMF tercih edilmeli, indüksiyon tedavisinde de ilk seçenek olabilmelidir. Rebiyopsi böbrek prognozu konusunda bilgi verebilir ve tedavide yönlendirici olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik lupus eritematozus, lupus nefriti, prognoz, histopatoloji



Şekil 1. Nüks, KBM gelişimi Kaplan Meier grafiği



# Seçilmiş Poster Sunumlar

(SP-001 — SP-024)

## SP-001

### İdiyopatik enflamatuvar miyopatilerde İİM alt grupların ve otoantikör profilinin belirlenmesi

Anna Abbasgholizadeh<sup>1</sup>, Emin Oğuz<sup>2</sup>, Rabia Deniz<sup>1</sup>, Ayşe Engin<sup>3</sup>, Yasemin Yalçınkaya<sup>2</sup>, Bahar Artım Esen<sup>2</sup>, Ahmet Gül<sup>2</sup>, Günnur Deniz<sup>3</sup>, Murat İnanç<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*İstanbul Üniversitesi-İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

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

<sup>3</sup>*İstanbul Üniversitesi Aziz Sancar Deneysel Tıp Araştırma Enstitüsü, İmmünoloji Bilim Dalı, İstanbul*

**Amaç:** Miyozit ilişkili ve miyozit spesifik otoantikörlerin MİA ve MSA İİM hastalarında dağılımını, klinik, tedavi ve takip açısından değerini belirlemek.

**Yöntem:** İİM tanısı ile izlenmekte olan ve 2017 EULAR/ACR kriterlerini karşılayan 69 hasta ve 10 sağlıklı kontrol çalışmaya alındı. Hastaların demografik ve klinik özellikleri dosyalarından elde edildi. Periferik kandan ayrılan serumlar -80 derecede saklandı. İmmünblot yöntemiyle Mi-2 alpha, Mi-2 beta, TIF1g, MDA5, NXP2, SAE1, Ku, PM-Scl100, PM-Scl75, Jo-1, SRP, PL-7, PL-12, EJ, OJ, Ro-52 miyozit otoantikörlerinin varlığı Euroimmun kit kullanılarak belirlendi.

**Bulgular:** İİM hastalarının 47'si %68 kadın, ortalama yaş 52,97±14,04; kontrol grubunun 4'ü %40 kadın, ortalama yaş 31,7±5,85 idi. Otoantikörlerden anti-Jo1: 20%29, anti-Ro52: 20 hastada %29, anti-TIF1g: 10 %14,5, Anti-Mi2b: 6 %8,7, anti-MDA5: 4 %5,8, anti-Pmscl75: 4 %5,8, anti-SRP: 4%5,8, anti-NXP2: 2 %2,9, anti-SAE1: 2 %2,9, anti-Pmscl100: 2%2,9, pozitif olarak saptandı. Anti-Mi2a, Ku, Pl12, Ej, Oj otoantikörleri hiçbir hasta veya kontrolde pozitif bulunmadı. Anti-Mi2b pozitif hastalarda deri tutulumu fazla iken; antisentetaz dışı/anti-Ro52 pozitif olan 30 hastada, interstisyel akciğer hastalığı İAH ve artrit sıklığının daha az saptandığı, deri bulgularının daha baskın olduğu gösterilmiştir. Antisentetaz grubu otoantikör varlığında görüldüğü gibi tek başına anti-Ro52 pozitifliğinde de sıklıkla deri bulgularına akciğer tutulumu eşlik etmektedir. Disfaji ve deri bulgularının anti-Ro52'den sonra en sık gözlemlendiği ikinci otoantikör TIF1g olarak saptanmıştır. Malignite varlığında 9 hastadan 2'sinde %22,2TIF1g pozitifdir. Anti-SRP pozitif olan 4 hastadan birinde çoklu immünoşüpresif tedaviye direnç, bir hastada malignite izlendi. Kalsinosis ile seyreden 4 hastadan 2'sinde anti-NXP2 antikör pozitifliği saptandı. Toplam 4 hastada anti-MDA5 otoantikör pozitifliği saptandı. Bu olgularda heliotrop raş, gottron papülü ve V belirtisi anlamlı olarak sık saptandı. Anti-MDA5 pozitifliği olan olguların yarısında İAH izlendi.

**Sonuç:** İİM hastalarında MSA otoantikörler içinde en sık saptadığımız antikör, anti-Jo1 idi. MİA otoantikörler içerisinde en sık saptanan anti-Ro52 idi. MİA ve MSA'ların İİM hastalarında

araştırılması erken tanıda ve hastalığın organ tutulumu, klinik seyri, tedavi ve izlenmesi açısından önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Enflamatuvar, miyopati, otoantikör

## SP-002

### İdiyopatik enflamatuvar miyopati hastalarında pozitron emisyon tomografisi ile kas tutulumu değerlendirilebilir mi? 34 hastanın değerlendirilmesi

Murat Bektaş<sup>1</sup>, Emine Gökür Işık<sup>2</sup>, Emin Oğuz<sup>3</sup>, Fatih Kemik<sup>4</sup>, Anna Abbasgholizadeh<sup>4</sup>, Burak İnce<sup>1</sup>, Zeynep Gözde Özkan<sup>2</sup>, Yasemin Yalçınkaya<sup>1</sup>, Bahar Artım Esen<sup>1</sup>, Lale Öcal<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*

<sup>3</sup>*Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Van*

<sup>4</sup>*İstanbul Üniversitesi-İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

**Giriş:** İdiyopatik enflamatuvar miyozit (İİM) hastalarında kas tutulumunun saptanmasında elektromiyografi (EMG) ve kas MRG gibi tanı yöntemleri kullanılmaktadır. İİM hastalarında malignite taraması için F-18 FDG PET/BT kullanılmaktadır ve bu yöntem miyozit değerlendirmesinde de faydalı olabilir.

**Amaç:** Bu çalışmada İİM hastalarında malignite taraması için yapılan PET/BT incelemelerinde kas tutulumunun değerlendirilmesi ve klinik parametreler ile ilişkisini incelemeyi amaçladık.

**Yöntem:** 2017 EULAR-ACR sınıflandırma kriterlerini yerine getiren ve aktif dönemde PET/BT yapılan İİM hastaları çalışmaya alındı. PET/BT ile kas tutulumu karaciğer, mediastinal vasküler yapılar (mediastinum) ve lomber longus kası (LLM) ile karşılaştırıldı. Tanısal doğruluğu daha yüksek olan mediastinum FDG uptake'ine göre tek ve çok değişkenli analizler yapıldı.

**Bulgular:** PET/BT sonuçları olan 34 hasta (çalışma grubu) ve İİM dışı 14 malignite tanılı hasta (kontrol grubu) çalışmaya dahil edildi. İİM hastalarının medyan hastalık süresi 12 aydı. İİM ve kontrol grubunda karaciğer, mediastinum ve LLM tutulumları benzerdi; kontrol grubuna göre proksimal ve distal üst ekstremitede (sırasıyla p=0,001, p<0,001) ve proksimal ve distal alt ekstremitede (sırasıyla p=0,003, p<0,001) daha şiddetli kas tutulumu gözlemlendi. Pozitif kas tutulumlarının duyarlılığı ve özgüllüğü karaciğer, mediastinum ve LLM tutulumlarına göre sırasıyla %37,1 ve %100, %65,7 ve %92,9, %91,4 ve %7,1 idi (Tablo 1). Yüksek CK, LDH ve CRP düzeyleri (sırasıyla p=0,026, p=0,028 ve p=0,032) ve pozitif kas MR (p=0,04; OR: 4,1) PET/BT kas tutulumuyla ilişkili bulundu. PET/BT pozitifliği ile kas MR bulguları arasında uyum görüldü (κ=0,412; p=0,04) (Tablo 2). İİM (DM vs PM) ve otoantikör alt grupları, PET/BT pozitifliğiyle

ilişkili bulunmadı. Çok değişkenli analizde, yüksek CRP ( $p=0,017$ , GA %95: 1,03-1,36, OR: 1,18) ve LDH ( $p=0,029$ , GA %95: 1,001-1,017, OR: 1,01) düzeyleri PET/BT pozitifliği ile ilişkiliydi. Bazal kas gücü ( $r=-0,411$ ,  $p=0,04$ ) ile kas tutulumu şiddeti ters korelasyon göstermekteydi.

**Sonuç:** Aktif İİM hastalarda medyan PET/BT ile kas tutulumu kontrol grubuna göre belirgindir ve karaciğer ve mediastinuma göre artış anlamlıdır. Bazal LDH ve CRP düzeyleri FDG değerleri ile korelasyon göstermektedir. PET/BT’de kas tutulumu için en iyi tanısal doğruluk mediastinal vasküler yapılar göre bulunmuştur. PET/BT, İİM hastalarında kas aktivitesinin değerlendirilmesinde kullanılabileceği düşünülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** İdiyopatik enflamatuvar miyozit, PET/BT, kas tutulumu, CK

**Tablo 1.** İİM ve kontrol grubu arasında PET/BT bulgularının karşılaştırılması

Klinik değişkenler	İİM (n=34)	Kontrol grubu (n=14)	p değeri
Karaciğer (SUV-maks) (ortalama $\pm$ SS; range)	3,1 $\pm$ 1,2 (0,38-7,30)	3,6 $\pm$ 0,55 (2,6-4,6)	0,14
Mediastinum (SUV-maks) (ortalama $\pm$ SS; range)	2 $\pm$ 0,85 (0,3-5,2)	2,1 $\pm$ 0,36 (1,4-2,8)	0,7
Lumbal longus kası (LLM) (SUV-maks) (ortalama $\pm$ SS; range)	1,28 $\pm$ 0,6 (0,15-2,7)	1,13 $\pm$ 0,3 (0,7-1,6)	0,4
Proksimal üst ekstremite (SUV-maks) (medyan)	1,7	1,15	0,001*
Distal üst ekstremite (SUV-maks) (medyan)	1,7	1,2	0,036*
Proksimal alt ekstremite (SUV-maks) (medyan)	1,8	1,3	0,003*
Distal alt ekstremite (SUV-maks) (medyan)	1,9	1,2	<0,001*
Kas PET/BT pozitifliği (n, %)			
Karaciğer uptake göre	13 (37,1)	0	0,01† (OR: 7,1)
Mediastinum uptake göre	23 (65,7)	1 (7,1)	<0,001† (OR: 13,7)
LLM uptake göre	32 (91,4)	13 (92,9)	0,9

İİM: İdiyopatik enflamatuvar miyozit, SS: Standart sapma, SUV-maks: Standartlaştırılmış alım değeri-maksimum, PET/BT: Pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografi, LLM: Lumbal longus kası \*Mann-Whitney U testi, † Fischer’s exact testi

**Tablo 2.** PET/BT bulgularına göre İİM’li hastaların klinik ve laboratuvar özelliklerinin tek değişkenli analizi

Klinik ve laboratuvar değişkenler	Pozitif PET-BT	Negatif PET-BT	p değeri
Tanı			
Dermatomiyozit	15 (60)	10 (40)	0,2
Polimiyozit	7 (87,5)	1 (12,5)	
Kas güçsüzlüğü			
Evet	17 (77)	5 (23)	0,4
Hayır	5 (63)	3 (38)	
EMG			
Miyozitle uyumlu	15 (78,9)	4 (21,1)	-0,047** (p=0,8)
Miyozitle uyumlu değil	5 (83,3)	1 (16,7)	
Malignite			
Evet	7 (70)	3 (30)	1
Hayır	16 (70)	7	
Pozitif kas MR			
Evet	16 (88,9)	2 (11,1)	0,412** (OR: 4,1) (p=0,04)
Hayır	3 (50)	3 (50)	
Pozitif kas biyopsisi			
Evet	8 (88,9)	1 (11,1)	0,418** (p=0,1)
Hayır	2 (50)	2 (50)	
Bazal CK düzeyi (U/L) (medyan)	1264	115	0,026*
Bazal LDH düzeyi (U/L) (medyan)	589	301	0,028*
Bazal ESH düzeyi (mm/sa) (medyan)	22	22	0,6
Bazal CRP düzeyi (mg/L) (medyan)	11	2	0,032*

† Fischer’s exact testi, \*Mann-Whitney U testi, \*\*kappa testi SS: Standart sapma, CK: Kreatinin kinaz, ESH: Eritrosit sedimantasyon oranı, CRP: C-reaktif protein, MR: Manyetik rezonans görüntüleme

## SP-003

### Sistemik lupus eritematozus hastalarında COVID-19 enfeksiyonunun seyri ve hastalık alevlenmesi ile ilişkisi

Cansu Akleylek<sup>1</sup>, Ayten Yazıcı<sup>2</sup>, Öznur Sadioğlu Çağdaş<sup>2</sup>, Selime Ermurat<sup>3</sup>, Belkıs Nihan Coşkun<sup>4</sup>, Ayşe Nur Tufan<sup>5</sup>, Selda Çelik<sup>6</sup>, Derya Kaşkari<sup>7</sup>, Burcu Yağız<sup>8</sup>, Neslihan Yılmaz<sup>1</sup>

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

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

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Bursa

<sup>4</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

<sup>5</sup>İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

<sup>6</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

<sup>7</sup>İstanbul Başkent Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

<sup>8</sup>Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Afyon

**Amaç:** Sistemik lupus eritematozus (SLE) hastalarında enfeksiyonlar en sık ölüm nedenlerinden birini teşkil etmektedir. Lupusta hem SARS-CoV-2'nin reseptörü olan *angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2)* geninin yüksek oranda ekspres edilmesinin, hem de hastaların birçoğunda gözlenen artmış Tip 1 interferon sinyalinin COVID-19'un seyrini etkileyebileceği düşünülmektedir. Viral enfeksiyonların lupus alevlenmesine yol açabilmesi nedeniyle COVID-19'un hastalık seyri üzerine etkisi de bir başka merak konusudur. Çalışmamızın amacı COVID-19 gelişen SLE hastalarında enfeksiyon seyrini ve hastalık alevlenmesi riskini ortaya koymaktır.

**Yöntem:** Retrospektif dizayn edilen çok merkezli gözlemsel çalışmaya, Ocak 2020- Mayıs 2021 tarihleri arasında COVID-19 geçiren, 1997 ACR kriterlerine göre SLE tanısı almış 70 hasta dahil edildi. Hastaların demografik bilgileri ile COVID-19 seyirleri kaydedildi. Lupus hastalık aktivitesi, COVID-19 enfeksiyonu öncesi ve 1-6 ay sonrasında SLEDAI-2K kayıtları kullanılarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen hastaların (K/E: 64/6) ortalama yaşları 42,2±12 yıl idi. Majör organ tutulumu 51 (%73) hastada mevcuttu, 62 hasta hidrosiklorokin, 43 kortikosteroid, 41 immünosüpresif ve 5 biyolojik ilaç kullanıyordu. Hastaların yarısının eşlik eden komorbiditesi mevcuttu. COVID-19 tablosu, 49 (%70) hastada evde takip edilebilen hafif bulgular ile izlenirken, 21 (%30) hastada hastane yatışı gerektiren pnömoni [16 (%22) hastada oksijen desteği gereksinimi] tablosu gözlemlendi ve 1 (%1,4) hasta kaybedildi. COVID-19 seyrini etkileyen faktörlerin analizinde yaş (p=0,001) ve steroid kullanımının (p=0,003) hastanede yatış gerektiren hastalık tablosu gelişimi ile ilgili bağımsız risk faktörleri olduğu tespit edildi. COVID-19 enfeksiyonu öncesi SLEDAI-2K skoru 4 (IQR: 1,5-6) saptandı, bu skorlamaya göre 17 (%24) hasta inaktif, 34 (%48,5) hafif aktif, 10 (%14) orta aktif, 6 (%8,5) yüksek aktif ve 3 (%4) çok yüksek aktif idi. COVID-19 sonrası 80. gün

(IQR:60-90) yapılan değerlendirmede; 14 (%20) hastada SLEDAI-2K skoruna göre alevlenme olduğu görüldü.

**Sonuç:** Çalışmamızda COVID-19'un lupus hastalarının %30'unda hastane yatışı gerektirdiğini ve bunun yaş ve steroid kullanımı ile ilişkili olduğu gözlenmiştir. Diğer taraftan enfeksiyon sonrası hastaların %20'sinde lupus alevlenmesine rastlanmıştır. COVID-19 ve hastalık alevlenmesi ilişkisinin daha geniş ölçekli çalışmalarla irdelenmesi gerekli görünmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, hastalık aktivitesi, sistemik lupus eritematozus

## SP-004

### Sistemik sklerozis hastalarında pulmoner fibrozisin akciğer bilgisayarlı tomografi görüntülerinde makine öğrenmesi ile yöntemi kullanılarak saptanması

Duygu Temiz Karadağ, Özgür Çakır, Senar Şan, Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle

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

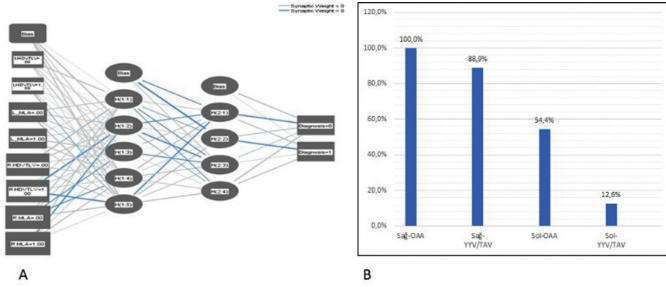
**Amaç:** Sistemik sklerozis (SSk) ilişkili pulmoner fibrozis (PF) SSk'ya bağlı ölümlerin önde gelen nedenlerinden biridir. PF'nin yaygınlığı prognozu belirleme ve tedaviye karar verme açısından önemlidir. YÇBT görüntülerde fibrozisin tanınması ve yaygınlığının saptanması günümüzde radyolog tarafından yapılan semi-kantitatif görsel değerlendirilmeye dayanmaktadır. Ancak, görsel değerlendirme, tecrübe gerektiren ve değerlendiriciler arasında yüksek değişkenlik gösteren bir yöntemdir. Çalışmamızın amacı, makine öğrenmesi yöntemi ile kantitatif BT parametrelerini kullanarak SSk hastalarında PF'yi saptayacak bir model geliştirmektir.

**Yöntem:** SSk hastalarının (94 PF olmayan ve 41 PF olan) YÇBT görüntüleri Vitrea® Advanced Visualization yazılımı ile analiz edildi. Sağ ve sol akciğerler için ortalama akciğer atenuasyonu (OAA), skewness, kurtosis, akciğer hacmi, düşük-, orta- ve yüksek-yoğunluklu akciğer volümleri akciğer atenuasyon eğrisi kullanılarak elde edildi. PF olan ve olmayan SSk hastalarını ayırmada en yüksek önemliliğe sahip değişkeni bulmak ve tahminlemek için test edilen modeller arasından en başarılı Neural Network (Multilayer Perceptron) bulundu ve analizde kullanıldı. Optimizasyon algoritması için Gradien descent, hidden layer aktivasyon fonksiyonu olarak Hyperbolic tangent, output Layer aktivasyon fonksiyonu olarak identity kullanıldı. Training set seçimi için Mini-Batch yöntemi kullanılmış olup %70 Training set %30 Testing set olarak ayarlandı.

**Bulgular:** Ortalama sağ ve sol akciğer atenuasyonu, sağ ve sol sağ yüksek-yoğunluklu akciğer volümü/total akciğer volümü PF olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı olarak farklı saptandı (p<0,001). Bu parametrelerin kullanıldığı Neural Network analizi sonucu oluşturulan model PF olmayan hastaları %85,7 ve PF olanları %87,5 oranında doğrulukla tespit etti. Kullanılan parametrelerden sağ OAA %100 (en yüksek) ve sol yüksek-yoğunluklu akciğer volümü/total akciğer volümünün %12,6 (en düşük) oranlarında modeli desteklediği saptandı.

**Sonuç:** Çalışmamızın sonucu, SSK hastalarında kantitatif yöntemle elde edilen parametrelerin SSK hastaları arasında PF olan ve olmayan grubu yüksek doğrulukla ayırabildiğini göstermiştir. Makine öğrenmesine dayanan bu yöntem, değerlendiriciler arasında değişkenliğin yüksek olduğu semi-kantitatif görsel değerlendirme yönteminin kısıtlılıklarının önüne geçerek SSK'da PF'nin yüksek doğrulukla saptanmasını sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik sklerozis, pulmoner fibrozis, bilgisayarlı tomografi, makine öğrenmesi



**Figür 1.** Makine öğrenmesi sırasında kullanılan Neural Network yönteminin şematik gösterimi ve Neural Network (Multilayer Perceptron) analizinde kullanılan değişkenlerin modele katkısı (A) Hidden layer activation function: hyperbolic tangent; output layer activation function: identity; (B) modelde kullanılan parametreler

**Tablo 1.** PF olan ve olmayan hastaların akciğer BT ölçümlerinin karşılaştırılması

	PF yok n=94	PF var n=41	p
Sağ ortalama akciğer atenuasyonu	-806±65,2	-740±80	<0,001
Sağ akciğer skewness	2,33±0,73	2,01±0,69	0,009
Sağ akciğer kurtosis	8,75±5,02	7,49±5,20	0,042
Sağ düşük-yoğunluklu akciğer volümü	420±446	254±308	0,042
Sağ orta-yoğunluklu akciğer volümü	1377±441	987±451	<0,001
Sağ yüksek-yoğunluklu akciğer volümü	494±177	625±215	<0,001
Sağ total akciğer volümü	2292±578	1866±581	<0,001
Sol ortalama akciğer atenuasyonu	-789±64,5	-719±74,4	<0,001
Sol akciğer skewness	1,93±0,60	1,48±0,53	<0,001
Sol akciğer kurtosis	6,38±3,09	4,54±2,10	<0,001
Sol düşük-yoğunluklu akciğer volümü	367±383	221±271	0,037
Sol orta-yoğunluklu akciğer volümü	1170±433	805±402	<0,001
Sol yüksek-yoğunluklu akciğer volümü	526±251	620±289	0,028
Sol total akciğer volümü	2053±631	1646±592	<0,001

**Tablo 2.** Pulmoner fibrozisi tahmin etmekte kullanılan kantitatif BT parametreleri

Değişkenin önemi	Örneklem (Holdout)	Predicted		
		PF yok	PF var	Percent Correct
Bağımsız değişken	Normalize önem			
Sağ ortalama akciğer atenuasyonu	%100,0 Training (%70)	49	17	%74,2
Sağ yüksek-yoğunluklu akciğer volümü/total akciğer volümü	%88,9	PF yok 7	18	%72
Sol ortalama akciğer atenuasyonu	%54,4	PF var %61,5	%38,5	%73,6
Sol yüksek-yoğunluklu akciğer volümü/total akciğer volümü	%12,6	Overall Percent		
	Testing (%30)			
PF yok		24	4	%85,7
PF var		2	14	%87,5
Overall percent		%59,1	%40,9	%86,4

## SP-005

### Günlük pratikte polimiyaljiya romatika tanısında 2012 ACR/EULAR PMR kriterlerinin kullanılabilirliği ve ultrasonografinin yeri

Güllü Sandal Uzun, Emre Bilgin, Gözde Kübra Yardımcı, Levent Kılıç, Ali Akdoğan, Umut Kalyoncu, Ş. Şule Arpaş Bilgen, Ali İhsan Ertenli, Sedat Kiraz, Ömer Karadağ

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

**Amaç:** Muskuloskeletal ultrasonografi (MUS), günlük romatoloji pratiğinde birçok hastalıkta kullanılmaktadır. 2012 ACR/EULAR provizyonel Polimiyaljiya Romatika (PMR) sınıflandırma kriterlerinde, ek kriter olarak ultrasonografik bulgular da yer almaktadır. Bu çalışmada, kliniğimizde takipli PMR hastalarının tanısında MUS'un yerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmaya 2014 yılından itibaren Hacettepe Üniversitesi Vaskülit Tanı ve Tedavi Uygulama ve Araştırma Merkezi (HÜVAM) prospektif veritabanına kayıtlı PMR tanılı hastalar dahil edildi. Hastaların demografik, klinik ve varsa MUS bulguları kaydedilerek 2012 ACR/EULAR provizyonel PMR sınıflandırma kriterlerini karşılama durumları incelendi.

**Bulgular:** HÜVAM veri tabanına kayıtlı toplam 94 PMR tanılı hastanın 18'i, 2012 ACR/EULAR provizyonel PMR sınıflandırmasının zorunlu 4 kriterin ait verilerin eksikliği nedeniyle çalışmadan dışlandı. Analize dahil edilen 76 hastanın [kadın:52 (%68,4)] ortalama tanı yaşı 67 (±7,7) yıl idi. On dokuz (25%) hastada dev hücreli arterit PMR'ye eşlik ediyordu. MUS dışı zorunlu 4 kriter üzerinden değerlendirildiğinde 46 (%60,5) hasta sınıflandırma kriterlerini karşılıyordu. 19 DHA+PMR hastasının ise sadece 4 (%21,0) tanesi sınıflandırma kriterlerini karşılıyordu. MUS

toplam 14 (%18,4) hastada yapılmıştı. DHA+PMR hastalarının sadece 2'sinde (%10,5), izole PMR hastalarının 12'sinde (%21,1) MUS yapıldığı görüldü (Tablo 1). MUS yapılan 14 hastanın 9'u sınıflandırma kriterlerini karşılıyordu ve MUS kriteri ile ek olarak sadece 1 hastanın daha kriterleri sağladığı görüldü. İzole PMR ve PMR+DHA gruplar arasındaki kriterleri incelediğimizde sabah tutukluğunun anlamlı olarak izole PMR grubunda fazla idi. (<0,001) İzole PMR grubundaki hastaların 2012 ACR/EULAR provizyonel PMR sınıflandırma kriterlerini karşılama sıklığı PMR+DHA grubundaki hastalara göre anlamlı oranda yüksekti (<0,001).

**Sonuç:** PMR kohortumuzdaki hastaların %61'u zorunlu 4 kriter gere sınıflandırma kriterlerini karşılıyordu. DHA+PMR hastalarında ise bu oran çok daha düşüktü. MUS PMR hastalarının dörtte birinden azında kullanıldığı ve DHA birlikteliğinde bu oranın daha da düşük olduğu görüldü. Omuz ve kalça US, bölgesel anatomik zorluklar ve bu konuda yetersiz eğitim/tecrübe nedeniyle daha az yapılmış olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Polimiyalji romatica, ACR/EULAR 2012 kriterleri, dev hücreli arterit

Tablo 1. PMR hastalarının demografik, klinik ve ultrasonografi özellikleri	
Parametreler	
Yaş, yıl *	67 (7,7)
PMR+DHA **	19 (25)
Konstitüsyonel semptomlar (N=70)**	57 (81)
Sabah tutukluğu $\geq$ 45 dk (N=64)**	57 (89)
Kalça ağrısı veya eklem hareket kısıtlılığı (N=63)**	57 (90)
RF/ACPA negatifliği (N=65)**	60 (92)
Diğer eklem tutulumu yokluğu (N=42) **	38 (90)
Laboratuvar testleri*	
• Sedimentasyon (mm/saat)	55,7 (26)
• CRP (mg/dL) (IOR)	3,1 (1,1-23,2)
• Lökosit (/mm <sup>3</sup> )	8,9 (2,4)
• Hb (gr/dL)	12,5 (1,5)
• Trombosit ( $\times 10^3$ /mm <sup>3</sup> )	301 (148)
MUS sonuçları (N=19)**	
• Normal	4 (28,6)
• Bilateral Omuz (sinovit, bursit veya tendinit)	5 (35,7)
• Unilateral omuz+kalça (sinovit, bursit veya tendinit)	5 (35,7)
* ortalama ( $\pm$ standart sapma)	
** n (%)	
DHA: Dev hücreli arterit, PMR: Polimiyalji romatika	

**Tablo 2.** İzole PMR ve DHA+PMR hastalarının demografik ve klinik özelliklerini karşılaştırılması

	İzole PMR (n=57)	PMR +DHA (n=19)	p
Tanı Yaşı	65,7 (6,3)	68,7 (7,9)	0,13
Cinsiyet, kadın	36 (63,2)	16 (84,2)	0,09
Sabah tutukluğu $\geq$ 45 dk (N=64)	51 (96,2)	6 (54,5)	<0,001
Kalça ağrısı veya eklem hareket kısıtlılığı (N=63)	48 (90,6)	9 (10,0)	0,96
RF/ACPA negatifliği (N=65)	46 (93,9)	14 (87,5)	0,40
Diğer eklem tutulumu yokluğu (N=41)	35 (94,6)	3 (75,0)	0,27
2012 kriterlerini karşılama	42 (73,7)	4 (21,1)	<0,001
MUS			
• Normal	4		
• Bilateral omuz	4		
• Unilateral omuz+kalça	4	2	

## SP-006

### Sistemik sklerozis ilişkili interstisyel akciğer hastalığında tedavi yanıtını izlemede bilgisayarlı tomografiye dayalı yeni parametreler

Duygu Temiz Karadağ, Özgür Çakır, Fatma Tuncer, Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle

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

**Amaç:** İnterstisyel akciğer hastalığı (İAH), Sistemik sklerozis (SSk) hastalarında sık görülen ve mortalitenin önde gelen nedenlerinden biridir. Günümüzde, yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (YÇBT) SSk-İAH'nin tanısında, tedaviye karar vermede ve tedavinin takibinde kullanılan başlıca yöntemdir. Çalışmamızın amacı, bilgisayarlı tomografi görüntülerini otomatik yazılımlarla analiz ederek SSk-İAH nedeniyle immünoşüpresif tedavi verilen hastaların takibinde kullanılacak yeni kantitatif parametreleri araştırmaktır.

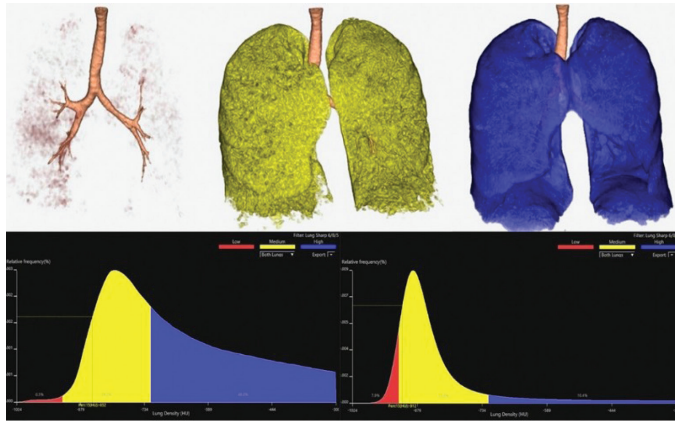
**Yöntem:** Çalışmaya SSk-İAH nedeniyle tedavi gören 78 SSk hastasının içerisinde tedavinin başlangıcında ve takipleri sırasında YÇBT ve solunum fonksiyon testi sonuçlarına ulaşılabilen 35 hasta dahil edildi. Hastaların YÇBT görüntüleri Vitrea® Advanced Visualization yazılımı ile analiz edildi. Akciğer atenuasyon eğrisi kullanılarak sağ ve sol akciğerler için ortalama akciğer atenuasyonu (OAA), düşük-, orta- ve yüksek-yoğunluklu akciğer volümleri, akciğer hacimleri, düşük dansite (DD) indeksi ve yüzde dansite 15 (YD15) elde edildi. Elde edilen parametrelerin zaman içerisindeki değişimi ve SSk-İAH hastalarında tedaviye yanıtı değerlendirmek için kullanılan FVC ve DLCO testleri ile arasındaki ilişki incelendi.

**Bulgular:** Çalışmadaki hastaların %82,9'u kadın, %63'ü diffüz deri tutulumlu, hastalık süresi  $8,13 \pm 5,96$  yıl ve ortalama yaş  $53,8 \pm 9,96$  idi. Takip FVC, DLCO ve tüm BT parametrelerinde (fibrozis yaygınlık skoru dışında) tedavi öncesine göre bir değişim saptanmadı. Başlangıç ve takipte DLCO'nun BT parametrelerinden hiçbirisi ile korelasyon göstermediği, ancak FVC'nin hem başlangıçta hem de takipte sağ orta-yoğunluklu akciğer volümü, sağ ve akciğer hacmi,

sağ ve sol akciğer ortalama atenüasyonu ve fibrozis yaygınlığı ile ilişkili olduğu saptandı. Ayrıca takip FVC ile sağ/sol düşük-yoğunluklu akciğer volümleri, DD indeksi ve YD 15 arasında başlangıçta olmayan bir korelasyon ortaya çıktığı görüldü.

**Sonuç:** Çalışmamızın sonucunda, tedavi altındaki SSk-İAH hastalarında hem başlangıç hem de takip FVC ile anlamlı korelasyon gösteren kantitatif YÇBT parametreleri saptanmıştır. Sonuçlarımız, SFT gibi hasta kooperasyonundan ve semi-kantitatif görsel değerlendirmeye dayanan fibrozis yaygınlık skoru gibi değerlendiriciler arasındaki değişkenlikten etkilenmeyen objektif parametrelerin geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik sklerozis, interstisyel akciğer hastalığı, bilgisayarlı tomografi



**Figür 1.** Akciğer segmentasyonu ve atenüasyon eğrileri

**Tablo 1.** Tedavinin başlangıç ve takipte ayında takip parametrelerindeki değişim

	Başlangıç	Takip	p
FVC	86,3±16,7	79,7±13,9	0,198
DLCO	58,8±27,3	50,5±13,9	0,300
Sağ düşük-yoğunluklu akciğer volümü	160±326	178±328	0,308
Sağ orta-yoğunluklu akciğer volümü	1331±677	1377±600	0,448
Sağ yüksek-yoğunluklu akciğer volümü	555±199	508±161	0,136
Sağ akciğer hacmi	1491±817	1554±699	0,453
Sağ akciğer DD indeksi	7,39±12,2	9,09±15,2	0,313
Sağ akciğer YD15	125±51,2	108±41,3	0,084
Sol düşük-yoğunluklu akciğer volümü	136±323	192±413	0,108
Sol orta-yoğunluklu akciğer volümü	1103±584	1110±484	0,670
Sol yüksek-yoğunluklu akciğer volümü	491±171	482±217	0,238
Sol akciğer hacmi	1240±708	1302±602	0,335
Sol akciğer DD indeksi	7,96±13,1	10,9±18,2	0,188
Sol akciğer YD15	121±55,3	107±48	0,166
Sağ ortalama akciğer atenüasyonu	-702±140	-742±67	0,061
Sol ortalama akciğer atenüasyonu	-713±91,6	-733±72	0,130
Fibrozis yaygınlık skoru	29,9±13,7	35,8±13,2	<0,001

*Düşük dansite indeksi, DD indeksi; yüzde dansite 15, YD15*

**Tablo 2.** Başlangıç ve takip parametrelerin FVC ve DLCO ile BT parametrelerinin ilişkisi

	FVC		Takip		DLCO		Takip	
	Başlangıç		Başlangıç		Başlangıç		Başlangıç	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Sağ düşük-yoğunluklu akciğer volümü	0,291	0,213	0,656	0,002	-0,108	0,624	0,002	0,994
Sağ orta-yoğunluklu akciğer volümü	0,604	0,005	0,571	0,009	0,263	0,226	0,259	0,245
Sağ yüksek-yoğunluklu akciğer volümü	-0,617	0,004	-0,416	0,068	-0,197	0,367	-0,208	0,352
Sağ akciğer hacmi	0,613	0,004	0,735	<0,001	0,205	0,348	0,350	0,110
Sağ akciğer DD indeksi	0,255	0,278	0,571	0,009	-0,138	0,532	-0,59	0,110
Sağ akciğer YD15	-0,337	0,146	-0,659	0,002	0,013	0,952	-0,118	0,602
Sol düşük-yoğunluklu akciğer volümü	0,263	0,262	0,658	0,002	-0,151	0,490	0,007	0,976
Sol orta-yoğunluklu akciğer volümü	0,586	0,007	0,390	0,090	0,248	0,250	0,337	0,125
Sol yüksek-yoğunluklu akciğer volümü	-0,605	0,005	-0,401	0,080	-0,73	0,742	-0,150	0,506
Sol akciğer hacmi	0,643	0,002	0,645	0,002	0,146	0,507	0,381	0,080
Sol akciğer DD indeksi	0,110	0,645	0,612	0,004	-0,191	0,383	-0,50	0,826
Sol akciğer YD15	-0,330	0,156	-0,664	0,001	0,065	0,769	-0,119	0,599
Sağ ortalama akciğer atenüasyonu	-0,769	<0,001	-0,791	<0,001	-0,203	0,341	-0,329	0,135
Sol ortalama akciğer atenüasyonu	-0,813	<0,001	-0,735	<0,001	-0,187	0,381	-0,255	0,247
Fibrozis yaygınlık skoru	-0,741	<0,001	-0,485	0,030	-0,326	0,120	-0,547	0,008

## SP-007

### Primer sjögren sendromu olan hastalarda tükürük bezlerinin OMERACT ultrasonografi puanlarının tükürük akış hızı ile ilişkisi

Gonca Mumcu<sup>1</sup>, Kerem Abacar<sup>2</sup>, İmren Aydın Tatlı<sup>3</sup>, Filiz Türe Özdemir<sup>3</sup>, Meral Yay<sup>4</sup>, Farida Fortune<sup>5</sup>, Nevsun İnanç<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul

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

<sup>3</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji-İmmünoloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>4</sup>Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi, İstatistik Bölümü, İstanbul

<sup>5</sup>Barts and the London School of Medicine and Dentistry, Queen Mary University of London, UK

**Amaç:** Bu araştırmanın amacı; primer Sjögren sendromu (pSS) olan hastalarda, tükürük akış hızı ile tükürük bezlerinin Outcome Measures in Rheumatology ultrasonografi (OMERACT US) puan ilişkisinin incelenmesidir.

**Yöntem:** Bu kesitsel araştırmaya, 58 pSS'li hasta (K/E: 54/4; yaş ort.: 52,49±11,9 yıl) katıldı. Hastaların uyarılmış ve uyarılmamış tükürük akış hızları ile parotis ve submandibuler tükürük bezlerinin OMERACT US puanları (0: normal-3 puan: yoğun homojenite kaybı) çift-kör olarak değerlendirildi. Uyarılmamış tükürük akış hızlarına göre, "Ağız Kuruluğu" olan ( $\leq 0,1$  mL/dak; n=22) ve "Tükürük Akış Hızı Azalan" (n=36) ( $>0,1$  mL/dak-  $<0,4$  mL/dak) gruplar tanımlandı. "Ağız Kuruluğu"nu yansıtan en iyi OMERACT US puanının belirlenmesi için ise ROC analizi yapıldı.

**Bulgular:** Parotis (2,15±2,29) ve submandibuler (3,06±1,91) tükürük bezlerinin OMERACT US puanlarının, uyarılmamış (0,41±0,55 mL/dak) ve uyarılmış (1,05±0,87 mL/dak) tükürük akış hızları ile ilişkili olduğu belirlendi (p<0,05). "Ağız Kuruluğu" olan hastalarda parotis (sağ: 2,0±1,05; sol: 2,0±1,0) ve submandibular bezlerin (sağ: 2,15±0,79, sol: 2,24±0,76) OMERACT US puanlarının, "Tükürük Akış Hızı Azalan" gruba göre (parotis: 0,55±0,86; 0,58±0,88; submandibuler: 1,18±0,87; 1,16±0,86) yüksek olduğu gözlemlendi (p=0,000). ROC analizinde; "Ağız Kuruluğu" olan grup için, OMERACT US puanının "2" olmasının sınır değeri belirlendi (parotis: AUC: 0,834, submandibuler: AUC: 0,781). OMERACT US puanının  $\geq 2$  olma oranı, sağ ve sol parotis bezlerinde %72,7 (n=16) ile %77,3 (n=17) olarak belirlendi. Submandibular bezlerde bu oranın solda %77,3 (n=17), sağda ise %72,7 (n=16) olduğu görüldü. "Tükürük Akış Hızı Azalan" hastalarda ise bu oranların sağ ve sol parotis bezlerinde %19,4 (n=7) ile %22,2 (n=8) olduğu, submandibular bezlerde ise solda %27,8 (n=10), sağda %25 (n=9) olduğu da görüldü. "Ağız Kuruluğu" olan grupta bezlerde tutulum oranlarının "Tükürük Akış Hızı Azalan" gruptan yüksek olduğu saptandı (p=0,000).

**Sonuç:** "Ağız Kuruluğu" olan hastaların tükürük bezlerinin OMERACT US puanlarının "2 puan ve üzerinde olma" oranı yüksekti ve bezlerin benzer şekilde etkilendiği görüldü. "Tükürük Akış Hızı Azalan" hastalarda ise submandibular bezlerin öncelikli olarak süreçten etkilenebildiği düşünüldü.

**Anahtar Kelimeler:** Primer sjögren sendromu, OMERACT US, tükürük akış hızı

## SP-008

### Eritrosit sedimentasyon hızını 100 ve üzerine çıkararak romatolojik hastalıklar

Zehra Özsoy<sup>1</sup>, Emre Bilgin<sup>1</sup>, İmdat Eroğlu<sup>2</sup>, Seren Aksun<sup>2</sup>, Umut Kalyoncu<sup>1</sup>

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

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

**Amaç:** Geçmiş dönemde yapılan bir çalışmada ESH  $\geq 100$  mm/sa üzerinde olan hastaların büyük çoğunluğunu enfeksiyon (%33), malignite (%17) ve enflamatuvar hastalıklar (%14) oluşturmaktaydı. Bununla birlikte, son dönemde değişen tanı ve tedavi dinamiklerinin bu dağılıma nasıl etki ettiği önemli bir araştırma sorusudur.

**Yöntem:** Bu retrospektif bir çalışmada Hacettepe Üniversitesi Hastanesi veri tabanını kullanılmıştır. 2015-2020 yılları arasında ESR  $\geq 100$  olan yatan/ayaktan hastalar belirlendi. Bu hastalar içinden romatolojik tanısı olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalar 3 gruba ayrıldı: yeni tanı romatizmal hastalık, tanı romatizmal hastalığın alevlenmesi veya romatizmal hastalığı olan bir hastada gösterilmiş enfeksiyon. Romatizmal hastalık tanısı, tedavi eden hekimin görüşü, tıbbi öykü, laboratuvar, görüntüleme testleriyle doğrulandı. Romatolojik tanı: enflamatuvar artritler, vaskülitler, bağ doku hastalıkları ve Still hastalığı olarak sınıflandırıldı.

**Bulgular:** ESH  $\geq 100$  ile başvuran 2.442 hasta saptandı. Bu hastalardan romatolojik tanısı doğrulanan toplam 311 (%12,7) hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 204'ü (%65,5) kadın, ortalama yaşları 52,0±17,5'ti. 86 (%27,7) hasta yeni tanı, 111 (%35,7) hasta hastalık aktivasyonu ve 114 (%36,6) hasta enfeksiyon grubuna dahil edildi. Romatolojik tanı gruplarından en sık enflamatuvar artritler [180 (%57,9)] saptanırken, vaskülitler [73 (%23,5)], bağ doku hastalıkları [44 (%14,1)] ve Still hastalığı [14 (%4,5)] takip etmektedir. Yeni tanı grubunda vaskülitler [41 (%47,7)] ön plandayken, hastalık aktivasyonu ve enfeksiyon grubunda enflamatuvar artritler ağırlıklıydı [sırasıyla 92 (%82,9), 61 (%53,5)]. Enflamatuvar artritlerin içinde en sık romatoid artrit [96/180 (%53,3)], vaskülitler içinde en sık büyük damar vaskülitleri ve/veya PMR [39/73 (%53,4)], bağ dokusu hastalıkları içinde en sık SLE [22/44 (%50,0)] saptanmıştır. Diğer dikkat çekici nokta bağ doku hastalıkları grubunda büyük bir hasta grubunun [28/44 (%63,6)] takipte ortaya çıkan enfeksiyon nedeniyle çalışmaya dahil olmasıdır. Çalışmaya dahil olan 14 Still hastasının 9'unda (%64,3) tanı anında ESR  $\geq 100$  olması da dikkat çekicidir.

**Sonuç:** FÜO'ya benzer şekilde ESH  $\geq 100$  olan hastalarda romatolojik hastalıklar malignite ve enfeksiyonlardan sonra yer almaktadır. Vaskülitler özellikle yeni tanı konulan hastalar arasında önemli yer tutarken, enflamatuvar artritler takipte hastalık alevlenmesi veya enfeksiyon gelişen grupta önemli yer tutmaktadır. Ayrıca, bağ dokusu hastalığı grubunda seyirde gelişen enfeksiyonlar ön plana çıkmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Eritrosit sedimentasyon hızı, enflamatuvar artritler, vaskülit, alevlenme, enfeksiyon

**Tablo 1.** Yüksek eritrosit sedimentasyon hızı ile başvuran romatolojik hastalıkların dağılım ilişkisi

Romatolojik Hastalıklar	Tüm Hastalar n = 311	Yeni Tanı Romatolojik Hastalıklar N = 86 (%27,7)	Romatolojik Hastalık Aktivasyonu n = 111 (%35,7)	Romatolojik Hastalıkta Enfeksiyon n = 114 (%36,6)	p*
<b>Kadın, n (%)</b>	204 (65,5)	56 (65,1)	85 (76,6)	63 (55,3)	<b>0,003</b>
<b>Yaş, (ort ±SS), yıl</b>	52,0 ± 17,5	53,4 ± 17,7	48,1 ± 17,5	54,5 ± 16,7	<b>0,014</b>
<b>İnflamatuvar Artritler</b>	180 (57,9)	27 (31,3)	92 (82,9)	61 (53,5)	<b>&lt;0,001</b>
Romatoid artrit	96 (30,9)	13 (15,1)	56 (50,5)	27 (23,7)	
Gut-kristal artrit	13 (4,2)	5 (5,8)	2 (1,8)	6 (5,3)	
Spondiloartrit	58 (18,7)	8 (9,3)	30 (27,0)	20 (17,5)	
JIA	4 (1,3)	0	2 (1,8)	2 (1,8)	
AAA	9 (2,9)	1 (1,2)	2 (1,8)	6 (5,3)	
<b>Vaskülit ve ilişkili Hastalıklar</b>	73 (23,5)	41 (47,7)	11 (9,9)	21 (18,4)	<b>&lt;0,001</b>
BDV + PMR	39 (12,5)	25 (29,1)	7 (6,3)	7 (6,1)	
AAV	18 (5,8)	7 (8,1)	2 (1,8)	9 (7,9)	
Diğer KDV	3 (1,0)	0	0	3 (2,7)	
Poliarteritis nodoza	3 (1,0)	2 (2,3)	1 (0,9)	0	
Behçet sendromu	3 (1,0)	1 (1,2)	1 (0,9)	1 (0,9)	
Romatoid vaskülit	1 (0,3)	1 (1,2)	0	0	
IgG4-ilişkili hastalık	5 (1,6)	5 (5,8)	0	0	
Serebral Vaskülit	1 (0,3)	0	0	1 (0,9)	
<b>Bağ Dokusu Hastalıkları</b>	44 (14,1)	9 (10,4)	7 (6,3)	28 (24,5)	<b>&lt;0,001</b>
SLE	22 (7,0)	5 (5,8)	5 (4,5)	12 (10,5)	
Sistemik skleroz	7 (2,2)	1 (1,2)	1 (0,9)	5 (4,4)	
Sarkoidoz	5 (1,6)	2 (2,3)	0	3 (2,6)	
Sjogren sendromu	3 (1,0)	0	0	3 (2,6)	
Miyozit	2 (0,6)	0	0	2 (1,8)	
Overlap sendromu	1 (0,3)	0	1 (0,9)	0	
Relapsing Polikondrit	2 (0,6)	1 (1,2)	0	1 (0,9)	
Retro. fibrozis	1 (0,3)	0	0	1 (0,9)	
Granulomatos Mastit	1 (0,3)	0	0	1 (0,9)	
<b>Erişkin Still Hastalığı</b>	14 (4,5)	9 (10,5)	1 (0,9)	4 (3,50)	<b>0,03</b>

AAA: Ailesel Akdeniz ateşi, AAV: ANCA asosiy vaskülit, BDV: Büyük damar vaskülit, JIA: Juvenil idiyopatik artrit, KDV: Küçük Damar Vaskülit, PMR: Polimiyalji romatika, SLE: Sistemik lupus eritematozus

\*p değerleri tek grupta Ki-kare testi ile hesaplanmış olup hastalık grupları içinde çalışma gruplarının (yeni tanı, alevlenme ve enfeksiyon) sıklıkları karşılaştırılmıştır. Yüzdeler, sütun yüzedir.

## SP-009

### Psöriazisli hastalarda psoriatik artrit tarama araçlarında kullanılan parametrelerin performansı: Sistematik literatür taraması

Gizem Ayan<sup>1</sup>, Gerçek Can<sup>2</sup>, Murat Bektaş<sup>3</sup>, Ayşe Özdede<sup>4</sup>, Neslihan Akdoğan<sup>5</sup>, Başak Yalıcı Armağan<sup>5</sup>, Eda Öksüm Solak<sup>6</sup>, Serkan Yazıcı<sup>7</sup>, Gülen Hatemi<sup>4</sup>, Esra Özsoy Adışen<sup>8</sup>, Nilgün Atakan<sup>9</sup>, Emel Bülbül Başkan<sup>7</sup>, Murat Borlu<sup>6</sup>, Burhan Engin<sup>10</sup>, Vedat Hamuryudan<sup>4</sup>, Murat İnanç<sup>3</sup>, Sedat Kiraz<sup>1</sup>, Fatoş Önen<sup>2</sup>, Serdal Uğurlu<sup>4</sup>, Savaş Yaylı<sup>11</sup>, Umut Kalyoncu<sup>1</sup>

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

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

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

<sup>4</sup>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>5</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara

<sup>6</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Kayseri

<sup>7</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Bursa

<sup>8</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara

<sup>9</sup>Dermatoimmünoloji ve Allerji Derneği Başkanı

<sup>10</sup>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>11</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Trabzon

**Amaç:** Psöriatik artrit (PsA), farklı hastalık belirtilerine sahip heterojen bir hastalıktır. Psöriazisli hastalarda PsA taraması için çeşitli araçlar geliştirilmiştir ve her biri çalışma popülasyonuna bağlı olarak performans açısından farklılıklar göstermektedir. PsA için optimal bir tarama aracı hala karşılanmamış bir ihtiyaçtır. Bu çalışmada mevcut PsA tarama araçlarının her bir parametresinin performansının belirlenmesi hedeflenmiştir.

**Yöntem:** PubMed’de 15 Ağustos 2020’ye kadar “psoriatic arthritis” anahtar kelimesini kullanarak sistematik bir literatür araştırması gerçekleştirildi. Başlık ve özetlerin 2 bağımsız araştırmacı tarafından taranmasının ardından, bir tarama testini bildiren İngilizce tam metinler belirlendi ve uyumsuzluklar üçüncü bir araştırmacı tarafından çözüldü. Tarama testinin her bir parametresinin duyarlılığı (Sn) ve özgüllüğünü (Sp) bildirilen çalışmalar dahil edildi. Hastalık domainleri şu şekilde gruplanmıştır; eklemler, daktilit, bel ağrısı, entezit, deri-tırnak tutulumu, sabah tutukluğu, fonksiyon, tedavi ve diğer. Hastalık domainleri açısından Sn VEYA Sp %80 olan maddeler analize alınmıştır.

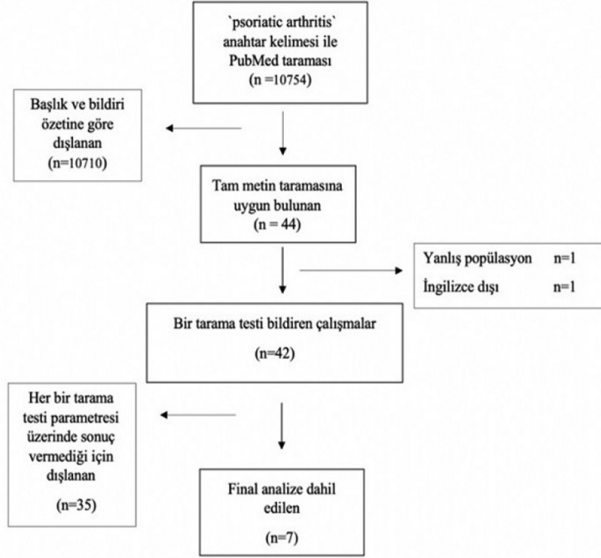
**Bulgular:** 10.754 referans arasında bir PsA tarama testini içeren 44 çalışma belirlendi ve 6 farklı aracın her bir parametresini performansını bildiren 7 çalışma dahil edilmiştir (Figür 1). Domainler için 32 farklı soru belirlenmiştir (Tablo 1). Domainler içerisinde eklemler (n=8), daktilit (n=5) ve fonksiyon (n=4) en fazla soruya sahiptir. Duyarlılığı %80’in üzerinde olan soruların dağılımı şu şekildedir; eklemler (n=2), daktilit (n=1), entezit (n=1), sabah tutukluğu (n=1), diğer (n=1). Özgüllüğü %80’in üzerinde olan soruların dağılımı şu şekildedir; eklemler (n=7), daktilit (n=4), fonksiyon (n=4), bel ağrısı (n=2), entezit (n=2), sabah tutukluğu



(n=2), deri-tırnak tutulumu (n=1), diğer (n=1). Hem duyarlılığı hem de özgünlüğü %80 üzeri olan daktilit ile ilgili bir soru belirlenmiştir.

**Sonuç:** Ülkemiz için geliştirilecek psöriazis hastalarını tarama sorgulamasında aday sorular bu literatür taraması ile belirlenmiştir. Farklı domain'lerde soruların duyarlılıkları göreceli olarak daha düşükken, özgünlükleri kabul edilir düzeyde bulunmuştur. Özellikle periferik eklemler, daktilit, fonksiyon, bel ağrısı ve entezit için olası aday sorular belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Psöriazis, psöriatik artrit, tarama, tanı



**Figür 1.** Sistematik literatür taraması akış şeması

**Tablo 1.** Her parametrenin duyarlılık ve özgüllüğü

DOMAIN	PARAMETRE	Duyarlılık	Özgüllük
EKLEMLER	El bilekleriniz ve el parmaklarınız şişer mi 1,2		
	Eklemleriniz ağrır mı 1,2	42,1-78,9	96,4-97,2
	Hiç eklem veya eklemlerinizde şişlik oldu mu 7	100	69,6-71,8
	Ayaklarınız ve ayak bilekleriniz ağrır mı 1,2	73,6	96,4
	63,2-68,4	78,5-94,4	
	Geçmişte eklem ağrısı veya şişliği öykünüz var mı 3	87,6	55,4
	15,7-36,8	94-94,4	
	Dirsekleriniz ve kalçanız ağrır mı 1,2	42	85
	40	82	
	Eklemlerimde şişlik oluşur 6		
Eklemlerimde sıcaklık hissedirim 6			
DAKTİLİT	El parmaklarınızdan birinde 3 günden fazla şişlik ve ağrı olur mu 1,2	19-78,9	19-97,2
	Hiç el veya ayak parmaklarınızdan birinde ya da herhangi bir ekleminizde herhangi bir nedene bağlı olmaksızın komple şişlik ve ağrı oldu mu 1,2,5	63,1-89,5	67-87,3
	55,3	90,9	
	El veya ayak parmaklarınızın sisos görüntüsüne benzer şekilde şiştiğini farkettim 4	46-54,1	79-82,3
	Ara sıra el veya ayak parmaklarınızın sisos görüntüsüne benzer şekilde şişer 5,6		
BEL AĞRISI	Sırtım ağrır, hareketle daha iyi ve geceleri daha kötü olur 4	61,7	87,9
	Geceleri bel ağrısı nedeni ile uyanır mısınız 1,2,5	21,1-54,1	74,1-92,9
ENTEZİT	Topuklarım ağrır ya da bazen şişer 4	80,8	67,2
	Hiç topuk ağrınız oldu mu 5,7	26,3-66,6	72,9-96,4
	5-15,8	96-100	
DERİ-TIRNAK	El ya da ayak tırnaklarınızda delikler veya çukurlar var mı 7	36,8	91
	SABAH TUTUKLUĞU	Sabahları ellerinizde 30 dakikadan uzun süren tutukluk hisseders misiniz 1,2	47,4-52,6
Sabah tutukluğunuz var mı 3		89,2	51
Sabahları benim için günün en kötü zamanıdır 6		46	80
FONKSİYON	Eklem problemlerim kişisel bakımımı yapma kabiliyetimi etkiledi, örneğin kıyafet giymek, dış fırçalamak 6	38	85
	Günün herhangi bir zamanında en iyi hareket kabiliyetine erişmek benim için birkaç dakika sürer 4	65,9	92,7
	46	87	
	Araba ya da otobüse binip inmekte zorluk yaşıyorum 6	23	82
Parmaklarıma yüzük takmak ya da saat takmakta zorluk yaşıyorum 6			
TEDAVİ	Son 3 ayda, eklem ağrınız için haftada 2'den fazla antienflamatuvar ilaç kullandınız mı 1,2	42,1-63,2	89,2-94,4
	63,8	86,7	
DİĞER	Ağrı kesici ilaçları 2 aydan fazladır almaktayım 4		
	Psöriatik artritiniz var mı 3	88,8	75,6
Hiç bir doktor size artritiniz olduğunu söyledi mi 5,7	52,6-54,1	72,9-96,4	

1 EARP (Maejima et al. 2016), 2 EARP (Lajevardi et al. 2020), 3 A novel, short, and simple screening questionnaire (Garg et al. 2015), 4 STRIPP (Burlando et al. 2020), 5 SiPAS (Salaffi et al. 2017), 6 PASE (Oyur et al., 2014), 7 PEST (Lajevardi et al. 2020)

## Aksiyal spondiloartritli hastalarda egzersiz bariyerleri ve egzersizle ilgili algılanan yararların hastalık ilişkili faktörler ile ilişkisi

Devrim Can Saraç<sup>1</sup>, Deniz Bayraktar<sup>1</sup>, Derya Özer Kaya<sup>1</sup>, Gözde Duran<sup>2</sup>, Emre Alp Akatay<sup>3</sup>, Elif Durak Ediboğlu<sup>4</sup>, Sercan Gücenmez<sup>5</sup>, Mustafa Özmen<sup>4</sup>, Dilek Solmaz<sup>4</sup>, Servet Akar<sup>4</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir

<sup>3</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir

<sup>4</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

<sup>5</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

**Amaç:** Kronik enflamatuvar bir hastalık olan aksiyal spondiloartrit (axSpA) yönetiminde egzersiz gibi tedavilerle elde edilen kazanımların devamlılığını sağlamak açısından egzersizin uzun vadede sürdürülmesi önemlidir. axSpA'lı hastalarda egzersizin yararlı etkileri yönünde birçok kanıt olmasına rağmen, egzersizle ilgili bariyerler ve destekleyiciler yeterince çalışılmamıştır. Bu çalışmanın amacı, axSpA'lı hastalarda egzersiz yapmanın önündeki engelleri ve egzersizle ilgili algılanan sağlık yararlarının hastalık ilişkili faktörler ile ilişkisini incelemektir.

**Yöntem:** ASAS axSpA sınıflama kriterlerine göre 126 axSpA hastası [79 (%63) erkek, medyan (IQR) yaş: 43,0 (38,0/53,0) yıl] çalışmaya dahil edildi. Egzersizle ilgili algılanan bariyer ve yararlar; Egzersiz Bariyerleri/Yararları Ölçeği (Exercise Barriers and Benefits Scale-EBBS) kullanılarak incelendi. EBBS, bariyerler skoru, yararlar skoru ve toplam skor olmak üzere üç farklı şekilde hesaplandı. Ek olarak, fiziksel özellikler (yaş, boy, kilo, vücut kitle indeksi), fonksiyonel durum (Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel indeksi; BASFI), hastalık aktivitesi (Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite indeksi; BASDAI), spinal hareketlilik (Bath Ankilozan Spondilit Metroloji indeksi; BASMI), emosyonel durum (Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği; HAD), ASAS-sağlık indeksi (Assesment of SpondiloArthritis International Society Health index; ASAS-HI) ve hareket korkusu (Tampa Kinezyofobi ölçeği) değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastalarımızın temel demografik ve hastalık ilişkili karakteristikleri Tablo 1'de özetlendi. Hastalık aktivitesi (BASDAI) bu çalışmada egzersiz bariyerleri veya destekleyicileri ile ilişki göstermedi ( $p>0,05$ ), ancak, axSpA hastalarımızın tüm EBBS skorları; fonksiyonel durum, ASAS-HI, depresyon ve hareket korkusu ile anlamlı düzeyde ilişkili bulundu ( $p<0,05$ , Tablo 2). Spinal mobilite ile EBBS'nin bariyerler skoru ve toplam skor arasında anlamlı ilişki gözlemlendi ( $p<0,05$ , Tablo 2). Egzersiz bariyerleri ve yararları skorları ile en güçlü ilişkili olan parametre hareket korkusu olarak saptandı.

**Sonuç:** Sonuçlarımıza göre axSpA'lı hastalarda hastalık aktivitesi egzersiz açısından engel olmadığı gibi kolaylaştırıcı bir rol de oynamıyor gibi görünmektedir. Bununla birlikte, hastaların hareket etme konusunda endişeleri, fonksiyonları ve sağlık algıları egzersiz ilişkili algılarını belirliyor olabilir. Hastaların egzersize uyumu

değerlendirilirken bu parametrelerin göz önünde bulundurulması ve uygun düzenlemelerin yapılması uygun olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Egzersiz, spondiloartrit, bariyerler

**Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri ve hastalık ilişkili karakteristikleri**

n=126	Medyan (IQR 25/75)
Cinsiyet (kadın/erkek)	47/79
Yaş (yıl)	43,0 (38,0/53,0)
VKI (kg/m <sup>2</sup> )	26,6 (23,9/30,1)
EBBS egzersiz bariyerleri	30,0 (28,0/32,0)
EBBS egzersiz yararları	59,0 (55,0/66,0)
EBBS toplam skor	89,5 (83,8/96,0)
BASDAI (skor)	2,2 (1,0/3,9)
BASMI (skor)	2,9 (1,6/4,6)
BASFI (skor)	2,0 (0,7/3,5)
ASAS-HI (skor)	6,0 (2,1/8,6)
HAD-anksiyete (skor)	6,0 (3,0/9,0)
HAD-depresyon (skor)	5,0 (1,0/10,0)
TAMPA (skor)	39,0 (35,0/43,0)

n: sayı, VKI: Vücut kitle indeksi, kg: kilogram, m: Metre, IQR 25/75: Çeyrekler arası aralık 25/75, EBBS: Egzersiz bariyerleri/yararları ölçeği, BASFI: Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel indeksi, BASDAI: Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite indeksi, BASMI: Bath Ankilozan Spondilit Metroloji indeksi; HAD: Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği, ASAS-HI: Assesment of SpondiloArthritis International Society Health index, TAMPA: Tampa Kinezyofobi ölçeği

**Tablo 2. Aksiyal spondiloartritli hastalarda egzersiz bariyerleri ve egzersizle ilgili algılanan yararların hastalıkla ilişkili parametreler ile ilişkisi**

n=126	Egzersiz bariyerleri	Egzersiz yararları	EBBS toplam skoru
BASDAI (skor)	rho=0,133 p=0,139	rho=0,053 p=0,553	rho=0,092 p=0,303
BASMI (skor)	rho=0,219 p<0,014*	rho=0,133 p=0,139	rho=0,189 p=0,034*
BASFI (skor)	rho=0,189 p=0,034*	rho=0,177 p=0,048*	rho=0,192 p=0,031*
ASAS-HI (skor)	rho=0,237 p=0,008*	rho=0,223 p=0,012*	rho=0,255 p=0,004*
HAD-anksiyete (skor)	rho=0,202 p=0,023*	rho=0,195 p=0,029*	rho=0,214 p=0,016*
HAD-depresyon (skor)	rho=0,274 p=0,002*	rho=0,265 p=0,003*	rho=0,311 p<0,001*
TAMPA (skor)	rho=0,381 p<0,001*	rho=0,296 p=0,001*	rho=0,354 p<0,001*

$p<0,05$ , \*: Spearman sıra korelasyon katsayısı, n: sayı, EBBS: Egzersiz Bariyerleri/Yararları Ölçeği, BASFI: Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel indeksi, BASDAI: Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite indeksi, BASMI: Bath Ankilozan Spondilit Metroloji indeksi; HAD: Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği, ASAS-HI: Assesment of SpondiloArthritis International Society Health index, TAMPA: Tampa Kinezyofobi ölçeği

## SP-011

### Yaş ve cinsiyetleri eşitlenmiş romatoid artrit, psöriyatik artrit ve spondiloartrit hastalarında vücut kitle indeksleri ve obezite oranları benzerdir

Gözde Kübra Yardımcı, Bayram Farisoğulları, Ertuğrul Çağrı Bölek, Emre Bilgin, Emine Duran, Gizem Ayan, Zehra Özsoy, Gül Sandal Uzun, Levent Kılıç, Ali Akdoğan, Ömer Karadağ, Şule Apraş Bilgen, Sedat Kiraz, Umut Kalyoncu, Ali İhsan Ertenli

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

**Amaç:** Geniş hasta serilerinde psöriyatik artrit (PsA) hastalarında obezitenin, romatoid artrit (RA) ve spondiloartrit (SpA) gibi diğer enflamatuvar hastalıklara göre daha sık olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte, obezite sıklığı yaşla artmaktadır ve bu hastalıklar arasında yaş ve cinsiyet dağılımı açısından ciddi farklılıklar mevcuttur. Bu çalışmada biyolojik tedavi başlangıcından önce, cinsiyet ve yaş uyumlu enflamatuvar artrit hastalarında obezite sıklığını değerlendirmeyi amaçladık.

**Yöntem:** HUR-BIO (Hacettepe Üniversitesi Biyolojik Ajan Veri Tabanı) 2005 yılından bugüne 5635 enflamatuvar artrit hastasının kaydedilmiş olduğu prospektif ve tek merkezli kayıt kütüğüdür. Biyolojik tedavi öncesinde ve izlemde RA, SpA ve PsA hastalarının demografik özellikleri, klinik ve laboratuvar bilgileri bu veri tabanına kaydedilmektedir. Bu çalışmada HUR-BIO veri tabanına kayıtlı tüm hastaların ve sonrasında yaş ve cinsiyet açısından eşitlenmiş hastaların vücut kitle indeksleri (VKİ) ve obezite (VKİ:  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) oranları karşılaştırıldı. Tanıya göre vücut kitle indekslerindeki değişiklikler araştırılırken iki yönlü ANOVA ve ANCOVA testleri kullanılarak yaşın ve cinsiyetin etkisi değerlendirildi. Grupların yaş ve cinsiyet farklarına göre seçimi propensity skoru kullanılarak yapıldı.

**Bulgular:** 5.059 hastanın (1.834 RA, 2741 SpA ve 484 PsA) bDMARD öncesi boy ve kilo verilerine ulaşıldı ve analiz edildi (Tablo). Çalışmaya dahil edilen RA hastalarının %72,3'ü seropozitif. HLA-B27, SpA hastalarının %64,7'sinde ve PsA hastalarının %22,9'unda pozitif. Tüm hastalar değerlendirildiğinde, obezite hastaların oranı RA ve PsA hastalarında SpA hastalarına göre önemli ölçüde yüksekti (Tablo). Kadın cinsiyet ve ileri yaş VKİ'si anlamlı olarak artırmaktaydı ( $p < 0,001$ ) (Figür). Hasta grupları yaş ve cinsiyet açısından eşitlendiğindeyse, RA, SpA ve PsA hastalarında görülen vücut kitle indeksi farkı ortadan kalkmıştır (Tablo).

**Sonuç:** RA ve PsA hastalarında obezite daha sık bildirilmesine rağmen, bu farklılığın ortaya çıkmasında enflamatuvar artrit alt gruplarından ziyade yaş ve cinsiyet temel faktörler gibi gözükmektedir. Bu nedenle, biyolojik kayıt kütüklerinde obezite bir risk faktörü olarak değerlendirilirken yaş ve cinsiyet göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Romatoid artrit, spondiloartrit, psöriyatik artrit, vücut kitle indeksi, obezite

**Tablo :** Romatoid artrit, spondiloartrit ve psöriyatik artrit hastalarının biyolojik tedavi öncesinde demografik özellikleri ve vücut kitle indeksleri

	RA	SpA	PsA	p	
<b>bDMARD alan tüm hastalar</b>	<b>N</b>	1834	2741	484	
	<b>Kadın, n (%)</b>	1470 (80.2)	1257 (45.9)	334 (69.0)	<b>0.000*</b>
	<b>Yaş, yıl*</b>	52.9±13.4	43.1±11.4	47.4±12.2	<b>0.000*</b>
	<b>Hastalık süresi, yıl*</b>	11 (7-17)	8 (5-13)	7 (3-12)	<b>0.000*</b>
	<b>Vücut kitle indeksi, kg/m<sup>2</sup>*</b>	29.6 ± 6.5	27.7 ± 5.4	29.2 ± 5.8	<b>0.000*</b>
	<b>Obezite, n (%)</b>	811 (44.2)	815 (29.7)	199 (41.1)	<b>0.000*</b>
<b>Yaş ve cinsiyet uyumlu hastalar</b>	<b>N</b>	481	483	484	
	<b>Kadın, n (%)</b>	315 (65.7)	324 (67.1)	334 (69.0)	0.545
	<b>Yaş, yıl*</b>	47 (36-59)	48 (39-57)	47 (38-56)	0.691
	<b>Hastalık süresi, yıl*</b>	10 (6-15)	5 (5-13)	7 (3-12)	<b>0.000*</b>
	<b>Vücut kitle indeksi, kg/m<sup>2</sup>*</b>	28.5 ± 6.1	28.5 ± 5.8	29.2 ± 5.8	0.150
	<b>Obezite, n (%)</b>	183 (38.0)	176 (36.4)	199 (41.1)	0.316

\* Ortalama  $\pm$  S.S. \* Ortanca (ÇAA) RA: Romatoid artrit SpA: Spondiloartrit PsA: Psöriyatik artrit

## SP-012

### Psöriyatik artrit hastalarında mortalite, zaman içindeki değişiklikler ve COVID-19'un etkisi: Çok merkezli psoriyatik artrit kayıt kütüğü (PsART-ID) sonuçları

Abdülşamet Erden<sup>1</sup>, Gizem Ayan<sup>2</sup>, Levent Kılıç<sup>2</sup>, Dilek Solmaz<sup>3</sup>, Sibel Bakırcı<sup>4</sup>, Gezmiş Kimyon<sup>5</sup>, Esen Kasapoğlu Gunal<sup>6</sup>, Atalay Doğru<sup>7</sup>, Özün Bayındır<sup>8</sup>, Ediz Dalkılıç<sup>9</sup>, Cem Özışler<sup>10</sup>, Servet Akar<sup>3</sup>, Gözde Yıldırım Çetin<sup>11</sup>, Emine Figen Tarhan<sup>12</sup>, Orhan Küçükşahin<sup>13</sup>, Ahmet Omma<sup>14</sup>, Emel Gönüllü<sup>15</sup>, Fatih Yıldız<sup>16</sup>, Emine Duygu Ersöz<sup>17</sup>, Muhammed Çınar<sup>18</sup>, Abdurrahman Tufan<sup>19</sup>, Seval Pehlevan<sup>20</sup>, Serpil Ergülü Eşmen<sup>21</sup>, Sema Yılmaz<sup>22</sup>, Tunçay Duruöz<sup>23</sup>, Timuçin Kaşifoğlu<sup>24</sup>, Sibel Zehra Aydın<sup>25</sup>, Umut Kalyoncu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

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

<sup>3</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

<sup>4</sup>Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Antalya

<sup>5</sup>Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Hatay

<sup>6</sup>Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

<sup>7</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Isparta

<sup>8</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

<sup>9</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

<sup>10</sup>Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

<sup>11</sup>Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kahramanmaraş

<sup>12</sup>Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Muğla

<sup>13</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

<sup>14</sup>Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

<sup>15</sup>Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

<sup>16</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Van

<sup>17</sup>Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Adana

<sup>18</sup>Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

<sup>19</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

<sup>20</sup>Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>21</sup>Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Konya

<sup>22</sup>Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Konya

<sup>23</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>24</sup>Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

<sup>25</sup>Ottawa Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ottawa

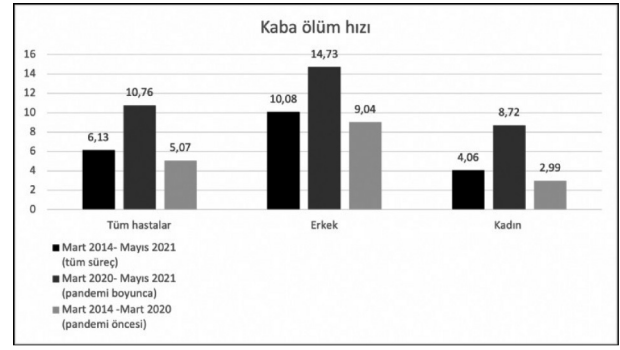
**Amaç:** Pandemi sürecinde romatolojik hastalıkların mortalite oranlarında artış olup olmadığı konusunda net bir bilgi bulunmamaktadır. Bu çalışmada PsA kohortunda pandemi öncesi ve sonrası dönemdeki mortalite oranlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** 2014 yılında ilk hasta alımı yapılan prospektif, çok merkezli, web tabanlı PsART-ID'den (Psoriatik Artrit Kaydı-Uluslararası Veri Tabanı), sadece Türkiye'den kayıtlı olan hastalar analiz edildi. Pandemi öncesi (kayıtların başlangıcından itibaren - Mart 2014-Mart 2020) ve pandemi sırasında (Mart 2020-Mayıs 2021) herhangi bir nedenden dolayı ölümler, ölüm bildirim sisteminden temin edildi. Ölüm nedenleri arasında COVID-19 nedeniyle ölümler ayrıca analize dahil edildi. TÜİK verileri kullanılarak 1000 kişi-yılı başına genel tabakalı ölüm oranları hesaplandı. Kaba ölüm oranı pandemi öncesi, pandemi sırası ve tüm periyod için ve standardize ölüm oranı (SMR) pandemi öncesi için belirlendi.

**Bulgular:** Ortalama (SD) yaşı 51,7 (12,6) ve hastalık süresi 11,4 (6,7) yıl olan ve takip süresi 6,2 (0,9) olan 1216 PsA hastası (%65,1 kadın) çalışmaya dahil edildi (Tablo 1). Toplam, 46 ölüm (26 erkek) gözlemlendi. Erkek hastalar hayatta kalmayan grupta daha sıkı (%56,5'e karşı %34, p=0,002). En sık ölüm nedenleri kardiyovasküler ve enfeksiyonlardı (Tablo 2). Pandemi döneminde 6 hasta COVID-19 nedeniyle kaybedildi. Pandemi döneminde, pandemi öncesine göre pulmoner nedenlerle kayıp daha sıkı. SMR, pandemi öncesinde 0,95 (0,61-1,49) idi. Pandemi öncesi genel kaba ölüm hızı 5,07 iken, pandemi döneminde 10,76 idi (Figür).

**Sonuç:** PsA hastalarında genel ölüm hızı toplum ile benzer olmakla birlikte, erkeklerde kadınlara göre artmış bir mortalite sıklığı vardır. Pandemi döneminde, öncesine göre yaklaşık 2 kat artmış bir kaba ölüm hızı mevcuttur. Pandemi döneminde genel popülasyondaki ölüm hızındaki artış halen bilinmediği için, PsA'da saptanan ölüm hızındaki artışı hastalık ile ilişkilendirmek şu aşamada mümkün değildir. Pandemi dönemindeki genel ölüm hızı açıklandıktan sonra daha ileri yorum yapılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Psoriatik artrit, mortalite, pandemi, COVID-19



**Figür.** Mortalite oranlarının zaman içerisinde değişimi

**Tablo 1.** Sağlık durumuna göre klinik özellikler ve sonuç ölçütleri\*

	Tüm grup n=1216	Yaşayan hastalar n=1170	Ölen hastalar n=46	p**
Erkek, n (%)	424 (34,8)	398 (34)	26 (56,5)	0,002
Yaş, ortalama (SS), yıl	51,7 (12,6)	51,4 (12,5)	59,6 (12,5)	<0,0001
PsA tanı sırasında yaş, ortalama (SS), yıl	40,4 (13,1)	40 (12,9)	49,3 (12,9)	0,003
Psöriazis tanı sırasında yaş, ortalama (SS), yıl	30,8 (14,8)	30,5 (14,7)	37,2 (16,2)	<0,0001
PsART-ID takip süresi (yıl)	6,4 (0,6)	6,4 (0,5)	3,92 (3,8)	<0,0001
PsA süresi, yıl	9,3 (6,4)	9,3 (6,5)	8,2 (9,2)	0,028
Psöriazis süresi, yıl	18,3 (15,5)	18,3 (15,4)	18,7 (22,1)	0,768
Eğitim süresi, yıl	8 (6)	8 (7)	5 (3)	0,004
Vücut kitle indeksi	27,6 (6,3)	27,7 (6,3)	29,3 (6,1)	0,181
Şiş eklem sayısı (0-66)	1 (3)	1 (3)	2 (4)	0,092
Hassas eklem sayısı (0-68)	2 (6)	2 (6)	3 (5)	0,172
BASFI (0-100)	16 (40)	15 (40)	26,5 (44)	0,572
Hasta global değerlendirmesi (VAS) (0-100)	40 (50)	40 (50)	50 (70)	0,522
Hekim global değerlendirmesi (VAS) (0-100)	30 (50)	30 (50)	30 (50)	0,656
Yorgunluk (VAS) (0-100)	40 (55)	40 (52)	40 (70)	0,448
Ağrı (VAS), (0-100)	50 (50)	50 (50)	50 (40)	0,039
HAQ-DI, (0-3)	0,75 (1)	0,75 (1)	1 (1,1)	0,218
ESR mm/saat	21 (26)	20 (26)	34 (22)	0,002
CRP mg/L	4 (11,3)	4 (10,3)	8,5 (17)	0,018
En az bir komorbidite varlığı, n (%)	584 (48)	543 (46,3)	41 (89,1)	<0,0001
Hipertansiyon varlığı, n (%)	264 (21,7)	239 (20,5)	25 (54,3)	<0,0001
Metabolik sendrom varlığı, n (%)	138 (11,3)	125 (10,7)	13 (28,3)	<0,0001
Koroner arter hastalığı varlığı, n (%)	45 (3,7)	32 (2,7)	13 (28,3)	<0,0001
Diabetes mellitus varlığı, n (%)	170 (13,9)	153 (13,1)	17 (37)	<0,0001
Depresyon varlığı, n (%)	204 (16,8)	192 (16,5)	12 (26,1)	0,088
Hiperlipidemi varlığı, n (%)	215 (17,6)	196 (16,8)	19 (41,3)	<0,0001
Hiperürisemi varlığı, n (%)	79 (6,5)	71 (6,1)	8 (17,4)	0,002
Serebrovasküler hastalık varlığı, n (%)	14 (1,2)	13 (1,1)	1 (2,2)	0,421

VAS; görsel analog skala, BASFI: Bath ankilozan spondilit fonksiyonel indeksi, ESR: eritrosit sedimantasyon hızı, CRP: C-reaktif protein, SS: Standart sapma, IQR: Çeyrekler arası aralık

\* Aksi belirtilmedikçe değerler medyan (IQR) olarak verilmiştir.

\*\*p değeri yaşayan ve ölen hastalar için verilmiştir

**Tablo 2.** Ölüm nedenleri ve güncel tedaviler

Ölüm sebepleri n (%)	Tüm hastalar, n=46	Pandemi öncesi, n=31	Pandemi süresince, n=15
Kardiyak sebepler	23 (50)	15 (48,3)	8 (53,3)
Enfeksiyon	23 (50)	15 (48,3)	8 (53,3)
Pulmoner sebepler	12 (26)	2 (6,5)	10 (66,6)
Maligniteler	11 (23,9)	9 (29)	2 (12)
Renal sebepler	6 (13)	5 (16,1)	1 (6)
Hepatobiliyer sebepler	5 (10,8)	4 (12,9)	1 (6)
İntihar/Trafik kazası/Travma/Bilinmeyen	5 (10,8)	5 (16,1)	-
Tedavi ajanları n (%)			
Metotreksat	27 (58,6)	18 (58,1)	9 (60)
Sülfasalazin	10 (21,7)	7 (22,6)	3 (20)
Hidroksikolorokin	4 (8,6)	2 (6,5)	2 (13,3)
Leflunomid	10 (21,7)	8 (25,8)	2 (13,3)
Steroid	18 (39,1)	8 (25,8)	10 (66,8)
Golimumab	4 (8,6)	2 (6,5)	2 (13,3)
Etanersept	2 (4,3)	2 (6,5)	-
İnfliksımab	2 (4,3)	-	2 (13,3)
Tedavi almayan	4 (8,6)	2 (6,5)	2 (13,3)

### SP-013

#### İlerleyici akciğer tutulumu olan sistemik skleroz hastalarında anti-fibrotik tedavi kullanımı: Nintedanib kullanan hastaların klinik özellikleri ve güvenilirlik verileri

Yasemin Yalçınkaya<sup>1</sup>, Shirkhan Amikishiyev<sup>1</sup>, Numune Aliyeva<sup>1</sup>, Züleyha Bingöl<sup>2</sup>, Bahar Artım Esen<sup>1</sup>, Ahmet Gül<sup>1</sup>, Gülfer Okumuş<sup>2</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, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

**Giriş:** Multispesifik tirozin kinaz inhibitörü nintedanib, sistemik skleroz (SSk) ile ilişkili interstisyel akciğer hastalığında (İAH) kullanılmaya başlanan anti-fibrotik bir tedavidir.

**Amaç:** Standart immünoşüpresif tedaviye dirençli ve anti-fibrotik tedavi endikasyonu koyulan ilerleyici SSk-İAH olgularının klinik özelliklerinin belirlenmesi ve nintedanibin erken güvenlik verilerinin değerlendirilmesidir.

**Yöntem:** ACR/EULAR (2013) sınıflandırma kriterlerini karşılayan, ilerleyici akciğer tutulumu nedeniyle nintedanib tedavisi verilen 15 SSk-İAH hastasının verileri retrospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** SSk hastalarının klinik ve demografik özellikleri Tablo 1'de özetlendi. Medyan yaş 49 (35-72), Raynaud fenomeni süresi medyan 8 yıl (1-30) ve Raynaud dışı bulgu süresi 4 yıl (1-21) olarak saptandı. Bu hasta grubunda İAH'nin, Raynaud semptomu itibarıyla medyan 2 (0,5-20) yıl ve Raynaud dışı bulgu itibarıyla medyan 1 (0,5-11) yıl içinde geliştiği gözlemlendi. İAH saptanmadan önce; yaygın deri tutulumu nedeniyle 7 hasta metotreksat, 1

hasta siklofosamid (SF) tedavisi almıştı. İAH saptandığında ilk tedavi olarak 6 hastaya SF, 5 hastaya mikofenolat mofetil (MMF) ve 4 hastaya azatioprin verilmişti. Anti-fibrotik tedavi öncesi medyan FVC %56 (39-67) ve DLCO %44 (20-67) idi. Nintedanib tedavisi öncesi 14 hasta (%93,3)  $\geq 2$  İS kullanmıştı. İAH saptamasından anti-fibrotik tedavi başlanmasına kadar geçen süre medyan 6 yıl (2-11) idi. Medyan 7 ay (2-18 ay) süreyle kullanılan nintedanib tedavisi 9 hastada MMF ile 6 hastada ise rituksımab-MMF ile kombine olarak verilmişti. Nintedanib kullanımı ile ilgili istenmeyen etkiler Tablo 2'de özetlendi. Bir hasta tedavinin başlangıcından 9 ay sonra küçük hücreli akciğer kanseri nedeniyle kaybedildi.

**Sonuç:** Nintedanib tedavisi, ön planda yaygın deri tutulumlu, anti-Sc170 pozitif olan ve uzun süreli İS tedavilere rağmen ilerleyici SSk-İAH hasta grubumuzda kullanılmaktadır. Nintedanib öncesi İS alma süresi medyan 5 yılın üzerindedir. Hastaların yarısında ön planda gastrointestinal sistemle ilgili istenmeyen etkiler görülmüş ve doz azaltmak gerekmiştir. Nintedanib İS tedavisine rağmen ilerleyici İAH olan SSk hastalarında kullanım güçlüklerine karşın uygun bir tedavi seçeneği olabilir ancak etkinliğinin değerlendirilmesi için uzun süreli gözlem verileri gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik skleroz, interstisyel akciğer hastalığı, nintedanib

**Tablo 1.** SSk-İAH hastalarının klinik ve serolojik özellikleri

	n (%)
Kadın/erkek	12 (80)/3 (20)
Klinik	
Yaygın deri tutulumu	13 (86,7)
Sınırlı deri tutulumu	2 (13,3)
Sinovit	3 (20)
Dijital ülser	8 (53,3)
Transtorasik ekokardiyografi -PAB >30 mmHg	5 (30)
Gastrointestinal tutulum	10 (76,9)
Seroloji	
ANA	13 (86,7)
Anti-Sc170	10 (66,7)
İmmünoşüpresif geçmişi	
Siklofosamid	8 (53,3)
Mikofenolat mofetil	14 (93,3)
Azatioprin	7 (46,7)
Metotreksat	6 (40)
Ritüksımab	6 (40)
Düşük doz steroid	15 (100)

**Tablo 2.** SSK-İAH hastalarında nintedanib tedavisi sırasında gözlenen istenmeyen etkiler

Nintedanib	SSK-İAH (n=15)
İstenmeyen etki n (%)	8 (53,3)
Diyare	5 (30)
Bulantı/kusma	1 (6,7)
Karın ağrısı	3 (20)
Kilo kaybı	3 (20)
Yorgunluk	2 (13,3)
Öksürükte artış	3 (20)
Enfeksiyon (*pnömoni)	3 (20)
Transaminaz yüksekliği	4 (26,7)
Malignite	1 (7,1)
İstenmeyen etki nedeniyle doz azaltma	7 (46,7)
İstenmeyen etki nedeniyle ara verme	2 (13,3)

## SP-014

### Tek merkez lupus nefriti kohortunda tedavi yanıtları

Erdem Gürel<sup>1</sup>, Sibel Varelcı<sup>1</sup>, Yasemin Özlük<sup>2</sup>, Işın Kılıçslan<sup>2</sup>, Halil Yazıcı<sup>3</sup>, Yasemin Yalçınkaya<sup>1</sup>, Ahmet Gül<sup>1</sup>, Mahdume Lale Öçal<sup>1</sup>, Murat İnanç<sup>1</sup>, Bahar Artım Esen<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi-Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>3</sup>İstanbul Üniversitesi-Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Lupus nefritinde (LN) mevcut tedaviler ideal değildir. Çalışmamızda LN'li hastalarımızın tedavi yanıtlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Biyopsi ile doğrulanmış LN'li 235 hastanın tedavi yanıtları ACR/EULAR renal yanıt ve European consensus kriterleri kullanılarak değerlendirildi.

**Bulgular:** İndüksiyonda en sık kullanılan ajan siklofosamid (CyC) (%82,5), takiben mikofenolat mofetildi (MMF) (%5,7). Proliferatif (P)LN'de CyC, membranöz (M)LN'de MMF indüksiyon tedavisinde birinciydi (p<0,05). Rituksimab (Rtx) 2 hastada (PLN) MMF ile kombine uygulanmıştı. İntravenöz immünglobülin 7 (PNL), plazmaferez 4 (trombotik mikroanjyopati) hastada uygulanmıştı. Altıncı ve 12. ayda %80 ve 89 tam yanıt (TY), %12 ve 7 parsiyel yanıt (PY) ve %8 ve 4 yanıtız (NR) vardı. Altıncı ayda NR 16 PLN'linin 5'ine Rtx, 1'ine kalsinörin inhibitörü (CNİ) başlandı, 4'ünde TY elde edildiği; 12. ayda NR olan 5 hastanın 4'üne Rtx, 1'ine CNİ başlandı ve 4'ünde yanıt geliştiği saptandı. MLN'de 6. ayda NR olanların (n=4) 2'sinde, 12. ayda NR olanların (n=3) 2'sinde Rtx + CNİ ile yanıt alınmıştı. Biyopside lökosit eksüdasyonu ve glomerüler hiperselüleritenin tam yanıt olasılığını artırdığı belirlendi (p<0,05). Elli beş nüksün %70'i PLN, %18'i MLN idi. PLN'de nüksün tedavisi CyC (%47) takiben Rtx idi (%31). Nüks tedavisinde hastaların %75'inde yanıt, %10'unda yanıtızlık, %15'inde kronik böbrek yetersizliği (KBY) gelişimi vardı. MLN nüks tedavisinde %70 yanıt, %20 yanıtızlık, %10 KBY gelişimi saptandı. İndüksiyonda CyC alanların %23'ü, MMF alanların

%7'si; idamede azatiyoprin alanların %32'si, MMF alanların %11'i nüks etmişti (p<0,001). Nükslerde %24 ekstrarenal, %7 serolojik aktivite mevcuttu. Nüksü olan ve serolojik aktivitesi olmayan rebiyopsilerde AI yüksekti. Başlangıç ve nüks indüksiyonunda CNİ verilen 13 hastanın tamamı 12. ayda remisyona girmişti (%70 MLN). Rtx verilen 31 hastanın %74'ünde yanıt, %23'ünde KBY, %3'ünde enfeksiyon nedeniyle ölüm gerçekleşmişti.

**Sonuç:** PLN ve MLN'de MMF indüksiyon ve idame tedavisinde başarılı bir ilaçtır. İndüksiyon tedavisine yanıtızlarda veya nükslerde Rtx ve CNİ etkili olsa da daha iyi tedavilere gereksinim vardır. Histopatoloji aktivitenin gösterilmesinde önemlidir ve tedavi yanıtını öngörmede yardımcı olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik lupus eritematozus, lupus nefriti, tedavi yanıtı, prognoz, indüksiyon tedavisi, nüks tedavisi

### Lupus Nefriti Kohortu Genel Özellikler

Özellikler	Değer
Cinsiyet, kadın, n (%)	197 (89,8)
SLE tanı yaşı, ortalama ± SS	28,7±10,8 (10-58)
Juvenil başlangıç n (%)	32 (13,6)
Hastalık süresi, ay, ortalama ±SS	169,4±85 (12-396)
Renal tutulum süresi, ay, ortalama ± SS	150,2±83,6 (12-396)
SLE tanısı ile renal tutulum arası süre, ay ortalama ± SS	19,9±41,6 (0-228)
Takip süresi, ay, ortalama ± SS	162,7±85 (12-360)
Ölüm, n (%)	10 (4,3)

## SP-015

### ANCA ilişkili vaskülitlerde akciğer tutulumu HRCT bulgularının bağ doku hastalığı ve idiyopatik pulmoner fibrozis tutulumu bulgularından farkı var mıdır?

Elif Durak Ediboğlu<sup>1</sup>, Şebnem Karasu<sup>2</sup>, Cesur Gümüş<sup>2</sup>, Muzaffer Onur Turan<sup>3</sup>, Tuğçe Ekici<sup>2</sup>, Haluk Cinaklı<sup>1</sup>, Esra Erpek<sup>1</sup>, Eda Otman Akat<sup>1</sup>, Gülay Alp<sup>1</sup>, Dilek Solmaz<sup>1</sup>, Servet Akar<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir

<sup>3</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

**Amaç:** Antinötrofilik sitoplazmik antikor (ANCA) ilişkili vaskülitler (AAV) küçük ve orta çaplı damarlarda nekroz ve enflamasyona neden olan bir grup hastalıktır. Akciğerler AAV'lerde sıklıkla tutulan organlardır. Sık görülen akciğer tutulumları nodül/kavite, alveolar hemoroji ve interstiyel akciğer hastalığı (İAH) olmakla birlikte vaskülitlerdeki İAH'ye benzer bulgular bağ doku hastalıklarında (BDH) da görülebilmektedir. AAV pulmoner tutulum tipleri ve AAV ilişkili İAH ile ilgili giderek artan bu verilere karşın İAH'nin diğer görüldüğü durumlardan İdiyopatik Pulmoner Fibrozis (İPF) ve BDH'deki klinik ve radyolojik bulguları karşılaştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle biz bu çalışmada AAV'de pulmoner HRCT tutulum paternleri ile İPF ve BDH'nin tutulumlarının klinik ve radyolojik özelliklerinin değerlendirmeyi amaçladık.

**Yöntem:** Çalışmaya 2014-2021 yılları arasında Romatoloji ve Göğüs Hastalıkları Kliniği'nde değerlendirilmiş tanı sırasında anormal HRCT'si olan 45 AAV, 49 İPF ve 53 BDH tanılı hasta dahil edildi. Hastaların klinik ve demografik verileri retrospektif olarak değerlendirildi. HRCT'leri toraks radyologu tarafından hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri ile tanıları bilinmeksizin Fleishner Society Kılavuzu'na göre değerlendirildi.

**Bulgular:** Hasta grupları arasında yaş ve cinsiyet farklılıkları görülmüştür. AAV hastalarında erkek cinsiyet oranı %57,8 ortalama (SD) yaş 57,2 (14,9) bulunmuştur (Tablo 1). HRCT tutulumları değerlendirildiğinde her üç grupta interlobular septal kalınlaşma, retikülasyon, balpeteği, bronşiektazi, nodül, kavite ve konsolidasyonun anlamlı farklı olduğu görüldü (Tablo 2). Hastalık patterni olarak değerlendirildiğinde AAV'lerde UIP patterni diğer iki hastalık grubuna göre anlamlı düşükken pulmoner hemoraji her iki hastalık grubuna göre daha yüksek oranlardaydı. NSIP patterni ise AAV ve BDH tanılı hastalarda benzer oranda olduğu görüldü (Tablo 2).

**Sonuç:** Pulmoner hemoraji, kavite/nodül AAV'nin pulmoner tutulumunu düşürdüren önemli bulgular olmasının yanı sıra AAV'li hastalarda İPF ve romatolojik hastalıkların akciğer tutulumlarına benzer bulgularının gözlenebileceği, özellikle de NSIP patternine sahip hastalarda romatolojik hastalık ayırıcı tanısında AAV'nin de önemli olduğu akıld tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** ANCA ilişkili vaskülit, idiyopatik pulmoner fibrozis, Bağ doku hastalığı, pulmoner tutulum, radyolojik bulgular

## SP-016

### ANCA-ilişkili vaskülit hastalarının demografik ve klinik özellikleri: Türk vaskülit çalışma grubu (trvas) çok merkezli ulusal veri tabanı sonuçları

Ertuğrul Çağrı Bölek<sup>1</sup>, Elif Ediboğlu<sup>2</sup>, Ömer Karadağ<sup>1</sup>

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

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

**Amaç:** Granülomatöz polianjiit (GPA), mikroskopik polianjiit (MPA) ve eozinofilik granülomatöz polianjiit (EGPA); ANCA ilişkili vaskülit (AAV) ile aynı nozoloji altında sınıflandırılmasına rağmen, aralarında sadece klinik özellikler açısından değil coğrafik dağılım olarak da farklılıklar bulunmaktadır. Bu durumun daha iyi tanımlanması için dünyanın farklı bölgelerinden elde edilen verilerin ortaya konması gereklidir. Türk Vaskülit Çalışma Grubu (TRVaS) Çok merkezli veri tabanı, Avrupa ve Asya'nın kesişme noktasında bulunan Türkiye'nin yeni kurulmuş bir web-tabanlı veri tabanıdır. Bu çalışmada, Türk erişkin AAV hastalarının demografik ve klinik özelliklerini belirlenmesi ve diğer ülkelerle kıyaslanması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** 1 Ağustos 2021'e kadar ülke çapında 12 merkez (Şekil 1) tarafından REDCap tabanlı elektronik veri tabanına kaydedilen 3.068 hasta arasında 553 AAV hastası çalışmaya alındı. Demografik veriler, hastalık özellikleri ANCA durumları ve klinik bulgular ile eksitus durumları incelendi.

**Bulgular:** AAV'nin en sık görülen klinik alt tipi, GPA (n=339, %61,3) idi ve bunu sırasıyla MPA (n=83, %15) EGPA (n=74, %13,4) ile sınıflandırılmamış-AAV (uAAV; n=57 %10,3) izlemekteydi. GPA grubunda erkek cinsiyet baskın iken, EGPA'da kadınların sıklığı biraz daha yüksekti. PR3-ANCA/MPO-ANCA pozitifliği GPA için %80,6/%15,7, MPA için %2,6/%94,9 ve EGPA hastaları için %26,3/%52,6 idi. MPA ve sınıflandırılmamış AAV hastaları hastalık başlangıcında daha ileri yaşlardaydılar ve belirgin bir cinsiyet baskınlığı yoktu (Tablo 1). MPA ve sınıflandırılmamış AAV hastalarında mortalite daha yüksek olarak izlendi.

**Sonuç:** Türk Vaskülit Çalışma Grubu'nun çok merkezli e-veritabanı olan (TRVaS) verilerine göre ülkemizde en sık görülen AAV, GPA olup bunu MPA ve EGPA izlemektedir. Türkiye Avrupa ve Asya arasında yer alsın bile, tümü beyaz ırk kökenli popülasyonumuzdaki AAV hastalarının önemli demografik bulguları ve klinik özellikleri Avrupa kohortlarıyla benzerlik göstermektedir. TRVaS çalışma grubuna yeni dahil edilen göğüs hastalıkları, allerji ve nefroloji kliniklerinin iş birlikleri ile gerçek yaşamı daha fazla yansıtacak verilerin elde edileceği beklenmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Vaskülit, ANCA-ilişkili vaskülitler, organ tutulumu, veri kütüğü, kayıt sistemi

Tablo 1. Hasta gruplarının demografik ve klinik bulguları

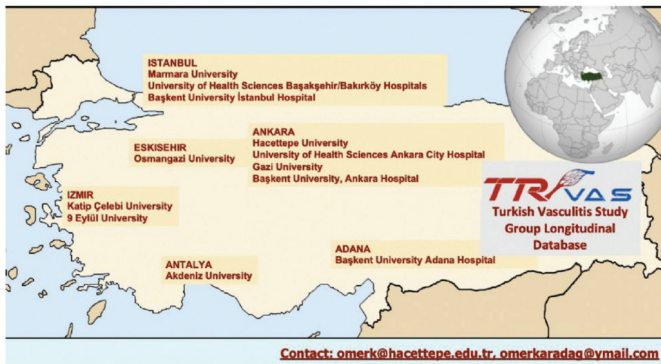
	ANCA ilişkili vaskülit (n=45)	Bağ Doku Hastalığı (n=53)	İdiyopatik Pulmoner Fibrozis (n=49)	p
Cinsiyet, erkek (n) (%)	26 (57.8)	15 (28.3)	37 (75.5)	<0.001
Yaş (yıl) ortalama (SD)	57.2 (14.9)	62 (12.3)	72.2 (9.2)	<0.001
Tanı, (n) (%)				
GPA	23 (51.1)			
MPA	22 (48.9)			
Skleroderma		26 (49.1)		
Romatoid Artrit		22 (41.5)		
Sjögren Sendromu		3 (5.7)		
UBDH		2 (3.8)		

Tablo 2. AAV, BHH ve İPF hastalarında HRCT tutulumları

	AAV (n=45)	BDH (n=53)	İPF (n=49)	p
Parankimal Tutulum n(%)				
Buzlu cam	28 (62.2)	41 (77.4)	31 (63.3)	0.95
Interlobular septal kalınlaşma	13 (28.9)	11 (20.8)	3 (6.1)	0.004
Peribronkovasküler kalınlaşma	6 (13.3)	15 (28.3)	6 (12.2)	0.85
Retikülasyon	35 (77.8)	48 (90.6)	49 (100)	<0.001
Balpeteği	10 (22.2)	25 (47.2)	39 (79.6)	<0.001
Bronşiektazi	11 (24.4)	33 (62.3)	41 (83.7)	<0.001
Nodül	13 (28.9)	6 (11.3)	2 (4.1)	0.024
Kavite	8 (17.8)	1 (1.9)	0	<0.001
Konsolidasyon	27 (60)	3 (5.7)	6 (12.2)	<0.001
Mozaik atenuasyon	4 (8.9)	9 (17)	5 (10.2)	0.87
Amfizem	5 (11.1)	7 (13.2)	6 (12.2)	0.87
Lenfadenopati	4 (8.9)	8 (15.1)	2 (4.1)	0.40
Hastalık patterni n (%)				
UIP	7 (15.6)	25 (47.2)	39 (79.6)	<0.001
Probable UIP	2 (4.4)	8 (15.1)	5 (10.2)	0.38
İndetermine UIP	4 (8.9)	7 (13.2)	3 (6.1)	0.63
NSIP	11 (24.4)	12 (22.6)	0	0.001
Pulmoner hemoraji	6 (13.3)	0	0	0.001

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

	GPA (n=339, %61,3)	MPA (n=83, %15)	Sınıflandırılmayan (n=57, %10,3)	EGPA (n=74, %13,4)
Tanı yaşı, Yıl (Ort ± SS)	48,8±15,8	58,6±13,1	55,3±15,1	46,7±15,1
Hastalık süresi, Ay (Ortanca, ÇAA)	47,0 (IQR: 73,0)	24,5 (IQR: 39,0)	14,0 (IQR: 41,0)	36,5 (IQR: 55,0)
Erkek, %	200 (%59,0)	40 (%48,2)	27 (47,4%)	38 (%51,4)
PR3+% / MPO+% *ELISA sonucu erişilebilen	%80,6/%15,7	%2,6/%94,9	%11,1/%77,7	%26,3/%52,6
Konstitüsyonel semptomlar	%81,4	%63,9	%49,1	%81,1
Mukokütanöz	%26,3	%14,5	%14,0	%28,4
Kas-iskelet	%44,5	%34,9	%8,8	%21,6
Göz	%20,1	%4,8	%7,0	%9,5
KBB	%63,1	%7,2	%3,5	%71,6
Solunum	%72	%69,9	%14,0	%82,4
KVS genel	%3,8	0	%1,8	%14,0
Kardiyak	%2,1	0	%1,8	%12,2
Vasküler	%2,1	0	0	%4,1
GIS	%6,2	%2,4	%1,8	%9,5
Renal ve genitoüriner	%61,1	%88,0	%84,2	%18,9
SSS	%4,1	0	%1,8	%6,8
PSS	%11,8	%12,0	%1,8	%33,8
Mortalite	42/322 (%13,0)	15/78 (%19,2)	9/56 (%16,1)	5/74 (%6,7)

**Şekil 1.** Türk Vaskülit Çalışma Grubu kayıtlarına (TRVAS) katılan merkezler**SP-017****İnfliksımab kullanan Behçet sendromu hastalarında tedavide kalım ve tedavi kesilme nedenleri**

Sinem Nihal Esatoğlu<sup>1</sup>, Nur Beyza Tükek<sup>2</sup>, Sıtkı Safa Taflan<sup>2</sup>, Yılmaz Özyazgan<sup>3</sup>, Didar Uçar<sup>3</sup>, Vedat Hamuryudan<sup>1</sup>, Yeşim Özgüler<sup>1</sup>, Emire Seyahi<sup>1</sup>, Melike Melikoğlu<sup>1</sup>, Uğur Uygunoğlu<sup>4</sup>, Aksel Siva<sup>4</sup>, Zekayi Kutlubay<sup>5</sup>, İzzet Fresko<sup>1</sup>, Sebhattin Yurdakul<sup>1</sup>, Hasan Yazıcı<sup>1</sup>, Gülen Hatemi<sup>1</sup>

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

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

<sup>3</sup>Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>4</sup>Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>5</sup>Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** İnfliksımab (IFX) kullanan Behçet sendromu (BS) hastalarında tedavide kalım oranını ve tedaviyi bırakma nedenlerini saptamayı ve IFX tedavisi kesildikten sonraki klinik seyirlerini değerlendirmeyi amaçladık.

**Yöntem:** 2004-2020 yılları arasında IFX başlanan BS hastalarının dosyaları; demografik özellikler, IFX kullanım nedenleri ve süresi, IFX kesilme nedenleri ve kesilmesini takriben nüks açısından incelendi.

**Bulgular:** İki yüz seksen iki hastanın (220 erkek, ortalama IFX başlama yaşı: 35±5,3) IFX başlama endikasyonları üveit (n=137), vasküler tutulum (n=86), parankimal santral sinir sistemi tutulumu (n=40), gastrointestinal tutulum (n=10), artrit (n=12), mukokütanöz tutulum (n=6), venöz ülser (n=5) ve sekonder amiloidoz (n=1) idi. 15 hastada tedaviyi gerektiren birden fazla tutulum vardı. Ortanca 52 aylık (ÇAA:30-88) takip sonunda, 134 (%48) hasta ortanca 36 ay (ÇAA: 13-58) takip süresince halen IFX alırken, 142 (%50) hastada IFX tedavisi kesilmiş, ve 6 hastaya ulaşılammıştı. Tedavi kesilme nedenleri 27 (%19) hastada remisyon, 43'ünde (%30) yan etki, 33'ünde (%23) etkisizlik, 31'inde (%22) hasta uyum eksikliği, 4'ünde gebelik ve 4'ünde ameliyat öncesi hazırlık idi. IFX kesilmesini gerektiren yan etkiler; infüzyon reaksiyonu (n=20), enfeksiyon (n=8), hepatotoksisite (n=4), malignite (n=4), palmoplantar psoriasis (n=3), liken planus (n=1), ilaca bağlı lupus (n=1), dalak enfarktüsü (n=1) ve sol kalp yetmezliği (n=1) idi.



Remisyon nedeniyle IFX tedavisi kesilen 27 hastanın 5'inde (%18) 4, 21, 26, 29, 38 ve 46 ay sonra nüks görüldü, 22 hastada ise ortanca 35 aylık (ÇAA: 24-68) takip süresince nüks gözlenmedi. Biri IFX alırken, 5'i kesildikten sonra olmak üzere 6 ölüm görüldü. Ölüm nedenleri akciğer adenokarsinomu (n=2), parankimal santral sinir sistemi tutulumu (n=2), ve pulmoner hipertansiyona bağlı sağ kalp yetmezliği (n=2) idi.

**Sonuç:** IFX, BS hastalarının çoğunda organ ve yaşamı tehdit eden belirtilerin tedavisinde başarılı bir şekilde kullanılmaktadır ve uzun vadede ilaçta kalım oranı %48'dir. Remisyon nedeniyle IFX tedavisi kesilebilen %10 oranında hasta dışında yan etki, hasta uyumu eksikliği ve etkisizlik nedeniyle hastaların %38'inde uzun süre ilaçta kalım mümkün olamamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet sendromu, infliksimab, tedavide kalım

## SP-018

### Ailevi Akdeniz Ateşi'nde enflamatuvar romatizmal hastalık varlığında amiloidoz sıklığı: Tek merkez retrospektif bir kohort çalışması

Müge Aydın Tufan

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

**Amaç:** Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA); kendi kendini sınırlayan tekrarlayan ateş, serozit ve artrit atakları ile seyreden, oto-enflamatuvar bir hastalıktır. AAA, klasik klinik bulgular dışında çeşitli enflamatuvar hastalıklarla birliktelik gösterebilir. AAA'lı hastalarda sekonder amiloidoz varlığı prognozu belirleyen en önemli faktördür. Çalışmamızda, AAA'lı hastalarda eşlik eden enflamatuvar hastalık varlığının amiloidoz için bir risk faktörü olup olmadığını belirlemeyi amaçladık.

**Yöntem:** Tel-Hashomer tanı kriterlerini karşılayan 251 hasta çalışmaya alındı. Hastaların demografik özellikleri, klinik, laboratuvar, radyolojik bulguları ve tedavilerini içeren veriler, hastaların tıbbi kayıtlarından geriye dönük olarak elde edildi.

**Bulgular:** İki yüz elli bir AAA tanımlı hastanın 70'inde (%28) eşlik eden enflamatuvar hastalık tespit edildi. Sekonder amiloidoz, enflamatuvar hastalığı olanlarda %5,7 iken, enflamatuvar hastalığı olmayanlarda %2,2 oranında tespit edildi (p=0,004) (Tablo 1). AAA'lı hastalara eşlik eden enflamatuvar hastalıklar ise sırasıyla spondiloartropati (SpA) n=46 (%18,3), enflamatuvar bağırsak hastalığı n=8 (%3,2), Behçet hastalığı n=4 (%1,6), psöriasis ve SpA n=3 (%1,2), IgA vaskülitisi/Henoch-Schönlein purpurası n=3 (%1,2), sistemik skleroz n=3 (%1,2), enflamatuvar barsak hastalığı ve SpA n=2 (%0,8) ve poliarteritis nodosa (PAN) n=1 (%0,4) idi.

**Sonuç:** Çalışmamızda enflamatuvar hastalığın eşlik ettiği AAA'lı hastalarda amiloidoz prevalansı artmıştır. Bu nedenle, klinisyenlerin özellikle inatçı enflamasyonu olan hastalarda, eşlik eden enflamatuvar hastalıklar açısından dikkatli olması gerekmektedir. AAA'lı hastalarda enflamatuvar başka bir hastalığın varlığı, amiloidoz gelişimi için bir risk faktörü olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Ailevi Akdeniz Ateşi, amiloidoz, spondiloartropati

**Tablo 1.** Enflamatuvar hastalık eşlik eden ve etmeyen AAA hastalarının özellikleri

	Enflamatuvar hastalık olanlar (n=70)	Enflamatuvar olmayanlar (n=181)	p
Yaş (yıl)***	40 (18-65)	37 (19-78)	0,64
Cinsiyet (kadın)*	46 (65,7)	114 (63,0)	0,68
Tanı anındaki yaş***	27 (5-63)	28 (3-72)	0,71
Atak-tanı süresi**	5,8±6,7	7,7±8,9	0,12
İlk atak yaşı***	21 (2-54)	20 (1-54)	0,61
Ateş*	44 (63)	123 (68)	0,45
Karın ağrısı*	52 (74,3)	159 (87,8)	0,01
Eklem ağrısı*	63 (90)	115 (63,5)	0,00
Göğüs ağrısı*	8 (11,4)	38 (21)	0,10
Deri tutulumu*	11 (15,7)	12 (6,6)	0,04
Myalji*	18 (25,7)	20 (11)	0,00
Amiloidoz*	4 (5,7)	4 (2,2)	0,004
CRP, mg/L***	3,6 (1-149)	3,3 (1-154)	0,36
ESH, mm/sa***	10,5 (2-82)	10,5 (1-118)	0,71
Fibrinojen, gr/L**	3,4±1,3	3,2±1,1	0,14
Amiloid A, mg/L***	2,6 (0,1-6,8)	3,3 (0,4-346)	0,41
MEFV gen varlığı*	53 (75,7)	111 (61,3)	0,06
M694V homozigot*	8 (11,4)	17 (9,4)	0,96

\*n (%), \*\*Mean±SD, \*\*\*Medyan (min-maks).

CRP: C-reaktif protein, ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı

## SP-019

### Romatoid artritli hastalarda biyolojik tedavi öncesinde geçen süre psöriyatik artrit hastalarına göre üç kat daha uzundur: HUR-BIO gerçek yaşam verileri

Gözde Kübra Yardımcı, Bayram Farisoğulları, Ertugrul Çağrı Bölek, Emre Bilgin, Emine Duran, Gizem Ayan, Zehra Özsoy, Gül Sandal Uzun, Levent Kılıç, Ali Akdoğan, Ömer Karadağ, Şule Apraş Bilgen, Ali İhsan Ertenli, Sedat Kiraz, Umur Kalyoncu

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

**Amaç:** Romatoid artrit (RA) ve psöriyatik artrit (PsA) hastalarında biyolojik DMARD'lar öncesinde sentetik DMARD'ların (özellikle metotreksat) kullanımı önerilmektedir. Bu çalışmada RA ve PsA hastalarında, ilk biyolojikDMARD (bDMARD) başlangıcına kadar kullanılan sentetik DMARD'ların ve hastalık süresinin değerlendirilmesi planlanmıştır.

**Yöntem:** Hacettepe Üniversitesi Biyolojik Ajan Veri Tabanı (HUR-BIO) 2005 yılından bugüne 2070 RA ve 520 PsA hastasının kaydedilmiş olduğu prospektif ve tek merkezli kayıt kütüğüdür. Bu veritabanına hastaların demografik, klinik ve laboratuvar bulguları, bDMARD öncesinde aldığı tedaviler kaydedilmekte ve hastalar prospektif olarak izlenmektedir. Bu çalışmaya yaş ve cinsiyet açısından eşitlenmiş RA ve PsA hastaları dahil edildi, ve her iki grupta tanıdan biyolojik tedavi başlanana kadar geçen süre ve kullanılan csDMARD'lar değerlendirildi. RA ve PsA hastalarının

yaş ve cinsiyetlerinin eşitlenmesi propensity skoru kullanılarak yapıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya yaş ve cinsiyetleri eşitlenmiş 481 RA ve 482 PsA hastası dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş, cinsiyet, hastalık süresi ve bDMARD öncesi kullandığı tedaviler Tablo 1’de verilmiştir. RA’lı hastaların %72,8’i seropozitif. RA hastalarının %56,3’ünde ve PsA hastalarının tamamında ilk seçilen bDMARD anti-TNF tedavilerdi. RA’lı hastaların tamamı, PsA hastalarının ise 450’si (%93,4) bDMARD öncesi csDMARD kullanmıştı. Metotreksat her iki hastalık için de kullanılan temel csDMARD’dı. RA hastaları metotreksat, leflunomid, sülfasalazin, hidroksiklorokin de içeren tüm csDMARD’ları ve kortikosteroidleri PsA hastalarına göre daha sık kullanmıştı. RA ve PsA hastalarında, biyolojik tedavi başlanana kadar geçen ortalama süre sırasıyla 55 ve 18,5 aydı (p<0,001) (Tablo 1).

**Sonuç:** HUR-BIO gerçek yaşam verilerine göre, RA hastaları bDMARD öncesi çok daha fazla ve uzun süreli csDMARD kullanmıştı. bDMARD kullanan enflamatuvar artrit hastalarında, tanıdan bDMARD başlanmasına kadar geçen süre PsA hastalarında (18 ay), yaklaşık 3 kat daha uzun olan RA hastalarına göre daha kısaydı. İki hastalık grubundaki bu farklılık, csDMARD’ların RA ve PsA hastaları üzerindeki etki gücünün farklı olması ile açıklanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Romatoid artrit, psöriyatik artrit, csDMARD, bDMARD

**Tablo 1.** İlk biyolojik tedavi öncesinde RA ve PsA hastalarının demografik özellikleri ve kullanmış oldukları sentetik DMARD’lar

	RA (n=481)	PsA (n=482)	P
Kadın, n (%)	319 (66.3)	332 (68.9)	0.218
Yaş, yıl (ortalama±SS)	48.2 ± 13.5	47.4 ± 12.2	0.332
Hastalık süresi, yıl*	10 (6-16)	7 (3-12)	0.000
Semptom başlangıcından hastalık tanısına kadar geçen süre, yıl*	0 (0-1)	1 (0-4)	0.000*
Hastalık tanısından bDMARD başlangıcına kadar geçen süre, ay*	55 (24-115)	18.5 (8-58)	0.000*
Semptom başlangıcından bDMARD başlangıcına kadar geçen süre, ay*	70 (35-151)	48 (20-124)	0.000*
Metotreksat			
Her hangi bir dönemde, n (%)	400 (83.3)	373 (77.5)	0.015
bDMARD başlandığı dönemde, n (%)	251 (52.2)	230 (47.7)	0.093
Hidroksiklorokin sülfat			
Her hangi bir dönemde, n (%)	292 (60.8)	170 (35.3)	0.000*
bDMARD başlandığı dönemde, n (%)	262 (54.5)	99 (20.5)	0.000*
Leflunomid			
Her hangi bir dönemde, n (%)	237 (49.4)	129 (26.8)	0.000*
bDMARD başlandığı dönemde, n (%)	160 (33.3)	96 (19.9)	0.000*
Sülfasalazin			
Her hangi bir dönemde, n (%)	353 (73.5)	265 (55.1)	0.000*
bDMARD başlandığı dönemde, n (%)	156 (32.4)	146 (30.3)	0.259*
Kortikosteroidler			
Her hangi bir dönemde, n (%)	419 (87.3)	281 (58.4)	0.000*
bDMARD başlandığı dönemde n (%)	335 (69.6)	187 (38.8)	0.000*

RA: Romatoid artrit, PsA: Psöriyatik artrit \*Ortanca (ÇAA)

## SP-020

### Behçet sendromunda hospitalizasyon sebepleri

Yeşim Özgüler<sup>1</sup>, Gülen Hatemi<sup>1</sup>, Ayşe Selcen Pala<sup>2</sup>, Sinem Nihal Esatoğlu<sup>1</sup>, Serdal Uğurlu<sup>1</sup>, Emire Seyahi<sup>1</sup>, Melike Melikoğlu<sup>1</sup>, İzzet Fresko<sup>1</sup>, Huri Özdoğan<sup>1</sup>, Sebahattin Yurdakul<sup>1</sup>, Hasan Yazıcı<sup>1</sup>, Vedat Hamuryudan<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Hospitalizasyon nedenleri, hastalıkların seyri ve tedaviye bağlı yan etkiler hakkında önemli bilgiler sağlayabilir. Biz de bu çalışmada Behçet sendromlu (BS) hastaların hospitalizasyon nedenlerini ve sonuçlarını belirlemeyi amaçladık.

**Yöntem:** Ocak 2002 ile Aralık 2019 arasında kliniğimizde yatış kayıtlarını inceledik ve BS tanısı olanları belirledik. Bu hastaların kayıtları, demografik ve klinik özellikler, hospitalizasyon nedenleri ve sonuçları açısından gözden geçirildi. Hospitalizasyon nedenlerini BS ile ilişkili (organ tutulumu) ve BS ile ilişkili olmayan (tedavi komplikasyonu veya diğerleri) olarak ikiye ayırdık.

**Bulgular:** Üç yüz otuz BS hastası (%75 erkek, ortalama yaş 37,7±11,4 yıl) 18 yıl boyunca toplam 456 kez hastaneye yatırıldı. Ortalama hastalık süresi 10,8±8,8 yıldır. İki yüz doksan bir (%64) hasta, kortikosteroidli veya kortikosteroidsiz immünosüpresif kullanmaktaydı ve bunların 72’si (%16) biyolojik tedavi altındaydı. Ortalama hastanede kalış süresi 12,7±10,7 gündü. Hospitalizasyon nedenleri 259 hastada (%57) BS ile ilişkili iken 191 (%42) hastada BS ile ilişkili değildi. Altı hasta aynı anda hem BS hem de BS ile ilişkili olmayan nedenlerle hospitalize edildi. En sık nedenler, BS ile ilişkili nedenlerde vasküler tutulum (n=169, %64) ve BS dışı nedenlerde enfeksiyonlardı (n=64, %32) (Tablo 1). BS ile ilişkili nedenlerle hastaneye yatırılan hastalar daha genç (35,2±10,6 - 41,1±11,7, p<0,001), ortalama hastalık süreleri (8,5±7,5 - 13,6±9,4 yıl, p<0,001) ve hastanede yatış süresi daha kısaydı (11,6±8,6 - 14,0±12,9 gün p=0,03). BS ile ilişkili olmayanlarda ise daha az sıklıkta immünosüpresif ± kortikosteroid kullanımı vardı (%59 vs. %70, p=0,02). Cinsiyet dağılımı (203 E/62 K - 143 E/54 K) ve biyolojik ajan kullanımı (%15-17) açısından gruplar arasında fark yoktu. Üç hasta hastanede yatarken öldü. Sebepler sırasıyla pulmoner hipertansiyon ve sağ kalp yetmezliği idi.

**Sonuç:** BS hastaları arasında hospitalizasyonun önde gelen nedenleri vasküler tutulum ve enfeksiyonlardı. Erkek cinsiyet baskınlığı, erkeklerde BS’nin nispeten şiddetli seyrinin altını çizmektedir. Retrospektif olması ve sadece romatoloji ünitesinde yatan hastaların dahil edilmesi bu çalışmanın kısıtlılıklarıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet sendromu, vasküler tutulum, enfeksiyon

**Tablo 1.** Behçet sendromu ile ilişkili olan ve ilişkili olmayan hospitalizasyon nedenlerinin karşılaştırılması ve dağılımı

	BS ile ilişkili nedenler (n=195)*	BS ile ilişkili olmayan nedenler (n=170)*
Hastaneye yatış sayısı**	265 (%58)	197 (%43)
Cinsiyet	203 E/62 K	143 E/54 K
Ortalama yaş†	35,2±10,6	41,1±11,7
Ortalama hastalık süresi‡	8,5±7,5	13,6±9,4
Ortalama hastaneye yatış süresi (gün)‡	11,6±8,6	14,0±12,9
İmmünsüpresif ve/veya kortikosteroid kullanımı§	154 (%59)	134 (%70)
Biyolojik ve/veya kortikosteroid kullanımı	40 (%15)	33 (%17)
Hospitalizasyon sebepleri (her bir yatış için)***	Vasküler tutulum (n=169, %64) Pulmonar arter (n=64, %24) Derin ven trombozu (n=39, %15) Budd-Chiari sendromu (n=24, %9) Vena cava inf. trombozu (n=19, %7) Periferik arter (n=15, %6) Vena cava sup. trombozu (n=14, %5) Aorta (n=14, %5) Koronar arter (n=4, %2) Nörolojik tutulum (n=50, %19) Parankimal (n=37, %14) Dural sinus trombozu (n=13, %5) GI inv. (n=18, %7) Eklem tutulumu (n=12, %5) Mukokutanöz tutulum (n=10, %4) Göz tutulumu (n=8, %3) Diğerleri (n=8, %3)	Non-spesifik enfeksiyon (n=64, %32) Pnömoni (n=17, %8) Tüberküloz (n=8, %4) Üriner sistem enfeksiyonu (n=7, %4) Gastroenterit (n=4, %2) Osteomyelit (n=3, %2) Septik artrit (n=3, %2) Aspergilloz (n=2, %1) Nokardiya (n=1, %1) Salmonella (n=1, %1) Diğerleri (n=18, %9) Enfeksiyon dışı ilaç yan etkileri (n=29, %15) İnterferon (n=10, %5) Azatioprin (n=7, %4) Siklosporin (n=5, %3) Steroid (n=3, %2) TNF antagonistleri (n=3, %2) IVIg (n=1, %1) Ek romatolojik hastalık (n=17, %9) Renal hastalık (n=16, %8) Kardiyovasküler hastalık (n=12, %6) Avasküler nekroz (n=4, %2) Maligniteler (n=11, %6) Diğerleri (n=40, %20)

<sup>†</sup>p<0,001, <sup>‡</sup>p=0,03, <sup>§</sup>p=0,02, <sup>\*</sup>p<0,001.

\* Bazı hastalar birden fazla kez ve hem BS ilişkili hem de BS ile ilişkili olmayan nedenlerle farklı zamanlarda hastaneye yatırılmıştır.

\*\*Altı hasta aynı anda hem BS ile ilgili hem de BS ile ilgili olmayan nedenlerle hastaneye yatırılmıştır.

\*\*\*Bazı hastaların birden fazla BS ile ilişkili ve/veya BS ile ilgili olmayan yatış nedenleri vardı.

## SP-021

### Biyolojik ajan tedavisi kullanmakta olan romatoloji hastalarının pandemi döneminde ilaç kullanım davranışlarının ve etkilerinin incelenmesi

Muhammed Mert Sonkaya<sup>1</sup>, Osman Kara<sup>1</sup>, Cafer Adıgüzel<sup>1</sup>, Erkan Ceylan<sup>2</sup>, Fulya Coşan<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup>Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Medical Park Göztepe Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

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

**Amaç:** Biyolojik ajan tedavileri, romatoid artrit (RA), ankilozan spondilit (AS) ve psöriatik artrit (PSA) hastalarında yaygın olarak kullanılmaktadır. COVID-19 pandemisi tüm dünyada yeni ve bilinmeyen bir olgu olarak karşımıza çıkmış, viral enfeksiyon tecrübeleri ve kılavuzlar referansı ile hastalar bilgilendirilmiştir. Her hasta ilaç kullanım davranışı konusunda kendi seçimini yapmıştır. Bu çalışmada pandemi döneminde hastaların ilaç kullanım davranışlarını ve hastalık aktivitesine olan etkilerini araştırmak hedeflenmiştir.

**Yöntem:** Çalışmaya Mart 2020'den önce biyolojik ajan tedavisi (bDMARD) veya targeted sentetik DMARD (tsDMARD) kullanmakta olan ve pandemi sonrası 18 aylık süre içinde tekrar başvurmuş olan 130 hasta [K/E: %62,3/37,7; ortalama yaş: 45,54±13,47 (20-89)] dahil edildi. Hastaların verileri, biyolojik tedavi kullanım öyküsü, COVID-19 geçirme durumu, hastalık aktivasyon durumu ve tedaviye yanıt açısından retrospektif olarak incelendi.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan hastaların %49,2'sini RA, %35,4'ünü AS ve %13,8'ini PSA hastaları; %1,5'ini Behçet hastalığı ve Takayasu arteriti oluşturmaktaydı. Çalışmaya katılan hastaların %0,8'i infliksimab, %10,8'i etanercept, %25,4'ü golimumab, %3,1'i sertolizumab, %30,8'i adalimumab, %3,8'i tosilizumab, %14,6'sı rituksimab ve %3,8'i tofacitinib kullanıyordu. Tüm grupta hastaların %60,6'sı tedaviye devam etti, %26'sı doz aralarını açtı ve %13,4'ü ilaç kullanımını kesti. Tedaviye devam edenlerin %49,2'sinde, doz arasını açanların %33,33'ünde, ilaç kullanımını kesenlerin %83,3'ünde aktivasyon görüldü. Bu gruptaki hastaların %28,5'inde ilk 3 ayda, %57,1'inde ilk 6 ayda, %99'unda 13 ay içinde aktivasyon görüldü. Hastaların tedavilerine tekrar başladıktan sonra tekrar düşük hastalık aktivitesine ulaşıldı. Tüm grupta COVID-19 geçirme oranı %13,8 olarak bulundu. Bu hastaların %45,5'i ayaktan, %55,5'i hastanede izlendi. COVID-19 geçiren hastaların %22,2'si YBÜ'de izlendi ve 2 hasta kaybedildi. Hastaların kullandıkları ilaçlara göre ilaçta kalımı ve sonuçları Tablo 1'de gösterilmiştir.

**Sonuç:** Pandemi sürecinde ilaçlarını kesen hastaların çoğunda aktivasyon olmuş ve hastalar tekrar ilaç kullanımına geri dönmüşlerdir. Bu veriler remisyon sağlanmadan ilaç azaltımı veya kesilmesi durumlarında aktivasyon oranlarının yüksek olacağını göstermektedir. Pandemi döneminde ilaç doz azaltımı veya kesilmesi konusunda büyük sayılı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Biyolojik ajan doz azaltımı, biyolojik ajan kullanımının kesilmesi, biyolojik ajan tedavileri, COVID-19, tedavide kalım

**Tablo 1.** Hastaların kullandıkları ilaçlara göre ilaçta kalımı ve etkileri

	İnf	Eta	Ada	Ser	Goli	Tosi	Sec	Rit	Tofa
Hasta sayısı	1	14	40	4	33	5	9	19	5
Yüzde	0,8	10,8	30,8	3,1	25,4	3,8	6,9	14,6	3,8
Hastalık									
RA	0	5	15	2	15	4	0	19	5
AS	0	6	16	2	15	0	6	0	0
PSA	1	3	8	0	3	0	3	0	0
Diğer			1			1			
Tedavide kalım									
Tedaviye devam	1	9	13	3	22	4	6	14	5
Doz azaltma	0	2	18	1	5	0	2	5	0
Kesme	0	2	9	0	6	1	1	0	0
Aktivasyon	1	11	7	2	17	4	3	6	3
COVID-19 durumu									
COVID-19 öyküsü	0	1	3	2	5	0	0	4	3
Hastane yatış oranı	0	0	0	1	2	0	0	4	3
YBÜ oranı	0	0	0	0	2	0	0	1	1
Eksitus	0	0	0	0	1	0	0	0	1

İnf: İnfliksımab, Eta: Etanercept, Ada: Adalimumab, Ser: Sertolizumab, Goli: Golimumab, Tosi: Tosilizumab, Sec: Secukinumab, Rit: Rituximab, Tofa: Tofacitinib\*.

\*tsDMARD

## SP-022

### Entezit ilişkili artrit hastalarında ILAR ve ASAS sınıflandırma kriterlerinin performanslarının değerlendirilmesi

Ümmüşen Kaya Akca, Erdal Atalay, Seza Özen

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatolojisi Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Entezit ilişkili artrit (EİA), bazı önemli farklılıklar olsa da, yetişkinlerdeki ankilozan spondilitin eş değeri olarak kabul edilir. EİA'da çocuklarda ILAR (International League of Associations for Rheumatology) sınıflama kriterleri kullanılırken erişkinlerde ise aksiyel ve periferik spondiloartrit (SpA) için ASAS (Assessment of Spondyloarthritis International Society) sınıflandırma kriterleri kullanılmaktadır. Bu çalışmada ILAR ve ASAS sınıflandırma kriterlerinin duyarlılıklarını ve özgüllüklerini değerlendirmeyi amaçlıyoruz.

**Yöntem:** Hacettepe Üniversitesi Çocuk Romatoloji Bölümü'nde Ocak 2005-Eylül 2020 tarihleri arasında EİA tanısıyla izlenen hastaların kayıtları retrospektif olarak incelendi. Kontrol grubu olarak oligoartiküler juvenil idiyopatik artrit (JİA) (n=146), poliartiküler JİA (n=55) ve psoriatik artritli (n=20) hastalar çalışmaya alındı.

**Bulgular:** Çalışmaya 108 EİA (%73,1 erkek) ve 221 kontrol hastası (%25,8 erkek) dahil edildi. EİA ve kontrol hastaları için tanı anındaki medyan yaş sırasıyla 12,5 ve 4,0 yıldır (p<0,001). Kontrol grubunda tanı anında ve takipte artrit daha sık izlenirken (her ikisi için p<0,001) EİA grubunda hem tanıda hem de takipte entezit, sakroiliak eklem hassasiyeti ve enflamatuvar bel ağrısı daha sık izlendi (tümü için p<0,001). İnsan lökosit antijeni (HLA)-B27'nin varlığı ve yüksek C-reaktif protein seviyeleri EİA grubunda daha

yaygındı. Sakroiliak görüntülemeye EİA hastalarının tanı anında %70,1'inde takipte ise %78'inde sakroileit ile uyumlu bulgu vardı. ILAR ve ASAS aksiyel ve periferik SpA kriterlerinin tanı anında duyarlılıkları sırasıyla %74,0, %21,3 ve %85,1 iken, takipte sırasıyla %82,4, %35,1 ve %92,5'e yükseldi. Özgüllükleri hem tanıda hem de takipte sırasıyla %100, %99,1 ve %90,9 idi.

**Sonuç:** ASAS periferik SpA kriterlerinin hem tanıda hem de takipte en yüksek duyarlılığa sahip olduğunu saptadık. Diğer yandan, ASAS aksiyel SpA kriterlerinin performansı diğerlerine göre daha düşük olmasına rağmen, EİA'da aksiyel tutulumun erken saptanması için kullanılması avantaj sağlayabilir. Her üç sınıflandırma kriterinin de duyarlılıkları takip sırasında artmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Ankilozan spondilit, entezit ilişkili artrit, sınıflandırma kriteri

## SP-023

### Juvenil idiyopatik artritli hastalarda üveit gelişimine neden olan risk faktörlerinin değerlendirilmesi

Pakize Nilüfer Akpınar Tekgöz<sup>1</sup>, Elif Çelikel<sup>1</sup>, Fatma Aydın<sup>1</sup>, Zahide Tekin<sup>1</sup>, Tuba Kurt<sup>1</sup>, Müge Sezer<sup>1</sup>, Cüneyt Karagöl<sup>1</sup>, Serkan Coşkun<sup>1</sup>, Melike Mehveş Kaplan<sup>1</sup>, Serkan Özmen<sup>2</sup>, Banu Acar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Çocuk Romatoloji Bölümü, Ankara

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara

**Amaç:** Juvenil idiyopatik artrit (JİA), çocukluk çağında en sık görülen ve hareket kısıtlılığına neden olarak yaşam kalitesini etkileyen, kronik enflamatuvar artrit nedenidir. Hastalığın öncesinde veya seyri sırasında uveadaki enflamasyon nedeniyle üveit gelişebilir. JİA ilişkili üveit (JİA-Ü) en sık oligoartiküler tipte,

kronik anterior üveit formunda görülür. ANA pozitifliği ve erken yaş bilinen risk faktörlerindedir. Genellikle asemptomatik kliniğe sahiptir ve ciddi komplikasyonlara neden olur. Bu çalışmada amaç, JİA seyrinde üveit gelişimine ve tekrarlamasına neden olabilecek risk faktörlerini belirlemektir.

**Yöntem:** 2005-2020 yılları arasında JİA tanısı alan, üveit gelişen ve gelişmeyen hastaların dosyaları geriye dönük olarak tarandı. Juvenil artrit hastalık aktivite skoru 27 (JADAS-27), artrit ve üveit geliştiğinde ayrı ayrı hesaplandı.

**Bulgular:** Yüz yirmi altı JİA hastasından 26'sında (%13,3) üveit tespit edildi. JİAÜ hastaların 19'u (%73) oligoartiküler tipteydi. Üveiti olan hastalardaki ortalama artrit başlama yaşı, üveit olmayan hastalara göre daha düşüktü ( $p=0,015$ ). JİAÜ olan hastalarda metotreksat ve biyolojik tedavi kullanım oranı daha yüksekti ( $p<0,001$ ,  $p=0,038$ ). Oligoartiküler tip tekrarlayan üveit ile ilişkili bulundu ( $p=0,021$ ). Tekrarlayan üveiti olan grupta artrit ve üveit başlama yaşı, tekrarlamayan gruptakilere göre daha düşüktü ( $p=0,041$ ,  $p=0,002$ ). Ortanca JADAS27 skoru, üveitin tekrarladığı hastalarda daha düşük bulundu ( $p=0,038$ ). Ortanca metotreksat kullanım süresi ve biyolojik tedaviye başlayana kadar geçen süre, tekrarlayan grupta daha uzundu ( $p=0,013$ ,  $p=0,045$ ).

**Sonuç:** Sonuç olarak "erken yaş", üveit gelişiminde ve tekrarlamasında önemli bir risk faktörüdür. Bununla beraber düşük hastalık aktivitesinde de üveit gelişme riski bulunmaktadır. Oftalmolojik taramanın düzenli yapılması, üveitin erken tanınarak tedavi edilmesini sağlar.

**Anahtar Kelimeler:** Juvenil idiyopatik artrit, üveit, pediatrik, yaş, hastalık aktivitesi

## SP-024

### COVID-19 pandemisinin çocukluk çağı romatizmal hastalık tanı sıklıkları üzerine etkisi

Ümmüşen Kaya Akca<sup>1</sup>, Erdal Atalay<sup>1</sup>, Müşerref Kasap Cüceoğlu<sup>1</sup>, Zeynep Balık<sup>1</sup>, Seher Şener<sup>1</sup>, Yasemin Özsüreki<sup>2</sup>, Özge Başaran<sup>1</sup>, Ezgi Deniz Batu<sup>1</sup>, Yelda Bilginer<sup>1</sup>, Seza Özen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatolojisi Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Koronavirüs hastalığı-2019 (COVID-19) pandemisinin ve virüsün bulaş hızını düşürmek için uygulanan kısıtlamaların çocukluk çağı romatizmal hastalıkları üzerindeki etkisi bilinmemektedir. Bu çalışmada pandeminin çocukluk çağı romatizmal hastalık tanı sıklıkları ve tanı dağılımları üzerine etkisini sunmayı amaçlıyoruz.

**Yöntem:** Hacettepe Üniversitesi Çocuk Romatoloji bölümüne Şubat 2016-Mart 2021 tarihleri arasında başvuran hastaların kayıtları retrospektif olarak incelendi. Belirtilen dönemlerde yeni romatolojik hastalık tanısı alan hastalar çalışmaya dahil edildi. Herhangi bir romatolojik hastalık için pandemi öncesi dönemdeki (Şubat 2016-Mart 2020) yıllık tanı oranları pandemi yılındaki (Mart 2020-Mart 2021) oranlar ile karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Çalışmada 32,333 hastanın kayıtları incelendi. Pandemi döneminde yıllık ortalama hasta sayısında %42 azalma mevcuttu (7,060 hasta/yıla karşı 4,090 hasta/pandemi yılı). Takip vizitleri ( $n=25,156$ ) çıkarıldıktan sonra yaş ortalaması  $8,64\pm 4,84$  yıl olan 7,177 çocuk hasta (3,679 kız, %51,2) çalışmaya dahil edildi. Beş yıllık dönemde, 2,717 hastaya 2,818 yeni romatizmal hastalık tanısı konulmuştu. Pandemi döneminde ise 345 hasta 353 romatizmal hastalık tanısı almıştı. Pandemi öncesi dönemde en sık tanı konulan hastalık Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA) ( $n=695$ , %28,1) iken, pandemi döneminde çocuklarda multisistem enflamatuvar sendrom (MIS-C) ( $n=68$ , %19,2) en sık izlenmişti. Pandemi öncesi dört yıl ile karşılaştırıldığında, pandemi döneminde AAA ( $p<0,001$ ), IgA vaskülit (IgAV) ( $p<0,001$ ), makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) ( $p=0,032$ ), klasik Kawasaki hastalığı (KH) ( $p=0,018$ ) ve akut romatizmal ateş (ARA) ( $p=0,005$ ) tanısı alan hasta sayılarında anlamlı azalma saptandı. Juvenil idiyopatik artrit, otoimmün hastalıklar, nadir otoenflamatuvar hastalıklar ve diğer vaskülitlerin ise pandemi öncesi dönem ile kıyaslandığında tanı sıklıkları arasında anlamlı fark yoktu.

**Sonuç:** Pandemi yılı boyunca romatoloji pratiğinde en yaygın izlenen hastalıkların tanı yüzdesi anlamlı farklılık göstermedi. Diğer yandan, ARA, IgAV, klasik KH ve MAS tanılarındaki anlamlı azalma, patojenlerin bu hastalıkların patogeneziindeki ve/veya hastalığı tetikleyici rollerine işaret etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Koronavirüs hastalığı-2019, çocuk, romatizmal hastalıklar, tanımlar



# Poster Sunumlar

(PS-001 — PS-202)

## PS-001

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

Ebru Yılmaz, Kadriye Halli Akay

Kocaeli Devlet Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Kocaeli

**Amaç:** Enflamasyon, yetişkin popülasyonda morbidite ve mortalitenin önde gelen nedeni olan aterosklerotik vasküler hastalığın gelişiminde önemli bir rol oynar. Endoteliumdan salgılanan çeşitli adezyon molekülleri, sitokinler ve büyüme faktörleri enflamasyonu şiddetlendirir ve subendotelial lipit birikimini artırır. Devam eden enflamasyon ile akut koroner sendromlara neden olan plak rüptürü oluşur. Birkaç klinik çalışma, enflamatuvar yanıtın baskılanmasının aterosklerotik süreci geciktirebileceğini veya azaltabileceğini göstermiştir. Statinlerin lipit düşürücü özelliklerine ek olarak bir anti-enflamatuvar fayda sağladığı bilinmesine rağmen, günümüzde özellikle enflamasyonu hedefleyen tedavileri geliştirmeye doğru bir kayma vardır. Kolşisin, enflamatuvar süreçte birkaç adıma müdahale eden, yaygın olarak bulunan, tolere edilebilir ve ucuz bir anti-enflamatuvar ilaç olup bu özellikleri nedeniyle aterosklerozun önlenmesi için uygun bir tedavi yöntemidir. Güncel kanıtlar da bu durumu desteklemektedir. Karotis arterler aterosklerozda yaygın tutulan damarlardan biri olduğundan, bu çalışmada kolşisin kullanan kronik hastalık öyküsü olan gut hastaları ile kardiyovasküler risk faktörleri olan hastalar arasında karotis intima-media kalınlığını (İMK) karşılaştırılmıştır.

**Yöntem:** Yüz iki hasta (85 kadın, 17 erkek) çalışmaya dahil edildi. Çalışmada iki grup vardı: Grup 1: Fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü tarafından takip edilen kolşisin kullanan (en az 6 ay boyunca günde iki kez 0,5 mg) ve herhangi bir kronik hastalığı (hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi) olan gut hastaları; Grup 2: Kardiyoloji bölümü tarafından en az 1 yıl süre ile takip edilen kardiyovasküler risk faktörleri olan hastalar. Tüm hastalara ultrasonografi cihazı ile İMK ölçümleri yapıldı. Ek olarak, C-reaktif protein (CRP) ile kolesterol, trigliserit, düşük yoğunluklu lipoprotein, yüksek yoğunluklu lipoprotein gibi lipit seviyeleri ölçüldü.

**Bulgular:** Hastaların ortalama yaşı grup 1 ve grup 2’de sırasıyla 62,35±6,68 yıl ve 64,27±5,32 yıl 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, kardiyovasküler risk faktörleri olan hastalarda kardiyovasküler ve serebrovasküler olayların önlenmesi için etkili bir tedavidir.

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

Tablo 1. Gruplardaki hastaların demografik özellikleri

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.

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 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

Tablo 3.

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 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.

LDL: Düşük yoğunluklu protein, HDL: Yüksek yoğunluklu protein

## PS-002

### Enflamatuvar romatolojik hastalıkların ayırıcı tanısına giren nadir bir durum: Pakidermodaktili

Yunus Durmaz<sup>1</sup>, Pınar Durmaz<sup>2</sup>, Ahmet Kıvanç Cengiz<sup>3</sup>, İlker İlhanlı<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup>Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Karabük

<sup>3</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Samsun

**Amaç:** Pakidermodaktili, ellerin iki, üç ve dördüncü parmaklarının proksimal falankları ve proksimal interfalangeal eklemlerinin laterallerini etkileyen, progresif, asemptomatik yumuşak doku şişliği ile karakterize dijital fibromatozislerin nadir, benign bir formudur. Biz burada eklem şişliği şikayeti ile başvuran ve pakidermodaktili tanısı alan bir hastayı sunmak istedik.

**Olgu:** On sekiz yaşında erkek hasta 2 yıldır olan sol el 3. 4. parmaklarda belirgin olan şişlik nedeniyle romatoloji polikliniğine başvurdu. Hastanın özgeçmişinde sigara ve alkol kullanımı yoktu. Hastanın soygeçmişinde romatolojik hastalık öyküsü yoktu. Romatolojik hastalık sorgulamasında eklem şişliği dışında özellik yok idi. Fizik muayenesinde tansiyon: 120/80 mm Hg, nabız: 80 vuruş/dakika, S1-S2 ritmik, aksiller ateş: 36,5 °C, solunum sesleri doğal, batın ve kardiyak muayenesinde özellik yoktu. Lokomotor sistem muayenesinde sol el 3. 4. parmaklarda olan ağrısız şişlik dışında bulgu yoktu. Laboratuvar bulgularında tam kan sayımı incelemesinde lökosit: 4.100/µL, hemogloblin: 14,2 g/dL, platelet: 350.000/µL; eritrosit sedimentasyon hızı: 12 mm/saat, C-reaktif protein 0,02 mg/L olarak saptandı. Karaciğer enzimleri ve tam idrar tetkiki normal bulundu. Hastadan dış merkez tarafından istenen radyofrekans, anti-sitülinlenmiş peptit antikor testi, ANA testi ve dsDNA testi negatif idi. Hastanın her iki el radyografisinde ve sol el manyetik rezonans 2 ve 3. parmakta belirgin olan yumuşak doku şişliği dışında herhangi bir yapısal anomaliye rastlanmadı. Alınan biyopsisi pakidermodaktili lehine raporlandı. Hastanın sürekli parmaklara manipülatif davranışları olması nedeniyle psikiyatri bölümünde değerlendirildi. Hastaya psikoterapi planlandı.

**Sonuç:** Pakidermodaktili nadir görülen bir antidedir ve eklemlerde görülmesi ve şişmeye sebep olduğundan enflamatuvar romatolojik hastalıkların ayırıcı tanısına girmektedir. Romatoloji uzmanlarının bu konuda bilgi sahibi olmaları gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** Eklem şişliği, enflamatuvar romatolojik hastalıklar, pakidermodaktili



**Şekil 1.** Pakidermodaktili el AP grafisi

Sol el 2 ve 3. parmakta belirgin olan yumuşak doku şişliği görülmektedir

## PS-003

### Anti-DFS70 antikor: İndirekt immünfloresanda boyanma şekli ve klinik önemi

Samet Karahan<sup>1</sup>, Şerife Emre<sup>2</sup>, Hatice Tuna Hörmet Öz<sup>3</sup>

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

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

<sup>3</sup>Kayseri Şehir Eğitim Araştırma Hastanesi, Mikrobiyoloji Kliniği, Kayseri

**Amaç:** Antinükleer antikorun (ANA) saptanması birçok otoimmün hastalığın tanısında anahtar rol oynar. İndirekt immünofloresan testi, ANA'yı saptamak için en yaygın testtir. Yoğun ince benekli (DFS) patterni, HEp-2 hücrelerinin interfazda nükleoplazmalarının ve metafazda da kromozomal alanlarının çok yoğun, heterojen benekli boyanmasıyla tanımlanan pattern'dir. Bu çalışmada anti-DFS70 ile romatolojik bulgu, semptom ve tanı ilişkisi değerlendirildi.

**Yöntem:** 1 Ocak 2020 ile 30 Haziran 2020 tarihleri arasında üçüncü basamak bir hastanenin romatoloji polikliniğine ardışık olarak başvuran 119 anti-DFS70 pozitif hasta çalışmaya dahil edildi. Bazı dışlama kriterleri sonrası kalan 108 anti-DFS70 pozitif hasta analiz edildi. Anti-DFS70 pozitif hastaların ANA boyanma paternleri, romatolojik şikayetler, laboratuvar parametreleri ve hasta romatolojik hastalık olarak sınıflandırılmış ise hastaların tanıları ile karşılaştırıldı. Ek olarak, aynı tarihlerde başvuran 1.016 bağ doku hastalığında anti-DFS70 antikor pozitiflik oranları ve bunların DFS boyama paterni ile korelasyonu geriye dönük olarak analiz edildi.



**Bulgular:** Anti-DFS70 antikor pozitifliği saptanan hastaların 77'sinde (%71,3) en sık görülen yakınma eklem ağrısı, en sık görülen laboratuvar anormallliği ise 10/108 (%9,3) hastada görülen RF pozitifliği idi. En yaygın ANA boyanma paterni DFS'ydi (72/108; %66,7); hastaların üçte birinde DFS dışında boyanma vardı. Korelasyon katsayısı, DFS patern boyanması ile anti-DFS70 antikor pozitifliği arasında iyi korelasyonlar gösterdi ( $r= +0,773$ ,  $p<0,001$ ). Herhangi bir romatolojik şikayetin ve laboratuvar bulgusunun DFS70 boyama paterni ile ilişkisi için istatistiksel bir anlam bulunamadı. 1,016 bağ dokusu hastalıklarının (BDH) 964'ünde (%94,88) ANA analiz edilmiş ve bunların 44'ünde

(%4,56) anti-DFS70 pozitifliği görülmüştür. En yaygın anti-DFS70 pozitiflik oranı %9,52 ile UD BDH'ydi.

**Sonuç:** DFS paterninin ve ilişkili anti-DFS70 antikorlarının klinik önemi tam olarak açıklanmamıştır. Romatoloji kliniği hastalarında bile, anti-DFS70 antikoru pozitif bireylerde düşük CTD oranı vardır. Ayrıca BDH olan hastalarda çok düşük bir anti-DFS70 pozitiflik oranı gözlemlendi. Bu nedenle, anti-DFS70'in CTD'yi öngörmediği hatta dışladığı düşünülebilir.

**Anahtar Kelimeler:** ANA, anti-DFS70, bağ doku hastalığı, DFS, ENA

**Tablo 1.** Anti-DFS70 antikoru pozitif hastaların; a: Şikayetler/klinik bulguları, b: Laboratuvar parametreleri, c: Kesin tanısı ve DFS boyama paterni ile korelasyonları

a: Şikayetler/klinik bulgular	No (%)	DFS-pattern, no (%)*	p değeri
Eklem ağrısı/enflamatuvar karakter	77 (71,3)/19 (17,6)	45(58,44)/13(68,42)	0,006/0,858
Kseroftalmi	32 (29,63)	22 (68,75)	0,766
Enflamatuvar bel ağrısı	31 (28,7)	21 (67,74)	0,880
Kserozis	27 (25)	19 (70,37)	0,637
Artrit	18 (16,67)	13 (72,22)	0,584
Oral aft	12 (11,11)	10 (83,33)	0,194
Fotosensitivite	8 (7,41)	5 (62,5)	0,795
Tromboembolizm	7 (6,48)	6 (85,71)	0,420
Topuk ağrısı	7 (6,48)	4 (57,14)	0,684
Plöritik göğüs ağrısı	5 (2,63)	5 (100)	0,167
Düşükler	4 (3,7)	3 (75)	0,593
Livedo retikülaris	4 (3,7)	3 (75)	0,593
Karın ağrısı atakları	3 (2,77)	3 (100)	0,549
Raynaud fenomeni	2 (1,85)	0	0,109
Daktilit	2 (1,85)	1 (50)	0,558
Ateş	1 (0,93)	1 (100)	0,667
Eritema nodozum	1 (0,93)	1 (100)	0,667
Genital aft/skar	0	0	null
Üveit	0	0	null
<b>b: Laboratuvar bulguları</b>			
RF	10 (9,26)	7 (70)	0,559
Anti-CCP	9 (8,33)	7 (77,78)	0,715
Hypocomplementemia	7 (6,48)	6 (85,71)	0,420
Protenüri	5 (4,63)	4 (80)	0,663
ENMG'de nöropati	4 (3,70)	3 (75)	0,593
Lökopeni	3 (2,77)	2 (66,67)	0,708
Lenfopeni	3 (2,77)	2 (66,67)	0,708
Trombositopeni	3 (2,77)	1 (33,33)	0,257
<b>c: Klinik tanı</b>			
RA/seropozitif RA	13 (12,04)/8(7,41)	8 (61,54)/6 (75)	0,757/0,716
UDBDH	10 (9,26)	5 (50)	0,296
SjS	6 (5,56)	4 (66,67)	0,655
AS	4 (3,7)	3 (75)	0,593
PsA	3 (2,77)	2 (66,67)	0,708
FMF	2 (1,85)	2 (100)	0,551
Sarkoidoz	1 (0,93)	0	0,333
Takayasu	1 (0,93)	1 (100)	0,667
Lokelize scleroderma (Morphea)	1 (0,93)	0	0,333
IgA nephropathy	1 (0,93)	1 (100)	0,477

\*Yüzde ve sayılar, ilgili satırdaki klinik veriler veya tanı içindeki oranları temsil eder. Kısaltma: DFS: Yoğun ince benekli, RF: Romatoid faktör, Anti-CCP: Anti-siklik sitrülüne peptid, ENMG: Elektronöromyografi, RA: Romatoid artrit, UDCTD: Farklılaşmamış bağ dokusu hastalığı, SjS: Sjögren sendromu, AS: Ankilozan spondilit, P: Psoriatik artrit, FMF: Ailesel Akdeniz ateşi, IgA: İmmünoglobulin A

**Tablo 2.** Bağ doku hastalarında anti-DFS70 antikor pozitifliği ve DFS boyama paterni oranı ve DFS paterni ile anti-DFS70 antikor pozitiflik oranı korelasyonu

	Cinsiyet (kadın), n, %	Yaş (ortalama ± SS), yıl	ANA positivity, n, %	DFS pattern in IIF*, n, %	Anti-DFS70 positivity**, n, %	Spearman's rank correlation coefficient (r)**	p değeri
RA (n=599) *	435 (72,62)	53,07±14,08	132 (24,13)*	17 (3,11)	16 (2,93)	0,782	<0,001
UDCTD (n=147)	139 (94,56)	48,13±12,96	147 (100)	14 (9,52)	14 (9,52)	0,842	<0,001
SJS (n=122)	113 (92,62)	47,82±12,61	103 (84,42)	9 (7,38)	10 (8,20)	0,830	<0,001
SLE (n=96)	81 (84,38)	41,95±12,95	95 (98,96)	0	4 (4,17)	null	null
SSc (n=49)	44 (89,80)	49,78±11,56	47 (95,92)	1 (2,04)	2 (4,17)	0,700	<0,001
IIM (n=3)	3 (100)	56,67±18,87	3 (100)	0	0	null	null
Total (n=1016)	815 (80,22)	50,53±13,97	527 (54,67)	41 (4,25)	46 (4,77)	0,773	<0,001

\*ANA 547/599 (%91,32) RA hastasında ve toplamda 964/1016 (%94,88) test edilmiştir. \*\*Oranlar, ANA testi yapılan tüm hastalar için verilmiştir. Kısaltmalar: DFS: Yoğun ince benekli, SD: Standart sapma, ANA: Anti nükleer antikor, IIF: İndirekt immüno Floresan, RA: Romatoid artrit, UDCTD: Undiferansiyel bağ dokusu hastalığı, SJS: Sjögren sendromu, SLE: Sistemik lupus eritematozus, SSc: Sistemik skleroz, IIM: İdiyopatik enflamatuvar miyositler, SS: Standart sapma

## PS-004

### Ankilozan spondilit ve alerjik hastalıklar arasındaki ilişki: Kesitsel klinik alışma

Ebru Yılmaz<sup>1</sup>, Orhan Eren<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bezmi'alem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Kocaeli Medicalpark Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Kocaeli

**Amaç:** Hem Th1 hem de Th2 yolakları, vücudun bağışıklık sistemini kontrol ve dengede tutmak ve düzenlemek için uyum içinde çalışır. Th1 ve Th2, birbirlerinin büyümesini ve aktivitesini çapraz düzenleyen sitokinler üretir ve bu durum Th1/Th2 paradigması olarak adlandırılır. Atopik bozukluklar baskın bir Th2 sitokin modeli ile ilişkili olmasına rağmen, ankilozan spondilitde (AS) Th17 dışında bozulmuş bir Th1 sitokin modeli ve dolaşımdaki Th2 hücrelerinin artan sayısı olarak tanımlanabilir. Th1/Th2 paradigmasına göre AS ve atopik bozuklukların bir arada olduğu düşünülebilir. Çalışmanın amacı, AS ile atopik bozukluklar arasındaki ilişkiyi Kocaeli ilinde araştırmak ve bunları kontrol grubu ile karşılaştırmaktır.

**Yöntem:** Toplam 563 AS hastası (grup 1), eşleştirilmiş değişkenler olarak cinsiyet ve yaş kullanılarak intervertebral disk prolapsusu nedeniyle kronik bel ağrısı hastaları (grup 2) ile 1:1 eşleştirildi. Atopik dermatit (AD), alerjik rinit (AR) ve astım gibi alerjik hastalıkların varlığı tüm gruplarda araştırıldı.

**Bulgular:** Her iki çalışma grubunda ortalama yaş 42,86±11,04 yılıdır. Tüm gruplarda %47,1 kadın ve %52,9 erkek idi. AS grubunda ortalama hastalık süresi 10,51±8,93 yılıdır. AS grubundaki hastaların %30,2'sinde HLA-B27 pozitifliği. Kontrollere kıyasla AS'li hastalar için ayarlanmış olasılık oranları, AD için 1,47 (1,20-1,80), AR için 1,76 (1,60-1,95) ve astım için 1,79 (1,57-2,05) idi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ve AS'li hastalarda AD, AR ve astım prevalansı kontrol grubuna göre daha yüksekti (p<0,05).

**Sonuç:** Th1/Th2 paradigması dışında, Th17 hücresi, doku enflamatuvar reaksiyonlarının düzenlenmesinde ve otoimmün ve alerjik durumların gelişmesinde kritik bir rol oynar. Daha önceki çalışmalarda, alerjisi olan hastalarda eksojen antijenlere karşı gelişen aynı aşırı tepkinin endojen antijenlere karşı da gelişebileceği öne sürülmüştür. Kronik doku hasarını yansıtan

kalıcı ve şiddetli alerjik hastalığı olan hastalarda bir otoimmün profil ve otoreaktivite baskın olabilir. Alerjik hastalıklarda, özellikle AR, astım veya birden fazla alerjik hastalıkta düşük dereceli ve kronik enflamasyon, AS gelişimini kolaylaştırabilir. Ayrıca alerjik hastalıkların kronikleşmesinin önlenmesi, otoimmünitenin gelişmesinin ve ilerlemesinin engellenmesinde rol oynayabilir. Bu nedenle, klinisyenler otoimmün hastalık ve alerjik hastalıklar arasındaki bağlantıdan haberdar olmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Alerjik hastalıklar, ankilozan spondilit, Th1/Th2 paradigması, Th17

**Tablo 1.** Ankilozan spondilitli hastaların demografik özellikleri

Değişkenler	n (563)
Yaş	42,86±11,04
Cinsiyet	
Kadın	%47,1 (n=265)
Erkek	%52,9 (n=298)
Hastalık süresi (yıl)	10,51±8,93
HLA-B27 (+)	%70,2 (n=395)
Psoriasis varlığı	%3,9 (n=22)
Enflamatuvar bağırsak hastalığı varlığı	
Ülseratif kolit	%1,6 (n=9)
Chron hastalığı	%0,9 (n=5)
Behçet hastalığı varlığı	%3,0 (n=17)
Ailesel Akdeniz ateşi varlığı	%1,2 (n=7)

HLA: İnsan lökosit antijeni

**Tablo 2.** Gruplardaki alerjik hastalıkların dağılımı

Değişkenler	Grup 1 (AS grup)	Grup 2 (LDH grup)	p* değeri	AS karşı kontrol grup
Atopik dermatit				
Var	%13,9 (n=78)	%9,6 (n=54)	0,000	1,47
Yok	%86,1 (n=485)	%90,4 (n=509)	(<0,001)	(1,20-1,80)
Allerjik rinit				
Var	%36,6 (n=206)	%25,1 (n=141)	0,000	1,76
Yok	%63,4 (n=357)	%74,9 (n=422)	(<0,001)	(1,60-1,95)
Astım				
Var	%19,9 (n=112)	%13,4 (n=75)	0,000	1,79
Yok	%80,1 (n=451)	%86,6 (n=488)	(<0,001)	(1,57-2,05)

\*p<0,005 istatistiksel anlamlılık, AS: Ankilozan spondilit, LDH: Laktat dehidrogenaz

## PS-005

### Pulmoner hipertansiyonlu sistemik lupus eritematozus ve antifosfolipid sendromu hastalarının özellikleri

Ege Sinan Torun<sup>1</sup>, Derya Baykız<sup>2</sup>, Akın Işık<sup>3</sup>, Erdem Gürel<sup>3</sup>, Fatih Kemik<sup>3</sup>, Besim Fazıl Ağargün<sup>3</sup>, Çiğdem Çetin<sup>1</sup>, Yasemin Yalçınkaya<sup>1</sup>, Ahmet Gül<sup>1</sup>, Murat İnanç<sup>1</sup>, Ahmet Kaya Bilge<sup>2</sup>, Bahar Artım 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, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>3</sup>Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Sistemik lupus eritematozus (SLE) ve antifosfolipid sendromlu (APS) hastalardaki pulmoner hipertansiyonla (PHT) ilişkili çalışma sayısı kısıtlıdır. Çalışmamızın amacı merkezimizdeki PHT'si olan SLE ve/veya APS hastalarının belirlenmesi, klinik ve laboratuvar özelliklerinin gösterilmesidir.

**Yöntem:** Merkezimizdeki 1.200 SLE, 250 APS hastasının kayıtları PHT açısından incelenmiştir. PHT ekokardiyografide sistolik pulmoner arter basıncının (sPAB) en az 30 mmHg olması şeklinde tanımlanmıştır. Bu hastaların bir bölümüne kontrol ekokardiyografi yapılmış, kontrol ekokardiyografide PHT saptanan hastaların klinik, laboratuvar ve ekokardiyografik özellikleri değerlendirilmiştir. Bu hastalardan PHT'yi sağ kalp kateterizasyonu (SKK) ile saptanan hastalar ayrıca incelenmiştir.

**Bulgular:** Kırk dokuz hastada kontrol ekokardiyografide PHT saptandı. Hastaların 4'ü (%8,2) erkek, 45'i (%91,8) kadındı. Yaş

ortalaması 49,5±12,9'du. Hastaların 18'inde (%36,7) APS mevcuttu (5 primer). Kalp kapak hastalığı 23 hastada (%46,9), pulmoner emboli 10 hastada (%20,4), interstisyel akciğer hastalığı (İAH) 7 hastada (%14,3) mevcuttu. İlk ekokardiyografideki ortalama sPAB 43,6±18,5 mmHg, kontrol ekokardiyografideki ise 38,4±8 mmHg saptandı. PHT tedavisinde 35 hasta (%71,4) immünosupresif, 24 hasta (%49) antikoagülan ve 10 hasta (%20,4) spesifik tedavi almıştı. Bu gruptaki SLE hastalarının ilk ekokardiyografi sırasındaki ortalama SLEDAİ skoru 6,9±7,7 ve ortalama SLICC skoru 3,5±1,8 olarak belirlendi. Ön planda vaskülitik PHT düşünülen SLE hastalarında yüksek SLEDAİ skoru (4 ve üzeri) bulunma sıklığı (p<0,001) ve PHT saptanması sonrası immünosupresif tedavi başlanma sıklığı (p=0,001) diğer hastalara göre daha yüksekti. Ön planda vaskülopatik PHT düşünülen SLE hastalarında Raynaud fenomeni sıklığı (p=0,005) ve anti-Sm veya anti Sm/RNP pozitifliği sıklığı (p<0,001) diğer hastalara göre daha yüksekti. Bu hastalardan 14'ünde PHT varlığının SKK ile gösterildiği belirlendi. On dört hastanın klinik, laboratuvar, ekokardiyografik ve hemodinamik özellikleri Tablo 1 ve Tablo 2'de gösterilmiştir.

**Sonuç:** SLE hastalarında PHT etiyolojisi multifaktöriyel olabilir, her hastada pulmoner tromboemboli, sol kalp hastalıkları ve İAH dışlanmalıdır. Genel hastalık aktivitesi yüksek olan hastalarda pulmoner vaskülit olasılığı, Raynaud fenomeni olan anti-Sm+ veya anti-Sm/RNP+ hastalardaysa pulmoner vaskülopati olasılığı akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Antifosfolipid sendromu, pulmoner hipertansiyon, sistemik lupus eritematozus

**Tablo 1.** Sağ kalp kateterizasyonu ile tanı konan pulmoner hipertansiyonlu hastaların özellikleri-1

Hastalar	Yaş	Cinsiyet	Tanı	Sistolik PAB (ekokardiyografi)	Ortalama PAB (SKK)	PVR (Wood ünitesi) (SKK)	PKUB (SKK)	SKK'ye göre PHT tipi
Hasta 1	44	K	Primer APS	100 mmHg	58 mmHg	21	12 mmHg	Prekapiller
Hasta 2	64	K	SLE + SJS	90 mmHg	47 mmHg	5.7	25 mmHg	Prekapiller+ postkapiller
Hasta 3	38	K	SLE + APS	65 mmHg	52 mmHg	9	10 mm Hg	Prekapiller
Hasta 4	60	K	SLE	55 mmHg	25 mmHg	-	-	-
Hasta 5	49	K	SLE + APS	43 mmHg	24 mmHg	-	8 mmHg	Prekapiller
Hasta 6	28	E	SLE + APS	55 mmHg	42 mmHg	-	13 mmHg	Prekapiller
Hasta 7	37	K	SLE	112 mmHg	57 mmHg	15	12 mm Hg	Prekapiller
Hasta 8	26	K	SLE	95 mmHg	59 mmHg	12	12 mm Hg	Prekapiller
Hasta 9	49	K	Primer APS	90 mmHg	58 mmHg	-	-	-
Hasta 10	44	K	SLE + skleroderma + APS	55 mmHg	30 mmHg	-	12 mmHg	Prekapiller
Hasta 11	32	E	SLE	50 mmHg	25 mmHg	3	8 mmHg	Prekapiller
Hasta 12	42	K	SLE + SJS	40 mmHg	31 mmHg	5	13 mmHg	Prekapiller
Hasta 13	50	K	SLE	80 mmHg	40 mmHg	7	14 mmHg	Prekapiller
Hasta 14	44	K	Primer APS	45 mmHg	28 mmHg	5	15 mmHg	Prekapiller

APS: Antifosfolipid sendromu, E: Erkek, K: Kadın, PAB: Pulmoner arter basıncı, PHT: Pulmoner hipertansiyon, PKUB: Pulmoner kapiller uç basıncı, PVR: Pulmoner vasküler rezistans, SJS: Sjögren sendromu, SKK: Sağ kalp kateterizasyonu, SLE: Sistemik lupus eritematozus

**Tablo 2.** Sağ kalp kateterizasyonu ile tanı konan pulmoner hipertansiyonlu hastaların özellikleri-2

Hastalar	PHT'nin klinik sınıflandırması	PAH alt grubu (olası)	Otoantikör profili	İlk ekokardiyografi sırasındaki SLEDAI skoru	Raynaud fenomeni	Tedavi
Hasta 1	Tromboembolik (grup 4)	-	ANA + (1/320), AKL IgG	-	Yok	Antikoagülan (heparin, varfarin)
Hasta 2	PAH (grup 1) + Kardiyak (grup 2)+ İAH (grup 3)	Vaskülopatik	ANA +, anti Ro+, anti Sm+, anti Sm/RNP+	2	Var	İmmünoşüpresif (CYC, MMF, AZA), spesifik (bosentan, iloprost), antikoagülan (varfarin+DMAH)
Hasta 3	PAH (grup 1)	Vaskülitik	ANA+, anti dsDNA+, anti Ro+, LAK+, anti beta2GP1 IgG+	11	Var	İmmünoşüpresif (CYC, MMF, RIT), spesifik (Ambrisentan, tadalafil, riosigat), antikoagülan (Varfarin+DMAH)
Hasta 4	PAH (grup 1)	Vaskülitik	ANA+, anti dsDNA+, anti Ro+	12	Yok	İmmünoşüpresif (CYC, MMF)
Hasta 5	PAH (grup 1) + tromboembolik (grup 4)	Vaskülopatik	ANA +(1/640 homojen), anti dsDNA+, anti Sm+, anti Sm/RNP+, LAK +	2	Var	Antikoagülan (varfarin)+spesifik (iloprost)
Hasta 6	Tromboembolik (grup 4)	-	ANA + (1/160 benekli), anti dsDNA, LAK+, AKL IgG+, anti beta2GP1 IgG+	1	Yok	Antikoagülan (varfarin+DMAH), spesifik (riosigat)
Hasta 7	PAH (grup 1)+İAH (grup 3)	Vaskülopatik	ANA + (1/160 benekli) anti Sm+, anti Sm/RNP+, anti Ro+	0	Var	İmmünoşüpresif (CYC, MMF, AZA), antikoagülan (varfarin), spesifik (sildenafil, ambrisentan, tadalafil, iloprost, treprostenil, epoprostenol, seleksipag)
Hasta 8	PAH (grup 1)	Vaskülitik + vaskülopatik	ANA+, anti dsDNA+, anti Ro+, anti La,+ anti Sm+, anti Sm/RNP+, AKL IgG+, ACL IgM+	9	Var	İmmünoşüpresif (CYC, AZA), antikoagülan (varfarin), spesifik (iloprost+bosentan+tadalafil)
Hasta 9	Tromboembolik (grup 4)	-	AKL IgG +, anti-beta2GP1 IgG +	-	Yok	Antikoagülan (varfarin, DMAH)+spesifik (epoprostenol)
Hasta 10	PAH (grup 1)	Vaskülopatik	ANA + (1/1280 sentromer), anti-dsDNA+, LAK+ AKL IgG+	0	Var	Antikoagülan (varfarin)
Hasta 11	PAH (grup 1)	Vaskülitik	ANA + (1/640 homojen), anti dsDNA+, anti Sm+, anti Ro+, anti La+, LAK +	8	Yok	İmmünoşüpresif (CYC, MMF)
Hasta 12	PAH (grup 1)	Vaskülitik + vaskülopatik	ANA + (1/1280 benekli), anti Sm/RNP+	8	Var	İmmünoşüpresif (CYC, AZA, MMF), spesifik (sildenafil)
Hasta 13	Tromboembolik (grup 4)	-	ANA + (1/160)	0	Yok	Antikoagülan (varfarin, DMAH), spesifik (riosigat)
Hasta 14	Tromboembolik (grup 4)	-	AKL IgG+	-	Yok	Antikoagülan (varfarin, DMAH), spesifik (riosigat)

AZA: Azatioprin, CYC: Siklofosamid, DMAH: Düşük molekül ağırlıklı heparin, İAH: İnterstiyel akciğer hastalığı, MMF: Mikofenolat mofeti, PAH: Pulmoner arteriyel hipertansiyon, PHT: Pulmoner hipertansiyon, RIT: Ritüksimab, SLEDAI: Sistemik lupus eritematozus hastalık aktivite indeksi, IgG: İmmünglobulin G

## PS-006

### Nadir bir sjögren sendromu bulgusu: Benign intrakraniyal hipertansiyon

Gökhan Çağlayan<sup>1</sup>, Vedat Ataman Serim<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Giresun

<sup>2</sup>Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Giresun

**Amaç:** Benign intrakraniyal hipertansiyon Sjögren sendromunda nadir görülen önemli bir bulgudur.

**Olgu:** Altmış dört yaşında kadın hasta katarakt nedeniyle opere edilmesi sonrası görmesi düzelmemesi, görme kaybı şikayetiyle nöroloji polikliniğine yönlendirilmişti. Beraberinde yatar pozisyonda artan baş ağrısı vardı. Göz dibi muayenesinde bilateral optik diskler soluk ve sınırları zor seçilmekteydi. Nörolojik muayenesi doğaldı, görüntülemelerinde akut veya vasküler patoloji izlenmedi. Manyetik rezonans incelemesinde perinöral beyin omurilik sıvısı (BOS) mesafelerinde belirgin artış dikkati çekmişti. Lomber ponksiyonda BOS basıncı manometrik olarak 340 mm su (>200 mm su) olarak ölçüldü ve boşaltıcı lomber ponksiyonlar uygulandı. İdiyopatik intrakraniyal hipertansiyon ön tanısı ile nöroloji bölümünce hastanın tedavisine topiramet ve

asetazolamid eklendi, diyet verildi, hasta tedaviden yarar sağladı. Sedimentasyon yüksekliği (62 mm/saat) olan hasta romatoloji bölümüne danışıldı. Tetkiklerinde antinükleer antikor pozitif ve SS-A 4 pozitif olarak tespit edildi, diğer romatolojik otoantikor ve vaskülit belirteçleri negatifti, C-reaktif protein: 45 mg/L idi. Hemogramı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. Romatolojik sorgulamasında ağız kuruluğu olduğu, daha önce gelişmiş artriti ve deri döküntüsü nedeniyle prednizolon 5 mg tablet/gün kullanmakta olduğu öğrenildi. Bu bulgularla hastada ön planda Sjögren sendromu ve ona bağlı gelişen benign intrakraniyal hipertansiyon düşünüldü; Schirmer testi ve ardından immünosupresif tedavi planlandı.

**Sonuç:** Benign intrakraniyal hipertansiyon Sjögren sendromunun nadir bir bulgusudur, literatürde az sayıda olgu mevcuttur. Patofizyolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır. Hastalığın nörolojik tutulumu olarak kabul edilmekte ve immünosupresif tedavi uygulanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Benign intrakraniyal hipertansiyon, görme kaybı, Sjögren

## PS-007

### Lenfadenopatisi olan sistemik lupus eritematozus hastalarının klinik özellikleri ve lenf nodu PET/BT karakteristikleri

Yeşim Erez<sup>1</sup>, Semih Güllü<sup>1</sup>, Ali Karakaş<sup>1</sup>, Recep Bekiş<sup>2</sup>, Fatoş Önen<sup>1</sup>, İsmail Sarı<sup>1</sup>

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

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

**Amaç:** Sistemik lupus eritematozus (SLE), sistemik otoimmün hastalıkların prototipidir. Lenfadenopati (LAP), genellikle aktif hastalık ilişkili non-spesifik SLE bulgusu olarak kabul edilmektedir. LAP etiyojisinde yer alan diğer malign ve non-malign süreçler ile SLE ilişkili LAP ayırımının yapılmasında klinik pratikte zorluk yaşanabilir. LAP ve konstitüsyonel semptomları olan SLE hastalarının klinik ve görüntüleme karakteristiklerinin retrospektif değerlendirilmesi

**Yöntem:** SLE hastalarından LAP nedeniyle pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografi (PET/BT) ya da diagnostik lenf nodu biyopsisi yapılan hastalar belirlendi. Demografik bulgular, klinik özellikler ve laboratuvar (ANA, dsDNA and ENA vb.) parametreleri kaydedildi.

**Bulgular:** SLICC 2012 SLE sınıflandırma kriterlerini karşılayan 28 hasta çalışmaya alındı. Hastaların 22'si (%78,6) kadın iken ortalama yaş 34,9±16,1 yıl olarak hesaplandı. 15 (%53,6) hastada tanıda LAP saptanmıştı. İzlemede LAP gelişen hastaların takip

süresi ise 10,2±6,7 yıl idi. 11 (%39,3) hastanın sadece PET/BT görüntülemesi, 8 (%32,1) hastanın hem PET/BT görüntülemesi hem de lenf nodu örnekleme yapıldı. Lenf nodu örnekleme yapılan 9 (%32,1) hastanın ise PET/BT görüntülemesi yapılmamıştı. Fizik muayenede, hastaların %57,1'inde servikal, %82,1'inde aksiller ve %36'sında inguinal LAP saptanmıştı. Toraks BT'de hastaların %61,5'inde torakal LAP, abdominal BT'de ise %37,5'inde abdominal LAP saptandı. PET/BT veya BT görüntülemelerinde, hastaların %40'ında hepatomegali olduğu görülürken splenomegali ise hastaların %16'sında tespit edilmişti. Görüntülemelerde hastaların %19,2'sinde perikardiyal sıvı, %30,8'inde plevral sıvı ve %10,2'sinde intra-abdominal sıvı tespit edildi. Hastaların büyük çoğunluğunda (%78,6) kompleman düzeyleri düşük bulundu. Çalışma hastalarına ait veriler Tablo 1'de özetlenmiştir.

**Sonuç:** Bu çalışmada LAP ve konstitüsyonel semptomların SLE prezentasyon bulgusu olabileceği ve tanıda invaziv prosedürlerin ve görüntülemenin gerektiği görüldü. PET/BT lenf nodu bulguları reaktif değişiklikler ile uyumlu sonuçlanırken bazı hastaların lenf nodu biyopsisinde ise viral enfeksiyonları düşündürülen atipik değişiklikler saptandı. Bu çalışmada, LAP ve konstitüsyonel semptomu olan SLE hastalarının yüksek hastalık aktivitesine sahip olduğu, renal ve trombotik hastalık gelişiminin sık olduğu yönünde sonuç elde edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik lupus eritematozus, PET/BT, lenfadenopati

**Tablo 1.** Çalışma verileri

Yaş, yıl	38,9±15,2
Hastalık süresi, ay	3 (2-300)
SLE-DAI, medyan (min-maks)	9 (2-30)
Cinsiyet, kadın n (%)	22 (78,6)
Akut kutanöz lezyon n (%)	9 (32,1)
Artrit, n (%)	12 (42,8)
Ateş, n (%)	10 (35,7)
Serozit, n (%)	8 (28,5)
Renal tutulum, n (%)	11 (39,2)
Nörolojik tutulum, n (%)	1 (3,6)
Lökopeni, n (%)	7 (25,0)
Trombositopeni, n (%)	5 (17,8)
Hemolitik anemi, n (%)	7 (25,0)
ANA+ >1/320	28 (100)
Anti-dsDNA (+)	18 (66,7)
Anti-Sm (+)	5 (17,9)
Anti-fosfolipid (+)	9 (32,1)
Kompleman düşüklüğü	16 (78,6)

LAP saptandığı döneme ait verilerdir.

## Sistemik sklerozlu hastalarda eklem tutulumu

Ali Karakaş, Yeşim Erez, Semih Gülle, Gerçek Can, İsmail Sarı, Fatoş Önen, Merih Birlik

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

**Amaç:** Sistemik skleroz (SSk), küçük damar vaskülopatisi, otoantikör üretimi ve fibroblast disfonksiyonu ile karakterize, başlıca deri olmak üzere iç organları da etkileyen bir bağ dokusu hastalığıdır. Bununla birlikte SSk hastalarının çoğu hastalıklarının seyri sırasında artralji, artrit, kontraktür, tendon sürtünmesi, kalsinozis ve akroosteoliz gibi farklı kas-iskelet sistemi problemleri de yaşar. Bu çalışmada kliniğimizde takip edilen SSk hastalarındaki eklem tutulumu spektrumuna genel bir bakış sağlamak ve bu tutulumlar ile romatoid faktör (RF) ve antisiklik sitriline peptid (anti-CCP) pozitifliği ve organ tutulumları arasındaki ilişkiyi belirlemeyi amaçladık.

**Yöntem:** Çalışmamız Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bölümü'nde, 2000-2020 yılları arasında izlenen 232 SSk hastasını içeren retrospektif bir kohort çalışmasıdır. Çalışmaya dahil edilen hastalar sınırlı ve diffüz SSk olarak iki gruba ayrıldı. Yaş, cinsiyet, kilo, boy, sigara içme alışkanlığı, hastalık süresi,

takip süresi, diğer sistemik organ tutulumları gibi temel bilgileri hasta dosyalarından, RF, anti-CCP, ANA, ENA panel testleri, direkt radyografiler gibi tanısal testleri de hastane sisteminden incelenerek kaydedildi.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması 59,9±12,8 idi ve %88,4'ü kadındı. Hastaların %69,3'ü sınırlı SSk idi. Hastalığın herhangi bir evresinde tüm hastaların %39,1'inde artralji ve %34,1'inde artrit öyküsü vardı. Artrit oranı SSk grupları arasında benzerdi (p=0,396). SSk grupları arasında RF ve anti-CCP pozitiflik oranları benzerdi. Artritli hasta grubunda RF ve anti-CCP pozitiflik oranları daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildi (sırasıyla; p=0,563, p=0,072). İlginç bir şekilde, artritli hastalarda akciğer tutulum oranı daha yüksekti (%63,3'e karşı %46,4) (p=0,015). Hastaların temel demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

**Sonuç:** SSk'de eklem tutulumu, hastalığın tipine bakılmaksızın hastaların üçte birinde görülen yaygın bir klinik özelliktir. Artritli hastalarda RF ve anti-CCP pozitifliği daha sık olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildi. İlginç bir şekilde, artrit, akciğer tutulumu olan hastalarda daha yaygın bir bulgudur. Bu konuda ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik skleroz, artrit, romatoid faktör

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

	Tüm hasta grubu, n=232	Sınırlı SSk, n=161	Diffüz SSk, n=71	p
Yaş, yıl, (ort ± SS)	59,9±12,8	60,5±12,7	58,6±12,9	0,295
Hastalık süresi, yıl, (ort ± SS)	6,5±4,5	6,2±4,3	7±5,1	0,296
Ağırlık, kg, (ort ± SS)	67,6±14,1	68,2±13,3	66,2±15,6	0,331
VKİ, (ort ± SS)	27,1±5,7	27,6±5,5	26,2±6,1	0,102
Kadın, n (%)	205 (88,4)	146 (90,7)	59 (83,1)	0,097
Mevcut veya eski sigara kullanımı, n (%)	78 (33,6)	60 (37,2)	18 (25,4)	0,077
Dijital ülser, n (%)	87 (37,5)	53 (32,9)	34 (47,9)	0,03
Elde kontraktür, n (%)	56 (24,1)	28 (17,4)	28 (39,4)	<0,001
Artralji, n (%)	92 (39,7)	63 (39,1)	29 (31,5)	0,806
Artrit, n (%)	79 (34,1)	52 (32,3)	27 (38)	0,396
Eklemde erozyon, n (%)	31 (23,3)	17 (19,8)	14 (29,8)	0,205
Akroosteoliz	25 (18,8)	9 (10,5)	16 (34)	0,001
Anti-Scl 70 pozitifliği, n (%)	89 (42,4)	41 (28,7)	48 (71,6)	<0,001
Anti sentromer pozitifliği, n (%)	75 (35,7)	65 (45,5)	10 (14,9)	<0,001
RF pozitifliği, n (%)	41 (18,5)	27 (17,5)	14 (20,5)	0,589
Anti-CCP pozitifliği, n (%)	23 (12,2)	16 (12,6)	7 (11,2)	0,782

SS: Standart sapma, ort: Ortalama, RF: Romatoid faktör

## Dakriyoadenit ile prezente olan SLE olgusu

Esra Dilşat Bayrak

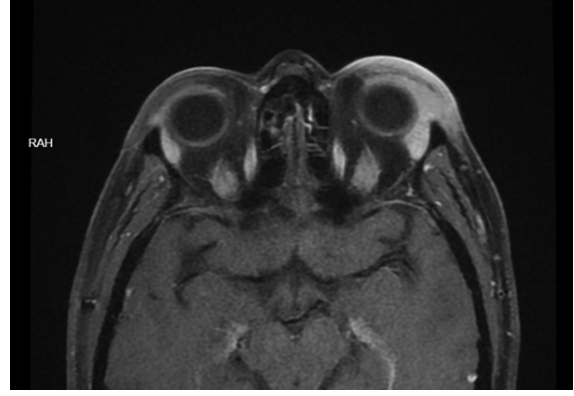
İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği,  
Romatoloji Bölümü, İzmir,

**Amaç:** Non-spesifik orbital enflamasyon (orbital psödötümör), orbitanın benign, non-infektif enflamasyonudur. Etiyoloji net değildir ancak birçok otoimmün hastalıkla birlikteliği gösterilmiştir. Bu yazıda dakriyoadenit ile prezente olan ve takibinde sistemik lupus eritematozus (SLE) tanısı alan olgudan bahsedilmiştir.

**Olgu:** Elli üç yaşında kadın hasta 1 ay önce başlayan sol göz kapaklarında ağrı şişlik nedeniyle göz polikliniğine başvuruyor. Görme keskinliği tam olarak değerlendirilen hastada göz kapağındaki yumuşak doku şişliği ve eritem dışında ek patoloji saptanmıyor. Hastanın yapılan orbital manyetik rezonansda sol lakrimal gland superior rektus kası düzeyinde belirgin doku kalınlaşması ve bu alandaki ekstrakonal mesafede düzensiz sınırlı yağ doku plan kaybı izleniyor. Difüzyon incelemesinde lezyonda homojen kontrastlanma paterninde yer yer kısıtlı difüzyon bulguları izleniyor. Hasta dakriyoadenit tanısıyla ayırıcı tanılar için romatoloji polikliniğine yönlendiriliyor. Sistem sorgusunda romatolojik açıdan pozitif bulgu tarif etmeyen ve akut faz yanıtı yüksek olan (C-reaktif protein: 20 mg/L, eritrosit sedimentasyon oranı: 47) hastanın istenen otoantikör tetkiklerinde ANA: 1/100 titre pozitif, anti Sm pozitif olarak sonuçlanıyor. Böbrek fonksiyon testleri, TİT, karaciğer fonksiyon testleri ve hemogram normal gelen hastanın Toraks bilgisayarlı tomografisinde mediastende ve akciğer içinde yaygın milimetrik lenf nodları ve en geniş yerinde anteriordan 5 mm çapta perikardiyal efüzyon saptanıyor. Bir mg/kg metilprednizolon ve metotreksat sonrası dakriyoadenit ve akciğer bulguları tamamen gerilemiştir.

**Sonuç:** Non-spesifik orbital enflamasyon (orbital psödötümör) ekstraoküler kasları tutan daha az sıklıkta üvea, sklera, lakrimal gland ve retroorbital yumuşak doku tutulumu yapan idiyopatik enflamatuvar bir durumdur. Lokasyonuna göre lakrimal (dakriyoadenit), anterior, posterior, miyozitik, optik perinörit ve diffüz psödötümör olarak sınıflandırılmaktadır. Birçok otoimmün durumla ilişki bildirilmiştir. Tedavide başlıca sistemik kortikosteroidler olmak üzere immünosupresif ajanlar yer almaktadır. SLE'de gözde birçok yapı tutulabilmektedir ancak psödötümör gelişimi oldukça nadirdir. Bizim hastamızda olduğu gibi ilk prezentasyon bulgusu olduğunda hastanın fizik muayenesinde de ek olarak belirgin bir SLE bulgusu yoksa tanı koymak oldukça zor olabilir. Dolayısıyla orbital psödötümör ile yönlendirilen hastada otoimmün hastalıkların ayırıcı tanıda yer alması ve tetkik edilmesi gerektiği görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Orbital psödötümör, dakriyoadenit, SLE



Resim 1. Sol gözde dakriyoadenitin MRG görüntüsü

## PS-010

### Prostatit ile tanı alan IgG4 ilişkili hastalık olgusu

Recep Yılmaz<sup>1</sup>, Saba Kiremitçi<sup>2</sup>, Tahsin Murat Turgay<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, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

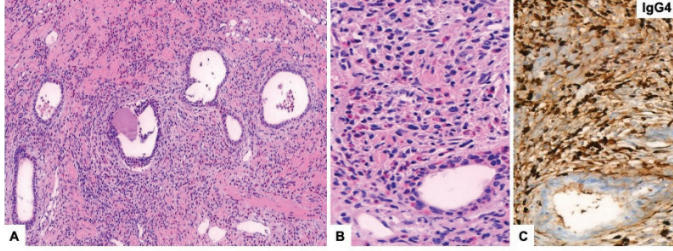
**Amaç:** İmmünglobulin (IgG)4 ilişkili hastalık tükürük bezleri, pankreas, safra yolları, retroperiton ve lenf nodları başta olmak üzere vücudun birçok yerinde fibroenflamatuvar lezyonlarla ortaya çıkabilen nadir bir hastalıktır. Hastalık tanı kriterleri 2020 yılında revize edilmiş olup klinik, radyolojik, serolojik ve patolojik bulgular baz alınmıştır. Bu yazımızda prostatit semptomlarıyla başlayan, safra yolları tutulumuyla devam eden nadir bir IgG4 ilişkili hastalık olgusunu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** Bilinen kronik bir hastalığı olmayan 65 yaşında erkek hasta, kesik kesik işeme ve noktüri şikayetleri nedeniyle başvurdu. Yapılan ultrasonografide (USG) prostatın üretraya bası yapması nedeniyle TUR-P işlemi yapıldı. Hastanın prostat yakınmalarından 2 hafta sonra deride sarılık, kaşıntı ve artralji şikayetleri olması üzerine romatoloji servisine yatırıldı. Bakılan tetkiklerinde kreatin: 0,85 mg/dL, AST: 315 u/L, ALT: 477 u/L, ALP: 594 u/L, GGT: 1.107 u/L total/direkt bilirubin: 4,08/1,84 mg/dL, amilaz: 82 u/L, lipaz: 60 u/L, CRP: 17,4 mg/L sedim: 35 mm/sa, WBC: 9,7x10<sup>9</sup>/L, eozinofil: 1,5x10<sup>9</sup>/L, Hg: 15 g/dL, ANA: 1+ immünoblot: DFS70++, ANCA: negatif, RF: normal saptandı. Karın ağrısı, bulantı, kusma ve ateşi olmayan hastanın yapılan karaciğer USG'de distandü safra kesesi, intra-ekstrahepatik safra yollarında genişleme, safra kesesinde çamur izlendi. Yapılan MRCP'de akut ödematöz pankreatit bulguları, koledok pankreatik kesimde duvar kalınlaşması-luminal daralma, kolesistolitiazis saptandı. Hastanın gönderilen IgA: 2,5 g/L, IgM: 0,96, IgG: 27 g/L, IgG4 >1,42 g/L saptandı. TUR-P işleminde alınan prostat biyopsisinin patolojisinde "plazma hücrelerinden çok zengin iltihabi infiltrasyon, yer yer seçilebilen storiform paternde fibrozis, flebit ve vaskülit bulguları" izlendi (Resim 1). Hastaya IgG4 ilişkili hastalık tanısı konuldu. Hastalığın diğer tutulumlarını taramak ve olası başka patolojiler açısından çekilen PET-BT'de paramandibuler, paratrakeal, prevasküler-anterior mediastinal ve bilateral hiler- bronkopulmoner lenf nodlarında SUVmaks

değerleri en fazla 5 olan tutulumlar gözlemlendi. Hastaya tanısına yönelik 40 mg metilprednizolon verildi. Ritüksimab verilmesi planlandı. Hastanın izleminde sarılığı ve prostatit semptomları belirgin azaldı.

**Sonuç:** IgG4 ilişkili hastalıkta, vücudun hemen her yerinde tutulum olabileceği göz önünde bulundurulmalı ve nadir bir tutulum yeri olarak erkeklerde prostat gözden geçirilmelidir. Bu olguda olduğu gibi prostatın histolojik olarak tanıda yardımcı olduğu ve kolay ulaşılabilirliği akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** IgG4 ilişkili hastalık, kolanjit, prostatit



**Resim 1.** IgG4 ilişkili hastalık

A. Prostat dokusunda glandları hasarlayan ve fibromusküler stromada diffüz infiltrasyon oluşturan lenfoplazmositer iltihabi hücre infiltrasyonu izlenmektedir. H&E, x80. B. İltihabi infiltrasyon plazma hücrelerinden çok zengin görünümde ve bol eozinofil lökosit içermektedir. H&E, x480. C. Plazma hücrelerinin çoğu IgG4 pozitifdir (>40 IgG4 (+) plazma hücresi/1 BBA), İmmünohistokimya, x400

## PS-011

### İnaktif COVID-19 aşısı sonrası gelişen anti Jo-1 sendromu

Zeliha Ademoğlu<sup>1</sup>, Kübra Kalkan<sup>1</sup>, Ufuk İlgen<sup>1</sup>, Erdem Özcan<sup>2</sup>, Hakan Emmüngil<sup>1</sup>

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

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

**Amaç:** Tüm dünyayı etkisi altına alan COVID-19 virüsüne karşı, farklı mekanizmalar kullanılarak elde edilen aşılardan immün sistem aktivasyonuna neden olup otoimmün hastalıkları başlatabileceği düşünülmektedir. Biz de bu olguda inaktif COVID-19 aşısı sonrası gelişen anti-Jo-1 sendromunu sunuyoruz.

**Olgu:** Kronik bir hastalık ve ilaç kullanım öyküsü olmayan ve aynı zamanda COVID-19 enfeksiyonu geçirmediği öğrenilen 63 yaşında kadın hasta halsizlik, artralji ve güçsüzlük şikayetleri ile

kliniğimize başvurdu. Sorgulamasında şikayetlerinin COVID-19 inaktif virüs aşısının 2. dozundan yaklaşık 3 gün sonra başladığı öğrenildi. Fizik muayenesinde bilateral alt ve üst ekstremitelere proksimal kas gücü 4/5 saptandı ve sağ omuz, sağ dirsek, bilateral el bileği, bilateral MKF eklemlerinde artrit ile ellerde makinist eli görünümü tespit edildi (Resim 1). Ateş ve raynaud fenomeni yoktu. Laboratuvar değerleri Tablo 1’de görülmektedir. CK enzim yüksekliği olan hastanın otoantikör panelinde ANA (3+), anti Jo-1 antikoru (3+), anti Ro-52 (3+) anti PM-Scl (+) olduğu görüldü. Enflamatuvar miyozit ön tanısıyla EMG ve uyluk MR çekildi ve miyozitle uyumlu bulgular tespit edildi (Resim 1). Efor dispnesi tariflemesi nedeni ile HRCT çekilen hastada interstisyel akciğer hastalığı saptandı (Resim 1). Hastaya mevcut kliniği, görüntüleme yöntemleri ve otoantikör testleri sonucu ile anti-Jo-1 sendromu tanısı koyuldu. Tedavisinde 0,5 mg/kg dozunda steroid ve azatiopürin başlanan hastanın takiplerinde şikayetleri geriledi. Hasta idame tedavi ile asemptomatik olarak izlenmektedir.

**Sonuç:** Literatürde m-RNA COVID-19 aşılarının daha güçlü bir bağışıklık tepkisi oluşturması ile ilişkili olarak immün sistemin anormal aktivasyonuna daha fazla yol açabileceği öngörülmektedir. Bununla birlikte inaktif COVID-19 aşısı ile ilişkili olarak da bu sonuçlar görülebilir. Biz de bu olgu da inaktif COVID-19 aşısı sonrası gelişen anti-Jo-1 sendromunu tanımladık. Yoğun bir şekilde COVID-19 virüsüne karşı aşılamanın yapıldığı bu dönemde bu gibi sonuçlar akılda tutulmalıdır. Aynı zamanda artrit gibi enflamatuvar şikayetlerle başvuran hastalarda aşı öyküsü sorgulanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** İnaktif aşı, COVID-19, anti-Jo-1 sendromu



**Resim 1.**



**Tablo 1.** Laboratuvar değerleri

		Referans aralığı			Referans aralığı
Lökosit	7,6	4,23-9,07 10 <sup>3</sup> u/L	ALT	110	0-35 U/L
Hemoglobin	10,2	13,7-15,5 g/dL	AST	131	0-35 U/L
Platelet	320	150-400 10 <sup>3</sup> u/L	CK	3774	0-145 U/L
Lenfosit	0,9	1,32-3,57 10 <sup>3</sup> u/L	ANA	3+	
Üre	27	17-43 mg/dL	Anti-Jo-1	3+	
Kreatinin	0,6	0,72-1,25 mg/dL	Anti-Ro-52	3+	
Total protein	6,2	6,6-8,3 g/dL	Anti-PM-Scl	+	
Albümin	3,2	3,5-5,2 g/dL	24 saatlik idrar total protein	260	0-150 mg/gün
Sedimentasyon	68	0-15 mm/h			
C-reaktif protein	3,4	0-0,5 mg/dL			

**PS-012****Biyolojik tedavi alan hastalarda görülen nörolojik yan etkiler, tedavisi ve hastalık progresyonu ile ilişkisi**

Sema Umut<sup>1</sup>, Tuba Yüce İnel<sup>1</sup>, İhsan Şükrü Şengün<sup>2</sup>, Fatoş Önen<sup>1</sup>, İsmail Sarı<sup>1</sup>

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

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

**Amaç:** Romatoloji hastalarında biyolojik tedavi altında görülen nörolojik tablonun *de novo* mı yoksa maskelenmiş kliniğin semptomatik olmasıyla mı ilişkili olduğu konusu tartışmalıdır. Nörolojik yan etki sürecinin yönetimi ve altta yatan romatolojik hastalık için seçilmesi gereken tedavi rejimi konusunda güçlü kanıtlar bulunmamaktadır. Bu araştırmayla; biyolojik tedavi alan romatoloji hastalarında görülen nörolojik yan etkiler, nörolojik hastalığın seyri ve bu yan etki için verilen tedaviler, romatolojik hastalığın aktivitesindeki değişiklik ve hastaların güncel tedavilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmaya Ocak 2011 ve Ocak 2020 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Romatoloji Kliniği'nde takip edilen, biyolojik tedavi kullanan hastalar dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, kullandığı ilaçlar ve süresi, laboratuvar ve görüntüleme bulguları, nörolojik yan etki için kullanılan tedaviler ve romatolojik hastalık için kullanılan güncel tedaviler kayıt edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya biyolojik ajan kullanan 877 hasta dahil edildi. Bunların 394'ü (%44,9) ankilozan spondilit, 293'ü (%33,4) romatoid artrit, 93'ü (%10,6) non-radyografik aksiyal SpA, 81'i (%9,2) PsA, 16'sı (%1,8) enteropatik artrit tanılıydı. Biyolojik ajan kullanan hastaların 15'inde (%0,017) nörolojik yan etki izlendi. Biyolojik tedaviden sonra nörolojik yan etki gelişme süresi ortalama 26,80±30,46 aydı. Hastaların %66,7'sinde biyolojik tedavi kesildi. Nörolojik semptom gelişen hastaların demografik ve klinik özellikleri, kullandıkları biyolojik ajanlar, görüntüleme ve elektrofizyolojik inceleme sonuçları, nörolojik hastalığın prognozu ile ilgili veriler Tablo 1'de gösterilmiştir.

**Sonuç:** Biyolojik tedavi kullanırken ortaya çıkan nörolojik yan etki için biyolojik ajanın kesilmesi nörolojik semptomların düzelmesinde etkisiz gibi gözükmemektedir. Bu da biyolojik ajanların haksız yere bu konuda suçlanabileceği düşüncesini akla getirmiştir. Bu nedenle biyolojik ilaçlar ile nörolojik yan etki ilişkisini incelemek üzere

daha geniş hasta gruplarında yapılacak daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Biyolojik tedavi, nörolojik yan etki, prognoz

Tablo-1 Biyolojik Tedavi Altında Nörolojik Yan Etki Gelişen Hastaların Klinik Özellikleri	n=15 (%)
<b>Cinsiyet, Erkek</b>	8 (53,3)
<b>Romatolojik hastalık tanısı (yıl)</b>	42,07±12,58
<b>Romatolojik hastalık süresi (yıl)</b>	11,67±6,30
<b>Sigara kullanımı</b>	6 (40,0)
<b>C reaktif protein (mg/L)</b>	5,07±6,40
<b>Kullanılan biyolojik ajan</b>	
Adalimumab	5(33,3)
İnfliksimumab	4(26,7)
Golimumab	1(6,7)
Etanercept	2(13,3)
Sertolizumab	1(6,7)
Tocilizumab	1(6,7)
Sekukinumab	1(6,7)
<b>Görüntüleme(kranial BT, MRG, difüzyon MRG)</b>	
Bulgu var	5(33,3)
Bulgu yok	5(33,3)
<b>Elektrofizyolojik Testler</b>	
Bulgu var	6(40,0)
Bulgu yok	2(13,3)
<b>Görülen Nörolojik Yan Etkiler</b>	
Diyabetik Amyotrofi	1(6,7)
Düşük ayak	1(6,7)
Grade 2 astrositom	1(6,7)
Meningiom	1(6,7)
Kauda equina sendromu	1(6,7)
Karpal Tünel Sendromu	1(6,7)
MS	1(6,7)
MS tanılı hastada yeni atak	1(6,7)
Myastenia graves tanılı hastada atak	1(6,7)
Nöropati	3(20,1)
Psödotümör serebri	1(6,7)
Sol fasial paralizi	1(6,7)
Üremik ensefalopati	1(6,7)
<b>Biyolojik tedaviden sonra yan etki gelişme süresi (ay)</b>	26,80±30,46
<b>Nörolojik yan etki sonrası izlem süresi (ay)</b>	25,50±21,66
<b>Yan etki sonrası biyolojik ajanı kesilenler</b>	10(66,7)
<b>Hastaların nörolojik semptomları</b>	
Ayni	6(40,0)
Düzelme	8(43,3)
İlerleme	1(6,7)
* ortalama±SD	

## Vedolizumab alan enflamatuvar bağırsak hastalarında spondiloartrit ile ilişkili klinik ve demografik özelliklerin değerlendirilmesi

Sinakhanım Huseynzade, Tuba Yüce İnel, Aydan Köken Avşar, Farid Hajiyeve, Hale Akpınar, İsmail Sarı

Dokuz Eylül Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

**Amaç:** Enflamatuvar bağırsak hastalıklarında (İBH) görülen en yaygın ekstraintestinal bulgu başta artrit olmak üzere spondiloartrit (SpA) bulgularıdır (%17-39). İBH tedavisinde kullanılan vedolizumab (VDZ)  $\alpha 4\beta 7$  integrine bağlanarak aktive T-lenfositleri ve  $\alpha 4\beta 7$  ile mukozal adresin adezyon molekülü-1'in (MAdCAM-1) etkileşimini bloke eden bağırsak seçici anti-enflamatuvar etkiye sahip bir anti-integrin IgG1 monoklonal antikordur. TNF inhibitörü tedavilerin aksine VDZ'nin İBH'de SpA ile ilişkili bulgular üzerine olan etkisi tam olarak bilinmemektedir. Bu çalışmada; VDZ tedavisi kullanan İBH'li hastalardaki mevcut ya da yeni ortaya çıkan romatizmal semptomların seyrini araştırmak amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmaya Dokuz Eylül Üniversitesi Gastroenteroloji Polikliniği'nde İBH tanısı ile izlenmekte olup VDZ ile tedavi edilen 39 hasta dahil edildi. VDZ tedavisi öncesinde SpA tanısı olan hastalar ile VDZ tedavisi sonrasında SpA kliniği ortaya çıkan hastaların kas-iskelet bulguları ve buna etki eden faktörler incelendi.

**Bulgular:** VDZ tedavisi alan 39 İBH hastasının [(29 CH, 10 ÜK), %48,7 erkek] yaş ortalaması  $41,4 \pm 15,7$  yıl, İBH hastalık süresi  $10,4 \pm 7,5$  yıldır. Hastaların %25,6'sının daha önceden SpA tanısı mevcuttu. Yedi (%17,9) hasta ise klinik sorgulama, X-ray ve BT taraması sonrası SpA tanısı aldı. On yedi (%44) SpA kliniği olan hastanın demografik ve klinik özellikleri, VDZ tedavisi öncesi ve sonrasındaki kas-iskelet bulguları Tablo 1'de gösterilmiştir. SpA hastalarının %53'ü VDZ tedavisi başlamadan önce romatolojik açıdan aktif dönemdedi (BASDAI >4). Ayrıca, VDZ tedavisi sırasında kas-iskelet semptomları olan tüm hastaların İBH semptomları da aktifti. Artrit/artralji ve aksiyal semptomlar VDZ tedavisi başlandıktan ortalama  $14,12 \pm 17,22$  hafta sonra izlendi. Bu kohortta, VDZ tedavisi öncesinde artrit/artraljisi olan SpA'lı hastalarda, VDZ tedavisi sırasında daha fazla artrit/artralji saptandı ( $p < 0,001$ ).

**Sonuç:** Tüm hastaların eklem belirtilerinin de kontrol altına alınmasına yardımcı olan anti-TNF ajanları ve/veya sistemik kortikosteroid, DMARD tedavileri kullanmış olması yeni oluşan veya alevlenen artrit/artralji/enflamatuvar bel ağrısı bulgularının önceki tedavi ajanlarının sonlanımına mı, VDZ'nin başlanmasına mı yoksa artmış enflamatuvar yüke mi sekonder olduğunu anlamamızı güçleştirmektedir; bunun için prospektif, daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Vedolizumab, spondiloartrit, enflamatuvar bağırsak hastalığı, artrit

Tanı Yayı, K/E	İBH, Söne, Montreal sınıflaması	SpA tipi* HLA-B27	Sakroilit (BT/gsaf/MRG)	VDZ öncesi tedaviler	VDZ öncesi periferik artrit/ artralji/ inf bel ağrısı	VDZ sırasında Periferik artrit/ artralji/ inf bel ağrısı	VDZ kesime durumu	VDZ sonrası kas-iskelet sistemi belirtileri
1	64, E CH, 5yıl L3-B2	AxSpA	BT (+) mNY 1/2	NSAİ, 5-ASA, sistemik steroid, AZA, IFX, ADA	-/-	-/-	-	-
2	51, K CH, 13yıl L3	AxSpA, pSpA	BT (+) mNY 1/2 MRG (+)	5-ASA, sistemik steroid, AZA, IFX, ADA, CTZ, MTX	-/-	-/-	-	-
3	52, E CH, 5yıl L4	AxSpA	BT (+) mNY 2/2	5-ASA, sistemik steroid, AZA, IFX, ADA	-/+	-/+	-	Bel ağrısı benzer
4	36, K CH, 7yıl L3	AxSpA, pSpA	BT (+) mNY 1/1	5-ASA, sistemik steroid, IFX, ADA, CTZ, MTX	+/+	-/-	-	-
5	65, K CH, 19 yıl L3-B3	AxSpA	BT (+) mNY 1/1	5-ASA, sistemik steroid, AZA, IFX, ADA	-/-	-/-	-	-
6	21, K CH, 4 yıl L3	AxSpA, pSpA	BT (+) mNY 1/3	5-ASA, sistemik steroid, AZA, IFX, ADA, MTX	+/-	+/-	İBH yantızsız	Artrit
7	54, K CH, 9yıl L3	pSpA	BT (-) mNY 0/0	5-ASA, sistemik steroid, IFX, ADA, MTX	+/-	-/-	-	-
8	47, K CH, 12 yıl L3-B3-P	AxSpA, pSpA	MRG (+)	NSAİ, 5-ASA, sistemik steroid, AZA, IFX, ADA, MTX	+/+	-/+	-	İBH alevlenmesi ile ilişkili periferik artrit/ artraljide iyileşme, inf bel ağrısı benzer
9	66, E ÜK, 17 yıl E3	AxSpA	BT (+) mNY 3/3	5-ASA, sistemik steroid, AZA, IFX, ADA, MTX	-/-	+/+	-	MTX ile artrit kontrol altında
10	57, E CH, 9 yıl L2	AxSpA	BT (+) mNY 2/1	5-ASA, IFX, CTZ, MTX	-/-	-/-	-	-
11	46, E ÜK, 4 yıl E3	AxSpA, pSpA	BT (+) mNY 1/3	5-ASA, sistemik steroid, AZA, IFX, ADA	-/-	-/-	-	-
12	9, E CH, 15 yıl L3	AxSpA	BT (+) mNY 2/1	5-ASA, sistemik steroid, AZA, IFX, ADA	-/-	-/-	-	-
13	33, E CH, 12 yıl L3	AxSpA	BT (+)	5-ASA, sistemik steroid, IFX, ADA	-/-	-/-	-	-
14	37, E CH, 2 yıl L3	AxSpA	BT (+) mNY 3/3	NSAİ, 5-ASA, sistemik steroid, IFX, ADA	-/+	-/+	SpA'da alevlenme	Bel ağrısında azalma
15	20, K CH, 6 yıl L3	pSpA	BT (-) mNY 0/0	NSAİ, 5-ASA, sistemik steroid, IFX	+/+	-/+	İBH yantızsız	Bel ağrısı benzer
16	26, E CH, 28yıl L3	AxSpA, pSpA HLA B-27 (-)	BT (+) mNY 2/2	NSAİ, 5-ASA, sistemik steroid, IFX, MTX	+/+	+/+	İBH yantızsız +artrit/art ralji alevlenme	periferik artrit, artralji için DMARD, bel ağrısı benzer
17	15, E CH, 12 yıl E2	AxSpA HLA B-27 (-)	BT (+)	5-ASA, sistemik steroid, AZA, IFX, ADA	-/+	-/+	İBH yantızsız	-

\*ASAS/ULAR kriterlerine göre  
Kullanılanlar: AxSpA-aksiyal spondilolitik pSpA-periferik spondilolitik; CH-Çoklu hastalık; ÜK-Çoklu Kilit; İBH-inflamatuvar bağırsak hastalığı; ADA-adalimumab, AZA-azatioprin, CTZ-ometizumab, IFX-infliximab, MTX-metotrexat  
BT-biyoayır tomografi, MRG-Manyetik rezonans görüntüleme.  
MNY-modifiye New York kriterleri.

## PS-014

### Sistemik lupus eritematozusda prognostik nutrisyonel indeksin hastalık aktivitesi ile olan ilişkisinin araştırılması: Tek merkez deneyimi

Reyhan Bilici Salman<sup>1</sup>, Aslıhan Avanoğlu Güler<sup>2</sup>, Hazan Karadeniz<sup>2</sup>, Hasan Satış<sup>3</sup>, Hamit Küçük<sup>2</sup>, Şeminur Haznedaroğlu<sup>2</sup>, Abdurrahman Tufan<sup>2</sup>, Mehmet Akif Öztürk<sup>2</sup>, Berna Göker<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

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

<sup>3</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

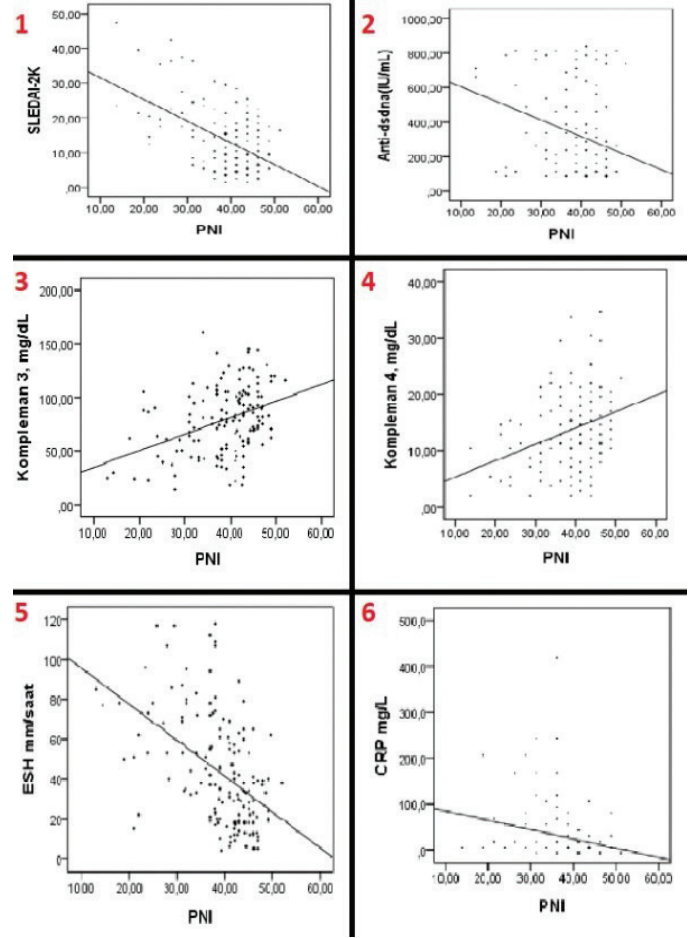
**Amaç:** Periferik kandaki serum albümin seviyesi ve lenfosit sayısı ile hesaplanan ve hastaların immün-beslenme durumu yansıtan prognostik nutrisyon indeksi (PNİ) ile Türkiye'deki SLE hastalarında hastalık aktivite indeksi-2000 (SLEDAI-2K) arasındaki ilişkiyi göstermeyi ve PNİ'nin hastalık aktivitesinin bağımsız bir prediktörü olduğunu göstermeyi amaçladık.

**Yöntem:** PNİ, 156 SLE hastasında aşağıdaki formüle göre hesaplandı:  $10 \times \text{serum albümin değeri (g/dL)} + 0,005 \times \text{periferik lenfosit sayısı (/mm}^3\text{)}$ . PNİ ile laboratuvar değişkenleri arasındaki ilişkilerin analizinde Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Laboratuvar ve klinik değişkenler ile SLE SLEDAI-2K arasındaki ilişkiyi göstermek için lojistik regresyon analizleri yapıldı.

**Bulgular:** Yetmiş dokuzu hastalık aktivitesi yüksek (SLEDAI-2K >10) ve 77'si hastalık aktivitesi düşük toplam 156 SLE hastası çalışmaya alındı. Yüksek hastalık aktivitesine sahip SLE hastalarının medyan PNİ'si, hastalık aktivitesi düşük olanlar ile kıyaslandığında daha düşük saptanmıştır (38'e karşı 42, p<0,001). Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde PNİ'nin aktif SLE'nin bağımsız bir prediktörü olduğunu göstermiştir. Spearman analizi, PNİ'nin SLEDAI-2K, komplemanlar, anti-dsDNA, eritrosit sedimentasyon hızı ve C-reaktif protein ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.

**Sonuç:** PNİ, SLE aktivitesinin değerlendirilmesinde faydalı olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik lupus eritematozus, SLEDAI-2K, hastalık aktivitesi, prognostik nutrisyon indeksi



Şekil 1. Prognostik nutrisyon indeksi ile serolojik markerların korelasyonları

**Tablo 1.** Sistemik lupus eritematozuslu hastalarda, hastalık aktivitesi yüksek ve düşük olanların özelliklerinin karşılaştırılması

Demografik özellikler	Toplam n=156	Hastalık aktivitesi yüksek n=79	Hastalık aktivitesi düşük n=77	p
Yaş, yıl	38 (30-46,5)	38 (30-45,2)	38 (31-47)	0,51
Hastalık süresi, ay	146 (93,6)	70 (88,6)	76 (98,7)	0,01
Hgb g/dL	120 (60-168)	120 (60-171)	96 (60-156)	0,24
ESH mm/saat	12,0 (10,8-13,3)	11,3 (9,6-13,0)	12,5 (11,6-13,5)	<0,001
CRP mg/L	38,0 (19,5-62,5)	53 (30-72,2)	28 (15-40)	<0,001
Kreatinin mg/dL	8,1 (2,6-22,7)	11,8 (3,6-29,6)	3,9 (2,4-12,7)	0,004
AST IU/L	0,68 (0,57-0,77)	0,70 (0,58-0,87)	0,65 (0,55-0,71)	0,01
ALT IU/L	20,4 (17-29)	21 (17-36,5)	20 (16,9-26)	0,22
Albümin g/dL	17 (12-27,7)	17 (11,7-30,7)	18 (12,9-27)	0,89
Lenfosit sayısı, µL	4,1 (3,5-4,4)	3,8 (2,9-4,3)	4,2 (3,8-4,5)	<0,001
SLEDAI-2K değişkenleri	1,4 (0,89-1,81)	1,18 (0,75-1,60)	1,60 (1,10-2,07)	<0,001
Anti-dsDNA IU/µL	228 (100-559,9)	283 (122,6-669,9)	155 (100-333,9)	0,005
Kompleman 3, mg/dL	80,5 (56,7-102,5)	68,5 (44-90,9)	89,8 (71,7-110)	<0,001
Kompleman 4, mg/dL	12,6 (8,4-17,5)	11,4 (6,2-15,4)	14,1 (10,9-19,1)	0,001
WBC sayısı, µL	230 (164,5-281)	221,9 (155,5-303)	230 (191,8-175,6)	0,05
PLT sayısı, x1000/ µL	75 (48,1)	45 (57)	30 (39)	0,78
Malar raş	96 (61,5)	47 (59,5)	49 (63,6)	0,02
Oral ülser	89 (57,1)	51 (57,3)	38 (49,4)	0,48
Artrit	17 (10,9)	14 (17,7)	3 (3,9)	0,05
Serozit	17 (10,9)	51 (57,3)	38 (49,4)	0,006
Nefrit	58 (42,3)	51(69,9)	7 (10,9)	<0,001
Nörolojik bozukluk	19 (12,2)	18 (22,8)	1 (1,3)	<0,001
Hematolojik bozukluk	34 (21,8)	21 (26,6)	13 (16,9)	0,14
İmmünolojik bozukluk	142 (91)	74 (93,7)	68 (88,3)	0,24
PNI	41 (35,5-44)	38 (29,3-43)	42 (38,4-45)	<0,001

Tabloda değerler medyan (çeyrekler arası aralık) yada sayı (%) olarak sunulmuştur. ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı, CRP: C-reaktif protein, AST: Aspartat aminotransferaz, ALT: Alanin aminotransferaz, WBC: Beyaz küre hücresi, PLT: Trombosit hücresi, Hgb: Hemogloblin, SLEDAI-2K: SLE Hastalık Aktivite İndeksi 2000, PNI: Prognostik nutritional indeks

**Tablo 2.** Hastalık aktivitesinin klinik ve laboratuvar özelliklerinin tek değişkenli ve çok değişkenli ikili lojistik regresyon analizleri ile SLE hastalarında değerlendirilmesi

	Tek değişkenli analiz OR	Tek değişkenli analiz %95 GA	Tek değişkenli analiz p değeri	Çok değişkenli analiz OR	Çok değişkenli analiz %95 GA	Çok değişkenli analiz p değeri
Hgb g/dL	0,679	0,55-0,82	<0,001	0,82	0,59-1,12	0,22
ESH mm/saat	1,031	1,01-1,04	<0,001	1,01	0,98-1,03	0,36
CRP mg/L	1,009	1,001-1,018	0,03			
Kreatinin mg/dL	8,07	1,7-37,1	0,007	0,36	0,29-83,9	0,27
Albümin g/dL	0,311	0,17-0,54	<0,001	0,23	0,05-1,07	0,06
Lenfosit sayısı, µL	0,367	0,21-0,63	<0,001	0,88	0,39-1,94	0,75
Anti-dsDNA IU/µL	1,002	1,000-1,003	0,008	1,00	0,99-1,00	0,42
Kompleman 3, mg/dL	0,997	0,96-0,98	<0,001	0,99	0,96-1,01	0,43
Kompleman 4, mg/dL	0,932	0,88-0,98	0,006	1,02	0,91-1,14	0,65
Malar raş	2,074	1,0-3,9	0,02	4,1	1,0-16,8	0,046
Oral ülser	3,1	1,0-9,0	0,03	5,5	1,2-24,4	0,02
Serozit	5,3	1,4-19,3	0,01	6,15	0,72-51,9	0,09
Nefrit	18,8	7,4-47,8	<0,001	11,1	3,0-40,1	<0,001
PNI	0,43	0,22-0,82	0,01	5,8	1,03-33,7	0,04

ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı, CRP: C-reaktif protein, Hgb: Hemogloblin, PNI: Prognostik nutritional indeks

## PS-015

### Sistemik lupus eritematozusta düşük kronik HBV enfeksiyon sıklığı

Zeliha Ademoğlu, Ufuk İlgen, Kübra Kalkan, Hakan Emmungil

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne

**Amaç:** Az sayıda çalışmada sistemik lupus eritematozus (SLE) hastalarında kronik hepatit B virüsü (HBV) enfeksiyonu sıklığının normal popülasyona kıyasla düşük olabileceği bildirilmiştir. Bu çalışma ile SLE hastalarında HBV seroprevalansının araştırılması, normal popülasyon ve hasta kontrol grupları (romatoid artrit ve spondiloartrit) ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** 2005-2021 yılları arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı'na başvurmuş 124 SLE hastası ile kontrol grubu olarak 125 romatoid artrit (RA) ve 125 spondiloartrit (SpA) hastasının tanı sırasında bakılmış olan HBV serolojisi (HBsAg, anti-HBs, anti-HBc total) sonuçları retrospektif olarak tarandı. SLE hastalarının serolojik özellikleri normal popülasyon ve hasta kontrol gruplarınınki ile karşılaştırıldı.

**Bulgular:** HBsAg pozitifliği SLE hastalarında 1/124 (%0,8), RA hastalarında 6/125 (%4,8), SpA hastalarında 9/125 (%7,2) bulundu.

SLE hastalarında HBsAg pozitifliği TURHEP çalışması (%4, p=0,04) ile diğer bir ulusal meta-analizdeki normal popülasyon verilerine (%4,57) ve SpA (p=0,06) ile RA (p=0,01) hastalarına göre düşük saptandı. Anti-HBc total pozitifliği SLE hastalarında (%18,9), hem normal popülasyona (%30,6) hem de RA (%42,7) ve SpA (%30,6) hastalarına kıyasla düşük bulundu (p<0,001, p<0,001, p=0,04) (Tablo 1). SLE hastalarının klinik bulguları incelendiğinde sadece oral ülserin anti-HBc total pozitifliği ile sınırda bir ilişkiye sahip olduğu saptandı. Anti-HBc total pozitif olanlarda oral ülser, anti-HBc total negatif olanlara göre daha az olduğu görüldü [%6,9'a %23,2, olasılık oranı =0,29 (0,07-1,2), p=0,054]. Diğer klinik özellikler ile anti-HBc total pozitifliği ile ilişki saptanmadı.

**Sonuç:** Bu çalışmada SLE hastalarında HBsAg pozitifliğinin istatistiksel olarak anlamlı olmasa da hem toplum verilerine hem de SpA ve RA hastalarına göre daha düşük olduğu görüldü. Çalışmadaki HBsAg pozitif SLE hasta sayısının sadece 1 olmasının istatistiksel sonucu etkileyebileceği düşünüldü. Ayrıca SLE hastalarında anti-HBc total pozitifliği de hem normal popülasyona hem de kontrol hasta gruplarına oranla istatistiksel anlamlı olarak daha düşük saptandı. SLE'de ile düşük HBV seroprevalansının arasındaki ilişkisinin aydınlatılması için daha çok hastanın dahil edildiği, prospektif ve moleküler çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Kronik HBV enfeksiyonu, romatoid artrit, spondiloartrit, sistemik lupus eritematozus

**Tablo 1.** SLE ve kontrol gruplarının hepatit B seroprevalansı

	SLE	RA	P SLE-RA değeri	SpA	P SLE-SpA değeri	Normal popülasyon (TURHEP)	P SLE-normal popülasyon değeri
HBsAg (+)	1/124 (%0,8)	6/125 (%4,8)	0,06	9/125 (%7,2)	0,01	218/5.960 (%4)	0,04
Anti-HBc total (+)	21/111 (%18,9)	44/103 (%42,7)	<0,001	37/121 (%30,6)	0,04	1.670/5.460 (%30,6)	<0,001
Anti-HBs (+)	58/124 (%46,8)	62/117 (%53)	0,33	51/122 (%41,8)	0,43	1.746/5.460 (%31,9)	<0,001
Anti-HBs (+) Anti-HBc total (-)	36/111 (%32,4)	26/103 (%25,2)	0,25	25/121 (%20,7)	0,04	463/5.460 (%8,4)	<0,001
Anti-HBs (+) Anti-HBc total(+)	17/111 (%15,3)	30/103 (%29,1)	0,01	25/121 (%20,7)	0,29	1.212/5.460 (%22,2)	<0,08
Anti-HBs (-) Anti-HBc total(+)	4/111 (%3,6)	14/103 (%13,6)	<0,001	12/121 (%9,9)	0,06	251/5.459 (%4,6)	0,62

## Pandemi döneminde tocilizumab intravenöz tedaviden subkütan tedaviye geçilen romatoid artrit hastalarının memnuniyet düzeyinin değerlendirilmesi: Tek merkez verileri

Fadime Bildik<sup>1</sup>, Belkis Nihan Coşkun<sup>2</sup>, Zeynep Yılmaz Bozkurt<sup>2</sup>, Nihal Lermi<sup>2</sup>, Yavuz Pehlivan<sup>2</sup>, Ediz Dalkılıç<sup>2</sup>

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

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

**Amaç:** Tosilizumab (TCZ), romatoid artrit (RA) tedavisinde kullanılan, interlökin-6 (IL-6) antagonisti bir monoklonal antikordur. TCZ'nin, COVID-19 tedavisinde kullanımıyla birlikte; RA nedenli intravenöz (iv) tocilizumab alan hastalarda; iv ilaç teminindeki problem nedeniyle tedaviye subkütan (sc) olarak devam edilmiştir. TCZ iv tedaviden sc tedaviye geçilen hastalarda hastalık aktivite indekslerinin retrospektif karşılaştırmalı değerlendirilmesi ve değişen uygulama yöntemiyle birlikte hastaların tedavi memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği Romatoloji Bölümü'nde takipli; RA nedenli iv TCZ kullanmakta iken; sc TCZ tedaviye geçilen 72 hasta değerlendirmeye alındı. Veriler, hastane kayıt sisteminden retrospektif incelenerek; hastaların demografik bilgileri, hastalık özellikleri, TCZ öncesi kullanılan tedaviler, TCZ iv ve sc tedavi kullanım süreleri ve dozları, TCZ iv tedavi başlangıç anındaki, sc tedaviye geçiş anındaki ve sc en az 3 ay kullanım sonrasındaki akut faz reaktanları, hastalık aktivite skoru (DAS-28), görsel analog skala (VAS), sağlık değerlendirme anketi (HAQ) değerleri, değişen uygulama yöntemiyle birlikte hastaların tedavi memnuniyetindeki değişim kaydedildi.

**Bulgular:** Hastaların özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Hastaların sc tedavi başladığı andaki eritrosit sedimentasyon hızı (ESR), C-reaktif protein (CRP), DAS28-CRP, DAS28-ESR, VAS, HAQ değerleri; iv TCZ başlangıç anındaki değerlere göre anlamlı şekilde düşüktü ( $p<0,05$ ). Sc tedavi başlangıç anı ve en az 3 ay kullanım sonrası kontrollerin karşılaştırmalı değerlendirmesinde; DAS28-ESR, VAS, HAQ değerlerinde anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ). Tedavi memnuniyeti sorgusunda; 41 (%56,90) hasta iv tedavi ile tedavi etkinliğinin daha iyi olduğunu ifade ederken; 28 (%38,90) hasta fark görmediğini, 3 (%4,20) hasta sc tedavi ile tedavi etkinliğinin daha iyi olduğunu belirtti. Sc kullanım sonrası; 1 hasta tedavi etkisizliği nedeniyle kendisi ilacı bırakmış, 1 hastada gebelik nedeniyle ilaç kesilmiş, 4 hastada da sekonder etkisizlik nedeniyle ilaç değişimine gidilmişti.

**Sonuç:** Sc tedavi sonrası hastalık aktivite indekslerinde anlamlı değişim olmamakla beraber; hastaların %56,9'unda iv tedavi ile tedavi memnuniyetinin daha iyi olduğu kaydedildi. Tedavinin doğal seyri esnasında da ilaç etkinliği azalabileceğinden dolayı daha geniş serilerde yapılmış çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** İntravenöz, romatoid artrit, subkütan, tocilizumab

**Tablo 1.**

Demografik özellikler (n=72)	
Cinsiyet (kadın; n, %)	65 (%90,30)
Yaş [medyan (min-maks)]	56 (23-77)
Beden kitle indeksi, kg/m <sup>2</sup> , [medyan (min-maks)]	26,56 (18-49)
Halen sigara içen hastalar (n, %)	10 (%13,90)
Sigarayı bırakmış olan hastalar (n, %)	8 (%11,10)
Hastalık özellikleri	
Tanı yaşı (ortalama ± SS)	39±12,818
Hastalık süresi, ay, [medyan (min-maks)]	168 (15-504)
Romatoid faktör (RF) pozitifliği (n, %)	37 (%51,4)
Anti-CCP pozitifliği (n, %)	43 (%59,7)
Erozyon varlığı (n, %)	49 (%67,1)
Komorbid hastalıkları	
Diabetes mellitus (n, %)	11 (%15,30)
Hipertansiyon (n, %)	19 (%26,40)
Hiperlipidemi (n, %)	6 (%8,30)
Kronik renal yetmezlik (n, %)	3 (%4,20)
Kronik akciğer hastalığı (n, %)	3 (%4,20)
Koroner arter hastalığı (n, %)	2 (%2,80)
Serebrovasküler hastalık (n, %)	1 (%1,40)
TCZ öncesi biyolojik DMARD kullanan hasta sayısı (n, %)	39 (%54,16)
TCZ öncesi biyolojik DMARD kullanım süresi, ay [medyan (min-maks)]	3 (0-125)
TCZ sc kullanım süresi, ay [medyan (min-maks)]	9 (3-22)
TCZ subkütan tedaviye geçiş sonrası hastaların tedavi memnuniyeti	
İv tedavi ile daha memnun olan hastalar (n, %)	41 (%56,90)
İv - sc tedavi arasında fark hissetmeyenler (n, %)	28 (%38,90)
Sc tedavi ile daha memnun olan hastalar (n, %)	3 (%4,20)
COVID geçiren hastalar (n, %)	8 (%11,10)
Anti-CCP: Anti-siklik sitrülünlenmiş peptid, DMARD: Hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç	

## Primer sjögren sendromu ve primer biliyer siroz birlikteliğiyle takip edilen hastada vaskülit taklitçisi infektif endokardit olgusu

İlyas Ercan Okatan<sup>1</sup>, Emre Selim<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Trabzon

<sup>2</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon

Elli beş yaş kadın hasta 15 yıldır romatoid artrit (RA) tanısıyla dış merkezde takipli olup batında asit, yaygın ödem ve pansitopeni gelişmesi üzerine polikliniğine başvurmuş. ANA pozitifliği, C3-C4 düşüklüğü, splenomegalisi olan hastada SLE tanısı düşünülerek IVIG, metilprednizolon verilmiş. Üç hafta sonrasında ayaklarda şişlik, karında şişlik, yaygın ekimoz ve peteşi ile acil servise başvuran hastaya pulse steroid tekrar verilmiş.

Şikayetleri gerilemeyen hasta iç hastalıkları anabilim dalı ile konsülte edilmiş. Sistemik sorgulamasında halsizlik, karında ve ayaklarda şişlik, göz ve ağız kuruluğu, eklem ağrıları olduğu öğrenilen hastanın fizik muayenesinde batında matite, KC ve dalak palpabl, pretibial gode bırakan ödem tespit edildi. Laboratuvar bulguları kreatinin 0,44 mg/dL, albümin 20L4 g/L, ALT 26 U/L, AST 24 U/L, CRP 59 mg/L, lökosit 6.620/µL, Hb 10 g/dL, PLT 52.000/µL, lenfosit 540/µL, nötrofil 5.590/µL, Hematokrit 31, MCV 102 fL, ESH 74 mm/saat olarak saptandı. Abdomen USG'de karaciğer konturunda hafif düzensizlik (kronik parankimal karaciğer hastalığı?), karaciğer 173 mm, dalak 200 mm ölçülmüştür (hepatosplenomegali). Batında serbest mayi ve portal hipertansiyon izlenmiştir olarak raporlanmış. Kronik parankimal karaciğer hastalığı açısından bakılan parasentez sıvı örneğinde SAAG 1,66 olarak raporlandı hastada portal hipertansif asit düşünüldü. Hepatit B açısından aşı, HCV seroloji negatif saptandı. Schirmer testi 3 mm saptanan hastanın 4 sene önce sol parotis bezinde şişlik olması üzerine biyopsi yapılmış benign olarak raporlanmış. Hastanın bakılan ANA'sı benekli paternde 1/320-1/1.000, anti-dsDNA negatif, SS-A +3, SS-B +2 ve Ro-52 +3 olarak saptanması üzerine hastada Primer sjögren sendromu tanısı düşünüldü. Takibinde 38 derece ateşi olan hastanın kan kültür örneğinde Staf. aureus üremesi olunca EKO ve TEE yapıldı abse, vejetasyon izlenmedi. Konjonktival hemoraji, roth spot varlığı ve romatoid faktör pozitifliği olan hastada infektif endokardit düşünülerek uygun antibiyoterapisi verildi. PSS, pozitif ANA veya pozitif RF varlığına bağlı olarak sıklıkla SLE veya RA olarak yanlış tanı alabilir. İE'nin hem klinik hem laboratuvar bulguları ile vaskülit taklit edebileceği akıld tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Antinükleer antikor, infektif endokardit, primer sjögren sendromu, romatoid faktör

## PS-018

### Subkütan formda biyolojik ajan kullanan hastaların ilaç kullanımı konusunda farkındalığının değerlendirilmesi

Fatma Tuncer, Özlem Özdemir Işık, Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle

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

**Amaç:** Subkütan (SC) formdaki biyolojik ilaçlar romatolojik hastalıklarda sıklıkla kullanılmakta olup uygun koşullarda saklanması ve doğru uygulanması önem arz etmektedir. Hastalara SC tedaviler başlandığında, ilaç kullanımı, saklama koşulları ile ilgili bilgi verilmekte ve uygulama anlatılmaktadır. Bu çalışmada SC biyolojik kullanan hastaların ilacın kullanımı, saklama koşulları konusunda farkındalığının araştırılması amaçlanmaktadır.

**Yöntem:** Ocak 2021-Haziran 2021 tarihleri arasında polikliniğimize başvuran romatoid artrit, psöriatik artrit ve ankilozan spondilit tanılı SC biyolojik kullanan 100 hastanın demografik verileri kaydedildi ve anket soruları yöneltildi.

**Bulgular:** Yüz hastanın demografik özellikleri Tablo 1'de ve anket cevapları Tablo 2'de özetlendi. Cinsiyet açısından enjeksiyon uygulamasında anlamlı farklılık gözlemlendi (p=0,041). Her iki cinste, hastaların büyük çoğunluğu enjeksiyonu kendisi uygulamakta iken,

kadınların bir kısmının yardım aldığı gözlemlendi. Eğitim durumu ilköğretim ve altı ile lise ve üzeri olarak 2 grup şeklinde ele alındığında lise ve üzeri eğitim almış kişilerde, kullanılan biyolojinin tıbbi atığa atılmasının daha yüksek olduğu gözlemlendi (p=0,012). Eğitim durumu lise ve üzeri olan hastaların %40'ı ilaç kullanımıyla ilgili endişe duyarken, ilköğretim ve altı eğitim seviyesine sahip hastaların %21'i endişe duymaktaydı. Eğitim seviyesi düşüktükçe kaygının azaldığı görüldü (p=0,032). Enjeksiyonu yapmadan önce bekleme süresine uyum 3 yıl ve üzeri ilaç kullananlarda %66 (n=50), 3 yıldan kısa süreli ilaç kullanan hastalarda %88 (n=21) idi (p=0,041). İlaç kullanım süresi arttıkça bekleme süresinin anlamlı olarak azaldığı görüldü. Son kullanma tarihini kontrol etme açısından bakıldığında anlamlı fark gözlenmezken ilaç kullanım süresi arttıkça kontrol oranının düştüğü saptandı. El yıkamada anlamlı fark olmamasına rağmen, ilaç kullanım süresi arttıkça el yıkama oranının düştüğü görüldü (p=0,065). Yine aynı şekilde tıbbi atığa atma oranı, fark anlamlı olmamakla birlikte, ilaç kullanım süresi arttıkça düşmekteydi (p=0,058).

**Sonuç:** Hastaların tedavilerini doğru uygulama açısından SC tedavinin hastaya ait arka planını değerlendirmek oldukça önemlidir. Çalışmamız hastalara ilaç kullanımı konusunda sadece başlangıçta değil belirli aralıklarla da bilgilendirme yapılması gerektiğinin önemi ortaya çıkartmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Biyolojik ilaçlar, hasta eğitimi, ilaç kullanımı

**Tablo 1.** Çalışma hastalarının demografik özellikleri

n=100	n (%)
Cinsiyet	
Kadın	46 (46)
Erkek	54 (54)
Yaş (yıl) <sup>a</sup>	44,6 (19-67)
Eğitim durumu	
Okur yazar	2 (2)
İlkokul	40 (40)
Ortaokul	11 (11)
Lise	28 (28)
Ön lisans	3 (3)
Lisans	16 (16)
Tanıları	
Ankilozan spondilit	61 (61)
Romatoid artrit	20 (20)
Psöriatik artrit	19 (19)
Semptomların başlama yaşı (yıl) <sup>a</sup>	13 (2-46)
Tanı süreleri (yıl) <sup>a</sup>	10 (2-50)
Total biyolojik ajan kullanma süresi (ay) <sup>a</sup>	69,5 (2-225)
Total subkütan biyolojik ajan kullanma süresi (ay) <sup>a</sup>	74,5 (2-222)
Kullanılan biyolojik tedavi	
Etanersept	36 (36)
Adalimumab	32 (32)
Sertolizumab	15 (15)
Golimumab	14 (14)
Abatasept	2 (2)
Tosilizumab	1 (1)

a: Medyan (min-maks)

**Tablo 2.** Hastalarımızın anket sorularına yanıtları

N=100	n (%)
İlaça başlamadan önce onam formunu okuyan hasta oranı	88 (88)
İlaç kullanım endişesi	
Malignite	23 (23)
Sık enfeksiyon	7 (7)
Tüberküloz	7 (7)
Endişe taşımayan	70 (70)
İlaç kullanım şekli hakkında bilgilendiren kişi	
Hemşire	88 (88)
Doktor	18 (18)
Hemşire+doktor	7 (7)
İlaça hangi durumlarda ara verileceği konusunda bilgilendirilmiş hasta	
Bilgilendirilen bu hastaların bilgi durumları	86 (86)
Grip ve ateşli hastalıklarda	84 (95,3)
Antibiyotik reçete edildiğinde	68 (79,1)
Uçuk çıktığında	39 (45,3)
İlaç saklama yeri	
Buzdolabı rafı	65 (65)
Buzdolabı kapağı	31 (31)
Eczanede	4 (4)
İlacı uygulamadan önce bekletme durumu	
20-30 dk oda sıcaklığında bekletme	71 (71)
>30 dk oda sıcaklığında bekletme	6 (6)
Eliyle ısıtıp uygulama	5 (5)
Sıcak suda bekletme	1 (1)
Enjeksiyonu yapmadan önce son kullanma tarihini kontrol eden hastalar	64 (64)
İlacın berraklığını kontrol eden hastalar	75 (75)
İlacı uygulamadan önce el yıkama oranı	83 (83)
Enjeksiyon bölge temizliği	
İlaç kutusundan çıkan temizleme mendiliyle	66 (66)
Alkolle	24 (24)
Islak mendille	3 (3)
Sabunla	1 (1)
Enjeksiyon uygulayan kişi	
Kendisi	84 (84)
Yakını	11 (11)
Sağlık personeli	5 (5)
Enjeksiyonu yaptıktan sonra kapağını kapatan hastalar	90 (90)
Enjektörü/kalemi çöpe atma durumu	
Ev çöpüne	62 (62)
Tıbbi atığa	34 (34)
Geri dönüşüme	3 (3)
Yakarak imha	1 (1)
Seyahat durumu	
İlacını yanında götürüyor	71 (71)
Yanında götürmüyor	5 (5)
Doz zamanına göre plan yapıyor	8 (8)
Tedavi aldığı için seyahate çıkmıyor	4 (4)
Hiç seyahat etmemiş	12 (12)
Seyahat sırasında soğuk zincir kurallarına uygun ilacını taşıyanlar	71 (100)

**PS-019****Timoma ilişkili dermatomiyozit olgusu; myasthenia gravis gelişme riskine dikkat**

**Fatih Yıldırım**, Melek Yalçın Mutlu, Ozan Cemal İçaçan, Mustafa Erdoğan, Cemal Bes

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

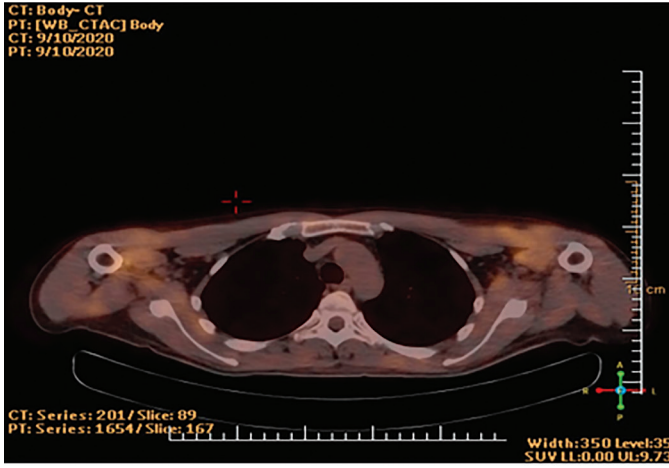
**Amaç:** Timoma ilişkili enflamatuvar miyopati nadir görülen bir tablo olup hastada myasthenia gravis gelişme riski artmış olduğu için bu yönden yakın takip gerektirir.

**Olgu:** Otuz sekiz yaşındaki erkek hasta iştahsızlık, kilo kaybı, yürümekte ve oturup kalkmada zorlanma, yutma güçlüğü ve ateş şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenesinde el parmaklarında splinter hemoraji, her iki el parmaklarında ekstensör yüzlerde Gottron döküntülerini düşündürülen lezyonlar izlendi. Üst ve alt ekstremitelerde proksimal kas güçleri bilateral 3/5 olarak değerlendirildi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde anterior mediastende 79x49 mm çapında timoma ile uyumlu kitlesel lezyon izlendi. Evreleme amaçlı çekilen PET-BT'de proksimal kas yapılarında enflamasyon artışı ile karakterize bulgular tespit edildi (Resim 1). Elektromiyografi bulguları enflamatuvar miyopatileri desteklemekteydi. Laboratuvar bulgularında kreatin kinaz ve aspartat aminotransferaz değerleri 1,5 kat kadar yüksek, Troponin-T 1457 ng/L (normali: 0-14), CRP 110 mg/L (normali; 0-5), sedimantasyon 45 mm/saat, asetilkolin reseptör antikor düzeyi 1,250 mmol/L (>0,4 pozitif) saptandı. Hastaya timoma ilişkili dermatomiyozit tanısı kondu ve pulse 1gram/gün metilprednisolon 3 gün verildi; ardından 1 mg/kg/gün prednisolon tedavisine devam edildi. Steroid tedavisi sonrası hastanın kas güçlerinde hızlıca iyileşme gözlemlendi. Yüksek titrede AKRA düzeyi bulunması ve perioperatif dönemde gelişebilecek bir miyastenik kriz riski nedeniyle timektomi planlanan hastaya preop dönemde intravenöz immünoglobulin de verildi. Hemen sonrasında timoma cerrahi olarak çıkartıldı.

**Sonuç:** Dermatomiyoit hastalarında malignite sıklığı artmış olup bu tanıyı alan her hastanın malignite yönünden dikkatli ve ayrıntılı bir taraması yapılmalıdır. Timoma da dermatomiyozite eşlik edebilecek malignitelerden biridir. Ancak timoma ile enflamatuvar miyopati ve myasthenia gravis birlikteliği nadir görülen bir tablo olup her zaman bu üç hastalık aynı hastada eş zamanlı gelişmeyebilir. Bazen her bir hastalık farklı zamanlarda ortaya çıkmakta, bazen de bizim olgumuzda olduğu gibi myasthenia gravis kliniği olmamasına rağmen hastada hastalığa spesifik yüksek antikor titreleri görülebilmektedir. Timoma ilişkili dermatomiyozit tespit edilmiş hastaların klinik bulguları olmasa dahi myasthenia gravis yönünden yakın takip edilmesi gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** Timoma, myasthenia gravis, miyozit





Resim 1. PET/BT'de omuz kuşağı kaslarında enflamatuvar aktivite artışı

## PS-020

### Antisentetaz sendromu-hemokromatozis birlikteliği: Nadir görülen bir olgu sunumu

Derya Yıldırım, Hamit Küçük, Abdurrahman Tufan, Şeminur Haznedaroğlu, Berna Göker, Mehmet Akif Öztürk

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

**Amaç:** Antisentetaz sendromu amino açil transfer antikoru ile ilişkili miyopati, eroziv olmayan enflamatuvar artrit, Raynaud fenomeni, interstisyel akciğer hastalığı (İAH) ve makinist eli vb. kutanöz semptomlar dahil bir dizi klinik durumla ilişkili bir enflamatuvar miyopatidir. Hemokromatoz diyet demirinin uygun olmayan şekilde yüksek emilimi, parankimal organlarda anormal demir birikimine neden olan kalıtsal bir bozukluktur. Bu iki hastalığın patojenik mekanizmaları tamamen bağımsız ve nadir hastalıklardır. Biz kliniğimizde takipli antisentetaz sendromu ve hemokromatozisi olan bir hastayı sunuyoruz

**Olgu:** Kırk dokuz yaş kadın hasta 2010 yılında ANA+++ olması üzerine bağ doku hastalığı ön tanısı ile hidroksiklorokin 200 mg/gün dozunda tedaviyle takip ediliyormuş. Dirençli artrit, kas güçsüzlüğü ve karaciğer fonksiyon testi bozukluğu olması nedeniyle ek tedavi verilemediği için tarafımıza yönlendirilmişti. Bakılan tetkiklerde total kreatin kinaz yüksekliği, el bileği, diz ve dirsek ekleminde artrit, ellerde hiperkeratotik lezyonları olan hasta anti Jo1+++ , solunum fonksiyon testinde restriktif patern ve toraks bilgisayarlı tomografide non-spesifik interstisyel pnömoni olması üzerine antisentetaz sendromu tanısı konularak takibine başlandı (Şekil 1). Sebat eden karaciğer fonksiyon testi ve ferritin yüksekliği ile hematoloji birimine danışıldı. *H63D* geni heterozigot ve aile öyküsü olan hasta hemokromatozis tanısı olarak ilaçsız izlemine karar verildi.

**Sonuç:** Hemakromatozis semptomları halsizlik, yorgunluk, artralji ve artrit, aralıklı karın ağrısı, libido kaybı ve iktidarsızlık olarak tanımlanır. Premenopozal kadında semptomlar silik olabilir. Antisentetaz sendromu olan hastamızda yorgunluk, KCFT yüksekliği, kontrollü seyirli DM ve hepatomegali mevcuttu. Hematoloji takibinden sonra artritte gerileme olması anti-sentetaz

sendromundan kaynaklandığını düşündüğümüz artrit şikayetlerinin bir kısmının hemokromatoz kaynaklı olduğunu düşündürmüştür. Hastalarda artrit ve karaciğer fonksiyon bozukluğu gibi sık görülen şikayetleri değerlendirirken romatolojik hastalıklar dışı patolojileri mutlaka göz önünde bulundurmak gerekir.

**Anahtar Kelimeler:** Antisentetaz sendromu, artrit, hemakromatozis



Şekil 1. Makinist eli

## PS-021

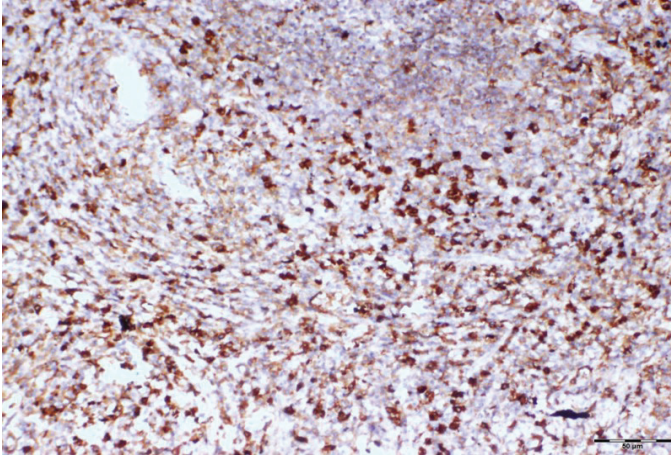
### Akciğer kanseri ön tanısıyla opere edilen hastanın IgG4 ilişkili hastalık tanısı

Ayşenur Yalçıntaş Kanbur, Berivan Bitik, Ahmet Eftal Yücel, Günay Şahin Dalğış

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

İmmünglobulin G4 ilişkili hastalık, dolaşımda yüksek IgG4 seviyesiyle seyreden, IgG4 plazma hücreleri tarafından doku infiltrasyonu ile karakterize nadir görülen, kronik progresif bir otoimmün hastalıktır. IgG4 ilişkili hastalık akciğer, safra yolları, karaciğer, böbrek, pankreas, tükürük bezleri, retroperiton, meme, aort dahil birçok organı etkileyebilir. Pulmoner tutulum; hava yolu, akciğer parankimi, plevra ve mediasteni içerir. Bu olgu raporunda, hastamızda pnömoni nedeniyle tetkik edildiği merkezde çekilen toraks BT'de multipl lenf nodları ve multipl spiküle konturlu nodüler lezyon saptanmıştı. Hastaya malignite ön tanısıyla, doku tanısı elde etmek amaçlı üst lob anterior segmentektomi, orta ve alt lop wedge rezeksiyon işlemi uygulanmış ve patoloji sonucu IgG4 ilişkili hastalık saptanmıştı. IgG4 ilişkili hastalık için literatür incelendiğinde malignite ile karışabilecek olgulara sıkça rastlanmaktadır. Biz de bu olgumuzla akciğer kanseri ön tanısıyla biopsi yapılan hastanın patolojisinde IgG4 boyanmış plazma hücrelerini göstermek ve özetle tedavi planını sunmak istedik.

**Anahtar Kelimeler:** İmmünglobulinG4 ilişkili hastalık, plazma hücre infiltrasyonu, pulmoner tutulum



**Şekil 1.** IgG4 immünohistokimyası

IgG4 immünohistokimyası. IgG4/IgG oranı %40'ı geçtiğinde IgG4 ilişkili hastalık açısından destekleyici bir bulgu

## PS-022

### Eritema nodosum granülatöz mastit birlikteliği farklı bir klinik antite mi?

Melda Ulaş Güncan<sup>1</sup>, Feray Tabakan<sup>1</sup>, Gözde Pempe<sup>2</sup>, Nurdan Oruçoğlu<sup>1</sup>, Abdullah Canataroğlu<sup>1</sup>

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

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

**Amaç:** Eritema nodosumun eşlik ettiği granülatöz mastit gelişen hastaları demografik, klinik özellikleri ve etkili tedavi seçenekleri ile birlikte değerlendirmek. Granülatöz mastit non-kazeifiye granülomlar ile karakterize memenin enflamatuvar bir hastalığıdır. İdiyopatik olabileceği gibi enfeksiyon veya sistemik hastalıklara sekonder gelişebilir. Eritema nodosum, otoimmün hastalıklarla ilişkilendirilen alt ekstremitelerin ön yüzlerinde ağrılı nodüller

ile seyreden pannikülittir. Genellikle idiyopatik olmasına karşın sistemik bir hastalığın ilk belirtisi olabilir. Literatürde granülatöz mastit ile eritema nodosumun ilişkilendirildiği olgu sunumları mevcuttur. Bu makalede eritema nodosum ile birliktelik gösteren 6 granülatöz mastit olgusunu demografik, klinik ve tedavi yanıtlarıyla birlikte değerlendirdik.

**Yöntem:** Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin elektronik veri tabanından Ocak 2016 ve Temmuz 2021 tarihleri arasında granülatöz mastit tanılı ve eritema nodosumun eşlik ettiği hastalar geriye dönük tarandı. Hastaların C-reaktif protein, eritrosit sedimentasyon hızı, Romatoid faktör, Antinükleer antikor, ANCA, quantiferon, akciğer görüntülemeleri, obstetrik öyküleri ve tedavileri kaydedildi.

**Bulgular:** Granülatöz mastit ve eritema nodosumun birlikte görüldüğü hasta sayısı 6 idi. Hastaların tanı yaşları 25 ile 44 yıl arasında olup ortalaması 32,3 yıldır. Bütün hastaların gebelik ve laktasyon öyküsü vardı, bir hasta gebeliğin 16. haftasında tanı almıştı. İki hastanın oral kontraseptif kullanım öyküsü mevcuttu. Hastaların ortalama menarş yaşı 13,3 (minimum 12, maksimum 16) yıldır. Üç hastada artrit mevcuttu. Sadece bir hastanın tedavisinde segmental mastektomi uygulanmış, diğer hastalar cerrahi işlem gereksizdir medikal tedavi ile takip edilmişti. Bütün hastalar steroid tedavisi (5-40 mg prednizolon) almıştı. Steroide ek olarak 4 hasta metotreksat (10 mg/hafta), 1 hasta kolşisin (1 mg/gün), 3 hasta antibiyotik tedavisi almıştı. Granülatöz mastit, eritema nodosum ve artrit tedavisinde eş zamanlı tam yanıt sağlandı. Hastalarda rekürens görülmedi. Tablo 1'de hastaların klinik özellikleri, laboratuvar ve radyolojik sonuçları, obstetrik öyküleri ve tedavileri özetlenmiştir.

**Sonuç:** Eritema nodosum ile başvuran hastalarda granülatöz mastit sorgulanmalı; granülatöz mastit ile eritema nodosum birlikteliğinin immün aracılı bir sürece sahip, farklı bir klinik antiteyi temsil edebileceği akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Granülatöz mastit, eritema nodosum, artrit

**Tablo 1.** Hastaların demografik, klinik özellik ve tedavileri

	Hasta 1	Hasta 2	Hasta 3	Hasta 4	Hasta 5	Hasta 6
Yaş	40	28	46	33	30	34
Granülomatöz mastit tanı yılı	2021	2021	2019	2016	2016	2016
Etkilenen yön	Sol	Sağ	Sağ	Sol	Sağ	Sol
Semptom						
Ağrı	Var	Var	Var	Var	Var	Var
Ateş	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
Akıntı	Yok	Var	Yok	Var	Var	Var
Artrit	Monoartrit	Oligoartrit	Monoartrit	Yok	Yok	Yok
Artralji	Var	Var	Var	Yok	Yok	Yok
Eritema nodosum	Var	Var	Var	Var	Var	Var
Komorbidite						
Diabetes mellitus	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
Hipertansiyon	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
Ailede otoimmün hastalık öyküsü	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
Obstetrik öykü						
Menarş yaşı	12	16	14	13	12	13
OKS kullanım öyküsü	Yok	Yok	Var	Yok	Var	Yok
Gebelik sayısı	2	3	5	3	2	1
Çocuk sayısı	2	2	4	3	2	1
Gebelikte tanı	Yok	16. hafta	Yok	Yok	Yok	Yok
Laboratuvar ve radyoloji						
Sedimentasyon hızı	69 mm/saat	55 mm/saat	46 mm/saat	18 mm/saat	99 mm/saat	57 mm/saat
C-Reaktif protein	170 mg/L	36 mg/L	38 mg/L	46 mg/L	250 mg/L	25 mg/L
Anti nükleer antikor	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif
Romatoid faktör	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
ANCA	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif
PPD/Quantiferon	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif
Akciğer görüntüleme	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Doku kültürü	Üreme yok	Üreme yok	Üreme yok	Üreme yok	Üreme yok	Üreme yok
Tedavi ve yanıt						
Antibiyotik	Yok	Var	Yok	Yok	Segmental	Var
Cerrahi rezeksiyon	Yok	Yok	Yok	Yok	mastektomi	Yok
NSAİ	Yok	Yok	Yok	Yok	Var	Var
Prednizolon	20 mg/gün	15 mg/gün	15 mg/gün	5 mg/gün	15 mg/gün	40 mg/gün
Metotreksat	10 mg/hafta	10 mg/hafta	Yok	10 mg/hafta	Yok	10 mg/hafta
Kolşisin	1 mg/gün	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
Remisyon	Tam yanıt	Tam yanıt	Tam yanıt	Tam yanıt	Tam yanıt	Tam yanıt
Rekürrens	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok

**PS-023****Sistemik skleroz hastalarında COVID-19 enfeksiyonu sıklığı ve seyri: Hastaneye yatış riskini artıran faktörler**

Numune Aliyeva<sup>1</sup>, Yasemin Yalçınkaya<sup>1</sup>, Şirhan Amikişiyev<sup>1</sup>, Murat Bektaş<sup>1</sup>, Büşra Kaya<sup>1</sup>, Melodi Gizem Can<sup>1</sup>, Rana Günozü Cömert<sup>2</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, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

**Amaç:** Bu çalışmada SSk hastalarında COVID-19 enfeksiyonunun sıklığının ve seyrinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Polikliniğimizde izlenmekte olan ACR/EULAR kriterlerini (2013) karşılayan SSk hastalarının kayıtları incelendi. COVID-19 enfeksiyonu geçirdiği tespit edilen hastaların verileri detaylı değerlendirildi.

**Bulgular:** SSk tanısıyla takipli 330 hastanın verileri değerlendirildiğinde 28 hastanın COVID-19 PCR testinin pozitif olduğu saptandı. Olguların 24'ü kadın, ortalama yaş 49,8 yıl idi. Yirmi beş (%89,3) hastada COVID-19 enfeksiyonu semptomatik idi; 11'inde (%39,3) solunum yolu tutulumu vardı. Toraks BT çekilen 11 hastadan 4'ünde COVID-19 pnömonisi ile uyumlu bulgular izlendi. Ortalama CRP 53,6±36,5 mg/L, ferritin 1.942±3813.4 ng/mL, D-Dimer 1.343±1.287 ng/mL, 7 hastada lenfopeni (0,54-0,9\*10<sup>3</sup>/µL) saptandı. Yirmi dört hastanın antiviral tedavi (favipiravir: 23, oseltamivir: 1), 5 hastaya COVID-19 enfeksiyonu nedeniyle hidroklorokin başlandığı anlaşıldı. Yedi (%25) hastanın hospitalize edildiği, 4'ünün oksijen desteği (1'inin yoğun bakım ve NİMV), 3'ünün parenteral steroid gereksinimi olduğu gözlemlendi. Renal kriz öyküsü olan 2 olgudan birine sitokin fırtınası nedeniyle tosilizumab uygulandı; tanidan itibaren hemodiyalize girmekte olan diğer olgudan hospitalizasyon ihtiyacı olmadı. COVID-19 enfeksiyonu gelişiminden önceki 6 ay içinde dirençli akciğer tutulumu nedeniyle rituksimab uygulanan 1 olgu ayaktan izlendi. Önceden SSk ilişkili interstisyel akciğer hastalığı (İAH) varlığı (0,023) ve COVID-19 enfeksiyonu seyrindeki laboratuvar değişikliklerinden ise lenfopeni (p=0,008) hospitalizasyon

gereksinimi ile ilişkili bulundu (Tablo 1). Tromboemboli veya hastalık bulgularında kötüleşme veya mortalite gözlenmedi.

**Sonuç:** SSk hastaları arasında COVID-19 enfeksiyonu sık ve hospitalizasyon oranı yüksek bulundu. Bir hastada anti-sitokin tedavi ihtiyacı oldu ve mortalite gözlenmedi. İAH varlığı ve lenfopeni gelişimi hospitalizasyon ihtiyacı ile ilişkili bulundu. Bu sonuçlar SSk hastalarında sosyal mesafe ve hijyen kurallarına uyularak tedavilerin sürdürülmesinin uygun olduğunu, fakat İAH olan ve enfeksiyon seyrinde lenfopeni gelişen hastaların riskli olduğunu düşündürmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik skleroz, inerstisyel akciğer hastalığı, COVID-19

**Tablo 1.** Hospitalize edilen ve edilmeyen hastaların klinik ve demografik özellikleri

Özellikler	Hospitalize edilen hastalar (n=7)	Hospitalize edilmeyen hastalar (n=21)	p
Yaş, yıl, ort (SS)	49,29 (6,317)	49,65 (11,268)	0,917
Raynaud fenomeni, yıl, ort (SS)	10,29 (8,86)	10,55 (7,86)	0,850
Raynaud dışı semptom süresi, yıl, ort (SS)	9,29 (6,82)	8,2 (7,31)	0,607
VKI (kg/m <sup>2</sup> )	24,31 (2,25)	26,24 (4,75)	0,466
Klinik özellikler			
Sınırlı/yaygın deri tutulumu	3/4	14/7	0,420
Dijital ülser	3	8	0,581
İnterstisyel akciğer hast	5	9	0,023*
Pulmoner arteriyel hipertansiyon	0	1	0,443
Otonantikörler			
Anti-sentromer	1	7	0,393
Anti-scl-70	5	7	0,148
İmmüno-supresifler	7	14	0,078
Mikofenolat mofetil	4	8	0,378
Azatiyoprin	0	1	0,557
Metotreksat	2	4	0,595
Metilprednizolon veya eşdeğeri	5	12	0,503
Laboratuvar			
C-reaktif protein yüksekliği	7	4	0,202
D-Dimer yüksekliği	1	3	0,857
Ferritin yüksekliği	2	0	0,114
Lenfopeni	5	2	0,008*
Anti-sitokin tedavi	1	0	0,078

## PS-024

### Sistemik lupus eritematozuslu hastalarda renal biyopside non-lupus nefrit nedenleri

Emine Duran<sup>1</sup>, Tolga Yıldırım<sup>2</sup>, Umut Kalyoncu<sup>1</sup>, Arzu Taghiyeva<sup>3</sup>, Emre Bilgin<sup>1</sup>, Emine Arzu Sağlam<sup>4</sup>, Meral Üner<sup>4</sup>, Jabrail Jabrayilov<sup>2</sup>, Ertuğrul Çağrı Bölek<sup>1</sup>, Ceren Önal<sup>2</sup>, Bayram Farisoğulları<sup>1</sup>, Neriman Sila Koç<sup>2</sup>, Gözde Kübra Yardımcı<sup>1</sup>, Sinem Girgin<sup>2</sup>, Gizem Ayan<sup>1</sup>, Zehra Özsoy<sup>1</sup>, Güllü Sandal Uzun<sup>1</sup>, Levent Kılıç<sup>1</sup>, Şeref Rahmi Yılmaz<sup>2</sup>, Ali Akdoğan<sup>1</sup>, Şule Apraş Bilgen<sup>1</sup>, Ömer Karadağ<sup>1</sup>, Sedat Kiraz<sup>1</sup>, Bülent Altun<sup>2</sup>, Yunus Erdem<sup>2</sup>, Mustafa Arıcı<sup>2</sup>, İhsan Ertenli<sup>1</sup>

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

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

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

<sup>4</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Renal biyopsi, sistemik lupus eritematozuslu (SLE) hastalarda böbrek tutulumunun tanı ve tedavisinde köşe taşıdır. Ancak SLE hastalarında lupus nefriti dışında böbrek patolojileri de bildirilmiştir. Bu çalışmanın amacı böbrek biyopsisi yapılan SLE hastalarında lupus nefriti dışı nedenlere dikkat çekmektir.

**Yöntem:** Bu retrospektif-tanımlayıcı çalışma, 2001-2020 yılları arasında en az bir kez böbrek biyopsisi yapılan 139 SLE hastasını içermektedir. Tüm hastalar, SLE için SLICC veya EULAR/ACR kriterlerini karşılamıştır. Patoloji raporu sonuçlarına göre hastaların 116'sı lupus nefrit (LN) ile uyumlu, 18 hastada lupus dışı nefrit nedenleri mevcut, 2 biyopsi normal ve 3 biyopsi yetersiz olarak rapor edilmişti. Hastaların demografik özellikleri, SLE ilişkili hastalık özellikleri ve renal biyopsi sonuçları hastanemizin tıbbi kayıtlarından elde edilmiştir.

**Bulgular:** Patolojik olarak LN tanısı olmayan 18 hastanın (kadın: 14 /erkek: 4), ortalama SLE tanı yaşı 34,5 (±13,1) yıl ve medyan SLE hastalık süresi 8 yıldır. LN dışı renal patoloji sonuçları; 6 hasta (%4,3) fokal segmental glomeruloskleroz, 4 hasta (%2,9) membranöz nefropati, 3 hasta (%2,2) trombotik mikroanjyopati, 2 hasta (%1,4) IgM nefropatisi, 2 hasta (%1,4) tübülointerstisyel nefrit ve 1 hasta (%0,7) monoklonal IgG depoziti ilişkili proliferatif glomerülo nefrit ile uyumlu idi. LN grubu LN dışı renal patolojiler ile kıyaslandığında, SLE klinik tutulumları açısından gruplar arası fark yoktu. Ancak C3 ve C4 seviyesi düşük hasta oranı, anti-ds DNA pozitifliği, medyan anti-ds DNA seviyesi, aktif idrar sediment varlığı ve renal SLEDAI skoru LN grubunda anlamlı şekilde daha yüksekti.

**Sonuç:** LN ile ilgisi olmayan çeşitli böbrek lezyonları SLE hastalarında da görülebilir. Böbrek biyopsisi, lupus nefritinden farklı prognostik ve terapötik etkileri olabilen bu lezyonların belirlenmesinde kritik bir rol oynar. Ayrıca anti-ds-DNA pozitifliği/düzeyi, düşük C3 ve C4, aktif idrar sedimenti ve renal SLEDAI skorları, SLE hastaları için böbrek patolojisi açısından bize bazı ipuçları verebilir. Ancak böbrek biyopsisinde LN'si olmayan hastaların neredeyse yarısında anti-ds-DNA pozitifliği olduğu da gözardı edilmemelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Non-lupus nefriti, renal biyopsi, sistemik lupus eritematozus

Lupus nefriti olan ve olmayan SLE hastalarının demografik, klinik özellikleri ve sonuçları

Değişkenler*	Lupus nefriti (n=116)	Diğer patolojiler (n=18)	p
SLE başlangıç yaşı, yıl	22,5±13,1	34,5±13,1	0,001
Cinsiyet, Kadın	93 (80,2)	14 (77,8)	0,81
SLE hastalık süresi	8 (8,7)	8 (9,8)	0,47
SLE klinik bulgular			
Kas-iskelet	75 (66,4)	13 (76,5)	0,41
Mukokutanöz	60 (52,6)	7 (41,2)	0,38
Hematolojik	47 (40,9)	10 (55,5)	0,49
Serozal	26 (23,2)	3 (16,7)	0,54
Nöropsikiyatrik	6 (5,3)	1 (5,6)	0,99
Renal biyopsi sırasında laboratuvar			
Kreatinin seviyesi (mg/dL)	0.7 (0.5)	0.9 (0.6)	0,17
Tahmini GFR (mL/min)	110 (67)	77 (65)	0,06
24 saatlik total idrar proteini			
≥1 gr/gün	72 (71,3)	17 (77,3)	0,63
≥3 gr/gün	36 (35,6)	11 (50)	0,23
Aktif üriner sediment varlığı	91 (83,5)	6 (33,3)	<0,001
Renal SLEDAI	12 (8)	4 (4)	<0,001
Son dönem böbrek yetmezliği	13 (11,2)	2 (11,1)	0,99
Renal transplantasyon	5 (4,3)	1 (5,6)	0,99
Ölüm	8 (7)	1 (5,6)	0,99

## PS-025

### Primer Sjögren sendromunda periferik kan sayımı ve ana otoantikordaki değişimler: Tek merkez-zaman kısıtlı bir kohortun retrospektif longitudinal değerlendirmesi

Emre Bilgin<sup>1</sup>, Deniz Aral Özbek<sup>2</sup>, İsmail Taşkıran<sup>3</sup>, Umur Kalyoncu<sup>1</sup>

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

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

<sup>3</sup>Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Aydın

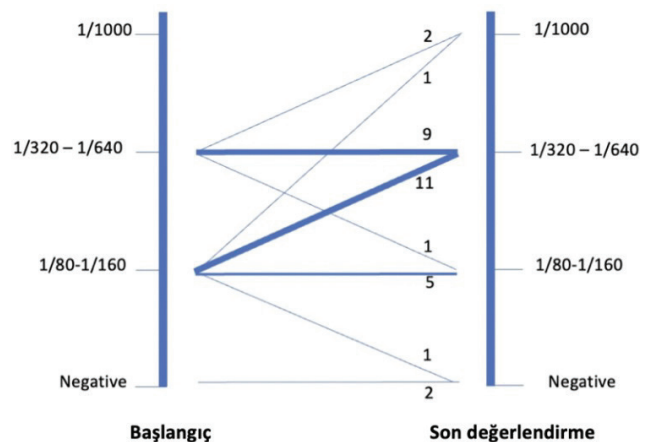
**Amaç:** Primer Sjögren Sendromu (pSS) kohortunda kan sayımı anomalilerinin ve antikor profillerindeki değişikliklerin insidansının değerlendirilmesi.

**Yöntem:** Bu retrospektif longitudinal analize, daha önce yapılan bir tıpta uzmanlık tezi için (Ağustos 2009-Ocak 2010 tarihleri arasında başvuran pSS'li hastalar) seçilen, EULAR/ACR 2002 kriterlerine göre pSS'li hastalar dahil edildi. 1. hasta dosyaları laboratuvar takibi için yeniden değerlendirildi. Anemi, lökopeni ve trombositopeni için 100 hasta yılı başına insidans oranını (IR) hesaplandı [(en az 1 değerlendirmede laboratuvar anomalisi olan hasta sayısı-başlangıçta anomalisi olan hasta sayısı)/toplam takip yılı X100]. Antikor profilindeki değişiklikleri değerlendirmek için takip sırasında otoantikor değerlendirmesi yapılan hastalar analiz edildi. Anti nükleer antikor (ANA) için titrelerdeki değişiklikler de değerlendirildi.

**Bulgular:** Başlangıç çalışmasına katılan 98 hastanın 88'i (%89,8) takip laboratuvar değerlendirmesine sahipti. Seksen altısı (%97,7) kadını ve ilk değerlendirmede ortanca hastalık süresi 2 (0-27) yılı. İlk değerlendirmeden sonra medyan takip 7 (0,5-12) yılı. Başlangıçta, sırasıyla 19 (%21,6), 13 (%14,7) ve 2 (%2,3) hastada anemi, lökopeni ve trombositopeni gözlemlendi. En az 1 değerlendirmede 35 hastada anemi (IR: %7,8), 17 hastada lökopeni (IR: %3,4), 12 hastada trombositopeni (IR: %2,1) gözlemlendi. Takip sırasında 32 hastada ANA için en az 1 kontrol görüldü. Başlangıçta, 30 (%93,8) hasta ANA pozitif. Medyan 7 (min-maks: 3-12) yıllık bir süreden sonra, titre 14 (%43,8) hastada arttı, 16 (%50,0) hastada stabil kaldı, 1 (%3,2) hastada azaldı (1/320'den 1/160), 1 (%3,2) hastada negatifleşti (1/80-negatif) (Şekil 1). Otuz üç hastada anti-SSA için en az 1 kontrol görüldü ve başlangıçta 20 (%60,6) hastada pozitif. Takipte 20 hastanın 2'sinde anti-SSA negatifleşti, 13 hastanın 3'ü (%23,1) anti-SSA pozitif oldu. Anti-SSB oranı stabildi. Otuz sekiz hastada anti-dsDNA için en az 1 kontrol değerlendirmesi yapıldı, başlangıçta 6 hastada pozitif. Takipte 3'ü (%50) negatifleşti, 32 hastanın 1'i (%3,2) pozitif oldu.

**Sonuç:** pSS'de periferik kan tablosunda zamansal değişiklikler çok iyi bilinmemektedir. Ortanca 7 yıllık takip sonucunda önemli oranlarda anemi, lökopeni ve trombositopeni saptadık. ANA titreleri hastaların önemli bir yüzdesinde değişse de genel olarak pozitif kalmıştır. Düşük hasta sayısına rağmen, anti-SSA antikor durumu belirgin şekilde değişmiştir. Antikor profilini takip etmenin klinik anlamı, değerli bir araştırma konusudur.

**Anahtar Kelimeler:** Primer Sjögren sendromu, izlem, otoantikor, tam kan sayımı



Değerlendirmeler arası medyan süre : 7 (3-12) yıl

**Şekil 1.** Başlangıç ve kontrol değerlendirmesi arasında anti-nükleer antikor titrelerindeki değişiklikler

## PS-026

### Efficacy of local ozone therapy for the treatment of digital ulcers refractory to medical therapy in systemic sclerosis: A randomized controlled study

Serdar Kaymaz<sup>1</sup>, Uğur Karasu<sup>1</sup>, Hakan Alkan<sup>2</sup>, Firdevs Ulutaş<sup>1</sup>, Canan Albayrak Yaşar<sup>1</sup>, Zeynep Dünder Ök<sup>1</sup>, Veli Çobankara<sup>1</sup>, Murat Yiğit<sup>1</sup>, Necmettin Yıldız<sup>2</sup>, Füsün Ardıç<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pamukkale University Faculty of Medicine, Department of Internal Medicine, Division of Rheumatology, Denizli

<sup>2</sup>Pamukkale University Faculty of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Denizli

**Objective:** Reynoud phenomenon (RP) and digital ulcers (DUs) negatively affect hand functions and quality of life in patients with systemic sclerosis (SSc). The aim of this study was to investigate the efficacy of ozone therapy in SSc patients with DUs resistant to medical therapy.

**Methods:** The participants' demographic data, medical treatment, organ involvement, and clinical parameters (duration and number of RP attacks, ulcer pain and diameter) were recorded. Twenty-five SSc patients with DU were randomized to the ozone group (I) (n=13) treated with medical treatment plus oxygen-ozone therapy and the control group (II) (n=12) treated with medical treatment only. The efficacy of the treatment was evaluated using the scale. Hand functions were assessed with the Health Assessment Questionnaire (HAQ) and Modified Hand Mobility in Scleroderma (HAMISm) test. Ulcer grade, clinical parameters, HAQ, mHAMIS scores were re-evaluated in all participants at the end of the treatment.

**Results:** There was no statistically significant difference between the ozone and control groups in terms of clinical and demographic data. At the end of the month, the effective healing rate was significantly higher in group (I) than in group (II), where it represented 92% in ozone group versus 42% in control group (p=0.010). Moreover, ulcer size, ulcer pain, duration and number of RP attacks, HAQ, and HAMISm scores were significantly improved in the treatment group compared to the control group (p<0.05).

**Conclusion:** Local ozone therapy is effective in the treatment of resistant DUs in SSc patients and improves clinical parameters and functional disability.

**Keywords:** Ozone, SSc, ulcers

## PS-027

### Orbital sarkoidoz: Olgu takdimi

Semih Güllü<sup>1</sup>, Merve Çelik<sup>2</sup>, Ali Karakaş<sup>1</sup>, Süleyman Men<sup>3</sup>, Eyüp Sabri Uçan<sup>4</sup>, Meltem Söylev Bajın<sup>5</sup>, Fatoş Önen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İzmir

<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

<sup>3</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İzmir

<sup>4</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İzmir

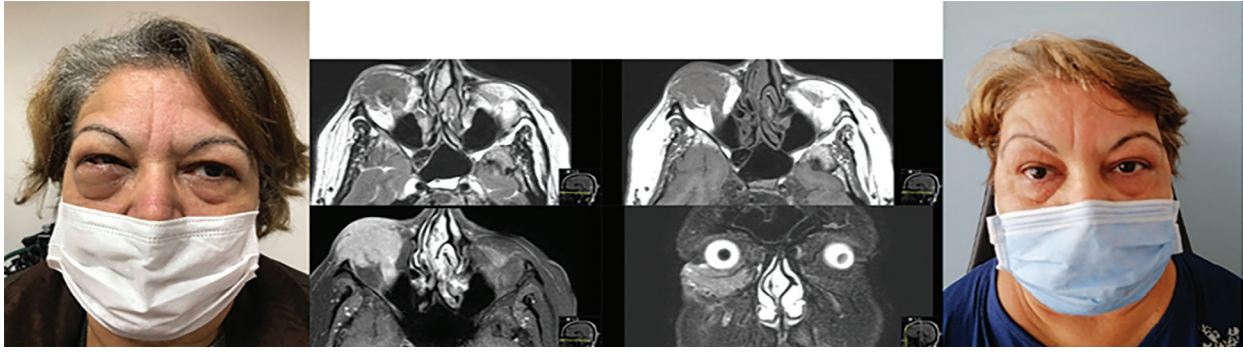
<sup>5</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, İzmir

**Amaç:** Göz tutulumu sarkoidoz tanı olguların %20-60'ında saptanmakta olup yaklaşık %5'inde ise ilk bulgudur. Akut anterior üveit en sık görülen bulgudur ve genellikle bilateraldir. Bunun dışında interstisyel keratit, posterior üveit, episklerit, optik nöropati, lakrimal gland büyümesi, keratokonjunktivitis sikka ve nadiren oküler yumuşak dokuda granülom da görülebilmektedir. Bu olgu takdiminde sağ gözde şişlik ve aşağı bakış kısıtlılığı ile prezente olan nadir bir klinik prezentasyona sahip hastayı sunmayı amaçladık.

**Olgu:** Elli yedi yaşında bilinen regüle Tip 2 DM ve HT tanısı olan kadın hastada, 1 ay önce başlayan sağ gözde ağrısız şişlik yakınmasıyla göz hastalıkları kliniğinde yapılan değerlendirmesinde orbitayı dolduran ve göz küresini iten yumuşak doku lezyonuyla uyumlu bulgu saptandı (Resim 1). Romatolojik bakısında enflamatuvar olmayan bel ağrısı ve sağ gözde hareket kısıtlılığı, görme kaybı dışında anlamlı bulgu saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde serum ACE düzeyi 86,45 U/L (N: 13,3-63,9 U/L) ve serum kalsiyum düzeyi 9,6 mg/dL (N: 8,8-10,6 mg/dL) saptandı. Orbita MR'de: Sağ preseptal mesafede, alt göz kapağı altından başlayıp septum posterioruna ilerleyen 35x15x31 mm boyutlarında yumuşak doku lezyonu saptandı (Resim 2). Hastanın orbitasından alınan biyopsisinde granülomatöz enflamasyonla uyumlu bulgular saptandı. Çekilen bilgisayarlı tomografide; boyutları 1x1,2 cm ile 2x2,5 cm arasında değişen mediastinal, paratrakeal, prevasküler ve subkarinal çok sayıda lenf nodları saptandı. Quantiferon Gold testi negatif saptanan ve göğüs hastalıkları kliniğiyle birlikte değerlendirilen hastada orbital tutulum ile prezente olan sarkoidoz düşünüldü. Tedavisine 5 gün pulse (500 mg iv.) metilprednizolon ardından ½ mg/kg/gün dozunda oral tedaviyle devam edildi ve tedaviye metotreksat 15 mg/hafta sc. eklendi. Hastanın 3. ay kontrolünde göz bulgularının tama yakın gerilediği, görme fonksiyonları ve göz hareketlerinin sekelsiz olarak iyileştiği saptandı (Resim 3).

**Sonuç:** Kısa zaman aralığında ağrısız orbital kitle ile başvuran hastalarda multisistemik bir hastalık olan sarkoidoz mutlaka akla gelmelidir. Sarkoidoz tedavisinde multidisipliner yaklaşım ve ciddi organ tutulum saptanması durumunda erken dönemde başlanan yoğun immünosupresif tedaviyle dramatik iyileşme sağlanabilir

**Anahtar Kelimeler:** Sarkoidoz, orbital kitle, granülomatöz enflamasyon, serum ACE düzeyi



Resim 1,2,3. Hastanın tedavi öncesi-sonrası fotoğrafları ve çekilen orbital MR görüntüleri

## PS-028

### İnterstiyel akciğer hastalığı ile yönlendirilen hastaların romatolojik değerlendirme sonuçlarının retrospektif olarak incelenmesi

Aynur Kamburoğlu<sup>1</sup>, Belkıs Nihan Coşkun<sup>2</sup>, Ediz Dalkılıç<sup>2</sup>, Yavuz Pehlivan<sup>2</sup>

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

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

Çalışmamızın amacı interstiyel akciğer hastalığı (İAH) tespit edilerek etiyoloji araştırılması için romatolojiye yönlendirilen hastalarda; romatolojik hastalık ilişkili interstiyel akciğer hastalığı (RH-İAH) ve otoimmün özelliklere sahip interstiyel pnömoni (İPAF) prevalansını araştırmak, sınıflandırmak ve ayırıcı tanıda klinik pratikte kullanılabilir parametreleri belirlemektir. Çalışmada, 2010-2020 yılları arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'nde İAH tespit edilen ve etiyoloji araştırılması için romatoloji bilim dalı polikliniğe yönlendirilen 226 hastanın demografik ve klinik özellikleri, laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri, patoloji raporları, tanı ve tedavileri retrospektif olarak incelendi. Hastalar; İAH etiyolojisine göre romatoloji dışı İAH, İPAF, RH-İAH olarak 3 ana gruba ayrıldı. Çalışmaya dahil edilen hastaların %49,1'i (n=111) romatoloji dışı İAH, %20,8'i (n=47) İPAF, %30,1'i (n=68) RH-İAH olarak değerlendirildi. RH-İAH grubunda; ilişkili hastalık olarak en sık %41,1 (n=28) Sjögren sendromu (SjS) görüldü. İPAF grubunun; %55'i kadın, yaş ortalaması 68,47±11,93 yıl bulundu. Hastaların %49'unda olağan interstiyel pnömoni (UIP) paterni görüldü. İPAF sınıflandırma kriterlerine göre; klinik bulgulara %25 eklem tutulumu, serolojik bulgulara %62 antinükleer antikor (ANA) pozitifliği, morfolojik bulgulara %21 non-spesifik interstiyel pnömoni (NSİP) paterni en sık görüldü. RH-İAH ve İPAF grubunu romatoloji dışı İAH grubundan ayırmada etkili beş bağımsız faktör belirlendi. Bunlar; komorbidite, deri lezyonu, eklem tutulumu, tükürük bezi biyopsisi patoloji varlığı ve ANA pozitifliği idi. Bu etkenlerin romatolojik takip gerektiren, immünosupresif tedavi adayları hastaları belirlemede klinik pratiğimize katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** İnterstiyel akciğer hastalıkları, otoimmün, otoimmün özelliklere sahip interstiyel pnömoni, romatolojik hastalık, sınıflandırma

## PS-029

### Febuxostat ile ilişkili dijital nekroz: Olgu sunumu

Gezmiş Kimyon

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

**Amaç:** Febuxostat gut tedavisinde kullanılan bir xantin oksidaz inhibitörüdür. İlacın sık bildirilen yan etkilerinin dışında kardiyovasküler mortaliteyi artırabileceği ile ilgili kaygılar bildirilmiştir. Burada daha önceden literatürde rastlamadığımız febuxostat ile ilişkili dijital nekroz gelişen bir hastayı sunmayı amaçladık.

**Olgu:** Yaklaşık 8 yıl önce tipik podogra atakları ile gut tanısı konan hastanın özgeçmişinde 40 yıl önce Raynaud nedeniyle sempatektomi öyküsü vardı. Hipertansiyon öyküsü olan hasta herhangi bir antihipertansif kullanmıyordu. Son 3 yıldır önce ayak 1. metatarsofalangeal eklem ardından ayak bilekleri ve bir kez diz eklemine 7-14 gün süren monoartrit atakları olmuş. Farklı ölçümlerde ürik asit: 9-10,3 mg/dL (4,4-7,6) arasında ölçülmüştü. Atak sırasında akut faz reaktanları yüksek seyreden hasta başlangıçta düzensiz kullansa da son 1 yıldır düzenli olarak kolşisin ve allopurinol kullanmış. Ancak allopurinola rağmen ürik asit düzeyi 8,3 mg/dL'nin altına düşmeyen ve artrit atakları devam eden hastaya son monoartrit atağı sonrası kolşisin ve steroid ile atak kontrolü sağlandıktan 2 hafta sonra 40 mg dozunda febuxostat başlandı. Febuxostat başlandığı sırada hasta kolşisin dahil herhangi bir ilaç kullanmıyordu. Febuxostat sonrası 3. günde ellerde asimetric Raynaud ve 7-10 gün sonra sağ el 2. ve sol el 3. parmakta nekroz gelişti. Hastanın yapılan testlerinde akut faz yüksekliği ve hafif lökositoz dışında rutin biyokimya, hemogram ve idrar tetkikleri normal idi. Hastanın ANA, ENA profili, ve antifosfolipid antikorları negatif idi. Üst ekstremitelerde, boyun ve alt ekstremitelerde Doppler USG görüntüleme tromboz ve kardiyak muayene ve ekokardiyografide patoloji saptanmadı. Solid ve hematolojik maligniteler için yapılan tetkik ve görüntüleme malignite lehine bulgu saptanmadı. Hastaya nifedipin, pentoksifilin, ileoprost ve antiagregan tedavi başlandı. Ancak hasta bu tedavilerden fayda görmedi. Semptomların başlangıç ve 6. aydaki görüntüleri resimde görüldüğü gibidir.

**Sonuç:** Febuxostat hiperürisemi ve gut tedavisinde allopurinol sonrasında kullanılan oldukça etkin bir tedavidir. Genelde güvenli

bir şekilde kullanılmasına rağmen hastamızda olduğu gibi digital nekroz gibi nadir yan etkilerin oluşabileceğini unutmamak gerekir.

**Anahtar Kelimeler:** Febuxostat, gut, djiital nekroz



Resim 1.2. Febuxostat ilişkili dijital nekroz

PS-030

### Nazal septal perforasyonun nadir bir nedeni: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı

Esra Erpek, Dilek Solmaz, Elif Durak Ediboğlu, Eda Otman Akat, Gülay Alp, Haluk Cinaklı, Servet Akar

*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İzmir*

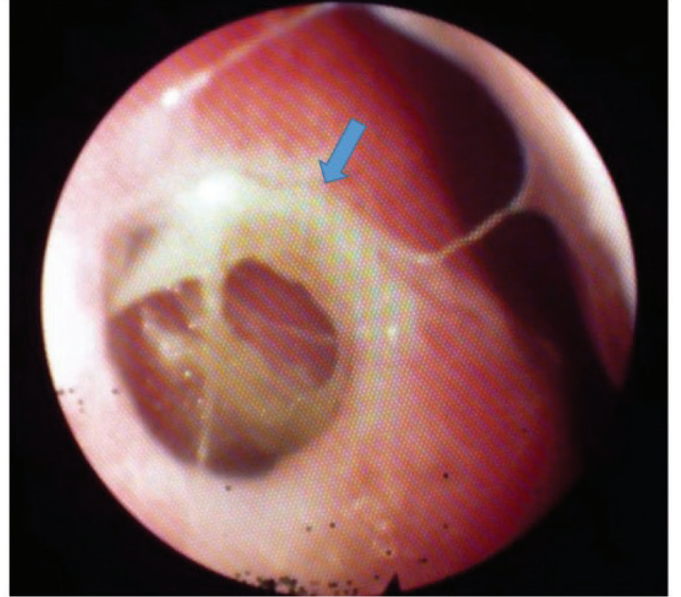
**Amaç:** Erişkin başlangıçlı still hastalığı (AOSD) ateş, artrit ve geçici döküntü ile karakterize enflamatuvar bir hastalıktır. Bu klasik prezantasyonun dışında nadir şekillerde de karşımıza gelebilmektedir. Bu olgu ile nazal septal perforasyon (NSP) gelişen AOSD'li hastayı paylaşmış oluyoruz

**Olgu:** AOSD ile bir aydır izlenmeye başlayan 31 yaşındaki kadın hasta birinci ay kontrolü sırasında kurun kanaması, kabuklanma ile poliklinikte değerlendirildi. Yaklaşık iki ay önce üç haftadır olan ateş, boğaz ağrısı, döküntü ve artrit öyküsü ile acil servise başvurmuş ve romatoloji görüşü istenmişti. Yapılan ilk değerlendirmesinde her iki dizinde ağrı, şişlik ve kızarıklığa ek olarak göğüste ve sırtta makülopapüler deri döküntüleri saptandı. Laboratuvar incelemesinde eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) ve C-reaktif protein (CRP) ve ferritin değerlerine belirgin yükseklik tespit edildi (Tablo 1). Buna ek olarak karaciğer fonksiyon testlerinde hafif yükseklik mevcuttu. Viral etiyolojiler ve diğer enfeksiyöz nedenlerin gözden geçirilmesi amacıyla planlanan

HIV, hepatit belirteçleri, kan, boğaz ve idrar kültürleri negatif olarak geldi. SARS-CoV-2 RNA için de RT-PCR testi negatifti. Akciğer grafisinde aktif infiltrasyonu olmayan hastanın yapılan transtorasik ekokardiyografisinde ve batın ultrasonografisinde de patoloji tespit edilmedi. Romatolojik açıdan yapılan serolojik değerlendirmeler sonucunun da negatif olması üzerine hastaya AOSD tanısı konuldu. Tedavisi 60 mg prednizolon/gün ve 20 mg/hafta metotreksat olacak şekilde düzenlendi. Klinik bulguları düzelen hastanın birinci ay kontrolünde bu yakınmaları nedeniyle yapılan kulak burun boğaz (KBB) muayenesinde NSP tespit edildi (Resim 1). Etiyolojide yer alabilecek vaskülit dahil nedenler gözden geçirildi. Sonrasında altta AOSD dışında bir neden tespit edilmeyen hastaya elektif operasyon planlandı.

**Tartışma:** NSP, KBB muayenesinde nadir görülen bir bulgudur ve başlıca nedenleri arasında travma, otoimmün (en sık GPA), enfeksiyöz (sifiliz, mantar hastalığı, tüberküloz) veya neoplastik hastalıklar yer alır. Burun içi madde kullanımı, steroidli veya vazokonstriktör burun spreyleri de perforasyona yol açabilir. Literatürde AOSD'de NSP'nin tanımlandığı üç hastalık bir olgu sunumu bulunmaktadır. Bu hastaların ikisinde hastalığın aktif döneminde birinde ise inaktif döneminde NSP gelişmiştir. Hastamızda olduğu gibi diğer olası nedenlerde dışlandıktan sonra nadir bir bulgu olarak NSP AOSD'de görülebilir. Etiyolojii anlamak için nazal membran biyopsisi yapmak faydalı olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Still hastalığı, nazal septal perforasyon, ateş, artrit, döküntü



Resim 1. Nazal semptom endoskopik inceleme



**Tablo 1.** Tanı sırasındaki ve NSP geliştiği dönemdeki laboratuvar değerleri

	Tanı sırasında	Birinci ay kontrol
BUN (7-18 mg/dL)	7	19
Kreatinin (0,6-1,1 mg/dL)	0,49	0,7
Aspartat aminotransferaz (5-34 U/L)	88	7
Alanin aminotransferaz (0-55 U/L)	89	33
CRP (0-5 mg/dL)	272	19
ESR (<20 mm/h)	162	37
Ferritin (22-320 ng/mL)	1.283	108
WBC (4.000-10.000)	27.000	16.900
Nötrofil (2.000-7.000)	24.420	13.920
Lenfosit (800-4000)	1.390	2.460
Hemoglobin (12-16 g/dL)	8,1	13,3
Platelet (150.000-400.000)	592.000	473.000
RF (0-30 IU/mL)	<2	
CCP (<5 U/L)	<0,5	
ANA	Negatif	
ENA	Negatif	
PR3/MPO ANCA	Negatif	

**PS-031****Nadir görülen birliktelik: İmmüoglobulin G4 ilişkili hastalıkta anjiyomatoid fibröz histiyositom olgu sunumu**

Demet Baş<sup>1</sup>, Derya Yıldırım<sup>2</sup>, Hamit Küçük<sup>2</sup>, Abdurrahman Tufan<sup>2</sup>, Şeminur Haznedaroğlu<sup>2</sup>, Berna Göker<sup>2</sup>, Mehmet Akif Öztürk<sup>2</sup>

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

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

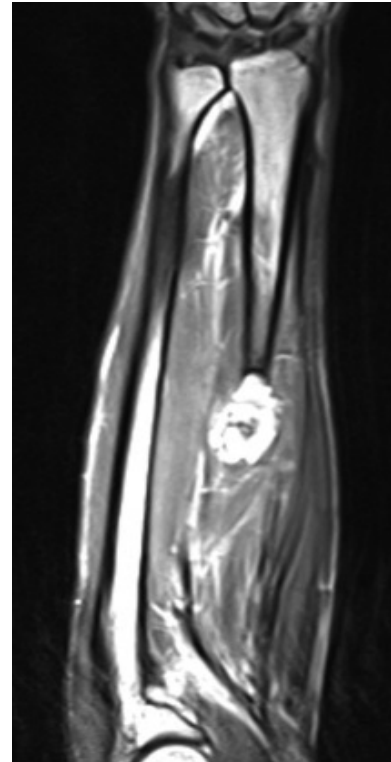
**Amaç:** İmmüoglobulin G4 ilişkili hastalık (IgG4-İH) 50 yaş üstü erkeklerde görülen subakut fibroenflamatuvar hastalıktır. Otoimmün pankreatit, sklerozan kolanjit, retroperitoneal fibroz gibi tutulumları olabilir. Lenf bezi tutulumunda IgG4 pozitif plazma hücresi görülebilir, serum IgG4 yükselebilir. Klinik ve radyolojik olarak lenfoma gibi malignitelerle karışabileceğinden doğru tanı önemlidir. Tedavi immünosupresiflerdir. Anjiyomatoid fibröz histiyositom (AFH), çocuk ve genç yetişkinlerin ekstremitelerinde oluşan orta derece biyolojik potansiyele ve undiferansiyasyona sahip yumuşak doku neoplazmidir. Subkutan ve derin dermiste kitle şeklindedir. Fibröz histiositomların intermediate malign tipidir. Görüntüleme yöntemleri non-spesifiktir, tanı histolojik incelemeyle konur. Çoğu benignidir. Kliniğimizde IgG4-İH tanısı alan, ancak radius biyopsisi AFH gelen hastamızı sunmak istiyoruz.

**Olgu:** Yirmi altı yaşında erkek hasta konstitüsyonel semptomlar ve sağ ön kolda ağrıya kliniğimize başvurdu. Multipl lenfadenopatileri ve sağ ön kolda hassasiyeti mevcuttu. Akut faz reaktanlarında yükseklik, B semptomları olan hastada hematolojik maligniteler ekarte edildi. PET-BT'de sağ axilla ve sağ ön kol radius diafizinde patolojik artmış 18F-FDG tutulumu görülen hastanın biyopsi sonucu IgG4 ilişkili lenfadenopati olarak sonuçlandı. Serum IgG4

düzeyi yüksekti. Sağ radius MR'de proksimal-orta kesimde 3x2x3,5 cm kitle saptanan hastanın iğne biyopsisi IgG4 pozitif kronik non-spesifik enflamasyon geldi. Eksizyonel biyopsi %50 oranında IgG4 ile boyanan plazma hücrelerinin bulunduğu AFH ile uyumlu fibrohistiyositik tümör lezyon olarak sonuçlandı (Şekil 1). Kitle rezeksiyonu sonrası kliniği düzelen, B semptomları gerileyen hastanın akut faz reaktanları normale döndü (Tablo 1).

**Tartışma:** IgG4-İH subakut, fibroenflamatuvar, multisistemik bir hastalıktır. Son zamanlarda farkındalık arttığından tanı alan hasta sayısı artsa da hala enfeksiyon, benign tümör gibi yanlış tanımlarla tedavi edilen hastalar bulunmaktadır. AFH, çocuk ve genç erişkinlerin ekstremitelerde yüzeyinde yüzeysel nodül olarak semptomatikleşen nadir yumuşak doku neoplazmidir. İmmünohistopatolojik geniş morfolojik spektrumu sebebiyle tanısı zordur. Küçük te olsa malignleşme riski olduğundan erken tanı önemlidir. IgG4-İH ve AFH birlikteliği literatürde bulunmamaktadır. Tek başına AFH tanısı zorken, benzer kliniği olan IgG4-İH ile birlikte hastalığı tanıyıp yönetmek prognostik önem taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Anjiyomatoid fibröz histiyositom, fibröz histiyositom, immüoglobulin G4, immüoglobulin G4 ilişkili hastalık

**Şekil 1.** Sağ radius MR'de kitle lezyonu**Tablo 1.** Laboratuvar parametreleri

	Başvuru	Takip	Post-Op
Hemoglobin (g/dL)	11	9,7	15,8
C-reaktif protein (mg/L)	129	160	2,8
Sedimentasyon (mm/H)	89	98	6

### COVID-19 ilişkili sitokin fırtınası olan hastalarda pulse glukokortikoid + anti-sitokin tedavi ile sadece pulse glukokortikoid tedavinin etkinliği: Tek merkez deneyimi

Fatih Yıldırım<sup>1</sup>, Melek Yalçın Mutlu<sup>1</sup>, Ozan Cemal İċaçan<sup>1</sup>, Gizem Köybaşı<sup>2</sup>, Mediha İrem Onar<sup>3</sup>, Mustafa Erdoğan<sup>1</sup>, Cemal Bes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Cam ve Sakura Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

<sup>3</sup>Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Romatizmal hastalıklardaki hiperenflamasyon tablosu ve bu tablonun tedavisinde kullanılan anti-sitokin ilaçlarla ilgili deneyimleri nedeniyle romatologlar, COVID-19 enfeksiyonu ile ilişkili sitokin fırtınası yönetiminde sorumlu kişiler arasında yer almaktadır. Pandeminin başlangıcından itibaren bu hastalığın yönetiminde yer almış bir klinik olarak bu konudaki tecrübelerimizi paylaşmak istedik.

**Yöntem:** Son 6 ay içinde COVID-19 nedeniyle hastaneye yatan ve verileri eksiksiz olup sitokin fırtınası tablosu bulunan 367 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Aldıkları tedaviye göre hastalar, sadece pulse glukokortikoid (250 mg veya üzeri metilprednisolon) alanlar ve pulse glukokortikoid ile birlikte anti-sitokin tedavi (tocilizumab veya anakinra) alanlar üzere iki gruba ayrıldı. Çalışmanın primer sonlanım noktası hayatta kalım olarak belirlendi.

**Tartışma:** COVID-19 ile ilişkili sitokin fırtınası tablosu olan hastalarda erken dönemde pulse glukokortikoide ek olarak anti-sitokin tedavi vermek mortaliteyi azaltmaktadır. Çalışmamızda dikkat çekici olarak tocilizumabın mortaliteyi anakinraya göre daha fazla azalttığını tespit ettik.

**Sonuç:** Üç yüz altmış yedi hastanın yaş ortalaması 61,5±13,5 yıl, 235'i erkek (%64), 132'si (%36) kadındı. Yüz doksan üç hasta (%52) sadece pulse glukokortikoid tedavi, 174 hasta (%48) ise pulse glukokortikoid + anti-sitokin tedavi almıştı. Ölüm oranları açısından değerlendirildiğinde sadece pulse glukokortikoid alan hastaların, pulse glukokortikoid + anti-sitokin alan hastalara göre daha mortal seyrettiği görüldü (130, %67,4 vs. 81, %46,6, p<0,001). Çok değişkenli analiz sonuçlarına göre; ileri yaş, non-invaziv mekanik ventilasyon (NİMV)/high flow nazal oksijen (HFNO) ihtiyacı, invaziv mekanik ventilasyon (İMV) ihtiyacı, C-reaktif protein yüksekliği ve kronik hastalık varlığı mortaliteyi öngören bağımsız prediktörler olarak saptandı. Bununla birlikte tocilizumab kullanımının mortaliteyi bağımsız olarak azalttığı görüldü (risk oranı: 0,47 güven aralığı: 0,235-0,941, p=0,03) (Tablo 1).

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, tocilizumab, anakinra, glukokortikoid, hiperenflamasyon

**Tablo 1.** Çoklu değişken analizi, bağımsız mortalite prediktörleri

	Risk oranı	%95 Güven aralığı	p
Yaş	1,04	1,017-1,064	<0,001
Non-invaziv mekanik ventilasyon/High flow nazal oksijen ihtiyacı	5,2	2,954-9,183	<0,001
Invaziv mekanik ventilasyon ihtiyacı	50,6	15,29-167,9	<0,001
C-reaktif protein	1,009	1,005-1,012	<0,001
Komorbidite	2,96	1,539-5,693	=0,001
Tocilizumab	0,47	0,235-0,941	<0,03

### PS-033

#### Sistemik lupus eritematozus hastalarında akalkülöz kolesistit: İki olgu sunumu

Derya Yıldırım<sup>1</sup>, Hamit Küçük<sup>1</sup>, Abdurrahman Tufan<sup>1</sup>, Erdi Tahta<sup>2</sup>, Berna Göker<sup>1</sup>, Mehmet Akif Öztürk<sup>1</sup>, Semnur Haznedaroğlu<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara

**Giriş:** Mezenterik arterit, bağırsak perforasyon, gastrik veya duodenal ülser, nekrotizan enterokolit, spontan peritonit, pankreatit ve karaciğer veya dalağın spontan rüptürü gibi çeşitli komplikasyonlar sistemik lupus eritematozuslu (SLE) hastalarda rapor edilmiştir. Ancak safra kesesi hastalığı birlikteliği ile ilgili veriler sınırlıdır. Biz de kliniğimizde takip ettiğimiz akalkülöz kolesistit olgu sını sunmak istiyoruz.

**Olgu Sunumu 1:** Otuz beş yaş kadın hasta gebeliğinin 21. haftasında sağ üst kadran ağrısı ve transaminaz yüksekliği ile acil servise başvurdu. Yedi ve 8. haftalarda iki düşük öyküsü olup 17. gestasyonel haftadan beri derin ven trombozu nedeniyle asetilsalisilikasit + heparin kullanılmaktaydı. Obstetrik patoloji saptanmayan hasta kolesistit tanısı olarak opere edildi. Operasyon materyali biyopsisi akalkülöz kolesistit ile uyumluydu. Cerrahi tarafından karaciğerde peteşiyal lezyonları görülen hasta oto-antikör pozitifliği + mukokutanöz bulgular + aile öyküsü ile SLE + anti-fosfolipid antikör sendromu (APS) tanısı aldı. Sağlıklı doğum yapan hasta semptomsuz takip edilmektedir

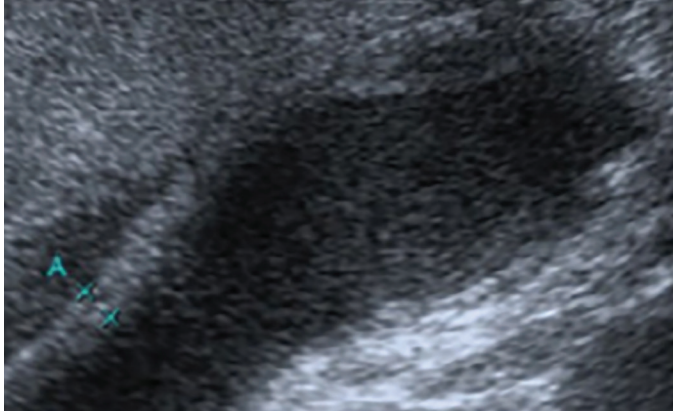
**Olgu Sunumu 2:** Acil servise karın ağrısı, ateş ile başvuran 54 yaş kadın hastanın pansitopeni olması nedeniyle servise kabul edildi. Özgeçmişinde SLE tanısı mevcuttu. Servis yatışı sırasında afazik olan hastanın sol parietotemporal bölgede akut enfarkt tespit edildi. Anti-fosfolipid antikörleri pozitif saptandı. Transaminaz ve kolestatik enzimleri progresif artan, anti-agregan tedavi başlanan hastanın bakılan ultrasonografide kolesistit lehine kese duvar kalınlığında artış izlendi. Genel cerrahi birimince kese operasyonu gerekli görülmedi. Akalkülöz kolesistit tanısı alan hasta varfarin başlanarak taburcu edildi.

**Tartışma:** SLE'de AAK'nin tek atak bulgusu olduğu, kompleman düşüşüne eşlik ettiğini gösteren birkaç pivotal yayın mevcuttur, ancak bu birlikteliğin patogenezi net olarak aydınlatılmamıştır.

Önceki olgulardaki safra kesesi histolojik bulguları vaskülit, trombüs ve fibrinoid nekroz paternlerini ortaya çıkarmıştır. SLE nin alevlenmesi safra kesesinde arterit ve venülitte yol açabilir. Pozitif anti-fosfolipid antikörleri varlığı trombüs kaynaklı AAK'ye yol açabilir.

**Sonuç:** AAK küçük arter oklüzyonu ve daha az oranda yetersiz venöz dolunla ilgilidir, bu da SLE de damar tutulumu ilişkili sıklığının artabileceğini düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Akalkülöz kolesistit, prognoz, sistemik lupus eritematozus



**Şekil 1.** Hastamızın safra kesesi duvar kalınlaşması görünümü

#### PS-034

### Tek merkez deneyimi: İdiyopatik granüloamatöz mastit tanılı hastalarımızın özellikleri ve tedavi tercihlerimiz

Nihal Lermi<sup>1</sup>, Zeynep Yılmaz Bozkurt<sup>1</sup>, Tuğba Ocak<sup>1</sup>, Mehmet Akif Ötegeçeli<sup>2</sup>, Burcu Yılmaz<sup>3</sup>, Belkis Nihan Coşkun<sup>1</sup>, Yavuz Pehlivan<sup>1</sup>, Ediz Dalkılıç<sup>1</sup>

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

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

<sup>3</sup>Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Afyonkarahisar

**Amaç:** İdiyopatik granüloamatöz mastit (İGM) nadir görülen, benign, kronik, doğurganlık çağındaki kadınları etkileyen enflamatuvar bir meme hastalığıdır. Bu çalışma İGM tanılı hastalarımızın hastalıkları ile ilgili özelliklerinin ve tedavi seçeneklerinin araştırılması amacıyla planlandı.

**Yöntem:** Merkezimizde Ocak 2011-Nisan 2021 tarihleri arasında klinik ve patolojik olarak İGM tanısı almış 57 hasta çalışmamıza dahil edildi. Hastaların merkezimizdeki dosyaları retrospektif olarak incelendi.

**Bulgular:** Hastaların özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Elli dört hasta (%94,7) önce cerrahi polikliniğine başvurmuştu. Genel cerrahi polikliniğinde değerlendirilme sonrası romatoloji polikliniğine başvuruya kadar geçen süre ortalama 10,43 (±17,60) aydı. Romatolojide takip süresi ortalama 7,7 (±8) aydı. Otuz yedi

hastada (%64,9) nüks gerçekleşti. İlk nüks süresi, tanı anından sonra ortalama 14,35 (±22,22) aydı. Son romatoloji poliklinik vizitlerinde hastaların 14'ünde (%24,6) progresyon, 5'inde (%8,8) stabil kitle, 35'inde (%61,4) regresyon saptanmıştı. Başlangıç tedavisi olarak tek başına cerrahi yapılan hasta sayısı 14 (%24,6), tek başına steroid başlanan hasta sayısı 11 (%19,3) idi. Başlangıç tedavisi olarak cerrahi yapılan ve steroid başlanan hasta sayısı 5 (%8,8), cerrahi yapılan, steroid ve metotreksat birlikte başlanan hasta sayısı 4 (%7) idi. Steroid ve metotreksat birlikte başlanan hasta sayısı 11 (%19,3), steroid ve imuran birlikte başlanan hasta sayısı 8 (%14) idi. Tekrarlama ile başlangıç tedavisi şekli, komorbidite varlığı, emzirme öyküsü, son 5 yıl içinde emzirme varlığı, oral kontraseptif kullanım öyküsü, sigara kullanımı arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmazken (p>0,05), menopoz olmaması arasında istatistiksel anlamlı fark saptandı (p=0,038)

**Sonuç:** Başlangıç tedavisi olarak merkezimizde hastalarımıza en çok steroid ve metotreksat birlikte başlandı. Başlangıç tedavisinin tekrarlama üzerine etkisi olmadığı görüldü. Bunun nedeninin kısıtlı sayıda hastamız olması, tek merkez olması ve hastalığın genel olarak daha nadir görülmesi olabilir. Farkındalığın artması ve cerrahi kliniklerden romatolojiye hastalar yönlendirildikçe takipli hasta sayımızda ve tecrübemizde atma olacaktır. Daha fazla hasta ile yapılan, çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** İdiyopatik granüloamatöz mastit, immünsupresif tedavi, memede kitle

**Tablo 1.** Hasta ve kitle özellikleri

Kadın cinsiyet	57/57 (%100)
Tanı yaşı (yıl)	34,6±8,31
Ek hastalık varlığı	13/57 (%22,8)
Emzirme öyküsü	35/57 (%61,4)
Son beş yıl içinde emzirme öyküsü	26/57 (%45,6)
Oral kontraseptif kullanım öyküsü	3/57 (%5,3)
Sigara kullanımı	6/57 (%10,5)
Eritema nodosum (n, %)	6 (%10,5)
Kitle varlığı (n, %)	54 (%94,7)
Ağrılı lezyon (n, %)	49 (%86)
Periferik lezyon (n, %)	38 (%66,7)
Kızarıklık (n, %)	26 (%45,6)
Akıntı (n, %)	27 (%47,4)
Fistül (n, %)	7 (%12,3)
Meme başı çekintisi (n, %)	15 (%26,3)
Aksiller lenfadenopati (n, %)	17 (%29,8)
Apse (n, %)	35 (%61,4)
Bilateral (n, %)	10 (%17,5)
Tekrarlama (n, %)	37 (%64,9)
Tekrarlama aynı memeden (n, %)	28 (%49)

## PS-035

### Romatoloji hastalarında post COVID sendromu ve klinik spektrumu: Tek merkez deneyimi

Sevilay Batıbay, Rezan Koçak Ulucaköy, Baki Özdemir, Zafer Günendi, Feride Nur Göğüş

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Ankara

**Amaç:** Şubat 2020’de Dünya Sağlık Örgütü, hafif Koronavirüs hastalığı-2019 (COVID-19) için başlangıçtan klinik iyileşmeye kadar geçen sürenin yaklaşık 2 hafta, ciddi veya kritik enfeksiyonu olan hastalar için ise 3-6 hafta olduğunu bildirdi. Zaman içerisinde bazı hastalarda semptomların bir kısmının haftalarca hatta aylarca devam ettiği görüldü. “Uzun COVID”, “postakut COVID-19” ve “post COVID sendrom (PCS)” gibi yeni terimler literatüre eklendi. Bu çalışmada romatoloji polikliniğimizde takipli olan hastalarda PCS sıklığını ve ilişkili semptomları araştırmayı amaçladık.

**Yöntem:** Enflamatuvar romatizmal hastalık nedeni ile takipli hastalar arasından COVID-19 geçiren hastalar rutin poliklinik başvuruları esnasında anket formu ile değerlendirildi. Hastaların demografik verileri, takipli olduğu tanı, hastalık süresi, kullandığı ilaçlar ve komorbiditeleri kaydedildi. COVID-19 için aldığı tedaviler, hastanede yatış gerektiği ise yatış süresi, COVID-19 ilişkili komplikasyon varlığı, oksijen desteği/non-invaziv mekanik ventilasyon/yoğun bakım desteği gerekip gerekmediği ve COVID-19 başlangıcından 12 hafta sonra devam eden semptomlar sorgulandı.

**Bulgular:** Elli üç hasta (38 kadın) değerlendirildi. Hastaların demografik verileri tabloda gösterilmiştir. Kırk dokuz hasta semptomatik, 2 hasta ise asemptomatik COVID-19 enfeksiyonu geçirmişti. On iki hastada hastane yatışı gerekmiş, 7 hasta oksijen desteği almıştı. Otuz altı hastada (%68) PCS ilişkili semptom varlığı mevcuttu. En sık semptomlar yorgunluk, halsizlik, saçlarda dökülme, dispne ve artalji idi. PCS gelişimi ile yaş, beden kitle indeksi, cinsiyet, hastalık süresi, COVID-19 ilişkili komplikasyon varlığı arasında ilişki saptanmaz iken PCS gelişen hastalarda sigara kullanımı daha düşüktü ( $p=0,008$ ).

**Sonuç:** PCS birçok sistem ile ilişkili olabilen elliden fazla semptomun tanımlandığı bir sendromdur. Tanı semptom ve bulguların 12 haftadan uzun sürmesi ve bu durumu açıklayacak diğer nedenlerin dışlanması ile konulmaktadır. Patogeneizde persisten hiperenflamatuvar süreç, devam eden viral aktivite, yetersiz antikor yanıtı gibi durumlar tartışılmaktadır. PCS araştırılan çalışmalarda semptom süre tanımı ve çalışılan popülasyonlar farklı olduğundan değişen oranlarda prevelans bildirilmiş olup, bizim çalışmamızda hastaların %68’inde PCS saptadık.

**Anahtar Kelimeler:** Post COVID, uzamış COVID, enflamatuvar romatizmal hastalıklar

**Tablo 1.** Hastaların demografik bilgileri, tanıları, tedavileri ve COVID-19 enfeksiyonu ile ilişkili klinik özellikleri

Hasta sayısı	n=53
Kadın, n (%)	38 (71,7)
Erkek, n (%)	15 (28,3)
Yaş (yıl) (ort ± SS)	48,5±13,99
BKİ (kg/m <sup>2</sup> ) (ort ± SS)	28,1±5,63
Sigara, n (%)	
- Aktif	10 (18,9)
- Kullanmayan	43 (81,1)
Komorbiditeler n (%)	
- Hipertansiyon	18 (33,9)
- Diyabet	6 (11,3)
- Kardiyovasküler hastalık	4 (7,5)
- Pulmoner hastalık	11 (20,7)
- Malignite	1 (1,9)
- Karaciğer hastalığı	1 (1,9)
- Renal hastalık	2 (3,8)
Tanı n (%)	
- Romatoid artrit	10 (18,9)
- Spondiloartropati	16 (30,2)
- Konnektif bağ doku hastalığı	10 (18,9)
- Ailevi akdeniz ateşi	8 (15,1)
- Vaskülit	7 (13,2)
- Gut	1 (1,9)
- Sarkoidoz	1 (1,9)
Hastalık süresi (ay) (medyan) (min-maks)	84 (6-372)
Medikasyon csDMARD	
-Mtx/lef/ssz monoterapi	12 (22,6)
-Kombinasyon tedavisi	3 (5,7)
-Hidroksiklorokin	8 (15,1)
Kortikosteroid	14 (26,4)
Azatioprin	5 (9,4)
Mikofenolat mofetil	1 (1,9)
tsDMARD	1 (1,9)
bDMARDs n (%)	8 (15,1)
- Adalimumab	1 (1,9)
- Infliximab	2 (3,8)
- Golimumab	2 (3,8)
- Etanercept	2 (3,8)
- Rituximab	1 (1,9)
NSAID	13 (24,5)
Kolşisin	13 (24,7)
COVID-19 enfeksiyonu n (%)	
-Semptomatik	49 (92,5)
-Asemptomatik	4 (7,5)
PCR + n (%)	51 (96,2)
Phnömoni n (%)	12 (22,6)
Hospitalizasyon n (%)	12 (22,6)
Yatış süresi (gün) (medyan) (min-maks)	7 (2-17)
Favipiravir n (%)	43 (81,1)
Sekoder bakteriyel enfeksiyon n (%)	6 (11,3)
Oksijen desteği n (%)	7 (13,2)
COVID-19 esnasında romatolojik medikasyon n (%)	
- Devam eden	36 (67,9)
- Ara veren	13 (24,5)
Post-COVID sendrom n (%)	
≥1 semptom	36 (67,9)
1-2 semptom	14 (26,4)
>3 semptom	22 (41,5)
Romatolojik hastalıkta alevlenme n (%)	14 (26,4)

**Tablo 2.** Post COVID sendromu ile ilişkili semptomlar ve görülme sıklıkları

Yorgunluk (n)	15
Halsizlik (n)	15
Artralji (n)	11
Dispne (n)	11
Saçlarda dökülme (n)	11
Egzersiz intoleransı (n)	9
Miyalji (n)	8
Uyku bozukluğu (n)	8
Baş ağrısı (n)	8
Sıcak basması (n)	8
Çarpıntı (n)	7
Öksürük (n)	4
Kilo kaybı (n)	4
Dikkat eksikliği (n)	4
Depresyon (n)	4
Dorsalji (n)	3
Göğüs ağrısı (n)	3
Baş dönmesi (n)	3
Koku-tad kaybı (n)	3
İşitme bozukluğu (n)	3
Bulantı (n)	2
Anksiyete (n)	2
Görme problemi (n)	2
Terleme (n)	2
Burun kanaması (n)	1
Dilde yanma (n)	1
Heartburn (n)	1
Dış etlerinde kanama (n)	1
Hipotiroidi (n)	1
Ellerde uyuşma (n)	1

### PS-036

#### Fasiyal eritem her zaman bağ dokusu hastalığı ile ilişkili midir? Demodex'i aklınızda bulundurun!

Abdulsamet Erden<sup>1</sup>, Berkan Armağan<sup>1</sup>, Serdar Can Güven<sup>1</sup>, Özlem Karakaş<sup>1</sup>, Fatma Erden<sup>2</sup>, Bahar Özdemir<sup>1</sup>, Ahmet Omma<sup>1</sup>, Orhan Küçükşahin<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara

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

**Amaç:** Fasiyal eritem bağ dokusu hastalıklarının ilk ve önemli belirtilerinden olabilir. Sadece fasiyal eritem ayırıcı tanısında eripizel, rozase, seboreik dermatitte gibi Demodex de bulunur. Demodex paraziti özellikle yüzde bulunan kıl folikülleri ve sebace bezlerin tıkanması yoluyla derite enflamasyona neden olabilir. Normal deride az sayıda bulunan Demodex parazitin yoğunluğunun arttığı durumlarda toll-like receptor sinyal yolağını üzerinden konak immün yanıtını artırarak deride

enflamatuvar değişikliklere neden olduğu öne sürülmektedir. Bu çalışmada amacımız fasiyal eritemi olan bağ dokusu hastalarında Demodex parazitinin etkisini araştırmaktır.

**Yöntem:** Çalışmaya Ankara Şehir Hastanesi Romatoloji Kliniği'nde bağ doku hastalığı (BDH) (Sistemik lupus eritematozus, Sjögren sendromu, undiferansiyel bağ doku hastalığı) tanısı konmuş ve fasiyal eritemi olan 31 hasta, kontrol grubu olarak da fasiyal eritemi olan yaş ve cinsiyet uyumlu 31 sağlıklı kişi dahil edilmiştir. Demodex paraziti tanısında siyanoakrilat yöntemi kullanıldı; 1 cm<sup>2</sup>'de 5'in üzerinde parazit varlığı pozitif kabul edildi. Tedavi için hastalara topikal veya sistemik metronidazol tedavisi verildi. Hastalarda tedavi başlangıcında ve bir ay sonra fasiyal eritem VAS değerlendirildi.

**Bulgular:** Demodex paraziti BDH grubunda %58,1, sağlıklı kontrollerde %25,8 olarak saptandı (p=0,01). Demodex pozitifliği olan BDH hastalarında en sık eşlik eden bulgu kaşıntıydı [n=8 (%44,4)], ancak sağlıklı kontrol grubu arasında kaşıntı açısından anlamlı fark saptanmadı. Benzer şekilde yanma hissi şikayeti 2 grup arasında benzerdi. Tüm hastalar Demodex tedavisi sonrası değerlendirildi. BDH olup Demodex saptanan 18 hastanın 14'ünde (%77,7) fasiyal eritem ve eşlik eden diğer şikayetler tedavi sonrası geriledi. Tedavi öncesi hasta medyan VAS (IQR) değeri hastaların fasiyal eritemi için 6 (3) puan iken tedaviden sonra hasta medyan VAS (IQR) değeri 2 (2,5) puandı (p<0,001).

**Sonuç:** BDH hastalarında fasiyal eritem ayırıcı tanısında Demodex paraziti, özellikle SLE hastaları gibi immün disfonksiyonu olan hastalarda düşünülmelidir. Fasiyal eritemi olan BDH hastalarında deri bulguları nedeniyle tedavi değişimi yapılmadan önce mevcut lezyonların Demodex ile ilişkili olabileceği unutulmamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Demodex, bağ dokusu hastalığı, fasiyal eritem

### PS-037

#### Romatoid nodül ile karışabilen tendinöz ksantom olgusu

Ayşegül Uçar, Gökhan Yavuzbilge, Hasan Ulusoy

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

**Amaç:** Subkütan ve tendinöz ksantomlar genellikle aşıl tendonunda, ellerde, ayaklarda, dirseklerde ve dizlerde lipit yüklü makrofajların lokalize birikimi sonucu oluşur. En sık görülen alt tip olan ksantalezma dışında kutanöz ksantomlar nadirdir. Tendinöz ksantomlar genellikle, ya düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) reseptör mutasyonlarının (ailesel hiperkolesterolemi) ya da LDL apoproteinindeki, apolipoprotein B-100'deki kusurların neden olduğu yüksek LDL seviyelerine bağlı olarak genetik hiperkolesterolemik sendromlarda ortaya çıkar.

**Olgu:** Yirmi beş yaşında kadın, 3 ay önce dış merkezde romatoid artrit tanısı ile metotreksat, prednizolon, hidroksiklorokin başlanmış ve tedaviye rağmen geçmeyen dizlerde, dirseklerde ve topuklarda şişlik, ağrı şikayeti olması nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hasta aile öyküsünde aynı şişliklerin anne ve kuzeninde de olduğunu ifade etti. Fizik muayenede (fm) her iki diz, dirsek ve aşıl tendonları üzerinde yumuşak kıvamlı kitleler (Resim 1)

palpe edildi. Laboratuvar tetkiklerinde sedimantasyon 34 mm/h, CRP 4 mg/dL, ANA, ANA subgrup, RF, anti-CCP negatif, total kolesterol 450 mg/dL, LDL 387 mg/dL saptandı. Yüksek LDL (>190 mg/dL), aile öyküsü ve fm'de tendinöz ksantomaları olması üzerine hastada ailesel hiperkolesterolemi düşünülerek kullandığı ilaçlar kesildi ve lipid düşürücü tedavi başlanması için endokrinoloji polikliniğine yönlendirildi.

**Sonuç:** Ailesel hiperkolesterolemi, tendon ksantomaları, ksantalezma ve prematür koroner kalp hastalığı ile karakterize LDL reseptör gen mutasyonuna bağlı otozomal dominant geçişli nadir görülen monogenik bir hastalıktır. Tendinöz ksantomalar en sık aşil tendonu üzerinde görülür. Ayırıcı tanıda romatoid nodül, ganglion, tendon kılıf dev hücreli tümör ve sarkom düşünülmalıdır. Tedavide ilk basamak LDL seviyelerinin düşürülmesidir. Bunun için diyet, statinler ve ezetimib tedavide kullanılır. Çok büyük ve eklem hareketini engelleyen ksantomalarda cerrahi müdahale gerekebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Ksantoma, romatoid nodül, hiperkolesterolemi



**Resim 1.** Diz, dirsek ve aşil tendon üzerinde ksantomalar

## PS-038

### Romatoloji pratiğinde intravenöz immünoglobulin alan hastaların değerlendirilmesi

Berkan Armağan<sup>1</sup>, Bayram Farişoğulları<sup>2</sup>, Hakan Oral<sup>3</sup>, Levent Kılıç<sup>2</sup>, Şule Apraş Bilgen<sup>2</sup>, Umut Kalyoncu<sup>2</sup>, Sedat Kiraz<sup>2</sup>, İhsan Ertenli<sup>2</sup>

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

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

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

**Amaç:** İntravenöz immünoglobulin (İVİG), birçok otoimmün romatolojik hastalıkta (ARD) çoğunlukla endikasyon dışı kullanılabilen, alternatif bir terapötik ajandır. Bu çalışmanın amacı, İVİG tedavisinin kullanıldığı ARD özellikleri ile bu tedavinin etkinlik ve güvenliğini değerlendirmektir.

**Yöntem:** Hacettepe Üniversitesi Romatoloji Ayaktan Tedavi Kliniği'nde, Ocak 2013-Aralık 2020 yılları arasında en az 1 kür İVİG tedavisi almış 149 hastadan, klinik bilgisine ulaşılabilen 133 hasta çalışmaya dahil edildi. Altta yatan romatizmal hastalıklar, demografik ve klinik özellikleri, İVİG tedavisi gerektiren organ tutulumları, tedavi basamağı (primer-sekonder veya enfeksiyon nedeni), tedavi yanıtları ve yan etkileri retrospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastaların %79'u (n=105) kadın ve ortalama yaşları 45,5±16,9 idi. En sık altta yatan romatizmal hastalıklar sistemik lupus eritematozus (SLE) (%35, n=47) ve dermatomyozit/polimiyozit (DM/PM) (%35, n=47) idi (Tablo 1). İVİG tedavisi en sık dirençli/relaps miyozit ve hematolojik tutulum nedeniyle kullanılmıştı (Şekil 1A). Ortanca (IQR) İVİG tedavi kür sayısı 6,5 (13) ve süresi 10,8 (24) aydı. İVİG tedavisi uygulama yolları, klinik ve takip özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Hastaların %77'sinde ikinci basamak tedavi olarak kullanılsa da, %32'inde tam klinik yanıt, %47'sinde parsiyel yanıt gözlenmiştir. İVİG tedavisi sonrası, hastaların başlangıca göre aldıkları ortalanca (IQR) steroid dozlarında (metilprednizolon veya eşdeğeri dozu) anlamı şekilde azalma olduğu görüldü [30 (33) vs. 8 (12), p<0,0001, sırasıyla]. İVİG tedavisi sonrasında konvansiyonel DMARD tedavilerin kullanımının azaldığı, rituksimab kullanımının arttığı gözlenmiştir (Şekil 1B). İVİG tedavisi ile ilişkili yan etki (%10) ve tedaviyi bırakma (%4) oldukça düşük oranda bulunmuştur.

**Sonuç:** İVİG tedavisi en sık SLE ve DM/PM hastalarında dirençli/relaps miyozit ve hematolojik tutulumları nedeniyle verilmiştir. Ağır olarak 2. basamak tedavi olmasına rağmen hastaların üçte ikisinde tam/parsiyel yanıt elde edilmiştir. İVİG tedavisi nedeniyle görülen yan etki ve buna bağlı tedavi bırakma ise oldukça azdır.

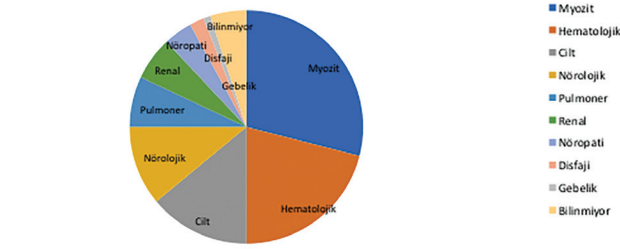
**Anahtar Kelimeler:** İntravenöz immünoglobulin, otoimmün romatolojik hastalıklar, rituksimab

## İdiyopatik enflamatuvar miyopatisi olan erişkin hastalarda venöz trombo-embolizm

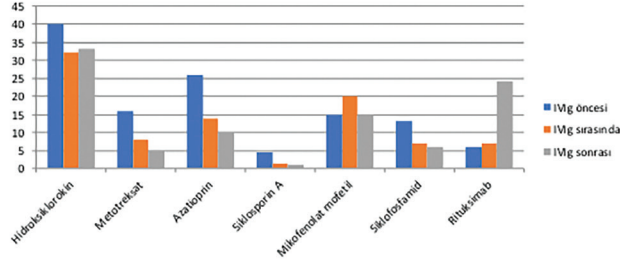
Gözde Kübra Yardımcı<sup>1</sup>, Arzu Tağhiyeva<sup>2</sup>, Enes Erul<sup>2</sup>, Bayram Farisoğulları<sup>1</sup>, Levent Kılıç<sup>1</sup>, Şule Apraş Bilgen<sup>1</sup>

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

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



A. Hastaların İVİG tedavisi verilme nedeni olan organ tutulumları



B. İVİG tedavisi öncesi, sırasında ve sonrasında hastaların aldıkları DMARD tedavilerin yüzdesel olarak karşılaştırılması

**Şekil 1.** A. Hastaların İVİG tedavisi verilme nedeni olan organ tutulumları, B. İVİG tedavisi öncesi, sırasında ve sonrasında hastaların aldıkları DMARD tedavilerin yüzdesel olarak karşılaştırılması

İVİG: İntravenöz immüno globulin

**Tablo 1.** İVİG tedavisi verilen hastaların alta yatan romatolojik hastalıkların özellikleri, verilme nedenleri, yöntemleri ve tedavi yanıtı ile ilgili özellikler

Romatolojik hastalıkların özellikleri	n (%)
Alta yatan romatizmal hastalık, n (%)	
- Sistemik lupus eritematozus	- 47 (35)
- Dermatomyozit/polimiyozit	- 47 (35)
- ANCA ilişkili vaskülit	- 7 (5)
- Diğer	- 32 (25)
İVİG tedavisi başlangıcında hastalık aktivitesi*	
- Orta	- 83 (63)
- Ciddi	- 43 (32)
- Bilinmiyor	- 7 (5)
İVİG tedavisi klinik özellikleri ve yanıt değerlendirilmesi	
İVİG nedeni	
- Primer basamak	- 18 (14)
- Sekonder basamak	- 103 (77)
- Enfeksiyon	- 5 (4)
- Bilinmiyor	- 7 (5)
İVİG verilme yöntemi	
- 2 gr/5 gün	- 82 (62)
- 2 gr/2 gün	- 3 (2)
- 0,4 gr/1 gün	- 22 (17)
- Diğer	- 26 (20)
İVİG tedavisine bağlı yan etki, n (%)	14 (10)
Yan etki nedeniyle İVİG tedavisi bırakma, n (%)	5 (4)
Tedavi yanıtı, n (%)	
- Tam yanıt	- 42 (32)
- Parsiyel yanıt	- 62 (47)
- Yanıt yok	- 20 (15)
- Değerlendirmesi yok	- 9 (6)
Relaps, n (%)	43 (32)
- Relaps sonrası İVİG tekrarı, n (%)	- 22 (51)

\*İskelet kası ve deri dışı organ tutulumu ciddi hastalık aktivitesi olarak kabul edildi.  
İVİG: İntravenöz immüno globulin

**Amaç:** İdiyopatik enflamatuvar miyopati (İİM) hastalarında artmış venöz trombo-embolizm (VTE) riski mevcuttur. Bu çalışmada Hacettepe Üniversitesi Romatoloji Polikliniği'nde takip edilen İİM hastalarında venöz trombo-embolizm prevalansı ve ilişkili faktörleri değerlendirmeyi amaçladık.

**Yöntem:** Doksan üç İİM (49 polimiyozit ve 44 dermatomyozit) hastasının kayıtları takip döneminde tromboz öyküsü olan hastaları belirlemek için geriye dönük olarak incelendi. Hastaların demografik ve klinik öyküleri, malignite öyküleri, trombofilik testleri ve tedavileri sistematik olarak analiz edildi.

**Bulgular:** Doksan üç İİM hastası (%64,5 kadın, ortalama yaş: 46) medyan (ÇAA) 27,6 ay (11,6-75,4) takip edildi. Çalışmaya dahil edilen tüm İİM hastalarında venöz trombo-embolizm prevalansı %8,6 saptandı. İİM hastalarında tanı ve ilk trombotik olay arasında geçen medyan (ÇAA) süre 4 (1-28) aydı ve trombotik olayların %75'i tanıdan sonraki ile bir yıl içerisinde gerçekleşmişti (Tablo). İİM hastalarında venöz trombo-embolizm yaş, cinsiyet, kanser öyküsü veya İVİG tedavisi ile ilişkili değildi.

**Sonuç:** Bizim kohortumuzda trombotik olay prevalansı %8,6'dı ve VTE riski hastalığın ilk yılında en yüksek seviyedeydi. İİM hastalarında yüksek riskli hastaları belirlemek ve trombo profilaksinin rolünü test etmek için daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** İdiyopatik enflamatuvar miyozit, dermatomyozit, polimiyozit, venöz tromboembolizm

**Tablo.** Venöz trombo-embolizm öyküsü olan polimiyozit ve dermatomyozit hastaları

Hasta no /Cinsiyet	Tanı/ Tanı yaşı, yıl	Tanıdan ilk trombotik olaya kadar geçen süre, ay	Venöz trombo-embolizm	Malignite öyküsü	Trombofilik paneli	Antifosfolipit antikorları
1/Erkek	PM/35	6	Sinus trombozu	Yok	Negatif	Negatif
2/Kadın	PM/57	2	DVT	Yok	Değerlendirilmedi	Negatif
3/Kadın	PM/67	0	Masif pulmoner emboli	Yok	Değerlendirilmedi	Negatif
4/Erkek	PM/55	1	DVT/PE	Yok	Negatif	Negatif
5/Kadın	DM/47	1	İliak ven trombozu	Yok	Negatif	Negatif
6/Kadın	PM/56	36	Portal ven trombozu	Meme	Değerlendirilmedi	Negatif
7/Kadın	DM/63	7	Sefalik ven, eksternal iliak ven, vena saphena magna trombozu	Meme	Değerlendirilmedi	Değerlendirilmedi
8/Erkek	PM/61	50	Popliteal ven trombozu	Yok	Negatif	Negatif

PM: Polimiyozit; DM: Dermatomyozit; DVT: Derin ven trombozu; PE: Pulmoner emboli, Trombofilik paneli: Factor V Leiden ve prothrombin gen

## PS-040

### Anti-DFS antikorlarının klinik önemi ve diğer otoimmün antikorlar ile ilişkisinin araştırılması

Alev Çetin Duran<sup>1</sup>, Nihan Cüzdan Balta<sup>2</sup>, Tuğba Kula Atik<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Balikesir Atatürk Şehir Hastanesi, Mikrobiyoloji Kliniği, Balikesir

<sup>2</sup>Balikesir Atatürk Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Balikesir

<sup>3</sup>Balikesir Üniversite Hastanesi, Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Balikesir

**Amaç:** Anti-DFS70 oto-antikorlarının klinik önemini ve sistemik otoimmün romatizmal hastalıklar (SORH) ve bu hastalıklara bağlı otoimmün antikorlar ile ilişkisini değerlendirmektir.

**Yöntem:** İki yüz seksen bir (ortalama yaş  $\pm$  SS: 45,31 $\pm$ 15,89 yıl; %88,3 kadın) anti-DFS70 oto-antikor pozitif hasta iki gruba ayrıldı. Grup 1 (n=43), SORH'li anti-DFS70 antikor pozitif hastalardan ve grup 2 (n=238), SORH'li olmayan anti-DFS70 antikor pozitif hastalardan oluşturuldu. Anti-DFS70 negatif SORH hastaları olan bir kontrol grubu grup 3 olarak belirlendi (n=49, ortalama yaş  $\pm$  SS: 49,86 $\pm$ 12,08; %79,6 kadın). Hastaların klinik özellikleri, eritrosit sedimentasyon hızı (ESR), C-reaktif protein (CRP), nötrofil/lenfosit oranı (NLO), trombosit/lenfosit oranı (TLO), romatoid faktör (RF) ve anti-siklik sitriline peptid (anti-CCP) değerleri 3 grup arasında karşılaştırıldı.

**Tartışma:** Çalışmamızın sonuçlarına göre anti-DFS pozitif hastaların büyük oranında sistemik bir hastalık yoktu ve diğer enflamatuvar belirteçler ve SORH ile ilişkili oto-antikorlarla anlamlı bir ilişki bulunamadı. Anti-DFS70 antikorları pozitifliği organa özgü otoimmün hastalıklar, alerjik hastalıklar ve hematolojik bozukluklarla ilişkili olabileceğinden; hastalarda bu patolojiler akılda tutulmalıdır.

**Sonuç:** Anti-DFS70 pozitif hastaların %61,9'unun spesifik bir tanısı yoktu. Anti-DFS70 pozitif hastalarda (grup 1 ve grup 2) alerjik hastalıklar (%10,0), hematolojik anormallikler (%5,0), tiroid hastalıkları (%3,6), gastrointestinal sistem hastalıkları (%1,8), maligniteler (%1,4) ve enfeksiyonlar (%1,1) teşhis edildi. ESR, CRP düzeyleri ve TLO grup 2'de grup 1 ve grup 3'e göre daha düşüktü (p<0,05). RF ve anti-CCP pozitiflik oranları grup 2'de grup 1 ve grup 3'e göre daha düşüktü (p<0,05).

**Anahtar Kelimeler:** Anti-DFS antikor, enflamasyon, sistemik otoimmün romatizmal hastalık

## PS-041

### Son 5 yıl içinde hospitalize edilen tek merkez sistemik lupus eritematozus hastalarındaki enfeksiyonların özellikleri ve ilişkili olduğu durumlar

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>, Bahar Artım Esen<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, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Enfeksiyon, SLE hastalarında önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir.

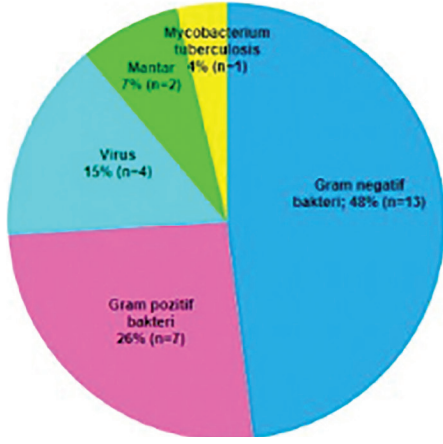
**Yöntem:** Ocak 2015-2020 arasında yatışı olan SLE'lilerin dosyaları incelenerek enfeksiyon saptananlar belirlendi. Enfeksiyon özellikleri, SLE klinik, laboratuvar ve serolojik bulguları, hastalık aktivitesi (SLEDAI-2K) ve hasarı (SDI) saptanarak aralarındaki ilişki incelendi.

**Bulgular:** Yüz altmış bir hastanın %30'unda enfeksiyon vardı. Enfeksiyon ön tanısı ile yatırılanların %94,7'sinde, aktif hastalık nedeniyle yatırılanların %22'sinde, diğer nedenlerle yatırılanların %16'sında enfeksiyon saptandı. Yatış nedenlerine göre hastaların demografik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 1'de, enfeksiyon dağılımı Tablo 2'de gösterildi. Hastaların %56'sında etken gösterilebildi. Bunların %48'i Gram-negatif bakteri, %26'sı gram pozitif bakteri, %14,8'i virüs, %7,4'ü mantar, %3,7'si *mycobacterium tuberculosis*'di (Grafik 1). Enfeksiyonu olan hastaların %83'üne kan kültürü ya da viral PCR ile mikrobiyal ajanı belirlemeye yönelik tetkikler yapıldı. Bu hastaların %27,5'inde pozitiflik saptandı. Bunların 3'ü Gram pozitif bakteri (metisilin dirençli koagülaz negatif *Staphylococcus*, metisilin duyarlı *Staphylococcus*), 3'ü Gram-negatif bakteri (*Salmonella* spp., *Klebsiella pneumoniae*), 1'i mantar (*Candida* spp.), 4'ü Cytomegalovirus (CMV)'tü. Enfeksiyonu olan ve olmayan hastaların; servise yatışları sırasındaki hastalık aktivite skorları arasında anlamlı fark yoktu (8,3 $\pm$ 7,1 vs. 9,1 $\pm$ 6,2). Enfeksiyonu olanlarda SDI'nın daha yüksek olduğu belirlendi (2,8 $\pm$ 1,9 vs. 1,9 $\pm$ 1,9, p=0,015). Enfeksiyonu olan hastalarda yoğun bakım ünitesi (YBÜ) yatışı daha fazlaydı (%23 vs. %4,4, p=0,001). Tekli analizlerde; SLE tanısı sırasındaki yaş (p=0,007), her romatoloji servise yatışı sırasında serviste kaldığı gün sayısı (p<0,001), takipleri boyunca romatoloji servisinde kaldığı toplam gün sayısı (p<0,001), YBÜ takibi (p<0,001), nefrit süresi (p=0,006), serözit (p=0,023), lupus antikoagülan (LAK) pozitifliği (p=0,022); çoklu analizlerde; SLE tanısı sırasındaki yaş (p=0,001), her bir romatoloji servise yatışı sırasında serviste kaldığı gün sayısı (p=0,035), nefrit (p=0,019), nefrit süresi (p<0,001), serözit (p=0,016), LAK pozitifliği (p=0,017) ile enfeksiyon arasında ilişki belirlendi.

**Sonuç:** Enfeksiyon SLE hastalarında önemli bir yatış nedeni olmakla birlikte başka nedenlerle yatan hastalarda da önemli oranda enfeksiyon görülmektedir. Özellikle uzun süreli nefrit, hasar varlığı, uzun ve sık servise yatışı enfeksiyon riskini artırmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** SLE, hospitalizasyon, enfeksiyon, hasar





**Grafik 1.** Enfeksiyonu olan SLE hastalarında tespit edilen mikrobiyal etkenler

**Tablo 1.** Servise yatış nedenlerine göre hastaların özelliklerinin karşılaştırılması

	Aktif hastalık (n=117)	Enfeksiyon (n=19)	Hasar (n=25)	p
Kadın, n (%)	101 (86,3)	17 (89,5)	20 (80)	0,631
Yaş (yıl), ort. ± SS	37±13	44±15	41±14	0,522
Sigara, n (%)	22 (18,8)	6 (31,6)	5 (20)	0,440
Hipertansiyon, n (%)	30 (25,6)	12 (63,2)	8 (32)	0,005**
Hiperlipidemi, n (%)	29 (25)	4 (23,5)	5 (20)	0,908
Mortalite, n (%)	3 (2,6)	1 (5,3)	0 (0)	0,484
YBÜ yatışı, n (%)	11 (9,4)	3 (15,8)	2 (8)	0,626
Servise yatış sırasındaki yaş (yıl), ort. ± SS	36,9±12,9	43,6±14,9	41,3±13,9	0,066
Servise yatana kadar hastalık süresi (ay), ort. ± SS	83,1±91,8	122,9±96,5	144,5±105,6	0,007**
Serviste yattığı gün sayısı (her yatış için ayrı), ort. ± SS	15,3±13,2	17,1±9,6	14,1±7,6	0,723
Takipleri boyunca toplam romatoloji servis yatış sayısı, ort. ± SS	1,7±1,4	3,1±2,1	1,7±1,3	0,001**
Takipleri boyunca toplam romatoloji yatış süresi (gün), ort. ± SS	25,2±28,2	50,9±36,1	22,1±15,2	0,003**

YBÜ: Yoğun bakım ünitesi

**Tablo 2.** Son 5 yılda romatoloji servisine yatırılan SLE hastalarında tespit edilen enfeksiyonlar

Enfeksiyon yerleşimi	n (%)
Akciğer	15 (31,3)
Deri ve yumuşak doku	8 (16,7)
Üriner sistem	5 (10,4)
Genital sistem	2 (4,2)
Gastrointestinal sistem	4 (8,3)
Sepsis	4 (8,3)
Odak belirsiz	5 (10,4)
CMV viremi/enfeksiyonu	4 (8,3)
Protez enfeksiyonu	1 (2,1)

## PS-042

### Perikardiyal ve plevral efüzyon ile başvuran zor IgG4 ilişkili hastalık: Olgu takdimi

Burak Karakaya<sup>1</sup>, Semih Güle<sup>2</sup>, Duygu Gürel<sup>3</sup>, Sülen Sarıoğlu<sup>3</sup>, Sermin Özkal<sup>3</sup>, Merih Birlik<sup>2</sup>, Fatoş Önen<sup>2</sup>, Mustafa Oktay Tarhan<sup>4</sup>

<sup>1</sup>İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İzmir

<sup>2</sup>İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İzmir

<sup>3</sup>İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Patoloji Kliniği, İzmir

<sup>4</sup>İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Genel Dahiliye Bölümü, İzmir

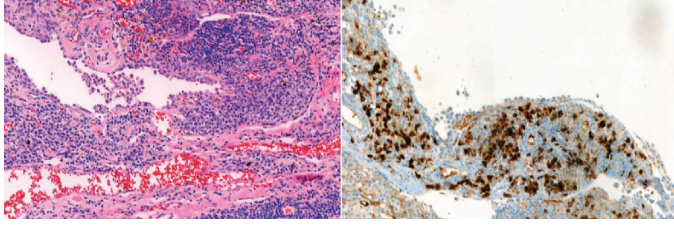
**Giriş:** IgG4 ilişkili hastalık etiyolojisi bilinmeyen; spesifik patolojik, serolojik ve klinik bulgulara çeşitli organ sistemlerini etkileyen tipik patolojik bulgular ile tanısı koyulan fibro enflamatuvar bir hastalıktır. IgG4 ilişkili plevral hastalık plevral kitle, plevral nodül, plevrada kalınlaşma ve plevral efüzyonla seyredebilir. Bu olgu takdiminde perikardiyal tamponadla başvuran izleminde IgG4 ilişkili plevral hastalık ve bilateral warthin tümörü saptanan bir olgu anlatılacaktır.

**Olgu:** Yetmiş dört yaşında erkek hasta, Nisan 2021'de acil servise artan nefes darlığıyla başvurdu. Hemodinamisini bozan perikardiyal sıvı, ekokardiyografide yüzen kalp görünümü, sağ atriyumda ve ventrikülde bası bulguları görülen hasta perikardiyal tamponad olarak değerlendirildi. Perikardiyal ve plevral sıvının aerob, anaerob, mikobakteri ve mikotik kültürlerinde üreme saptanmadı. Servis izleminde desatürasyon olması nedeniyle plevral drenaj kateteri takıldı. Romatolojik tetkiklerinde ANA 1/320 benekli ve yoğun ince benekli pattern, anti-PCNA (+) saptandı. Serum kompleman düzeyleri (C3-C4) düzeyleri normal aralıkta saptanan hastada RF (-) saptandı. Malignite, granülomatöz ve infiltratif hastalıklar açısından çekilen PET-BT'de mediastinal lenf nodları ve parotis bezinde sırasıyla SUV<sub>maks</sub>: 3 ve 7 değerinde tutulumlar gözlemlendi. Hastanın periferik kan IgG4 düzeyi 422 mg/dL (n=8-140 mg/dL) olarak sonuçlandı. Tekrarlayan plevral sıvısı olan hastaya VATS yapılarak perikard ve plevra biyopsisi yapıldı. Perikard biyopsisinde IgG4 (+) boyanma saptanmazken; plevra biyopsisinde, yoğun lenfoplazmositer hücre infiltrasyonu, CD-38 ve CD-138 ile plazma hücrelerinin belirgin olduğu ve bunların çoğunun IgG ve IgG4 (+) boyandığı, IgG4 (+) hücrelerin IgG (+) plazma hücrelerine oranı ~%50 saptandı.

PET-BT’de bilateral parotis bezinde tutulum saptanan hastanın ince iğne aspirasyon biyopsisi sonucu Warthin tümörü olarak raporlandı. Hastaya IgG4-İH tanısı ile peroral metilprednizolon 2x8 mg/gün ve azatiopirin 1x150 mg/gün tedavisi başlandı. Warthin tümörü için kulak burun boğaz kliniği tarafından operasyon yapılması için izlem önerildi.

**Sonuç:** Bu olgu takdiminde, Warthin tümörünün IgG4-İH ile olası bir ilişkisini gösteren bir olguyu tanımladık. Mevcut kanıtlarla, Warthin tümörünü IgG4-İH’ye dahil etmek şu ana kadar uygun olmamakla birlikte patogenezi immünoglobulin sınıfının IgG4’e geçişi rol oynayabilir ve immün reaksiyona sahip belirli enflamatuvar arka planın yer alması olasıdır.

**Anahtar Kelimeler:** IgG4 ilişkili hastalık, plevral effüzyon, perikardiyal effüzyon, warthin tumor



**Şekil 1.** 40x büyütmede H&E boyama ve IgG4 boyama alanları

## PS-043

### Şiddetli COVID-19 hastalarında tosilizumab deneyimi

Seda Çolak<sup>1</sup>, Emre Tekgöz<sup>1</sup>, Muhammet Çınar<sup>1</sup>, Gülden Yılmaz<sup>2</sup>, Duygu Tecer<sup>1</sup>, Fahrettin Bıçakcı<sup>1</sup>, Ferhat Cüce<sup>3</sup>, Gonca Fidan<sup>2</sup>, Deniz Doğan<sup>4</sup>, Ümit Savaşçı<sup>2</sup>, Yakup Arslan<sup>4</sup>, Cantürk Taşçı<sup>4</sup>, Emel Uyar<sup>5</sup>, Zehra Karacaer<sup>2</sup>, Serkan Senkal<sup>5</sup>, Sedat Yılmaz<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

<sup>4</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

<sup>5</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Aralık 2019’da Çin’de başlayıp tüm dünyaya yayılarak pandemi haline gelen Koronavirüs hastalığı-2019 (COVID-19) seyrinde sitokin fırtınası ve bunun sonucunda akciğer tutulumuna bağlı akut respiratuvar distress sendromu veya çoklu organ yetmezliği görülebilmektedir. Sitokin fırtınası, hayatı tehdit eden komplikasyonlara ve hatta mortaliteye yol açabilmektedir. Bu çalışmanın amacı tosilizumab kullanımının şiddetli COVID-19 hastalarındaki etkisini değerlendirmektir.

**Yöntem:** Mart 2020-Ağustos 2020 arasında şiddetli COVID-19 nedeniyle tosilizumab alan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik, klinik ve radyolojik görüntüleri hasta dosyalarından elde edildi. Hastalar, hastalık ciddiyetine göre ciddi ve kritik hasta olarak gruplandırıldı. Sistemik

enflamatuvar yanıtı ek olarak solunum hızı >30/dakika olan veya oda havasında oksijen saturasyonu <%93 olan hastalar ciddi hasta grubuna; mekanik ventilasyon (MV) desteği gereken, şok ve organ yetmezliği bulguları olan veya yoğun bakım ünitesi (YBÜ) yatışı gereken hastalar ise kritik hasta grubuna dahil edildi. Hastalara tedavi öncesi 72 saat içinde çekilen akciğer bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülerindeki pulmoner tutulumlar Fleischner skorlama sistemine göre puanlandırıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya 99 (%72,3) erkek ve 38 (%27,7) kadın olmak üzere 137 hasta dahil edildi. Hastaların ortanca yaşı 62 idi. Hastaların 86’sı (%62,7) ciddi, 51’i (%37,2) kritik hasta grubundaydı (Tablo 1). Çalışmadaki hastaların mortalite oranı %24,1 idi. Kadın, 65 yaş üzeri ve komorbiditesi olan hastalarda mortalite oranları daha yüksek saptandı (sırasıyla; p=0,02, p=0,031 ve p=0,01). Ölen hastalarda MV desteği (%85,2) ve YBÜ yatışı oranı (%58,8) daha fazlaydı (p<0,05). BT skorları ölen hastalarda daha yüksek saptandı (p=0,019). Multivariate regresyon analizine göre ileri yaş, kritik hastalık, MV desteği gereksinimi ve yaygın akciğer tutulumu mortalite ile ilişkili bulundu (risk oranı güven aralığı: 0,781, sırasıyla p=0,029, p=0,002, p=0,018, p=0,047) (Tablo 2).

**Sonuç:** Tosilizumab, 65 yaş altında, MV ihtiyacı olmayan ve akciğer tutulumu yaygın olmayan hastalarda COVID-19 ilişkili sitokin fırtınasına bağlı mortaliteyi azaltmada etkili görünmektedir

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, sitokin fırtınası, tedavi, tosilizumab

**Tablo 1.** COVID-19 hastalarının demografik ve klinik özellikleri

Yaş, yıl, medyan (Q1-Q3)	62 (49,5-72)
Cinsiyet, n (%)	
Kadın	38 (27,7)
Erkek	99 (72,3)
İlk semptom ile tosilizumab infüzyonu arasındaki süre, gün, n (%)	
≤6	34 (24,8)
7-12	73 (53,3)
≥13	30 (21,9)
Hastalık ciddiyeti, n (%)	
Ciddi	86 (62,8)
Kritik	51 (37,2)
Komorbiditesi olanlar, n (%)	91 (66,4)
Tosilizumab dozu, mg, medyan (Q1-Q3)	600 (560-600)

**Tablo 2.** Ciddi ve kritik COVID-19 hastalarında mortalite ile ilişkili değerlendirilen faktörlerin multivariate regresyon analizi

	%95 Güven aralığı	p
Cinsiyet	0,535-20	0,198
Yaş	0,008-1	0,029
Komorbidite	0,054-3	0,327
Hipertansiyon	0,063-2	0,285
Kronik kalp yetmezliği	0,000-4	0,141
Hastalık ciddiyeti	0,006-0,3	0,002
Mekanik ventilasyon desteği	0,001-1	0,018
Bilgisayarlı tomografi skorları	0,033-1	0,047

PS-044

## Akut artriti ile presente olan sarkoidoz olgusu

Sevil Yiğit, Sinem Sağ, Necati Çakır

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Fatih Sultan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

**Giriş:** Sarkoidoz, etiyojisi bilinmeyen kronik multisistemik granülomatöz bir hastalıktır. Sarkoidozun başlangıç belirtisi olarak artrit literatürde nadiren bildirilmiştir. Bu yazıda akut artritin ayırıcı tanısında sarkoidoz ve konvansiyonel akciğer grafisinin önemini vurguladık.

**Olgu:** Elli iki yaşında kadın hasta bize sol ayak bileği şişliği ile başvurdu. Özgeçmişinde önemli bir hastalığı olmadığı, 2 kuzeninde sarkoidoz olduğu öğrenildi. Fizik muayenede hepatosplenomegalisi ve lenfadenopatisi yoktu. Akciğer, kalp ve nörolojik muayenesi doğaldı. Eritema nodosum, sedef, yoktu. Çekilen ayak bileği MR'de kalkaneus, talus, tibia distalinde, naviküler ve kuboid kemiklerde yaygın kemik iliği ödemi dikkati çekmekteydi. Laboratuvar bulgularında sedimantasyon hızı 95/saat, CRP: 0,2 mg/L, WBC: 4,1 hücre/L, Hb: 9,9 g/L, trombosit sayısı: 395 /L, serum glukoz, üre, kreatinin, AST, ALT, kan elektrolitleri ve alkalen fosfatase değerleri normal sınırlar içerisinde bulundu. Çekilen PAAG'de bilateral hiler lenfadenopati saptandı. İdrar tabhili normaldi, Anjiyotensin dönüştürücü enzim düzeyi 2,6 IU/L. Brucella ve sifiliz testleri negatifti. Toraks BT Sağ paratrakeal alanda, prekarinal, subkarinal bilateral hiler, bronkopulmoner ve aortikopulmoner düzeylerde en büyüğü 2-2,5 cm çapına ulaşan multiple lenfadenopatiler izlenmişti. Endobronşiyal biyopside non-kazeifiye granülomatöz lezyonlar görüldü. Bronştan alınan materyalde ARB negatifti. Göz konsültasyonu normaldi. Bu bulgularla sarkoidoz düşünülen hasta metilprednizolon 7,5 mg, metotreksat 15 mg/hafta, folik asit 2 tablet/hafta tedavisi başlanarak takibe alındı.

**Sonuç:** Sarkoidoz tanısı için spesifik bir test yoktur, klinik ve radyografik bulguların birlikteliğine, tipik granülomların gösterilmesine dayanır ve çoğu zaman diğer granülomatöz hastalıkların dışlanmasıyla konulabilir. Sarkoidoz spontan düzelme görülebildiği gibi, kronikleşebilmektedir. Hastaların muayene ve solunum fonksiyon testleri ile takibi gerekmektedir. Kliniğin ağırlığına göre steroid veya metotreksat ile tedavi edilebilir. Sarkoidozun her zaman akılda tutulması gerektiğine iyi bir örnek olan olgumuzu sunmayı amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** Artrit, sarkoidoz, granülom



Resim 1. Hiler Lenfadenopati

PS-045

## Hadju chenev sendromu: Nadir bir akro-osteolizis nedeni

Melike Ersoy<sup>1</sup>, Derya Akarken<sup>1</sup>, Evren Gümüş<sup>2</sup>, Emine Figen Tarhan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Muğla

<sup>2</sup>Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Muğla

**Giriş:** Akro-osteolizis pek çok hastalıkta görülebilen, romatizmal hastalıkları taklit edebilen bir tablodur. Burada akro-osteolizis ile başvuran Hadju Cheney sendromu tanılı olgu tartışılmıştır.

**Olgu:** Yirmi iki yaşında kronik hastalık öyküsü olmayan erkek hasta, 7-8 aydır sağ-sol el 2. 3. 4. 5. parmaklarda dijital ülser ve oto-ampütasyon ile başvurdu. Bağ doku hastalıkları, özellikle progresif sistemik skleroz açısından tetkik edilen hastada oto-antikorları negatif, kapilleroskopi bulguları normal saptandı. Visseral organ tutulumu saptanmadı. Bağ doku hastalıkları dışlanan hastada direkt grafilerinde bilateral DİF distalinde akro-osteolizis saptandı (Figür 1) ve hasta akro-osteolizis etiyojisi açısından araştırıldı. Mental retardasyon, dismorfik yüz görünümü (göz arası mesafe artışı, aşağı bakış anomalisi, bitişik kaşlar, çenede dismorfizm) olması nedeniyle hastada Hadju Cheney sendromu ön planda düşünüldü. Çok nadir görülen bu sendromda tanı klinik olarak konulmakla birlikte *NOTCH1* gen mutasyonu pozitif saptanabildiği için genetik tarama yapıldı. *NOTCH1* gen mutasyonu negatif saptandı. Ancak literatürdeki olgular tarandığında mevcut gen mutasyonu bakılmadan da klinik bulgularla tanı konulabildiği görüldü. Hastamıza klinik bulgular doğrultusunda Hadju Cheney sendromu tanısı konuldu. Dijital ülselerine yönelik ilioprost, nifedipin tedavileri uygulandı. Ülserlerinde gerileme saptandı ve mevcut tedavi ile takibine devam edildi.

**Sonuç:** Hadju Cheney sendromu akro-osteolizisin nadir nedenlerinden birisi olup, romatizmal hastalıkları taklit edebilir. Dismorfik görünümü olan olgu larda ayırıcı tanıda hatırlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Hadju Cheney sendromu, akro-osteolizis, progresif sistemik skleroz



Figür 1. El parmakları distalinde belirgin akro-osteolizis alanları (beyaz oklar)

## PS-046

### Yeni tanı sarkoidoz hastalarında metabolik sendrom daha sık gözlenebilir

Mehmet Engin Tezcan<sup>1</sup>, Arzu Cennet Işık<sup>2</sup>, Murat Kavas<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

<sup>3</sup>Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Sistemik enflamatuvar hastalıklarda, hastalık patogenezinde rol oynayan ve/veya hastalık aktivitesine bağlı değişim gözlenen sitokinlere ve tedavilere bağlı metabolik sendrom daha sık gözlenmektedir. Multi-sistemik bir enflamatuvar hastalık olan sarkoidozda da metabolik sendromun daha sık gözlendiğini gösteren çalışma mevcuttur. Ancak tedaviden bağımsız, yeni tanı sarkoidoz hastalarında metabolik sendrom sıklığı değerlendirilmemiştir. Bu çalışmada amaç sarkoidoz hastalığı olan bireylerde tanı anında dahi metabolik sendrom daha sık gözlenir hipotezinin sınanmasıdır.

**Yöntem:** Sarkoidoz tanısını yeni almış ve sarkoidoz ile ilişkili herhangi bir tedavi almamış 133 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Bu hastaların metabolik sendrom sıklığı, yaş (indeks hastanın yaşı  $\pm$  sarkoidoz hastalarının standart sapması) ve cinsiyet olarak eşleşmiş 133 kontrol hastası ile karşılaştırılmıştır. Metabolik sendrom tanısı NCEP-ATP III sınıflama kriterlerine göre konmuştur. Devamlı değişkenler Mann-Whitney U testi ve kategorik değişkenler ki-kare testi ile karşılaştırılmıştır.  $P < 0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Her iki grupta 95 (%71,4)'şer kadın hasta bulunmaktaydı. Her iki grubun yaş ortalaması benzer olarak bulunmuştur ( $p=0,14$ ). Sarkoidoz grubunda 37 % (27,8) hastaya, kontrol grubunda ise 9 % (6,8) hastaya metabolik sendrom tanısı konmuştur. Metabolik sendrom sıklığı anlamlı olarak yeni tanı sarkoidoz hastalarında kontrol grubuna daha fazla bulunmuştur (risk oranı: 5,3, CI: %95 2,4-11,5,  $p < 0,001$ ).

**Sonuç:** Bu çalışma sonucunda, birçok enflamatuvar hastalıkta gözlendiği üzere yeni sarkoidoz hastalarında da tedaviden bağımsız olarak metabolik sendromun daha sık gözlendiği tespit edilmiştir. Bu açıdan primer hastalık tedavisi yanında, kardiyovasküler hastalık riski ile ilişkili olan metabolik sendrom açısından da hastaların yakın takibi uygun olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Sarkoidoz, metabolik sendrom, kardiyovasküler hastalık

## PS-047

### AxSpA hastalarında COVID-19 karantina döneminde yaşam tarzı ve duygudurum değişiklikleri

Esra Erpek, Dilek Solmaz, Elif Durak Ediboğlu, Eda Otman Akat, Gülay Alp, Haluk Cinaklı, Servet Akar

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

**Amaç:** Dünya Sağlık Örgütü'nün COVID-19 pandemisini ilan etmesinin ardından, ülkemizde Nisan-Haziran 2020 tarihleri arasında zorunlu karantina uygulandı. Bu yaptırımla birlikte yaşam tarzında ani değişiklikler meydana geldi. Çalışmamızda, karantina döneminde aksiyal spondiloartrit (axSpA) hastalarında anksiyete ve depresyon sıklığı, yeme alışkanlığı ve fiziksel aktivite değişiklikleri, bunların hastalık aktivitesiyle ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Pandemi öncesi bir yıl içinde romatoloji kliniğine başvuran axSpA hastaları ve yakınları bu çalışmaya dahil edildi. Katılım için hastalar ve yakınlarına telefonla ulaşıldı. Tüm katılımcılardan yapılandırılmış bir anket kullanılarak; demografik özellikler, ilaç kullanımı, hastalık aktivite (BASDAI) ve fonksiyon (BASFI) durumu, hasta tarafından kabul edilebilir semptom durumu (PASS), hasta tarafından bildirilen fiziksel aktivite durumu, fiziksel aktiviteyi değerlendirme anketi (Short Questionnaire to Assess Health enhancing physical activity SQUASH), yeme alışkanlıkları (TFEQ-21) ile anksiyete ve depresyon durumu (HADs) hakkında veriler toplandı.

**Tartışma:** Bu çalışma kapsamında 204 axSpA hastası ve 106 hasta yakınına ulaşıldı. Demografik özellikler tabloda özetlendi. AxSpA grubunda %30 ve yakınlarında %37 bireyin sırasıyla ortalama  $4,5 \pm 2,4$  ve  $4,4 \pm 3,4$  kilogram aldıkları tespit edildi. AxSpA hastalarında kadın ve erkeklerin benzer oranlarda kilo aldıklarının gösterilmesine karşın (%26,2 vs. %37,2,  $p > 0,05$ ), axSpA'lı erkeklerde kilo alma oranı yakınardan anlamlı olarak fazlaydı (%26,2 vs. %7,  $p > 0,05$ ). Depresyon sıklığı axSpA grubunda yakınardan anlamlı olarak fazla saptandı (%43,6 vs. %28,  $p < 0,001$ ). BASDAI ve BASFI skorları ile SQUASH-total aktivite skoru arasında ılımlı negatif korelasyon gördük (sırasıyla  $r = -0,15$ ,  $p < 0,05$ ;  $r = -0,25$ ,  $p < 0,001$ ). Anksiyete semptomları hasta grubunda ılımlı olarak yüksekti ancak istatistiksel anlamlılık yoktu (%40,2 vs. %32,  $p > 0,05$ ). Depresyon ve anksiyete varlığı hastalık aktivitesi (HADs depresyon vs. BASDAI  $r = 0,380$ ,  $p < 0,001$ ; HADs anksiyete vs. BASDAI  $r = 0,418$ ,  $p < 0,001$ ) ve fonksiyon (HADs depresyon vs. BASFI  $r = 0,342$ ,  $p < 0,001$ ; HADs anksiyete vs. BASFI  $r = 0,313$ ,  $p < 0,001$ ) ile korele idi. Beslenme alışkanlıklarından; kontrolsüz ve emosyonel yeme skorları anksiyete ile zayıf korele idi (sırasıyla  $r = 0,169$ ,  $p < 0,05$ ;  $r = 0,163$ ,  $p < 0,05$ ).

**Sonuç:** Karantina sürecinde axSpA hastalarımızın yaklaşık 1/3'nin kilo almalarına ve yaklaşık yarısının fiziksel aktivitesinin azalmış olmasına rağmen bu durum hastalık ilişkili faktörlerle bağlantılı bulunmadı. Ayrıca anlamlı oranda hastada depresyon ve anksiyete saptandı ve her ikisi de hastalık aktivitesi ile korele idi.

**Anahtar Kelimeler:** AxSpa, COVID-19, yaşam tarzı, fiziksel aktivite, beslenme

**Tablo 1.** Çalışma grubu özellikleri

	AxSpa hastaları n=204	Kontrol grubu n=106	p
Yaş (yıl) ortalama ± SD	43,1±11,4	40,6±12,6	>0,05
Erkek cinsiyet n (%)	125 (61,3)	26 (24,5)	<0,001
Eğitim süresi (yıl) ortalama ± SD	9,8±4,3	9,7±4,0	>0,05
Sigara kullanımı n (%)	77 (37,7)	31 (29,2)	>0,05
Alkol tüketimi n (%)	60 (29,4)	9 (8,5)	<0,001
Güncel VKI kg/m <sup>2</sup> ortalama ± SD	26,8±4,6	26,5±4,7	>0,05
Kilo alımı n (%)	62 (30,4)	40 (37,7)	>0,05
Sabit kilo n (%)	142 (69,6)	66 (62,3)	>0,05
Güncel BASDAI ortalama ± SD	1,8±1,5	N/A	
Güncel BASFI ortalama ± SD	1,5±1,8	N/A	
Biyolojik tedavi alan hastalar n (%)	118 (57,8)	N/A	
Konvansiyonel tedavi alan hastalar n (%)	84 (41,1)	N/A	
Anksiyete varlığı n (%)	82 (40,2)	34 (32,1)	>0,05
Depresyon varlığı n (%)	89 (43,6)	30 (28,0)	<0,001
TFEQ-R21 emosyonel yeme ortalama ± SD	5,2±3,1	5,6±2,7	<0,05
TFEQ-R21 kontrolsüz yeme ortalama ± SD	14,7±6,3	17,5±5,4	<0,001
TFEQ-R21 yemek yemeyi bilinçli kısıtlama ortalama ± SD	14,3±4,3	15±4,2	>0,05
Sabit fiziksel aktivite n (%)	117 (57,4)	49 (46,2)	>0,05
Azalmış fiziksel aktivite n (%)	87 (42,6)	57 (53,8)	>0,05

**PS-048**

**“Romatolojik aroması” olan bir interstisyel akciğer hastalığı: akciğer dominant bağ doku hastalığı COVID-19 pnömonisi ile karışabilir: Olgu sunumu**

Çisem Okur<sup>1</sup>, Burcu Çelik Eroğlu<sup>1</sup>, Gizem Ayan<sup>2</sup>, Levent Kılıç<sup>2</sup>, Ömer Karadağ<sup>2</sup>

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

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

**Amaç:** Akciğer dominant bağ doku hastalığı (LD-CTD) terimi romatolojik aroması olan interstisyel akciğer hastalıklarında (İAH) kullanılması önerilen bir terimdir. Romatolojik aromadan kasıt; romatolojik hastalıklarla ilişkili olabilecek otoantikörlerin veya histopatolojik bulguların bulunması ancak ekstratorasik tutulumların olmaması veya mevcut bulgularla hastalara kesin bir bağ doku hastalığı tanısı konulamamasıdır. Burada akut solunum yetersizliğiyle başvuran, COVID-19 ön tanısıyla acil servise yatırılıp tedavi edilen takipte akciğer dominant bağ dokusu hastalığı tanısı alan bir olguyu sunmayı amaçladık.

**Bulgular:** Hipertansiyonu ve astımı olan; üç yıldır nefes darlığı nedeniyle inhaler steroid kullanan 62 yaşında kadın hasta Ekim 2020’de nefes darlığında artış, öksürük şikayetleriyle dış merkezde acil servise başvurmuş. COVID-19 pnömonisi semptomları olan, PCR testi negatif hasta pandemi şartlarında COVID-19 açısından

şüpheli bulunmuş. Tedavisi düzenlenerek taburcu edilmiş. Nefes darlığı zamanla artmış. Şikayetlerine halsizlik, yorgunluk, ayak ve el bileğinde ağrı, sol ayak bileğinde aralıklı şişlik eklenmiş. Ateş, döküntü, ağız kuruluğu, göz kuruluğu yokmuş. Nefes darlığında artış, oksijen ihtiyacı nedeniyle Aralık 2020’de Hacettepe Üniversitesi Acil Servisi’ne başvuran hasta iç hastalıkları servisine yatırılmış. Toraks bilgisayarlı tomografide (BT) İAH uyumlu buzlu cam alanları, retiküler opasiteler saptanmış. ANA 1/1.000 aktin antikor pozitif, diğer romatolojik belirteçleri negatif saptandı. Miyozit panelinde Ro 52, EJJ pozitif hastada Sjögren, dermatomyozit/polimiyozit tanılarını dışlamak için yapılan Schirmer testi normalken; EMG’de normal ileti bulguları, minör tükürük bezi biyopsisinde Grade 1 değişiklikler saptandı. Kas yıkım enzimleri normal aralıklarında bulundu. Ön planda LD-CTD düşünülen, oksijen ihtiyacı devam eden hastaya metilprednizolon (MPZ) 32 mg/gün ve mikofenolat mofetil 500 mg/gün başlandı. Oksijen ihtiyacı azalan hastanın MPZ dozu kademeli düşürülerek oksijen konsantratörüyle taburcu edildi.

**Sonuç:** Bu olgu özellikle COVID-19 pandemisinin olduğu bu dönemde COVID-19 ve İAH semptomlarının karışabileceğini göstermektedir. COVID-19 semptom ve bulgularıyla başvuran hastaların ayırıcı tanısında dikkatli olunmalıdır. LD-CTD nadir görülen ancak altta yatan romatolojik hastalıkların varlığı düşünüldüğünde akılda tutulması gereken İAH nedenlerinden biridir.

**Anahtar Kelimeler:** Akciğer dominant bağ doku hastalıkları, COVID-19 pnömonisi, interstisyel akciğer hastalığı



**Sekil 1.** Toraks bilgisayarlı tomografide interstisyel akciğer hastalığı bulguları, toraks BT’de gözlenen buzlu cam alanları ve retiküler opasiteler

## PS-049

### İmmün denetim noktası inhibitörü kullanımına bağlı gelişen romatolojik bulgu

Ayşenur Yalçıntaş Kanbur, Berivan Bitik, Günay Şahin Dalgıç, Ahmet Eftal Yücel

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

**Amaç:** Romatolojik hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların bir bölümünün tümör immünolojisi alanında yapılan çalışmalardan ortaya çıktığı bilinmektedir. İmmünoterapi olarak da bilinen “immün denetim noktası inhibitörleri” (İDNİ) (*immune checkpoint inhibitors*) tümör hücrelerinin immün sistemden kaçış mekanizmasını bloke ederler. Renal hücreli karsinom, akciğer kanseri ve malign melanoma en sık kullanıldıkları malignitelerdir. İDNİ’ler immün sistemi aktive ettikleri için romatolojik yan etkilere neden olabilirler. Bu olguda onkoloji tarafından romatoloji polikliniğimize yönlendirilen İDNİ ilişkili romatolojik hastalığı olan olguyu sunuyoruz. Hastanın dosyası retrospektif olarak incelenerek klinik ve laboratuvar özellikleri kaydedildi.

**Olgu:** Altmış sekiz yaşında metastatik renal hücreli karsinom nedeniyle tirozin kinaz inhibitörü aksitinib kullanmakta olan erkek hasta sol uylukta ağrı yakınmasıyla yapılan MR’de kas planları arasında koleksiyon saptanmış, ortopedi tarafından koleksiyon debridmanı yapılmış. İnguinal doku biyopsisi orta- küçük çaplı damar vaskülitisi ile karakterize septolobüler pannikülit ile uyumlu olarak rapor edildi. Doku kültürlerinde üreme olmadı. Hastaya 40 mg metilprednizolon tedavisi oral olarak başlandı. Bu tedavi ile hastanın yüksek olan akut faz değerlerinde belirgin gerileme saptandı. Kortikosteroid tedavisi ile taburcu edilen hastanın 4 ay sonra başka bir üniversite hastanesinde eksitus olduğu öğrenildi.

**Sonuç:** İmmünoterapi sonrası otoimmünite tetiklenerek romatolojik sorunlara neden olabilir. Bu uygun olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Malignite, checkpoint inhibitörleri, romatolojik yan etkiler

## PS-050

### Relapsing polikondrit: Metotreksat ile tedavi edilen iki olgu

Mustafa Ferhat Öksüz

*VM Medikal Park Pendik Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Pendik, İstanbul*

**Giriş:** Relapsing polikondrit (RP), kulak kepçesi, sklera, laringotrakeal yapılar başta olmak üzere; tip 2 kollajen içeren dokularda doku hasarı ve fibrozis ile sonuçlanan tekrarlayan enflamasyonla seyreden nadir bir sistemik hastalıktır. Hastalığın seyri sırasında en sık kulak ve burun kıkırdağı tutulurken ikinci olarak eklemler tutulmaktadır. Hastaların yaklaşık 1/3’üne sistemik vaskülit, bağ doku hastalığı veya miyelodisplastik sendrom (MDS) gibi hastalıklar eşlik edebilir. Burada metotreksat ile başarılı bir şekilde tedavi edilen iki olgu sunulmuştur.

**Olgu Sunumu 1:** Otuz yaşında kadın hasta 1 yıldır olan aralıklı sağ el sırtında ve sağ el metakarpofalangeal (MKP) eklemlerinde 2-3

gün süren ağrı şişlik atakları olması üzerine başvurdu. Tetkiklerinde, sedimentasyon (ESH): 35 mm/saat C-reaktif protein (CRP): 32 mg/L ANA (anti nükleer antikor): (IFA) negatif, RF (Romatoid faktör): 10 IU/ml Anti CCP negatif hemogloblin: 10,6 g/dL, beyaz küre: 5,64 K/uL, nötrofil: 4,56 K/uL, trombosit: 266 K/uL saptandı. Palindromik romatizma düşünülerek Hidroksiklorokin 200 mg 2x1 prednizolon 5 mg 2x1 (atak dönemlerinde) başlandı. Tedavinin 6. ayında kulak kepçesi ve burun kıkırdağında 2-3 gün süren kızarıklık ağrı atakları başlayan hastaya RP tanısı kondu. Tedaviye metotreksat 15 mg/hafta eklendi. Kondrit atakları belirgin gerileyen hastanın takibi devam etmektedir.

**Olgu Sunumu 2:** Kırk yedi yaşında kadın 2 aydır olan halsizlik yorgunluk 5 kg/2 ay kilo kaybı, 38 °C bulan ateş yüksekliği, sol el 2. parmakta ağrı, burun ve kulak kıkırdağında şişlik kızarıklık şikayeti ile başvurdu. Muayenesinde burun ve her iki kulak kıkırdağında ağrı şişlik kızarıklık ve sol el 2. MKP eklemdede artrit saptandı. Laboratuvar incelemesinde ESH: 110 mm/saat CRP: 118 mg/L ANA (IFA) negatif, RF: 30 IU/mL anti-CCP negatif, hemogloblin: 9,6 g/dL, beyaz küre: 12,6 K/uL, nötrofil: 10,4 K/uL, trombosit: 476 K/uL saptandı. Mevcut bulgularla RP tanısı kondu. Metotreksat 15 mg/hafta, prednizolon 20 mg/gün tedavisi başlandı. Tedavi ile tüm semptomları geriledi. Altıncı ayda prednizolon tedavisi kesilebildi. Metotreksat ile izleme devam edilmektedir.

**Sonuç:** RP’de tedavi tutulan organa ve şiddete göre belirlenmektedir. Artrit ve kondrit bulguları ön planda olan hastalarda metotreksat etkili bir tedavi seçeneği olarak gözükmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Metotreksat, relapsing polikondrit, artrit

## PS-051

### Dev hücreli arterit taklit eden nadir bir olgu; Monckeberg medial kalsifik sklerozis

Burak Okyar<sup>1</sup>, Fatih Albayrak<sup>1</sup>, Bekir Torun<sup>1</sup>, Fatih Yıldız<sup>1</sup>, Sezen Koçarslan<sup>2</sup>, Gözde Yıldırım Çetin<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>*Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Kahramanmaraş*

Monckeberg medial kalsifik sklerozis (MMCS), dev hücreli arterit (DHA) kiniğini taklit edebilen ve temporal arter biyopsisi ile şüphelenilerek tanı konulabilen nadir bir durumdur. Elli altı yaşında kadın hasta kliniğimize, sağda ani gelişen tek taraflı görme kaybı, sağ taraf temporal arter trasesinde ağrı, o bölgeye uyan kesimde scalp hassasiyeti, çiğneme güçlüğü ve temporal arter hassasiyeti ile başvurdu. Hipertansiyon, osteoporoz, renal taş öyküsü ve son dönem böbrek yetmezliği nedeniyle 13 yıldır hemodiyalize girme öyküsü vardı. Laboratuvarında; white blood cell: 7,86x10<sup>9</sup>/L, hemoglobulin: 10,9 g/dL, C-reaktif protein: 3,03 mg/L, eritrosit sedimentasyon hızı (ESR): 53 mm/saat geldi. Alt ekstremiteden çekilen direk grafilerde tren rayı görünümü mevcuttu. Tren rayı görünümü üst ekstremitelere kadar uzanıyordu (Figür 1). Ani görme kaybı olan ve DHA ön tanısı olan hastaya 1 mg/kg’dan prednol tedavisi başlandı ve sonrasında biyopsi planlandı. DHA açısından yapılan temporal arter biyopsi sonucunda dev hücrelerin olmaması, epiteloid histiositlerin olmaması, internal

elastik laminada patolojik bir bulgu olmaması, tunika mediada ise yaygın kalsifikasyon olması ve skleroz olması ile hastaya klinik, radyolojik ve patolojik bilgilerin verileri ışığında MMCS tanısı konuldu (Figür 2). Literatürde dev hücreli arterit kliniğine benzeyen ve MMCS tanısı konulan 4 olgu sunumu mevcuttur. Bu olgu sunumu MMCS'un ani görme kaybı yapması, temporal arterde kalsifikasyon yapması, skalp hassasiyeti yapması ile DHA bulgularını tamamen taklit edebileceğini gösteren nadir bir olgu sunumudur.

**Anahtar Kelimeler:** Mönckeberg sklerozisi, dev hücreli arterit, temporal arterit



Figür 1. Üst ekstremitelerde tren rayı görünümü

#### PS-052

### Spinal epidural hematoma ile komplike olan aktif sistemik lupus eritematozus olgusu

Müge Aydın Tufan, Ahmet Eftal Yücel

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

**Giriş:** Sistemik lupus eritematozuslu (SLE) hastalarda spontan epidural hematoma oldukça nadir olarak görülen akut bir tablodur (1). Spontan spinal epidural hematoma, çoğunlukla acil cerrahi müdahale gerektiren ve sıklıkla önemli nörolojik bozukluk veya ölümle sonuçlanan nadir bir akut durumdur. Hastalık aktivasyonu ile ilişkisi net olarak bilinmemektedir (1). Biz aktif SLE hastasında akut gelişen spinal epidural hematoma olgusunu sunduk.

**Olgu:** Otuz yedi yaşında kadın hasta ani başlayan ateş, titreme, halsizlik, baş ağrısı yakınmasıyla acil servise başvuruyor. Beş yıldır SLE, lupus nefriti tanısı mevcut olan hasta, 6 ay önce gebe kalmış. Gebelik abortusla sonlanmış. Abortus sonrasında böbrek tutulumunda aktivasyon olan hasta siklofosamid, hidroksiklorokin ve 6 mg prednol tedavisi kullanıyor. Bu şikayetlerle hastaneye

yatırılan hastanın takibinde alt ekstremitelerde yürüme güçsüzlük gelişti. Tetkiklerinde sedim 80 mm/saat, CRP: 100 mg/L, C3-C4: düşük, Hb: 8 gr/dL, trombosit: 160.000/mm<sup>3</sup>, ds DNA pozitif, 1,2 gr/gün proteinüri, antikardiyolipinler negatif, lupus antikoagülan negatif. Beyin MR normal, servikal MR'de servikal ve torakal bölgede epidural mesafede epidural hemoraji tespit edildi. Yapılan serebral, karotid ve vertebral anjiyografi normaldi. PT-PTT normal tespit edildi. Hastanın takiplerinde tansiyonları 200/110 mmhg civarında seyretti. Göz muayenesi normaldi. Papil ödem tespit edilmedi. Beş gün pulse 500 mg steroid, siklofosamid ve antihipertansif tedavi başlanan hastanın klinik bulguları düzeldi. Hemorajisi spontan rezolüsyona uğradı.

**Sonuç:** Literatürde olgu sunumları şeklinde SLE'li hastalarda spontan epidural hemoraji bildirilmiştir. Ancak hastalık aktivitesinin bir komplikasyonu olarak tanımlanmamıştır. SLE'de vaskülopatinin potansiyel komplikasyonlarından biri olarak spontan epidural hematoma görülebilir. Bizim olgumuzda ise aktif hastalık sırasında spontan spinal epidural hemoraji gelişti.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik lupus eritematozus, spinal epidural hematoma, vaskülopati

#### PS-053

### Skleroderma renal krizi: Tek merkezden izlenen sistemik sklerozlu hastalarda sıklığı ve klinik özellikleri

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

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

**Giriş:** Skleroderma renal krizi (SRK), sistemik skleroz (SSk) seyrinde tipik olarak malign hipertansiyon, akut böbrek hasarı ile karakterize, trombotik mikroanjyopatinin eşlik edebildiği komplikasyondur. SRK normotansif de olabilir. SSK hastalarımızda SRK sıklığının ve takip sonuçlarının değerlendirilmesidir.

**Yöntem:** Kliniğimizde izlenen ACR/EULAR (2013) sınıflandırma kriterlerini karşılayan 210 hastanın kayıtları tarandı; SRK saptanan hastaların verileri değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmaya SRK tanısı olan 10 hasta (10/210; %4,8) alındı; klinik, laboratuvar özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. SRK tanısı sırasında medyan yaş 57 (30-76), Raynaud fenomeni süresi medyan 2 (0-29) yıl, Raynaud dışı bulgu süresi 2 (0-10) yıldır. SRK, SSK tanısı konulduktan sonra 1-10 yıl içinde gelişmiş, 5 hastada tanı sırasında SRK bulguları gözlenmiştir. SRK sonrası takip süresi 3 ay-8 yıl arasındadır. SRK tablosu 2 hastada düşük doz steroid, 1 hastada metilprednizolon 40 mg/gün ve mikofenolat mofetil (MMF) tedavisi altında gelişmiştir. SRK sürecinde 1 hasta normotansif seyretmiş, tanı sırasında medyan kreatinin 3,7 (1,6-8,59) mg/dL bulunmuştur. Böbrek biyopsisi yapılan 2 hastanın birinde TMA bulguları saptanmıştır. SRK sürecinde 5 hastada hemolitik anemi, 5 hastada trombositopeni, 5 hastada >0,5 g/gün proteinüri, 2 hastada mikroskopik hematüri bulguları tespit edilmiştir. Tüm hastalara ACE inhibitörü ve 6 hastaya ilomedin infüzyonu (3-23 gün) verilmiştir. Üç hastada akut dönemde hemodiyaliz gerekmiş, iki hastada hemodiyaliz sürmektedir. İki

hastaya bosentan başlanmıştır. Hastaların son kreatinin değeri medyan 1,7 (0,8-5,98) mg/dL ölçülmüştür. SRK sürecinde COVID-19 enfeksiyonu gelişen 1 hasta çoklu organ yetersizliği ile kaybedilmiştir. SRK'den 1 yıl sonra COVID-19 enfeksiyonu gelişen diğer hasta herhangi komplikasyonsuz düzelmiştir.

**Sonuç:** SRK, nadir, yaşamı tehdit eden bir tutulumdur. Hastalarımızda SRK sıklığı %4,8 bulunmuştur. SRK farklı deri tutulumu tiplerinde, farklı serolojilerin varlığında ve tanı sırasında görülebilmektedir. Sadece 1 hastada SRK öncesi yüksek doz kortikosteroid tedavisi kullanıldığı gözlenmiştir. Tedavide ACE inhibitörlerine ek olarak ilomedin ve bosentan kullanılmıştır. Hastaların %30'da hemodiyaliz ihtiyacı olmuş, 1 hasta kaybedilmiştir. Mortalite oranı düşük olmakla birlikte uzun dönem takip sonuçları iyi bilinmemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik skleroz, renal kriz

**Tablo 1.** SRK öyküsü olan SSK hastalarının genel takip sürecinde klinik ve laboratuvar özellikleri

	N (%)
Kadın/erkek	7 (%70)/3 (%30)
Klinik	
Yaygın deri tutulumu	4 (%40)
Sınırlı deri tutulumu	4 (%40)
Asklerodermik	2 (%20)
Dijital ülser	5 (%50)
Eko-PAB $\geq$ 30 mm Hg	6 (%60)
Gastrointestinal tutulum	6 (%60)
İnterstiyel akciğer hastalığı	6 (%60)
Seroloji	
ANA	8 (%80)
Anti-sentromer	2 (%20)
Anti-scl70	4 (%40)
Anti-RNA polimeraz III	2 (%20)
İmmünoşüpresif geçmişi	
CYC	2 (%20)
MMF	4 (%40)
AZA	2 (%20)
MTX	2 (%20)
RTX	1 (%10)
Düşük doz steroid	6 (%60)

## PS-054

### Yaygın lenfadenopati ve asit ile prezente olan sistemik lupus eritematozus olgusu

Eda Öncel<sup>1</sup>, Cihat Yörük<sup>1</sup>, Yeşim Erez<sup>2</sup>, İsmail Sarı<sup>2</sup>

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

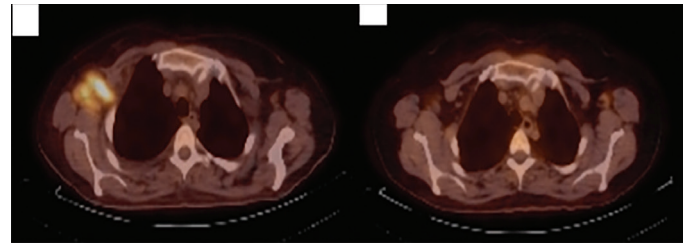
<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

**Giriş:** Sistemik lupus eritematozus (SLE), farklı organ ve sistemlerin tutulumu ile seyreden kronik otoimmün bir romatizmal hastalıktır. Serozit SLE'nin oldukça sık görülen bir bulgusu olmakla birlikte tanıya yaygın lenfadenopati (LAP) saptanan olgular bildirilmiştir.

**Olgu:** Kırk sekiz yaşında kadın hasta, 3 aydır giderek kötüleşen kolik tarzda karın ağrısı, karında şişkinlik, iştahsızlık ve 1 haftadır olan nefes darlığı şikayetleri ile başvurdu. Hastanın öyküsünde; hipertansiyon ve hipotiroidi tanılarının olduğu ve bilateral derin ven tromboz öyküsü olduğu görüldü. Fizik muayenede; bilateral bazallerde akciğer seslerinin azalmıştı. Sağ aksiller LAP palpe edildi. Batında hassasiyet olmakla birlikte defans ve rebound saptanmadı. Batın BT'sinde belirgin serbest sıvı ve bilateral pleval effüzyon saptandı. Batındaki asit örnekleme non-portal eksuda vasfındaydı. Sitolojik incelemesi benign özellikteydi. Aksiller LAP saptanan hastanın Boyun BT'sinde de supraklavikuler, submental, submandibuler patolojik boyutta multiple LAP'lar izlendi. Ascit ve patolojik boyutta LAP olan hastadan malignite açısından PET/BT yapıldı. PET/BT'de sağ aksiller ve pektoral kas komşuluğunda tutulum ( $SUV_{maks}$ : 6,9) saptandı. Meme USG/mamografi BIRADS 0 olarak neticelenmesi üzerine hastaya lenf nodu örnekleme yapıldı. Lenf nodu patolojisi lupus lenfadeniti ile uyumlu gelen hastadan gönderilen ANA (+4) pozitif, ENA paneli alt grup antikorları pozitif geldi (Tablo 1). Hastanın izlemde otoimmün hemolitik anemisi de gelişti. Oto-antikör pozitifliği, hipokomplementemi, serozit ve otoimmün hemolitik anemisi olan hasta SLE kabul edildi.

**Sonuç:** SLE'de lenfadenopatinin görülme sıklığına dair net veri bulunmamakla birlikte SLE ile uyumlu klinik bulguları olan hastalarda mevcut romatizmal hastalık aktivasyonuna sekonder lenfadenopati olabilmektedir. Eşlik eden serozit varlığında ise malignite araştırılırken romatolojik hastalığa yönelik tetkiklerinin planlanması göz ardı edilmemelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik lupus eritematozus, asit, serozit



**Şekil 1.** a. Tanıdaki PET/BT bulguları, b. Tedavi sonrası PET/BT bulguları-FDG tutulumunda azalma

**Tablo 1.**

HBG	8,9 g/dL
WBC	4700 (103/*<L)
AST/ALT	22/17 (U/L)
Albümin	2,45 mg/dL
Kreatinin	0,37 mg/dL
ESH	39 mm/h
CRP	3,5 mg/L
ANA	1/3200 titrede pozitif, Homojen
ENA	Anti SS-A (+++), Anti SS-B (+)
Anti ds DNA	Pozitif +++ (1/100 - <1/320 titre)
Anti nRNP/Sm	Pozitif (+++)
C3- C4	20 mg/dL - 4,2 mg/dL
CEA-125	210
CEA 15-3	34



## PS-055

### Sistemik lupus eritematozus relapsing polikondrit birlikteliği: İki olgu sunumu

Derya Yıldırım, Hamit Küçük, Abdurrahman Tufan, Şeminur Haznedaroğlu, Berna Göker, Mehmet Akif Öztürk

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

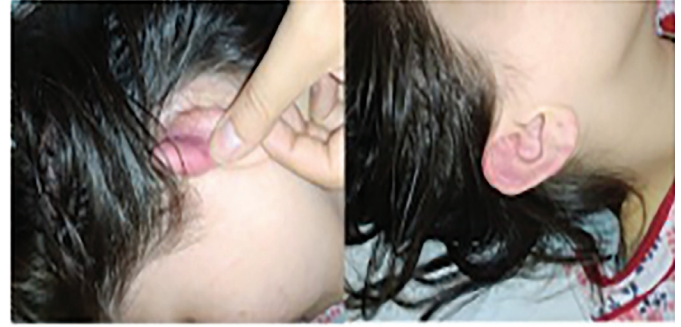
**Giriş:** Sistemik lupus eritematozus (SLE) otoimmün mekanizmayla oluşan multisistemik bir hastalıktır. Relapsing polikondrit (RP) birçok otoimmün hastalığa eşlik edebilen bir patolojidir. SLE ile birlikteliği nadiren görülebilir. Biz de kliniğimizde takipli iki lupus ve relapsing polikondrit tanılı hastayı sunuyoruz.

**Olgu Sunumu 1:** Otuz beş yaş kadın hasta gebeliğinin 17. haftada derin ven trombozu olan hastanın malar raş ve eritemli lezyonları, fotosensitivitesi, babada SLE tanısı olan hasta sistemik lupus eritematozus (SLE) ve anti-fosfolipid antikor sendromu aldı. Bilateral kulak sayvanlarında kızarıklık ve ısı artışı mevcut olan hastanın şikayeti steroid tedavisi altında geriledi. Otuz yedinci haftada doğum yapan hasta SLE, anti-fosfolipid antikor sendromu ve relapsing polikondrit tanılarıyla hidroksiklorokin + metilprednizolon + asetilsalisilik asit tedavisi altında semptomsuz izlenmektedir.

**Olgu Sunumu 2:** Elli dört yaş kadın hasta 6 yıl önce üveit atağı olan hasta ANA, antids DNA pozitifliği ve mukokutanöz bulgularla lupus tanısı alarak hidroksiklorokin başlanmış. İki kez daha üveit atağı olan hastaya tedavi direnci kabul edilerek tedaviye azatiopurin eklenmiş. Üveit sıklığı daha fazla olan Behçet hastalığı, spondiloartroaptiller gibi romatolojik patolojiler açısından da taranmış ancak anlamlı bir bulgu saptanmamış Kliniğimizdeki ilk değerlendirmede mukokutanöz bulgular ve artritin sebat ettiği ve kulak kepeçelerinde şekil bozukluğu olduğu görüldü (Şekil 1). Hasta kulak sayvanlarında yanma ve ağrı atakları sonrası şekil değişikliği tarif etmesi üzerine relapsing polikondrit. Kabul edilerek tedavisi revize edilmiştir. Hasta SLE+ kondrit tanıları ile kliniğimizde takip edilmektedir.

**Sonuç:** SLE için bir immün kompleks etiolojisini destekleyen önemli kanıtlar vardır. Sinovyal çalışmalarda plevral, perikardiyal ve beyin omurilik sıvılarında lokal immün komplekslerin önemli olduğunu ileri sürülmüştür. Kulak sıvısı çalışması verisi olmamakla beraber kondritin bağışıklık komplekslerinin lokal aktivitesi ile ilgili olduğu iyi bilinmektedir. SLE kondrit birlikteliğine ait orjinal çalışma ve insidans verileri bulunmamaktadır. 2.000 ve sonrasında bir SLE-RP birlikteliği, bir de muhtemel SLE tanılı trombotik mikroanjiyopati ile prezante bir kondrit olgusu bulunabilmiştir. Özetle, SLE tanılı hastayı değerlendirirken kondritin gözden kaçırılmaması gerektiğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Kondrit, relapsing polikondrit, sistemik lupus eritematozus



Şekil 1. Kondrit olan hastamızın kulak sayvanı görüntüsü

## PS-056

### Kolon adenokarsinomu ilişkili paraneoplastik bir sendrom: RS3PE

Erdal Bodakçı

Eskişehir Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Eskişehir

**Giriş:** RS3PE (remitting seronegative, symmetric synovitis with pitting edema), romatolojik ve neoplastik hastalıklar ile beraber görülebilecek paraneoplastik bir sendrom olarak karşımıza çıkabilir. Burada RS3PE düşünülen ve kolon adenokarsinomu tanısı konulan hastayı sunacağız.

**Olgu:** Altmış üç yaşında erkek hasta halsizlik, her iki el sırtında simetrik şişlik ve el bileklerinde ağrı yakınmaları ile başvurdu. Yaklaşık altı aydır bu yakınmaları mevcut olan hastada bu süre zarfında ortalama 10 kg kaybının olduğu pandemiden dolayı doktora başvurmadığını belirtmekteydi. Özgeçmiş ve soygeçmişinde bir özellik tanımlamıyordu. Fizik muayenesinde bilateral el dorsumunda (3+) gode bırakan ödem mevcuttu. Bilateral el bileği, proksimal interfalangial ve metakarpofalengial eklemlerde şişlik, ısı artışı, hassasiyet ve hareket kısıtlılığı vardı. Hastada RS3PE sendromu düşünüldü. Hemoglobin: 7,4 mg/dL, hematokrit %24, lökosit: 6400/mm<sup>3</sup>, trombosit: 560000/mm<sup>3</sup>, eritrosit sedimentasyon hızı: 75 mm/h ve CRP: 54 mg/dL, feritinin 4 ng/mL olarak saptandı. Karaciğer, böbrek ve tiroid fonksiyon testleri ve tümör belirteçleri, serum elektrolit düzeyleri normal sınırlardaydı. IgM romatoid faktör (RF), anti-CCP ve anti-nükleer antikorları negatif idi. Kolonoskopide sigmoid kolonda 5 cm lik ülsere kitle tespit edildi. Biyopside kolon adenokarsinomu (evre 3) tanısı konuldu. Cerrahi planlandı. Hastaya RS3PE sendromu tanısı ile 10 mg/gün prednizolon başlandı. Hastanın 2. günde ödemleri azaldı ve 15. gününde tamamen kayboldu. Prednizolon dozu 5 mg ile takibi devam etmektedir.

**Sonuç:** RS3PE kriterleri oldukça açık olmasına rağmen ayırıcı tanısı oldukça güç olan bir sendromdur. RS3PE sendromu neoplastik hastalıklarla beraber olabilir. Özellikle akciğer, meme, prostat kanserleri ön planda olmakla beraber nadir olarak kolon kanseri görülebilir.

**Anahtar Kelimeler:** RS3PE sendromu, kolon adenokarsinomu, paraneoplastik sendrom

## PS-057

### Ailevi Akdeniz ateşi, amiloidoz ve enfeksiyon hastalarında akut faz reaktanı ve biyomarker olarak retinol bağlayıcı protein 4

Nevzat Koca, Rabia Deniz, Murat Erdugan, Yasemin Yalçınkaya, Bahar Artım Esen, M. Lale Öcal, Murat İnanç, Ahmet Gül

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

**Giriş:** Retinol bağlayıcı protein 4 (RBP4), retinolü karaciğerden periferik taşıyan bir plazma proteindir. RBP4, metabolik hastalıklar ve kanserlerde biyobelirteç olarak incelenmiştir, ancak enflamasyonla ilişkisi belirsizdir. C-reaktif protein (CRP), eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ve serum amiloid A (SAA) yaygın olarak kullanılan akut faz reaktanlarıdır, ancak enfeksiyonla ilişkili olan ve olmayan enflamasyonu ayırt etmede başarıları düşüktür. Çalışmamızda RBP4'ün enfeksiyon ile ailevi akdeniz ateşi (FMF) ve AA + amiloidoz ilişkili akut faz yanıtını göstermedeki etkinliğinin araştırılması planlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmaya 169 hasta dahil edildi ve hastalar FMF (n=60), FMF+AA amiloidoz (n=58), FMF dışı AA amiloidoz (n=23), enfeksiyon hastaları (n=10, 3 pnömoni, 3 sepsis, 1 piyelonefrit, 1 fungal enfeksiyon, 1 sellülit, 1 zona zoster) ve sağlıklı kontrol (SK) grubu (n=18) olarak tanımlandı. Hastaların hemogram, CRP, ESH, SAA, ferritin, kreatinin, AST, ALT ve albümin sonuçları kaydedildi. FMF ve FMF + amiloidoz hastaları ataksız dönemde değerlendirildi. Serum RBP4 düzeyleri ELISA (Elabscience, USA) ile ölçüldü.

**Tartışma:** Bu çalışmada, enfeksiyonlarda ve sağlıklı kontrollerde RBP4 düzeylerinde anlamlı bir değişiklik olmamasına rağmen, FMF'de yaklaşık 1,5 kat ve AA amiloidoz hastalarında daha az oranda artış olabileceği gösterilmiştir. Daha büyük hasta gruplarında RBP4'ün FMF ve enfeksiyonlar başta olmak üzere farklı enflamatuvar hastalıklarda araştırılması biyobelirteç açısından önemini ortaya koyacaktır.

**Sonuç:** Serum RBP4 düzeyi FMF grubunda, enfeksiyon (p=0,002) ve SK (p<0,001) ve amiloidozlu hastalara göre yüksek bulundu. Ortalama RBP4 düzeyleri, sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında enfeksiyon grubunda anlamlı fark saptanmadı, ancak FMF, FMF + amiloidoz ve FMF dışı amiloidoz gruplarında sırasıyla %47, %28 ve %27 artış saptandı. FMF, FMF + amiloidoz ve FMF dışı amiloidoz grupları arasında RBP4 seviyelerinde anlamlı bir fark yoktu. CRP ve SAA yüksekliği enfeksiyon hastalarında (sırasıyla 58 ve 134 kat), FMF (sırasıyla 13 ve 35 kat), FMF + amiloidoz ve FMF dışı amiloidoz hastalarına göre belirgindi. Enfeksiyon grubunda, CRP, ESH, ferritin ve SAA seviyeleri SK'ye göre daha yüksekti (Tablo 1).

**Anahtar Kelimeler:** AA amiloidozu, ailevi akdeniz ateşi, retinol bağlayıcı protein 4, C-reaktif protein

**Tablo 1.** Tüm hasta gruplarının demografik özellikleri ve laboratuvar sonuçları

	FMF (n=60)	FMF+AA Amiloidoz (n=58)	FMF Dışı AA Amiloidoz (n=23)	İnfeksiyon (n=10)	Sağlıklı Kontrol (n=18)
Kadın/ Erkek	46/14	33/25	8/15	3/7	8/10
Yaş(SD)*	38±13 (18-74)	43±11 (21-69)	53±13	65±15	33±9
Albümin (mg/dL)*	4,7±0,4	4,3±0,6	3,3±0,9	3,0±0,9	4,8±0,2
Ferritin (ng/mL)*	70±94	245±315	139±168	554±38	83±72
Kreatinin (mg/dL)*	0,8±0,2	1,7±1,7	2,0±1,6	1,7±1,0	0,7±0,2
AST (U/L)*	24±14	24±10,9	26,9±21,8	28,3±20,0	21,6±8,3
ALT (U/L)*	27±23	25±15	30±36	27±26	25±24
RBP4 (ng/mL)*	772±183	671±214	666±256	512±204	524±117
RBP4 (median)	770 (434-1142)	653 (227-1259)	645 (331-1214)	487 (226-876)	498 (566-738)
CRP (mg/L)*	16±47,1	12,8±32,8	25,7±36,4	69±36,8	1,2±1,2
SAA (mg/dL)*	10,3±31,4	5,0±13,9	7,1±14,1	40,2±18,5	0,3±0,1
ESH*	15±13	19±16	41±29	45±42	7±5
Rölatif RBP4 artışı	1,47±0,35	1,28±0,41	1,27±0,49	0,98±0,39	
Rölatif CRP artışı	13,4±39,2	10,6±27,3	21,4±30,3	57,7±30,6	
Rölatif SAA artışı	34,5±104,8	16,0±45,7	23,7±47,1	133,9±61,7	

\*Mean, RBP4 (Retinol Bağlayıcı Protein 4), C-Reaktif Protein (CRP), Eritrosit Sedimentasyon Hızı (ESH), Serum Amiloid A (SAA), AST (Aspartat Transferaz), ALT (Alanin Transferaz)

## PS-058

### İdiyopatik intrakraniyal hipertansiyon ile prezente olan sistemik lupus eritematozus: Olgu sunumu

Canan Albayrak Yaşar, Firdevs Ulutaş, Murat Yiğit, Uğur Karasu

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

**Giriş:** Psödötümör serebri veya benign intrakraniyal hipertansiyon olarak da adlandırılan idiyopatik intrakraniyal hipertansiyon (İİH), beyinde yer kaplayan lezyon veya ventrikülomegali olmadan görülen kafa içi basınç artışı sendromudur. Sistemik lupus eritematozus'da (SLE) İİH dahil baş ağrısı, Amerikan Romatoloji Koleji (ACR) tarafından tanımlanan nöropsikiyatrik sendromlardan biridir ve SLE hastalarının %0,7-1,5'inde bildirilmiştir. Biz de kliniğimize İİH ile başvuran ve lupus tanısı koyduğumuz bir hastayı sunmaya değer bulduk.

**Olgu:** Beş yaşında sağ gözde kesici aletle yaralanma sonrası görme kaybı gelişmiş hastaya 2018'de keratoplasti yapılmış. İşlem sonrası aralıklı baş ağrısı, bulantı, baş dönmesi ve burun kanaması olmuş. 2020 yılında sol gözde görme bulanıklığı eklenmiş. Nörolojinin değerlendirdiği hastanın NMO ve anti-MOG antikolları negatif, kraniyal MR ve venografi normal, orbita MR'de ise her iki

optik sinir kılıfında BOS mesafesinde artış görülerek kafa içi basınç artışı sendromu ile uyumlu bulunmuş. İİH ön tanısıyla yapılan LP'de BOS protein ve glikoz normal, hücre yok, viral ve bakteriyolojik panel negatif, BOS basıncı 230 mm/su ölçülmüş, hastaya asetazolamid 2\*1 başlanmış. Sistem sorgusunda baş ağrısı, aralıklı burun kanaması, oral AFT ve fotosensitivite tarifleyen hasta tarafımıza danışıldı. Tetkiklerinde ANA 1/100 dilüsyonda benekli patern pozitif, anti ds-DNA pozitif, direkt Coombs ve indirekt coombs pozitif, C3,4 normal, anti-beta2 glipkoprotein IGG ve IGM: + antikardiyolipin IGM: + ve IGG: +, AFR ve hemogram normal, tit protein negatif, VDRL ¼ titrede + FTA ise negatif bulundu. Vaskülit ekartasyona yönelik toraks BT'de 1 cm'den küçük aksiller LAP görülerek biyopsi yapıldı, sonucu reaktif LN geldi. ANCA testi negatifti. Mevcut bulgularla hastaya nöropsikiyatrik tutulumlu lupus tanısı konularak prednisolon 60 mg ve mikofenolat mofetil 1 gr başlandı. Hastanın görmesinde iyileşme sağlandı.

**Tartışma:** Modifiye Dandy kriterleri, İİH tanısı için gerekli kriterleri tanımlar (Tablo 1) Varsayılan patogenetik mekanizmalar araknoid villusun immün aracılı hasarı ve kan-beyin bariyerinin bozulmasına bağlı BOS emilimi azalması ve/veya hiperkoagülabilitateye bağlı vasküler oklüzyondur. Diğer olası nedenler; vaskülit, aseptik menenjit, immün kompleks presipitasyonu ve antikor hasarı olarak sayılabilir. Tedavide BOS üretimini azaltmak için asetazolamid, kullanılır. Ağır olgu larda ventriküloperitoneal şant gerekebilir. Steroidler, SLE'li hastalarda görülen İİH tedavisinde temel ilaç haline gelmektedir. Baş ağrısı olan lupus hastasında, tedavi edilebilir durumları ekarte etmek önemlidir, çünkü görme kaybı ve hatta ölüme yol açabilir.

**Anahtar Kelimeler:** İdiyopatik intrakraniyal hipertansiyon, SLE

**Tablo 1. Modifiye Dandy kriterleri**

1- Kafa içi basınç artışının semptom ve bulguları (örneğin, papilödem ve baş ağrısı)
2- Lateral dekübit pozisyonunda BOS basıncının >250 mm H <sub>2</sub> O olması
3- Altıncı sinir felci dışında lokalize bulgu olmaması
4- Normal BOS bileşimi
5- Görüntülemelerde normal/küçük ventrikül ile kafa içi kitle olmaması
6- Açıklanamayan semptom veya bulguların olmaması
7- Çeşitli görüntüleme yöntemleri ile diğer nedenlerin dışlanması-özellikle intrakraniyal venöz sinüs trombozunu ekarte etmek için MRG/venografi dahil edilmeli

**PS-059**

## Orbitanın enflamatuvar hastalıkları: Üçüncü basamak romatoloji merkezi deneyimi

Melek Seren Aksun<sup>1</sup>, Taha Koray Şahin<sup>1</sup>, Ertuğrul Çağrı Bölek<sup>2</sup>, Levent Kılıç<sup>2</sup>, Elif Günay Bulut<sup>3</sup>, Kader Karlı Oğuz<sup>3</sup>, Umut Kalyoncu<sup>2</sup>, Ömer Karadağ<sup>2</sup>

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

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

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

**Amaç:** Orbitanın enflamatuvar hastalıkları, romatizmal hastalıkları da içeren geniş bir klinik spektrumu içermektedir. Bu çalışmada, üçüncü basamak romatoloji merkezine orbital enflamatuvar hastalık ayırıcı tanısı için başvuran erişkin hastalardaki deneyimlerimizi paylaşmayı amaçladık.

**Yöntem:** Retrospektif tanımlayıcı bir çalışmadır. Ocak 2014-Aralık 2019 tarihleri arasında romatoloji kliniğimize orbital enflamatuvar hastalığı ayırıcı tanısı için başvuran erişkin hastaların klinik, laboratuvar, radyolojik, ve histopatolojik özellikleri değerlendirilmiştir. Veriler hastane kayıtları ve hasta dosyalarından elde edilmiştir.

**Bulgular:** Bu 4 yıllık süre içerisinde toplam 38 hasta (kadın: %63,2) kliniğimizde değerlendirilmiştir. Hastaların orbital semptomlarının başlangıç ortanca (min-maks) yaşı 44,5 (5-72) yıldı. En sık başvuru semptomları sırasıyla orbital şişlik (%57,9) ve ağrı (%47,4) idi, bunları orbital eritem (%13,2), görme kaybı (%13,2), proptozis (%7,9) ve diplopi (%7,9) izliyordu. Tablo'da hastaların demografik ve klinik özelliklerini özetlenmektedir. Tüm hastalara görüntüleme (MRG) yapılmıştı, ancak hastaların sadece %63,2'sinin orbital biyopsisi vardı. Orbital görüntülemelerde en sık ekstraoküler kas (%71,1), lakrimal bez (%50,0) ve optik sinir (%42,1) tutulumu saptandı. Hastaların %34,2'sinde bilateral ve %18,4'ünde retroorbital tutulum vardı. Hastaların olası/kesin tanıları: idiyopatik orbital enflamatuvar psödötümör (%36,8, n=14), IgG4 ile ilişkili hastalık (%34,2, n=13), granülatöz polianjit (%18,4, n=7), Sjögren sendromu (n=1), relapsing polikondrit (n=1), tiroid ilişkili orbitopati (n=1) ve fungal granülatöz anjiit (n=1) şeklindeydi.

**Sonuç:** Orbitanın enflamatuvar hastalıkları nadir, ancak ayırıcı tanıları oldukça zordur. IgG4-ilişkili hastalık, orbital enflamasyon için nispeten yeni bir tanımlama olmasına rağmen, ayırıcı tanıda daha fazla düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Enflamatuvar orbital kitle, psödötümör orbita, IgG4-ilişkili hastalık, vaskülit, nadir hastalıklar, göz hastalıkları

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

	Cinsiyet	Orbital Semptom başlangıç yaşı medyan, (min-maks)	Başvuru semptomları	Bilateral	Laboratuvar Medyan, (min-maks)	Ekstraoküler kas tutulumu	Optik sinir tutulumu	Lacrimal bez tutulumu	Retroorbital tutulum
İdiyopatik enflamatuvar pseudotümör (n=14)	K/E: 11/3	35 (19-71)	Şişlik (n=9), Ağrı (n=6), Eritem (n=5), Görme kaybı (n=2), Diplopi (n=2),	n=5 (%35,7)	ESH: 18 (2-66) mm/sa CRP: 0,4 (0,1-4,6)	12 (%85,7)	4 (%28,6)	5 (%35,7)	2 (%14,3)
IgG4-ilişkili hastalık (n=13)	K/E: 9/4	45 (21-59)	Şişlik (n=9), Ağrı (n=8), Proptosis (n=8), Ptozis (n=1), Vision loss (n=1), Blurred Vision (n=1),	n=5 (%38,5)	ESH: 14 (2-29) mm/sa CRP: 0,4 (0,1-1,4) mg/dL slgG4 düzeyi: 626 (123-3760)	7 (%53,8)	6 (%46,2)	7 (%53,8)	3 (%23,1)
GPA (n=7)	K/E: 3/4	44 (5-64)	Şişlik (n=2), Ağrı (n=2), Görme Kaybı: (n=1), Diplopi: (n=1),	n=3 (%42,9)	ESH: 63 (7-106) mm/sa CRP: 1,5 (0,2-29) mg/dL ANCA + (%85,7 (n=6))	5 (%71,4)	4 (%57,1)	5 (%71,4)	1 (%14,3)
Tiroid-ilişkili orbitopati (n=1)	E	54	Ağrı/proptosis	Unilateral	TSH: Normal ESH: 13 mm/sa CRP: 0,8 mg/dL	+	-	+	+
Sjögren sendromu (n=1)	E	49	Şişlik	Unilateral	ANA: 1/320, ENA: - MTB: grade 3 ESH: 30 mm/sa CRP: 0,3 mg/dL	-	-	+	-
Relapsing polikondrit(n=1)	E	67	Ağrı/Şişlik	Unilateral	ESH: 87 mm/sa CRP: 10 mg/dL	+	+	-	-
Fungal granümatöz angitis (n=1)	K	76	Ağrı/eritem / Görme Kaybı,	Unilateral	ESH: 10 mm/sa CRP: 1,2 mg/dL	+	+	-	-

GPA: Granümatöz polianjitis, ESR: Eritrosit sedimantasyon Hızı, CRP:C-reaktif protein, ANA: Anti-nükleer antikor ENA: Ekstrakteble nükleer antijen, ANCA: Anti-neutrofil sitoplazmik antikor, MTB: Minor tükürük bezi

**PS-060****Primer sjogren sendromlu hastalarda kanser riski**

Bengisu Aslan<sup>1</sup>, Tahir Saygın Ögüt<sup>1</sup>, Funda Erbasan<sup>1</sup>, Melis Dilbil<sup>1</sup>, Ece Çelik<sup>2</sup>, Mustafa Ender Terzioğlu<sup>1</sup>, Veli Yazısız<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Alerji İmmünoloji Bilim Dalı, Antalya

Bu çalışmanın amacı Türkiye'deki Primer Sjogren sendrom (PSS) tanılı hastalarda malignite gelişme riskini belirlemektir. PSS'li hastaların verileri retrospektif olarak incelenmiştir. 2012 Amerikan Collage of Rheumatology kriterlerini dolduran hastalar çalışmaya alınmıştır. Ocak 2004 ve Aralık 2018 yılları arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Romatoloji Bölümü'nde takipli hastalar alınmıştır. Genel Türk popülasyonu için kanser insidansı 2018'den elde edilmiştir. Yaşa ve cinsiyete göre solid ve hematolojik kanserlerin oranları

(SIR) genel popülasyonla karşılaştırılarak hesaplanmıştır. Çalışmaya PSS'li 430 hasta alındı. Hastaların çoğunluğu kadındı (n=396, %92,1) ve yaş ortalaması 58,6'dır. Otuz dört hasta (%7,9) takip sırasında kanser (26 solid ve 8 hematolojik) tanısı aldı. Tüm kanserler için SIR 2,45'tir (%95 CI, 1.625-3.275). SIR solid kanserler için 2,42 (%95 CI, 1.542-3.298) ve hematolojik kanserler için 8,42'dir (%95 CI, 2.394-14.446). En sık gözlenen kanserler meme kanseri (6), over kanseri (6) ve non-hodgkin lenfoma'dır (NHL) (4). Over kanser riski artmıştır (SIR: 12.76; 95 GA: 2.545-22.975). Meme kanseri için SIR: 2.08 (95 GA, 0.419-3.741) ve NHL için ise 10.81 (%95 GA, 0.216-21.404) Sonuç olarak genel popülasyona göre PSS'li hastalarda hematolojik ve solid kanser riski daha yüksektir. Bizim PSS kohortumuzda daha önce literatürde bildirilmeyen over kanser riskinin artmış olduğu saptandı.

**Anahtar Kelimeler:** Sjogren sendromu, kanser, lenfoma, insidans, malignite

**Table 1.** PSS'li hastalarda kanser dağılımı

	pSS cohort		
	Tüm (n=430)	Kadın (n=396)	Erkek (n=34)
Tüm kanserler (n, %)	34 (%7,9)	30 (%7,6)	4 (%11,8)
Solid kanser (n, %)	26 (%6,0)	22 (%5,6)	4 (%11,8)
Meme (n)	6	6	-
Over (n)	6	6	-
Akciğer (n)	2	2	-
Tiroid (n)	2	2	-
Pankreas (n)	2	-	2
Mide (n)	2	1	1
Deri (n)	1	1	-
Kolorektal (n)	1	-	1
Uterus (n)	1	1	-
Mesane (n)	1	1	-
Beyin (n)	1	1	-
Renal hücreli karsinom (n)	1	1	-
Hematolojik (n, %)	8 (%1,8)	8 (%2,0)	-
NHL (n)	4	4	-
Lösemi (n)	3	3	-
Multipl myelom/ID (n)	1	1	-

pSS: Primary Sjögren syndrome, NHL: Non-hodgkin lymphoma, MM/ID: Myeloma multiple/malignant immunoproliferative diseases

**Table 2.** PSS hastalarında kanserler için SIR

Kanser kategori	Türkiye genel popülasyonunda kanser insidansı	Total (n=430)			Türkiye kadın popülasyonunda kanser insidansı	Kadın (n=396)		
		Gözlenen	Beklenen	SIR (%95 GA)		Gözlenen	Beklenen	SIR (%95 GA)
Kanser	363,2	34	13,85	2,45 (1,625-3,275)	292,8	30	10,31	2,91 (1,869-3,951)
Solid kanser	292,3	25	11,15	2,42 (1,542-3,298)	254,2	21	8,95	2,35 (1,347-3,353)
meme	75,9	6	2,89	2,08 (0,419-3,741)	75,9	6	2,67	2,25 (0,452-4,048)
over	12,3	6	0,47	12,76 (2,545-22,975)	12,3	6	0,43	13,95 (2,785-25,115)
Hematolojik	24,1	8	0,92	8,42 ( 2,394-14,446)	20,2	8	0,71	11,27(3,462-19,078)
NHL	9,6	4	0,37	10,81 (0,216-21,404)	8,2	4	0,29	13,79 (0,276-22,310)

Obs: Observed, Exp: Expected, SIR: Standardized incidence ratio, CI: Confidence interval, NHL: Non-Hodgkin lymphoma \*Calculated using data from GLOBOCAN 2018 (Global Cancer Observatory, International Agency for Research on Cancer, World Health Organization Cancer Today. <https://gco.iarc.fr/>) for +20 years old population

**PS-061****İnterstisyel akciğer hastalığı (ILD) tanısı ile romatoloji polikliniğine başvuran hastaların romatizmal tanı dağılımının değerlendirilmesi**

Melih Pamukçu

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

**Amaç:** Romatizmal hastalıklarda akciğer tutulumu oldukça sık görülür. Akciğer tutulumu romatizmal hastalığın ilk klinik bulgusu olabildiği gibi hastalığın seyri sırasında ya da kullanılan ilaçların yan etkisi olarak da ortaya çıkabilir. Birçok hastalık benzer

kliniğe sebep olabileceği için hastanın şikayet ve bulgularının detaylı olarak incelenerek akciğer bulguları ile sistemik hastalık ilişkisi kurulmaya çalışılmalıdır. Çalışmamızda göğüs hastalıkları bölümünde ILD tanısı olarak romatolojiye yönlendirilen hastalara konulan romatolojik tanıların dağılımının incelenmesi amaçlandı.

**Yöntem:** Romatoloji polikliniğine, Ağustos 2017-Ocak 2021 tarihleri arasında, göğüs hastalıkları bölümünden ILD tanısı ile yönlendirilen, romatolojik hastalık tanısı olmayan 66 hastanın romatolojik hastalık tanısı alan 48'i çalışmaya dahil edildi. Hastaların aldıkları romatizmal tanılar, demografik verileri ve laboratuvar bulguları kaydedildi ve karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya alınan hastaların 40'ı (%83) kadın cinsiyetteydi. On dördü (%27,1) hasta Sjögren sendromu, 13

(%27,1) hasta romatoid artrit (RA), 6 (%12,5) hasta Sistemik Lupus Eritematozus (SLE), 6 (%12,5) hasta Miks Bağ Doku hastalığı (MDH), 5 (%10,4) hasta sarkoidoz, 4 (%8,3) hasta Skleroderma tanısı aldı. Tanı gruplarının yaş, hemoglobin, beyaz küre, platelet, sedimentasyon (ESH), C reaktif protein (CRP), albümin değerleri arasında istatistiksel fark bulunmazken, anti-CCP değeri RA tanısı alan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (Tablo 1).

**Sonuç:** Romatizmal hastalıklar solunum sistemini sıklıkla etkileyebilmektedir. Akciğer bulguları sistemik romatizmal hastalığın ilk bulgusu olabilmektedir. Solunum şikayeti nedeniyle göğüs hastalıkları uzmanınca muayene edilerek akciğer parankim hastalığı tanısı alan hastaların romatolojiye yönlendirilerek romatolojik hastalıklar açısından değerlendirilmesi, romatizmal hastalık tanısı alanların tedavi ve takibinin göğüs hastalıkları bölümü ile birlikte düzenlenmesi akciğer sağlığının korunabilmesi için önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** İnterstisiyel akciğer hastalığı, romatoid artrit, Sjögren sendrom

**Tablo 1.** ILD tanısı ile romatoloji polikliniğine başvurup romatizmal hastalık tanısı alan hastaların demografik, laboratuvar ve tanı özellikleri

Parametreler	RA 13 (%27,1)	Sjogren 14 (%27,1)	SLE 6 (%12,5)	Miks Konnektif DH 6 (%12,5)	Skleroderma 4 (%8,3)	Sarkoidoz 5 (%10,4)	P değeri
Kadın Cinsiyet, s (%)	7 (%53,8)	14 (%100)	6 (%100)	5 (%83,3)	4 (%100)	4 (%80)	0.024
Yaş, yıl	57,7±9,5	49,2±6,5	58,5±7,1	51,8±11,8	57,7±10,2	54,6±3,3	0.102
Laboratuvar Bulguları							
Hemoglobin (g/dl)	12,3±0,8	12,5±1,3	11,7±1,1	11,0±1,1	11,0±1,1	12,7±1,7	0.067
Beyaz küre (10 <sup>9</sup> /ut)	5,7±1,9	6,6±2,2	6,4±3,1	5,8±2,9	6,2±2,5	7,5±2,9	0.792
Platelet (10 <sup>9</sup> /ut)	201,2±37,8	182,7±45,4	163,8±34,4	188,3±78,4	187,2±51,2	265,8±84,7	0.050
Nötrofil (10 <sup>9</sup> /ut)	3,3±1,0	3,8±1,5	3,5±1,6	2,9±1,2	2,3±1,0	4,2±1,8	0.636
Lenfosit (10 <sup>9</sup> /ut)	1,6±0,4	1,6±0,5	1,5±0,3	1,6±0,6	2,2±0,8	2,0±0,4	0.202
ESH (mm/saat)	26,8±10	38±10	29,1±6,6	36,5±11,5	37,2±8,1	34,8±20	0.160
CRP (mg/dl)	10,1±5,5	7,7±3,6	6,7±2,6	8,8±4,4	14,1±5,8	9,0±6,5	0.191
Albumin (g/dl)	4,3±0,2	4,4±0,2	4,3±0,1	4,3±0,2	4,3±0,3	4,5±0,2	0.820
ANA pozitifliği	6 (%46,2)	13 (%92,9)	6 (%100)	6 (%100)	4 (%100)	4 (%80)	0.009
RF pozitifliği	11 (%84,6)	7 (%50)	1 (%16,7)	2 (%33,3)	0	0	0.003
CCP pozitifliği	8 (%61,5)	0	0	0	0	0	<0.001

ANA: Anti nükleer antikor, RF: Romatoid faktör, CCP: Siklik sitrülline peptid

## PS-062

### Granülomatöz polianjitis ve hidradenitis suppurativa birlikteliği: Tedavide zor kararlar

Belkıs Nihan Coşkun, Nihal Lermi, Zeynep Yılmaz Bozkurt, Yavuz Pehlivan, Ediz Dalkılıç

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

**Giriş:** Granülomatöz polianjitis (GP) küçük ve orta çaplı arterleri tutan, başlıca üst ve alt solunum yollarını ve böbreği etkileyen, sistemik, nekrotizan, granülomatöz ANCA ilişkili bir vaskülit tipidir. Hidradenitis suppurativa (HS), genellikle aksilla ve kasık gibi apokrin taşıyan bölgelerde tekrarlayan ağrılı nodüller ve apselerle karakterize kronik enflamatuvar bir deri hastalığıdır. Nadir bir birliktelik olan GP ve HS birlikteliği görülen olgumuzu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** Kırk üç yaşında erkek hasta, bilinen sistemik hastalık öyküsü olmayan hasta, merkezimize sağ tibia ön yüzde başvurudan yaklaşık 20 gün önce gelişen, nekrotik kötü kokulu yara nedeniyle başvurdu (Resim 1). İki ay önce gelişen artrit ve öksürük ile dış merkeze

başvurmuş. Yapılan tetkiklerde C-ANCA pozitifliği ve toraks BT'de sol akciğer alt lob superior segmentte plevra tabanlı lezyon saptanması nedeniyle bize yönlendirilmiş. Hastada ateş, anlamlı kilo kaybı ve gece terlemesi vardı. Öksürük balgam nefes darlığı, hemoptizi öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde sağ tibia üzerinde nekrotize, kötü kokulu akıntılı 4x4 cm boyutlarında lezyon, her iki koltuk altında ve inguinalde akıntılı yaralar mevcuttu. Laboratuvarında anemisi mevcut, biyokimyasal testleri normaldi. C-reaktif protein: 92 mg/L, sedimentasyon: 77 mm/saat, ANA, ANA profil, RF, Anti-CCP negatif, c-ANCA: 1/32 pozitif, PR3: 1/10 pozitif saptandı. Tam idrar tetkikinde protein eserd. Spot idrarda protein 0,25 olarak saptandı. Postero-anterior akciğer grafisinde sol hiler bölge komşuluğunda 4 cm'lik homojen olmayan sınırları düzensiz lezyon görüldü. Tüm bulgularla hastaya GP tanısı konuldu. Hastaya profilaktik olarak Trimetoprim-sulfometaksazol başlandı. Siklofosamid 1 gr ve 3 gün metilprednisolon 1 gr tedavileri verildi. Koltuk altı ve inguinal bölgedeki lezyonları dermatoloji tarafından HS olarak değerlendirildi, rifcap ve klindamisin tedavisi verildi. Görüntüleme eşliğinde ince iğne biyopsisi yapıldı, sonucu "nekrozlaşan granülomatöz iltihap" olarak yorumlandı. HS için tedavisine asitretin eklendi fakat HS lezyonlarında artış olunca adalimumab eklendi. Siklofosamid dozu yarıya inildi.

**Sonuç:** Literatürde sınırlı sayıda GP ve HS birlikteliği sunan olgu serileri vardır. Tedavi kararı hastaya göre bireyselleştirilerek yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** ANCA ilişkili vaskülit, granülomatöz polianjitis, hidradenitis suppurativa



Resim 1. Tibia ön yüzdeki lezyon

## Romatoid artritli hastalarda 4 haftalık egzersiz programı kas mimarisini değiştirebilir mi?

Övgü Bıçkıcı<sup>1</sup>, Zafer Günendi<sup>2</sup>, Feride Göğüş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dörtüyl Devlet Hastanesi, Hatay

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Romatoid artrit (RA) ve diz osteoartrit (OA) hastalarında kuadriseps femoris (KF) kas kütlelerinin ve gücünün azaldığı bilinmektedir. Bu azalmalar direnç eğitimi ile önenebilir. Bu çalışmada 4 haftalık diz çevresi izometrik direnç eğitimi ile RA'lı hastaların kuadriseps femoris (KF) kas bölümlerinin kalınlık ve pennat açılarındaki olası değişiklikleri değerlendirmek amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Örneklem büyüklüğünün %80 güç ve %5 tip 1 hata ile belirlenmesinden sonra, bu çalışmaya RA tanısıyla takipli 12 hasta, pozitif kontrol grubu olarak diz OA tanısıyla takipli 12 hasta ve sağlıklı kontrol grubu olarak 13 gönüllü olmak üzere toplam 37 hasta dahil edildi. Bütün katılımcılara başlangıçta 4 haftalık kuadriseps- hamstring izometrik ev egzersiz eğitimi verildi. Başlangıçta ve egzersiz programının sonunda diz OA'lı hastaların WOMAC ve Lequesne algofonksiyonel indeks değerleri ile RA'lı hastaların DAS28-CRP değerleri kaydedildi. Bilateral

KF kas bölümlerinin kalınlıkları ve pennat açıları ile deri altı yağ doku kalınlıkları 6-18 MHz lineer prob kullanılarak ultrasonografi ile değerlendirildi.

**Bulgular:** Başlangıç dominant diz rektus femoris ve vastus medialis kalınlıkları sağlıklı kontrol grubunda anlamlı olarak daha yüksek saptandı (Tablo 1). Başlangıç bilateral pennat açısı değerlerinde 3 grup arasında anlamlı farklılık gözlenmedi. Kuadriseps femoris kas bölümlerinin kalınlık ve pennat açısı değişimlerinde gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 2). Başlangıç WOMAC ve Lequesne değerleri sırasıyla 32,7±8,35 SD ve 11,1±3,06 SD olarak bulundu. Dördüncü haftada her iki değerinde iyileşme gözlenerek (p<0,01) WOMAC 21,2±8,32 SD ve Lequesne 7,9±2,1 SD olarak saptandı. Romatoid Artrit'li hastaların başlangıç ve 4. hafta DAS28-CRP değerleri arasında anlamlı farklılık saptanmadı (sırasıyla 2,60±0,87 SD ve 2,68±0,87 SD; p=0,481).

**Sonuç:** Romatoid artrit ve diz OA'lı hastalarda dominant dizde rektus femoris ve vastus medialis kas kalınlıkları sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır. Dört haftalık kuadriseps- hamstring izometrik eğitim sonrasında diz OA'lı hastaların WOMAC ve Lequesne indeks değerleri iyileşmiş ve RA'lı hastaların DAS28- CRP değerlerinde anlamlı değişiklik saptanmamıştır; kas mimarisini üzerinde olumlu etki gözlenmemiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Direnç egzersizleri, kas mimarisini, kuadriseps femoris, romatoid artrit

**Tablo 1.** Gruplar arasındaki başlangıç kalınlık ölçümleri

Dominant diz, başlangıç kalınlık (mm), ortalama ± SS	RA	Diz OA	Sağlıklı	p
Vastus lateralis	16,4±1,56	15,7±2,55	17,3±2,01	0,169
Vastus medialis	12,9±1,05	12,3±1,62	13,7±1,27	0,036
Vastus intermedius	9,7±0,82	10,1±2,79	11,2±1,65	0,147
Rektus femoris	13,6±2,65	13,3±2,79	16±2,36	0,03
Deri altı yağ doku	16,8±9,04	15,7±6,5	11,7±5,2	0,211

**Tablo 2.** Gruplar arasındaki başlangıç ve 1, ay kalınlık ölçüm farkları

Dominant diz, başlangıç ve 1, ay kalınlık farkı (mm)	RA	Diz OA	Sağlıklı	p
Vastus lateralis, ortalama ± SS	0,62±1,37	0,75±2,96	0,83±1,29	0,974
Vastus medialis, ortalama ± SS	1,15±1,32	0,02±2,11	1,53±2,31	0,197
Rektus femoris, ortalama ± SS	1,18±1,45	0,24±1,77	1,05±1,24	0,309
Vastus intermedius, medyan (P25-P75)	0,6 (0,2-1,8)	0 (0-1,7)	0,3 (0,6-1,2)	0,5
Deri altı yağ doku, medyan (P25-P75)	1 (0,2-1,9)	1,4 (0,9-3,4)	1 (0,3-2,1)	0,526

PS-064

## Impingement sendromu bulgularını taklit eden Parsonage Turner sendromu kliniğinde ilerleyen hemanjiyoendotelyoma olgusu

Özlem Küçülmez

Başkent Üniversitesi, Alanya Uygulama ve Araştırma Merkezi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Antalya

**Giriş:** Supraspinatus sıkışma sendromu ve rotator kuf lezyonları omuz ağrılı hastalarda sık rastlanılan patolojilerdir. Ancak tedaviye yanıt alınmadığı durumlarda nadir rastlanan bazı patolojiler de tespit edilebilmektedir. Bu olgu sunumunda amaç tedaviye yanıt alınamayan omuz ağrısı şikayeti olan bir olguda malignite teşhisine kadar giden zorlu sürecin tartışılmasıdır.

**Olgu:** Yirmi dokuz yaşında erkek hasta 5,5 aydır mekanik karakterde sol omuz ağrısı nedeniyle yapılan muayene ve tetkik sonrasında impingement sendromu düşünülerek fizik tedavi amacıyla polikliniğimize yönlendirilmiştir. Ağrısı egzersizle artmakla birlikte istirahatte gerilememekte ve gece ağrısı eşlik etmekteymiş. Fizik muayenesinde sol omuz ROM açık, ağrılı, impingement testleri pozitif, kas güçleri 5/5, ağrısı görsel analog skalası (VAS) ile 6 olarak değerlendirildi ve fizik tedavi programına alındı. Tedavi ile ağrısı gerilemeyen hastadan ultrason tetkiki istendiğinde aksiler vene bası yapan görünüm saptanarak aksiler ven trombozu şüphesiyle KVC kliniği ile konsülte edildi. Anjiyosu normal olarak değerlendirilen hastadan istenen ekstremiteler MR'da triceps lateral başında 3\*1 cm yırtık saptandı. Ancak hastanın kontrollerinde sol kolda uyuşma, sol ekstremiteler kas güçlerinde azalma ve atrofi eşlik etmesi ve servikal mırda da patoloji saptanmaması, ağrı düzeyinin VAS ile 10 olarak değerlendirilmesi üzerine romatoloji ve el cerrahisi klinikleriyle konsülte edildi. Herhangi bir romatolojik patoloji düşünülmeden hastaya el cerrahisi tarafından çekilen brakial pleksus MR sonrasında brakial pleksusta yoğun perinöral ödem bulguları saptanması üzerine Parsonage Turner sendromu + refleks sempatik distrofi tanısı koyularak yeniden fizik tedavi önerildi. Metilprednizolon 32 mg, tramadol 2\*100 mg, fizik tedavi, kontrast banyo tedavilerine rağmen şikayetleri gerilemeyen, sol kolda uyuşma ve kas güçsüzlüğü şikayeti ilerleyen hasta yeniden el cerrahisi ile konsülte edildi. Aksiller bölge eksplore edilerek biyopsi alındı ve hemanjiyoendotelyoma tanısı koyuldu. Onkoloji tarafından evre-2 olarak değerlendirilerek akıllı ilaç tedavisi ve radyoterapi önerildi.

**Sonuç:** Tedaviye yanıt alınamayan omuz ağrısı şikayeti olan olgularda mutlaka ileri tetkik yapılmalı gerekirse tanı yeniden gözden geçirilmelidir. Malignite gibi nadir görülen hastalıkların erken teşhis edilmesi halinde hastanın yaşam süresinin uzamasına katkıda bulunulabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Hemanjiyoendotelyoma, omuz ağrısı, Parsonage Turner sendromu

PS-065

## Lomber bölgedeki subkütan yağ doku kalınlığı ile İVDD varlığı ve derecesi ile disk herniasyonu varlığı arasındaki ilişki

Yavuz Yüksel, Ebru Torun, Tarkan Ergün

Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Antalya

**Amaç:** İntervertebral disk dejenerasyonu (İVDD) için genetik faktörler, obezite, travma, sigara kullanımı, vertebral kolonun sagittal morfolojisi, yaş, cinsiyet ve etnik grup risk faktörü olarak tanımlanmıştır. Vücut kitle indeksi (VKİ), genel olarak yağ dokusu ölçüsünün göstergesi olarak kullanılmaktadır. Ancak vücuttaki yağ depolanması kişiden kişiye bölgesel farklılıklar gösterir. VKİ, hastanın lumbal bölgesindeki lokal obezitesini kesin olarak ölçmez. Deri altı yağ doku kalınlığı, kolay ölçülebilen bölgesel yağ dokusu dağılımını ortaya koyan bir parametredir. Farklı çalışmalarda bölge spesifik yağ doku dağılımının morbiditenin kuvvetli bir belirleyicisi olduğu bildirilmektedir. Bizim bilgilerimize göre; bu çalışma lumbal İVDD'nin varlığı ve derecesi ile lumbal subkütan yağ doku kalınlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışmadır. Lomber bölgedeki deri altı yağ doku kalınlığı ile lomber İVDD'nin varlığı ve derecesi ile intervertebral disk herniasyonunun (İVDH) varlığı arasındaki ilişkinin araştırılması.

**Yöntem:** Bel ağrısı nedeniyle lumbal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) tetkiki gerçekleştirilen 2350 hasta, retrospektif olarak değerlendirildi. Dejenerasyon gelişimine eğilim oluşturan; yaş ve cinsiyete bağlı farklılıkları ortadan kaldırabilmek amacı ile 30-40 yaş arası kadın hastalardan çalışma grubu oluşturuldu. İki yüz elli kadın hasta çalışma kapsamında incelendi. Her hasta için İVDD'nin varlığı ve derecesi ile İVDH varlığı değerlendirildi. Deri altı yağ doku kalınlığı ölçüldü. Lumbal İVDD'nin derecesi sagittal-T2 ağırlıklı görüntülerde (AG) incelendi. Pfirrmann klasifikasyonuna göre grade 1-5 arası sınıflandırıldı. Tüm düzeyler için en yüksek dejenerasyon düzeyine sahip disk düzeyine göre hastalar gruplandırıldı. Deri altı yağ doku kalınlığı, L3-4 intervertebral disk düzeyinden geçen aksiyel-T2AG'de ölçüldü.

**Bulgular:** Hastaların 83'ünde (%33,2) grade 1 (normal), 52 hastada (%20,8) grade 2, 18 hastada (%7,2) grade 3, 85 hastada (%34) grade 4, 12 hastada (%4,8) grade 5 dejenerasyon izlendi. Lomber İVDD bulunan hastalarda deri altı yağ doku kalınlığı (ortalama: 20,6±1,1 mm), disk dejenerasyonu bulunmayan (ortalama: 16,9±1,1 mm) olgulara göre daha yüksek olarak bulundu (p=0,012). İVDH varlığı ile deri altı yağ doku kalınlığı arasında da benzer ilişki saptandı (p=0,001). İVDD'nin derecesi ile deri altı yağ doku kalınlığı arasında pozitif yönlü korelasyon mevcuttu (p=0,01, r: 0,163).

**Sonuç:** Lomber bölgedeki deri altı yağ doku kalınlığındaki artış, lomber intervertebral diskte dejenerasyon ve herniasyon gelişimi için predispozan faktördür. Deri altı yağ doku kalınlığı ile dejenerasyon derecesi arasında pozitif yönlü yakın ilişki mevcuttur.

**Anahtar Kelimeler:** Lomber intervertebral disk dejenerasyonu, disk herniasyonu, deri altı yağ doku kalınlığı, MRG



## Lomber intervertebral disk dejenerasyon derecesi ile paravertebral kas alanları arasındaki ilişki

Ebru Torun, Yavuz Yüksel, Tarkan Ergün

Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Antalya

**Amaç:** Lomber intervertebral disk dejenerasyonu (İVDD) bel ağrısı, mekanik instabilite, disk herniasyonları, sinir kökü basısı ve dar lomber spinal kanala ilerleyerek cerrahi tedavilere ve ağır mali yükke neden olabilen klinik pratikte sık karşılaşılan bir durumdur. Bu nedenle İVDD gelişimini önleyebilecek koruyucu faktörlerin bilinmesi son derece önemlidir. Paravertebral kaslar spinal kolonu destekleyen temel yapılar olup intervertebral disk üzerindeki fizyolojik yüklenme için en önemli koruyucu anatomik yapılarıdır. Literatürde paravertebral kas morfolojisi üzerine gerçekleştirilen çalışmalarda temel olarak kaslardaki lipoatrofi ile kronik alt bel ağrısı arasındaki ilişki araştırılmıştır. Bizim bilgilerimize göre bu çalışma spinal yüklenmenin derecesini gösteren intervertebral disk dejenerasyon düzeyine göre paravertebral kas alanlarındaki değişimi inceleyen ilk çalışmadır. Lomber intervertebral disk dejenerasyon derecesi ile paravertebral kas alanları arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır.

**Yöntem:** 2018-2019 tarihleri arasında alt bel ağrısının araştırılması amacıyla kliniğimize gönderilen 2350 hastanın, lomber manyetik rezonans görüntüleme (MRG) tetkikleri retrospektif olarak değerlendirildi. Yaş ve cinsiyete bağlı intervertebral diskte izlenebilecek dejenerasyon farklılıklarını ortadan kaldırmak için 30-40 yaş arası 250 kadın hasta çalışma kapsamında incelendi. Her hasta için lomber paravertebral kasların alanları (multifidus, kuadratus lumborum, erektör spina ve iliopsoas kasları) ayrı ayrı ölçüldü ve mm<sup>2</sup> olarak kaydedildi. Ek olarak lomber intervertebral disk dejenerasyonunun varlığı ve derecesi Pfirrmann sınıflandırması kullanılarak değerlendirildi ve not edildi.

**Bulgular:** Hastaların 83'ünde (%33,2) grade 1 (normal), 52 hastada (%20,8) grade 2, 18 hastada (%7,2) grade 3, 85 hastada (%34) grade 4, 12 hastada (%4,8) grade 5 dejenerasyon izlendi. İncelenen tüm kas gruplarında; hafif ve orta düzey dejenerasyonlu olgularda kas alanında artış izlenirken ileri dejenerasyonlu olgularda ise kas alanında azalma görüldü. Erektör spina kası için bu ilişki anlamlı istatistiksel korelasyon gösteriyordu (p=0,005).

**Sonuç:** İntervertebral disk dejenerasyonu orta yaşlı kadınlarda sıklıkla izlenir (%66,8). Spinal yüklenmenin göstergesi olan intervertebral disk dejenerasyon derecesi arttıkça paraspinal kaslarda özellikle spinal kolonu temel destekleyen kas olan erektör spina kasında erken dönemde hipertrofi ilerleyen dönemde atrofi gelişir.

**Anahtar Kelimeler:** Lomber intervertebral disk dejenerasyonu, paravertebral kaslar, MRG

## Supraspinatus tendinozisi ile omuz eklemi morfolojisi arasındaki ilişki: MRG çalışması

Yavuz Yüksel, Ebru Torun, Tarkan Ergün

Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Antalya

**Amaç:** Supraspinatus tendinozisi (SS) kas-iskelet sisteminin en yaygın patolojilerindedir. Popülasyonun %15-50'sini etkiler ve yaşla birlikte prevalansı artar. Yaşam kalitesinde azalmanın yanı sıra fonksiyonel sakatlığa da yol açabilir. SS tendinozisi için ana risk faktörleri olarak aşırı kilo, yaşlılık ve tekrarlayan travmalar tanımlanmıştır. Literatürde omuz morfolojisi ile supraspinatus yırtıkları arasında ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmaların sonuçları bazı parametreler için gelişkilidir. Bizim bilgilerimize göre çalışmamız SS tendinozisi ile omuz morfolojisini 7 farklı parametre ile detaylı olarak inceleyen ilk çalışmadır. Bu çalışmanın amacı SS tendinozisi ile omuz morfolojisi arasındaki ilişkiyi manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile araştırmaktır.

**Yöntem:** 2020-2021 yılları arası kliniğimizde omuz ağrısı ön tanısı ile MRG tetkiki gerçekleştirilen hastaların görüntüleri retrospektif olarak değerlendirildi. Omuz cerrahisi veya travma öyküsü olan hastalar, omuz ekleminde iltihap, iltihaplı artrit, yer kaplayan kitle lezyonları, supraspinatus tendonunda yırtık veya kalsifik tendinit olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. SS tendonunda MRG kriterlerine göre tendinozis saptanan 34 hastadan çalışma grubu oluşturuldu. Kontrol grubu ise rotator manşet tendonları MRG kriterlerine göre normal olan, çalışma grubu ile benzer yaş ve cinsiyette 31 hastadan oluşturuldu. Her iki grupta akromiöhumeral ligaman kalınlığı, aksiyel ve koronal planda supraspinatus glenoid açısı, akromiöhumeral mesafe, akromion açısı (delta açısı), akromiöglenoid açısı, korakoakromial ligaman-akromion açısı ölçüldü.

**Bulgular:** Tendinozis hastaları kontrol grubuna kıyasla daha kalın bir akromiöhumeral ligamana (1±0,52 mm ve 0,69±0,32 mm) ve daha az akromiöhumeral mesafeye (6,7±1,02 mm ve 7,3±1,05 mm) sahipti (p=0,016 ve p=0,02, sırasıyla). Aksiyel plandaki supraspinatus glenoid açısı ile ölçülen glenoid versiyonu tendinozis grubunda daha düşük olarak saptandı (p=0,02). Ayrıca delta açısı tendinozis grubunda (7,64±4,19°) kontrol grubuna (3,79±3,4°) göre daha yüksek bulundu (p=0,001). Diğer parametreler için anlamlı istatistiksel farklılık saptanmadı.

**Sonuç:** Supraspinatus tendinozisi olan hastalarda akromiöhumeral mesafenin daha düşük, korakoakromial ligaman kalınlığının daha yüksek olduğunu gösterdik. Ayrıca glenoidin supraspinatus fossa eksenine göre oryantasyonu tendinozis gelişiminde belirleyici bir parametredir. Akromion düzleminin muhtemelen supraspinatus tendonu üzerine yüklenen stres dağılımı üzerinde etkisi vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Supraspinatus tendinozisi, omuz eklemi, MRG

## Sagittal patellar tilt ile kondromalazi patella arasındaki ilişki: Detaylı kesitsel analiz

Yavuz Yüksel, Ebru Torun, Tarkan Ergün

Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Antalya

**Amaç:** Kondromalazi patella (KP), patellar kırıkdağın yumuşaması ve dejenerasyonu ile karakterize, kronik ön diz ağrısının nedenlerinden birisidir. Ortopedi kliniğine en sık başvuru nedenleri arasında yer alır. Patellar kırıkdağ dejenerasyonu, patellofemoral ve tibiofemoral eklemdaki yapısal anormallikler, patellar malalignment, direkt travma veya tekrarlayan mikrotravmalar ve subkondral kemikte vasküler bozukluk nedeniyle meydana gelebilir. Patellofemoral eklemin yapısal anormallikleri ve patellofemoral malalignment, patellofemoral eklem üzerindeki artmış stres sonucu patellar kırıkdağ defektlerine neden olur. Literatürde KP'yi patellofemoral eklem morfolojisi ile ilişkilendiren çalışmalar vardır. Ancak patellar dizilim ile KP arasındaki ilişkiyi araştıran sınırlı sayıda yayın mevcuttur. Sagittal patellar tilt yeni tanımlanmış bir terimdir. Bizim bilgilerimize göre literatürde, sagittal patellar tilt ile KP arasındaki ilişkiyi kırıkdağ yapının bütününe ayrı ayrı değerlendirerek inceleyen çalışma yoktur. Lateral patellar dizilimin [patella-patellar tendon (P-PT) açısının] patellofemoral kondromalazi üzerine etkisini ayrıntılı bir şekilde araştırmaktır.

**Yöntem:** 2019-2021 yılları arası kliniğimizde diz ağrısı ön tanısı ile MRG tetkiki gerçekleştirilen 40-50 yaş arası obez olmayan (vücut kitle indeksi  $<30 \text{ kg/m}^2$ ) kadın hastaların görüntüleri retrospektif olarak değerlendirildi. Diz cerrahisi veya travma öyküsü olan hastalar ile MRG'de diz ekleminde iltihap, iltihaplı artrit, yer kaplayan lezyon ile KP'ye eğilim yaratan anatomik faktörler (troklear displazi, patellar displazi, anormal patellar yükseklik, koronal plan malalignment) saptanan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya toplam 224 hasta dahil edildi. Tüm hastalarda P-PT açısı ve patellar kırıkdağ kalınlığı ölçüldü. Patellar kırıkdağ kalınlığı patellanın her iki faset yüzünün (medial ve lateral) üst, orta ve alt seviyelerinde, her bir seviye için 3 farklı lokalizasyonda (iç, orta, dış) olmak üzere toplam 18 ölçüm ile değerlendirildi.

**Bulgular:** P-PT açısı ile superior kartilaj arasında kuvvetli (medial faset için:  $p=0,001$ ,  $r=0,684$ ; lateral faset için  $p=0,001$ ,  $r=0,644$ ), inferior kartilaj arasında orta düzeyde (medial faset için:  $p=0,001$ ,  $r=0,425$ ; lateral faset için  $p=0,001$ ,  $r=0,462$ ) ve orta kartilaj medial kesimi ile zayıf düzeyde ( $p=0,021$ ,  $r=0,295$ ) pozitif yönlü korelasyon saptandı. Orta kartilaj lateral kesimi ile P-PT açısı arasında ilişki bulunmadı ( $p=0,117$ ).

**Sonuç:** KP'nin değerlendirilmesinde ve yönetiminde sagittal patellar tilt mutlaka dikkate alınmalıdır. Patellar tilt ile özellikle üst kartilaj yapıdaki inceleme arasında çok yakın kuvvetli ilişki mevcuttur.

**Anahtar Kelimeler:** Sagittal patellar tilt, kondromalazi patella, MRG

## ANCA ilişkili vaskülitte COVID-19 sıklığı ve seyri: Hipogammaglobulinemi mortalite için önemli bir risk faktörüdür

Burak İnce<sup>1</sup>, Murat Bektaş<sup>1</sup>, Nevzat Koca<sup>1</sup>, Besim Fazıl Ağargün<sup>2</sup>, Sibel Zaralı<sup>2</sup>, Damla Yenersu Güzey<sup>3</sup>, Yasemin Yalçinkaya<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, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>3</sup>İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul

**Amaç:** ANCA ilişkili vaskülit (AAV) hastalarında koronavirüs hastalığı-2019 (COVID-19) seyri konusunda veriler sınırlıdır. Çalışmamızda AAV hastalarında COVID-19 sıklığının ve prognozunun değerlendirilmesi planlanmıştır.

**Yöntem:** CHCC'ye göre AAV olarak sınıflandırılan ve son viziti Aralık 2019'dan sonra olan hastalar, telefon görüşmesiyle veya poliklinikte COVID-19 öyküsü ve hastane yatışı açısından değerlendirildi. Hipogammaglobulinemi (hIgG), IgG  $<700 \text{ mg/dL}$  olarak tanımlandı. COVID-19 nedeniyle hastaneye yatırılan tüm hastalar hIgG açısından değerlendirildi ve hIgG varlığında hastalara IVIG uygulandı.

**Bulgular:** Çalışmaya 89 [ortalama yaş  $56 \pm 12,5$  (28-81)] hasta alındı. Hastaların klinik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. COVID-19 öyküsü olan 15 (%16,9) hastanın; 14'ünde polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) pozitif, bir hastada COVID-19 ile uyumlu klinik ve toraks bilgisayarlı tomografi (BT) bulguları mevcuttu. On üç (%86,7) hastada BT'de COVID-19 uyumlu bulgular, 9'unda (%60) şiddetli pnömoni mevcuttu. COVID-19 tanılı 12 (%85,7) hasta hastanede, 6 hasta (%42,9) yoğun bakım ünitesinde tedavi edildi ve 5 hasta (%35,7) kaybedildi. Ölen dört hasta [rituksimab tedavisi alan (3), böbrek nakilli (1)] COVID-19 tanısı sırasında remisyondaydı. Bir hasta, COVID-19 saptandığında AAV'ye bağlı diffüz alveolar hemoraji (DAH) tanısıyla yüksek doz steroid ve plazmaferez tedavisi almaktaydı. Tüm ölen hastalarda COVID-19 nedeniyle hastaneye başvuru sırasında hIgG saptandı. Semptomatik COVID-19; DAH, renal tutulum ve daha önce hIgG öyküsü olan hastalarda anlamlı olarak daha sıktı. Kadın cinsiyet, periferik sinir sistemi tutulumu ve klinik seyir ve hastane yatışı sırasında veya öncesinde hIgG bulunmasının mortalite için risk faktörü olduğu saptandı (Tablo 2). Yaş, sigara, rituksimab tedavisi, alevlenme veya ciddi enfeksiyon öyküsü, remisyon durumu ve kronik böbrek yetmezliği gruplar arasında farklılık göstermedi.

**Sonuç:** AAV hastalarında COVID-19 sıklığı ve mortalitesi yüksektir. Ciddi akciğer veya böbrek tutulumu olan hastaların semptomatik COVID-19'a yatkın olduğu saptanmıştır. HİgG, AAV hastalarında COVID-19 seyrinde mortalite açısından önemli bir risk faktörüdür. Rituksimab tedavisiyle ilgili bildirilen olumsuz sonuçlar, tedavi altında gelişmiş hIgG ile ilişkili olabilir. HİgG, viral klirensi olumsuz etkileyebilir ve uzun süreli yatışlarda ikincil enfeksiyonlara yatkınlık oluşturabilir. Bu hastalarda IVIG tedavisinin prognoza olumlu katkısı belirlenmemiştir.

**Anahtar Kelimeler:** ANCA ilişkili vaskülit, COVID-19, hipogammaglobulinemi

**Tablo 1.** ANCA ilişkili vaskülit hastalarının klinik özellikleri ve almakta olduğu tedaviler

		n	%
Cinsiyet	Erkek	47	52,8
	Kadın	42	47,2
Klinik tanı	GPA	56	62,9
	MPA	33	37,1
Tutulum bölgeleri	Alt solunum yolu	72	80,9
	Diffüz alveolar hemoraji	10	11,2
	Renal tutulum	61	68,2
	Periferik sinir sistemi	21	23,6
Tedavi	Azatiyoprin	29	32,6
	Metotreksat	9	10,1
	Mikofenolat mofetil	4	4,5
	Ritüksimab	42	47,7
	Siklofosamid	1	1,1

GPA: Granülomlu polianjiit, MPA: Mikroskopik polianjiit

	Semptomatik COVID-19 (n=15)		Diğer (n=74)		P	OR	Eksitus (n=5)	Düzelme (n=10)	P	OR
	Yaş	53,4±11,9	56,6±12,6	0,38						
Cinsiyet (kadın)	6	35	0,76	51,2±12,6	0,036	14 (0,9-207)	4	2	0,036	14 (0,9-207)
Alt solunum yolu tutulumu	14	58	0,18	5	0,46		5	9	0,46	
Diffüz alveolar hemoraji	4	6	0,038	4,1 (1-16,9)	0,68		1	3	0,68	
PSS tutulumu	3	18	0,06	3	0,005	9 (1,4-57)	3	0	0,005	9 (1,4-57)
Renal tutulum	15	46	0,004	8,5 (1-68,4)	0,17		5	7	0,17	
Ritüksimab tedavisi	10	32	0,12	3	0,7		3	7	0,7	
hlgG öyküsü	5	7	0,009	5,3 (1,4-20,4)	0,02	16 (1,5-234)	4	2	0,02	16 (1,5-234)
COVID-19 nedeniyle hastane yatışı sırasında hlgG (n=12)	-	-	-	5	0,025	2,5 (1,2-5,4)	4	4	0,025	2,5 (1,2-5,4)
Alevlenme=1	7	25	0,34	4	0,07		4	3	0,07	
Ciddi enfeksiyon öyküsü	7	22	0,14	3	0,57		3	4	0,57	
Aktif sigara içicisi	3	16	0,14	1	0,77		1	2	0,77	
Kronik böbrek yetmezliği	7	22	0,2	4	0,06		4	3	0,06	

hlgG: Hipogammaglobulinemi, PSS: Periferik sinir sistemi, COVID-19: Koronavirüs hastalığı-2019, AAV: ANCA ilişkili vaskülit, OR: Odds ratio

## PS-070

### Dev hücreli arteritli hastalarda kraniyal ve ekstra-kraniyal tutulumların karşılaştırılması

Andaç Komaç, Özlem Özdemir Işık, Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle

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

**Amaç:** Dev hücreli arterit (DHA), orta ve büyük çaplı damarları etkileyen, kronik granüloamatöz bir vaskülitir. Bu hastalarda kraniyal bulgular daha iyi bilinse de son yıllarda modern görüntüleme tekniklerinin yaygın kullanımı ile kraniyal tutulumla eşlik eden ekstra-kraniyal tutulumlar ve izole ekstra-kraniyal tutulumlar daha iyi tanımlanmaya başlanmıştır. Bu çalışma ile kraniyal, ekstra-kraniyal ve her iki bölgede de tutulumu olan DHA tanılı hastaların klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgularının karşılaştırılması amaçlandı.

**Yöntem:** Çalışma retrospektif ve kesitsel olarak tasarlanmış olup, hastaların tanı anındaki demografik ve klinik verileri, laboratuvar, görüntüleme ve biyopsi sonuçları dosyalardan kaydedildi. DHA tanısı olan 24 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar kraniyal tutulum (KT), ekstra-kraniyal tutulum (EKT) ve kraniyal ve ekstra-kraniyal tutulum (KEKT) olmak üzere üç gruba ayrıldı.

**Bulgular:** Hastaların ortalama tanı yaşı 72,4±8,75 yıl olup, %54,2'si kadın, %45,8'i erkekti. Konstitüsyonel semptomlar hastaların %45,8'inde saptandı. KT olan 18 hasta, EKT olan 3 hasta ve KEKT olan 3 hasta değerlendirildi (Tablo 1, 2). Görme kaybı, çene kladikasyonu, saçlı deride hassasiyet, temporal arter muayenesinde sertlik, hassasiyet ve nabızsızlık KT olan hastalarda daha sık saptandı. Kilo kaybı ise EKT hastalarında KT hastalarına göre anlamlı derecede daha fazla bulundu (p=0,002). PMR semptomları açısından gruplar arasında farklılık gözlenmedi. Eritrosit sedimentasyon hızı ve C-reaktif protein yüksekliği, lökositöz, trombositöz ve anemi açısından gruplar arasında farklılık saptanmadı. Hastaların 12'sine pozitron emisyon tomografisi (PET) çekilmiş olup bunlardan EKT (n=3) ve KEKT (n=2) olan hastaların tamamında vaskülitik tutulum saptandı. İzole KT olan 7 hastanın ise hiçbirinde PET'te tutulum gösterilemedi (izole KT grubunda tutulum olmadığı için istatistik yapılamadı). Temporal arter biyopsisi sadece KT olan hastalara yapılmış olup, hastaların %92'sinde tanı biyopsi ile doğrulandı.

**Sonuç:** İzole EKT olan DHA hastaları sıklıkla non-spesifik semptomlarla başvurmakta ve akut faz yüksekliği sebebi ile tetkik edilirken görüntüleme yöntemleri ile, özellikle de PET ile insidental olarak tanı alabilmektedir. Çalışmamızda da konstitüsyonel semptomlar ve PET bulguları EKT hastalarında daha sık saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Dev hücreli arterit, temporal arterit, kraniyal, ekstra-kraniyal, pozitron emisyon tomografisi

**Tablo 1.** Gruplar arasında demografik verilerin ve klinik bulguların karşılaştırılması

	Kraniyal (n=18)	Ekstra-kraniyal (n=3)	Kraniyal ve ekstra-kraniyal (n=3)	p-değeri
Demografik veriler				
Tanı yaşı (yıl)	71,7±9,1	65,3±4	70,3±10,4	0,531
Semptom süresi (ay)	58,9±42,6	15,3±8,3	23,7±20	0,121
Semptom-tanı süresi (ay)	1 (0-11)	4 (4-6)	3 (0-7)	0,247
Cinsiyet				
K	9 (%50)	2 (%67)	2 (%67)	0,777
E	9 (%50)	1 (%33)	1 (%33)	
Sigara	7 (%39)	2 (%67)	1 (%33)	0,633
Klinik bulgular				
Konstitüsyonel semptomlar	6 (%33)	3 (%100)	2 (%67)	0,074
Ateş	1 (%6)	1 (%33)	-	NA
Kilo kaybı <sup>^</sup>	2 (%11)	3 (%100)	2 (%67)	0,002
Gece terlemesi	1 (%6)	1 (%33)	-	NA
Halsizlik	6 (%33)	3 (%100)	2 (%67)	0,074
Baş ağrısı	10 (%56)	1 (%33)	2 (%67)	0,695
Saçlı deride hassasiyet	7 (%39)	-	1 (%33)	NA
Çenede kladikasyo	9 (%50)	-	-	NA
Görme kaybı	16 (%89)	-	2 (%67)	NA
Temporal arterde hassasiyet veya sertlik	9 (%50)	-	-	NA
Temporal nabızsızlık	5 (%27)	-	2 (%67)	NA
Polimiyaljiya romatika	3 (%17)	1 (%33)	2 (%67)	0,169
Ekstremitelerde kladikasyonu	-	-	1 (%33)	NA
Periferel nabızsızlık	-	-	1 (%33)	NA
Ekstremiteler arası tansiyon farkı	-	-	1 (%33)	NA
Üfürüm	-	1 (%33)	1 (%33)	NA
Aorta ve dallarında anevrizma	3 (%16)	-	-	NA
Diabetes mellitus	7 (%39)	-	-	NA
Hipertansiyon	14 (%78)	1 (%33)	2 (%67)	0,288
Koroner arter hastalığı	7 (%39)	-	-	NA

K: Kadın, E: Erkek

**Tablo 2.** Gruplar arasında laboratuvar, biyopsi ve görüntüleme sonuçlarının karşılaştırılması

	Kraniyal (n=18)	Ekstra-kraniyal (n=3)	Kraniyal ve ekstra-kraniyal (n=3)	p-değeri
Laboratuvar sonuçları				
Sedimentasyon mm/s	69,4±24,5	88,3±27	61,7±31,5	0,411
C-reaktif protein mg/L	46 (6-170)	133 (100-139)	20 (12-180)	0,271
Lökositöz	6 (%33)	1 (%33)	-	NA
Anemi	14 (%78)	3 (%100)	2 (%67)	0,578
Trombositöz	6 (%33,3)	1 (%33)	1 (%33)	1
Biyopsi				
*Uyumlu temporal arter biyopsisi	13/14 (%92)	-	-	NA
*Başka bir bölgeden alınan biyopsi	-	1 (%100)	-	NA
Görüntüleme				
*Temporal arter ultrasonografisinde halo işareti	3/11 (%27)	-	-	NA
*PET bulgusu	0/7	3/3 (%100)	2/2 (%100)	NA
*Kraniyal MR bulgusu	5/8 (%63)	1/1 (%100)	1/1 (%100)	0,585
*MR anjiyografi bulgusu	0/3	½ (%50)	1/2 (%50)	NA
*BT anjiyografi bulgusu	0	0/1	0/1	NA

\*verisi olan hastaların yüzdeleri

PET: Pozitron emisyon tomografisi, MR: Manyetik rezonans, BT: Bilgisayarlı tomografi

## PS-071

### Sensörinöral işitme kaybı ve ciddi kalp yetmezliği ile seyreden Cogan sendromu: Olgu sunumu

Merve Çelik<sup>1</sup>, Semih Güllü<sup>2</sup>, Duygu Gürel<sup>3</sup>, Gerçek Can<sup>2</sup>, İsmail Sarı<sup>2</sup>, Fatoş Önen<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İzmir

<sup>2</sup>İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İzmir

<sup>3</sup>İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Patoloji Kliniği, İzmir

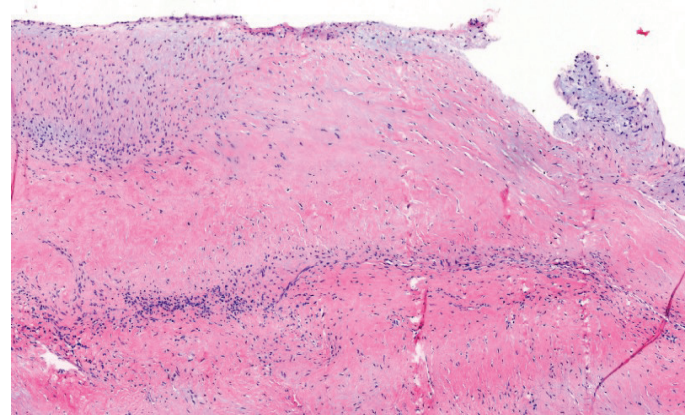
**Amaç:** Cogan sendromu (CS) önemli sistemik sonuçları olabilen, ilerleyici ve enflamatuvar karakterde: Göz (intertisyel keratit, sklerit, episklerit, üveit) ve odyovestibüler (sensörinöral işitme kaybı, vertigo, tinnitus) tutulum ile seyreden nadir görülen kronik otoimmün bir vaskülitir. Hastaların yaklaşık %15'inde vaskülit tablosu görülür ve aortit, büyük damar vaskülit (takayasu benzeri), orta çaplı arterit (poliarterit benzeri) veya diğer vaskülitik sendromlar şeklinde ortaya çıkabilir. Bu olgu takdiminde episklerit ve sensörinöral işitme kaybı nedeni ile başvuran CS tanılı hastada ciddi aort ve mitral kapak yetmezliği gelişimini sunmayı amaçladık.

**Olgu:** Kırk dört yaşında kadın hasta yaklaşık 2 yıldır işitme kaybı ve daha önce geçirilmiş episklerit nedeni ile dış merkezde takip edilmekte. Son zamanlarda nefes darlığı, efor dispnesi ve akut faz yanıtlarında yükseklik saptanması nedeniyle tarafımıza başvurusunda vital bulgular TA: 140/90 mmHg, Nb: 110 atım/dk ve SS: 16/dk olarak saptandı. Fizik muayenede sağ akciğer bazalinde solunum sesinde azalma dışında özellik saptanmadı. Kardiyoloji muayenesinde aort ve mitral kapaklarda ciddi yetmezlik ile uyumlu bulgular saptandı. Hastada ön planda CS düşünüldü. Tedavi olarak 0,5 mg/kg/gün dozunda metilprednizolon ve metotreksat 15 mg/hafta (sc.) dozunda başlandı. Ardından ciddi kapak yetmezlikleri olması nedeniyle opere edildi. Aort kökünün patolojik incelemesinde de CS ile uyumlu histopatolojik bulgular

saptandı (Resim 1, 2). Takibinde kardiyak fonksiyonlarında anlamlı düzelleme sağlanan hastada yeterli klinik ve laboratuvar yanıt olmaması nedeniyle tedaviye azatiopirin 3 mg/kg/gün dozunda eklendi. Hasta izlemde sorunsuz takip edilmektedir.

**Sonuç:** Yapılan çalışmalarda CS tanılı hastalarının neredeyse yarısında aort kapak replasmanı gerekmektedir. Hastalığın erken tanısı ve acilen başlanacak yüksek doz sistemik steroid tedavisine ek olarak diğer immünoşüpresif ajanlar ile kalıcı vasküler hasarın önüne geçilebilir. Genellikle ciddi aort yetmezliği gelişimi tanı konulmasının ardından yaklaşık 3 yıl sonra ortaya çıkmaktadır. Sunmuş olduğumuz olguda ise işitme kaybını izleyen ilk iki yıl içinde aort ve mitral kapak replasmanı gerektirecek düzeyde kapak yetmezliği gelişimi erken tanının ve agresif immünoşüpresif tedavinin önemini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Cogan sendromu, sensörinöral işitme kaybı, vertigo, aort yetmezliği, kalp yetmezliği



**Aort Kapağı-non-koroner Cusp**

Mononükleer enflamatuvar hücre infiltrasyonu, neovaskülarizasyon, miksoid değişiklik, hyalinizasyon ve kalsifikasyon bulguları gösteren doku

#### Laboratuvar ve klinik bulgular

	Tanı (26.01.2021)	1. ay (20.02.2021)	3. ay (08.04.2021)	6. ay (30.06.2021)
Klinik bulgu	İşitme kaybı + görme bozukluğu	Nefes darlığı, hemoptizi, öksürük, Aort + Mitral kapak replasmanı	Sağ kalçada ağrı, yürümede zorlanma	Baş ağrısı, TA yüksekliği, İntraserebral hemoraji
Laboratuvar bulguları				
Hb (g/dL)	8,4	7,7	10	8,5
WBC (10 <sup>3</sup> /uL)	9,5	17,7	13,8	8,5
Plt (g/dL)	484	144	566	464
CRP (mg/L)	134	203	75	10,9
ESH	102		72	

CRP: C-reaktif protein, WBC: Beyaz kan hücresi, ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı

Görüntüleme bulguları		
Üst Ekstremité Doppler US	Normal üst ekstremité arterial Doppler US bulguları	
Alt Ekstremité Doppler US	Normal alt ekstremité arterial Doppler US bulguları	
PET-CT	Sağ aksillar bölgede, sağ üst paratrakeal, subkarinal lenf nodlarında hafif düzeyde artmış F-18 FDG tutulumları. Bilateral femoral vasküler yapılarda diffüz tarzda hafif düzeyde F-18 FDG tutulumları	
Ekokardiyografi bulguları	PREOP EKO (09.02.2021)	Postoperatif EKO
LVEF	%60	%50
Aort kökü (mm)	28	
Sol atriyum (mm)	44 dilate	
PABsis (mmHg)	41 mmHg	30 mmHg
AY	Ciddi	İzlenmedi
MY	Ciddi	İzlenmedi
TY	Hafif	Orta

PET-CT: Pozitron emisyon tomografisi-bilgisayarlı tomografi, US: Ultrasonografi, LVEF: Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu

## PS-072

### Psöriatik artritte komorbid ağrı nedeni: Pseugut

Sinem Burcu Kocaer<sup>1</sup>, Hande Ece Öz<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Gaziantep Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Gaziantep

**Amaç:** Gut, yetişkinler arasında en sık görülen enflamatuvar artritlerden birisidir. Hiperürisemiye ve yumuşak doku ve eklemlerde monosodyum urat kristallerinin birikmesine bağlı olarak ortaya çıkar. Psöriazis hastalarının yaklaşık üçte birinde hiperürisemi görülür ve bu hastaların bir kısmına gut kliniği eşlik eder. Psöriatik artrite eşlik eden gut artiti (Pseugut) olgusu literatürde nadir olarak bildirilmiştir.

**Olgu:** Kırk altı yaş erkek hasta el bilekleri, dizlerde ağrı ve ayak bileklerinde şişlik şikayeti ile başvurdu. Bilinen koroner arter hastalığı, hipertansiyon, diyabet ve psöriazis komorbiditeleri mevcuttu. Aile öyküsünde özellik yoktu. Yaklaşık 10 yıldır dizlerde, 1 aydır her iki diz ve ayak bileğinde şişlik şikayeti ile başvuran hastanın sistemik sorgulamasında enflamatuvar karakterde bel ağrısı olduğu öğrenildi. Yapılan fizik muayenesinde solda daha belirgin olmak üzere her iki dizde belirgin şişlik ve hassasiyet, sağ ayak bileğinde şişlik mevcuttu. Saçlı deride aktif psöriatik plakları vardı. Hastanın tetkiklerinde RF ve anti-CCP negatif, HLA-B27 pozitif, kreatinin: 1,4 mg/dL, CRP: 11 mg/L, ESH: 30 mm/h olarak saptandı. Radyolojik incelemelerinde her iki diz eklem aralığında daralma ve skleroz artışı, pelvis grafisinde ise sağda grade solda grade 2 sakroiliit ile uyumlu görünüm saptandı (Resim 1). Oligoartiküler psöriatik artrit olarak değerlendirilen hastaya leflunomid 20 mg ve metilpredizolon 4 mg başlandı. Bir ay sonra kontrole gelen hastanın sağ ayak 1. parmakta şişlik ve ağrısı mevcuttu. Fizik muayenesinde sağ ayak 1. metatarsal eklemden kızamık artrit saptandı. Hastanın tetkiklerinde ürik asit düzeyi: 11 mg/dL olarak gelmesi üzerine klinik ve laboratuvar verileri sonucu hastada eşlik eden gut artiti düşünüldü. Hastaya kolşisin tedavisi eklendi. Hasta psöriatik artrite eşlik eden gut artrit olarak değerlendirildi.

**Sonuç:** Psöriaziste hiperürisemi sık görülmekle birlikte literatürde bildiren nadir sayıda psöriatik artrite eşlik eden gut artrit olgu

bildirimi mevcuttur. Klinik pratikte akılda tutulması gereken komorbid ağrı nedenlerinden birisidir.

**Anahtar Kelimeler:** Gut, pseugut, psöriazis, psöriatik artrit



Resim 1.

## PS-073

### Sistemik skleroz ilişkili pulmoner hipertansiyon (SSk-PH): Tek merkez SSK-PH kohortunda mortalite için risk faktörü olarak pulmoner fibrozisin baskınlığı

Shirkhan Amikishiyev<sup>1</sup>, Yasemin Yalçınkaya<sup>1</sup>, Numune Aliyeva<sup>1</sup>, Konul Mammadova<sup>2</sup>, Bahar Artım Esen<sup>1</sup>, Ahmet Gül<sup>1</sup>, Ahmet Kaya Bilge<sup>3</sup>, Gülfer Okumuş<sup>2</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, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

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

**Amaç:** Sistemik skleroz seyrinde gelişen pulmoner hipertansiyon (SSk-PH) ciddi bir komplikasyondur. Biz bu çalışmada SSK-PH hastalarında mortaliteye etki eden hastalık özelliklerini değerlendirmeyi planladık.

**Yöntem:** ACR/EULAR kriterlerini (2013) karşılayan ve 2008-2020 yılları arasında takip edilen 291 SSK hastasının kayıtları incelendi; sağ kalp kateterizasyonu (SKK) ile (n=26, %8,9) SSK-PH tanısı konulmuş hastalar çalışmaya alındı.

**Bulgular:** Yirmi altı SSK-PH tanılı hastanın (24 kadın) klinik ve laboratuvar özellikleri Tablo 1’de özetlenmiştir. SSK-PH hastalarından 11 hasta SSK-PAH olarak değerlendirildi. SSK-PH tanısı konulduğu sırada 24 (%92,3) hastada PH ilişkili semptomlar mevcuttu, iki (%7,7) hastaya ise asemptomatik dönemde tarama sonrası PH tanısı konuldu. Hastaların SKK bulguları ve tedavi özellikleri Tablo 2’de özetlendi. Yirmi altı SSK-PH hastasının 11’i (%42,3) SSK tanısı konulduktan sonra ortalama 15,1±9,9 (medyan 13, 0,6-34) yıl sonra ve PH tanısı konulduktan ortalama 43,7±24,6 (medyan 48,1-84) ay sonra öldü. Ölen hastalarda; hastalık başlangıç yaşı erken (30,8±13,0 vs 42,0 ±10,9, p=0,027), pulmoner fibrozis sık (%100 vs %53,3, p=0,01) ve tedavide monoterapinin tercih edilmiş olduğu gözlemlendi (%45,5 vs %0, p=0,007). SKK parametrelerinde anlamlı fark saptanmadı.

**Sonuç:** SSK kohortumuzda SKK ile kanıtlanmış PH prevalansı %8,9 ve bu hastalarda mortalite %42,3 olarak saptandı. Bu hasta grubunda yaygın deri tutulumu, dijital vaskülopati, pulmoner fibrozis ve anti-Scl70 pozitifliğinin ön planda görüldü. Semptomatik hastalarda Raynaud fenomeni başlangıcından itibaren ortalama 10 yıl sonra PH tanısı konulduğu gözlemlendi. SSK-PH hastalarında mortalite ile ilişkili faktörler arasında erken tanı yaşı, pulmoner fibrozis varlığı ve başlangıçta monoterapi yer alıyordu. Başlangıç SKK parametreleri mortalite ile ilişkili bulunmadı.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik Skleroz ilişkili pulmoner hipertansiyon (SSK-PH), sağ kalp kateterizasyonu (SKK), pulmoner arter basıncı (PAB)

**Tablo 1.** SSK-PH tanılı hastanın klinik ve laboratuvar özellikleri

	<b>SSK-PH (n=26)</b>
<b>Demografik özellikleri</b>	
Yaş (yıl)	53.6±8.9
Raynaud fenomeni süre(yıl)	16.1±11.8
Raynaud dışı süre (yıl)	9.2±6.6
Raynaud fenomeninden PAH tanısına kadar olan süre(yıl)	10.8±6.7
<b>Klinik özellikler (%)</b>	
Sınırlı deri tutulumlu SSK	9 (34.6)
Yaygın deri tutulumlu SSK	18 (65.4)
Dijital ülser	14 (53.8)
Gastrointestinal	20 (69.0)
Sinovit	5(19.2)
Fleksion kontraktürleri	7 (26.9)
Tendon sürtünme sesi	3(11.5)
Renal kriz	1 (3.8)
İnterstisyel akciğer hastalığı	19 (73.1)
<b>Otoantikörler (%)</b>	
ANA	23 (88.5)
Anti-sentromer	6(23.1)
Anti-Scl70	13(50)
<b>Tedavi (%)</b>	
<b>Spesifik vazodilatatörler</b>	
ERA (bosentan/masisentan/ambrişentan)	15 (51.7)
PDE5-i (sildenafil/tadalafil)	17 (58.6)
Prostasiklin-analogları (Iloprost/treprostenil/selexipag)	15 (51.7)
Riociguat	5 (17.2)
<b>İmmunosupresif tedavi</b>	21(80.8)
<b>Kortikosteroid</b>	16(61.5)

**Tablo 2.** SSK-PAH tanılı hastaların sağ kalp kateterizasyonu ve tedavi özellikleri

	<b>SSK-PH n=26</b>
<b>Başlangıç sağ kalp kateterizasyonu</b>	
- Ortalama PAB	30,4±7,9 (medyan 28, 20-53mmHg)
- PVR	5,1±2,4 (medyan 4, 3-9 woods)
- PCWP	10,8±5,5 (medyan 10, 0-15 mmHg)
<b>Başlangıç spesifik tedavi</b>	
- Monoterapi	5 (%25)
- Kombine tedavi	15 (%75)
<i>PAB: Pulmoner arter basıncı, SSK-PH: Sistemik skleroz ilişkili pulmoner hipertansiyon, PVR: Pulmoner damar direnci</i>	

## PS-074

### PET-BT’nin erişkin başlangıçlı Still hastalığı tanısındaki yeri

Neslihan Gökçen, Andaç Komaç, Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle

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

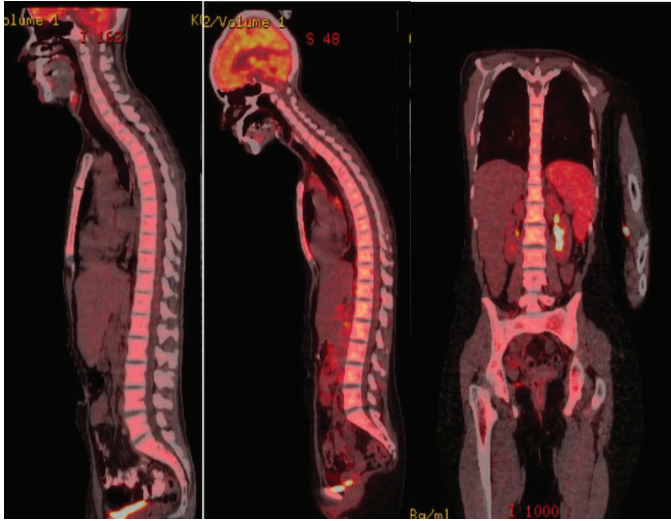
**Amaç:** Erişkin başlangıçlı Still hastalığı (ESH), esas olarak ateş, döküntü, eklem ve boğaz ağrısı ile kendini gösteren multisistemik enflamatuvar bir hastalıktır. Bu çalışmada, ESH tanısında pozitron emisyon tomografisi-bilgisayarlı tomografisinin (PET-BT) önemi ve yerinin araştırılması amaçlandı.

**Yöntem:** Kliniğimizde ESH ile takipli hastaların demografik ve klinik verileri retrospektif olarak tarandı. PET-BT çekilmiş olan hastaların verileri kaydedildi.

**Bulgular:** Altmış iki ESH hastasının 43’ü (%69,4) kadın ve 19’u (%30,6) erkekti. Taranan tüm hastaların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1’de verilmiştir. Tanı anında ESH taklit edebilecek hastalıkları dışlamak için (malignite, enfeksiyon vb) çekilen görüntüleme yöntemleri toraks BT (n=59, %95,2), batin BT (n=59, %95,2), boyun ultrasonografi (n=23, %37,1), EKO (n=49, %79) ve PET-BT (n=4, %6,5) idi. PET-BT çekilen 4 hastanın birinde patolojik bulgu saptanmazken, üç hastada kemik iliğinde ve dalakta FDG tutulumları (ortalama SUV<sub>maks</sub>: 5,1) saptandı (Resim 1). İleri tetkik gerektiren bu hastalarda lenfoma saptanmadı. Bu hastalardan sadece birinde makrofaj aktivasyon sendromu görüldü.

**Sonuç:** Bu olgu serisinde, ESH tanısı konulan hastaların tanı sırasında çekilen PET-BT’lerinde lenfoma ile uyumlu görünüm saptanmıştır. Zhou ve ark.’nın yaptığı çalışmada, 54 ESH’nin 53’ünde PET-BT bulguları (dalak, kemik iliği ve lenf nodlarında diffüz tutulum) saptanmış ve çalışma sonucunda bir tanı seti oluşturulmuştur. Buna göre, i) dalak SUV<sub>maks</sub>/karaciğer SUV<sub>maks</sub>: ≥1,2 ve/veya kemik iliği SUV<sub>maks</sub>/karaciğer SUV<sub>maks</sub>: ≥1,4, ii) lenf nodu SUV<sub>maks</sub>/karaciğer SUV<sub>maks</sub>: ≥1,8, iii) başka organ tutulumunun olmaması tanı setinde yer almıştır. İki veya daha fazla kriteri sağlayan hastaların ESH tanısının %90,7 duyarlılık, %92,4 özgüllük ve %91,7 doğruluk oranı ile sağlanabildiği belirtilmiştir. Sonuç olarak, PET/BT, ESH tanısında kullanılabilecek bir yöntemdir.

**Anahtar Kelimeler:** Erişkin başlangıçlı Still hastalığı, lenfoma, PET-BT



**Resim 1.** Üç hastanın yaygın kemik iliği ve dalak tutulumunun gözlemlendiği PET/BT görüntüleri

PET/BT: Pozitron emisyon tomografisi-bilgisayarlı tomografisi

**Tablo 1.** Erişkin başlangıçlı Still hastalarının demografik ve klinik verileri

Yaş (Yıl)	37,0 (27,8-47,3)
Cinsiyet (K/E)	43 (69,4)/19 (30,6)
Hastalık Süresi (ay)	61,5 (28,3-121,5)
Ateş	60 (96,8)
Döküntü	44 (72,0)
Boğaz ağrısı	40 (64,5)
LAP	27 (43,5)
HM	22 (35,5)
SM	22 (35,5)
Artrit	27 (43,5)
Artralji	59 (95,2)
Miyalji	32 (51,6)
Ferritin (ng/dL)	2098,0 (1494,8-7500,0)
Beyaz küre ( $\times 10^9$ /liter)	13,2 (8,6-19,6)
Nötrofil ( $\times 10^9$ /liter)	9,8 (6,3-19,6)
Lenfosit ( $\times 10^9$ /liter)	1,4 (1,0-1,9)
Platelet ( $\times 10^9$ /liter)	315,500 (234,5-431,0)
Hemoglobin (g/dL)	11,1 (10,3-12,7)
ESH (mm/saat)	52,5 (40,0-69,3)
CRP (mg/dL)	116,3 (71,2-172,8)
Pulse GCs	13 (21,0)
Oral GCs	62 (100,0)
Siklosporin	2 (3,2)
Metotreksat	59 (95,2)
Leflunomid	7 (11,3)
Hidroksiklorokin	41 (66,1)
Anti-TNF ilaçlar	1 (1,6)
Tocilizumab	11 (17,7)
Anakinra	3 (4,8)
IVIg	7 (11,3)

n (%) veya medyan (Çeyrekler arası aralık) Tanı anındaki semptomlar ve sonuçlar verilmiştir.

LAP: Lenfadenopati, HM: Hepatomegali, SM: Splenomegali, ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı, CRP: C-reaktif protein, ALT: Alanin aminotransferaz, AST: Aspartat aminotransferaz, ALP: Alkalen fosfataz, GGT: Gama glutamiltransferaz, LDH: Laktat dehidrogenaz, GCs: Glukokortikoidler, Anti-TNF: Anti-tümör nekroz faktörü, IVIG: İntravenöz immünglobülin

## PS-075

### Ankilozan spondilitli bireylerde fonksiyonel etkilenim düzeylerine göre kinezyofobi, hastalık aktivitesi, mobilite, yaşam kalitesi ve demografik özelliklerin karşılaştırılması

Nur Banu Karaca<sup>1</sup>, Gizem İrem Kınıklı<sup>1</sup>, Müçteba Enes Yayla<sup>2</sup>, Gülay Kınıklı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

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

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı ankilozan spondilitli (AS) bireylerin fonksiyonel etkilenim düzeylerine göre, kinezyofobi, hastalık aktivitesi, mobilite, yaşam kalitesi ve demografik özelliklerini karşılaştırmaktır.

**Yöntem:** AS tanısı almış 75 birey çalışmaya dahil edildi. Bireylere ait demografik özellikler kaydedildi. Bireyler sağlık değerlendirme anketi (HAQ) skoruna göre fonksiyonellik açısından düşük ve yüksek etkilenimli olmak üzere iki gruba ayrıldı. Skorun >1 olması fonksiyonel disabilite varlığını ifade etmekteydi. Hastaların değerlendirilmesinde kinezyofobi için Tampa kinezyofobi ölçeği (TKÖ), hastalık aktivitesi için Bath ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi (BASDAİ), mobilite için Bath ankilozan spondilit metroloji indeksi (BASMI) yaşam kalitesi için ise Ankilozan spondilit yaşam kalitesi ölçeği (ASQoL) kullanıldı. Hastalar Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Düşük etkilenimli ve yüksek fonksiyonel etkilenimli AS'li bireylerin yaş ve hastalık durasyonları benzerdi ( $p>0,05$ ). Vücut kitle indekslerine (VKİ) bakıldığında ise düşük etkilenimli grupta fazla kilolu, yüksek etkilenimli grupta ise obezite özellikleri olmak üzere her iki grupta da normal sınırdan yüksek değerler gözlemlendi ve anlamlı fark yarattı ( $p<0,05$ ) (Tablo 1). Bunun yanı sıra yapılan değerlendirmelerde BASDAİ ve ASQoL skorlarında anlamlı fark görüldü ( $p<0,05$ ). Yüksek etkilenimli grupta hastalık aktivitesi daha yüksek, yaşam kalitesi ise daha kötüydü (Tablo 2). TKÖ ve BASMI skorları her iki grupta benzerdi ( $p>0,05$ ). TKÖ'nün kesme noktası göz önüne alındığında ( $>37$ ) her iki gruptaki bireylerde de yüksek derece kinezyofobi varlığı saptandı (Tablo 2).

**Sonuç:** Fonksiyonel açıdan daha yüksek etkilenim gösteren AS'li bireylerin hastalıklarının aktif dönemde olduğu, yaşam kalitelerinin daha fazla etkilendiği görüldü. Bunun yanı sıra her iki grupta da yüksek derecede kinezyofobi varlığı saptanması, AS yönetiminde fonksiyonellik ve bununla ilişkili parametrelerin yönetiminde hareket korkusu unsurunun göz önünde bulundurulması gerektiğini gösterdi. VKİ değerlerindeki yüksekliğin ise bu hastalarda fonksiyonelliğe etki eden bir faktör olabileceği düşünüldü. Ayrıca VKİ'nin tüm hastalarda genel olarak yüksek olması AS yönetiminde egzersiz, diyet gibi non-farmakolojik tedavilerin önemini düşündürdü.

**Anahtar Kelimeler:** Ankilozan spondilit, fonksiyonellik, hastalık aktivitesi, kinezyofobi



**Tablo 1.** Bireylere ait demografik özellikler

	Düşük fonksiyonel etkilenim (HAQ <sub>≤</sub> 1) (n=60)	Yüksek fonksiyonel etkilenim (HAQ <sub>&gt;</sub> 1) (n=15)	p*
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Yaş (yıl)	42,83±1,28	48,13±2,72	0,065
VKİ (kg/m <sup>2</sup> )	27,38±0,58	31,74±1,42	0,002
Hastalık durasyonu (yıl)	8,69±0,92	13,80±3,18	0,148
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın n (%)	27 (45)	10 (66,7)	
Erkek n (%)	33 (55)	5 (33,3)	

HAQ: Bireyler sağlık değerlendirme anketi, VKİ: Vücut kitle indeksi,  $\bar{x}$ : Ortalama, SS: Standart sapma  
\*Bağımsız gruplar t-testi

**Tablo 2.** Değerlendirmelerin gruplar arası karşılaştırması

	Düşük fonksiyonel etkilenim (n=60)	Yüksek fonksiyonel etkilenim (n=15)	p*
	Medyan (min - maks)	Medyan (min - maks)	
HAQ (0-3)	0,05 (0-1)	1,3 (1,05-2,5)	<0,001
TKÖ (17-68)	39,00 (30-43)	38,0 (30-41)	0,063
BASDAİ (0-10)	1,6 (0-6,7)	5,2 (0,8-9,44)	<0,001
BASMI (0-10)	2,0 (0-7)	4,0 (0-10)	0,096
ASQoL (0-18)	0,0 (0-18)	16 (0-18)	<0,001

HAQ: Sağlık değerlendirme anketi, TKÖ: Tampa kinezyofobi ölçeği, BASDAİ: Bath ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi, BASMI: Bath ankilozan spondilit metroloji indeksi, ASQoL: Ankilozan spondilit yaşam kalitesi ölçeği, Min: Minimum, Maks: Maksimum  
\*Mann-Whitney U testi

**PS-076****Hematolojik enflamatuvar biyobelirteçler biyolojik tedavi alan ankilozan spondilit hastalarında tedavi yanıtını göstermede etkilidir: Retrospektif-kohort çalışmasının ön sonuçları**

Öznur Sadioğlu Çağdaş, Neslihan Gökçen, Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle

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

**Amaç:** Ankilozan spondilit (AS) omurga ve sakroiliak eklemleri etkileyen progresif, kronik ve enflamatuvar bir iskelet hastalığıdır. AS dahil birçok enflamatuvar hastalıkta hematolojik enflamatuvar biyobelirteçler araştırılmıştır. Yakın zamanda yayınlanan bir meta-analizde AS'de nötrofil lenfosit oranının (NLR) sistemik enflamasyonu göstermede faydalı olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızda, biyolojik tedavi kullanan AS hastalarda tedavi öncesi ve sonrasında hematolojik enflamatuvar biyobelirteçlerle hastalığın gidişatı arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** AS ile takipli 250 hasta retrospektif olarak tarandı. Biyolojik naif olup biyolojik tedavi başlanan, 1 yıl boyunca aynı ilaçta kalıp takiplerine düzenli gelen ve tetkikleri tam olan 33 hasta analize alındı. Hastaların demografik verileri, hastalık süreleri ve aktivitesi, kullandıkları tedavi ve kullanım süresi, laboratuvar bulguları kayıt edildi. Hastaların tanı anı, tedavi sonrasında 3., 6., 12. aylardaki hemogramlarından NLR, monosit lenfosit oranı (MLR), platelet lenfosit oranı (PLR) hesaplandı; ortalama trombosit hacmi (MPV) ve eritrosit dağılım genişliği (RDW) değerleri kaydedildi.

**Bulgular:** Çalışmaya alınan 33 AS hastasının demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Biyolojik tedavi başlamadan, tedavi başladıktan sonra 3., 6., 12. aylardaki Bath ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi (BASDAİ), Bath ankilozan spondilit fonksiyonel indeksi (BASFI) ve hematolojik enflamatuvar biyobelirteçler Tablo 2'de verilmiştir. Wilcoxon post-hoc analizi sonrasında (Bonferroni düzeltmesine göre p<0,013 anlamlı kabul edildi), BASDAİ, BASFI, CRP ve ESH değerlerinde 3., 6., 12. aylarda bazal değerlere göre istatistiksel olarak anlamlı azalma saptandı. NLR, 3., 6., 12. aylarda bazal değerlere göre istatistiksel olarak anlamlı azaldı. PLR, 3., 6., 12. aylarda bazal değerlere göre ve 12. ayda 3. aya göre istatistiksel olarak anlamlı azaldı. MLR ise sadece 6. ayda bazal değerlere göre istatistiksel olarak anlamlı azaldı.

**Sonuç:** AS hastalarında, enflamasyon ile MPV, RDW değerleri ve NLR, PLR ve MLR oranları artmaktadır. Tüm hematolojik enflamatuvar biyobelirteçler, BASDAİ ve BASFI skorlarında azalma ile doğru orantılı olarak azalmaktadır. Sonuç olarak, bu biyobelirteçler AS hastalarının biyolojik tedaviye yanıtlarını takip etmede akut faz yanıtları kadar etkili bir değerlendirilmez.

**Anahtar Kelimeler:** Ankilozan spondilit, hematolojik biyobelirteçler, BASDAİ, BASFI

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

Demografik özellikler	AS (n=33)
Yaş (yıl) a	44,2±9,8
Cinsiyet (K/E) b	9 (27,3)/24 (72,7)
Semptom süresi (yıl) c	16,0 (10,5-20,0)
Hastalık süresi (yıl) c	10,0 (6,0-15,0)
Sigara kullanımı b	15 (45,5)
Pozitif HLA B27 b	17 (51,5)
<b>Tedavi</b>	
Adalimumab	10 (30,3)
İnfliksimab	2 (6,1)
Sertolizumab	3 (9,1)
Golimumab	10 (30,3)
Etanercept	8 (24,2)

a ortalama ± standart sapma b ortanca (Çeyrekler arası aralık) c n (%)  
AS: Ankilozan spondilit

**Tablo 2.** BASDAI, BASFI, akut faz yanıtları ve hematolojik enflamatuvar biyobelirteçlerin zaman içindeki değişimlerinin karşılaştırılması

	V0	V3	V6	V12	p
BASDAI	5 (3,3-6,7)	2,6 (0,5-3,9)	2,2 (1,1-4,4)	2 (1,1-3,8)	<0,001
BASFI	3,5 (1,2-5,4)	1,7 (0,2-3,1)	1,4 (1,1-3,2)	1,2 (0,05-3,4)	<0,001
CRP (mg/dL)	7,4 (3,3-20,0)	2,1 (1,1-5,3)	1,7 (0,9-5,5)	2,0 (0,8-5,3)	<0,001
ESH (mm/saat)	18,0 (7,5-37,5)	5,0 (2,5-11,0)	5,0 (3,0-12,0)	4,0 (3,0-11,5)	<0,001
MPV	7,6 (6,8-8,3)	7,6 (7,2-8,4)	7,9 (7,2-8,7)	8,1 (7,3-8,8)	<0,001
RDW	15,2 (13,4-16,9)	14,8 (12,9-16,4)	14,5 (12,9-15,6)	13,5 (12,7-14,8)	0,001
NLR	2,2 (1,9-2,6)	2,1 (1,3-2,4)	1,5 (1,2-2,0)	1,7 (1,3-2,1)	<0,001
PLR	0,14 (0,10-0,17)	0,11 (3,3-6,7)	0,11 (0,08-0,13)	0,10 (0,09-0,12)	<0,001
MLR	0,28 (0,24-0,35)	0,25 (0,10-0,13)	0,24 (0,21-0,29)	0,25 (0,20-0,32)	0,002

Değerler ortanca (Çeyrekler arası aralık) olarak verilmiştir. V0: Tedavi öncesi ilk ziyaret, V3: Tedavi başladıktan sonra 3. aydaki ziyaret, V6: Tedavi başladıktan sonra 6. aydaki ziyaret, V12: Tedavi başladıktan sonra 12. aydaki ziyaret, BASDAI: Bath Ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi, BASFI: Bath Ankilozan spondilit fonksiyonel indeksi, CRP: C-reaktif protein, ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı, MPV: Ortalama trombosit hacmi, RDW: Eritrosit dağılım genişliği, NLR: Nötrofil lenfosit oranı, MLR: Monosit lenfosit oranı, PLR: Platelet lenfosit oranı

## PS-077

### Lupus nefritinde sağkalım ve mortalite prediktörleri

Eda Otman Akat<sup>1</sup>, Dilek Solmaz<sup>1</sup>, İrfan Öcal<sup>2</sup>, Zeki Soypaçacı<sup>3</sup>, Elif Durak Ediboğlu<sup>1</sup>, Haluk Cinaklı<sup>1</sup>, Gülay Alp<sup>1</sup>, Esra Erpek<sup>1</sup>, Servet Akar<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

<sup>3</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, İzmir

**Amaç:** Üçüncü basamak bir merkezde takip edilen lupus nefriti (LN) tanılı hastalarda sağkalımı ve mortaliteyi öngören faktörleri değerlendirmeyi amaçladık.

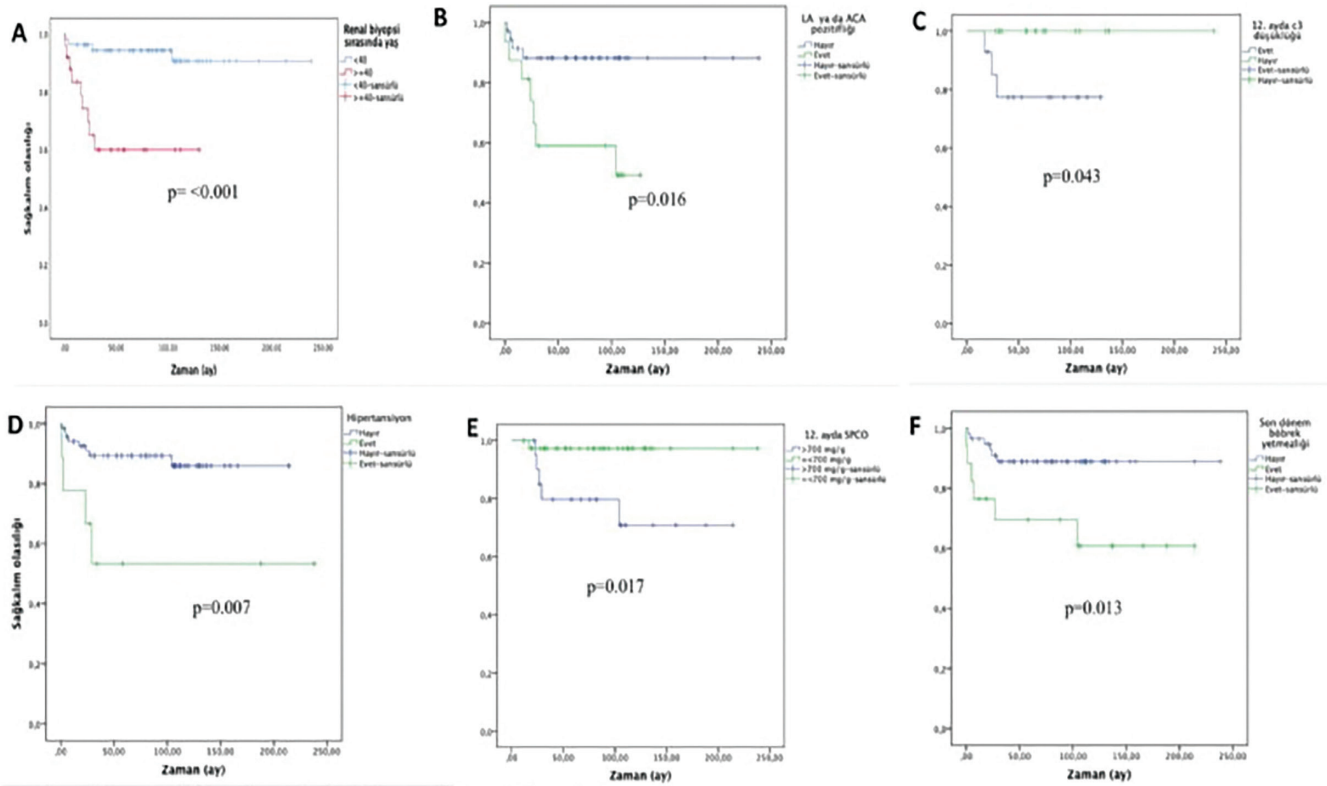
**Yöntem:** İzmir Katip Çelebi Üniversitesi'nde son 12 yıldır takipli, tümü 2019 EULAR/ACR sistemik lupus eritematozus (SLE) sınıflandırma kriterlerini karşılayan ve 2003 ISN/RPS lupus nefriti sınıflandırma kriterlerine göre lupus nefriti tanısı olan hastalar retrospektif olarak incelendi. Toplam 80 hastanın 67'sinin ilk renal biyopsisi merkezimizde yapılmıştı ve hepsinin en az bir renal biyopsisi mevcuttu. En az 3 ay sebat eden eGFR <60 mL/dk/1,73 m<sup>2</sup> olması ya da renal replasman tedavisi (hemodiyaliz, periton diyalizi, renal transplantasyon) başlanması, son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) olarak tanımlandı. Takip süresi; ilk biyopsi tarihinden çalışmanın yapıldığı ana kadar geçen süre, ölen hastalar

için ölüm tarihine kadar geçen süre olarak belirlendi. Mortaliteyi öngören faktörler Kaplan-Meier (log rank) ve cox regresyon analizi ile değerlendirildi.

**Bulgular:** Toplam 80 hasta (ortalama yaş 40,2±13,0 yıl, biyopsi anındaki yaş 33,6±14,4 yıl, %82,5 kadın) dahil edildi. Hastaların eklem, hematolojik ve santral sinir sistemi tutulumu oranları sırasıyla %58,7, %58,4, %7,7 idi. Histopatolojik olarak proliferatif tip LN çoğunlukta idi. Ortalama 79 ay izlem sonunda hastaların %23'ünde SDBY geliştiği görüldü (Tablo 1). 1., 2. ve 5. yıl sağkalım oranları sırasıyla %90, %85 ve %84 idi. Ölen 13 hastada, önde gelen ölüm nedenleri enfeksiyon (6) ve hastalık aktivasyonuydu (5). Univariate analizde; biyopsi öncesinde hipertansiyon olması, biyopsi anındaki yaşın ≥40 olması, antifosfolipid antikor pozitifliği (LAC veya ACA), SDBY gelişmiş olması, 12. ayda kompleman 3 düşüklüğü ve spot idrarda protein/kreatinin >700 mg/g olması mortalite ile ilişkili bulundu (Resim 1). Multivariate analizde, biyopsi anındaki yaşın mortalite için tek öngördürücü faktör olduğu görüldü (Tablo 2).

**Sonuç:** Bu çalışmada, lupus nefriti hastalarında mortalitenin en sık hastalığın birinci yılında gerçekleştiği ve en sık ölüm nedeninin enfeksiyonlar olduğu saptandı. Ayrıca 40 yaş ve üstünde lupus nefriti gelişen hastalarda mortalite riskinin daha yüksek olduğu görüldü.

**Anahtar Kelimeler:** Lupus nefriti, mortalite, sistemik lupus eritematozus



**Figure 1.** Lupus nefriti hastalarının Kaplan-Meier metodu ile sağkalm analizi  
LA, lupus antikoagulan; ACA, anti-kardiyolipin antikor; C3, kompleman 3; SPCO, spot idrar protein-kreatinin oranı

**Resim 1.** Lupus nefriti hastalarının Kaplan-Meier metodu ile sağkalm analizi

LA: Lupus antikoagulan, ACA: Anti-kardiyolipin antikor, C3: Kompleman 3, SPCO: Spot idrar protein-kreatinin oranı

**Tablo 1.** Lupus nefriti tanılı hastaların bazal demografik ve klinik özellikleri

Hasta özellikleri	Tüm hastalar (n=80)	Ölen (n=13)	Yaşayan (n=67)	p
Biyopsi sırasındaki yaş, ort (SS)	33,6 (14,4)	46,07 (17,07)	31,2 (12,2)	0,004
Kadın cinsiyet, n (%)	66/80 (82,5)	11/13 (84,6)	55/67 (82,1)	1,00
Hipertansiyon*#, n (%)	7/64 (10,9)	4/11 (36,4)	3/53 (5,7)	0,014
Koroner arter hastalığı*#, n (%)	4/62 (6,5)	3/10 (30,0)	1/52 (1,9)	0,012
Sistemik tutulum, n (%)				
Eklem	44/75 (58,7)	8/12 (66,7)	36/63 (57,1)	0,751
Hematolojik	45/77 (58,4)	8/13 (61,5)	37/64 (57,8)	1,00
Santral sinir sistemi	6/78 (7,7)	3/13 (23,1)	3/65 (4,6)	0,55
Vasküler tromboz	16/68 (23,5)	5/12 (41,7)	11/56 (19,6)	0,136
Antikor, herhangi bir zamanda, n (%)				
Anti-dsDNA	57/78 (73,1)	9/13 (69,2)	48/65 (73,8)	0,740
Anti-Sm	19/71 (26,8)	4/12 (33,3)	15/59 (25,4)	0,722
Anti-Nükleozom	38/72 (52,8)	7/13 (53,8)	31/59 (52,5)	0,589
Anti-Ribozomal-P	28/71 (39,4)	5/12 (41,7)	23/59 (39,0)	1,00
Anti-Histon	29/71 (40,8)	4/13 (30,8)	25/58 (43,1)	0,538
Anti-Ro	18/71 (25,4)	4/13 (30,8)	14/58 (24,1)	0,726
LA ya da ACA pozitifliği	16/52 (30,8)	7/11 (63,6)	9/41 (22,0)	0,023
Renal histopatoloji, n (%)	79 (100,0)			
Mezangial proliferatif LN (class II)	3 (3,8)	0/13 (0,0)	3/66 (4,5)	
Fokal proliferatif LN (class III)	32 (40,5)	5/13 (38,5)	27/66 (40,9)	

**Tablo 1.** Devamı

Hasta özellikleri	Tüm hastalar (n=80)	Ölen (n=13)	Yaşayan (n=67)	p
Diffüz LN (class IV)	28 (35,4)	5/13 (38,5)	23/66 (34,8)	
Membranöz LN (class V)	14 (17,7)	2/13 (15,4)	12/66 (18,2)	0,675
Fokal proliferatif LN+ Membranöz LN	2 (2,5)	1/13 (7,7)	1/66 (1,5)	
Renal prognoz, n (%)				
Son dönem böbrek yetmezliği**	17/74 (23,0)	6/12 (50)	11/62 (17,7)	0,025
Renal replasman tedavisi***	11/75 (14,7)	3/11 (27,3)	8/64 (12,5)	0,199
Diğer, n (%)				
Spot protein/kreatinin oranı >700 mg/g#	16/47 (66,0)	4/5 (80,0)	12/42 (28,6)	0,040
Kompleman 3 düşüklüğü#	13/28 (53,6)	3/13 (23,1)	10/25 (40,0)	0,087

\*Renal biyopsi öncesinde komorbiditesi olan hastalar

#İlk renal biyopsisi bizim merkezimizde yapılan hastalar arasında (toplam 67 hastada)

\*\*En az 3 ay GFR<60 mL/dk/1,73 m<sup>2</sup> olması ya da renal replasman tedavisi başlanması

\*\*\*Hemodializ ya da periton diyalizi ya da renal transplantasyon

LA: Lupus antikoagülan, ACA: Anti-kardiyolipin antikor, LN: Lupus nefriti

**Tablo 2.** Lupus nefriti hastalarında mortalite ilişkili faktörler; univariate ve multivariate analiz

Değişkenler	Univariable analiz		Multivariable analiz	
	HR (95% CI)	p	HR (95% CI)	p
LA ya da ACA pozitifliği	4,03 (1,17-13,83)	0,026	3,03 (0,83-11,04)	0,091
Son dönem böbrek yetmezliği*	3,84 (1,23-11,96)	0,020	2,74 (0,77-9,70)	0,117
Biyopsi anındaki yaş ≥40	6,83 (2,06-22,59)	0,002	3,71 (1,02-13,39)	0,045

\*En az 3 ay GFR<60 mL/dk/1,73 m<sup>2</sup> olması ya da renal replasman tedavisi başlanması LA: Lupus antikoagülan ACA: Anti-kardiyolipin antikor, HR: Risk oranı, CI: Güven aralığı

## PS-078

### Ankilozan spondilitli hastalarda uyku kalitesi, anksiyete ve depresyonla hastalık aktivitesi arasındaki ilişki

Gülşah Şen, Özlem Özdemir Işık, Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle

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

**Amaç:** Ankilozan spondilit (AS), iskelet sistemini etkileyen kronik enflamatuvar bir hastalıktır. Hastanın yaşam kalitesini bozmakta, hem fiziksel hem de ruhsal açıdan hastayı etkilemektedir. Bu çalışmadaki amaç, AS ile takip edilen hastalardaki depresyon, anksiyete düzeyi ve uyku kalitesini değerlendirmektir. Ayrıca uyku kalitesine etki eden faktörler araştırılmıştır.

**Yöntem:** Romatoloji polikliniğinde 2000-2021 yılları arasında takip edilen, biyolojik hastalık modifiye edici ilaç (bDMARD) kullanan 60 hastanın demografik verileri değerlendirildi. Hastalara Beck depresyon ölçeği (BDÖ), Beck anksiyete ölçeği (BAÖ), Pittsburgh uyku kalite ölçeği (PUKİ), Bath Ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi (BASDAİ), Bath ankilozan spondilit fonksiyonel indeksi (BASFI) ölçekleri uygulandı ve sonuçları değerlendirildi.

**Bulgular:** AS ile takipli hastaların %56,7'si (34 hasta) erkek, %43,3'ü (26 hasta) kadındı. Hastaların demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 43,3±10,6 yıl, tanı yaşı ortalama 32,1±10,6 yıl, hastalık süresi ortalama 26,7±10,6 yıl, takip süresi ortalama 9,7±5,4 yıldır. Hastaların

%50'si infliximab, %16,7'si adalimumab, %10'u etanercept, %1,7'si sertolizumab pegol, %13,3'ü sekukinumab, %8,3'ü golimumab kullanmaktaydı. BDÖ'ye göre; %53,3'ünde minimal depresyon, %36,7'sinde hafif düzeyde depresyon, %10'unda orta düzeyde depresyon olduğu saptandı. BAÖ'ye göre; %96,7'sinde hafif düzeyde anksiyete, %1,7'sinde orta şiddette anksiyete, %1,7'sinde de şiddetli anksiyete olduğu görüldü. PUKİ sonuçlarına göre ise; %65'inin uyku kalitesi iyi (<5), %36'sının ise uyku kalitesi kötü (>5) bulundu (Tablo 2). Hastalarda uyku kalitesini etkileyen faktörler değerlendirildiğinde uyku kalitesi kötü olan hastalarda depresyon şiddetinin daha yüksek olduğu gözlemlendi (p=0,007). Eğitim düzeyi ile ilişkisine bakıldığında eğitim düzeyi düştükçe uyku kalitesinin de bozulduğu görüldü (p=0,006). Hastalık aktivitesi ile uyku kalitesi arasında anlamlı ilişki gözlenmedi. Ayrıca yapılan alt grup analizlerde orta düzeyde depresyonu olan hastaların BASDAİ VE BASFI ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu (sırasıyla p=0,015, p=0,042).

**Sonuç:** AS hastalarında, uzun süreli hareketsizlik hastaların ağrı hissetmelerine neden olmakta ve uyku kalitesini etkilemektedir. Hem depresyon hem de anksiyete uyku kalitesi üzerinde olumsuz etki oluşturmaktadır. Çalışmamızda depresyon varlığında uyku kalitesinin daha da bozulduğu gözlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Ankilozan spondilit, depresyon, anksiyete, uyku kalitesi

**Tablo 1.** Hastaların demografik özellikleri

N (%)	Ankilozan Spondilit
Eğitim	
Okuryazar	%5
İlkokul	%25
Ortaokul	%5
Lise	%48,3
Önlisans	%8,3
Lisans	%8,3
Sigara	%38,3
Var	%30
Yok Bırakmış	%31,7
Egzersiz	
Yok	%63,3
Hft 2 gün	%15
Hft 3 gün	%21,7
Kronik hastalık oranı	%33,3
Antidepresan kullanımı	
Var	%13,3
Yok	%73,3
Daha önce kullanmış	%13,3
Anksiyolitik kullanımı	
Yok	%95
Daha önce kullanmış	%5
Ailede depresyon öyküsü	%16,7
Ailede romatizma öyküsü	%43,3
BASDAİ [medyan (min-maks)]	1,9 (0-7,3)
BASFI [medyan (min-maks)]	1,75 (0-8,5)
<i>BASDAİ: Bath Ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi, BASFI: Bath Ankilozan spondilit fonksiyonel indeksi, min: Minimum, maks: Maksimum</i>	

**Tablo 2.** Hastaların uyku kalitesine göre karşılaştırılması

	Uyku (<5)	Uyku (>5)	p
Cinsiyet			
Kadın	14 (%35,9)	12 (%57,1)	0,0172
Erkek	25 (%64,1)	9 (%42,9)	
Sigara kullanan	17 (%43,6)	6 (%28,6)	0,464
Alkol kullanan	4 (%10,3)	3 (%14,3)	0,687
Kronik hastalık	11 (%28,2)	9 (%42,9)	0,268
Anksiyolitik kullanımı (daha önce kullanmış)	2(%5,1)	1 (%4,8)	1
BASDAİ>4	7 (%17,9)	7 (%33,3)	0,211
Anksiyete			
Hafif	38 (%97,4)	20 (%95,2)	1
Orta-Şiddetli	1 (%2,6)	1 (%4,8)	
Depresyon			
Minimal-Hafif	26 (%66,7)	6 (%28,6)	0,007
Orta	13 (%33,3)	15 (%71,4)	
Eğitim			
İlköğretim	8 (%20,5)	13 (61,9)	0,006
Lise	23 (%59)	6 (%28,6)	
Önlisans-Lisans	8 (%20,5)	2 (%9,5)	
BASDAİ	1,3 (0,6-2,9)	2,7 (1,6-3,2)	
BASFI	1,6 (0,8-2,6)	2,2 (1,5-3,3)	0,070
Egzersiz			
Yok	23 (%59)	15 (%71,4)	0,236
Hft 2	5 (%12,8)	4 (%19,8)	
Hft 3 ve fazlası	11 (%28,2)	2 (%9,5)	
<i>BASDAİ: Bath Ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi, BASFI: Bath Ankilozan spondilit fonksiyonel indeksi</i>			

**PS-079****Palpabl purpuradan Hodgkin Lenfoma tanısına**

Tuba Demirci Yıldırım, Ali Karakaş, Yeşim Erez, Tuba Yüce İnel, Semih Gülle, Gerçek Can, İsmail Sarı, Ahmet Merih Birlik, Fatoş Önen

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, İzmir*

Kırk altı yaşında bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan erkek olgu, bacaklarda döküntü, eklem ağrıları sebebiyle ileri tetkik ve tedavi amaçlı romatoloji servisine yatırıldı. Anamnezinde döküntülerinin eklem ağrıları ile eş zamanlı ve yeni başladığı, başka herhangi bir semptomun eşlik etmediği öğrenildi. Non-smoker, herhangi bir ilaç kullanımı yakın zamanlı enfeksiyon geçirme öyküsü olmayan hastanın özgeçmiş ve soy geçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde, vital bulguları olağan, bilateral alt ekstremitede genital bölgeyi de içine alan basmakla solmayan döküntüleri (Resim 1); bilateral ayak bileği, metatarsofalangial eklemlerinde ve sağ diz ekleminde hassasiyeti mevcuttu, baş- boyun muayenesinde ise sağ periauricular, ön servikal bölgede ağrılı, lastik kıvamında mobil lenfadenopatisi saptandı. Mevcut bulguların dışında pozitif sistem sorgu ve fizik muayene bulgusu yoktu. Hasta küçük damar vaskülit, sistemik vaskülit ön tanıları ile tetkik edildi. Hastanın laboratuvar bulguları Tablo 1’de özetlenmiştir. Dermatoloji iş birliği ile deri biyopsisi yapıldı. Hastanın immünofloresan mikroskopisinde Ig A, C3 ve fibrinojen için dermal damar duvarlarında granüler 4+ depolanma tespit edildi, biyopsi lökositoklastik vaskülit olarak raporlandı. Hastada laboratuvar sonuçları ile ANCA ilişkili vaskülit düşünülmeydi. Takibinde melena gelişmesi üzerine yapılan kolonoskopide iskemi ya da vaskülit gibi bulgular saptanmadı. Artraljisi devam eden, sistemik vaskülit düşünülen hastaya metilprednizolon tedavisi başlandı. Tedavi ile kliniğinde gerileme saptanan hastanın muayenesinde tespit edilen lenfadenopatileri için yapılan boyun bilgisayarlı tomografisinde bilateral servikal zincirde en büyüklüğü sağ tarafta düzey 2’de 16x16x26 mm, düzeyi 3’te 19x10x29 mm düzey 4’te 11x22x30 mm boyutlarında artmış boyutlu birleşme eğiliminde multipl lenf nodları izlendi. Hasta için hematoloji ve kulak-burun boğaz görüşü de alınarak nazofarengeal dolgunluk olduğu için önce nazofarenks biyopsisi, malignite ekarte edilememesi üzerine birlikte değerlendirilme planıyla eksizyonel lenf nodu biyopsisi de yapıldı. Lenf nodu biyopsisi, “Küçük Lenfositik lenfoma/Kronik Lenfositik lösemiden Hodgkin lenfomaya transformasyon ve/veya progresyon (Richter sendromu)” olarak raporlanan hasta, tedavisinin yönetimi açısından hematoloji kliniğine devredildi. Sistemik vaskülitler değerlendirilirken muhtemel etiyolojilerle ilişkili vaskülitler mutlaka irdelenmeli, hastaların fizik muayene bulguları yönlendirici olmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Kanser ilişkili vaskülit, lenfadenopati, palpabl purpura, küçük damar vaskülitleri



**Resim 1.** Bilateral alt ekstremite palpabl purpura

**Tablo 1.** Laboratuvar bulguları

Parametre	Bulgular
Tam kan sayımı	
Beyaz küre, $\times 10^3/\text{mL}$	8,3
Nötrofil%	70,2
Eozinofil%	0,4
Hemoglobin, g/dL	10,7
Hematokrit, %	32,7
MCV, fL	82,2
Trombosit, $\times 10^3/\text{mL}$	252
Kan biyokimyası	
Glukoz, mg/dL	108
Kreatinin, mg/dL	0,71
Aspartat transaminaz, U/L	13
Alanin transaminaz, U/L	22
Albümin, g/L	4,56
LDH, U/L	214
Eritrosit sedimentasyon hızı, mm/saat	54
C-reaktif protein mg/L	10,1
Prokalsitonin, ng/mL	0,02
Romatoid faktör	Negatif
Antinükleer antikor	Negatif
Miyeloperoksidaz-antinükleer antikor (MPO-ANCA)	Negatif
Proteinaz 3 (PR3) antikor	Negatif
Ig A mg/dL	320,8
Ig G mg/dL	1468,7
Ig M mg/dL	113
Kriyoglobulin	Negatif
Hepatit-HIV seroloji	Negatif
Spot idrar protein mg/dL	1,3
Moleküler nazofaringeal sürüntü (COVID-19 PCR)	Negatif
LDH: Laktat dehidrogenaz, PCR: Polimeraz zincir reaksiyonu, COVID-19: Koronavirüs hastalığı-2019	

## PS-080

### Palpabl purpura ile başvuran hastalarda etiyolojik değerlendirme: Tek merkez deneyimi

Gizem Kaynar Özçelik, Ozan Cemal İçaçan, Melek Yalçın Mutlu, Fatih Yıldırım, Selda Çelik, Cemal Bes

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

**Amaç:** Palpabl purpura, sıklıkla alt ekstremitelere görülen, basmakla solmayan, deriden kabarık bir deri lezyonudur. İlaçlara, enfeksiyonlara, kronik hastalıklara sekonder görülebileceği gibi bazı romatolojik hastalıkların ilk bulgusu olarak da karşımıza çıkabilir. Bu çalışmamızda, palpabl purpura ile başvuran hastalarda etiyolojik nedenler araştırıldı.

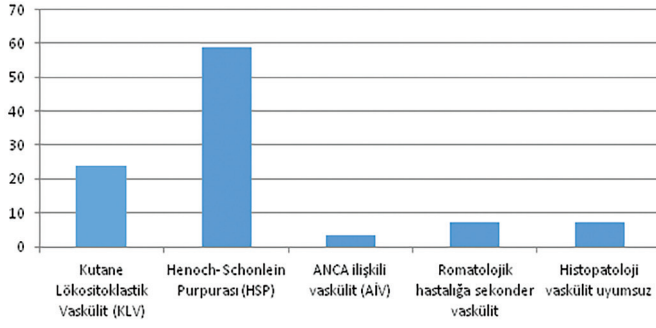
**Yöntem:** Eylül 2017-Kasım 2020 tarihleri arasında acil, iç hastalıkları, dermatoloji ve romatoloji polikliniklerine palpabl purpura nedeniyle başvuran; 18 yaş ve üzeri 85 hastanın demografik özellikleri, laboratuvar, görüntüleme ve patoloji sonuçları prospektif ve gözlemsel olarak değerlendirildi. Hastaların kronik hastalıkları, ilaç ve enfeksiyon öyküleri, purpuraya eşlik eden belirti ve bulguları da ayrıntılı bir şekilde değerlendirildi. Bu bilgiler ışığında hastaların son tanıları belirlendi.

**Bulgular:** Çalışmaya 52'si erkek (%61,2), 33'ü kadın (%38,8) olmak üzere toplam 85 hasta alındı. Etiyolojik değerlendirme sonucunda hastaların %58,8'inin (n=50) tanısı Henoch-Schönlein purpurası (HSP), %23,5'inin (n=20) deriye sınırlı lökositoklastik vaskülit (KLV), %3,5'inin (n=3) ANCA ilişkili vaskülit (AİV), %7,1'inin (n=6) romatolojik hastalığa sekonder vaskülit ve %7,1'inin (n=6) vaskülit uyumsuz şeklinde bulundu (Şekil 1). Bütün hastalar içinde palpabl purpuraya en sık artralji (%76,4), 2. sıklıkta pretibial ödem (%37,6), 3. sıklıkta ise karın ağrısının (%30,6) eşlik ettiği görüldü. Hastaların özgeçmişlerinde ise %60'ında (n=51) enfeksiyon anamnezi, %54,1'inde ilaç anamnezi, %9,4'ünde malignite öyküsü bulunmaktaydı. Bu özellikler istatistiksel olarak vaskülit tanıları arasında anlamlı fark oluşturmadı (sırasıyla p=0,221, p=0,144, p=0,804; p>0,01). Hastaların %33'ünde kış mevsiminde başvuru olmuştu ki; bu da özellikle HSP'nin ortaya çıkmasında mevsimsel bir faktörün tetikleyici olabileceğini düşündürmüştür. Seksen beş hastanın 11'i (%13) takiplerinde hayatını kaybetti. Eksitus olan 11 hastanın 4'ü malignite tanılıydı.

**Sonuç:** Palpabl purpura etiyolojisinde birçok sebep bulunmaktadır ve ilk başvuru anında hastalardan alınan ayrıntılı anamnez ve kapsamlı fizik muayene ile altta yatan hastalık veya etken hakkında fikir sahibi olunabilir. Bu alanda yapılacak çok merkezli ve daha uzun takip süreli çalışmalar ile palpabl purpuralı hastalara tanısal yaklaşımda rehber niteliğinde bilgiler elde edilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Purpura, romatolojik, vaskülit

## Palpabl purpura ile başvuran hastaların son tanıları



Şekil 1. Hastaların son tanıları

### PS-081

## Günlük romatoloji pratiğinde PET/BT (Pozitron emisyon tomografi/bilgisayarlı tomografi) çekilen hastaların demografik ve klinik özelliklerinin retrospektif değerlendirilmesi

Mert Can Ataca<sup>1</sup>, Yeşim Erez<sup>2</sup>, Semih Güllü<sup>2</sup>, Erkan Derebek<sup>3</sup>, Fatos Önen<sup>2</sup>, Gerçek Can<sup>2</sup>

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

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

<sup>3</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, İzmir

**Amaç:** Konvansiyonel görüntüleme ve laboratuvar tetkikleri ile tanısında zorluk çekilen romatolojik hastalıkların malign/enfeksiyöz süreçlerden ayırt edilmesinde Pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografi (PET/BT) daha sık kullanılmaktadır. Ancak PET/BT'nin romatolojik hastalıkların tanısında ve izlemindeki rolüne dair veriler halen kısıtlıdır. Bu çalışmanın amacı romatoloji kliniğinde PET/BT yapılan hastaların klinik karakteristiklerinin ve görüntüleme özelliklerinin ortaya konulması, PET/BT'nin romatolojik hastalıkların tanısındaki ve izlemindeki rolünün araştırılması.

**Yöntem:** Çalışmamıza 2010-2020 yılları arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Romatoloji başvurusu olan ve PET/BT planlanan hastalar alındı. PET/BT öncesi malignite tanılı hastalar dışlandı. Hastalara ait demografik veriler, klinik özellikler, laboratuvar parametreleri ve PET/BT bulguları kaydedildi.

**Bulgular:** Çalışmaya 280 hasta alındı. Hastaların 179'u (%63,9) kadın, ortalama yaş  $58 \pm 15$  yılı. Hastaların %73,2'sinde (n=205) romatolojik hastalık tanısı mevcuttu. Hastaların %58,9'una malignite araştırılması, %32,5'ine romatolojik hastalık tanısının/aktivitesinin değerlendirilmesi, %8,6'sına tedavi yanıtının değerlendirilmesi amacıyla PET/BT yapılmıştı. Takip PET/BT'si, hastaların hepsinde tedavi yanıtı değerlendirilmek amacıyla yapılmıştı. Bu hastalardaki en sık tanılar vaskülit (n=5) ve IgG4 ilişkili hastalık (n=5) idi. PET/BT sonrası 76 hastanın tedavisi değiştirilirken takip PET/BT bulgularına istinaden 4 hastanın tedavisi değiştirilmişti (Tablo 1). PET/BT yapılan 256 hastadan 83'üne (%32,4) yeni tanı konuldu. Hastaların %48,2'si (n=40) romatolojik hastalık tanısı alırken, 11 (%17,5) hastanın PET/BT bulguları vaskülit tanısını desteklemekteydi. Vaskülit tanılı hastalarda en sık (ortalama  $SUV_{maks}=3,9$ ) tutulum damar duvarında, bağ dokusu hastalığı olanlarda ise (ortalama  $SUV_{maks}=3,5$ ) lenf nodlarında saptandı (Tablo 2). Malignite tanısı konulan 22 (%26,5) hastanın %68,1'inde romatolojik hastalık eşlik etmekteydi. En sık malignite tanıları akciğer kanseri (n=8) ve lenfoma (n=3) idi. Tüm hastaların ortalama  $SUV_{maks}$  değeri 3,4 (0-27,1), yeni romatolojik hastalık tanısı alan hastaların ortalama  $SUV_{maks}$ 'i 6,1 (1,6-19,7), malignite tanısı alanların ortalama  $SUV_{maks}$ 'i 9,2 (3,1-27,1) olarak saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 1).

**Sonuç:** Romatoloji pratiğinde PET/BT'nin, sıklıkla malignite şüphesiyle, daha az oranda romatolojik hastalık tanısı ve aktivitesinin değerlendirilmesi için kullanıldığı görülmüştür. Malignite tanısı alan hastaların almayanlardan daha yüksek  $SUV_{maks}$  değerine sahip olması ayırıcı tanı açısından önem taşıyan bir bulgu olarak değerlendirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Bağ dokusu hastalığı, PET/BT, romatolojik hastalık, vaskülit

**Tablo 1.** Çalışma verileri

Yaş, yıl	58±15
Kadın, n (%)	179 (63,9)
CRP, medyan (min-maks)	16,9 (0,2-431)
ESH, medyan (min-maks)	43 (1-120)
Hastalık grupları	n (%)
Bağ dokusu hastalığı	98 (39,4)
Vaskülit	63 (25,3)
Spondiloartrit	21 (8,4)
IgG4 ilişkili hastalık	13 (5,2)
Sarkoidoz	14 (5,6)
Polimyalji romatika	8 (3,2)
Diğer romatolojik hastalıklar	32 (12,9)
PET/BT istem nedeni	
Romatolojik hastalık tanı amaçlı	91 (32,5)
Olası malignite araştırılması	165 (58,9)
Olası malignite araştırılması, Romatolojik tanısı olanlarda	133 (65,8)
Olası malignite araştırılması, Romatolojik tanısı olmayanlarda	29 (38,7)
Romatolojik hastalık tedavi yanıtı değerlendirilmesi	24 (8,6)
PET/BT tanıları	
Romatolojik tanı	40 (48,2)
Romatolojik olmayan tanı (malignite, enfeksiyon, vb..)	43 (51,8)
Malignite	22 (26,5)
Romatolojik tanı SUVmaks, medyan (min-maks)	6,1 (1,6-19,7)
Malignite SUVmaks, medyan (min-maks)	9,2 (3,1-27,1)
Tüm hastalar SUVmaks, medyan (min-maks)	3,4 (fizyolojik-27,1)
Kontrol PET/BT çekilen hastalar	
Vaskülit, İGG4 ilişkili hastalık, Retroperitoneal Fibrozis, Sarkoidoz, Bağ dokusu hastalığı, Diğer romatolojik hastalıklar	5, 5, 3, 2, 1, 2
Kontrol PET/BT çekilen hastalarda tedavi değişimi yapılan hastalar	4
PET/BT sonrası tedavi değişimi yapılan/yeni tedavi başlanan hastalar	76 (30,4)
PET/BT LAP varlığı*	148 (52,9)

\*Servikal, aksiller, mediastinal, abdominal, inguinal LAP

CRP: C-reaktif protein, ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı, LAP: Lenfadenopati, PET/BT: Pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografi

**Tablo 2.** Romatolojik hastalıklardaki PET/BT tutulum yerleri ve SUV<sub>maks</sub> değerleri

	Cinsiyet (K, n, %) / Yaş	Ortalama SUV <sub>maks</sub>	En sık tutulum yerleri
Vaskülit	K, 39 (%61,9)/61±16	3,9	Damar duvarı (%38,8), Gastrointestinal sistem (%14,3)
Spondiloartrit	K, 13 (%61,9)/60±12	5,5	LAP (%36,8), İskelet sistemi (%26,3)
Bağ dokusu hastalığı	K, 59 (%81,9)/58±14	3,5	LAP (%50,8), Akciğer nodülü (%19,7)
Sarkoidoz	K, 11 (%78,6)/56±13	8,6	LAP (%92,3), Gastrointestinal sistem (%7,7)
İGG4 ilişkili hastalık	K, 5 (%38,5)/54±14	4,4	Doku lezyonu (%50), Damar duvarı (%25)
Polimyalji romatika	K, 7 (%87,5)/70±8	3,3	Kaslar (%57,1), Akciğer nodülü (%28,6)

PET/BT: Pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografi, LAP: Lenfadenopati

## PS-082

### Tedavi dirençli Takayasu arteritinde tofasitinib kullanımı: İki olgu sunumu

**Derya Yıldırım**, Hamit Küçük, Abdurrahman Tufan, Şeminur Haznedaroğlu, Berna Göker, Mehmet Akif Öztürk

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

**Amaç:** Takayasu arteriti, büyük ve orta boy arterleri tutan kronik enflamasyon ile karakterize bir hastalıktır. Tofasitinib enflamasyon hücrelerini baskılayarak otoimmün vaskülit tedavisinde etkin olabilir. Kliniğimizde Takayasu arteriti takipli ve tofasitinib ile remisyonda iki olgu sunuyoruz.

**Olgu:** Kırk sekiz yaş kadın halsizlik, kolda klaudikasyon, akut faz reaktantlarında (AFR) yükselme ve sağ subklavian arterde stenozla Takayasu arteriti tanısı aldı (Şekil 1). Konvansiyonel tedavilerine direnç nedeniyle biyolojik tedavi başlandı. Etanercept, adalimumab yanıtı olmayan hasta infliksimab altında psöriatik deri lezyonları ve sakroiliit gelişmesi üzerine kesildi. Tosilizumab altında hiperlipidemi gelişen (LDL: 2455 mg/dL) ve kliniği kötüleşen hastaya tofasitinib başlandı. Hasta semptomsuz ve kontrol görüntülemelerde düzelme ile takip edilmektedir. Otuz dört yaşında psöriatik artriti olan hasta konstitusyonel semptomlar, AFR ve abdominal aortada çölyak kök, her iki renal arter, superior mezenterik arterde stenoz ile takayasu arteriti tanısı aldı. Hastaya verilen infliksimab, tosilizumab, rituksimab tedavilerine yanıt alınmadı. Hastaya torakal aorta- sol aortoiliak düzey arasında bypass greft uygulandı. Hastanın tofasitinib tedavisi başlanması sonrası AFR'de gerileme izlendi. Hasta son 2 yıldır tofasitinib tedavisi altında stabil izlenmektedir.

**Sonuç:** Takayasu arteritinde steroid azaltıcı konvansiyonel ajanlar ilk basamak tedavide kullanılır ancak dirençli olgularda biyolojik ajanların kullanımı gerekmektedir. Dirençli Takayasu olgularında tofasitinib etkinliğini gösteren küçük ölçekli çalışma mevcuttur. Bizim takip ettiğimiz olguda da bu çalışmayı benzer şekilde cevap alınmıştır. Anti-TNF tedavi ve tosilizumab yanıtı



olmayan hastalarda tofasitinib cazip bir tedavi seçeneği olarak öne çıkmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Arterit, takayasu, tofasitinib



**Şekil 1.** Hastalara ait damar tutulumları

### PS-083

#### Refrakter Takayasu arteritinde infliksimab-mikofenolat mofetil -leflunomid kombinasyon tedavisi

*Yeşim Erez, Semih Gülle, Ali Karakaş, Tuba Demirci Yıldırım, Fatoş Önen, Merih Birlik*

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

**Amaç:** Takayasu arteriti (TA), aorta ve dallarını tutan, genellikle <40 yaş kadın cinsiyeti etkileyen nadir görülen büyük damar vaskülitidir. TA tedavisinde kullanılan konvansiyonel tedavilere dirençli olgularda biyolojik ilaçların kullanımı her geçen gün artmaktadır. Ancak biyolojik tedavilere de yanıtız olguların yönetimine dair literatür verisi kısıtlıdır.

**Olgu:** Her iki elde uyuşma, çabuk yorulma şikayetleri ile 2016'da tarafımıza başvuran 40 yaşındaki kadın hasta, bilateral karotiste üfürüm duyulması ve akut faz reaktan (AFR) yüksekliği (ESH: 91 mm/sa CRP: 16,3 mg/L) olması nedeniyle TA açısından tetkik edildi. MR anjiyografisinde; sol subklavyen arter, süperior mezenterik arter, çölyak trunkus ve bilateral renar arterlerde darlık saptanması üzerine hasta TA tanısı ile izleme alındı. Hastanın başlangıç tedavisi metotreksat+ 1 mg/kg steroid olarak planlandı. Metotreksat ilişkili pulmoner toksisite gelişmesi üzerine metotreksat kesilip azatioprin ile devam edildi. Yaklaşık 15 ay azatioprin ile remisyonunda izlenen hastanın karotidini tariflemesi ve AFR yüksekliği olması üzerine hasta aktif kabul edildi. Azatioprin kesildi ve tosilizumab intravenöz başlandı. Tosilizumab tedavisininin 6. ayında hastanın tekrar semptomatik olması ve radyolojik progresyon saptanması üzerine biyolojik tedavisi infliksimab (Remsima) olarak değiştirildi ve Remsima tedavisine leflunomid eklendi. Ancak klinik ve AFR yanıtının yetersiz olduğunun görülmesi nedeniyle leflunomid, mikofenolat mofetil (MMF) ile değiştirildi. Remsima+ MMF ve 0,5 mg/kg steroid tedavisine rağmen konstitusyonel semptom tarifleyen, postprandial anjinası ve rektal kanaması olan ve AFR yanıtı alınamayan hastanın tedavisine ikinci DMARD olarak leflunomid eklendi. İnfliksimab- leflunomid

20 mg/gün- MMF 3 gr/gün kombinasyon tedavisi altında hastanın konstitusyonel semptomlarının hafiflediği, postprandial anjinasının gerilediği ve rektal kanamasının tekrarlamadığı görüldü. Bu tedavi altında AFR'de düşüş sağlanırken steroid doz azaltımı da yapılabildi.

**Sonuç:** Genç yaşta bireyleri etkilemesi ve uzun dönem artmış morbidite ve mortalitesi nedeniyle TA'nın etkin tedavisi önemlidir. Bu olguda, standart tedavilere dirençli olgularda biyolojik tedavi- ikili DMARD kombinasyonunun da etkili olabileceği ve tedavi seçenekleri arasında değerlendirilmesi gerektiği yönünde sonuç elde edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Takayasu, refrakter, infliksimab

### PS-084

#### Dev hücreli arteritin nadir bulgusu: Bilateral skalp nekrozu

*Melek Yalçın Mutlu, Fatih Yıldırım, Mustafa Erdoğan, Cemal Bes*

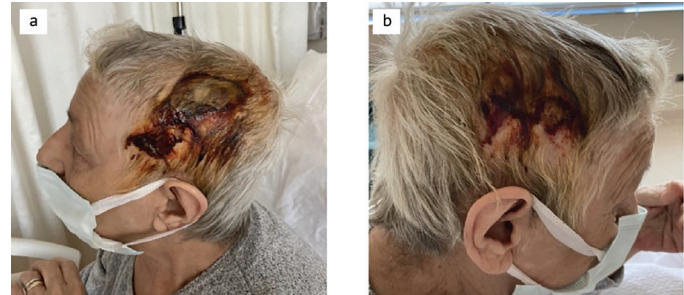
*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul*

**Amaç:** Dev hücreli arterit (DHA), orta ve büyük çaplı damarların granüloamatöz vaskülitidir. Superfisiyel temporal, vertebral, oftalmik ve posterior silier arterler sıklıkla tutulan arterlerdir. Biz burada ağır skalp nekrozu ile başvuran bir DHA olgusu sunuyoruz.

**Olgu:** Yetmiş üç yaş kadın, saçlı deride yaklaşık 3 aydır olan ağrılı lezyonlarla başvurdu. Deri lezyonları ile eşzamanlı başlayan baş ağrısı yakınması vardı. Fizik muayenesinde bilateral hiperestezinin eşlik ettiği parietal ve temporal uzanan yaygın nekrotik ülserasyonlar mevcuttu (Resim 1). Temporal arterler bilateral ağrılı ve solda pulsasyon alınamıyordu. Tetkiklerinde sedimetasyon 85 mm/saat, CRP 44 mg/L. Oftalmolojik muayene normaldi. Doppler ultrasonografi incelemesinde her iki yüzeysel temporal arterde halo bulgusu, solda hafif-orta derecede luminal daralma izlendi. Klinik ve patognomonik sonografik bulgular sonucu hastaya DHA tanısı kondu; 1 mg/kg dozunda prednizolon başlandı. Bir hafta sonra Azatioprin 2,5 mg/kg eklendi. Tedavi sonrası lezyonlarda belirgin regresyon izlendi.

**Sonuç:** Skalp nekrozu DHA'nın iyi bilinen nadir bir komplikasyonudur. Erken tanınması ve tedavinin erken başlanması önemlidir. Başlangıcı haftalar aylar içerisinde sinsi olabileceği gibi %20 olguda da günler içerisinde akut başlangıç gösterebilir. Tedavideki gecikmeler enflamasyonun tüm temporal arter dallarına ve derin dokuya yayılmasına neden olabilir. Deri nekrozu, irreverzibl görme kaybı ve ağır dil nekrozu meydana gelebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Dev hücreli arterit, iskemi, skalp nekrozu



**Resim 1.** Her iki temporoparietal bölgedeki nekrotik ülsere alanlar

## Aksiyel spondiloartrit tanısında konvansiyonel grafilerde derin öğrenme modeli geliştirilmesi

Duygu Temiz Karadağ<sup>1</sup>, Senar Şan<sup>1</sup>, Burak İner<sup>2</sup>, Kaplan Kaplan<sup>3</sup>, Neslihan Gökçen<sup>1</sup>, Özgür Çakır<sup>4</sup>, Ayten Yazıcı<sup>1</sup>, Ayşe Çefle<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Kocaeli Üniversitesi Mühendislik Fakültesi, Bilgisayar Mühendisliği Anabilim Dalı, Kocaeli

<sup>3</sup>Kocaeli Üniversitesi Mühendislik Fakültesi, Yazılım Mühendisliği Anabilim Dalı, Kocaeli

<sup>4</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Kocaeli

**Amaç:** Düz pelvik grafiler aksiyel Spondiloartrit (axSpA) tanısının konmasında sıklıkla ilk kullanılan görüntüleme yöntemidir. Ancak konvansiyonel grafilerde sakroiliiti tanımak her zaman kolay olmamaktadır. Sakroiliak eklem iki boyutlu düz grafide değerlendirilmesi, eklem anatomik yapısı ve çekim farklılıkları nedeniyle yanlış yorumlamaya ve değerlendiriciler arasında farklılığa yol açabilir. Bu çalışmanın amacı axSpA tanısı olan hastaların konvansiyonel grafilerinde derin öğrenme modellerinin tanı gücünü değerlendirmektir.

**Yöntem:** Çalışmaya 286 radyografik/non-radyografik axSpA hastası ve 335 sağlıklı kontrol dahil edildi (yaş; 34,5±15,3 vs 38,2±10,6, p=0,072 ve cinsiyet; erkek %53,8 vs %46,3, p=0,064). Tüm axSpA hastalarının sakroiliak MR görüntülemesinde Assessment of SpondyloArthritis International Society (ASAS) tanımına göre sakroiliit ile uyumlu bulguları mevcuttu. Tüm görüntüler anonimleştirildikten sonra, ilk önce Clahel (Contrast-Limited Adaptive Histogram Equalization) filtresi ile kontrast eşitlenmesi ön işleminden geçirildi. Daha sonra Alexnet, VGG16, resnet101, resnet50 modelleri ile sınıflandırma gerçekleştirildi. Denemeler sonucunda en iyi sonuçlar resnet50 ile elde edildi. Verisetine 4 farklı senaryo denendi. Clahel filtre cliplimit 0,25, Clahel filtre cliplimit 0,50, clahel filtre 1,00 ve filtersiz olarak denendi. Tüm görüntüler ayrıca 3 romatolog tarafından sakroiliit varlığı açısından değerlendirildi.

**Bulgular:** Resnet50 modeli ile çalışılan 4 farklı senaryo sonucuna göre en iyi sonuç RESNET50 Model + Clahel filter ('clipLimit', 0,5, 'Distribution', 'rayleigh') ile elde edildi. Bu modele göre Cohen's kappa 0,54 ve kesinlik (accuracy) 0,77 saptandı. Grafilerin klinisyen tarafından değerlendirilmesi sonucu birinci romatolog için Cohen's kappa 0,452 ve kesinlik (accuracy) 0,73; ikinci romatolog için Cohen's kappa 0,132 ve kesinlik (accuracy) 0,56 ve üçüncü romatolog için için Cohen's kappa 0,362 ve kesinlik (accuracy) 0,68 saptandı.

**Sonuç:** Derin öğrenme modellerinden resnet50 Model + Clahel filter ('clipLimit', 0,5, 'Distribution', 'rayleigh') konvansiyonel grafilerden sakroiliit tanısı koymada iki romatologun değerlendirmesine göre daha yüksek kesinlik göstermiştir. Sonuçlarımız konvansiyonel grafilerde yapılmış ilk derin öğrenme modellerinden elde edilmiş olup, farklı model ve filtrelerin kullanılması yanında data geniş veri seti ile başarı oranları artacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Aksiyel spondiloartrit, konvansiyonel grafi, sakroiliit, derin öğrenme

**Tablo 1.** Resnet50 modeli ve 4 farklı senaryonun konfüzyon matrisleri, kesinlik ve kappa değerleri

	axSpA	Kontrol	Kesinlik (Accuracy)	Cohen's kappa (CI)
Resnet50+ Filtresiz	57	29	0.7306	0.4509 (0.3234-0.5785)
	23	84		
RESNET50 Model+ Clahel filter (0,25)	62	24	0.6943	0.3889 (0.2590-0.5189)
	35	72		
RESNET50 Model+ Clahel filter (0,50)	72	14	0.7668	0.5371 (0.4186-0.6555)
	31	76		
RESNET50 Model+ Clahel filter (1,00)	52	34	0.6839	0.3552 (0.2213-0.4890)
	27	80		

## Nadir bir reaktif artrit nedeni: Hirudoterapi

Feray Tabakan, Melda Ulaş Güncan, Nurdan Oruçoğlu, Abdullah Canataroğlu

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

**Amaç:** Reaktif artrit, genetik yatkın bireylerde; genitoüriner, gastrointestinal veya respiratuar bakteriyel enfeksiyonu takiben, 1-6 hafta sonra, eklemlerde ortaya çıkan sinovitle karakterize sistemik bir hastalıktır. Reaktif artrit kliniğinde; artrit, entesopati, daktilit ve sakroileit gelişebilir. Hirudoterapi, sülükler kullanılarak yapılan bir alternatif tedavi şeklidir. Hirudoterapiye bağlı muhtemel komplikasyonlar; uzamış kanama, yara yeri enfeksiyonları, anemi ve alerjik reaksiyonlardır. Hirudoterapi sonrası rapor edilen enfeksiyon insidansı %2-36 arasındadır. Bu enfeksiyonlardan genellikle bakteriler sorumludur ve en sık *Aeromonas* cinsi bakteriler etkindir. Hirudoterapi alan hastalarda profilaktik ve tedavi edici antibiyotik kullanılması önerilmektedir. Bu olgu sunumunda hirudoterapi sonrası gelişen, reaktif artrit olgusu sunduk. Literatürde, hirudoterapiye sekonder olarak gelişen, bildirilmiş reaktif artrit olgusu yoktur. Bu olgu şu ana kadar bildirilen tek olgu olması açısından da önem taşımaktadır.

**Olgu:** Kırk dokuz yaşında kadın hasta, her iki el bileği, diz, ayak bileklerinde şişlik, kızarıklık ve ağrı şikayeti ile başvurdu. Dört hafta önce sağ ayak bileğinde sızı tarzında ağrı şikayeti başlamış. Hasta sağ ayak bileğine sülük tedavisi yaptırmış. Bir hafta sonrasında bilateral el bileği, diz ve ayak bileğinde artrit gelişmiş. Dış merkez tetkiklerinde, sedimentasyon 36 mm/saat, C-reaktif protein (CRP) 15 mg/L olarak tespit edilmiş. Beş gün boyunca 250 mg/gün metil prednizolon ve 2\*500 mg/gün siprofloksasin verilen, düzelme olmayan hasta kliniğimize sevk edilmiş. İlk değerlendirmede, sedimentasyon 63 mm/saat, CRP 268 mg/L olarak tespit edildi. Poliartiküler artrit olan hastada, olası enfeksiyöz nedenlere yönelik tetkikler ve romatolojik otoantikörleri negatifti. Ayak bileğinden aspirasyon yapıldı, kültürlerinde üreme olmadı; septik artrit ekarte edildi. Direkt grafide patolojik bulguya rastlanmadı. Hastada reaktif artrit düşünüldü. Daha önce siprofloksasin kullanımı nedeni

ile tigesiklin ve 10 mg prednizolon başlandı. Dramatik bir şekilde klinik ve laboratuvar düzelme sağlandı.

**Sonuç:** Toplumumuzda düşünüldüğünden daha sık oranlarda alternatif tıp yöntemlerine başvurulmaktadır. Hirudoterapi de bu yöntemlerden birisidir. Sunduğumuz olguda olduğu gibi reaktif artrit etiolojisinde hirudoterapi akılda tutulmalı, tanı ve tedavideki farklılıklara dikkat edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Reaktif artrit, hirudoterapi, alternatif tıp

## PS-087

### Akciğer skuamöz hücreli kanseri- granulomatoz polianjit birlikteliği: Olgu sunumu

*Derya Yıldırım, Hamit Küçük, Abdurrahman Tufan, Şeminur Haznedaroğlu, Berna Göker, Mehmet Akif Öztürk*

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

**Amaç:** Polianjiitis ilişkili granulomatozis (GPA) multisistemik, nekrotizan granülomatoz bir vaskülitir. Akciğer tutulumu %75-80'e varan oranlardadır. Kaviteasyonla giden akciğer kanseri olan skuamöz hücreli karsinom (SCC) radyolojik olarak GPA kaviteasyonları ile karışabilir. Biz de akciğer SCC tedavisi almaktayken GPA gelişen bir hastamızı sunmak istedik.

**Olgu:** Altmış sekiz yaş erkek 2019 yılında öksürük nefes darlığı ve B semptomları ile başvurduğu göğüs hastalıkları kliniğinde evre 4 akciğer yassı hücreli karsinom tanısı olarak tedavisi başlanmıştır. Karboplatin + paklitaksel tedavisine yanıt alınan hastada 2021 Mart'ta burun kanaması başladı. PET-CT'de daha önceki görüntülemelerde olmayan maksiller sinüste 2 cm kitle tespit edilmiş (Şekil 1), yapılan biyopside nekrotizan granulomatöz enflamasyon görünmüştür. Bakılan cANCA yüksek titrede pozitif, bun: 46 kreatinin: 1,34 proteinüri: 1200 mg gün, idrar sedimentinde eritrosit silindirleri izlenmiştir. Pulse kortikosteroid ve rituksimab tedavisi altında remisyonda olan hasta kliniğimizde izlenmektedir.

**Sonuç:** Akciğer kitlesi veya kaviter akciğer hastalığının ayırıcı tanısı kapsamlıdır ve örneğin çeşitli enfeksiyonları, otoimmün durumları ve primer ve metastatik maligniteleri içerir. GPA hastalarında akciğer kanserine ilişkin bazı olgu sunumları bulunmaktadır. Lopez ve arkadaşları GPA nüksünü taklit eden akciğer kanseri geliştiren ANCA-pozitif GPA'lı bir hastayı sunmuştur. GPA, nadir olmakla birlikte, paraneoplastik bir sendrom da olabilir. Solid tümörler ile yüksek serum ANCA seviyeleri arasında bir ilişki olup olmadığı halen bilinmemektedir. Ancak olgumuzun 50 paket/yıl sigara öyküsü olması, kanser tanısı olduğu dönemde böbrek fonksiyon testleri normal, ANCA profili negatif ve epistaksis bulgusunun olmaması GPA'nın sonradan geliştiğini düşündürmüştür. Akciğer kavite lezyonlarını değerlendirirken ayırıcı tanıda olabilecek tüm durumları multidisipliner değerlendirmek önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Akciğer skuamöz hücreli kanseri, granulomatöz polianjit, kaviter lezyon



Şekil 1. Sol maksiller sinüste yumuşak doku dansitesi

## PS-088

### Spondiloartrit hastalarında ilk ve ikinci biyolojik DMARD seçimi: HUR-BIO kayıt kütüğünün 20 yıllık deneyimi

*İhsan Ertenli, Umut Kalyoncu, Ömer Karadağ, Levent Kılıç, Ali Akdoğan, İsmail Doğan, Şule Apraş Bilgen, Emre Bilgin, Emine Duran, Bünyamin Kısacık, Yüksel Maraş, Abdulsamet Erden, Berkan Armağan, Alper Sarı, Ertuğrul Çağrı Bölek, Bayram Farisoğulları, Gözde Kübra Yardımcı, Zehra Özsoy, Gizem Ayan, Meral Çalgüneri, Sedat Kiraz*

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

**Amaç:** Anti-tümör nekroz faktör (TNF) alfa ajanlarının kullanıma girişiyle birlikte, spondiloartrit (SpA) grubu hastalıkların yönetiminde önemli değişiklikler yaşanmıştır. Bu gelişmelere paralel olarak tedavi kılavuzları da değişip gelişmektedir, bu gelişmelerin günlük pratiğe nasıl yansıdığı da merak konusudur. Bu çalışmada, 20 yıllık tek merkez tecrübemizde ilk ve ikinci biyolojik ajanların zaman trendlerini tanımlamayı amaçladık.

**Yöntem:** HUR-BIO (Hacettepe Üniversitesi Romatoloji Biyolojik Kayıt Kütüğü) 2005 yılından bu yana biyolojik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç (DMARD) kullanan hastaların kaydedildiği tek merkez kayıt kütüğüdür. 2005 yılından önce biyolojik tedaviye başlayan hastaların kayıtları geriye dönük olarak yapılmıştır. Kısaca; SpA hastalarının demografik verileri, tedaviyle ilgili verileri (advers olaylar dahil) ve hastalıkla ilgili verileri kaydedilmiştir. 2020 yılı sonuna kadar 21 farklı romatolog HUR-BIO'nun geliştirilmesine katkıda bulundu. Bu çalışmada 2001 yılından itibaren 5 yıllık periyotlara göre birinci ve ikinci basamak biyolojik ajanların dağılımı verilmiştir. Ayrıca SpA hastalarının demografik verileri rapor edilmiştir.

**Bulgular:** 2020 yılı sonuna kadar toplam 3015 SpA hastası HUR-BIO'ya kayıtlıydı. Bu hastaların %54,0'ı erkekti. Tanı anındaki ortalama yaş 33,3±11,1 idi. 767/1613 (%47,5) hasta HLA-B27 pozitifti. Toplam 3015 hastaya birinci bDMARD, 1177 (%39,1) hastaya da ikinci bDMARD reçete edilmişti. İlk ve ikinci bDMARD sırasıyla 2001-2005, 2006-2010, 2011-2015 ve 2016-2020 yıllarında 55 (%1,8)-4 (%0,3), 546 (%18,1)-91 (%7,7), 1249

(%41,4)-437 (%37,1) ve 1165 (%38,6)-645 (%54,8) hastaya reçete edildi. Birinci ve ikinci basamakta reçete edilen ilaçların dağılımı tabloda verilmiştir.

**Sonuç:** SpA'daki günlük pratik, tedavi kılavuzlarıyla tutarlı görünmektedir. Yıllar içinde subkütan kullanımı olan ilaçların birinci basamakta kullanımı artarken, ikinci basamakta intravenöz ilaçların kullanımı artış göstermektedir. İnterlökin 17'yi hedef alan sekukinumab daha çok ikinci basamakta olmakla birlikte birinci basamakta da kullanım alanı bulmaya başlamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** HUR-BIO, spondiloartrit, izlem

**Tablo 1.** SpA hastalarında ilk ve ikinci biyolojik DMARD'ların 5 yıllık dönemlere göre dağılımı

	2001-2005	2006-2010	2011-2015	2016-2020	Total
<b>Birinci Biyolojik</b>					
Adalimumab	2 (3,6)	111 (20,3)	428 (34,3)	584 (50,1)	1125 (37,3)
Etanersept	27 (49,1)	208 (38,1)	401 (32,1)	104 (8,9)	740 (24,5)
İnfiksimab	26 (47,3)	226 (41,4)	238 (19,0)	69 (5,9)	559 (18,5)
Golimumab	0	1 (0,2)	155 (12,4)	135 (11,6)	291 (9,7)
Sertolizumab	0	0	27 (2,2)	244 (20,9)	271 (9,0)
Sekukinumab	0	0	0	29 (2,5)	29 (1,0)
<b>İkinci Biyolojik</b>					
Adalimumab	0	28 (30,8)	147 (33,6)	171 (26,5)	338 (28,7)
Etanersept	3 (75,0)	42 (46,2)	170 (38,9)	118 (18,3)	333 (28,3)
İnfiksimab	1 (25,0)	21 (23,1)	49 (11,2)	142 (22,0)	213 (18,1)
Golimumab	0	0	48 (11,0)	36 (5,6)	84 (7,1)
Sertolizumab	0	0	20 (4,6)	137 (21,2)	157 (13,3)
Sekukinumab	0	0	3 (0,7)	41 (6,4)	44 (3,7)

*İlaçların Türkiye'deki onay yılları; İnfiksimab: 2003, etanersept:2004, adalimumab: 2005, golimumab: 2013, sertolizumab: 2014, sekukinumab: 2018*

## PS-089

### Son 10 yılda psöriatik artrit tedavisinde reçete edilen ikinci biyolojik DMARD seçimleri: HURBIO-PsA gerçek yaşam deneyimi

**Umut Kalyoncu**, Ömer Karadağ, Levent Kılıç, Ali Akdoğan, İsmail Doğan, Şule Apraş Bilgen, Emre Bilgin, Ertuğrul Çağrı Bölek, Abdulsamet Erden, Berkan Armağan, Alper Sarı, Emine Duran, Bayram Farisoğulları, Gözde Kübra Yardımcı, Zehra Özsoy, Gizem Ayan, İhsan Ertenli, Meral Çalgüneri, Sedat Kiraz

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

**Amaç:** Psöriatik artrit (PsA) hastalarında ileri tedavi seçeneği olarak biyolojik veya hedefe yönelik sentetik DMARD'ler kullanılabilir. Ülkemizde endikasyon dahilinde kullanılabilen ileri tedavi seçenekleri anti-TNF ilaçlar, anti-IL17 (sekukinumab), anti IL12/23 (ustekinumab), endikasyon dışı kullanılabilen ilaçlar T-hücre blokörü (abatcept) veya JAK kinaz inhibitörüdür (Tofacitinib). Sağlık uygulama tebliği gereği ilk seçilen biyolojik DMARD anti-TNF'lerden birisi olmalıdır. İkinci bDMARD ise başka bir anti-TNF olabileceği gibi anti-TNF dışı bDMARD'lerden birisi de olabilir. Bu çalışmada bir anti-TNF ilaca etkisizlik ve/veya yan etki nedeniyle devam edemeyen PsA hastalarında ikinci bDMARD'nin son 10 yıl içerisinde zamansal değişimini göstermektedir.

**Yöntem:** HURBIO-PsA (Hacettepe Üniversitesi Romatoloji Biyolojik Kayıt Kütüğü) 2005 yılından bu yana bDMARD kullanan

PsA hastalarının kayıt edildiği tek merkezli biyolojik ilaç kayıt kütüğüdür. 2020'nin sonuna kadar 19 farklı romatolog HURBIO-PsA'nın gelişimine katkıda bulunmuştur. Anti-TNF ilaçlar, PsA hastaları için birinci basamak bDMARD olarak onaylanan ilaçlardır. İkinci basamak biyolojik ajanların dağılımı (yan etki/yanıtsızlık nedeniyle birinci basamak biyolojik ajandan geçiş) 2011 yılından itibaren 5 yıllık periyotlara göre hesaplanmıştır. Sekukinumab ve ustekinumab ülkemizde 2018 yılında endikasyon ve geri ödeme almıştır. Ayrıca PsA hastalarının demografik ve serolojik verileride rapor edilmiştir.

**Bulgular:** Toplam 225 PsA (225/443, %50,8) hastasında 2020 yılı sonu itibarıyla ikinci bir bDMARD reçete edilmişti. Bu hastaların %74,7'si kadındı. bDMARD başlangıcındaki ortalama yaş 47,1±11,6 yıldı. 2011-2015 ve 2016-2020 yıllarında sırasıyla 90 (%40,0) ve 135 (%60,0) hastaya ikinci bDMARD reçete edildi. Zamanla anti-TNF olmayan bDMARD'ların, özellikle sekukinumabın ikinci basamakta kullanımı artmıştır.

**Sonuç:** PsA hastalarının neredeyse yarısında ilk bDMARD değişimi yapılmıştır. Anti-TNF olmayan bDMARD'lar, özellikle sekukinumab, son 5 yılda PsA'da ikinci basamak biyolojik ajan olarak daha sık kullanılmaya başlanmıştır. Yine de ikinci bDMARD seçiminde anti-TNF'ler son 5 yılda halen ön plandadır. Anti-TNF'ler arasında da değişim yaşanmıştır. 2011-2015 arasında etanersept ikinci bDMARD kullanımında ön plandayken sertolizumab son 5 yılda daha sık kullanılmıştır. Bu bDMARD reçete trendi, EULAR PsA tavsiyeleri ile paralellik göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** HURBIO-PsA, biyolojik ajan, psöriatik artrit

**Tablo 1.** PsA hastalarında ikinci biyolojik DMARD'ların 5 yıllık periyotlara göre dağılımı

	2011-2015	2016-2020	Toplam
Adalimumab	30 (33,3)	33 (24,4)	66 (29,3)
Etanersept	33 (36,7)	8 (5,9)	41 (18,2)
İnfiksimab	9 (10)	15 (11,1)	24 (10,6)
Golimumab	9 (10)	5 (3,7)	14 (6,2)
Sertolizumab	5 (5,6)	34 (25,2)	39 (17,3)
Anti-TNF	86 (95,6)	95 (70,4)	181 (80,5)
Sekukinumab	0	26 (19,3)	26 (11,5)
Ustekinumab	0	10 (7,4)	10 (4,4)
Abatsept	4 (4,4)	2 (1,5)	6 (2,6)
Tofacitinib	0	2 (1,5)	2 (0,9)
Non-Anti-TNF	4 (4,4)	40 (29,6)	44 (19,5)
<b>Toplam</b>	<b>90 (100)</b>	<b>135 (100)</b>	<b>225 (100)</b>

*İlaçların Türkiye'de onay tarihleri; İnfiksimab: 2003, etanersept:2004, adalimumab: 2005, golimumab: 2013, sertolizumab: 2014, sekukinumab: 2018, ustekinumab: 2018; abatsept ve tofacitinib endikasyon dışı onayı ile verilmiştir.*

PS-090

## Sistemik lupus eritematozus (SLE) hastasında COVID-19 enfeksiyonu sonrasında gelişen akut lupus pnömoniti

Koray Ayar<sup>1</sup>, Cuma Bülent Gül<sup>2</sup>, Erkan Sayan<sup>3</sup>, Beşire Tazebay<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Bursa

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Nefroloji Bölümü, Bursa

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, Bursa

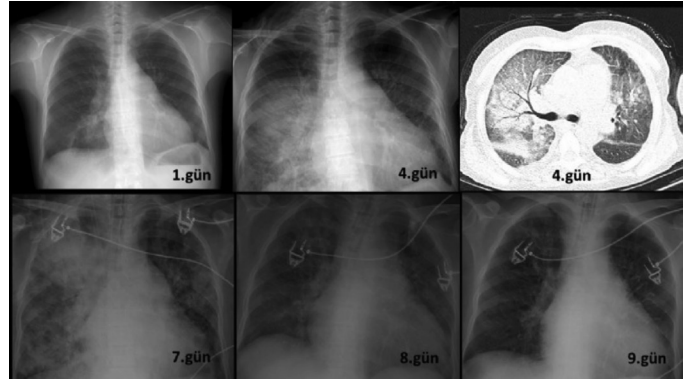
<sup>4</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Bursa

**Amaç:** Koronavirüs enfeksiyonunun (COVID) akciğer tutulumunun vaskülitik akciğer tutulumuna benzer olması özellikle vaskülit tanısı ile takip edilmekte olan hastalarda klinisyenlerin hastalık yönetimini güçleştirmektedir. Bu nedenle tedavideki gecikmeler vaskülit mortalitesinin artmasına neden olabilmektedir. Biz burada yakın zamanda COVID geçiren bir SLE hastasında erken dönemde teşhis edilerek başarılı bir şekilde tedavi edilen akut lupus pnömiti bir olguyu sunuyoruz.

**Olgu:** Otuz sekiz yaşında kadın hastanın yaklaşık 10 yıldır SLE tanısı mevcuttur ve 1 yıldır var kompanse kronik böbrek yetmezliği ile takip edilmektedir. Hastanın 1 yıl önce yapılan böbrek biyopsisinde 29 glomerülün 25 tanesinde global skleroz tespit edilmiştir. Hasta son 2 yıldır hidrosiklorokin 200 mg 2x1, mikofenolat mofetil 500 mg 2x2 kullanmaktadır. Yaklaşık 1 ay kadar önce öksürük ve ateş şikayetleri sonrası COVID tanısı konan ve mikofenolat dozu 2x500 mg'ye düşülen hastada o dönemde belirgin akciğer tutulumu tespit edilmedi ve hasta yatarak tedavi edildikten sonra taburcu edildi. Taburcu olduktan 3 hafta sonra ateş ve öksürük şikayeti ile COVID şüpheli servise yatırılan hastanın yatışının 4. gününde akciğer grafisinde ve tomografisinde yaygın buzlu cam alanları tespit edildi. CRP 278 mg/dL, eritrosit sedimentasyon hızı 86 mm/saat, anti-DS DNA 53,8 IU/mL tespit edilen hastada lupus pnömoniti olduğu düşünülerek hastaya 5 gün 1 gram metil prednizolon pulse steroid tedavisi uygulandı (yatışının 4.-9. günleri arasında) ve Mikofenolat mofetil dozu 2x1000 mg'ye çıkıldı. Tedavinin 1. günü entübe edilen ve hızlı bir şekilde klinik ve radyolojik olarak düzelen hasta (Resim 1) tedavinin 3. gününde ekstübe edildi ve indüksiyon tedavisine devam edildi.

**Sonuç:** SLE'de akut lupus pnömoniti ve alveolar hemoraji gibi akciğer tutulumlarında mortalite değişik serilerde %50-90 arasında değişmektedir. Bu olgularda prognozu olumsuz yönde etkileyen en önemli faktör tedavi gecikmesidir. COVID düşündürür tarzda akciğerde yaygın buzlu cam alanları olan hastalarda PCR testi de negatif ise vaskülitik akciğer tutulumu mutlaka düşünülmesi ve romatoloji hekiminin görüşü hızlıca alınmalıdır. Vaskülitik akciğer tutulumlarında erken tedavi hastanın hayatını kurtarabilir.

**Anahtar Kelimeler:** SLE, COVID, akut lupus pnömoniti



**Resim 1** Hastanın yatış günlerine göre akciğer grafisindeki değişimler Yatışının 4. gününde istenen romatoloji konsültasyonu sonucunda hastanın pulse steroid tedavisine başlanmıştır

PS-091

## Hipokomplementemik ürtikeryal vaskülitik sendrom hastasında siklosporin deneyimi

Melek Yalçın Mutlu, Fatih Yıldırım, Mustafa Erdoğan, Cemal Bes

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

**Amaç:** Hipokomplementemik ürtikeryal vaskülitik sendrom (HUVS), 6 aydan uzun süredir olan; ürtiker ataklarına eşlik eden hipokomplementemi ve artralji, artrit, glomerülo nefrit, anjiyonerotik ödem, episklerit, üveit, karın ağrısı gibi sistemik bulguların da eşlik ettiği nadir görülen otoimmün bir hastalıktır. Tedavi, atak sıklığına, tutulan sisteme ve tutulumun ağırlığına göre verilir. HUVS tanısı konan; çoklu immüno-supresif ilaç tedavisine yanıt vermeyen ancak siklosporin tedavisi ile dramatik iyileşme gösteren 21 yaşında erkek hastayı sunuyoruz.

**Olgu:** Yirmi bir yaş erkek hasta; 1 yıldır olan el parmak eklemleri, el bileği ve ayak bileklerinde simetrik poliartrit nedeniyle başvurmuştu. Altı aydan uzun süredir ataklar halinde gövdede ve üst ekstremitelerde non-pruritik, 2 gün süren döküntü, gözde kızarıklık ve bazı ataklarda da dudakta şişme tarif etmekteydi. Fizik muayenede her iki el bileği, her iki ayak bileği ve el 2-3. metakarpofalangeal eklemlerde artriti, sol gözde episklerit ve gövdede makülopapüler döküntüsü mevcuttu. Tetkiklerinde lökosit 2900, lenfosit 670, C-reaktif protein (CRP) 6,8 mg/L, sedimentasyon 33 mm/h, antinükleer antikor (ANA) 1/2560 homojen paternde, Anti Sm ve Anti Sm-RNP pozitif, Anti-ds DNA negatif, C3 ve C4 düşük, CH50 kompleman aktivitesi %50 (N: 60-130), C1q esteraz inhibitörü %98 (70-112) saptandı. Deri biyopsisi ürtikeryal vaskülit ile uyumlu idi. HUVS tanısı kondu. Hidrosiklorokin (HQ) 2x200 mg ve prednisolon 5 mg başlandı. Bu tedavi altında ürtiker, anjiyonerotik ödem ve episklerit atakları devam etti. Mikofenolat mofetil (MMF) 2 gram/gün tedavisine eklendi. Tedavinin 3. ayında ürtiker, episklerit atakları, lökopeni ve hipokomplementemi sebat etmekteydi. Rituksimab 1000 mg - 0-15. gün iv infüzyon başlandı. Üç hafta sonra akut batın tablosu ile başvurdu; batın tomografisinde bağırsak anslarında duvar kalınlığında artış izlendi (Resim 1). Prednisolon 40 mg/gün e çıkıldı ve MMF tedavisi kesilerek siklosporin 200 mg/gün başlandı. Tedavinin 15. gününde akut batın tablosu geçti, deri

döküntüsü, episklerit ve anjiyönörotik ödem tablosu tekrarlamadı.

**Sonuç:** Organ hasarının olduğu HUVS hastalarında glukokortikoidlerle kombine MMF, azatioprin, metotreksat, rituximab veya olgumuzda olduğu gibi siklosporin tedavisi seçenekleri arasında bulunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Hipokomplementemi, ürtikeryal vaskülit, siklosporin



Resim 1. İnce bağırsak anslarında duvar kalınlık artışı

## PS-092

### Behçet sendromlu hastalarda alt ekstremitte ven duvar kalınlığının önemi

Hasan Emre Kocabay<sup>1</sup>, Evren Üstüner<sup>2</sup>, Enes Yayla<sup>3</sup>, Emine Uslu Yurteri<sup>4</sup>, Serdar Sezer<sup>3</sup>, Emine Gözde Aydemir Gülöksüz<sup>1</sup>, Gülay Kınıklı<sup>1</sup>, Tahsin Murat Turgay<sup>1</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, Romatoloji Anabilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup>Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

<sup>4</sup>Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

**Amaç:** Behçet sendromu (BS), vasküler, nörolojik ve gastrointestinal tutulumu olan multisistemik kronik vaskülitik bir hastalıktır. Daha önceki çalışmalar BS hastalarında damar duvar kalınlığının arttığını göstermiştir. Amacımız BS'de ven duvar kalınlığının (VDDK) damar tutulumu ile ilişkisini irdelemektir.

**Yöntem:** Otuz mukokutanöz BS, 30 vasküler BS, 30 ankilozan spondilit ve 30 sağlıklı kontrol hasta randomize olarak çalışmaya alındı. Kör bir radyolog tarafından alt ekstremitte venöz duvar kalınlığı değerlendirilerek kaydedildi.

**Bulgular:** Çalışmaya alınan grupların demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Common femoral venede (CFV) VDDK açısından dört grup arasında fark bulunmazken, sağ/sol vena safena magna'da VDDK vasküler BS'li hastalarda daha yüksekti. Ancak derin ven olan popliteal venede VDDK ölçümü açısından vasküler Behçet hastaları ile diğer gruplar arasında fark saptanmadı (Tablo 2). Tek taraflı DVT'si olan 12 hastada, etkilenen ile etkilenmeyen VDDK karşılaştırıldı ve iki taraf arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

Önceki bir çalışmada, BS olanlarda CFV'de VDDK anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Yine vasküler BS'li hastalarda yüzeysel ve derin VDDK, damar tutulumu olmayan Behçet hastaları ve sağlıklı kontrollere göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda vasküler BS'de tüm yüzeysel damarlarda anlamlı farklılık saptandı. Non-enflamatuvar DVT hastaları ile yapılan bir çalışmada VDDK sağlıklı tarafa göre yüksek olduğu gösterilmiştir. Ancak çalışmamızda vasküler BS hastalarına baktığımızda sağlıklı VDDK da artış gözlenmiştir. Bu bağlamda kökeni bilinmeyen DVT'li hastalarda sağlıklı damarlarda VDDK ölçülmesi belki de BS tanısında bize yol gösterebilir. Yüzeysel damarlarda derin damarlara göre daha yavaş kan akışı, bu damarların enflamatuvar sitokinlere maruz kalma süresini uzatabilir. Bu, yüzeysel VDDK daha belirgin bir artışa neden olabilir.

**Sonuç:** Bu çalışmada BS'li hastalarda damar tutulumunu öngörmek için bir yöntem araştırmak istedik. Vasküler BS olan hastalarda yüzeysel VDDK belirgin bir artış bulduk. Behçet hastalarında yüzeysel VDDK ölçülmesi vasküler tutulumu öngörmeye etkili bir yol olabilir. Ayrıca DVT ile başvuran hastalarda sağlıklı VDDK ölçmek bize bu hastada vasküler BS veya non-enflamatuvar durum için yol gösterici olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet sendromu, damar duvar kalınlığı, vasküler tutulum

Tablo 1. Demografik ve klinik özellikler

	SK	AS	Mukokutanöz BS	Vasküler BS	p
Yaş	49±9,4	44,4±9,7	43,7±9,5	43,7±12,1	0,033
Cinsiyet					
Erkek	8 (26,7)	13 (43,3)	10 (33,3)	16 (53,3)	
Kadın	22 (73,3)	17 (56,7)	20 (66,7)	20 (66,7)	0,162
Sigara	13 (43,3)	12 (40)	9 (30)	15 (50)	0,460
BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	25,1±3,7	26,5±2,9	25,2±4	24,9±4,5	0,363
ESR (mm/H)	8 (8,3)	11,5 (19)	10 (13,3)	7 (12)	0,387
CRP (mg/L)	3,71,95 (3,8)	3,3 (5,9)	2 (4,8)	2,4 (6,7)	0,137

CRP: C-reaktif protein, ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı, BKİ: Beden kitle indeksi, AS: Ankilozan spondilit, BS: Behçet sendromu, SK: Sağlıklı kontrol

Tablo 2. Venöz duvar kalınlığının değerlendirilmesi

	SK	AS	Mukokutanöz BS	Vasküler BS	p
Sağ CFV	0,13±0,02	0,13±0,02	0,14±0,02	0,14±0,04	0,246
Sol CFV	0,12±0,02	0,12±0,03	0,13±0,02	0,13±0,04	0,399
Sağ FV	0,13±0,02	0,12±0,03	0,12±0,02	0,15±0,08	0,357
Sol FV	0,12±0,02	0,11±0,02	0,12±0,02	0,16±0,07	0,001
Sağ VSM distal	0,14±0,08	0,18±0,12	0,20±0,14	0,40±0,22	<0,001
Sol VSM distal	0,14±0,10	0,16±0,09	0,18±0,10	0,39±0,18	<0,001
Sağ VSP	0,19±0,16	0,18±0,12	0,27±0,19	0,47±0,27	<0,001
Sol VSP	0,20±0,19	0,17±0,12	0,26±0,18	0,44±0,24	<0,001
Sağ PV	0,12±0,02	0,13±0,03	0,13±0,02	0,19±0,18	0,05
Sol PV	0,12±0,02	0,13±0,03	0,13±0,02	0,21±0,31	0,095

CFV: Common femoral ven, FV: Femoral ven, VSM: Vena safena magna, VSP: Vena safena parva, PV: Popliteal ven, AS: Ankilozan spondilit, SK: Sağlıklı kontrol, BS: Behçet sendromu

## PS-093

### Psöriatik artritli hastalarda apikal fibrozis ve intersitisyel akciğer hastalığı: Azımsanan bir problem mi?

Gizem Ayan<sup>1</sup>, Emine Büşra Ata<sup>2</sup>, Gamze Durhan<sup>3</sup>, Macit Arıyürek<sup>3</sup>, Umut Kalyoncu<sup>1</sup>

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

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

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

**Amaç:** Spondiloartrit hastalarında, özellikle de Ankilozan spondilit'te apikal fibrozis başta olmak üzere akciğer tutulumları görülebilmektedir. Bu çalışmada psöriatik artrit (PsA) hastalarında akciğer tutulumunun gerçek yaşam verilerini sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** 2010-2020 arasında PsA ICD-10 kodu olan ve toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) hastane sisteminde kayıtlı olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Bu tarihler arasında 1072 PsA hastasının 80'inde toraks BT vardı. Tüm BT'ler hastanın öyküsünden bağımsız bir radyolog tarafından değerlendirildi; bulgular parankimal, hava yolu, plevral bulgular ve lenfadenopati (LAM) olarak kategorize edildi. Belirli bir patolojiye radyolojik olarak atfedilen bulgular not edildi. Hastaların demografik verileri, sigara içiciliği, klinik verileri toplandı ve analiz edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya ortalama (SS) yaş 56,1 (13,2) yıl olan 80/1072

(%7,4;52/80 kadın) PsA hastası dahil edildi. Medyan (IQR) PsA süresi 23,5 (55,75) aydı ve 36 (%45) hastada periferik, 29 (%36,3) hastada aksiyal tutulum vardı. Geri kalan 15 (%18,7) hastanın radyografik değerlendirmesi mevcut değildi. Sigara durumu 47 hastada belirlendi (hiç içmemiş=%40,4, öyküde=%19,1, sigara içen=%40,4). Hastaların %65'inde parankimal bulgular non-spesifik değişiklikler olarak (atelektazi, n=35; nodüller, n=24; buzlu cam opasitesi, n=9; sekel-fibroz, n=9; amfizem, n=7; konsolidasyon, n=5, interstisyel kalınlaşma, n=5; pulmoner kist, n=4) ve spesifik değişiklikler olarak; apikal fibroz (AF) (n=5) ve intersitiyel akciğer hastalığı (İAH) olarak görüldü. Üç (%3,7) hastada AF'ye atfedilebilecek spesifik bir patoloji yoktu ve tamamı erkekti (Tablo 1). Hastaların %28,8'inde hava yolu bulguları (bronşektazi, n=17, bronşiyal duvar kalınlığı, n=10, hava hapsi, n=7, sentrilobüler opasite, n=4) ve %13,8'inde plevral bulgular görüldü (plevral plak, n=5, efüzyon, n=3, kalınlık, n=3). Hastaların yaklaşık %4'ünde LAM gözlemlendi.

**Sonuç:** Gerçek yaşam deneyimi, pulmoner bulguların değişken spesifik ve spesifik olmayan bulguları içerdiğini göstermiştir. Ancak sonuçların PsA kohortumuzun yaklaşık %8'inin BT bulgularını temsil etmesi bir limitasyondur. İAH ve erkek baskın apikal fibrozis ileriki çalışmalarda daha fazla dikkat gerektiren bulgular olarak ortaya çıkmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Psöriatik artrit, akciğer, apikal fibrozis

**Tablo 1.** Apikal fibrozis ve intersitisyel akciğer hastalığı olan hastaların klinik özellikleri

ID	Tutulum	Cinsiyet (K/E)	Yaş (yıl)	PsA süresi (ay)	Aksiyel hastalık (evet/hayır)	Sigara durumu	Paket-yıl	Eşlik eden akciğer hastalığı (evet/hayır)	Radyolog tarafından atfedilen bir patoloji (evet/hayır)
ID-1	AF	E	58	2	Hayır	İçiyor	40	Hayır	Hayır
ID-2	AF	E	61	1	Hayır	İçiyor	40	Hayır	Hayır
ID-3	AF	E	73	122	Evet	Ex	30	Hayır	Hayır
ID-4	AF	K	55	1	Evet	NA	NA	Hayır	Evet*
ID-5	AF	K	65	#	NA	Hiç	-	Evet€	Evet€
ID-6	NSIP	K	96	NA	NA	Hiç	-	Hayır	Hayır
ID-7	NSIP	E	69	NA	NA	Ex	15	Evet\$	Hayır
ID-8	NSIP	K	66	156	Hayır	NA	NA	Evet\$	Hayır
ID-9	LIP	E	61	200	Evet	Hiç	-	Hayır	Hayır
ID-10	LIP	K	80	14	Evet	NA	NA	Hayır	Hayır

AF: Apikal fibrozis; NSIP: Non-spesifik interstisyel pnömoni, LIP: Lenfositik interstisyel pnömoni, PsA: Psöriatik artrit, NA: Bilinmiyor  
\*: radyoterapi sekeli, #: Tomografi PsA tanısından önce çekilmiş, €: Önceki tüberküloz enfeksiyonu, \$: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı

## Psöriatik artrit hastalarında anksiyete: HUR-BIO biyolojik kayıtlarından elde edilen sonuçlar

Gizem Ayan, Bayram Farisoğulları, Emre Bilgin, Ertuğrul Çağrı Bölek, Gözde Kübra Yardımcı, Emine Duran, Zehra Özsoy, Güllü Sandal Uzun, Levent Kılıç, Ali Akdoğan, Ömer Karadağ, Şule Apraş Bilgen, Sedat Kiraz, Ali İhsan Ertenli, Umut Kalyoncu

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

**Amaç:** Anksiyete, psöriatik artritli (PsA) hastalarda yaygın olarak görülen, hafife alınan bir sorundur. Genel oran %20 civarında bildirilmiştir. Ancak ileri tedavi modaliteleri gerektiren PsA hastalarında anksiyete ve tedavi sonrası değişikliğine ilişkin veriler azdır. Amacımız biyolojik ajanlara başlamadan önce anksiyete sıklığını ve tedavi ile anksiyete skorlarındaki değişimi anlamaktır.

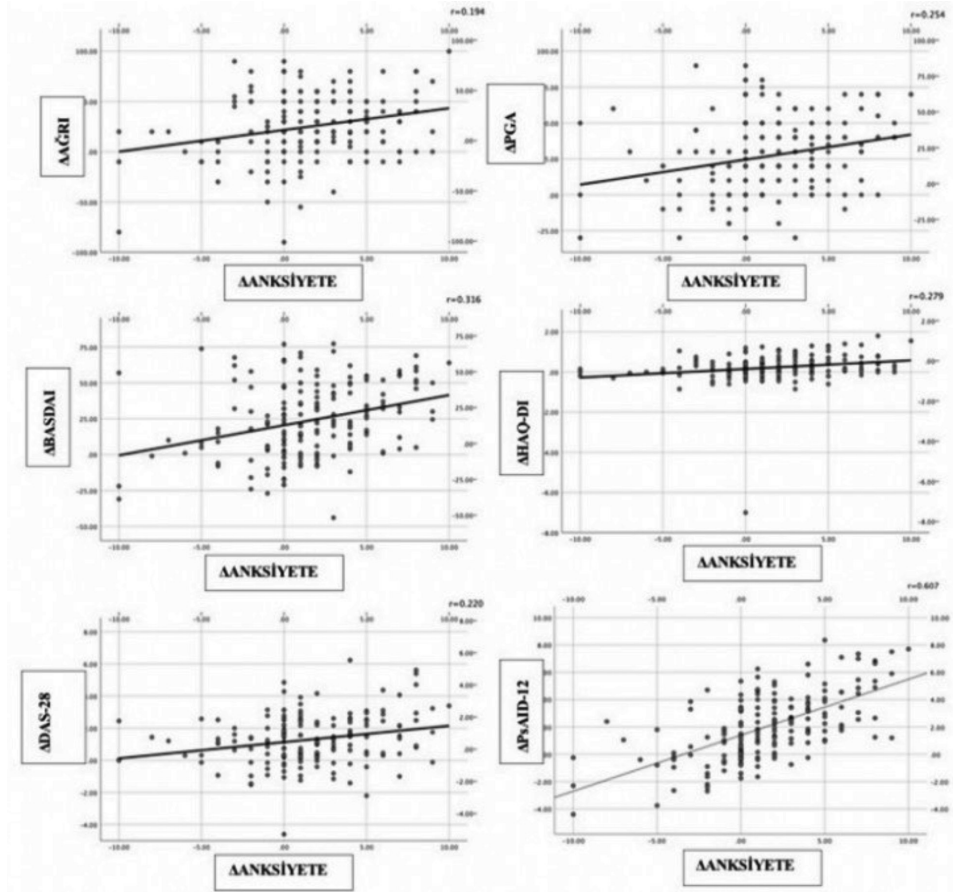
**Yöntem:** Hacettepe Üniversitesi biyolojik veri tabanından (HUR-BIO) PsA hastaları, Psöriatik artrit hastalığının etkisi anketine (PSAID-12) dahil edilen 0-10 sayısal bir ölçekte hastanın kendi bildirdiği anksiyete ölçüsü kullanılarak anksiyete ( $\geq 4$  skor; yüksek,  $< 4$  skor; düşük anksiyete düzeyi) için değerlendirildi. Anksiyete oranı ve skorları biyolojik ajanlara başlamadan önce ve 6 ay

içinde ilk vizitte belirlendi. Anksiyete skorlarındaki değişim olumlu tedavi yanıtına göre değerlendirildi. Ayrıca anksiyete puanları ile tedaviye yanıt parametrelerindeki puan değişimi arasındaki korelasyon spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi.

**Bulgular:** Kayıtlı 520 hastadan 147'sinde [ortalama (SS) yaş 43,3 (12,4) yıl, %70,7 kadın] hem tedavi başlangıcında hem de 6. ayda ilk vizitte anksiyete puanı vardı (Tablo 1). Anksiyetenin hem düzeyi hem de ortalama (SS) skorları ortalama (SS) 105,7 (22,2) günlük bir takipten sonra azaldı [sırasıyla %63,9'a karşı %41,4, sırasıyla 4,8'e (3,4) karşı 3,2 (3,1), her ikisi için  $p < 0,001$ ]. Anksiyete puanlarındaki değişiklikler de ağrı, PGA, BASDAI, HAQ-DI ve DAS-28 ve PSAID-12'deki tedavi yanıtlarıyla benzer bir eğilimi izledi. Anksiyetedeki değişiklik ile tedavi yanıtı için test edilen tüm parametreler arasında da pozitif bir ilişki vardı (Tablo 2 ve Resim 1).

**Sonuç:** PsA'da anksiyete sıklığı metaanalizlerde %20 sıklıkla saptanmaktadır. Öte yandan biyolojik DMARD öncesinde yüksek anksiyete düzeyi yaklaşık 2/3 hastada saptanmıştır. Tedavi altındaki 6 ayda oranlar hala yüksek, ancak anksiyetenin hem sıklığı hem de skoru tedavi yanıtına paralel olarak azalma eğilimi göstermektedir. PsA'da anksiyete hem hastalık ilişkili, hem de aktivite ve muhtemelen de tedavi ilişkili bir problemdir. Hasta yönetiminde hastaların anksiyeteleri mutlaka dikkate alınmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Psöriatik artrit, anksiyete, bDMARD



Resim 1. Anksiyete skorlarında değişim ile tedavi cevabındaki değişimin korelasyonu



**Tablo 1.** Hastaların anksiyete düzeyine göre başlangıçtaki demografik/ klinik özellikleri

	Toplam N=147	Yüksek anksiyete düzeyi olan hastalar N=94	Düşük anksiyete düzeyi olan hastalar N=53	p
Yaş, ortalama (SS)	43,3 (12,4)	43,2 (12,9)	43,5 (11,4)	0,761
Kadın, n (%)	70,7	73,4	66	0,352
Psöriazis süresi, yıl§	12 (4-20)	12 (3-19)	12 (4,75-24)	0,661
Psöriatik artrit süresi, yıl§	1 (0-5)	1 (0-5)	1 (0-5)	0,344
DAS-28*	3,9 (1,3)	4 (1,3)	3,7 (1,3)	0,285
HAQ-DI*	0,75 (0,53)	0,84 (0,53)	0,58 (0,48)	0,003
BASDAI*	6,1 (2,1)	6,4 (1,9)	5,5 (2,1)	0,003
CRP*	1,7 (2,3)	1,7 (2,1)	1,8 (2,5)	0,843
Ağrı-VAS*	6,8 (2,3)	7,1 (1,9)	6,4 (2,8)	0,486
PGA-VAS*	6,5 (2,1)	6,7 (1,8)	6,3 (2,5)	0,589
PsAID-12*	6,3 (1,7)	6,8 (1)	3,1 (1,9)	0,002

§=medyan (IQR), \*=ortalama (SS)

SS: Standart sapma, BASDAI: Bath ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi, CRP: C-reaktif protein (mg/dL); DAS-28: Hastalık aktivite skoru-28, PGA: Hasta global değerlendirme, HAQ-DI: Sağlık değerlendirme anketi engellilik indeksi, PsAID, Psoriatik Artrit Hastalığının Etkisi, VAS: Görsel Analog Skala

**Tablo 2.** Hastaların tedavi yanıtına göre anksiyete skorundaki değişim

İyi tedavi yanıtı	Yanıt (n)	▲Anksiyete skor*	p	▲Anksiyete (r)	p
▲Ağrı ≥20 mm	Evet=98 Hayır=49	2,2 (3,6) 0,5 (3,9)	0,017	0,194	0,011
▲PGA ≥20 mm	Evet=104 Hayır= 43	2,3 (3,7) 0,3 (3,7)	0,002	0,254	0,001
▲BASDAI ≥20 mm	Evet=85 Hayır=62	2,9 (3,4) 0,1 (3,7)	<0,001	0,316	<0,001
▲HAQ-DI ≥0,22	Evet=70 Hayır=73	2,7 (3,2) 0,9 (4,1)	0,023	0,279	<0,001
▲DAS-28≥1,2	Evet=75 Hayır=67	2,3 (3,9) 0,9 (3,5)	0,036	0,220	0,004
▲ PsAID-12≥3,5	Evet=41 Hayır=106	4,2 (3) 0,7 (3,6)	<0,001	0,607	<0,001

\*=ortalama (SS)

SS: Standart sapma, BASDAI: Bath ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi, CRP: C-reaktif protein (mg/dL), DAS-28: Hastalık aktivite skoru-28, PGA: Hasta global değerlendirme, HAQ-DI: Sağlık değerlendirme anketi engellilik indeksi, PsAID: Psoriatik artrit hastalığının etkisi

## PS-095

### Siddetli pansitopeni ile prezente olan SLE olgusu

Koray Ayar<sup>1</sup>, Hilmi Erdem Gözden<sup>2</sup>, Esra Öztürk<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Bursa

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Hematoloji Bölümü, Bursa

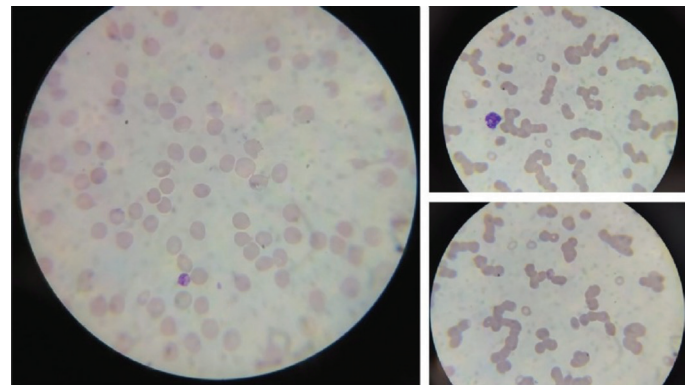
<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Bursa

**Amaç:** SLE'de hematolojik tutulum sık olsa da ciddi sitopeni oldukça nadirdir. Biz burada ciddi pansitopeni ile prezente olan ve kemik iliği fibrozisi tespit edilerek mikofenolat ve steroid kombinasyonu ile başarılı bir şekilde tedavi edilen bir SLE olgusu sunuyoruz.

**Olgu:** Yirmi yaşında kadın hasta 3 aydır olan halsizlik, eklem ağrısı, saç dökülmesi ve bacaklarda peteşi tarzı deri döküntüleri olması nedeniyle tetkik edildi. Tetkiklerinde ANA 1/2560 ince benekli paternde pozitif tespit edildi. ENA profilde; SSA (Ro-60), SSA (R0-52), SSB, ds-DNA, histon, nükleozom antikorları pozitif tespit edildi. Direkt Coombs testi pozitif, eritrosit sedimantasyon hızı 128 mm/saat ve ferritin düzeyi de 260 ng/mL ölçüldü. Tam kan tetkikinde beyaz küre 700/mL, hemoglobin 6 g/dL, trombosit 7000/mL tespit edildi. Kemik iliği biyopsisi yapılan hastada kemik iliği yaşa göre hiposellüler tespit edildi ve hemofagositoz görülmedi ancak kemik iliğinde fibrozis varlığı tespit edildi (Resim 1). Radyolojik görüntülemelerde her 2 servikal zincirde çoklu reaktif görünümülü patolojik boyutta lenf nodları ve batında yaygın serbest mai tespit edildi. Hastaya SLE ve immün sitopeni tanısı kondu. Hastaya 2 gün 1 gram metilprednizolon pulse tedavisi verildi ve devamında 1 mg/kg dozdan tedaviye devam edildi. Mikofenolat mofetil kademeli olarak başlanarak 2\*1000 mg dozuna çıkıldı ve hidroklorokin 2\*200 mg verildi. Tedavinin 1. ayında yapılan değerlendirmesinde tüm klinik bulguların gerilediği ve tam kan değerlerinde düzelme olduğu görüldü (kontrol tam kan: beyaz küre 2680/mL, nötrofil 2330/mL hemoglobin 9,3 g/dL, trombosit 144000/mL).

**Sonuç:** SLE'de derin sitopenisi olan olgularda hemofagositik sendrom eşlik edebilir. Hemofagositik sendromun olmadığı olgularda ise derin sitopeni oldukça nadirdir. Sunduğumuz olguda hemofagositik sendrom ekarte edilmiş ve hastanın kemik iliğinde fibrozisin olduğu görülmüştür. Sunduğumuz olguda 1 aylık immünoşüpresif tedavi sonucunda kan değerlerinde anlamlı düzelme tespit edilmiştir. Literatürde raporlanan olgularda SLE'ye eşlik eden derin sitopenili olgularda tedavi yanıtı oldukça zayıftır. Sunduğumuz olguda erken dönemde başlanan immünoşüpresif tedavinin kemik iliğindeki mikroçevrede kalıcı fibrozis oluşmasına neden olabilecek immün destrüktif etkiyi engellemiş olabileceğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Kemik iliği fibrozisi, SLE, Sitopeni, Mikofenolat mofetil



**Resim 1.** Tedavi öncesinde periferik yaymada tespit edilen hiposellülerite

**Psöriatik artrit gerçekten seronegatif midir?**

Gizem Ayan<sup>1</sup>, Nilüfer Ecem Gezerer<sup>2</sup>, Bayram Farisoğulları<sup>1</sup>, Emre Bilgin<sup>1</sup>, Ertuğrul Çağrı Bölek<sup>1</sup>, Gözde Kübra Yardımcı<sup>1</sup>, Emine Duran<sup>1</sup>, Zehra Özsoy<sup>1</sup>, Güllü Sandal Uzun<sup>1</sup>, Levent Kılıç<sup>1</sup>, Ali Akdoğan<sup>1</sup>, Ömer Karadağ<sup>1</sup>, Şule Apraş Bilgen<sup>1</sup>, Sedat Kiraz<sup>1</sup>, Ali İhsan Ertenli<sup>1</sup>, Umut Kalyoncu<sup>1</sup>

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

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

**Amaç:** Psöriatik Artrit (PsA), seronegatif bir enflamatuvar artrit grubu olarak sınıflandırılmaktadır. Ancak son yıllarda psöriazis ve PsA hastalarında farklı oto-antikorlar tanımlanmaktadır. Amacımız, biyolojik ajanlarla tedavi edilen bir PsA hasta kohortunda yaygın olarak kullanılan otoantikorlar için gerçek hayattaki seropozitiflik oranlarını saptamaktır.

**Yöntem:** Hacettepe Üniversitesi biyolojik veri tabanındaki (HUR-BIO) PsA hastaları çalışmaya dahil edilmiştir. Demografik özellikleri, ilk biyolojik DMARD başlamadan önce ve başladıktan sonra anti-nükleer antikor (ANA), romatoid faktör (RF) ve anti-siklik sitriline peptit (CCP) sonuçları not edilmiştir. ANA alt tipleri 1. Uluslararası Konsensus Raporu'na göre AC1/29 olarak kaydedilmiştir.

**Bulgular:** Beş yüz yirmi PsA hastasından ANA, 104 [ortalama (SS) yaş: 43,5 (12,7) yıl; K:E=84:20], RF 310 [ortalama (SS) yaş: 43,3 (12,5) yıl; K:E= 225/85], anti-CCP 144 [ortalama (SS) yaş: 44,3 (12); K:E=110/34] hastada biyolojik tedavi başlangıcından önce test edildi. Hastaların %69,2'sinde biyolojik başlamadan önce en az bir otoantikor pozitifliği vardı. ANA, 132 [ortalama (SS) yaş: 46,7 (11,6) yıl; K:E=97/35], RF 278 [ortalama (SS) yaş: 47,9 (11,9) yıl; K:E= 211/67], anti-CCP 97 [ortalama (SS) yaş: 48,6 (12,1) yıl; K:E=75/22] hastada biyolojik tedavi başlangıcından sonra test edildi. Hastaların %78,7'sinde ikinci değerlendirmede en az bir otoantikor için seropozitifliği (Tablo 1). En sık görülen ANA alt tipi biyolojik ajan tedavisi öncesi AC4-5 ve sonrası AC1-4-5 idi (Tablo 2). ANA-pozitif hastalarda anlamlı olarak daha yüksek kullanım oranları ile tek fark, IFX ile tedavi edilen hastalarda (n=25) gözlemlendi (p=0,001).

**Sonuç:** Özgün olmayan oto-antikorlardan ANA, PsA hastalarında nadir olmayarak pozitifdir. Anti-TNF tedavi sonrası bu pozitiflik oranında artış görülmektedir. RF ve anti-CCP gibi oto-antikorlar da yaklaşık %10 hastada pozitiflik göstermektedir. PsA'da yakın zamanda saptanmaya başlanan oto-antikor pozitiflikleri, örneğin LL-37, ADAMTSL5, PsA'da oto-antikorlar üzerinde daha fazla durulması gerekliliğini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Psöriatik artrit, otoantikor, seroloji

**Tablo 1.** Hastaların biyolojik tedavi öncesi ve sonrası demografik özellikleri ve ANA, RF, Anti-CCP test sonuçları

		Biyolojik tedavi öncesi	Biyolojik tedavi sonrası
ANA	Yaş, ortalama (SS), yıl	43,5 (12,7)	46,7 (11,6)
	Cinsiyet, K:E	84:20	97:35
	Test ve biyolojik başlangıç arasındaki zaman aralığı, medyan (IQR), ay	7,4 (0,8-17,8)	32,6 (14,9-72,3)
	Pozitiflik, n (%)	42/104 (40,4)	73/132 (55,3)
	Titre, n (%)*		
	1/100	28 (66,6)	38 (52)
1/160	7 (16,7)	14 (19,1)	
1/320	7 (16,7)	17 (23,2)	
1/1000	0	3 (4,1)	
RF	Yaş, ortalama (SS), yıl	43,3 (12,5)	47,9 (11,9)
	Cinsiyet, K:E	225/85	211/67
	Test ve biyolojik başlangıç arasındaki zaman aralığı, medyan (IQR), ay	4,1 (0,4-16,8)	31,6 (13,1-64,1)
	Pozitiflik, n (%)	30/310 (9,6)	32/278 (11,5)
	Titre, IU/ml	28,7 (22,4-98,5)	28,9 (21,9-110)
CCP	Yaş, ortalama (SS), yıl	44,3 (12)	48,6 (12,1)
	Cinsiyet, K:E	110/34	75/22
	Test ve biyolojik başlangıç arasındaki zaman aralığı, medyan (IQR), ay	3,2 (0,3-11,5)	35,1 (12,4-75,4)
	Pozitiflik, n (%)	12/144 (8,3)	11/97 (11,3)
	Titre, IU/ml	139,1 (20,4-250)	67,5 (16,7-139)
RF+Anti-CCP birlikte pozitifliği, n (%)		4/138 (2,8)	6/97 (6,3)
En az bir otoantikor pozitifliği, n (%) **		72/104 (69,2)	100/127 (78,7)
Üçlü otoantikor negatifliği, n (%)		32/104 (30,7)	27/127 (21,2)

ANA: Anti-nükleer antikor, RF: Romatoid faktör, Anti-CCP: Anti-Siklik sitriline peptit, K: Kadın, E: Erkek, IQR: Çeyrekler arası aralık, IU/ml: Millilitre başına uluslararası birim

\*Biyolojik tedavi sonrası ANA pozitifliği olan hastalarda bir hasta için alt tip verilmedi.

\*\*Toplam hasta sayısı, en az bir pozitif testi olan hastaları ve üçlü negatif hastaları içerir, herhangi bir otoantikor hakkında eksik verisi olan hastalar hariç tutulmuştur.

**Tablo 2.** ANA alt tipleri

	Biyolojik tedavi öncesi, n			Biyolojik tedavi sonrası, n*			
	1/100	1/160	1/320	1/100	1/160	1/320	1/1000
AC2	6	1	0	9	2	0	0
AC3	0	0	0	0	0	1	0
AC8	2	0	0	1	0	0	0
AC1-AC8	0	0	1	0	0	0	0
AC2-AC8	0	1	1	0	0	0	0
AC1-AC15	0	0	0	1	0	0	0
AC4-AC5	11	2	1	11	2	1	0
AC1-AC4-AC5	1	1	2	6	9	13	3
AC2-AC4-AC5	0	0	0	1	1	0	0
AC4-AC5-AC8	2	0	0	1	0	0	0
AC4-AC5- sitoplazmik	3	1	1	1	0	0	0
AC1-AC4-AC5- sitoplazmik	1	1	0	6	0	2	0
AC4-AC5-AC8- sitoplazmik	2	0	1	0	0	0	0
AC1-AC4-AC5-AC11	0	0	0	1	0	0	0

ANA: Anti-nükleer antikor

\*Alt tip bir hasta için verilmemiştir.

## PS-097

### Sertolizumab pegol sonrası tümeaktif demiyelinizan lezyon

Güneş Dorukhan Çavuşoğlu<sup>1</sup>, Erkingül Birday<sup>2</sup>, Abdulkadir Ermiş<sup>2</sup>, Meryem Can<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Istanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Istanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

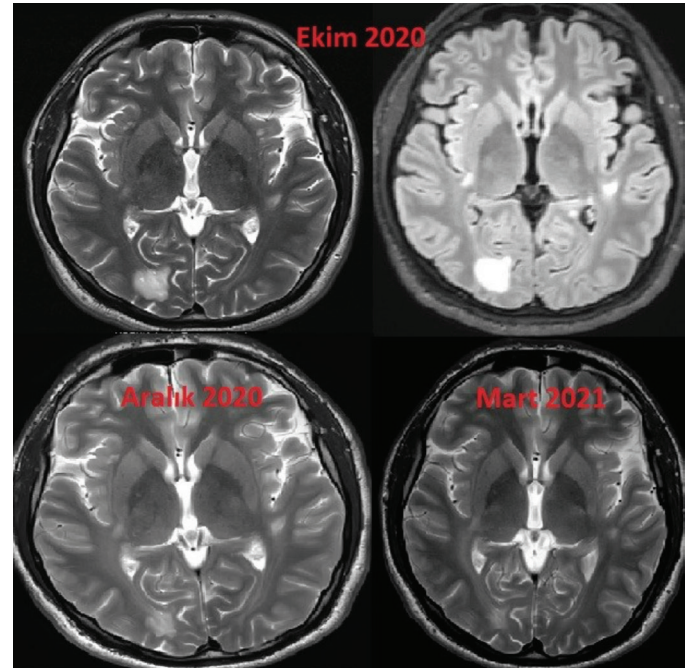
<sup>3</sup>Istanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

**Giriş:** Tümör nekrozis faktör alfa (TNF- $\alpha$ ) inhibitörleri demiyelinizasyon yapan hastalıklarla ilişkilendirilmiştir. Biz burada, sertolizumab pegol sonrası beyinde tümeaktif demiyelinizan lezyon gelişen hastamızdan bahsedeceğiz.

**Olgu:** Yirmi dokuz yaşındaki erkek hastamız, 2010'da ankilozan spondilit tanısı almış ve 2012-2014 arasında adalimumab kullanmış. Ardından 6 ay etanersept kullanmış ve 2016'da sertolizumab pegol'e geçilmiş. 2020'de puslu görme ve odaklanamama şikayetleriyle intermediate üveit tanısı aldı. Fizik muayenesinde servikal ve lomber hareket açıklığı normal ve ağrısızdı. Nöroloji muayenesinde görme alanı defekti bulunan hastamızın, kranial MR'sinde sağ oksipital alanda kontrast tutulumu gösteren tümeaktif demiyelinizan lezyon görüldü. Hemogram, CRP, ESR, anti SS-A, anti SS-B ve Brucella Coombs'lu Wright testi negatifti. ANA 1:100 pozitif. Etiyoloji açısından yapılan BOS analizinde glukoz, klor ve protein normaldi. BOS kültüründe üreme olmadı. Oligoklonal band(+) ve IgG index: 0,66 saptandı. Atipik hücre görülmedi. Takibinde sertolizumab pegol kesildi, pulse steroid (1 g/gün, 5 gün) ile oral steroid uygulandı. Kliniği tamamen düzelen hastamızın kontrol MR'larında lezyon geriledi (Resim 1). Boyun ağrısı ve hareket kısıtlılığı olunca sekukinumab başlandı.

**Sonuç:** Literatürde TNF- $\alpha$  inhibitörü ilişkili demiyelinizan lezyon görülen olgular bildirilmiş olup tümeaktif demiyelinizan lezyon gelişen olgu sayısıysa çok daha azdır ve hiçbiri sertolizumab pegol'e bağlı değildir. Bizim olgumuzda tümeaktif demiyelinizan lezyon, sertolizumab pegol kullanırken gelişmiş olup her ne kadar yıllar geçmiş olsa da hastamızın geçmişinde diğer TNF- $\alpha$  inhibitörlerinin de olması olgumuzu karmaşıklaştırmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Ankilozan spondilit, sertolizumab pegol, TNF-alfa inhibitörü, tümeaktif demiyelinizan lezyon



**Resim 1.** MR'ler ile lezyon boyutlarının kıyaslanması  
Sağ oksipital aktif demiyelinizasyon alanı küçüldü ve kontrastlanması kayboldu

MR: Manyetik rezonans

PS-098

## Takayasu arteriti hastalarında COVID-19 hastalığının seyri: Olgu serisi

Gizem Sevik, Seda Kutluğ Ağaçkiran, Kerem Yiğit Abacar, Alida Aliyeva, Haner Direskeneli, Fatma Alibaz Öner

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

**Amaç:** Romatolojik hastalığı olan ve immünoşüpresif tedavi alan hastalarda koronavirus-2019 (COVID-19) hastalığının seyriyle ilgili literatürde pek çok çalışma bulunsa da nadir bir büyük damar vaskülitisi olan Takayasu arteriti (TAK) hastaları ile ilişkili oldukça sınırlı veri bulunmaktadır. Bu bildiride kliniğimizde takipli olan TAK hastalarından COVID-19 hastalığı geçirmiş olanların özelliklerini sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** Şubat-Mart 2021 tarihleri arasında, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Kliniğinde takipli olan TAK hastalarından 118 hastaya telefonla veya hastane ziyaretleri sırasında ulaşıldı. Hastalara pandemi süresince COVID-19 hastalığı geçirip geçirmediği; COVID-19 geçirdiği öğrenilen hastaların ise almakta oldukları tedaviler, enfeksiyon ilişkili semptomları, hastane yatış olup olmadığı soruldu. Hastaların demografik verileri, ek hastalıkları, TAK ile ilgili verileri dosyalarından elde edildi.

**Bulgular:** On beş TAK hastasının (13K/2E) pandemi süresince PCR ile konfirme edilmiş COVID-19 enfeksiyonu geçirdiği saptandı. Yaş ortalaması 42,5±12,0 yıl olan hastaların 4'ünde eşlik eden hipertansiyon, 1'inde diyabet, 3'ünde koroner arter hastalığı mevcuttu. Dokuz hasta enfeksiyon sırasında prednizon tedavisi almaktaydı, 12 hasta konvansiyonel sentetik DMARD, 7 hasta biyolojik DMARD almakta, 1 hasta ise immünoşüpresif tedavi kullanmamaktaydı. COVID-19 tanısı öncesi son romatoloji poliklinik kontrollerinde 6 hastanın aktif hastalığı olduğu tespit edildi. COVID-19 tanısı anında hastalarda en sık görülen semptomların halsizlik, öksürük ve ateş olduğu saptandı. On beş hastanın 2'si COVID-19 nedeniyle hastanemize interne edildi. Yatış gereken hastalardan 1'i tanı anında infliksimab, metotreksat ve prednizon 5 mg/gün tedavileri almaktaydı; 5 günlük servis izlemi sonrasında eksterne edildi. Diğer hasta TAK için leflunomid ve prednizon 7,5 mg/gün tedavileri almaktaydı ve eşlik eden ağır astım ve kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyon tanıları mevcuttu; astım alevlenmesi nedeniyle 4 gün yoğun bakım ünitesinde olmak üzere toplam 30 günlük hastane yatışı sonrası taburcu edildi. COVID-19 geçirme öyküsü olan 15 hastanın tamamında enfeksiyon sonrası tam iyileşme olduğu saptandı.

**Sonuç:** Bu olgu serisinde TAK hastalarında COVID-19 ilişkili mortalite riskinde belirgin bir artış olmadığı gözlenmiş olsa da kesin sonuçlar için daha fazla hastayla yapılacak çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, immünoşüpresif tedavi, Takayasu arteriti

PS-099

## Psöriazis hastalarında psöriatik artrit tarama testi: Birinci delfi sonuçları

Gizem Ayan<sup>1</sup>, Gülen Hatemi<sup>2</sup>, Gerçek Can<sup>3</sup>, Murat Bektaş<sup>4</sup>, Ayşe Özdede<sup>2</sup>, Neslihan Akdoğan<sup>5</sup>, Başak Yalıcı Armağan<sup>5</sup>, Eda Öksüm Solak<sup>6</sup>, Serkan Yazıcı<sup>7</sup>, Esra Özsoy Adışen<sup>8</sup>, Nilgün Atakan<sup>9</sup>, Emel Bülbül Başkan<sup>7</sup>, Murat Borlu<sup>6</sup>, Burhan Engin<sup>10</sup>, Vedat Hamuryudan<sup>2</sup>, Murat İnanç<sup>4</sup>, Sedat Kiraz<sup>1</sup>, Fatoş Önen<sup>3</sup>, Serdal Uğurlu<sup>2</sup>, Savaş Yaylı<sup>11</sup>, Umut Kalyoncu<sup>1</sup>

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

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

<sup>3</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

<sup>4</sup>İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>5</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara

<sup>6</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Kayseri

<sup>7</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Bursa

<sup>8</sup>Gazi Üniversitesi Gazi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara

<sup>9</sup>Dermatoimmünoloji ve Alerji Derneği Başkanı

<sup>10</sup>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>11</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Trabzon

**Amaç:** Psöriatik artrit (PsA), farklı hastalık belirtileri olan heterojen bir hastalıktır. PsA için optimal bir tarama aracı hala karşılanmamış bir ihtiyaçtır. Bu çalışmada farklı paternlerde tutulumu olan hastaları tespit edebilecek yeni bir tarama aracı için aday olabilecek parametreleri tespit etmek amacıyla yapılan delfi sonuçlarını sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** İlk aşamada Pubmed'de 15 Ağustos 2020'ye kadar 'psoriatic arthritis' anahtar kelimesini kullanarak bir sistematik literatür taraması yapıldı. On bir soru setindeki her bir soru delfi setine dahil edildi. Sorular şu domainler altında sorgulandı; eklem, daktilit, entezit, sırt, deri-turnak bölgelerinin yanı sıra sabah tutukluğu, işlev, tedavi ve diğerleri. Psöriazis hastalarında PsA taraması için aday maddeleri seçmek için on yedi uzman (9 dermatolog/8 romatolog) ve 15 PsA hastası birinci delfiye katıldı. Uzmanlar ve hastalar ifadeleri 1-5'li Likert ölçeğinde derecelendirdiler. Dört ve beş Likert puanı anlaşma olarak kabul edildi. Her iki grup tarafından ≥%66 anlaşma sağlanan parametreler seçildi.

**Bulgular:** On yedi uzman ve 15 hasta [kadın/erkek= 9/6, ortalama (SS) yaş 39,3 (10,9)] Delfiyi yanıtladı. Hastaların tutulum tipleri periferik (%73,4), aksiyel (%40), enteseal (%33,4) idi ve hastaların %14'ünde daktilit mevcuttu. Birinci Delfide katılımcılara toplam 85 soru soruldu. Delfide sorulan soru sayısı ve anlaşmaya varılan soru sayısı şu şekildeydi; eklem 21 vs 2, daktilit 5 vs 4, entezit 3 vs 1, sırt 11 vs 2, sabah tutukluğu 10 vs 0, deri-turnak 8 vs 0, fonksiyon 5 vs 0, tedavi 3 vs 0, diğerleri 19 vs 0. Hem uzman hem de hasta Delfisinin ilk tur sonuçları, farklı hastalık alanlarının (eklem,

daktilit, entezit, aksiyel) tutulumunu tespit etmeyi amaçlayan 9 maddeyi ikinci tura taşıdı (Tablo 1).

**Sonuç:** Ülkemiz şartlarına uygun olarak psöriazis hastalarında en uygun anket sorularının belirlenmesi amacıyla ilk delfi yapılmıştır. Buna göre PsA'nın heterojen yapısına uygun olacak şekilde eklem, daktilit, entezit ve aksiyel sistemi ilgilendiren sorular seçilmiştir. İkinci aşamada ülkemizdeki dermatoloji ve romatoloji uzmanlarına aday sorular sorulacaktır. En sonunda final tarama anketi oluşturulması planlanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Psöriazis, psöriatik artrit, delfi, tarama

**Tablo 1.** Delfi sonuçları

Tutulum	Parametre	Uzmanların üzerinde anlaşma sayıları ve yüzdeleri (n=17), n (%)	Hastaların üzerinde anlaşma sayıları ve yüzdeleri (n=15), n (%)
Eklem	Hiç eklem veya eklemlerinizde şişlik oldu mu?	15 (88,2)	15 (100)
	Hiç el veya ayak parmaklarınızdan birinde ya da herhangi bir ekleminizde herhangi bir nedene bağlı olmaksızın şişlik ve ağrı oldu mu?	14 (82,3)	10 (66,6)
	Hiç el veya ayak parmaklarınızdan birinde herhangi bir nedene bağlı olmaksızın komple şişlik ve ağrı oldu mu?	14 (82,3)	11 (73,3)
Daktilit	El veya ayak parmaklarının sosis görüntüsüne benzer şekilde şiştiğini farkettim	15 (88,2)	11 (73,3)
	Hiç resimde gösterildiği gibi travma sonucu olmayan sosis şeklinde şişmiş bir parmağınız veya ayak parmağınız oldu mu? (resim verilmiş)	12 (70,5)	11 (73,3)
	Hiç bir el/ayak parmağınızda şişlik oldu mu?	12 (70,5)	11 (73,3)
Entezit	Topuklarım ağrır ya da bazen şişer	12 (70,5)	10 (66,6)
	Sırtım ağrır, hareketle daha iyi ve geceleri daha kötü olur	13 (76,5)	10 (66,6)
Sırt	Geceleri bel ağrısı nedeni ile uyanır mısınız?	13 (76,5)	12 (80)

## PS-100

### Biyopsi kanıtlı lupus nefritli hastalarımızın tedavi sonuçları: 2001-2020 Hacettepe gerçek yaşam verileri

Emine Duran<sup>1</sup>, Tolga Yıldırım<sup>2</sup>, Umut Kalyoncu<sup>1</sup>, Arzu Taghiyeva<sup>3</sup>, Emre Bilgin<sup>1</sup>, Emine Arzu Sağlam<sup>4</sup>, Meral Üner<sup>4</sup>, Jabrail Jabrayilov<sup>2</sup>, Ertuğrul Çağrı Bölek<sup>1</sup>, Ceren Önal<sup>2</sup>, Bayram Farisoğulları<sup>1</sup>, Neriman Sıla Koç<sup>2</sup>, Gözde Kübra Yardımcı<sup>1</sup>, Sinem Girgin<sup>2</sup>, Gizem Ayan<sup>1</sup>, Zehra Özsoy<sup>1</sup>, Güllü Sandal Uzun<sup>1</sup>, Levent Kılıç<sup>1</sup>, Şeref Rahmi Yılmaz<sup>2</sup>, Ali Akdoğan<sup>1</sup>, Şule Apraş Bilgen<sup>1</sup>, Ömer Karadağ<sup>1</sup>, Sedat Kiraz<sup>1</sup>, Bülent Altun<sup>2</sup>, Yunus Erdem<sup>2</sup>, Mustafa Arıcı<sup>2</sup>, İhsan Ertenli<sup>1</sup>

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

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

<sup>3</sup>Hacettepe Üniversite Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

<sup>4</sup>Hacettepe Üniversite Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Bu çalışmada, sistemik lupus eritematozusta (SLE) önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olan lupus nefriti (LN) hastalarının merkezimize ait gerçek yaşam verilerinin sunulması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Bu retrospektif-tanımlayıcı çalışma, 2001-2020 yılları arasında en az bir kez böbrek biyopsisi yapılan Romatoloji ve Nefroloji kliniğinde takipli 116 LN hastasını içermektedir. Patoloji raporlarında biyopsi bulguları, Uluslararası Nefroloji ve Renal Patoloji Derneği (ISN/RPS) sınıflandırmasına göre belirtilmiştir. Hastaların demografik özellikleri, SLE özgül tutulumları, laboratuvar değerleri ve tedavi rejimleri hastane tıbbi kayıtlarından edinildi. Tam/parsiyel renal yanıt, ACR yanıt kriterlerine göre tanımlandı. İlk 2 yıl içinde tam renal yanıtı ulaşma süreleri Kaplan-Meier yöntemi ile analiz edildi.

**Bulgular:** LN tanılı 116 hastadan; 9'u (%7,8) evre 2, 14'ü (%12,1) evre 3, 74'ü (%63,8) evre 4, 10'u (%8,6) evre 5, 2'si (%1,7) evre 6, 3'ü (%2,6) evre 3 ve 5, 4'ü (%3,5) ise evre 4 ve 5 kombine LN olarak raporlanmıştı. Hastaların 93'ü (%80,2) kadın ve LN tanı yaşı ortalaması 24,7 (±17,7) idi. Altmış yedi (%58,8) hastada SLE tanısı sırasında LN mevcuttu. Medyan LN hastalık süresi ise 5,5 yıldır. İndüksiyon tedavisi için hastaların yarısından fazlasına pulse steroid ve siklofosfamid (CYC) verilmişti. İndüksiyon tedavisinde 2. sıklıkta kullanılan immünoşüpresif ajan mikofenolat mofetil (MMF) idi. İlk 2 yıl içinde hastalarımızın %70,7'si (n=70) tam renal yanıtı, %23,2'si (n=23) de parsiyel renal yanıtı ulaşmıştı. Altı hasta tedaviye yanıtızsız, 4 hastada son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) gelişmiş, 3 hastada ise exitus gelişmişti (Tablo 1). İlk 2 yıl içinde tam renal yanıtı ulaşma süreleri açısından proliferatif-LN (evre 3 veya evre 4) ve non-proliferatif LN (evre 2, evre 5 veya evre 6) grupları arasında fark yoktu (Resim 1).

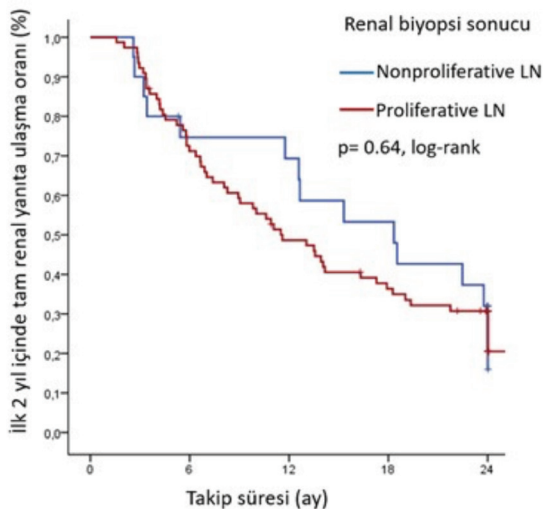
**Sonuç:** Biyopsi kanıtlı LN hastalarında indüksiyon tedavisinde asıl olarak oral ve/veya pulse steroid, CyC ve MMF kullanılmıştır. Plazmaferez ve diyaliz desteği daha düşük bir hasta grubunda destek tedavisi olarak uygulanmıştır. Genel olarak tedavi cevabı, relaps, son dönem böbrek yetmezliği literatür ile karşılaştırılabilir düzeydedir.

**Anahtar Kelimeler:** Lupus nefriti, indüksiyon, siklofosfamid

**Tablo 1.** Lupus nefritli hastaların klinik özellikleri ve tedavi yanıtları

Özellikler	Tüm hastalar (n=116)
Cinsiyet (kadın/erkek)	93/23 (80,2/19,8)
SLE tanı yaşı	22,5 (±13,1)
LN tanı yaşı	24,7 (±17,7)
SLE tanı sırasında LN, n (%)	67 (58,8)
SLE hastalık süresi	8,1 (8,7)
LN hastalık süresi	5,5 (8)
HT/DM, n (%)	31 (26,7)/7 (6)
Bazal kreatinin yüksekliği, n (%)	37 (32,5)
eGFR (CKD-EPI)	113 (54)
Albümin, (g/dL)	3,3 (1,1)
24-saatlik idra protein, gr/gün	2,3 (3,3)
Anti-dsDNA pozitifliği, n (%)	94 (81)
Anti-dsDNA seviyesi (IU/mL)	421 (591)
C3 ve C4 düşüklüğü, n (%)	93 (80,2)
Aktif idrar sediment varlığı, n (%)	91 (83,5)
Renal SLEDAI	12 (8)
İV pulse steroid (oral idame ile devam)	81 (71,7)
Pulse tedavi olmaksızın oral steroid	32 (28,3)
Siklofosfamid	60 (52,2)
Mikofenolat mofetil	29 (25,2)
Rituximab	8 (7)
Siklosporin-A/Azatiopyrin	7 (6,1)/8 (7,5)
Plazmaferez	15 (12,9)
Diyaliz gereksinimi	21 (18,1)
Tam renal yanıt	70 (70,7)
Parsiyel renal yanıt	23 (23,2)
Tedaviye yanıtız	6 (6,1)
Relaps	20 (17,2)
Son dönem böbrek yetmezliği/ölüm	4 (3,4)/3 (2,6)

LN: Lupus nefriti

**Resim 1.** Renal biyopsi sonucuna göre 24. ayda tam renal yanıt için Kaplan-Meier sağkalım eğrisi  
LN: Lupus nefriti**PS-101****Hidroksiklorokin kullanımı sistemik skleroz tanılı hastalarda mortaliteyi azaltıyor olabilir**

Eda Otman, Mustafa Özmen, Sercan Gücenmez, Elif Durak Ediboğlu, Gülay Alp, Haluk Cinaklı, Esra Erpek, Dilek Solmaz, Servet Akar

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

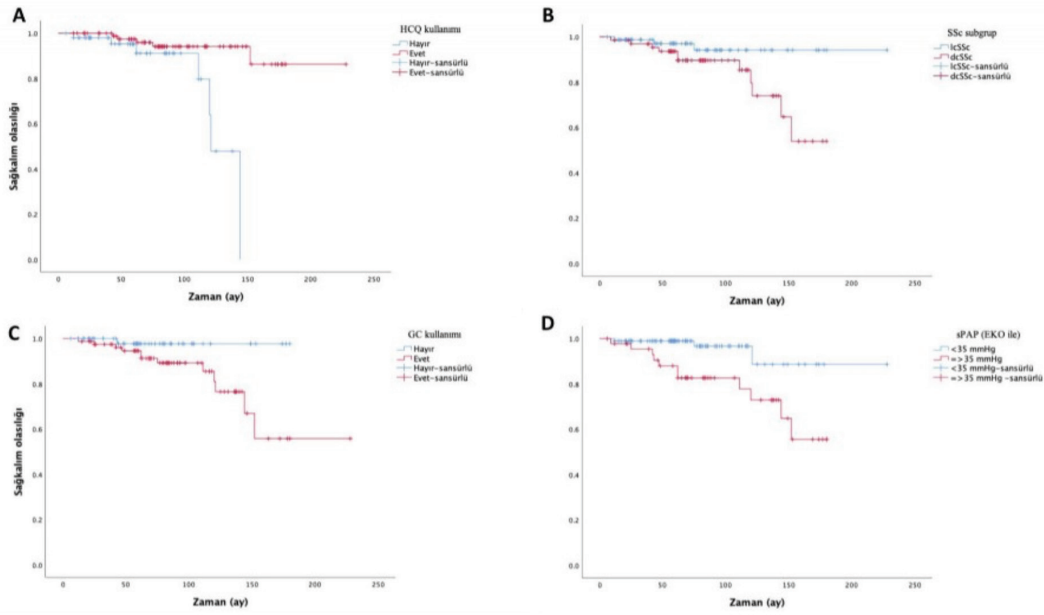
**Amaç:** Sistemik sklerozis (SSc), genel popülasyona kıyasla üç kata yakın artmış mortalite oranlarının bildirildiği kronik yıkıcı bir hastalık sürecidir. Buna karşın mortaliteyi öngördürebilecek hastalık veya tedavi ile ilişkili faktörlerle ilgili sınırlı veri bulunmaktadır. Bu amaçla çalışmamızda kliniğimizde takipli SSc hastalarında mortalite sıklığını ve ilişkili olabilecek faktörleri gözden geçirmeyi amaçladık.

**Yöntem:** Tek merkezli retrospektif olarak planlanan bu çalışmada, 2015-2020 tarihlerinde romatoloji kliniğimizde kayıtlı, ACR/EULAR 2013 kriterlerine göre SSc olarak sınıflandırılan hastaların verileri incelendi. Hastaların demografik ve klinik verileri kaydedildi. Takip süresi olarak, hastaların ilk değerlendirildiği tarihten çalışmanın yapıldığı tarihe ya da ölüm tarihine kadar geçen süre kabul edildi. Mortalite için aday prediktif faktörler Kaplan-Meier (Log-rank ile) ve Cox-regresyon ile analiz edildi.

**Bulgular:** Toplam 146 hasta (ortalama yaş 55,6±12,3 yıl, kadın %89,7, diffüz kutanöz SSc %45,2) çalışmaya dahil edildi (Tablo 1). Tanı anında hastaların ortalama yaşı 48±13,7 idi. Hastaların medyan takip süresi 71 (6-228) ay olarak bulundu ve bu süreçteki mortalite oranı %10 (n=14) olarak tespit edildi. Ölüm nedenleri arasında en sık pulmoner (7) nedenler olmak üzere sırasıyla enfeksiyon (3), renal (2), kardiyovasküler tutulum (1) ve kanser (1) saptandı. Univariate analizde tanı anındaki yaş (p=0,028), SSc alt tipi (p=0,035), interstisyel akciğer hastalığı varlığı (p=0,002), özefagus tutulumu (bilgisayarlı tomografide) (p=0,030), sistolik pulmoner arter basıncının ≥35 mmHg olması (transtorasik ekokardiografide) (p=0,004), glukokortikoid (p=0,029), siklofosfamid (p=0,006) ve hidroksiklorokin kullanım durumu (p=0,002) mortalite ile ilişkili olarak değerlendirildi (Resim 1). Tanı anındaki yaş (HR: 1.05, 95% CI, 1,00-1,11; p=0,033), SSc subtipi (HR: 2,62, 95% CI 0,54-12,68; p=0,231), glukokortikoid (HR: 4.03, 95% CI, 0.48-33.50; p=0.196) ve hidroksiklorokin kullanımı (HR: 0,22, 95% CI, 0,06-0,81; p=0,023) ile oluşturulan multivariate analiz modelinde, tanı anındaki ileri yaşın mortaliteyi artırırken hidroksiklorokin kullanımının mortaliteyi azalttığı bulundu.

**Sonuç:** Bu çalışmada ilk defa hidroksiklorokin kullanımının mortaliteyi azaltabileceği ve ayrıca tanı anındaki ileri yaşın mortaliteyi artırabileceği gösterildi. Bu veriyi destekleyecek ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik sklerozis, skleroderma, mortalite, hidroksiklorokin



**Resim 1.** Sistemik sklerozis hastalarının Kaplan Meier-Metodu ile sağkalım analizi

HCQ: Hidroksiklorokin, SSc: Sistemik sklerozis, lcSSc: Limitli kutanöz sistemik sklerozis, dcSSc: Diffüz kutanöz sistemik sklerozis, GC: Glukokortikoid, sPAP: Sistolik pulmoner arter basıncı, EKO: Ekokardiyografi

**Tablo 1.** Sistemik sklerozis tanılı hastaların demografik ve klinik özellikleri

Hasta özellikleri	
Tanı anındaki yaş*	48±13,7
Kadın cinsiyet, n (%)	131 (89,7)
Takip süresi, ay**	71 (6-228)
Hastalık alt tipi, n (%)	
Diffüz/Limitli	66 (45,2)/80 (54,8)
Otoantikör, n (%)	
Anti-Scl70 antikör	50/143 (35,0)
Anti-Sentromer antikör	62/143 (43,4)
İmmünoşüpresif tedavi, n (%)	
Hidroksiklorokin	91/143 (63,6)
Mikofenolat mofetil	18/145 (12,4)
Azatioprin	47/145 (32,4)
Siklofosfamid	24/145 (16,6)
Glukokortikoid	80/140 (57,1)
Diğer, n (%)	
IAH	68/130 (52,3)
Perikardiyal efüzyon#	26/133 (19,5)
Özefagus dilatasyonu (BT ile)	51/128 (39,8)
sPAP ≥35 mmHg (EKO ile)#	46/142 (32,4)

\*Ortalama ± standart sapma, \*\*Medyan değeri belirtilen parametreler (min-maks) #herhangi bir zamanda BT: Bilgisayarlı tomografi, EKO: Ekokardiyografi, IAH: İnterstitial akciğer hastalığı, sPAP: Sistolik pulmoner arter basıncı

## PS-102

### Takayasu arteritinde standart ve biyolojik tedavi seyri, tek merkezde izlenen 132 hastanın uzun dönem analizi

Nevzat Koca<sup>1</sup>, Burak İnce<sup>1</sup>, Murat Bektaş<sup>1</sup>, Büşra Demir<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>Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji, İstanbul

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

**Amaç:** Takayasu arteriti (TA) tedavisinde kortikosteroid ve konvansiyonel DMARD'lara dirençli hastalarda biyolojik ilaçlar kullanılmaktadır. Çalışmamızda standart ve biyolojik tedavi direncini gösteren faktörlerin araştırılması planlanmıştır.

**Yöntem:** Kliniğimizde 1990-2021 yılları arasında TA tanısıyla izlenen hastaların verileri retrospektif olarak kaydedildi. Hastalar ACR 1990 Sınıflandırma kriterlerine göre değerlendirildi. Çalışmaya, en az 6 ay izlenen hastalar dahil edildi.

**Bulgular:** Verileri incelenen 142 hastadan, 132'si (F/M:118/14, medyan tanı yaşı: 30) çalışmaya dahil edildi. Ortalama takip süresi 118,2±88,9 aydı. Ekstremiteler kladikasyonu %78,8, brakial arter nabzında zayıflama %72,7, kollar arası kan basıncı farkı %59,4, subklavian ya da aort üfürümü %40,9, anjiyografik bulgu %97,7 hastada mevcuttu ve ACR 1990 Sınıflandırma kriterlerinin duyarlılığı %95,5'ti. Tanı anında medyan CRP 27,5 mg/dL, ESH 59 mm/sa saptandı. Anjiyografik yöntem, bulgu ve tedaviler Tablo 1'de özetlenmiştir. Biyolojik tedavi alan (%23,5) ve almayan hastalar karşılaştırıldığında, tedavi alan grupta tanı yaşı daha düşük, tanı anındaki CRP ve ESH daha yüksek, abdominal aorta, aksiller ve brakial arter tutulumu daha

sık saptanırken, çoklu analizde bu grupta tanı anındaki CRP daha yüksek ve brakial arter tutulumu anlamlı olarak daha sık saptandı (Tablo 2). Takipte ilk bDMARD'de [anti-TNF 22/31 (%71), tosilizumab 9/31 (%29)] medyan kalım süresi 24 ay (1-132), ikinci bDMARD'ye geçilen hasta sayısı 18'di (%13,6) (15 dirençli aktivite/nüks, 2 istenmeyen etki, 1 hasta tercihi). İlk bDMARD'ye devam eden ve ikinci tedaviye geçilen hastalar karşılaştırıldığında, cinsiyet, tanı yaşı, vasküler tutulum ve bDMARD sınıfı [anti-TNF 14/22 (%63), anti-IL6 4/9 (%44)] açısından fark saptanmadı. İlk bDMARD'de medyan kalım süresi, anti-TNF ile daha uzun olmakla birlikte anlamlı farklılık göstermedi (30 ay ve 19 ay).

**Sonuç:** Kliniğimizde izlenen TA hastalarının, yaklaşık dörtte birinin takipte bDMARD ihtiyacı olduğu ve bunların yarısından fazlasında biyolojik ilacın değiştirilmesi gerektiği gözlemlendi. Bu hastalarda, tanı anındaki yüksek akut faz, şiddetli enflamasyonun; sık brakial arter tutulumu ise yaygın hastalığın göstergesi olarak yorumlanmıştır. Anti-TNF ve anti-IL6 tedavilerin direnç ve tedavide kalım sürelerinin benzer olması, her iki sınıfın ilk sıra tedavide kullanılabileceğini düşündürmektedir. Tedavi altında progresyon verilerinin değerlendirildiği çalışmalara ihtiyaç sürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Takayasu arteriti tedavisi, TNF inhibitörleri, tosilizumab

**Tablo 1.** Takayasu arteriti hastalarının görüntüleme bulgularının, kullanılan csDMARD ve bDMARD tedavilerinin özeti

	n	%
Görüntüleme yöntemi	130	98
Konvansiyonel Anjiyografi	45	34,1
BT Anjiyografi	76	57,6
MR Anjiyografi	119	90,1
Anjiyografik bulgular	129	97,7
Torasik aorta	72	54,6
Abdominal aorta	71	53,8
Pulmoner arter	15	11,4
Subklavian arterler	112	84,9
Aksiller arterler	24	18,2
Brakial arterler	33	25
Renal arterler	44	33,4
Mezenterik arterler	31	23,5
İliak arterler	15	11,4
csDMARD kullanımı	110	83,3
En az 2 farklı csDMARD	45	34
En az 3 farklı csDMARD	6	4,5
Metotreksat	97	73,5
Azatiyoprin	57	43,2
Leflunomid	4	3
Mikofenolat mofetil	3	2,3
Siklofosfamid	8	6
bDMARD kullanımı	31	23,5
2 farklı bDMARD	18	13,6
3 farklı bDMARD	11	8,3
>3 bDMARD	7	5,3
TNF-inhibitörü	25	18,9
İnfliksımab	21	15,9
Adalimumab	10	7,6
Sertolizumab	4	3
Etanersept	3	2,3
Tosilizumab	17	12,9
IL1-inhibitörü	4	3
Anakinra	3	2,3
Kanakinumab	1	0,8

csDMARD (Konvansiyonel DMARD), bDMARD (Biyolojik DMARD)

**Tablo 2.** Biyolojik tedavi ihtiyacı olan ve olmayan hastaların karşılaştırmalı değerlendirilmesi

	bDMARD almış		bDMARD almamış		Univariate analiz			Multivariate analiz		
	(n=31)	%	(n=101)	%	p	OR	%9 GA	p	OR	%95 GA
Cinsiyet (kadın)	30	96,8	88	87,1	0,36					
Tanı yaşı medyan (IQR)	26 (8,5)		33,5 (18)		0,01					
Sigara	2	6,5	22	21,8	0,55					
CRP medyan (IQR)	60 (79)		20 (29)		<0,001			0,01	1,02	1-1,04
ESH medyan (IQR)	81 (63)		55 (59)		0,01					
Pulmoner arter	3	9,7	12	11,9	0,6					
Torasik aorta	21	67,7	51	50,5	0,15					
Abdominal aorta	24	77,4	47	46,5	0,006	3,4	1,4-8,3			
Subklavian arter	28	90,3	84	83,2	0,6					
Aksiller arter	10	32,2	14	13,9	0,03	2,8	1,1-7,1			
Brakial arter	13	41,9	20	19,8	0,019	2,7	1,2-6,5	0,1	4,5	1,4-14,6
Renal arter	12	38,7	33	32,7	0,64					

bDMARD: Biyolojik DMARD, CRP: C-reaktif protein, ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı



## Psöriazis olgularında psoriatik artrit taramasında kullanılan araçlar: Sistemik literatür incelemesi

Gerçek Can<sup>1</sup>, Gizem Ayan<sup>2</sup>, Ayşe Özdede<sup>3</sup>, Murat Bektaş<sup>4</sup>, Neslihan Akdoğan<sup>5</sup>, Başak Yalıcı Armağan<sup>5</sup>, Eda Öksüm Solak<sup>6</sup>, Serkan Yazıcı<sup>7</sup>, Umut Kalyoncu<sup>2</sup>, Esra Özsoy Adışen<sup>8</sup>, Nilgün Atakan<sup>5</sup>, Emel Bülbül Başkan<sup>7</sup>, Murat Borlu<sup>6</sup>, Burhan Engin<sup>9</sup>, Vedat Hamuryudan<sup>3</sup>, Murat İnanç<sup>4</sup>, Sedat Kiraz<sup>2</sup>, Fatoş Önen<sup>1</sup>, Serdal Uğurlu<sup>3</sup>, Savaş Yaylı<sup>10</sup>, Gülen Hatemi<sup>3</sup>

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

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

<sup>3</sup>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>4</sup>İstanbul Üniversitesi- İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>5</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara

<sup>6</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Kayseri

<sup>7</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Bursa

<sup>8</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara

<sup>9</sup>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>10</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Trabzon

**Amaç:** Psoriatik artrit (PsA) tanısının zamanında konulması oldukça önemlidir. Günümüzde, psöriazisli (PsÖ) olgularda PsA taramasına yönelik çeşitli araçlar geliştirilmiştir. Olasılıkla söz konusu araçların yaygın kullanılmaması nedeniyle halen tanıda gecikmeler olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmada PsA fenotiplerine göre, söz konusu araçların performanslarının saptanması ve karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** PubMed'te 'psoriatik artrit' anahtar sözcüğünü kullanarak 15 Ağustos 2020 tarihine kadar olan süre için sistematik bir literatür taraması gerçekleştirildi. İki bağımsız değerlendirmeci PsA taramasında kullanılan araçların geçerliliği, psikometrik değerlendirmesi veya kullanımı konusunda İngilizce yayınlanmış tüm çalışmaları saptadı. Her bir araç için duyarlılık, özgünlük, pozitif (PPV) ve negatif (NPV) kestirim değerleri çıkarıldı veya hesaplandı. Buna ek olarak, farklı hastalık fenotiplerine sahip hastalardaki performansları değerlendirildi.

**Bulgular:** Taranan 10.754 referansın 42'sinde 15 farklı tarama aracı konusunda bildirimde bulunulduğu saptandı. Psoriatik Artrit Tarama ve Değerlendirmesi (PASE), Psoriasis Epidemiyoloji Tarama Aracı (PEST), Psoriasis Hastalarında Erken Artrit anketi (EARP) en yaygın kullanılan araçlardandı. Bu tarama araçlarının duyarlılık, özgünlük, PPV ve NPV değerleriyle ilgili olarak çalışmalar arasında önemli değişkenlik saptandı (Tablo 1). Daha önce başka romatizmal hastalık tanısı olan hastalar çalışmaya dahil edilmediğinde özgünlük daha yüksekti. Hastalık süresi daha kısa olan hastalarda ve daha önce PsA tanısı almış olan hastalar çalışmadan dışlandığında daha düşük duyarlılık bildirilirken, daha önce NSAİİ kullanımı olan hastalarda daha yüksek duyarlılık bildirilmiştir. Tarama araçları değişik alanlarda duyarlılık açısından farklılıklar göstermiştir (Şekil 1).

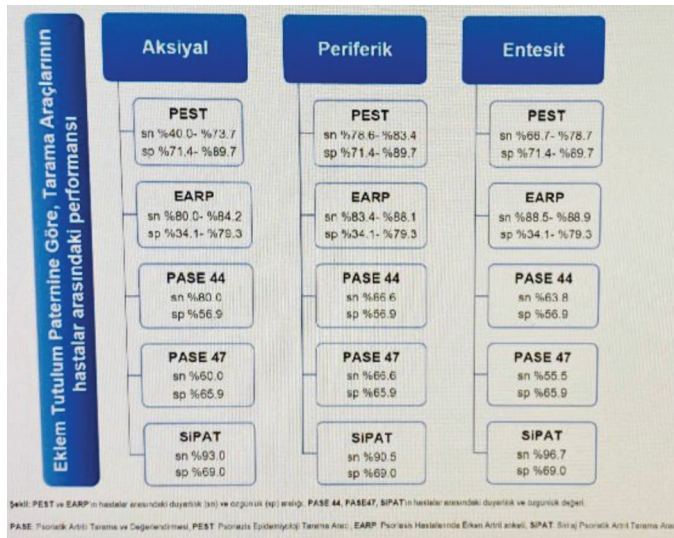
**Sonuç:** Bu sistematik literatür incelemesi psöriazis hastalarında PsA'nın saptanmasında kullanılan güncel anket-bazlı tarama araçlarının, çalışma popülasyonları ve hastalık fenotiplerine bağlı olarak, tanısal tahminlerinde geniş bir çeşitlilik olduğunu ortaya koymuştur. Tüm hastalık alanlarında daha iyi performansa sahip bir tarama aracı konusunda karşılanmamış bir gereksinim bulunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Psöriatik artrit, tarama araçları, psoriatik artrit tarama ve değerlendirilmesi

**Tablo 1.** Farklı çalışmalarda kullanılan tarama araçlarının tanısal tahminleri

Tarama aracı	Çalışma sayısı	Duyarlılık (%)	Özgünlük (%)	PPV (%)	NPV (%)
PASE	18	24-91	38-95	18-88	13-96
PEST	11	40-85	37,2-98,6	23-96	47,1-99,3
EARP	9	41-97,2	34-97,2	14-93,3	57,5-100
TOPAS	6	41-89,1	29,7-90	25,7-91,8	68-81,6
TOPAS-II	4	44-95,8	80,5-98	63,4-95,8	91-98
PsA-Disk anketi	1	87,2	46,4	58,6	78,5
CONTEST	2	70-76,5	56,5-91	16-89	68-95
STRIPP	1	91,5	93,3	79,6	97,5
SIPAS	1	79	87	73	90
PASQ	2	67-92,7	64-81,8	43	83
GEPARD	2	77	70	66	80
İsveç- Sedef Değerlendirme Anketi	1	63	72	45	85
PAQ	1	60	62	26	87,5
SIPAT	1	69	69	91	69
Yeni, kısa ve basit tarama anketi	1	86,9	71,3	53	93,6

PASE: Psoriatik Artrit Tarama ve Değerlendirmesi, PEST: Psöriazis Epidemiyoloji Tarama Aracı, EARP: Psoriasis Hastalarında Erken Artrit anketi, TOPAS: Toronto Psoriatik Artrit Tarama Anketi, STRIPP: Psöriazis hastalarında Romatolojik değerlendirme Amaçlı Tarama Aracı, SIPAS: Basit Psoriatik Artrit Tarama anketi, PASQ: Sedef ve Artrit Tarama Anketi, GEPARD: Alman Psoriatik Artrit Tanı Anketi, PAQ: Psoriatik ve Artrit Anket, SIPAT: Siriraj Psoriatik Artrit Tarama Aracı



Şekil 1. Tarama araçlarının, her bir eklem tutulum paternine göre hastalar arasındaki performansını gösteren bir tablo. Tablo, Aksiyal, Periferik ve Entezit kategorilerine ayrılmıştır. Her kategori için PEST, EARP, PASE 44, PASE 47 ve SIPAT araçlarının duyarlılık (sn) ve özgünlük (sp) oranları listelenmiştir.

## PS-104

### Ultrasonografi ile entezit saptanan hastalarda periferik spondiloartropati prevalansı: Tek merkezli kesitsel bir çalışma

Rezan Koçak Ulucaköy, Sevilay Batıbay, Zafer Günendi, Feride Nur Göğüş

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Bu çalışmanın primer amacı ultrasonla (US) entezit tanısı konulan hastalarda periferik spondiloartropati (pSpA) prevalansına bakmaktır. Sekonder amaç ise pSpA tanısı konulan hastaların klinik, demografik ve ultrasonografik farklılıklarını araştırmaktır.

**Yöntem:** Bu çalışma tek merkezli kesitsel bir çalışmadır. Entezyal bölgede ağrı şikayeti ile başvuran 80 hastadan, 11'i enflamatuvar romatizmal hastalık öyküsü, entezyal bölgeye travma veya cerrahi öyküsü olması sebebiyle dışlandı. Altmış dokuz hasta US ile entezyal kalınlık artışı, hipoekojenite, artmış Doppler aktivitesi, entezofit, kemik erozyonu, kalsifikasyon bulguları açısından değerlendirildi. On hasta sonografik bulgu olmaması sebebiyle çalışmaya alınmadı. Toplam 59 hasta çalışmaya alındı. Hastaların klinik, demografik ve sonografik bulguları kaydedildi ve pSpA açısından değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 59 (30 erkek, 29 kadın) hastanın ortalama yaşı  $46 \pm 8,4$  SD idi. Semptom süresi ortalama  $42,9 \pm 58,9$  SD aydı. Hastaların %59,3'ünün topuk ağrısı vardı, yarısından fazlasında (%54,2) ise semptom bilateral idi. Hastaların ortalama CRP değerleri  $4,5 \pm 3,1$  SD mg/L iken yüksek CRP değerine sahip olan hasta sayısı ise 18 idi. Hastaların %13,6'sı pSpA tanısı (ASAS klasifikasyon kriterlerine göre) konuldu. Hastalar pSpA olan (n=8, %13,6) ve olmayan (n=51, %86,4) olarak iki gruba ayrıldığında; pSpA olan grupta semptom süresi daha uzun, bulguların daha sık bilateral, SPARCC, MASES entezit skoru ve CRP konsantrasyonları daha yüksek bulundu (Tablo 1). pSpA

tanısı konulan hastalarda US bulgusu olarak entezyal Doppler ve hipoekojenite sıklığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 2).

**Sonuç:** Uzun süreli, yaygın ve bilateral enteziti olan hastalarda pSpA sıklığının artmış olduğunu saptadık. US'de saptanan entezyal hipoekojenite ve Doppler aktivite artışı pSpA varlığını düşündürülebilir. Klinik muayene yanında ultrasonografi kullanımı sadece periferik bulguları olan SpA hastalarının erken tanısını sağlayabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Entezit, periferik spondiloartropati, ultrasonografi

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik özellikleri

Özellik	pSpA tanısı konulan	pSpA tanısı konulamayan	p
Yaş ortalaması ( $\pm$ SS)	48,3 $\pm$ 5,7	45,6 $\pm$ 8,7	NS
Semptom başlangıç yaşı <45 yaş, n (%)	7 (87,5)	28 (54,9)	NS
Erkek cinsiyet, n (%)	5 (62,5)	26 (49)	NS
VKI ortalaması ( $\pm$ SS)	28,9 $\pm$ 3,7	28,8 $\pm$ 4	NS
Semptom süresi, ay, medyan (%25-75)	54 (15-114)	12 (6-48)	0,036
Entezit bölgesi, n (%)			
Topuk enteziti	5 (62,5)	30 (58,8)	NS
Dirsek enteziti	0 (0)	14 (27,5)	NS
Diğer entezit	0 (0)	2 (3,9)	NS
Multiple entezit	3 (37,5)	5 (9,8)	NS
Bilateral entezit, n (%)	7 (87,5)	25 (49)	0,042
Ağrı VAS (scale 0-10), medyan (%25-75)	8 (7-8)	8 (7-8)	NS
SPARCC entezit skor, medyan (%25-75)	11 (6,7-12)	3 (1-7)	0,001
MASES entezit skor, medyan (%25-75)	6,5 (4-10,5)	2 (1-7)	0,019
Yüksek CRP (>5 mg/L), n (%)	6 (75)	12 (23,5)	0,007
CRP konsantrasyonu (mg/L), medyan (%25-75)	7 (5-11,8)	3,2 (2,4- 4,9)	0,005
Komorbidite, n (%)			
Hipertansiyon	2 (25)	11 (21,6)	NS
Diabetes mellitus	2 (25)	5 (9,8)	NS
Tiroit disfonksiyon	1 (12,5)	11 (21,6)	NS
Fibromiyalji	4 (50)	13 (25,5)	NS

pSpA: Periferik spondiloartropati, VKI: Vücut kitle indeksi; VAS: Görsel analog skalası, SPARCC: Entezit indeksi (Kanada Entezit İndeksi Spondiloartrit Araştırma Konsorsiyumu), MASES: Maastricht Ankilozan Spondilit Entezit Skoru, CRP: C reaktif protein, NS: İstatistiksel olarak önemli değil

**Tablo 2.** Ultrason bulgularının dağılımı

Entezyal elementer lezyon, n (%)	pSpA tanısı konulan	pSpA tanısı konulamayan	p değeri
Entezyal kalınlık artışı	8 (100)	37 (72.5)	NS
Hipoekojenite	8 (100)	25 (49)	0,007
Doppler aktivite artışı	4 (50)	0 (0)	<0,001
Kemik erozyonu	0 (0)	1 (2)	NS
Kalsifikasyon	2 (25)	10 (19.6)	NS
Entezofit	5 (62.5)	18 (35.3)	NS

## PS-105

### Aksiyel spondiloartritli hastalarda akut ön üveit gelişimini tahmin ettiren faktörler: Longitudinal analiz sonucu

**Haluk Cinaklı**, Elif Durak Ediboğlu, Eda Otman Akat, Dilek Solmaz, Gülay Alp, Esra Erpek, Sercan Gücenmez, Mustafa Özmen, Servet Akar

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

**Amaç:** Aksiyel spondiloartritler (AxSpA) sakroilak ve spinal eklemleri tutan kronik enflamatuvar romatizmal bir hastalık grubudur. Akut ön üveit (AAU), kas iskelet sistemi dışında görülen en sık tutulum olup şiddetli fonksiyonel görme bozukluğuna neden olabilmektedir. Ayrıca AAU AxSpA'nın başlangıç semptomu olarak tanı koydurucu da olabilmektedir. Fakat, AAU gelişimini ön gördüren faktörlerle ilgili yeterli veri bulunmamaktadır. Bu amaçla, AxSpA kohortumuzda izlem süresince AAU ile ilişkili olabilecek faktörleri gözden geçirdik.

**Yöntem:** Toplamda 3 yıl boyunca izlenen 469 AxSpA hastası [272 (%58) erkek; 297 (%63) AS ve 172 (%36) non-radyografik (nr)-axSpA olan] bu çalışmaya dahil edildi. Başlangıç hastalık özellikleri ve 3, 6, 12, 24 ve 36. aylardaki izlemlerde AAU gelişimi, eş zamanlı hastalık aktivitesi, serum CRP düzeyleri, konvansiyonel sentetik ve biyolojik hastalık modifiye edici ilaç (cs-DMARD, bDMARD) kullanımı ile ilgili veriler toplandı. AAU gelişimi (bağımlı) ve potansiyel ön gördürücü faktörler (bağımsız) arasındaki longitudinal ilişki generalized estimating equations (GEE) analizi ile test edildi.

**Bulgular:** İzlemede 469 hastanın 99'unun (%21) en az bir kere AAU atağı geçirdiği görüldü. Bu hastaların 77'si (%78) öyküde ve 53'ü izlemede (%58'i öyküde AAU olan hastalar) atak geçirdiği gözlenmiştir. İzlem sırasında totalde 89 AAU atağı görüldü (35 atak 0. haftada, 10 atak 3. ayda, 4 atak 6. ayda, 12 atak 12. ayda, 16 atak 24. ayda ve 12 atak 36. ayda). Başlangıçta AAU öyküsü olan hastalar daha yaşlı (p=0,001), daha çok periferik artriti olan (p<0,001), daha yüksek BASMI skoru (p=0,007), ve daha yüksek serum CRP düzeylerine (p=0,016) sahipti. AAU öyküsü olan hastalarda cs-DMARD ve bDMARD kullanımı da daha fazlaydı (Tablo 1). Univariate longitudinal analizde AAU, öyküde AAU varlığı, erkek cinsiyet, ekstras spinal tutulum, eş zamanlı cs-DMARD kullanımı, BASDAI skoru ASDAS-CRP ve PGA ile anlamlı olarak ilişkili bulundu. Multivariate analizde

ise sadece AAU öyküsü ve eş zamanlı BASDAI skoru AxSpA'lı hastalarda AAU gelişimini gösteren bağımsız faktörler olarak bulundu (Tablo 2).

**Sonuç:** Sonuç olarak AAU öyküsü ve yüksek hastalık aktivitesi olan AxSpA'lı hastalarda AAU gelişimi anlamlı olarak yüksek bulundu. Ek olarak AAU varlığı AxSpA'lı hastalarda tedavi seçimi için etkili olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Aksiyel spondiloartritler, ankilozan spondilit, üveit

**Tablo 1.** AAU öyküsü olan ve olmayanlarda başlangıç karakteristik özellikleri

	Tüm grup (n=469)	AAU öyküsü olanlar (n=77)	AAU öyküsü olmayanlar (n=392)	p
Yaş, yıl medyan (IQR)	43 (18)	47,5 (18)	42 (16)	0,001
Erkek, cinsiyet, n (%)	272 (58)	42 (54,5)	230 (58,7)	0,53
HLA-B27 pozitifliği, n (%)	222/367 (60,5)	38/57 (66,7)	184/310 (59,4)	0,38
Ekstras spinal tutulum öyküsü				
Periferik artriti, n (%)	144/442 (32,6)	37/72 (51,4)	107/370 (28,9)	<0,001
Entezit, n (%)	189/398 (47,5)	30/58 (51,7)	159/340 (46,8)	0,57
Daktilit, n (%)	14/449 (3,1)	1/72 (1,4)	13/377 (3,4)	0,71
Psoriasis, n (%)	19/446 (4,3)	3/72 (5,2)	16/374 (4,3)	1
Enflamatuvar bağırsak hastalığı, n (%)	13/394 (3,3)	3/59 (5,1)	10/335 (3)	0,42
Hastalık aktivitesi				
BASDAI (0-10), medyan (IQR)	4 (3)	3,3 (3,4)	3,6 (3,1)	0,22
BASFI (0-10), medyan (IQR)	2,8 (4,2)	2,1 (4)	2,4 (3,6)	0,65
BASMI (0-10), medyan (IQR)	2 (3)	3 (3)	2 (3)	0,007
ASDAS-CRP (0-10), medyan (IQR)	2,7 (1,6)	2,6 (1,5)	2,6 (1,5)	0,31
CRP (mg/L), medyan (IQR)	1 (8)	4 (8)	1 (4,3)	0,016
PGA (0-100), medyan (IQR)	40 (40)	35 (50)	40 (40)	0,36
Eş zamanlı tedavi				
cs-DMARD kullanımı, n (%)	115/446 (25,8)	33/73 (45,2)	82/373 (22)	<0,001
bDMARD kullanımı, n (%)	155 (67)	35 (45,5)	129 (30,6)	0,007

**Tablo 2.** AxSpA'lı hastalarda AAU ilişkili faktörlerin GEE analizi sonuçları

	Model 1		
	B	95% CI	p
BASDAI	-0,332	-0,619; -0,45	0,023
AAU öyküsü	2,873	1,914; 3,832	<0,001
Ekstraspinal tutulum	-0,518	-1,650; 0,614	0,37
PGA	0,001	-0,017; 0,019	0,90
Eş zamanlı cs-DMARD kullanımı	0,891	-0,222; 2,003	0,18
Cinsiyet	-0,587	-1,555; 0,381	0,23

## PS-106

### Takayasu arteritinde üreme sağlığı (infertilite, gebelik sonuçları ve erken menopo) ve alt gruplar arası karşılaştırmalar

Arzu Tağhiyeva<sup>1</sup>, Levent Kılıç<sup>2</sup>, Murat Çağan<sup>3</sup>, Ertuğrul Çağrı Bölek<sup>2</sup>, Gözde Kübra Yardımcı<sup>2</sup>, Ömer Karadağ<sup>2</sup>, Özgür Ozyuncu<sup>3</sup>, Şule Apraş Bilgen<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi, Vaskülit Tanı ve Tedavi Uygulama ve Araştırma Merkezi

<sup>3</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Takayasu arteriti (TA) genellikle doğurganlık çağındaki kadınlarda görülür ve üreme sağlığı önemli bir konudur. Bu çalışmada, TA hastalarının tanı öncesi ve sonrası doğurganlık ve gebelik sonuçlarını değerlendirilmesi amaçlandı.

**Yöntem:** Şubat 2020 sonu itibarı ile HÜVAM prospektif veri tabanına kayıtlı 202 TA hastasının 184'ü (%91,1) kadındı. Obstetrik kayıtlarına ulaşılabilen 120 (%65,2) kadın TA hastası çalışmaya dahil edildi. Yüz yüze veya telefonla görüşülerek infertilite ve erken menopo (45 yaşından öncesi) varlığı açısından sorgulandılar. Demografik ve klinik özellikleri, komorbiditeler, vasküler tutulum dağılımı, obstetrik öyküleri ve sonuçları hastane kayıtlarından ve sorgulamalardan değerlendirildi. Hastalar TA tanısı öncesi (TAö) ve sonrası (TAs) obstetrik öykülerine göre gruplandırıldı. Ayrıca, TA için önerilen yeni hastalık kümelerine (C1: Abdominal Baskın, C2: Aortik Ark Baskın, C3: Fokal Hastalık) göre sınıflandırıldı.

**Bulgular:** Yüz yirmi kadın TA hastasının 82'sinde toplam 233 gebelik öyküsü vardı. TAö 71 hastada toplam 200 gebelik öyküsü, TAs 19 hastada (iki hastada gebelik sırasında) toplam 33 gebelik öyküsü olduğu saptandı (Şekil 1). Toplam 120 TA hastasının 20'sinde (%16,7) erken menopo, 96 evli TA hastasının 12'sinde (%12,5) infertilite vardı. Fetal komplikasyonlar TAs grubunda daha sık olsa da istatistiksel olarak anlamlı değildi [11 (%33,3) vs. 43 (%21,5), p=0,18]. Ancak maternal komplikasyonlar TAs grubunda anlamlı olarak daha sıkı [22 (%11,0) vs. 8 (%24,2), p=0,048]. TA hastalık alt kümelerine göre, TAs hastaları C1 (n=3; %15,7), C2 (n=9; %47,3) ve C3 (n=6; %31,5) olarak sınıflandırıldı (Bir hasta sınıflandırılmadı). Hastalık kümeleri arasında obstetrik sonuçlar açısından fark yoktu.

**Sonuç:** TA hastalarında genel popülasyona göre artmış bir

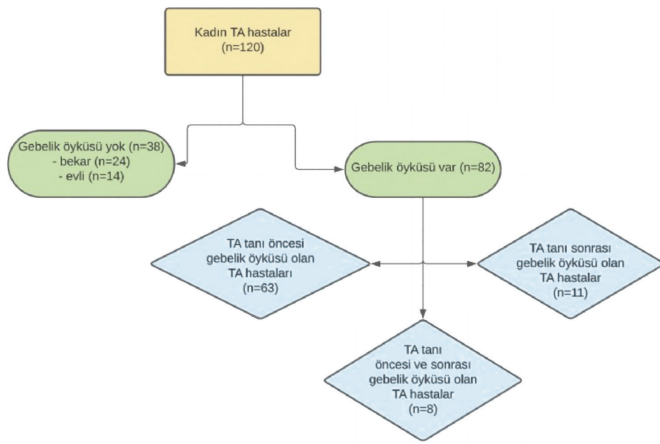
infertilite (%12,5'e vs. %8,1) ve erken menopo oranı (%16,7 vs. %7,6) saptanmıştır. TA hastalarında tanı sonrası dönemde belirgin artmış maternal komplikasyonlar, daha sık sezaryen ve doğumların üçte birinde fetal komplikasyonlar rapor edilmiştir. TA damar tutulum özelliklerine göre alt gruplarda gebelik komplikasyonları açısından fark saptanmamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Takayasu vaskülit, gebelik sonuçları, erken menopo, infertilite

**Tablo 1.**

	TA öncesi gebelik (n=200)	TA sonrası gebelik (n=33)	p
Hasta sayısı	71	19	
TA tanısı sırasında yaş (yıl), ort. (SS)	38,2 (13,1)	24,0 (6,6)	
İlk gebelikte yaş (yıl), ort. (SS)	21,7 (5,0)	27,6 (5,0)	
Hastalık süresi (yıl), ort. (SS) (TA tanısı-1. Gebelik)	NA	4,2 (3,6)	
Komorbiditeler/KV Risk faktörleri n (%)	n (%)	n (%)	p
- Sigara	22 (31)	3 (15,8)	
- Dislipidemi	14 (19,7)	1 (5,3)	
- Hipertansiyon	29 (40,8)	9 (47,4)	>0,05
- Diabetes mellitus	8 (11,3)	0 (0)	
Maternal Komplikasyonlar	n (%)	n (%)	p
Herhangi bir maternal komplikasyonu olan gebeliklerin sayısı	22 (11,0)	8 (24,2)	0,048
- Gestasyonel hipertansiyon	6 (3,0)	4 (12,1)	
- EMR	6 (3,0)	1 (3,0)	
- GDM	0 (0)	0 (0)	
- Kanama (antepartum/postpartum)	6 (3,0)	2 (6,1)	
- Preeklampsi	0 (0,0)	0 (0,0)	
- Enfeksiyon	5 (2,5)	1 (3,0)	
- Plasenta previa	0 (0)	1 (3,0)	
- Plasantal abrupsiyonu	0 (0)	0 (0)	
Fetal komplikasyonlar	n (%)	n (%)	p
Herhangi bir fetal komplikasyonu olan gebeliklerin sayısı	43 (21,5)	11 (33,3)	0,180
- DDA	16 (8,0)	6 (18,2)	
- IUBG	20 (1,0)	5 (15,2)	
- Preterm doğum	13 (6,5)	7 (21,2)	
- SSS komplikasyonlar	2 (1,0)	1 (3,0)	
- Kardiyovasküler komplikasyonlar	3 (1,5)	0 (0)	
- RDS_BPD	4 (2,0)	0 (0)	
- YYBÜ kabulü	12 (6,0)	1 (3,0)	
- Diğer	5 (2,5)	0 (0)	
- Neonatal ölüm	5 (2,5)	0 (0)	
- Prematüre retinopatisi	1 (0,5)	0 (0)	
- Nekrotizan enterokolit	0 (0)	0 (0)	
- Ölü doğum	7 (3,5)	0 (0)	
Doğum şekli	n (%)	n (%)	p
Vajinal doğum	128 (64)	6 (18,2)	<0,001
Sezaryen	24 (12)	13 (39,4)	<0,001
Spontan abortus	21 (10,5)	7 (21,2)	0,088
Gebelik terminasyonu	18 (9,0)	7 (21,2)	0,061

BPD: Bronkopulmonar displazi, DDA: Düşük doğum ağırlığı, EMR: Erken membrane rüptürü, GDM: Gestasyonel diabetes mellitus, IU: Intrauterin. IUBG: Intrauterin büyüme geriliği, RDS: Respiratuvar distress sendromu, SSS: Santral sinir sistemi, YYBÜ: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi



Sekil 1.

## PS-107

### Eozinofilik granülatöz polianjiit: tek bir hastalık mı? iki ayrı hastalık mı? TRVaS- prospektif veri tabanı sonuçları

Emine Duran<sup>1</sup>, Özge Can Bostan<sup>2</sup>, Saltuk Buğra Kaya<sup>2</sup>, Ertuğrul Çağrı Bölek<sup>1</sup>, Gizem Ayan<sup>1</sup>, Bahar Özdemir<sup>3</sup>, Berkan Armağan<sup>3</sup>, Abdulsamet Erden<sup>3</sup>, Berivan Bitik<sup>4</sup>, Ozan Cemal İçaçan<sup>5</sup>, Melek Yalçın Mutlu<sup>5</sup>, Elif Ediboğlu<sup>6</sup>, Tuba Demirci Yıldırım<sup>7</sup>, Tahir Saygın Ögüt<sup>8</sup>, Emre Bilgin<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları Bilim Dalı, TRVaS Çalışma Grubu, Ankara

<sup>3</sup>Ankara Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, TRVaS Çalışma Grubu, Ankara

<sup>4</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, TRVaS Çalışma Grubu, Ankara

<sup>5</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, TRVaS Çalışma Grubu, İstanbul

<sup>6</sup>Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, TRVaS Çalışma Grubu, İzmir

<sup>7</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, TRVaS Çalışma Grubu, İzmir

<sup>8</sup>Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, TRVaS Çalışma Grubu, Antalya

**Amaç:** Eozinofilik granülatöz polianjiit (EGPA), ANCA pozitif ve ANCA negatif olmak üzere iki alt gruba sahip hastalık olduğu ileri sürülmektedir. Bu çalışmada, EGPA alt gruplarını klinik özellikler, sonuçlar ve tedaviler açısından karşılaştırmayı amaçladık.

**Yöntem:** TRVaS (Türk Vaskülit Çalışma Grubu) prospektif veri tabanına hasta girişleri, online olarak REDCap® elektronik veri tabanına yapılmaktadır. Halen ülkemizin 10 farklı kliniğinin katılımı ile ulusal verilerin elde edilmesi mümkün olabilmektedir. Bu çalışmaya Temmuz 2021 itibarıyla, veri tabanına kayıtlı 517 ANCA-ilişkili vaskülit (AAV) hastaları arasından 70 EGPA hastası dahil edildi. Hastaların EGPA ACR 1990 Churg Strauss kriterlerini

veya DCVAS EGPA provizyonel kriterlerini sağlamaları incelendi. Hastaların demografik özellikleri, organ spesifik tutulumları, hastalık aktivitesi, tedavi rejimleri ve hastalık seyrinde nüks varlığı ANCA fenotiplerine göre karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Yetmiş EGPA hastasından, 20'si ANCA (+) 43'ü ANCA (-) grupta idi. Yedi hastanın ANCA durum bilgisi eksikti. Renal tutulum ve periferik nöropati ANCA (+) grupta daha sık gözlenirken, ANCA (-) hastalar daha genç ve nazal polip sıklıkları daha fazlaydı. Tanı sırasındaki medyan BVAS, ANCA (+) grupta daha yüksekti. Kardiyak tutulumu olan 5 hastanın hepsi ANCA (-) grupta idi. Pulse steroid, siklofosamid ve mikofenolat mofetil tedavileri ANCA (+) grupta daha sık kullanılmışken, mepolizumab kullanan hastaların neredeyse tamamı ANCA (-) grupta bulunuyordu. Gruplar arasında relaps açısından fark yoktu (Tablo 1).

**Sonuç:** ANCA (+) ve (-) hastalar arasında sadece klinik özellikler ve hastalık aktivitesi değil, verilen tedaviler de önemli ölçüde farklıydı. Bu sonuçlar, EGPA'nın iki farklı alt gruba sahip olduğu görüşünü destekler niteliktedir.

**Anahtar Kelimeler:** Eozinofilik granülatöz polianjiit, ANCA subgroup, biyolojik ajanlar

**Tablo 1.** EGPA'lı hastaların hastalık seyri boyunca görülen klinik özellikleri

Özellikler	ANCA (+) hastalar (n=20)	ANCA (-) hastalar (n=43)	p
EGPA tanı yaşı	54,7±15,5	40,2±14,2	0,001
Cins, kadın, n (%)	11 (55)	22 (51,2)	0,78
Astım, n (%)	15 (75)	38 (88,4)	0,18
Nazal polip, n (%)	3 (15)	18 (41,9)	0,03
Eozinofili (>1000/µg/L)	13 (65)	31 (72,1)	0,57
Hastalık süresi (yıl)	3,5 (6,4)	2,1 (5)	0,82
<b>Organa özgü tutulumlar, n (%)</b>			
- Pulmoner	16 (80)	34 (79,1)	0,93
- KBB	16 (80)	31 (72,1)	0,50
- Renal	9 (45)	1 (2,3)	<0,001
- PSS	10 (50)	8 (18,6)	0,01
- Kardiyak	0	5 (11,6)	N/A
- GİS	2 (10)	2 (4,7)	0,58
- Deri	4 (20)	15 (34,9)	0,23
Tanı sırasında BVAS	19 (13)	10 (5)	0,002
<b>Revize FFS, n (%)</b>			
- 0	11 (55)	29 (67,4)	0,34
- ≥1	9 (45)	14 (32,6)	
<b>Kullanılan tedavi ajanları, n (%)</b>			
- Pulse steroid	13 (65)	8 (18,6)	<0,001
- Siklofosamid	12 (60)	11 (25,6)	0,008
- MMF	7 (35)	4 (9,3)	0,01
- Rituksimab	5 (25)	4 (9,3)	0,09
- Mepolizumab	1 (5)	11 (25,6)	0,05
- Azatiopurin	7 (35)	17 (39,5)	0,73
- Metotreksat	3 (15)	11 (25,6)	0,35
Relaps, n (%)	7 (50)	12 (42,9)	0,66
Ölüm, n (%)	3 (15)	1 (2,3)	0,06

\*Yaş hariç numerik veriler için medyan (çeyrekler arası aralık); yaş için ortalama ± SS

## IgA nefropatili dermatomyozit olgusu

Senar Şan<sup>1</sup>, Ekin Yüksel<sup>2</sup>, Ayten Yazıcı<sup>1</sup>, Ayşe Çefle<sup>1</sup>

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

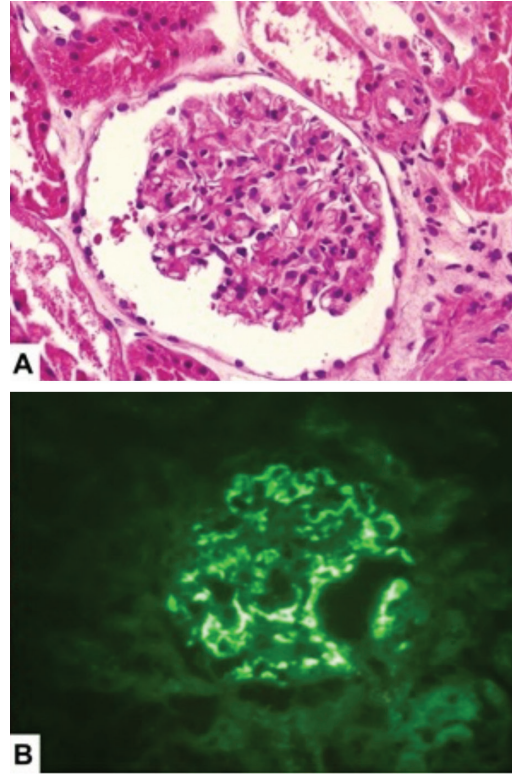
<sup>2</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Kocaeli

**Amaç:** Dermatomyozit, ilerleyici simetrik ve proksimal kas güçsüzlüğü, tipik deri lezyonları, kas enzim yüksekliği ve EMG bulguları ile karakterize idiopatik enflamatuvar miyopatiler (İİM) arasında yer alan kronik otoimmün bir hastalıktır. Bu yazıda IgA nefropatisinin eşlik ettiği bir dermatomyozit olgusu sunulacaktır.

**Olgu:** Elli yaş erkek hastanın burun kökünde güneş maruziyeti sonrasında giderek artan ve topikal tedaviye yanıt vermeyen kızamık döküntü ortaya çıkmış. Ardından ense, gövde ve el sırtında pembe-kırmızı döküntüler eklenmiş. İlk lezyondan yaklaşık iki ay sonra üst ve alt ekstremitelerde proksimal kas güçsüzlüğü ortaya çıkması üzerine hasta kliniğimize başvurdu. SLE ve dermatomyozit ön tanıları ile yapılan deri biyopsi sonucu süperfisyal perivasküler dermatit, interfaz dermatiti vaküoler tip olarak raporlandı ve dermatomyozit açısından klinik korelasyon yapılması önerildi. Laboratuvar değerlendirmesinde kreatinin kinaz 5890 U/L (0-171), AST 312 U/L (0-50), ALT 231 U/L (0-50), LDH 887 U/L (0-248), CRP 3,02 mg/dL (0-5), ESH 20mm/h saptandı. ANA 4+ granüler saptanan hastanın ENA paneli negatif geldi. Nöroloji tarafından yapılan iğne EMG'de kaslarda spontan denervasyonla giden erken interferans gösteren kısa süreli küçük boylu miyopatik müpler tespit edildi ve hastanın bulguları miyozit ile uyumlu olarak rapor edildi. Malignite açısından yapılan testler (PET-CT, protein elektroforezi, periferik yayma, gaitada gizli kan vb) normal saptandı. 24 saatlik idrarda 824 mg/gün protein tespit edilmesi üzerine kronik nefropati açısından tarandı (renal US, retinopati) ve destekleyici bulgu tespit edilmedi. Bunun üzerine yapılan renal biyopside IgA nefropatisi ile uyumlu diffüz global mezengial IgA birikimi saptandı (Şekil 1). Tedavide pulse ve ardından idame metilprednizolon tedavisi ile birlikte metotreksat 10 mg/hafta başlandı. Tedavinin 20. gününde CPK: 2385U/L, ESH 21 mm/saat, CRP 0,32 mg/L ve 24 saatlik idrarda protein 338 mg/gün saptandı.

**Sonuç:** İİM hastalarında renal hastalığın en sık sebebi miyoglobüriye bağlı akut böbrek hasarıdır. Bununla birlikte nadiren glomerulonefrit saptanabilir. Dermatomyozit hastalarında membranöz glomerulonefrit daha sık görülse de IgA nefropatisi olan olgular da bildirilmiştir. Glomerulonefritlerin otoimmün aracılı renal hasar ile oluştuğu düşünülmekte olup immünoşüpresif tedaviye genellikle iyi yanıt alınmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Dermatomyozit, IgA nefropatisi, CPK yüksekliği



**Şekil 1.** Böbrek biyopsi sonucu

A) glomerüllerin %50'den fazlasında mezengial hipersellülarite ve genişleme izlendi. Renal korteksin %25'inden azında fokal alanlarla sınırlı tübüler atrofi ve hafif interstisyel enflamasyon görüldü. Vasküler yapılar doğal görünümde idi. Kongo kırmızısı ile amiloid birikimine rastlanmadı. B) İmmünofloresan incelemede ise belirgin diffüz global mezengial IgA ve lambda birikimi dikkati çekti

## PS-109

### Aksiyel spondiloartrit hastalarında TNF inhibitör tedavisine inanç ne kadar önemli?

Handan Yarkan Tuğsal, Özün Bayındır, Önay Gerçik, Elif Durak Ediboğlu, Gökhan Kabadayı, Sercan Gücenmez, Dilek Solmaz, Servet Akar

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

**Amaç:** Aksiyel spondiloartrit (AxSpA) hastalarında tümör nekroz faktör-alfa inhibitör (TNFi) tedavisine inancın tedavi yanıtına etkisini araştırmak ve TNFi'lerine inançla ilişkili faktörleri belirlemektir.

**Yöntem:** Bu analize ilk TNFi tedavisine başlanan veya farklı bir TNFi tedavisine geçilen toplam 137 AxSpA hastası (ortalama yaş: 41,1±12,1) dahil edildi. Hastaların TNFi tedavisine inancı 'Tedavi İnanç Anketi' (The Beliefs about Medicines Questionnaire; BMQ) ile bazal, 12. ve 24. ayda değerlendirildi. BMQ anketi; (a) endişe ve (b) ihtiyaç olmak üzere 2 spesifik, (c) doktorlar tarafından aşırı kullanım ve (d) Zarar olmak üzere iki genel alt grubu içerir. Ayrıca ihtiyaç-endişe farkı (İEF) hesaplanabilir, yüksek skorlar ilaç kullanımı için hissedilen ihtiyacın fazla olduğunu ve/veya endişenin az olduğunu göstermektedir. BMQ skorları ile

diğer faktörler arasındaki longitudinal ilişki GEE (generalised estimating equations) analizi ile değerlendirildi. GEE analizi verilerin dağılımından ve eksik verilerden bağımsız longitudinal verilerin analizine olanak sağlayan bir analizdir.

**Bulgular:** Hastaların demografik ve bazal özellikleri Tablo 1’de özetlenmiştir. Beklenileceği üzere hastaların hastalık aktivite ve fonksiyon göstergeleri TNFi tedavisi ile anlamlı şekilde azaldı ( $p<0,05$ ). Değerlendirme yapılan tüm zaman dilimlerinde hastaların endişe skorları ihtiyaç skorlarından düşük saptandı (Tablo 2). Takipte hastaların ihtiyaç ve zarar konusunda inanışları anlamlı şekilde değişiklik göstermemesine rağmen endişe ve aşırı kullanım konusundaki inanışlarının anlamlı azaldığı ve sonuç olarak İEF’nin artmış olduğu görüldü. Tek değişkenli longitudinal analizde BMQ alt gruplarıyla ilişkili saptanan parametrelerin çok değişkenli modellemesinde ihtiyaç skorları entezitle, endişe skorları ASDAS-CRP, enflamatuvar bağırsak hastalığı (İBH) ve ekstra-spinal tutulumla, İEF ASDAS-CRP ve periferik artrit, zarar psöriazis, yaş ve DMARD kullanımıyla, aşırı kullanım yaşla ilişkili bulundu (Tablo 3). Tek veya çok değişkenli analizlerde ASDAS-CII veya BASDAI20 yanıtı BMQ skorları ile ilişkili bulunmadı. Ayrıca, longitudinal analizde yalnızca hastanın ihtiyaç konusundaki inanışının ilaçta kalma ile ilişkili olduğu gösterildi ( $p=0,020$ ).

**Sonuç:** Bu longitudinal analizde axSpA hastalarının tedavi konusundaki inanışlarının; olasılıkla tedaviden görülen fayda ve kullanım esnasında elde edilen tecrübe ile anlamlı değişiklik gösterdiği saptanmıştır. Ayrıca bazı hastalığa özel tutulumların tedavi konusundaki inanışları etkileyebileceği ortaya konulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Aksiyel spondiloartrit (AxSpa), TNF inhibitör (TNFi), inanç

**Tablo 1.** Hastaların bazal klinik özellikleri

Özellik	n (%)
Erkek	84/137 (61,3)
HLA-B27 pozitifliği	63/97 (64,9)
Periferik artrit	66/135 (48,9)
Kalça/omuz artrit	44/136 (32,4)
Entezit	70/137 (51,1)
Üveit	16/136 (11,8)
Enflamatuvar bağırsak hastalığı	12/135 (8,9)
Psöriazis	10/137 (7,3)
Daktilit	8/136 (5,9)
SpA aile öyküsü	42/134 (31,3)
Geçmişte DMARD kullanımı	101/137 (73,7)
Şimdiki DMARD kullanımı	44/137 (32,1)
TNFi tipi: Etanersept	34 (24,8)
Adalimumab	37 (27)
Infliksimab	32 (23,4)
Golimumab	12 (8,8)
Sertolizumab	12 (8,8)
Sekukinumab	10 (7,3)

**Tablo 2.** Çalışma süresince akut faz reaktanlarında, hastalık aktivitesinde ve BMQ skorlarındaki değişimler

	Bazal	12. ay	24. ay
BASDAI, ortalama $\pm$ SS	5,7 $\pm$ 1,7	2,5 $\pm$ 1,9	2,6 $\pm$ 2,2
BASFI, ortalama $\pm$ SS	5,4 $\pm$ 2,4	2,5 $\pm$ 2,4	2,5 $\pm$ 2,4
ASDAS-CRP, ortalama $\pm$ SS	3,7 $\pm$ 1	2,1 $\pm$ 1,2	1,9 $\pm$ 1,3
İhtiyaç skoru, ortalama $\pm$ SS	20,5 $\pm$ 3,7	20,1 $\pm$ 3,5	20,6 $\pm$ 3,3
Endişe skoru, ortalama $\pm$ SS	17,5 $\pm$ 3,9	16 $\pm$ 4,6	15,2 $\pm$ 4,5
İEF, ortalama $\pm$ SS	2,9 $\pm$ 4,1	3,9 $\pm$ 5,3	5,5 $\pm$ 5
Zarar skoru, ortalama $\pm$ SS	11,2 $\pm$ 3,1	10,7 $\pm$ 3,5	10,2 $\pm$ 3,5
Aşırı kullanım skoru, ortalama $\pm$ SS	11,2 $\pm$ 2,9	10,2 $\pm$ 3,2	9,8 $\pm$ 3

**Tablo 3.** BMQ alt gruplarının zaman içinde değişimi (0-12-24. ay) ile diğer faktörlerin ilişkisini değerlendiren GEE analizi multivariable model sonuçları

	İhtiyaç Skoru Modeli			Endişe Skoru Modeli			İEF Modeli			Zarar Modeli			Aşırı kullanım Modeli			
	B	GA	p	B	GA	p	B	GA	p	B	GA	p	B	GA	p	
Entezit	-2,5	-3,9;	0,001													
Artrit (K/O)	-0,9	-1,8;	0,06													
BASFI	0,1	-0,1;	0,27							0,1	-0,1;	0,3	0,2	0,004;	0,03	
ASDAS-CRP	0,2	-0,2;	0,3	0,8	0,5;	0,00	-0,5	-0,9;	0,01				-0,07	-0,5;	0,7	
Ekstra-spinal <sup>a</sup>				-1,7	-	0,01							-0,8	-1,8;	0,07	
İBH				1,5	0,03;	0,04										
Kas-iskelet dışı <sup>b</sup>							-1,8	-3,7;	0,06							
Periferik artrit							1,6	0,3;	0,02							
Psöriazis										2,5	0,2;	4,7	0,03	-1,1	-3;	0,7
Yaş										0,05	0,01;	0,007	0,04	0,01;	0,02	
DMARD <sup>c</sup>										1,1	0,2;	1,9	0,02			
BASDAI										0,1	-0,1;	0,3				
İlk Sedim										0,01	-0,01;	0,4				

GA: Güven aralığı (%95), K/O: Kalça veya omuz, İBH: Enflamatuvar bağırsak hastalığı, İEF: İhtiyaç-endişe farkı aEkstra-spinal: Artrit, entezit veya daktilit, bKas-iskelet dışı: Üveit, psöriazis veya İBH, cDMARD: Çalışma sırasında DMARD kullanımı

## PS-110

### Spondiloartrit ve psöriyatik artrit hastaları güçlü aile öyküsüne sahiptir

**Gözde Kübra Yardımcı**, Bayram Farisoğulları, Ertuğrul Çağrı Bölek, Emre Bilgin, Emine Duran, Gizem Ayan, Zehra Özsoy, Gül Sandal Uzun, Levent Kılıç, Ali Akdoğan, Ömer Karadağ, Şule Apraş Bilgen, Ali İhsan Ertenli, Umut Kalyoncu, Sedat Kiraz

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

**Amaç:** Aile öyküsü spondiloartritlerin (SpA) ve psöriyatik artrit (PsA) ayırt edici özelliklerinden biridir. Bazı hastalar, 2 veya daha fazla yakınında SpA bulguları bulunması ile güçlü aile öyküsüne sahiptir. SpA hastalarında güçlü aile öyküsüne sahip olmanın getirdiği özellikler henüz iyi bilinmemektedir. Bu çalışmada SpA ve PsA hastalarında aile öyküsünün etkilerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

**Yöntem:** HUR-BIO (Hacettepe Üniversitesi Biyolojik Ajan Veri Tabanı) 2005 yılından bugüne 3071 SpA ve 526 PsA hastasının kaydedilmiş olduğu prospektif ve tek merkezli kayıt kütüğüdür. Hastaların biyolojik tedavi öncesinde ve izlemde, demografik ve klinik özellikleri, laboratuvar bulguları, hastalık aktiviteleri, SpA

ve SpA özelliklerini (SpA tanısı, PsA tanısı, psöriyazis öyküsü, enflamatuvar bağırsak hastalığı öyküsü ve üveit) içeren detaylı aile öyküsü kaydedilmektedir.

**Bulgular:** İki bin sekiz yüz yedi SpA (%53,6 erkek) ve 506 PsA (%31,4 erkek) hastasının aile öyküsüne ulaşıldı ve analiz edildi. SpA hastalarının %27,6'sında ve PsA hastalarının %31'inde pozitif aile öyküsü mevcuttu ve her iki hastalık grubu açısından anlamlı fark yoktu. SpA hastalarının %7,4'ünün ve PsA hastalarının %8,9'unun birden fazla yakınında SpA bulgusu mevcuttu (Tablo 1). SpA hastalarında, aile öyküsü olanlarda olmayanlara göre üveit görülme sıklığı daha fazlaydı (%14,4 ve %10,6, p=0,006). PsA hastalarında güçlü aile öyküsü olanlarda erkek cinsiyet ve üveitin daha sık görülmesi dışında (sırasıyla, %53'e karşılık %32 p=0,006 ve %9'a karşılık %2, p=0,003) fark yoktu. SpA hastalarında aile öyküsünün varlığı ve HLA-B27 pozitifliği koreleydi (%63,7 ve %37,6, p<0,001) ancak bu pozitif ilişki PsA hastalarında saptanmadı (%31,2 ve 20,0, p=0,13).

**Sonuç:** SpA ve PsA hastalarının yaklaşık üçte birinde aile öyküsü mevcuttu. Yine SpA ve PsA hastalarında iki veya daha fazla aile üyesinin bir SpA özelliğine sahip olması nadir değildi. Bu hastalarda aile öyküsünün varlığı, üveit gibi bazı klinik durumlarla ilişkili olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Spondiloartrit, psöriyatik artrit, aile öyküsü, üveit

**Tablo 1.** Spondiloartrit ve psöriyatik artrit hastalarında aile öyküsü

	PsA (n=506)	SpA (n=2807)
≥1 aile öyküsü (birinci ve ikinci derece yakınlar), n (%)	157 (31.0)	774 (27.6)
≥1 birinci derece akraba, n (%)	114 (22.5)	489 (17.4)
≥2 birinci derece akraba, n (%)	21 (4.2)	77 (2.7)
≥2 aile öyküsü (birinci ve ikinci derece yakınlar), n (%)	45 (8.9)	208 (7.4)
Aile öyküsü		
➢ Psöriyazis, n (%)	120 (23.7)	155 (5.5)
➢ Psöriyatik artrit, n (%)	14 (2.8)	9 (0.3)
➢ Spondiloartrit, n (%)	38 (7.5)	643 (22.9)
➢ İnflamatuvar bağırsak hastalığı, n (%)	1 (0.2)	10 (0.4)
➢ Üveit, n (%)	0	2 (0.1)

\*PsA: psöriyatik artrit, SpA: spondiloartrit

## PS-111

### Ailesel Akdeniz ateşi (AAA) ve aksiyel spondiloartrit birlikteliği olan hastaların demografik, klinik ve radyolojik bulgularının aksiyel spondiloartrit hastaları ile karşılaştırılması

Murat Kiracı<sup>1</sup>, Emre Bilgin<sup>2</sup>, Emine Duran<sup>2</sup>, Bayram Farisoğulları<sup>2</sup>, Ertuğrul Çağrı Bölek<sup>2</sup>, Gözde Kübra Yardımcı<sup>2</sup>, Zehra Özsoy<sup>2</sup>, Güllü Sandal Uzun<sup>2</sup>, Gizem Ayan<sup>2</sup>, Banu Balcı Peynircioğlu<sup>3</sup>, Ömer Karadağ<sup>2</sup>, Ali Akdoğan<sup>2</sup>, Şule Apraş Bilgen<sup>2</sup>, Sedat Kiraz<sup>2</sup>, Ali İhsan Ertenli<sup>2</sup>, Umut Kalyoncu<sup>2</sup>, Levent Kılıç<sup>2</sup>

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

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

<sup>3</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** AAA ve aksiyel spondiloartrit (axSpA) birlikte görülme sıklığı yetişkinlerde %0,5-7,5 arasındadır. AAA + axSpA birlikteliğinde axSpA ile karşılaştırıldığında daha erken yaşta SpA semptomlarında başlangıç, daha fazla periferik eklem tutulumu görülür. Çalışmanın amacı axSpA hastaları ile AAA + axSpA'lı hastaların demografik, klinik ve radyolojik özelliklerini karşılaştırmaktır.

**Yöntem:** Hacettepe Hastanesi'nin veri tabanında kayıtlı ICD-10 (E85.0) koduna göre 9630 AAA hastası tespit edildi. Bu hastaların 241'inde ICD-10(M45) koduna göre axSpA birlikteliği tanısı vardı. AAA tanısı Tel-Hashomer kriterleri ile; axSpA tanısı Modifiye New York (mNY) kriterlerine göre sakroiliak radyografide sakroiliit varlığı ile veya ASAS kriterlerine göre MR görüntülemeye aktif sakroiliit varlığı ile doğrulandı. Bu kriterlere göre 136 hastada AAA + axSpA birlikteliği bulundu. Hastaların 107'si daha önce biyolojik ilaçla tedavi edilmişti ve çalışmaya dahil edildi. Kontrol grubu olarak, TReasure veri tabanında kayıtlı, biyolojik ilaç kullanan, yaş ve cinsiyeti diğer grupla eşleştirilmiş, merkezimizde takipli, AAA tanısı olmayan 102 axSpA hastası analize dahil edildi. Her iki gruptaki hastaların demografik, klinik ve radyolojik özellikleri karşılaştırıldı. P<0,05 istatistiksel anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** AAA + axSpA grubuna 107, axSpA grubuna 102 hasta dahil edildi. AAA + axSpA grubunda SpA semptom başlangıç yaşı ve tanı yaşı daha erken, hastalık süreleri daha uzundu (Tablo 1). Amiloidoz AAA + axSpA grubunda daha sıkı (%7,5 vs. %1; p=0,04). AAA + axSpA grubunda 94 (%87,9), axSpA grubunda ise 98 (%96,1) hastada mNY kriterlerine göre radyografik sakroiliit vardı. AAA + axSpA grubunda lomber mSASS skoru ve sindesmoft sıklığı daha yüksekti. Şiddetli spinal tutulum (BASRI-spinal ≥4 ve total ankiroz) her iki grupta benzerdi. Radyolojik olarak gösterilmiş orta-şiddetli kalça tutulumu ile total kalça replasmanı AAA + axSpA grubunda daha sıkı (sırasıyla; %23,4 vs. %4,7; p<0,001 ve %11,2 vs. %2,8; p=0,016).

**Sonuç:** AAA-axSpA hastalarında erken yaşta hastalık başlangıcı, daha ağır aksiyel tutulum olduğu gözlemlendi. AAA + axSpA grubunda beklendiği gibi amiloidoz ve kalça tutulumu oranı da daha yüksekti. Ülkemizde olduğu gibi AAA'nın sık görüldüğü toplumlarda, AAA'lı hastalar eşlik edebilecek SpA açısından sorgulanmalı ve bu birlikteliğin daha ağır hastalık seyri ile ilişkili olduğu akıldan tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Ailesel akdeniz ateşi, aksiyel spondiloartrit, amiloidoz, spondiloartrit



**Tablo 1.** AAA+axSpA hastalarının demografik, klinik ve radyolojik bulgularının axSpA hastaları ile karşılaştırılması

Demografik, klinik ve radyolojik bulgular	AAA + axSpA (n=107)	axSpA (n=102)	p değeri
Yaş [yıl, medyan (25-75)]	38 (32-48)	39 (32-48)	0,98
Cinsiyet (kadın), n (%)	54 (50,5)	50 (49,0)	0,84
AxSpA semptom başlangıç yaşı [yıl, medyan (25-75)]	21 (16-29)	27 (21-37)	<0,001
axSpA tanı yaşı [yıl, medyan (25-75)]	27 (21-36)	32 (24-43)	0,001
Hastalık süresi [yıl, medyan (25-75)]	15 (10-21)	9 (5-14)	<0,001
Entezit	30/107 (28,0)	16/66 (24,2)	0,58
Daktilit	5/107 (4,7)	9/91 (9,9)	0,15
Üveit	15/107 (14,0)	8/102 (7,8)	0,15
Enflamatuvar bağırsak hastalığı	6/107 (5,6)	3/99 (2,9)	0,34
Psöriazis	7/107 (6,5)	15/102 (14,7)	0,055
Amiloidoz, n (%)	8 (7,5)	1 (1,0)	0,04
AxSpA aile öyküsü, n (%)	24/107 (22,4)	27/101 (26,7)	0,47
HLA B27 (+), n (%)	17/56 (30,4)	41/93 (44,1)	0,09
mNY kriterleri pozitifliği, n (%)	94 (87,9)	98 (96,1)	0,03
Bilateral grade 3 ve üzeri sakroiliit	55 (51,9)	28 (27,5)	<0,001
mSASSS total, medyan (25-75)	6 (2-20) (n=22)	0 (0-9) (n=16)	0,15
Servikal mSASSS medyan (25-75)	1 (0-8) (n=42)	0 (0) (n=19)	0,13
Lomber mSASSS medyan (25-75)	3 (0-7) (n=97)	0 (0-4) (n=77)	0,01
Servikal sindesmofit, n (%)	19/42 (45,2)	4/19 (21,1)	0,07
Lomber sindesmofit, n (%)	20/96 (20,8)	7/77 (9,1)	0,03
Vertebral köprüleşme, n (%)	18/97 (18,6)	17/92 (18,5)	0,99
BASRI-omurga skor $\geq 4$ , n (%)	11/97 (11,3)	9/92 (9,8)	0,73
Total ankiloz, n (%)	5/97 (5,2)	3/92 (3,3)	0,52
BASRI-kalça skor medyan (25-75)	0 (0-3)	0 (0-0)	<0,001
Orta-ileri derece kalça tutulumu, n (%)	25 (23,4)	5 (4,7)	<0,001
Total kalça protezi, n (%)	12 (11,2)	3 (2,8)	0,016

**Tablo 2.** AAA + axSpA hastalarının MEFV gen varyasyonları

Homozigot veya bileşik heterozigot MEFV varyantına sahip hasta sayısı n (%)	AAA + axSpA (n=113)
M694V/M694V	45 (39,8)
M694V/M680I	14 (12,3)
M694V/V726A	8 (7)
M694V/E148Q	3 (2,6)
V726A/V726A	1 (0,8)
M680I/V726A	3 (2,6)
V726A/E148Q	1 (0,8)
M680I/M680I	0 (0)
E148Q/E148Q	0 (0)
M680I/E148Q	0 (0)
Heterozigot MEFV varyantına sahip hasta sayısı, n (%)	
M694V	21(18,6)
M680I	1 (0,8)
E148Q	2 (1,7)
V726A	0 (0)
MEFV varyantı (-) hasta sayısı n (%)	14 (12,3)

## PS-112

### Takayasu arteriti ile takipli hastalarımızın gebelik sonuçları: Tek merkez deneyimi

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

<sup>1</sup>Afyon Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Polikliniği, Afyon

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

**Amaç:** Takayasu arteriti (TA) tanısıyla izlediğimiz hastalarımızın klinik özelliklerini, gebelik süreçlerini, gebeliğin hastalığa ve hastalığın gebeliğe olan etkisini, maternal ve fetal sonuçları değerlendirmeyi amaçladık.

**Yöntem:** 2003-2019 yılları arasında TA tanısıyla takip ettiğimiz hastalarımızdan gebelik yaşayan 8 hasta çalışmaya alındı. Gerçekleşen 19 gebeliğin verileri retrospektif olarak değerlendirildi, 2 gebelik tanı öncesi olması nedeniyle dahil edilmedi. Değerlendirme 17 gebelik üzerinden yapıldı. Hastaların özellikleri, hastalığın ciddiyeti, obstetrik sonuçları, gebelik komplikasyonları, doğum yöntemi ve yeni doğan sonuçları değerlendirildi. Gebelik yaşayan hastalar telefonla aranarak gebelik süreçleri ile ilgili ayrıntılı bilgi edinildi.

**Bulgular:** Anjiyografik sınıflandırmaya dayanarak, hastalarımızın 5'inde tip 1, 2'sinde tip 2b, 1'inde tip 1+4 TA bulunmaktaydı. Gebeliklerin %52,9'u planlı gebelik olup, %47,05'inde takip eden hekimin onayı vardı. On dokuz gebeliğin 13'ünde (%68,4) canlı doğum gerçekleşti, 3 gebelik (%15,7) kürtaj ve 1 gebelik (%5,2) düşükle sonuçlandı. Gestasyonel hipertansiyonu (HT) olan 2 hasta (%25) vardı. On yedi gebeliğin %11,7'sinde preeklampsi nedeniyle neonatal ölüm görüldü. Hastalardan 2'sine gebelik esnasında tanı kondu ve 13 gebelikten sadece bu 2'sinde (%15,3) gebelik döneminde hastalık aktivasyonu vardı. On bir gebeliğin hepsi hem

gebelik öncesi hem gebelik döneminde remisyondaydı. Gebelikten 1 sene sonra hastalık aktivasyonu görülen 3 gebelik (%23,07) vardı. Bunlardan 2'si tanısını gebelik döneminde alan ve aktif giden 2 gebelik iken; remisyonunda olup aktifleşen sadece 1 gebelik görüldü. Hastaların biri hariç hepsi gebelik öncesi dönemde tümör nekrozis faktör-alfa (TNF- $\alpha$ ) inhibitörü kullanılmıyordu, ancak sadece 2 hastanın gebelik süresince TNF- $\alpha$  inhibitörüne devam ettiği saptandı. Konjenital malformasyon, fetal komplikasyon ve düşük doğum ağırlıklı bebek gözlenmedi.

**Sonuç:** Önceden var olan HT'nin alevlenmesi ve preeklampsi TA'lı gebelerde en sık gözlenen komplikasyonlardır. Düşük doğum ağırlığı ve intrauterin gelişme geriliği ise yeni doğanda en sık rastlanan komplikasyonlardır. TA'lı hastalarda doğru zamanda ve yakın izlem ile gerçekleşen gebeliklerde komplikasyonlar azalmakta olup gebelikler anne ve çocuk için iyi sonuçlanmaktadır

**Anahtar Kelimeler:** Gebelik, komplikasyon, prognoz, Takayasu arteriti

**Tablo 1.** Hastalarımızın genel özellikleri, (n=8)

Yaş, medyan	36 $\pm$ 5 (24-40)
Tanı yaşı, ortalama	25,1 (16-34)
Tanı süresi, yıl, ortalama	10,3 (3-18)
BMI, ortalama	26,3 (20,6-35,1)
Sigara, n	0
<b>TA tipi (anjyografik), n (%)</b>	
I	5 (%62,5)
I+4	1 (%12,5)
2b	2 (%25)
<b>Gebelik öncesi hastalık aktivasyonu n (%)*</b>	
Remisyon	11(%84,6)
Aktif	0
Bilinmiyor	2 (%15,3)
<b>Gebelik sırasında hastalık aktivasyonu n (%)*</b>	
Remisyon	11 (%84,6)
Aktif	2 (%15,3)
Bilinmiyor	0
<b>Gebelik sonrası 1. yıl hastalık aktivasyonu n (%)*</b>	
Remisyon	10 (%76,9)
Aktif	3 (%23,07)
Bilinmiyor	0

\*Gebelik sayısı üzerinden verilmiştir, toplam 19 gebelik olup 2 gebelik tanı öncesidir, 3 gebelik kürtaj ve 1 gebelik düşükle sonuçlanmıştır

**Tablo 2.** Hastaların gebelik ve fetal verileri (n=17 gebelik)

Gebelik yaşı, ortalama ve minimum-maksimum	29,8 (24-38)
Tanı-gebelik arası süre (ay), ortalama	58,2 (1-144)
35 yaş üzeri gebelik sayısı	1 (%12,5)
<b>Gebelik planı</b>	
Planlı gebelik	9 (%52,9)
Plansız gebelik	2 (%11,7)
Bilinmeyen	2 (%11,7)
<b>Takip eden romatolog</b>	
Onayı var	8 (%47,05)
Onayı yok	3 (%17,6)
Bilinmeyen	2 (%11,7)
<b>Antenatal takip</b>	
Var	6 (%35,2)
Yok	5 (%29,4)
Bilinmiyor	2 (%11,7)
<b>Perinatal takip</b>	
Var	11 (%64,7)
Yok	2 (%11,7)
Düşük*, n	1 (%5,8)
Ölü doğum*, n	1 (%5,8)
Postnatal ölüm*, n	1 (%5,8)
Preterm Doğum*, n	2 (%11,7)
Küretaj*, n	3 (%17,6)
<b>Gebelik komplikasyonu</b>	
Maternal HT	2 (%11,7)
Preeklampsi	2 (%11,7)
Gestasyonel DM	1 (%5,8)
<b>Doğum şekli</b>	
Vajinal	2 (%11,7)
Sezaryen	11 (%64,7)
Neonatal advers olay	2 (%11,7)
Doğum kilosu, LBW	0
Fetal büyüme, IUGR	0
Konjenital malformasyon	0
Neonatal YBÜ yatışı	0
Neonatal ölüm	2 (%11,7)

\*Gebelik sayısı üzerinden verilmiştir, toplam 19 gebelik olup 2 gebelik tanı öncesidir, 3 gebelik kürtaj ve 1 gebelik düşükle sonuçlanmıştır

## PS-113

### Pulmoner renal sendrom nadir bir nedeni antinötrofil sitoplazmik antikor negatif küçük damar vaskülit

Eda Öncel<sup>1</sup>, Cihat Yörük<sup>1</sup>, Yeşim Erez<sup>2</sup>, Merih Birlik<sup>2</sup>

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

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

**Giriş:** Vaskülitler, iskemi veya kanama ile sonuçlanan kan damarlarının iltihaplanması ile karakterize, nadir görülen bozukluklardır. Tanısı deneyimli klinisyenler için bile zor olabilmektedir. Tanıda antinötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) işimizi kolaylaştırırsa da, ANCA-negatif vaskülit nadirdir. Ancak pulmoner renal sendrom etiyojisi olarak daha da nadirdir.

**Olgu:** Yirmi altı yaşında erkek hasta, birkaç gündür olan ateş, öksürük, balgam ve nefes darlığı şikayetleriyle acil servise başvurdu. Acil servis değerlendirmesinde solunumsal asidoz ve hipoksisi olması üzerine hasta hospitalize edildi. Hastanın öyküsünde çocukluk çağında geçirilmiş ateşli hastalık nedeniyle mental retarde olduğu, yandaş hastalığı olmadığı görüldü. Fizik bakışında bilateral akciğer bazallerde ral dışında patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvar değerlerinde; WBC: 6200 10<sup>3</sup> n/uL HBG: 13,2 mg/dL, Kreatinin: 0,81 mg/dL, BUN: 8,5 mg/dL Procalsitonin: 0,18 ng/mL, CRP: 132 mg/dL, Sedim 65 mm/h saptandı (Tablo 1). Solunum sıkıntısı ve dinleme bulguları nedeniyle görülen toraks bilgisayarlı tomografide (BT) (Şekil 1); retiküler dansite artımlarının eşlik ettiği yaygın dağılım asiner, alveolar infiltrasyonlar, beraberinde buzlu cam alanları ve peribronşial kalınlaşmalar saptandı. Hastanın izlemde solunum sıkıntısı artması üzerine hasta yoğun bakımda izlenmeye başlandı. Yoğun bakım izleminde PO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub> <150 olması üzerine hasta entübe edildi. Multilober pnömoni ön tanısı ile başlanan antibiyoterapiye yanıt alınamayan hastanın trakeal aspirat kültüründe üreme olmadı. Solunum sıkıntısı gerilemeyen hastanın hematüri ve proteinürisi gelişti (24 saatlik idrar protein: 2.7 gr), hemoglobin düşüşü oldu. Diagnostik bronkoskopisinde hemoraji saptandı. Diffüz alveolar hemoraji ve renal yetmezlik olan hastada pulmorenal sendrom düşünüldü. Hastadan gönderilen immünolojik markerlar negatif saptandı (Tablo 2). ANCA negatif küçük damar vaskülit kabul edilen hastaya prednol pulse verildi. Steroid tedavisi sonrası ekstübe olan, solunum bulguları gerileyen, kreatinin değerleri normalize olan hastanın idame tedavisi 1 mg/kg steroid + azatioprin olarak düzenlendi. İzlemde aktivasyon ile uyumlu bulgusu olmayan hastada pandemi koşulları da göz önünde bulundurularak azatioprin tedavisine devam edildi.

**Sonuç:** Pulmoner renal sendrom (PRS), diffüz pulmoner hemoraji ve glomerülofritin (GN) bir kombinasyondur. ANCA-negatif GN olanlarda yaygın pulmoner hemoraji son derece olağandır.

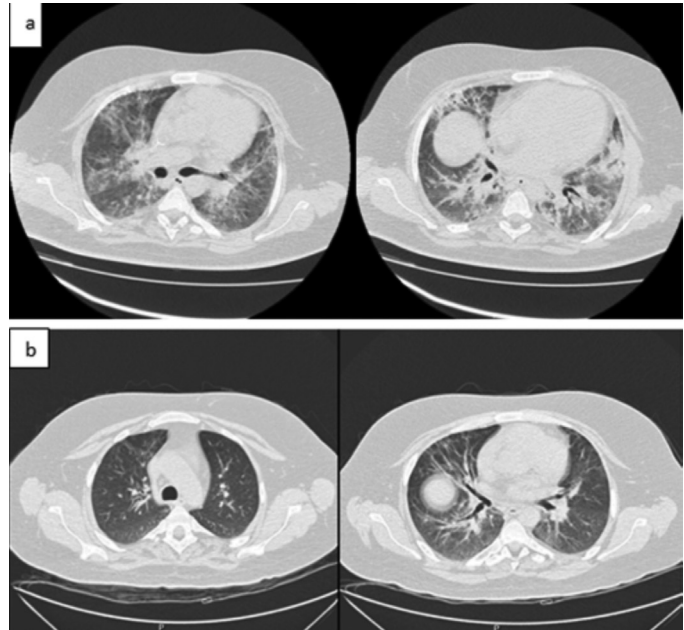
**Anahtar Kelimeler:** Antinötrofilik sitoplazmik antikor, diffüz alveolar hemoraji, vaskülit

**Tablo 1.** Laboratuvar bulguları

Hb/Htc/MCV	13,3g/dL/41,4 %/88 fl
Plt	185 (103/μg/L)
WBC/neu/lenf	6200/5900/200 (103/μg/L)
Kreatinin	0,81 mg/dL
ESH	65 mm/h
CRP	132 mg/L
Procalsitonin	0,18 ng/ml

**Tablo 2.** Laboratuvar bulguları

ANA	<1:100 titre negatif
ENA	Negatif
Anti ds DNA	Negatif
p-ANCA, c-ANCA,	<1:10 titre negatif
MPO-ANCA, PR3-ANCA	<1:10 titre negatif
C3- C4	Olağan sınırlarda



**Şekil 1.** a. Toraks BT bulguları, b. Tedavi sonrası toraks BT bulgularında gerileme

## Sakroiliak eklem grafiğinin yorumlanmasında gözlemcinin kendi içindeki uyumsuzluğuna multidisipliner bir çözüm: Resim işleme uygulaması

Ahmed Cihad Genç<sup>1</sup>, Fevziye Türkoğlu Genç<sup>2</sup>, Damla Karataş<sup>3</sup>, Sümeyye Merve Türk<sup>3</sup>, Zeynep Öztürk<sup>3</sup>, Lavdie Rada<sup>4</sup>, Emel Gönüllü<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hendek Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları, Sakarya; Bahçeşehir Üniversitesi, Yapay Zeka Yüksek Lisansı, İstanbul

<sup>2</sup>Akyazı Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları, Sakarya

<sup>3</sup>Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Sakarya

<sup>4</sup>Bahçeşehir Üniversitesi, İstanbul

**Amaç:** Ankilozan spondilit (AS) tanısında anamnez ve fizik muayenenin rolü büyük olup AS'ye sensitif ve spesifik rutinde her sağlık kuruluşunun erişebileceği bir biyobelirtecin olmaması, tanıyı 6-8 yıl geciktirmektedir. Tanı ve takip aşamasında sakroiliak eklem grafisi (SEG) hem kolay erişilebilir hem de maliyeti düşük olması nedeniyle kullanışlıdır ve sık kullanılmaktadır. Ancak aynı grafi için; iki hekim arasında sakroiliitin evresi farklı yorumlanabilir, hatta aynı hekimin farklı günlerdeki yorumu dahi farklılık gösterebilmektedir. Bunun sebebi röntgen teknisyeninin tecrübesi, hastanın pozisyonu, doz, kontrast gibi birçok sebebe bağlı olabilir. Bu uyumsuzluğu ortadan kaldırmak için hekim SEG'yi yorumlarken bilgisayar ekranından kontrastı azaltıp artırmayı manuel olarak deneyerek optimum görüntüyü bulmaya çalışır. Bir SEG'ye ait optimum kontrastı otomatik olarak belirleyip hekimin karşısına getirecek görüntü işleme metodunun hekimin kendi içindeki uyumunu artırıp artırmayacağını araştırmak istedik.

**Yöntem:** İki yüz altmış SEG'nin kontrastları histogram eşitleme metodu kodları yazılarak optimize edildi ve yeni 260 SEG oluşturuldu. Her bir orjinal SEG'den 2'şer adet, her yeni üretilen SEG'nden 2'şer adet imajlar bir dijital dosyada toplanıp rastgele karıştırıldı ve grafi isim-numaraları gizlendi. Böylelikle romatoloğun karşısına çıkan grafinin orjinal mi, işlenmiş mi, hangi sıralamada olduğunun tahmin etmesi engellendi. Romatolog her sakroiliak eklemi grade 0, 1, 2, 3, 4 şeklinde yorumladı. Kontrast ayarı için histogram eşitleme metodu MATLAB\_R2021a ve gözlemler arası uyum için kappa (k) katsayıları SPSS 21 programları ile yapıldı.

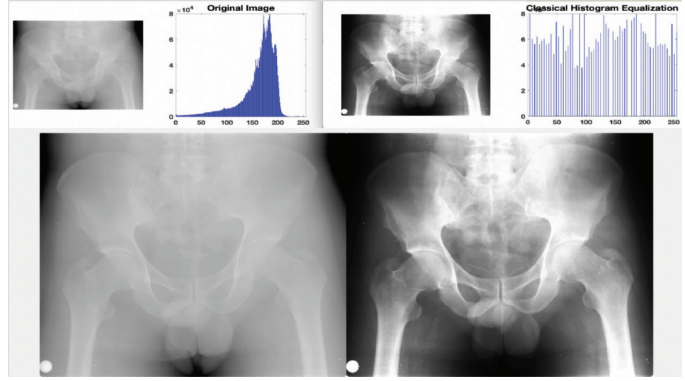
**Bulgular:** Romatoloğun orjinal SEG'leri iki kez değerlendirdiğindeki uyumu orta dereceden ( $k=0,55$ ;  $p<0,001$ ) histogram eşitleme metodu ile oluşturulan yeni grafi sayesinde iyi dereceye ( $k=0,71$ ;  $p<0,001$ ) yükselmiştir.

**Sonuç:** Oluşturduğumuz model SEG yorumlamadaki uyumu istatistiksel anlamlı seviyede artırdı. Multidisipliner çalışmaların önemi vurgulamak istedik. SEG yerine değişik açılardan çekilmiş pelvik, kalça grafisi gibi görüntü heterojenitesinin, parlaklık sorunlarının olduğunu gözlemledik. Bu tür görüntüler için daha ileri düzeyde gelişmiş görüntü işleme teknikleri kullanılıp gözlemcinin kendi içindeki uyumu daha da artırılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Ankilozan spondilit, gözlemcinin kendi içindeki uyumu, intraobserver disagreement, sacroiliac grafi, image processing

**Tablo 1.** Orijinal ve histogram eşitleme metodu ile kontrast ayarı yapılan SEG yorumlamanın gözlemcinin kendi içindeki uyumu üzerindeki etkisi

Kendi içlerinde 2'şer kez yorumlanan	kappa	p
Orijinal SEG, n=260	0,55 (orta derecede uyum)	0,000
Histogram eşitleme metodu ile kontrast ayarı yapılan SEG, n=260	0,71 (iyi derecede uyum)	0,000



**Şekil 1.** Orijinal grafi ve histogram eşitleme metodu ile işlenmiş grafi örneği

## PS-115

### Biyolojik tedavi alan spondiloartritli hastalar daha az mı COVID-19 oluyor?

Özlem Pehlivan<sup>1</sup>, Tutku Aydın<sup>2</sup>, Buket Filiz<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Romatolojik hastalıklarda 'biyolojik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar' (bDMARD) tedavi algoritmalarında ana rol oynarlar ve bu tedaviler potansiyel olarak enfeksiyon riskini artırabilir. Öte yandan biyolojik tedaviler viral enfeksiyon sırasında kontrolsüz olarak artan immün yanıtı azaltabilir. Bu da potansiyel olarak koruyucu bir etkiye sahip olabilir. Biz bDMARD tedavi alan spondiloartritli hastaların COVID-19 enfeksiyonu seyri ve insidansını, bDMARD almayan hastalarla karşılaştırmak ve tedavinin etkisine bakmayı planladık.

**Yöntem:** Haziran 2020-Haziran 2021 tarihleri arasında romatoloji polikliniğine başvuran bDMARD alan ASAS kriterlerine göre spondiloartrit tanılı tüm hastalar (Biyolojik grup: BG) (n=156) dahil edildi. Kontrol grubu (KG) olarak son bir ayda romatoloji polikliniğine başvuran bDMARD almayan tüm spondiloartrit tanılı hastalar (n=29) alındı. Tek merkezli gözlemsel kohort çalışması olarak gerçekleştirildi. COVID-19 enfeksiyonu klinik semptomları ve tedavileri sorgulandı. Verilerin analizinde Mann-Whitney U, ki-kare ve multinomial lojistik regresyon analizi testleri kullanıldı.

**Bulgular:** BG hastaların 149'i (%95,5) tümör nekrozis faktör inhibitörü (TNFi), 7 tanesi (%4,5) interlökin-17A inhibitörü sekukinumab kullanıyordu. TNFi kullanan 149 hastanın 7'si infliximab, 33'ü etanercept, 36'sı adalimumab, 49'u golimumab, 22'si sertolizumab kullanıyordu. Otuz dört hasta (%18) SARS-COV-2 ile enfekte saptandı. COVID-19 enfeksiyonu BG'de

KG'dan anlamlı olarak düşük saptandı. (%12 vs. %48, sırasıyla) ( $p<0,001$ ). Hastane yatışında BG ve KG arasında fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). BG ve KG arasında yaş, cins ve komorbiditeler arasında fark saptanmamıştır. COVID-19 hastalık semptomları ve aldığı tedaviler arasında BG ve KG arasında fark saptanmamıştır. Multinomial regresyon analizinde COVID-19 negatif hastaların pozitiflerle karşılaştırılmasında COVID-19 negatif hastalardan TNFi (OR: 7,31; %95 GA: 2,95-18,14;  $p<0,006$ ) kullanımının yüksek olduğu görüldü. TNFi tedavilerin her birinin COVID-19 pozitif olmama üzerine etkisi Tablo 1'de gösterilmiştir.

**Sonuç:** Çalışmamızda bDMARD kullanan grupta COVID-19 enfeksiyonunu daha düşük saptadık ve bu etkinin TNFi kullanımına bağlı olduğunu düşündük.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, biyolojik DMARD, TNFi, spondiloartrit

		OR	%95 CI	p değeri
İnfliximab	COVID-19 (-)	NA	NA	<0,001
	COVID-19 (+)			NA
Etanercept	COVID-19 (-)	15,500	3,192-75,265	<0,001
	COVID-19 (+)			0,001
Adalimumab	COVID-19 (-)	4,714	1,838-13,566	<0,001
	COVID-19 (+)			0,004
Golimumab	COVID-19 (-)	11,250	3,309-38,261	<0,001
	COVID-19 (+)			<0,001
Sertolizumab	COVID-19 (-)	4,500	1,257-16,105	<0,001
	COVID-19 (+)			0,021

## PS-116

### GPA'lı hastalarda HRCT bulgularının MPA hastalarından farklılıkları var mıdır?

Elif Durak Ediboğlu<sup>1</sup>, Şebnem Karasu<sup>2</sup>, Cesur Gümüş<sup>2</sup>, Sercan Gücenmez<sup>1</sup>, Mustafa Özmen<sup>1</sup>, Dilek Solmaz<sup>1</sup>, Servet Akar<sup>1</sup>

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

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

**Amaç:** Akciğerler, anti-nötrofilik sitoplazmik antikor (ANCA) ilişkili vaskülitlerde (AAV) sık tutulmuş organlardır. Sık görülen akciğer tutulumu ilişkili bulgular trekeobronşial hastalık, akciğer parankiminde nodül/kavite, intersitisyel akciğer hastalığı (İAH), alveolar hemoraji ve pulmoner arter stenozu olarak tanımlanmıştır. Son yıllarda AAV'lerin özellikle de mikroskopik polianjitis (MPA) hastalarında İAH ilişkisine dair veriler nedeni ile AAV'li hasta grubunda akciğer tutulumu sık araştırma konusu olmuştur. Ancak araştırmaların çoğu MPA hastalarındaki İAH paternlerini ortaya koymaya yöneliktir. Biz bu çalışmada hem granülomatozisli polianjitis (GPA) hastalarındaki HRCT bulgularını ve bu bulguların MPA hastalarındaki ile benzer ya da farklı yönlerini ortaya koymayı amaçladık.

**Yöntem:** Çalışmaya 2014-2021 yılları arasında AAV tanısı almış 140 AAV hastadan tanı sırasında akciğer tutulumları HRCT

ile değerlendirilmiş 22 MPA ve 23 GPA hastası dahil edildi. Hastaların mevcut HRCT'leri deneyimli toraks radyologu tarafından değerlendirildi. Hastaların klinik ve demografik verileri retrospektif olarak kaydedildi.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 23 GPA hastalarının %60,9'u erkek, ortalama tanı yaşı (SS) 43,7 (13,7), hepsi ANCA pozitif (21 PR3-ANCA, 2 MPO-ANCA), MPA hastalarına göre daha erken yaşta tanı almış ( $p=0,001$ ), ANCA pozitiflik oranları ( $p=0,001$ ) ve PR3-ANCA pozitiflik oranı ( $p<0,001$ ), üst solunum yolu tutulum ( $p<0,001$ ) ve göz tutulum ( $p=0,002$ ) oranları MPA hastalarından daha yüksekti (Tablo 1). GPA hastalarında HRCT'de parankimal tutulum açısından bakıldığında interlobüler septal kalınlaşma ( $p=0,023$ ) ve kavite ( $p=0,004$ ) oranı anlamlı olarak yüksek bulundu. Buna karşın balpeteği ( $p=0,035$ ) ve bronşektazi ( $p=0,017$ ) oranı ise daha düşüktü. Hastalık paterni değerlendirildiğinde ise GPA da UIP patterni sıklığı daha düşüktü ( $p=0,047$ ) (Tablo 1).

**Sonuç:** GPA'nın da İAH neden olabileceği ve MPA'ya benzer parankim tutulumu ve hastalık paternine yol açabileceği ancak HRCT'de bronşektazi ve balpeteği bulgusu ile UIP paterninin ön planda MPA hastalarında görüldüğü akıld tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** GPA, pulmoner tutulum, HRCT tutulumu

**Tablo 1.** AAV hastalarının HRCT Bulguları

	GPA (n=23)	MPA (n=22)	p
<b>Parankimal Tutulum n (%)</b>			
Buzlu cam	15 (65.2)	13 (59.1)	0.76
Interlobular septal kalınlaşma	3 (13)	10 (45.5)	0.023
Peribronkovasküler kalınlaşma	2 (8.7)	4 (18.2)	0.41
Retikülasyon	17 (73.9)	18 (81.8)	0.72
Balpeteği	2 (8.7)	8 (36.4)	0.035
Bronşektazi	2 (8.7)	9 (40.9)	0.017
Nodül	6 (26.1)	1 (4.5)	0.10
Kavite	8 (34.8)	0	0.004
Konsolidasyon	16 (69.6)	11 (50)	0.23
Mozaik atenuasyon	3 (13)	1 (4.5)	0.61
Amfizem	1 (4.3)	4 (18.2)	0.19
Lenfadenopati	2 (8.7)	2 (9.1)	1.0
<b>Hastalık paterni n (%)</b>			
UIP	1 (4.3)	6 (27.3)	0.047
Probable UIP	0	2 (9.1)	0.23
İndetermine UIP	3 (13)	(4.5)	0.61
NSIP	7 (30.4)	4 (18.2)	0.49
Pulmoner hemoraji	1 (4.3)	5 (22.7)	0.10

## AAV hastalarında pulmoner tutulum varlığını predikte eden faktörler var mıdır?

Elif Durak Ediboğlu, Dilek Solmaz, Haluk Cinaklı, Sercan Gücenmez, Mustafa Özmen, Eda Otman Akat, Esra Erpek, Gülay Alp, Servet Akar

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

**Amaç:** Anti-nötrofilik sitoplazmik antikor (ANCA) ilişkili vaskülitler (AAV) küçük ve orta çaplı damarlarda nekroz ve enflamasyonu ve buna bağlı farklı organ/sistem tutulumlarına neden olan bir grup hastalıktır. Akciğerler AAV'lerde sık tutulur ve bu hastalık alt gruplarında akciğer tutulumunun morbidite ve mortalite ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ancak AAV hastalarında akciğer tutulumunu öngördüren veriler kısıtlıdır. Biz bu çalışmada AAV'li hastalarda pulmoner tutulumu öngördürecek klinik ya da laboratuvar bulguları değerlendirmeyi amaçladık.

**Yöntem:** Çalışmaya 2014-2021 yılları arasında AAV tanısı almış 140 AAV hastasından granüloatozisli polianjitis (GPA; n=72) ve mikroskopik polianjitis (MPA; n=40) olarak sınıflandırılan hastalar dahil edildi. Hastalar tanı da ya da takip sırasında yapılan toraks CT ile saptanan pulmoner tutulumlarına göre pulmoner tutulumu olan AAV (n=91) ve pulmoner tutulumu olmayan AAV (n=19) olarak iki gruba ayrıldı.

**Bulgular:** Pulmoner tutulumu olan 91 hastanın %52'sinde nodül ya da kavite, %28'inin interstisyel akciğer hastalığı (İAH), %20'sinin ise pulmoner hemorojisi vardı. Tüm MPA ve GPA hastaları dahil edilerek hastaların pulmoner tutulum varlığına göre analiz edildiğinde pulmoner tutulumu olan ve olmayan grupta demografik, klinik ve hastalık aktivite parametreleri gruplar arasında benzerdi (Tablo 1). Pulmoner tutulumu olmayan grupta deri tutulumu (p=0,020) ve periferik artrit (p=0,013) anlamlı fazlaydı. Hastalar pulmoner tutulumlarının alt tiplerine göre (pulmoner hemoroji, kavite/nodül, İAH) analiz edildiğinde; nodül ya da kavitesi olan grupta %61,5 hastanın üst solunum yolu tutulumu (ÜSY) vardı ve istatistiksel olarak anlamlı yüksekti (p=0,008); pulmoner tutulum tiplerine göre yapılan grupların analizinde diğer organ tutulumları açısından üç tutulum tipi arasında fark gözlenmedi.

**Sonuç:** Pulmoner tutulumu olan ve olmayan hastaların genel demografik ve hastalık aktiviteleri benzer görünmektedir. Ancak kas iskelet sistemi ve deri tutulumu varlığı pulmoner tutulum olan grupta daha az gözlenmiştir ve nodül ya da kavitesi olan hastalarda ÜSY tutulumu daha sıktır. Daha geniş hasta gruplarında gözden geçirilerek diğer faktörlerle olan ilişkisi değerlendirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** ANCA ilişkili vaskülit, pulmoner tutulum, granüloatozisli polianjitis, mikroskopik polianjitis

**Tablo 1.** Pulmoner tutulumu göre hastaların demografik ve klinik özellikleri

	Pulmoner tutulum (+) (n=91)	Pulmoner tutulum (-) (n=19)	p
Cinsiyet, erkek (n) (%)	57 (62)	12 (63.2)	1.0
Tanıda yaş (yıl) ortanca (IQR)	51 (21)	60.5 (15)	0.75
Sigara, kullanmış n(%)	37 (68.5)	7 (53.8)	0.52
Tanı, (n) (%)			
GPA	61 (66.3)	10 (52.6)	0.30
MPA	31 (33.7)	9 (47.4)	
ANCA pozitifliği, (n) (%)	72(81.8)	12 (66.2)	0.20
ANCA subtipi, (n) (%)			
PR3-ANCA	47 (66.2)	8 (66.7)	1.0
MPO-ANCA	24 (33.3)	4 (33.8)	1.0
Diğer organ ve sistem tutulumu, (%)			
Böbrek	75 (81.5)	17 (89.5)	0.52
ENT	38 (41.3)	9 (47.4)	0.62
Göz	11 (12.2)	5 (27.8)	0.14
SSS	2 (2.2)	0	1.0
Kalp	2 (2.2)	0	1.0
GIS	3 (3.3)	3 (15.8)	0.06
Cilt	17 (23)	8 (57.1)	0.020
Kas-iskelet sistemi	16 (17.8)	9 (47.4)	0.013
BVAS, median (IQR)	19 (10)/44	14.5 (5)/16	0.23
FFS,			
0	9 (10.8)	5 (31.3)	0.19
1	39 (47)	5 (31.3)	
>=2	35 (42.2)	6 (37.5)	
Tanıda serum kreatinin düzeyi, ortanca (IQR)	2.5 (5.2)	5 (5.7)	0.15
C3 düzeyi	135.5 (32.5)/41	103 (43.2)/19	0.92
C4 düzeyi	29.9 (12.5)/41	23.9 (11.7)/19	0.35
CRP, median (IQR)	13.9 (18.7)/69	17 (20.7)/39	0.68
Sedim, median (IQR)	83.5 (39)/69	91.5 (52)/33	0.07
Proteinüri =>500mg/g n (%)	69 (77.5)/62	15 (83.3)/37	0.76
Hematüri (n) (%)	64 (79)	11 (78.6)	1.0
Son dönem böbrek yetmezliği, (%)	16 (23.2)	5 (33.3)	0.51
Tanıda plazmaferez (%)	36 (40.4)	4(25)	0.29
Tanıda hemodiyaliz (%)	42 (47.2)	4 (25)	0.11
Mortalite, (n) (%)	26 (28.3)	4 (21.1)	0.78

## PS-118

### Endovasküler girişim sonrası tanı alan gecikmiş bir Takayasu arteriti: Olgu sunumu

Şule Ketenci Ertaş<sup>1</sup>, Saliha Sunkak<sup>1</sup>, Merva Tuna<sup>2</sup>, Gamze Türk<sup>3</sup>

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

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

<sup>3</sup>Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Kayseri

Elli beş yaşında kadın hasta; hipertansiyon ve diyabet tanıları ile takipli olup 2 yıl önce obezite cerrahisi geçirmiş. 2017'de miyokart enfarktüsü (MI); 2018 ve 2021 de sağ hemiparezi gelişmiş. Hastanın 8 yıldır eklem ağrıları varmış. Hastanın eklem şikayetleri ve MI öyküsü obeziteye bağlanmış. 2018 yılındaki serebrovasküler olay (SVO) minimal sekel ile iyileşmiş. 2020 Eylül'de COVID-19 enfeksiyonu sonrası hastada kronik böbrek yetmezliği gelişmiş ve haftada 3 gün hemodiyaliz programına alınmış. Hasta Haziran 2021'de sağ hemiparezi ile başvurmuş. Kranial MR'de periventriküler derin beyaz cevherde kronik iskemik mikroanjyopatik değişikliklere bağlı T2 hiperintens sinyal değişikliği izlenmiş.

Yapılan anjiyografi raporu: sağ internal karotis arter (İKA) orjiniinde %30 darlık izlendi. Sol İKA orjiniinde ülsere plak ve diseksiyon flebi izlenmiş olup near-oklüzyon mevcuttur (Resim 1). Bilateral İKA'nın petröz, kavernöz ve supraklinoid segmentleri ile anterior serebral arterler, orta serebral arterler ve dalları normal doluş göstermiştir. Sağ İKA laseralden terminal segmente uzanım gösteren vaskülitik damar duvar düzensizliğı mevcuttur. Ayrıca bilateral vertebral arterler, sol internal karotis arter (İCA) orijinde, renal arterler, çölyak trunkus ve süperior mezenterik arterde darlık ve damar duvarında düzensizlikler gözlenmiş. Hasta vaskülit açısından değerlendirilmek üzere nöroloji tarafından romatolojiye danışıldı. Öyküde hastanın 8 yıldır eklem ağrısı, çenede ve bacaklarda kladikasyo şikayeti mevcuttu. Hastanın akut faz reaktanları ve serolojik testleri negatif olarak geldi. Fizik muayenede sağ subklavian arter üzerinde üfürüm olup periferik nabızlar alınamıyordu. Endovasküler girişim sırasında sol İKA'ya stent uygulanırken vazospazm izlendiğı için cerrahi girişim planlanmış; post-op ciddi vazospazm gelişen hastada tetrapleji gelişmiş. Büyük damar vaskülitü düşünölen hastaya romatoloji-nöroloji-radyoloji konseyinde görüşölerek büyük damar vaskülitü/takayasu arteriti tanısı kondu. Üç gün 250 mg metilprednizolon sonrası hastanın motor defisiti gerilemeye başladı. İki ay içinde tedricen steroid dozu azaltılan hastanın sol kolda güçsüzlük dışında nörolojik muayenesi normal olup hastaya tocilizumab planı yapıldı. Sonuç olarak, genç yaşta gelişen MI-SVO durumlarında vaskülitin ayırıcı tanıda akla gelmesinin önemi akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Vaskülit, tekrarlayan SVO, miyokart enfarktüsü, KBY



**Resim 1.** Sol İKA orjiniinde ülsere plak ve diseksiyon flebi

**PS-119**

## **Granülatöz polianjiitli bir hastada triple antifosfolipid antikor pozitifliğı: Olgu sunumu**

Melek Yalçın Mutlu, Fatih Yıldırım, Gamze Akkuzu, Cemal Beş

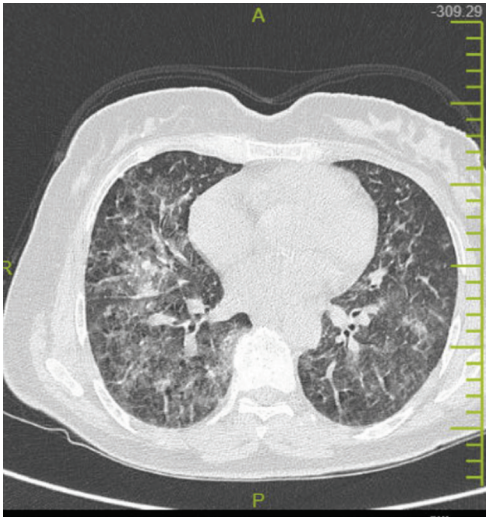
*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniğı, İstanbul*

**Giriş:** Antinötrofil sitoplazmik antikor ilişkili vaskülit (AAV) ile antifosfolipid sendrom birlikteliğı nadir görülür. Ancak bu birliktelik varlığında artmış trombotik olay riski nedeniyle hastaların yakın takip edilmesi gereklidir. Konstitüsyonel semptomlar, akciğer tutulumu ve posterior sklerit ile prezente olan ve triple antifosfolipid antikor pozitifliğı tespit ettiğimiz bir AAV olgusu sunuyoruz.

**Olgu:** Altmış bir yaşında kadın hasta, 10 aydır olan konstitüsyonel semptomlara son 2 aydır eklenen görmede azalma ve nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Toraks tomografisinde akciğerlerde bilateral yaygın alveolonodüler infiltrasyon alanları izlenmiş (Resim 1) ve yapılan bronkoskopik biyopsinin histopatolojik incelemesinde orta çaplı damarlarda vaskülitik infiltrasyon ve granülatöz iltihap saptanmış. Tetkiklerinde PR3-ANCA 125 IU/mL (normal sınır: 0-12 IU/mL) saptanması üzerine tarafımıza yönlendirilmiş. Renal fonksiyon testleri normal, idrar sedimenti inaktif, C-reaktif protein 34 mg/L, eritrosit sedimentasyon hızı 25 mm/saat bulundu. Göz muayenesinde posterior sklerit ve optik disk ödemli izlendi. Takibinde hemogramda düşüş olması üzerine akciğer tutulumu alveolar hemoraji olarak değerlendirildi. Tetkiklerinde aktive parsiyel tromboplastin zamanı 53 saniye, protombin zamanı 46 saniye, INR 4,65. Faktör düzeyleri ve inhibitör varlığı araştırıldı. Lupus antikoagölan 1,8, Anti-kardiolipin antikor Ig M113 MPL/mL (normal aralık; 0-12), Anti Beta-2 glikoprotein-1 IgM 233 IU/mL (normal aralık; 0-12), Anti Beta-2 glikoprotein1 Ig G 76 IU/mL (normal aralık; 0-12). Hastaya granülatöz polianjiit ve olası sekonder antifosfolipid sendrom tanısı konarak 1 gram/gün pulse metilprednisolon tedavisi başlandı. Ardından 1 mg/kg prednisolon dozuna eşdeğer metilprednisolon ile idame tedavi devam ettirildi. Hastaya ek immünsupresif ilaç olarak siklofosamid 1000 mg/ay iv başlandı. İkinci hafta takibinde hastanın nefes darlığı yakınması azaldı, görmesi düzeldi. INR değeri 2,26'ya geriledi.

**Sonuç:** AAV hastalarında nadir de olsa antifosfolipid antikor pozitifliğı görülebilir. Antifosfolipid antikor pozitifliğı saptanan hastaların antifosfolipid sendrom yönünden değerlendirilmesi ve artmış trombotik olay ve/veya kanama yönünden yakın takip edilmesi gereklidir. Antikoagölan verilecekse artmış kanama riski göz önünde bulundurularak bu konuda uyanık olunmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Antiphospholipid, syndrome, granulomatous, poliangitis



**Resim 1.** Toraks tomografisinde akciğerlerde bilateral yaygın alveolonodüler infiltrasyon alanları izlenmektedir

## PS-120

### COVID-19 pandemi döneminde ankilozan spondilit tanısı nedeniyle biyolojik ilaç alanlarda hastalık aktivitesiyle ilişkili faktörlerin incelenmesi-anksiyete ve depresyon skorları hastalık aktivitesi üzerine etkili mi?

Recep Yılmaz<sup>1</sup>, Serdar Sezer<sup>2</sup>, Emine Gözde Aydemir Güllöksüz<sup>1</sup>, Ayşe Bahar Keleşoğlu Dinçer<sup>3</sup>, Müçteba Enes Yayla<sup>2</sup>, Aşkın Ateş<sup>1</sup>, Tahsin Murat Turgay<sup>1</sup>, Gülay Kınıklı<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dış Kapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

**Amaç:** Ankilozan spondilit (AS) daha çok genç popülasyonda ortaya çıkan, sıklıkla kronik bel ağrısıyla giden enflamatuvar bir hastalıktır. Hastalık aktivitesini etkileyebilen sosyal, psikolojik ve demografik birtakım özellikler mevcuttur. Yeterli doz ve sürede NSAİD kullanımına rağmen hastalık aktivitesi devam eden bireylerde biyolojik ilaçlar kullanılmaktadır. Bu çalışmada COVID-19 pandemi döneminde biyolojik ilaç kullanan AS tanılı hastalarda hastalık aktivitesini etkileyen bazı sosyal, demografik özellikler sorgulanmıştır. Depresyon ve anksiyetenin hastalık aktivitesine olan etkisi incelenmiştir.

**Yöntem:** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı Biyolojik Ajan Polikliniği'nde, Kasım 2020-Mayıs 2021 tarihleri arasında, ankilozan spondilit tanısıyla takip edilen, 18 yaşından büyük 88 gönüllü hasta çalışmaya alındı. Hastalık aktivitesi BASDAİ ile kayıt altına alındı. BASDAİ skoru 4'ün üzerinde olanlar aktif hastalık olarak değerlendirildi. Hastalara hastaların tanısı, sosyal ve demografik bazı özellikleriyle ilgili soruların yer aldığı bir anket uygulandı. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HAD) psikolojik değerlendirme için kullanıldı. Hastalığı aktif olanlar ile olmayanlarda hastalara ait sosyal, demografik ve hastalık ilişkili bazı faktörler karşılaştırıldı.

Anksiyete ve depresyon skorlarının aktif ve inaktif hastalardaki ilişkisine bakıldı.

**Bulgular:** Toplam 88 Ankilozan spondilit hastasının 43'ü erkekti ve hastaların ortanca yaşı 42 olarak görüldü. Hastalık tanı süresi ve biyolojik ilaç başlangıç süresi ortanca değerleri sırasıyla 9 ve 6 yıl olarak saptandı. Hastaların ortalama vücut kitle indeksi 27,5 kg/m<sup>2</sup>, sigara kullanım oranı %44, anti-TNF kullanım oranı %85 olarak tespit edildi. Psikiyatrik bir tanısı olan 14 hasta olduğu görüldü. HAD-anksiyete ve depresyon skoru değerleri ortalama 5 olarak saptandı. BASDAİ skoru 4'ün üzerinde olan ve olmayan hastalar karşılaştırıldığında, HAD anksiyete ve depresyon skorları ile HAQ skoru aktif hastalarda anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Diğer parametreler açısından iki grup arasında anlamlı ilişki saptanmadı (Tablo 1).

**Sonuç:** Ankilozan spondilit hastalarında hastalık aktivitesiyle depresyon ve anksiyete skorları arasında anlamlı korelasyon saptandı. Hastaların psikolojik açıdan değerlendirilmesi hastalık aktivitesini kontrol etmek açısından önemli bir rol üstlenebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Ankilozan spondilit, anksiyete, biyolojik tedavi, depresyon, hastalık aktivitesi

**Tablo 1.** COVID-19 pandemi döneminde ankilozan spondilit tanısı nedeniyle biyolojik ilaç alanlarda hastalık aktivitesiyle ilişkili faktörlerin incelenmesi-anksiyete ve depresyon skorları hastalık aktivitesi üzerine etkili mi?

	Tüm Hastalar	BASDAİ<4	BASDAİ>4	p değeri
Kadın cinsiyet*	45 (51,1)	23 (44,2)	22 (61,1)	0,119
Yaş*	42 (34,52)	40,5 (33,3-50,8)	44,5 (34,3-54,5)	0,396
Hastalık süresi, yıl*	9 (6-13)	8,5 (6-13)	9 (5,3-13)	0,983
Biyolojik tedavi süresi, yıl*	6 (3-10)	6,5 (3-10)	5,5 (2-10)	0,498
Aktif çalışan*	50 (56,8)	31 (59,6)	19 (52,8)	0,524
Evlü*	65 (73,9)	38 (73,1)	27 (75)	0,840
Eğitim düzeyi (Lise ve üstü)*	50 (56,8)	29 (55,8)	21 (58,3)	0,811
Vücut kitle indeksi, kg/m <sup>2</sup> *	27,5 (23,9-31,5)	28,1 (24,6-31,1)	27,2 (22,6-32,2)	0,812
Gelir 3000 TL ve üzeri olanlar*	54 (61,4)	33 (63,5)	21 (58,3)	0,627
Evdaki kişi sayısı >3 olanlar*	48 (54,5)	31 (59,6)	17 (47,2)	0,251
Sigara içme öyküsü olanlar*	39 (44,3)	22 (42,3)	17 (47,2)	0,648
Alkol kullanma öyküsü olanlar*	7 (8)	5 (9,6)	2 (5,6)	0,696
Ek hastalık varlığı*	40 (45,5)	24 (46,2)	16 (44,4)	0,874
Biyolojik dışı tedavi alımı*	54 (61,4)	29 (55,8)	25 (69,4)	0,195
Intravenöz biyolojik ilaç kullanımı*	38 (43,2)	24 (46,2)	14 (38,9)	0,499
Anti-TNF kullanımı*	75 (85,2)	44 (84,6)	31 (86,1)	0,846
Biyolojik tedavi kullanım aralığı, hafta*	4 (2-6)	4 (2-8)	4 (2-6)	0,059
Pandemide tedavi değişikliği yapma* (kesme/doz atlama/doz aralığı artırma)	43 (48,9)	27 (51,9)	16 (44,4)	0,490
Biyolojik dışı tedaviye ara verme*	3 (3,4)	1 (1,9)	2 (5,6)	0,565
Psikiyatrik bir tanısı olma*	14 (15,9)	5 (9,6)	9 (25)	0,052
Psikiyatrik ilaç kullanım öyküsü*	13 (14,8)	5 (9,6)	8 (22,2)	0,101
HAD Anksiyete skoru*	5 (2-8)	3 (1-6)	7,5 (5-9,8)	<0,001
HAD Depresyon skoru*	5 (2-7)	4 (1,3-7)	6,5 (4-9)	0,003
BASFI*	2,4 (0,4-4,5)	1,2 (0,3-2,6)	4,2 (2,5-6,6)	<0,001
HAQ*	0,15 (0-0,44)	0,05 (0-0,2)	0,5 (0,16-0,8)	<0,001

\*n (%), \*ortanca (IQR)



## Enflamatuvar bağırsak hastalığında kas-iskelet semptom sorgulamasının önemi

Bayram Farisoğulları<sup>1</sup>, Onur Keskin<sup>2</sup>, Burcu Usta<sup>3</sup>,  
Gözde Kübra Yardımcı<sup>1</sup>, Erkan Parlak<sup>2</sup>, Taylan Kav<sup>2</sup>,  
Ömer Karadağ<sup>1</sup>, Umut Kalyoncu<sup>1</sup>

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

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

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

**Amaç:** Enflamatuvar bağırsak hastalığı (İBH) olan hastaların yaklaşık %13'ünde spondiloartrit (SpA) görülmektedir. İBH hastalarında SpA'nın erken teşhisi ve tedavisi, geri dönüşü olmayan kas-iskelet sistemi hastalıklarını önler. Bu çalışmanın amacı İBH'li hastalarda kas-iskelet sistemi semptom sorgulamasının önemini vurgulamaktır.

**Yöntem:** Mart 2019-Eylül 2020 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Gastroenteroloji Kliniği'ne rutin kontrol için başvuran İBH tanılı hastalara kas-iskelet sistemi semptom sorgulaması yapıldı. Bu amaçla altı sorudan oluşan valide edilmiş DETAIL sorgulamasındaki: 1. Hiç el ya da ayak parmak eklemınızda ve/veya herhangi bir eklemınızda başka bilinen bir neden olmadan ağrı ve şişlik oldu mu? 2. El ya da ayak parmağınız şiş, sosis gibi göründü mü? 3. Topuklarınızda ağrı oldu mu? 4. Hiç travma olmaksızın en az 3 ay süren bel ağrınız oldu mu? 5. Sabah ve / veya dinlendikten sonra egzersiz ile düzelen bel ağrınız var mı? 6. Bel ağrısı nedeniyle geceleri uyanıyor musunuz? soruları sorulmuştur. Yukarıdaki 6 sorudan en az 1'ine 'evet' yanıtı veren hastalar Hacettepe Üniversitesi Romatoloji Kliniği'nde fizik muayene, laboratuvar ve görüntüleme ile SpA açısından değerlendirildi. SpA olan ve olmayan İBH hastalarının demografik ve klinik özellikleri karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Çalışmada 217 İBH hastası değerlendirildi. Daha önceden bilinen romatolojik hastalığı olan 20 hasta çalışma dışı bırakıldı. Kalan 197 hastanın 49'u (%24) DETAIL sorgulamasında en az bir soruya olumlu yanıt verdi. Bu hastaların 39'u (%20) romatoloji kliniğinde değerlendirildi ve 16'sına (%8,1) SpA (aksiyal tutulum: 9, periferik tutulum: 7) tanısı konuldu (Şekil 1). SpA tanısı alan ve almayan İBH hastaları arasında yaş, cinsiyet, İBH tipi, İBH süresi, kullandıkları tedavi, fibromiyalji sendromu (FMS) ve Beck depresyon envanterine göre depresyon açısından anlamlı fark bulunamadı (Tablo 1).

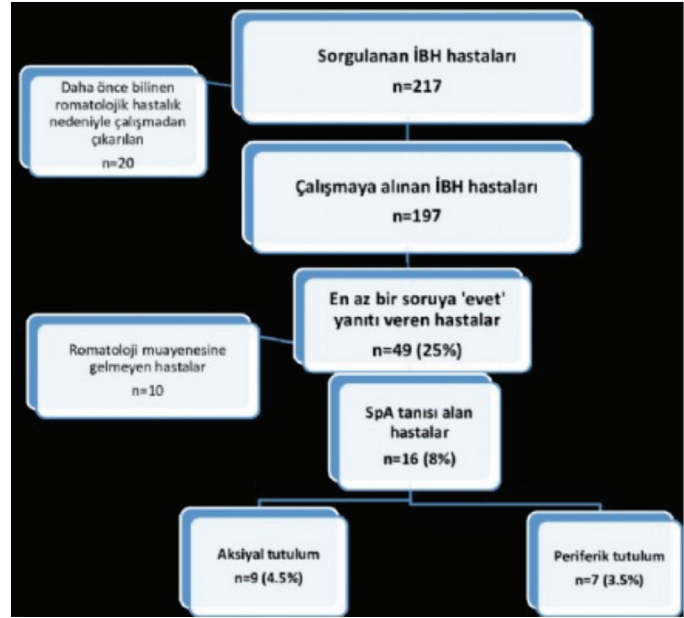
**Sonuç:** İBH hastalarında kas-iskelet sistemi sorgulaması yapılarak hastaların %20'si romatoloji kliniğinde değerlendirilmiştir ve bu hastaların yaklaşık yarısı (%8) SpA tanısı almıştır. Bulgular, İBH hastalarında rutin poliklinik kontrolünde kas-iskelet sistemi semptom sorgulamasının önemine işaret etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Enflamatuvar bağırsak hastalığı, spondiloartrit, kas-iskelet semptom sorgulaması

**Tablo 1.** SpA tanısı alan ve almayan İBH hastalarının demografik ve klinik özellikleri

	SpA tanısı alan İBH hastaları (n=16)	SpA tanısı almayan İBH hastaları (n=23)	p
Yaş, yıl, medyan (IQR)	47,03 (27,4)	35,9 (14,1)	0,052
Kadın, n (%)	8 (50)	17 (74)	0,12
İBH hastalık süresi, ay, medyan (IQR)	66,7 (70,7)	44,8 (70)	0,26
<b>İBH tipi, n (%)</b>			
-Crohn hastalığı	6 (37)	11 (48)	0,19
-Ülseratif kolit	9 (56)	12 (52)	
-İndetermine kolit	1 (7)		
Sigara, n (%)	10 (62,5)	11 (48)	0,37
HLA-B27 pozitifliği, n (%)	2 (12,5)	1 (4,3)	0,57
<b>Kullandığı tedavi, n (%)</b>			
- Steroid (oral ve/veya topikal)	6 (37,5)	5 (21,7)	0,31
- 5-ASA	11 (68,8)	14 (61)	0,61
-İmmünoşüpresanlar (AZA, MTX)	6 (37,5)	8 (34,8)	0,86
- bDMARD	2 (12,5)	4 (17,4)	1
FMS, n (%)	1 (6,7)	3 (13)	1
<b>Beck Depresyon Envanteri, depresyon derecesi, n (%)</b>			
-Minimal	1 (9)	5 (22)	0,13
-Hafif	8 (73)	7 (30)	
-Orta	2 (18)	9 (39)	
-Ciddi	0	2 (9)	

IQR: Çeyrekler arası aralık İBH: Enflamatuvar bağırsak hastalığı; SpA: Spondiloartrit, bDMARD: biyolojik hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilaçlar, 5-ASA: 5-aminosalisilik asit; AZA: Azatiyopürin; MTX: Metotreksat; FMS: Fibromiyalji sendromu



**Şekil 1.** Çalışmadaki İBH hastalarının dağılım şeması

## Eozinofilik granüloematöz polianjitte intravenöz immünglobulin ile başarılı tedavi

Müge Aydın Tufan, Ahmet Eftal Yücel

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

**Giriş:** Eozinofilik granüloematöz polianjit (EGPA), eski adıyla Churg-Strauss sendromu, antinötrofil sitoplazma antikoru (ANCA) ile ilişkili sistemik bir vaskülitir. Şiddetli ve multi organ tutulumu olan EGPA tedavisinde halen siklofosamid ve kortikosteroidler klasik temel tedavidir. Günümüzde interlökin-5'i hedef alan mepolizumab ve CD20 monoklonal antikor tedavisi rituksimab yeni tedavi seçenekleridir. İntravenöz immün globulin ile remisyonu giren dirençli iki EGPA olgumuzu burada sunduk.

**Olgu 1:** Kırk yaşında erkek hasta bir aydır her iki el bilek eklemlerde ağrı ve şişlik, öksürük, balgam yakınmasıyla başvuruyor. Son iki gündür sol el ve ayaklarda uyuşma ve yürüme güçlüğü başlamış. Laboratuvar incelemesinde CRP 97 mg/L, tam kan sayımında lökosit 29.000, %57 eozinofil, RF 359 IU/mL, anti CCP negatif, COVID-19 PCR negatif, total IgE 3300, ANA negatif, P ANCA+++ tespit ediliyor. Toraks tomografide sol ve sağ akciğer üst lob düzeyinde buzlu cam alanları ve EMG'de sensorimotor polinöropati, mononöritis multipleks tespit ediliyor. Hastaya EGPA tanısıyla pulse steroid ve siklofosamid tedavisi başlanıyor. 24 mg steroid, 6 kür siklofosamid, 1 kür rituksimab tedavisine rağmen yürüme güçlüğü ve eozinofilisinde düzelme olmadı. 5 gün 0,4g/kg'dan intravenöz immünglobulin sonrası CRP 2 mg/L, eozinofilisi %0,7 ye gerileyen hastanın klinik bulguları tamamen düzeldi.

**Olgu 2:** Altmış sekiz yaşında kadın hastanın 4 aydır öksürük, balgam, iki haftadır el ve ayaklarda uyuşma yürüme güçlüğü varmış. Tetkiklerinde CRP 114mg/L, lökosit 13.000, %27 eozinofil, p ANCA +++ pozitif, EMG' de sensoriyal aksonal polinöropati tespit ediliyor. Pulse steroid ardından 1 mg/kg/gün prednol, 5 kür siklofosamid ve 1 kür rituksimab alan hastanın klinik ve laboratuvar bulgularında düzelme olmayınca 5 gün 0,4 gr/kg immünglobulin verildi. Tedavinin 1. haftasında klinik ve laboratuvar bulgularında hızlı ve tam düzelme sağlandı.

**Sonuç:** Klasik immünosüpresif tedaviye refrakter hastalarda yeni tedavilere ihtiyaç vardır. Şu anda, en umut verici tedavi seçenekleri biyolojik tedavilerdir. İntravenöz immünglobulinler vaskülit tedavisinde nadiren tercih edilir. Refrakter hastalıkta parenteral immünglobulin tedavisi de bir tedavi seçeneği olarak düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Eozinofilik granüloematöz polianjit, intravenöz immünglobulin, sistemik vaskülit

## Aksiyal Spondiloartritli hastalarda periferik tutulum ya da kas iskelet dışı tutulumun biyolojik DMARD seçimi üzerine etkisi var mıdır? TREASURE deneyimi sonuçları

Elif Durak Ediboğlu<sup>1</sup>, Dilek Solmaz<sup>1</sup>, Ömer Karadağ<sup>2</sup>, Yavuz Pehlivan<sup>3</sup>, Muhammet Çınar<sup>4</sup>, Gökhan Kabadayı<sup>1</sup>, Seda Çolak<sup>4</sup>, Ali İhsan Ertemli<sup>2</sup>, Belkıs Nihan Coşkun<sup>3</sup>, Duygu Ersözülü<sup>5</sup>, Orhan Küçükşahin<sup>6</sup>, Aşkın Ateş<sup>7</sup>, Sedat Kiraz<sup>4</sup>, Burcu Yağız<sup>3</sup>, Emre Tokgöz<sup>4</sup>, Hakan Emmungil<sup>8</sup>, Emel Gönüllü<sup>9</sup>, Timuçin Kaşifoğlu<sup>10</sup>, Rıdvan Mercan<sup>11</sup>, Gezmiş Kimyon<sup>12</sup>, Cemal Bes<sup>13</sup>, Şule Yaşar Bilge<sup>10</sup>, Veli Yazısız<sup>14</sup>, Süleyman Serdar Koca<sup>15</sup>, Pamir Atagündüz<sup>16</sup>, Nilüfer Alpay Kamitez<sup>17</sup>, Umut Kalyoncu<sup>2</sup>, Servet Akar<sup>1</sup>

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

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

<sup>3</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa

<sup>4</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara

<sup>5</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Adana

<sup>6</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi, Ankara

<sup>7</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

<sup>8</sup>Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne

<sup>9</sup>Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

<sup>10</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

<sup>11</sup>Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ

<sup>12</sup>Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Hatay

<sup>13</sup>Başakşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

<sup>14</sup>Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

<sup>15</sup>Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Malatya

<sup>16</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>17</sup>Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Aksiyal spondiloartrit (axSpA) başlıca sakroiliak eklemleri ve omurgayı etkileyen kronik enflamatuvar bir hastalıktır. Ek olarak periferik tutulum (periferik artrit, daktilit ve entezit) ve kas iskelet dışı sistem bulguları [extra-muskuloskeletal bulgular (EMM); üveit, enflamatuvar bağırsak hastalığı (İBH) ve psöriazis] görülebilir. EMM'nin yanı sıra periferik tutulumun ilaç seçimindeki rolü hakkında bilgilerimiz kısıtlıdır. Biz bu çalışmada periferik ve EMM tutulum sıklığını ve bunların ilk biyolojik ilaç seçimi üzerindeki etkisini araştırmayı amaçladık.

**Yöntem:** İlk biyolojik tedavisi başlanan toplam 1678 axSpA hastası [%58 erkek, ortalama yaş (±SS) 38,5 (10,9)] analize dahil edildi. Çalışmanın verileri Türkiye'nin farklı bölgelerinden RA ve SpA

hastalarının kaydedildiği veri kayıt kütüğü olan TReasure'dan elde edildi. Periferik/EMM tutulumu olan ve olmayan hastaların özellikleri ve ayrıca ilk TNFi seçimi ile ilişkili faktörler karşılaştırıldı ve sekukinumab da (SEC) analize edildi.

**Bulgular:** Entezit (%28,2) en sık görülen periferik bulgu olarak bulunurken, bunu periferik artrit (%26,4) ve kalça artrit (%24,4) takip etti. Periferik artrit, entezit, daktilit ve psöriazisi olan axSpA hastalarında ilk ileri tedavi başlangıcına kadar olan semptom süresi anlamlı olarak daha kısaydı; kalça artrit ve üveitte daha uzundu (Tablo 1). HLA-B27 pozitifliği oranı artrit, psöriazis ve İBH hastalarında anlamlı olarak daha düşüktü; kalça artrit ve üveiti olan hastalarda daha yüksekti. Çok değişkenli analizde İBH'nin varlığı, monoklonal TNFi'nin, etanersept'e (ETA) tercih edilmesiyle (OR: 5,770; %95 CI: 1,788-18,616) ilişkili bulundu. Ancak kalça artritli (p=0,003), semptom süresi uzun (p=0,049) ve sulfasalazin kullanan (p=0,043) hastalarda ETA tercih edildiği görüldü. İlk biyolojik tedavi başlanan axSpA hastalarında SEC monoklonal TNFi ile karşılaştırıldığında SEC kullanan hastaların ileri yaşta (p=0,001), sulfasalazin (p=0,001) ya da metotreksat kullanımı oranları (p=0,053) daha yüksek olarak bulundu.

**Sonuç:** Bu çalışmanın sonuçları, axSpA hastalarında periferik tutulum ile biyolojik tedavi seçiminin ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Kas iskelet dışı tutulumun ve İBH'nin varlığının gerçek hayatta gelişmiş tedavi reçetesi üzerinde etkisi vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Aksiyal spondiloartrit, kas iskelet dışı tutulum, ekstrapinal tutulum, tümör nekroz faktör inhibitörleri

**Tablo 1.**

	Tüm hastalar (n=1678)	Periferik artrit (n=445)	Daktilit (n=81)	Entezit (n=476)	Üveit (n=193)	Psöriazis (n=152)	İBH (n=78)	Kalça tutulumu (n=412)
Yaş, ort±SD	38,5±10,9	38,3±11,6	37,4±11,1	37,9±10,7	41,3±11,4	39,9±11,3	41,6±12,2	39,2±11,2
Erkek cinsiyet, (%)	974 (57,7)	184 (41,3)	34 (42)	238 (50)	96 (49,7)	54 (35,5)	43 (55,1)	272 (66)
Semptom süresi, ort ay±SD	108,5±98,9	96,9±92,9	79,1±76,5	100,4±92,7	144,7±110,2	87,7±94	94,5±98	133,3±108,2
HLA B27 pozitifliği, (%)	621 (53,7)	142 (46,3)	27 (51,9)	174 (49,4)	104 (77)	34 (36,2)	16 (27,1)	186 (59,8)
cDMARD kullanımı, n (%)	420 (24,9)	170 (38,2)	39 (48,1)	133 (27,9)	53 (27,5)	58 (38,2)	24 (30,8)	99 (24)
BASDAI, ort±SD	5,1±2,5	5,1±3	5,3±3,1	5,3±2,9	4,7±2,5	5,6±2,4	4,8±2,3	5,3±2,1
ASDAS-CRP, ort±SD	3,1±1,5	2,6±1,9	2,5±1,8	2,8±1,7	2,9±1,7	3,4±1,3	3,1±1,5	3,7±1,4

## PS-124

### Aksiyal Spondiloartritli hastaların global hastalık değerlendirilmelerini etkileyen faktörler

Elif Durak Ediboğlu, Dilek Solmaz, Sercan Gücenmez, Haluk Cinaklı, Eda Otman Akat, Esra Erpek, Gülay Alp, Mustafa Özmen, Servet Akar

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

**Amaç:** Spondiloartritlerde BASDAI hastalık aktivitesinin ölçümünde kullanılan temel ölçeklerden biri olup hastalığın çeşitli yönleriye (aksiyal ve periferik hastalık yanı sıra enflamasyon) değerlendirilmesine olanak sağlar. Bath AS Global skoru (BAS-G) hastaların global olarak hastalıklarının sağlık durumlarını nasıl etkilediğini değerlendirdikleri tek boyutlu ölçektir. Bu çalışmada; hastaların global sağlık değerlendirilmelerinde olası belirleyicileri BAS-G ile BASDAI komponentleri arasındaki ilişkinin test edilerek gözden geçirilmesi planlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmaya axSpA tanısıyla takipli; bazal BAS-G ve BASDAI ölçekleri tam olan 313 hasta dahil edildi. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri kaydedildi. BAS-G skorları ile BASDAI ölçeği her bir alt skoru arasındaki ilişki hem tek değişkenli hem de çok değişkenli analiz yöntemi ile test edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 313 hastanın %56,5'i erkek, ortalama tanı yaşı (±SS) 34,3'tü. Çalışma grubunun demografik, bazı klinik ve laboratuvar karakteristikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. BASDAI skorlarının normal dağılmaması nedeniyle korelasyon analizinde Spearman's rho testi kullanıldı. Bazal BAS-G skorlarının BASDAI özet skoru ile iyi korele olduğu gözlemlendi (rho: 0,71 ve p<0,001). Hastaların BAS-G değerlendirilmelerinde etkili olabilecek yaş, cinsiyet, BASDAI alt skorları ile yapılan analizde kadın hastaların BAS-G skorlarının anlamlı daha yüksek bulundu (p=0,037) ve univariate analizde her bir BASDAI alt skoru da PGA ile orta/iyi derecede ilişkiliydi. Bu nedenle hem her bir BASDAI alt skorun değerlendirildiği hem de enflamasyon için ortalama skorun dahil edildiği iki model oluşturuldu (Tablo 2). Multivariate analizde spinal ağrı (BASDAI Q2) ile sabah katılığının şiddetinin (BASDAI Q5) aksiyal SpA hastalarının global sağlık değerlendirilmelerinde temel belirleyiciler oldukları görüldü (Tablo 2).

**Sonuç:** Bu analizde axSpA hastalarının global sağlık durumlarına karar vermede temel olarak spinal ağrı ve enflamasyon göstergesi olarak sabah katılığına dayandıkları görülmektedir. Global değerlendirmenin tek boyutlu olmasına rağmen BASDAI özet skoru ile iyi ilişki kurması her iki ölçeğin geçerliliği konusunda diğer bir kanıt olabilir. Ancak değerlendirmede rolü olabilecek fonksiyon, mobilite ve yaşam kalitesi gibi diğer faktörlerin dahil edildiği analizlere ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Aksiyal spondiloartrit, BASDAI, BAS-G

Tablo 1. AxSpA hastalarının demografik ve klinik özellikleri	
Yaş, ortalama (SS)	34,3 (11)
Cinsiyet, erkek, n (%)	177 (56,5)
<b>Tanı, n (%)</b>	
r-AxSpA	193 (61,7)
nr-AxSpA	120 (38,3)
HLA-B27 pozitifliği, n (%)	162 (61,1)/265
Tanı yaşı, medyan yıl (IQR)	33 (15)
<b>Ekstraspinal ve kas iskelet dışı tutulum bulguları</b>	
Periferik artrit, n (%)	87 (28,3)/307
Entezit, n (%)	143 (48,8)/293
Daktilit, n (%)	10 (3,2)/311
Kalça tutulumu, n (%)	41 (14,2)/289
Anterior üveit, n (%)	30 (9,6)/311
Psoriasis, n (%)	14 (4,5)/308
Enflamatuvar bağırsak hastalığı, n (%)	8 (2,8)/289
<b>Hastalık aktivite skorları, medyan (IQR)</b>	
BASDAI (0 -10)	4 (3)
BASFI (0 -10)	2,8 (4)
BAS-G (0-100)	40 (43)
ASDAS-CRP	2,7 (1,4)
CRP (mg/dL)	1 (6)
<b>Tedaviler</b>	
NSAİİ kullanımı, n (%)	268 (85,6)
Biyolojik kullanımı, n (%)	59 (18,8)

Tablo 2. BAS-G ile ilişkili faktörler

	Univariate analiz		Multivariate Analiz Model 1			Multivariate Analiz Model 2		
	rho	p	B	CI	p	B	CI	p
Cinsiyet			-0,098	-4,436, 4,241	0,965		-4,441, 4,398	0,99
Total BASDAI skoru	0,70	<0,001	ND	ND	ND	ND	ND	ND
BASDAI Q1	0,59	<0,001	0,889	-0,294, 2,072	0,14	1,132	-0,065, 2,329	0,064
BASDAI Q2	0,66	<0,001	3,732	2,422, 5,041	<0,001	4,067	2,747, 5,388	<0,001
BASDAI Q3	0,43	<0,001	0,928	-0,025, 1,881	0,056	0,849	-0,120, 1,819	0,086
BASDAI Q4	0,43	<0,001	0,485	-0,366, 1,336	0,263	0,654	-0,208, 1,515	0,14
BASDAI Q5	0,60	<0,001	2,707	1,533, 3,881	<0,001			
BASDAI Q6	0,42	<0,001	-0,790	-1,814, 0,234	0,13			
BASDAI (Q5+Q6)/2						1,612	0,567, 2,657	0,003
			R/R <sup>2</sup> : 0,712/0,496 n:313			R/R <sup>2</sup> : 0,698/ 0,487 n:313		

## PS-125

### Adalimumab tedavisi sonrası gelişen paradoksal psoriasis ve sakroiliit

Damla Karataş, Sümeyye Merve Türk, Zeynep Öztürk, Emel Gönüllü

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

**Giriş:** Tümör nekroz faktörü inhibitörünün (anti-TNF) neden olduğu psoriasis nadir değildir. Artan kanıtlar, paradoksal psoriasisın bir sınıf etkisi olduğu fikrini desteklemektedir. Paradoksal sakroiliit ile ilgili literatürü incelediğimizde yalnız nadir olgu bildirimini olduğunu farkettilik. Aşağıda, adalimumab tedavisi altında enflamatuvar bel ağrısı ve psoriyatik lezyonlar ile başvuran olguyu sunacağız.

**Olgu:** Tarafımıza 6 aydır devam eden her iki el parmaklarında şiddetli ağrı, hareket kısıtlılığı, ellerde yaygın püstüler lezyonlar ile başvuran 23 yaşında bayan hasta, dermatoloji polikliniğinde psoriasis tanısıyla topikal tedaviler eşliğinde konvansiyonel psoriasis tedavisi almış ancak yanıt alınmamış. Muayenesinde bilateral simetrik poliartrit ve daktilitleri olan hastanın bel ağrısı olmayıp, çekilen sakroiliak eklem grafi ve manyetik rezonans (MR) görüntülemelerinde bulguya rastlanmadı. Acrodermatitis continua of Hallopeau (ACH) ve psoriyatik artrit tanısı konulan hastaya adalimumab başlandı ve 6 haftada lezyon ve artritlerde hızlı yanıt ve 6.ay kontrollerinde hasta remisyonda idi. Bu süreçte hiçbir yan etki gözlenmedi. Hastanın 12. ay başvurusunda ellerde ve üst bacakta yeni başlayan döküntüler, 2 aydır olan, uykudan uyandıran bel ağrısı, yarım saat süren sabah tutukluğu mevcuttu. Yapılan muayenede artrit yoktu, Fabere testi bilateral pozitif saptandı. Çekilen sakroiliak grafi normal, sakroiliak eklem MR bilateral sakroiliit ile uyumluydu. Tedavi öncesinde bel ağrısı olmaması ve çekilen grafi ve MR'lerin da normal olması üzerine, hastada anti-TNF ilişkili paradoksal psoriasis ve sakroiliit düşünüldü.

**Sonuç:** ACH tedavisinde birkaç anti-TNF ilacın kullanımına dair veriler vardır. Literatürde bildirilen en yaygın kullanılan TNF- $\alpha$  inhibitörü adalimumabdır. Paylaşılan birçok olgu sunumunda da tedavide etkin ve başarılı bir şekilde kullanıldığı gözlenmiş, yan etki bildirilmemiştir. Anti-TNF ilaçların sınıf yan etkisi olarak gözlenen paradoksal psoriasis hastaların yaklaşık %0,6 ila %5,3'ünde indüklenebilir ve/veya kötüleşebilir. Hidradenitis suppurativa hastalığı olan bir olguda hem psoriasis, hem de sakroiliit paradoksal olarak gözlenmiş, enflamatuvar bağırsak hastalığı olan 8 anti-TNF ilaç kullanan hastadan 2'sinde benzer şekilde paradoksal sakroiliit gözlenmiştir. Grup olarak kabul edilebilir bir güvenlik profiline sahiptirler, ancak kullanımları hem sistemik hem de organa özgü enflamatuvar durumların başlangıcı ile ilişkilendirilmiştir. Biz de bu sunum ile bu grup ilaçların kullanımında paradoksal meydana gelebilecek olaylara dikkati çekmeyi amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** Acrodermatitis continua of Hallopeau, anti tumor nekrozis faktör inhibitörü, paradoksal psoriasis, paradoksal sakroiliit, psoriyatik artrit



**Şekil 1.** Anti-TNF ilaç sonrası paradoksal palmoplantar psoriasis

## PS-126

### Yüz yüze BETY eğitimine katılan romatizmalı bireylerin COVID-19 pandemisinde telerehabilasyonla egzersiz sürdürülebilirliğinin incelenmesi

Edibe Ünal<sup>1</sup>, Nazlı Elif Nacar<sup>2</sup>, Erkin Oğuz Sarı<sup>3</sup>, Zeynep İrem Bulut<sup>3</sup>, Kutay Kaşlı<sup>2</sup>, Nur Banu Karaca<sup>1</sup>, Levent Kılıç<sup>4</sup>, Ali Akdoğan<sup>4</sup>, Sedat Kiraz<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Ankara

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup>Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Gaziantep

<sup>4</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Çalışmamızın amacı, yüz yüze Bilişsel Egzersiz Terapi Yaklaşımı (BETY) eğitimine katılan romatizmalı bireylerin COVID-19 pandemisinde telerehabilasyonla egzersiz sürdürülebilirliğinin incelenmesiydi.

**Yöntem:** Yüz yüze eğitimle haftada 3 gün BETY grubuna katılmakta olan bireylere, pandeminin ilk haftasında çevrimiçi platform üzerinden “pandemiye rağmen egzersiz devamlılığı konusundaki isteklilikleri” soruldu. İstekli olanlardan en az 1 yıldır düzenli olarak BETY seanslarına katılan egzersiz alışkanlığı kazanmış romatizmalı bireyler dahil edildi. Bu şekilde belirlenen 23 hasta pandeminin ilk haftasından itibaren fizyoterapist ile aynı anda Whatsapp uygulaması üzerinden yazılı mesaj yoluyla egzersiz katılımı sağladı. Yaklaşık 90 dakikalık seansların ilk 3 ayında fizyoterapist gözetimi sağlanırken, sonraki 3 ayda zaman

zaman yüz yüze eğitimde de yapıldığı gibi romatizmalı bireylerden gönüllü olanlardan grup yönetimini üstlenmeleri istendi. On dört hasta gönüllülükle, dönüşümlü olarak grup yönetiminde paydaş oldular. Sonuç ölçümleri Bilişsel Egzersiz Terapi Yaklaşımı -Biopsychosocial Questionnaire (BETY-BQ), Sağlık Değerlendirme Anketi (Health Assessment Questionnaire-HAQ) ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası (Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS) ile değerlendirildi. Tüm ölçümler tedavi öncesi, 3. ay ve 6. ayda tekrarlandı. Verilerin istatistiksel analizinde “Paired Samples t-test” kullanıldı.

**Bulgular:** Bu çalışma kapsamında yaş ortalaması 58±5,3 yıl olan toplam 23 kadın hasta takip edildi. Bireylerin ilk 3 ayda BETY-BQ puanında anlamlı derecede azalış (p=0,050), 3. ve 6. ay arasında ise anlamlı derecede artış görüldü (p=0,035), ancak yine de 6. aydaki durum başlangıçtaki yüz yüze eğitimle sürdürülen iyilik haline benzerdi (p=0,687). HAQ skorlarında başlangıç - 3. ay ve 3. ay - 6. ay ölçümler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı (p>0,05). Her iki durum da HAQ skorlarının 1 değeri altında seyretmesi yönüyle olumlu bulundu. Benzer şekilde HADS skorunda da başlangıç-3.ay ve 3.ay-6.ay ölçümler arasında istatistiksel anlamlılık görülmedi (p>0,05).

**Sonuç:** Bu çalışma, 16 yıldır yüz yüze sürdürülen BETY eğitiminin telerehabilasyon uygulaması şeklinde de sürdürülebildiğini gösterdi. COVID-19 pandemisinin ilk 6 ayında BETY'nin, fizyoterapist gözetimli olarak daha etkin olmakla birlikte, BETY paydaşları tarafından yürütüldüğünde de romatizmalı bireylerin biyopsikosozyal düzeyleri, duygu-durumları ve fonksiyonellikleri üzerine koruyucu etki sağladığı görüldü.

**Anahtar Kelimeler:** BETY, romatolojik rehabilitasyon, telerehabilasyon, COVID-19, biyopsikosozyal yaklaşım

**Tablo 1.** BETY-BQ, HAQ ve HADS değişkenlerinin ortalama ve standart sapma değerleri

	Ortalama	Standart sapma
BETY-BQ başlangıç	42,30	17,90
BETY-BQ 3. ay	36,52	18,17
BETY-BQ 6. ay	43,17	18,35
HAQ başlangıç	0,57	0,39
HAQ 3. ay	0,65	0,41
HAQ 6.ay	0,69	0,46
HADS-anksiyete başlangıç	7,00	3,59
HADS-anksiyete 3.ay	6,61	4,32
HADS-anksiyete 6.ay	7,43	3,78
HADS-depresyon başlangıç	5,09	3,94
HADS-depresyon 3. ay	4,91	3,44
HADS-depresyon 6. ay	5,39	3,71

BETY-BQ: Bilişsel Egzersiz Terapi Yaklaşımı-Biopsychosocial Questionnaire, HAQ: Sağlık Değerlendirme Anketi, HADS: Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası

## PS-127

### Anti-TNF- $\alpha$ kullanımı sonrası psöriazis gelişen ankilozan spondilit olgusu

Mehtap Kalçık Unan, Gamze Dilek, Ayhan Kamanlı, İbrahim Tekeoğlu, Kemal Nas

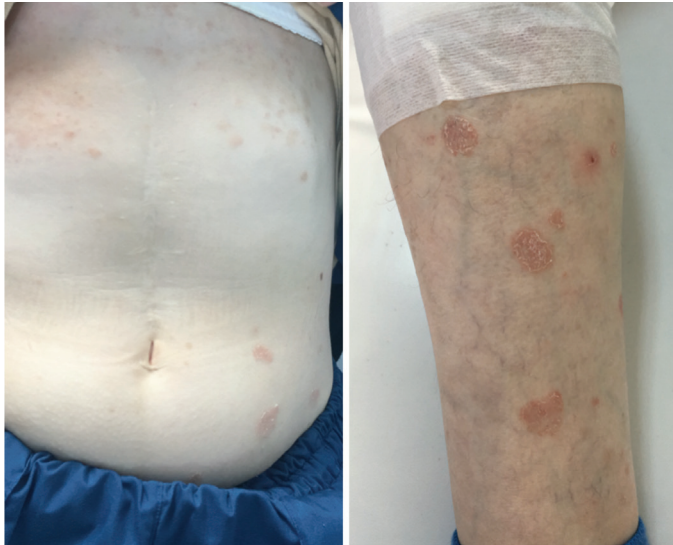
Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

**Amaç:** Anti-TNF- $\alpha$  kullanımına bağlı gelişen psöriazis tedavisinin yönetimine katkı sağlamak amaçlanmıştır.

**Olgu:** Otuz beş yaşında kadın hasta 8 yıldan beri FMF ve ankilozan spondilit (AS) tanıları ile takip edilmekteydi. Kolşişine dirençli olduğu için 9 ay önce colchium lirca 2x1 olarak kullanılmaya başlanmıştı. AS tedavisine yönelik olarak da son 1 yıldır golimumab 50 mg/ay subkutan (sc) tedavi almaktaydı. Hasta remisyonda takip edilirken 2 ay önce bacaklarında psöriazis benzeri döküntüler ortaya çıkması üzerine golimumab sc tedavisi stoplandı. Fakat hastanın psöriazis benzeri döküntüleri saçlı deride, kollarda, bacaklarda, gövdede ve genital bölgede yaygın olarak arttı (Resim 1 ve Resim 2). Dermatoloji tarafından verilen lokal tedavilerden fayda görmeyen hastanın lezyonlarından biyopsi alındı. Biyopsi sonucu psöriazis ile uyumlu olarak gelen hastanın tedavisi secukinumab 150 mg/ay sc ile switch edildi.

**Sonuç:** Tümör nekroz faktörü a (TNF- $\alpha$ ) hedefli tedaviler; AS, RA, PsA, sedef hastalığı ve enflamatuvar bağırsak hastalığı gibi hastalarda kullanılmaya başlanmış ve hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde iyileştirmiştir. Paradoksal olarak, anti-TNF- $\alpha$  ajanları psoriatik döküntüleri indükleyebilir veya önceden var olan psoriatik deri hastalığını kötüleştirebilir. TNF- $\alpha$  inhibitörünün neden olduğu sedef hastalığının tedavisi için standart bir yaklaşım yoktur ve TNF- $\alpha$  inhibitörünün neden olduğu sedef hastalığının tedavisi zordur. Anti-TNF- $\alpha$  tedavisine devam etme, stoplama veya değiştirme kararı, deri döküntülerinin şiddeti, alatta yatan hastalığın ihtiyaçları ve diğer tedavi seçeneklerinin mevcudiyeti göz önünde bulundurularak hasta ile dikkatlice tartışılarak yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Anti-TNF- $\alpha$ , psöriazis, ankilozan spondilit



Resim 1.

Resim 2.

## PS-128

### Romatizmalı bireylerin ifade ettikleri bağırsak problemleri ve depresyon-anksiyete düzeyleri üzerine biyopsikosozyal modelde bir grup egzersiz eğitiminin etkisinin araştırılması

Nur Banu Karaca<sup>1</sup>, Fatma Birgül Kumbaroğlu<sup>1</sup>, Aykut Özçadircı<sup>1</sup>, Ege Nur Atabey Gerlegiz<sup>1</sup>, Şule Apraş Bilgen<sup>2</sup>, Umur Kalyoncu<sup>2</sup>, Sedat Kiraz<sup>2</sup>, Edibe Ünal<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

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

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı romatizmalı bireylerin ifade ettikleri bağırsak problemleri ve depresyon-anksiyete düzeyleri üzerine biyopsikosozyal modelde bir grup egzersiz eğitiminin etkisini araştırmaktır.

**Yöntem:** Romatolojik bir hastalık tanısı almış 343 birey çalışmaya dahil edildi. Bireylere ait demografik özellikler kaydedildi. Bireylerin bağırsak fonksiyonları ile ilgili durumları Bilişsel Egzersiz Terapi Yaklaşımı (BETY)-Biyopsikosozyal ölçeğinin (BQ) onuncu maddesi ile değerlendirildi. Depresyon-anksiyete düzeyleri için Hastane Anksiyete-Depresyon Skalası (HADS) kullanıldı. BETY-BQ onuncu maddesine verilen yanıtlar her seçenek için sayı ve yüzde verilerek gösterildi (Tablo 1). Bu hastaların bir kısmı istekli olarak 3 ay boyunca rutin medikal tedavilerinin yanı sıra BETY dahilinde grup egzersizlerine katılırken (n=46), bir kısmı da sadece medikal tedavi olarak kontrol grubu olarak (n=35) devam etti. Üç ayın sonunda her iki gruba aynı değerlendirmeler yapıldı. Bireylerin gruplar arası karşılaştırmaları normal dağılıma göre Mann-Whitney U testi ya da bağımsız gruplarda t-testi, grup içi değişimlerinin karşılaştırılması ise Wilcoxon testi ya da bağımlı gruplarda t-testi ile analiz edildi.

**Bulgular:** Üç yüz kırk üç hastanın yaklaşık %60'ının değişen sıklıkta bağırsak problemleri yaşadığı gözlemlendi. HADS'nin depresyon için kesme değeri göz önüne alındığında (>7) hastaların depresif özellikler gösterdiği saptandı. BETY eğitimine katılan grubun bağırsak fonksiyonları ve anksiyete-depresyon düzeyleri üç ayın sonunda grup içi iyileşme gösterirken (p<0,05), kontrol grubunda iyileşme göstermedi (p>0,05) (Tablo 2). Her iki grup arası farka bakıldığında ise bağırsak fonksiyonlarında ve depresyon-anksiyete düzeylerindeki iyileşme BETY grubu lehineydi (p<0,05) (Tablo 2).

**Sonuç:** Çalışmaya dahil olan romatizmalı bireylerde kendi ifade ettikleri bağırsak fonksiyonlarındaki düzensizliklerin yüksek oranlarda seyrettiği görüldü. BETY eğitimi, hastaların duygudurum ve bağırsak fonksiyonları üzerinde olumlu etkiler oluşturdu. Bu etkiler, biyopsikosozyal grup egzersiz eğitiminin, hem duygudurum üzerine sağladığı bilişsel yeniden yapılandırma hem de bağırsak fonksiyonuna olan fizyolojik etkiler zemininde, değişim yaratmasına bağlanabilir. Bu çalışma ile romatolojik hastalık tanılı bireylerde, bireylerin kendi ifadelerine dayanan bağırsak ve duygudurum problemlerinde BETY, non-farmakolojik hastalık yönetiminde etkili bir biyopsikosozyal egzersiz modeli olarak gösterildi.

**Anahtar Kelimeler:** Bağırsak fonksiyonu, depresyon, anksiyete, egzersiz, biyopsikosozyal

**Tablo 1.** Bireylere ait demografik özellikler ve ilk değerlendirmeler

n=343	$\bar{x}\pm SS$
Yaş (yıl)	45,95±10,6
VKİ (kg/m <sup>2</sup> )	28,2±12,2
HADS anksiyete	8,56±5,14
HADS depresyon	7,29±4,59
<b>Cinsiyet</b>	<b>n (%)</b>
Kadın (%)	283 (82,5)
Erkek (%)	60 (17,5)
<b>Hastalık Tanısı</b>	<b>n (%)</b>
Romatoid artrit	136 (39,7)
Ankilozan spondilit	86 (25,1)
Fibromiyalji	119 (34,7)
Sjögren	2 (0,6)
<b>BETY-BQ Soru 10: "Bağırsak fonksiyonlarının düzensiz olduğunu düşünüyorum."</b>	<b>n (%)</b>
Evet her zaman (4 puan)	87 (25,4)
Evet sıklıkla (3 puan)	45 (13,1)
Evet bazen (2 puan)	50 (14,6)
Evet nadiren (1 puan)	23 (6,7)
Hayır hiçbir zaman (0 puan)	138 (40,2)

VKİ: Vücut kitle indeksi, HADS: Hastane Depresyon Anksiyete Skalası,  $\bar{x}$ : Ortalama, SS: Standart sapma, BETY-BQ: Bilişsel Egzersiz Terapi Yaklaşımı-Biyopsikosozyal Ölçeği

**Tablo 2.** Değerlendirme ölçütlerinin gruplar içi ve gruplar arası karşılaştırılması

BETY-BQ soruları (0-4 puan)	İlk değerlendirme ortanca (min-maks)	Son değerlendirme ortanca (min-maks)	Wilcoxon test	Mann-Whitney U test
Soru 10	Kontrol (n=35) 2 (0-4)	2 (0-4)	0,296	0,009
	BETY (n=46) 2 (0-4)	1 (0-4)	0,007	-
	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$	<b>Bağımlı gruplarda t test-p</b>	<b>Bağımsız gruplarda t testi-p</b>
HADS-anksiyete	Kontrol (n=35) 9,11±5,0	8,46±5,23	0,300	0,012
	BETY (n=46) 9,36±4,36	6,07±4,53	0,000	-
HADS-depresyon	Kontrol (n=35) 8,09±4,65	7,09±4,8	0,086	0,019
	BETY (n=46) 7,75±4,0	4,89±4,32	0,000	-

BETY-BQ: Bilişsel Egzersiz Terapi Yaklaşımı-Biyopsikosozyal Ölçeği, HADS: Hastane Depresyon Anksiyete Skalası,  $\bar{x}$ : Ortalama, SS: Standart sapma, min: Minimum, maks: Maksimum

**PS-129**

## Bilateral grade 4 sakroiliit tanılı ankilozan spondilit hastalarında spinal füzyon gelişen ve hiçbir spinal tutulumu olmayan hastaların değerlendirilmesi

Cihat Yörük<sup>1</sup>, Semih Güllü<sup>2</sup>, Fatoş Önen<sup>2</sup>, İsmail Sarı<sup>2</sup>

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

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

**Amaç:** Sindesmotitlerin spinal kolonda köprüleşmesi ankilozan spondilitin (AS) progresyonu açısından anahtar bir role sahiptir. Bu çalışmamızda romatoloji kliniğimizde takip edilen grade 4 sakroiliit saptanan AS tanılı hastalarda spinal kolon tutulumu olmayan ve tam spinal ankilozu (bambu kamışı vertebra) olan hastaları klinik, demografik ve laboratuvar bulguları ile birlikte değerlendirmeyi amaçladık.

**Yöntem:** Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi veri sisteminde kayıtlı, modifiye New York tanı kriterlerine göre AS tanısı alan ve unilateral/bilateral grade 4 sakroiliit olan 203 hasta çalışmaya alındı. Tüm hastaların servikal, dorsal ve lomber grafileri yapısal hasar açısından lateral ve anteroposterior yönlere ek olarak posterior ile faset eklem tutulumu değerlendirildi. Çalışmada tüm grafiler ayrı zamanlarda iki kez değerlendirildi. Bu hasta gruplarının klinik özellikleri, vertebral füzyonu predikte eden faktörler ve anti-TNF kullanım özellikleri değerlendirildi.

**Bulgular:** On dokuz (%9,5) hastada spinal kolonda hiçbir tutulum olmadığı ve 19'unda (%9,5) ise spinal füzyon görünümü olduğu saptandı. Spinal füzyon saptanan hastaların hiçbir spinal tutulumu olmayan hastalardan daha yaşlı olduğu (p<0,001) ve erkek cinsiyet sıklığının daha fazla olduğu (p=0,042) saptandı. Hastalarda spinal füzyon gelişimini predikte eden faktörlerin değerlendirilmesi için yapılan istatistiksel modelde sadece >45 yaş olmanın [OR: 10,5, GA: %95, 2,8-39,2; (p<0,001)] ve erkek cinsiyete sahip olmanın [OR: 10,5, GA: %95, 1,14-96,56; (p=0,042)] etkili olduğu saptandı. Her iki grupta da TNF kullanım oranları (%78,9'a karşın %52,6), TNF switch oranları (%53,3'e karşın %45,5) ve TNF dağılımları benzerdi (p>0,05).

**Sonuç:** Sonuç olarak; 1) Bilateral grade 4 sakroiliiti olan AS tanılı hastaların %9,5'inde spinal füzyon izlendiği, %9,5'inde hiçbir spinal tutulum olmadığı ve %81'inde ise değişen derecelerde spinal hasar olduğu saptandı. 2) Anti-TNF tedavi yanıtları spinal füzyon olan ve hiçbir spinal tutulum olmayan hastalarda benzerdir. 3) >45 yaş olmak ve erkek cinsiyete sahip olmak dışında spinal füzyon gelişimini öngördüren başka bir faktör saptanmadı.

**Anahtar Kelimeler:** Ankilozan spondilit, sindesmotit, sakroiliit

**Tablo 1.**

	Spinal tutulum (-) (n=19)	Tam spinal tutulum (+) (n=19)	p
	Ortalama (SS)	Ortalama (SS)	
Yaş	37,47 (9,5)	60,31 (9,7)	<0,001
VKİ (kg/m <sup>2</sup> )	25,4 (2,7)	24,7 (2,8)	0,391
ESH	22,5 (15,2)	25,8 (26)	0,636
Hb	12,9 (2,3)	13,7 (1,5)	0,282
WBC	9,4 (8,5)	7,7 (1,8)	0,583
Neu	6,3 (8,5)	4,9 (1,5)	0,573
Lym	2,2 (1,1)	1,9 (0,9)	0,579
Plt	267,5 (88,8)	270,8 (78,1)	0,920
Üre	13,5 (3,8)	15,5 (4,7)	0,172
Kreatinin	0,6 (0,1)	0,8 (0,2)	0,014
	Medyan (min-maks)	Medyan (min-maks)	
CRP	7,6 (1-161)	6,1 (0,8-48,7)	0,662
BASDAI	2,5 (0-5,8)	2,6 (0-5,7)	0,522
BASFI	2 (0-7,6)	3,8 (0,5-6,1)	0,136

*Mann-Whitney U test (Monte Carlo), ROC Analysis (Honley&Mc Nell-Youden index J)*

**Tablo 2.**

	Spinal tutulum (-) (n=19)	Tam spinal tutulum (+) (n=19)	p
	n (%)	n (%)	
Yaş			<0,001 RC
≤45	17 (89,5)	0 (0)	AUC (SE): 0,945 (0,040)
>45	2 (10,5)	19 (100)	10,5 (2,8-39,2) OR
Cinsiyet (erkek)	12 (63,1)	18 (94,7)	0,042
			10,5 (1,14-96,56) OR
HLAB27 (pozitif)	10 (52,6)	9 (57,4)	0,831
Psöriazis	1 (5,2)	1 (5,3)	-
Aile öyküsü	4 (21)	0 (0)	-
Alkol	1 (5,2)	2 (10,5)	-
Sigara	7 (36,8)	4 (21,1)	0,475
Daktilit	1 (5,2)	0 (0)	-
Entezit	0 (0)	1 (5,3)	-
Üveit	3 (15,7)	4 (21,1)	0,234
İBH	3 (15,7)	0 (0)	-
Amiloidoz	1 (5,2)	0 (0)	-
NSAID	17 (89,4)	19 (100)	0,492
TNF	15 (78,9)	10 (52,6)	0,170
Switch	8 (53,3)	5 (45,5)	0,999
Biyolojik adı			0,592
Etanersept	4 (21)	4 (21,2)	-
Adalimumab	5 (26,3)	4 (21,1)	-
İnfliksımab	5 (26,3)	2 (10,5)	-
Golimumab	1 (5,2)	1 (5,3)	-

*Mann-Whitney U test (Monte Carlo), ROC Analysis (Honley&Mc Nell-Youden index J), AUC: Area under the ROC curve, SE: Standard Error, OR: Risk oranı, RC: ROC Curve analizi*

**PS-130****Bilateral sklerit ile prezente olan bir tekrarlayan polikondrit olgusu**

Seda Kutluğ Ağaçkuran, Kerem Yiğit Abacar, Gizem Sevik, Alida Aliyeva, Fatma Alibaz Öner, Mehmet Pamir Atagündüz, Güzide Nevsun İnanç, Rafi Haner Direskeneli

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

**Amaç:** Tekrarlayan polikondrit, kırık dokunun enflamasyonu ile seyreden, periferik eklem, kulak, burun ve trakeobronşial sistemi tutabilen, sistemik vaskülit, malignite ve bağ doku hastalıklarına eşlik edebilen bir hastalıktır. Bu olguda skleritle ortaya çıkan bir tekrarlayan polikondrit olgusunu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** Kırk dört yaşında, primer hipotirodi dışında bilinen hastalığı olmayan kadın hasta, Haziran 2020'den bu yana, ayda bir tekrarlayan, her iki gözde kızarma sebebiyle göz hastalıklarına polikliniğine başvurmuş, muayenesinde bilateral sklerit ve periferik korneal infiltratlar saptanması üzerine, etiyojoloji araştırma amaçlı romatoloji polikliniğine yönlendirilmiştir. Hastanın sorgusunda 1 yıldır bilateral el bileği, DIF ve PIF eklemlerinde enflamatuvar artralji ve >1 saat süren sabah tutukluğu mevcuttu. Eklem şikayetlerine eşlik eden ağız-göz kuruluğu dışında romatolojik sorgusunda ve soygeçmişinde özellik yoktu. Hastanın poliklinik başvurusundan 2 gün önce, akut otitis media sonrası sağ periferik fasial paralizi geçirdiği öğrenildi. Fizik muayenesinde bilateral PIF/MKF eklemlerde palpasyonla hassasiyet, her iki gözde hiperemi ve semer burun tespit edildi. Sağda kulak ağrısı devam eden hastanın KBB poliklinik kontrolünde, perikondrit tespit edilmesi üzerine sorgu derinleştirildiğinde her iki kulakta, kulak memesi dışında ağrı, şişlik ve kızarıklık olduğu ve kendiliğinden gerilediği öğrenildi. Tetkiklerinde hemogramda mikrositer anemi, renal, hepatik fonksiyonlar normal, transferrin saturasyonu %33, ferritin, folat, vitamin B12, retikülosit, LDH normaldi. Periferik yaymada hipokrom mikrositer eritrositler dışında özellik saptanmadı. CRP 46 mg/L, ESR 35 mm/s, viral seroloji, ANA, ENA, RF, anti CCP, anti-MPO, PR3, kalsiyum, albümin, serum ACE düzeyi, 24 saatlik idrar kalsiyum normal saptandı. Schirmer testi bilateral <5 mm'di. Üç boşluk BT, torakoabdominal BT anjiyografi, EKO, SFT/DLCO, mamografi, jinekolojik muayenesi normaldi. Hastaya primer relapsing polikondrit tanısıyla 64 mg metilprednisolon ve idame tedavide azatiopurin 150 mg/gün başlandı. Oküler, eklem yakınmaları ve CRP'si gerileyen hastanın takip ve tedavisine devam edilmektedir.

**Sonuç:** Tekrarlayan polikondritli hastalarda, en sık tutulum kondrittir. Auriküler kırıkdağın kollapsı, dış kulak yolu ödemi eksternal akustik meatusun kapanmasına ve buna sekonder otitis media, iletim tipi duyma kaybına sebep olabilmektedir. Oküler tutulum hastaların %50-60'ında görülebilmekte, hafif tutulumlu episklerit, sklerit ve konjunktivite ortaya çıkabilmektedir. Hastaların %3'ünde vaskülite bağlı 5. ve 7. kranial sinir paralizileri görülebilir. Nazal, auriküler kondrit, oküler, artiküler ve nörolojik tutulumlar ciddi morbidite sebebi olsa da laringotrakeobronşial kırıkdağ tutulumu ve kalpte valvuler patolojiler, miyokardit, perikarditle prezente ciddi kardiyak tutulumla mortalite sebebi



olabileceği ve malignite, bağ doku hastalıkları ve vaskülitte eşlik edebileceği unutulmamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Tekrarlayan polikondrit, sklerit, fasial paralizi



**Resim 1.** Sağ kulakta auriküler kıkırdakta ödem ve hiperemi, kulak lobülü korunmuştur

## PS-131

### Multipl skleroza eşlik eden psöriyatik artrit veya ankilozan spondilit varlığında sekukinumab bir tedavi seçeneği olabilir mi? Literatür taraması eşliğinde olgu serisi

Mehmet Akif Eksin<sup>1</sup>, Abdulsamet Erden<sup>1</sup>, Serdar Can Güven<sup>1</sup>, Berkan Armağan<sup>1</sup>, Bahar Özdemir<sup>1</sup>, Özlem Karakaş<sup>1</sup>, Ahmet Omma<sup>1</sup>, Orhan Küçükşahin<sup>2</sup>

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

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

**Amaç:** Multipl skleroz (MS) santral sinir sisteminin demiyelinizan bir hastalığı olup nadiren beraberinde psöriyatik artrit (PsA) ve ankilozan spondilit (AS) gibi spondiloartrit grubu hastalıklar eşlik edebilmektedir. Bu çalışmanın amacı MS ve eşlik eden AS veya PsA varlığında tedavide sekukinumabın etkinliğini değerlendirmektir.

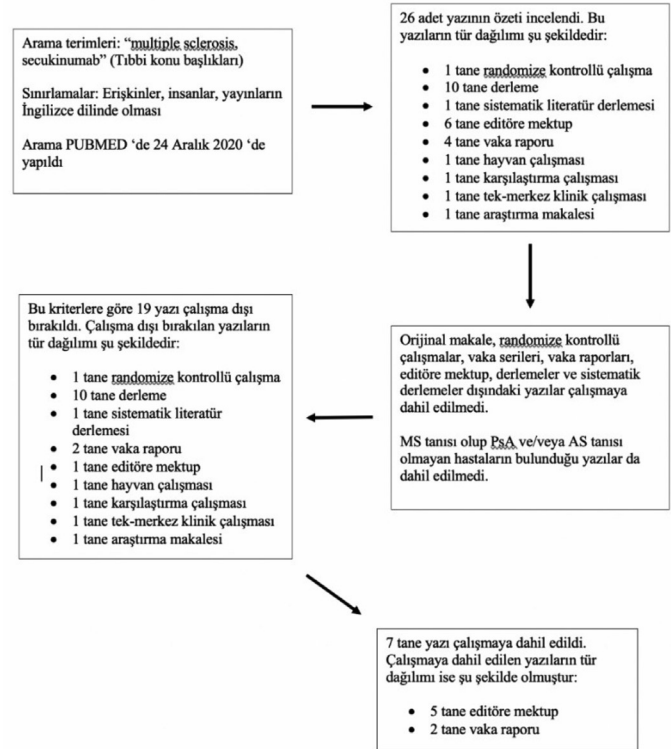
**Yöntem:** İlk yazı seçim süreci; ilgili konu başlıkları, bunlarla ilişkili yazıların özetleri ve sonrasında tam metin içeriklerinin değerlendirilmesiyle yapıldı. Bu değerlendirmede 26 yazı bulundu (Şekil 1). Bu yazıların özetleri incelendi. MS tanılı olup AS ve/veya PsA tanısı olmayan hastaların irdelendiği 19 çalışma, kapsam dışında bırakıldı. Tam metnine ulaşılabilen 7 makale ise çalışmamız kapsamında değerlendirildi. Bu incelemede literatürde

bu özellikleri sağlayan 8 hasta olduğu tespit edildi. Literatüre ek olarak Ankara Şehir Hastanesi Romatoloji Kliniği'nde takipli olup bu özellikleri taşıyan 4 hasta da çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik bilgileri, komorbiditeleri, semptomları, tedavi sonrasında klinik ve laboratuvar değişiklikleri kaydedildi. AS ve PsA tanılı hastalar sadece aksiyel tutulum yönünden değerlendirildi. Sekukinumab tedavisi öncesi ve sonrasında AS hastalık aktivitesini değerlendirmek amacıyla BASDAI, ASDAS-CRP ve global VAS ölçütleri değerlendirildi. BASDAI'de  $\geq 2$  birim değişim veya ASDAS-CRP'de  $\geq 1,1$ 'den fazla azalma olması remisyon olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmamızda literatürdeki 8 hastanın 4'ünde (%50), bizim 4 hastamızın ise 3'ünde (%75) olmak üzere toplam 12 hastadan 6'sında (%50) aksiyel spondilit için verilen anti-TNF kullanımı sonrası MS geliştiği görülmektedir (Tablo 1). Sekukinumab kullanımı sonrasında hastaların ortalama 13,5 aylık takip sürecinde tamamının AS ve PsA aksiyel hastalık bulguları remisyonunda olarak saptandı. MS açısından ise 9 hastanın (%75) stabil ve 3 hastanın (%25) ise remisyonunda olduğu gözlenmiştir (Tablo 2).

**Sonuç:** Anti-TNF ile indüklenen MS sonrasında aksiyel spondilit tedavisi için sekukinumab önemli bir seçenek olabilir. Bununla birlikte anti-TNF kullanım öyküsü olmayıp MS olan 6 hastada (50%) da aksiyel spondilit için ilk planda sekukinumabın tercih edildiği görüldü. Bunun nedeni; anti-TNF kullanımı MS progresyonuna yol açabileceğinden, sekukinumabın seçilmesi olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Sekukinumab, multipl skleroz, ankilozan spondilit, psöriyatik artrit



**Şekil 1.** Makale seçim sürecini gösteren akış şeması

**Tablo 1.** Hastalara ait demografik, eşlik eden komorbidite ve ilaç kullanım bilgileri

Özellikler*	Total (n=12)	Literatür (n=8)	Kendi hastalarımız (n=4)
Cinsiyet, n (%)			
• Kadın	6 (50)	3 (37,5)	3 (75)
• Erkek	6 (50)	5 (62,5)	1 (25)
Yaş ortalaması, medyan (min-maks)			
• Kadın	34,5 (27-45)	37 (27-45)	32 (32-38)
• Erkek	41,5 (35-47)	41 (35-47)	42 (-)
Romatizmal hastalık, n (%)			
• AS	9 (75)	5 (62,5)	4 (100)
• PsA	3 (25)	3 (37,5)	0 (0)
Ortalama romatizmal hastalık süresi (yıl), medyan (min-maks)	7 (1,5-15)	11 (1,5-15)	7,2 (2,5-14)
Ortalama MS hastalık süresi (yıl), medyan (min-maks)	4 (2-13)	4 (2-10)	5 (2-13)
Romatizmal hastalık için ilaç kullanımı, n (%)			
• NSAID	6 (54,5)	2 (28,5)	4 (100)
• Metotreksat	1 (9)	1 (14,2)	0 (0)
• Sulfasalazin	3 (27,2)	0 (0)	3 (75)
• Biyolojik DMARD	6 (50)	4 (50)	2 (50)
Sekukinumab tedavisi öncesi MS için kullanılan ilaçlar, n (%)			
• Glukokortikoid	9 (81,8)	6 (85,7)	3 (75)
• İnterferon beta	4 (36,3)	3 (42,8)	1 (25)
• Dimetil fumarat	2 (18,1)	1 (14,2)	1 (25)
• Apremilast	1 (9)	1 (14,2)	0 (0)
Eşlik eden komorbiditeler, n (%)	2 (18,1)	2 (28,5)	0 (0)
• HT	1 (9)	1 (14,2)	0 (0)
• Obezite	1 (9)	0 (0)	1 (25)
• Tip 2 diyabet	1 (9)	1 (14,2)	0 (0)
• PMR	1 (9)	0 (0)	1 (25)
Sekukinumab tedavisi öncesi anti-TNF alfa ajan kullanımı, n (%)	6 (50)	4 (50)	2 (50)
Anti-TNF alfa ajan kullanımı sonrası MS gelişimi, n (%)	6 (50)	4 (50)	2 (50)
Anti-TNF alfa ajan kullanımı öncesi MS tanısı varlığı, n (%)	6 (50)	4 (50)	2 (50)
Sekukinumab tedavisi öncesi kullanılan anti-TNF ajanlar, n (%)			
• Etanercept	3 (25)	2 (25)	1 (25)
• Adalimumab	1 (8,3)	1 (12,5)	0 (0)
• Golimumab	2 (16,6)	1 (12,5)	1 (25)
Sekukinumab ile ortalama takip süresi (ay)	13,5 (12-27)	15,5 (12-18)	12 (12-18)

\*Literatürde bulunan hastalardan birinin PsA hastalık süresi, MS hastalık süresi, NSAID, metotreksat, sulfasalazin, glukokortikoid, interferon, dimetil fumarat, apremilast kullanımı ve eşlik eden komorbiditesi olup olmadığına dair bilgi verilmemiş olup bu parametrelere ait değerler bir hasta eksik olarak hesaplanmıştır. AS: Ankilozan spondilit, PsA: Psöriyatik artrit, NSAID: Non-steroidal antiinflamatuar ilaç, DMARD: Hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç, MS: Multipl skleroz, HT: Hipertansiyon, PMR: Polimiyalji romatika, anti-TNF: Anti-tümör nekrozis faktör

**Tablo 2:** Sekukinumab kullanımı sonrası MS ve AS/PsA'daki klinik değişim

	Remisyon	Stabil	Progresyon
MS, n (%)	3 (25)	9 (75)	0 (0)
AS*, n (%)	9 (100)	0 (0)	0 (0)
PsA**, n (%)	3 (100)	0 (0)	0 (0)

\*Toplam 12 hastadan 9'unda AS tanısı olup yüzdeler 9 hasta üzerinden hesaplanmıştır. \*\*Toplam PsA tanılı hasta sayısı 3 olup yüzdeler 3 hasta üzerinden hesaplanmıştır. MS: Multipl skleroz, AS: Ankilozan spondilit, PsA: Psöriyatik artrit

## Romatizmalı bireylerde COVID-19 pandemisinde telerehabilitasyon yoluyla yapılan grup egzersiz eğitiminin etkileri: 9 aylık takip

Zeynep İrem Bulut<sup>1</sup>, Erkin Oğuz Sarı<sup>1</sup>, Nazlı Elif Nacar<sup>2</sup>, Nur Banu Karaca<sup>2</sup>, Şule Apraş Bilgen<sup>3</sup>, Ali Akdoğan<sup>3</sup>, Sedat Kiraz<sup>3</sup>, Edibe Ünal<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Gaziantep

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Ankara

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

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı COVID-19 pandemisinde romatizmalı bireylerde telerehabilitasyon yoluyla yapılan grup egzersizinin biyopsikosozyal durum, fonksiyonel düzey, anksiyete ve depresyon üzerine etkisini 9 aylık takiple incelemektir.

**Yöntem:** Çalışmaya pandemi öncesinde düzenli olarak Bilişsel Egzersiz Terapi Yaklaşımı (BETY) grubuna katılan, egzersiz alışkanlığı kazanmış 28 romatizmalı birey dahil edildi. Yirmi katılımcı BETY grubuna devam ederken, 8 katılımcı sadece değerlendirme ölçeklerini yanıtlamayı tercih etti. Egzersiz grubuna (n=20), pandeminin başından itibaren 9 ay boyunca, haftada 3 gün

çevrimiçi platform aracılığıyla tanımlayıcı mesajlar üzerinden egzersiz yaptırıldı. Çalışmanın başlangıcında ve 9 ay sonunda egzersiz ile kontrol grubuna (n=8) BETY-Biyopsikosozyal ölçeği (BETY-BQ), Sağlık Değerlendirme Anketi (Health Assessment Questionnaire-HAQ) ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası (HADS) online olarak doldurmaları istendi.

**Bulgular:** Çalışmanın başlangıcında yapılan değerlendirmede iki grup arasında BETY-BQ, HAQ ve HADS anksiyete ve depresyon parametrelerinde istatistiksel fark bulunmadı (sırasıyla p değeri=0,60; 0,818; 0,340; 0,272). Dokuz ay sonunda yapılan değerlendirmelerde ise BETY-BQ sonucunda istatistiksel fark gözlemlenirken (p=0,33), HAQ ile HADS anksiyete ve depresyon parametrelerinde gözlenmedi (sırasıyla p değeri=0,778; 0,522; 0,591). Veriler non-parametrik olup, istatistiksel analizde Mann-Whitney U testi kullanıldı. Grupların medyan ve interkuartil aralık değerleri Tablo 1’de verildi.

**Sonuç:** Yüz yüze de telerehabilitasyonla da sürdürülebilir biyopsikosozyal egzersiz modeli olan BETY, 9 ay sonunda romatizmalı bireylerin biyopsikosozyal düzeylerinde iyileşme sağlarken; fonksiyonel durum, anksiyete ve depresyon puanları olumlu sınırlarda kalmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Egzersiz, telerehabilitasyon, biyopsikosozyal

**Tablo 1.** Egzersiz ve kontrol grubunun medyan ve interkuartil aralık değerleri

	Egzersiz			Kontrol		
	Medyan	İnterkuartil aralık 25	İnterkuartil aralık 75	Medyan	İnterkuartil aralık 25	İnterkuartil aralık 75
BETY-BQ 1	41,50	30,00	54,50	59,50	51,00	67,50
HAQ 1	0,69	0,19	1,00	0,63	0,31	0,81
HADS-A1	7,00	4,50	10,00	8,50	7,00	10,50
HADS-D1	5,00	2,00	8,50	7,00	4,00	9,00
BETY-BQ 2	40,00	27,00	54,50	58,50	47,50	74,00
HAQ-2	0,63	0,50	1,06	0,69	0,38	1,00
HADS-A2	7,00	4,00	10,00	7,50	6,00	11,00
HADS-D3	4,50	3,00	8,00	5,50	4,50	8,00

### Eş zamanlı SLE ve AIDS tanısı alan bir olgu

Ecem Güleç<sup>1</sup>, Muhammet Emin Kutu<sup>2</sup>, Selda Çelik<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

**Giriş:** Sistemik lupus eritematosus (SLE) ve AIDS birçok ortak klinik ve laboratuvar bulguları paylaşabilmektedir. Bu nedenle bir hastada eş zamanlı iki hastalığın tanısını koymak zor olabilmektedir ve literatürde de bu şekilde çok az olgu bildirilmiştir. Burada aynı zamanda SLE ve HIV enfeksiyonu tanısı alan bir hastamızı sunuyoruz.

**Olgu:** Elli üç yaşında erkek hasta 6 aydır aralıklı olan ateş, halsizlik, kilo kaybı, artralji şikayetleri ile hastanemiz aciline başvurdu. Fizik muayenede ateş 37,5 °C, diğer vital bulguları normaldi. Saçlarda diffüz bir incelme mevcuttu. İnguinal bölgede palpabl lenf nodları vardı. Solunum sistemi ve kardiyak muayenede özellik yoktu. Eklem muayenesi doğaldı. Laboratuvar testlerinde hafif düzeyde lökopeni, lenfopeni, normokrom normositer anemi ve sınırdan akut faz yüksekliği vardı. Karaciğer, böbrek fonksiyonları normaldi. Tam idrar tahlilinde özellik yoktu. c-ANCA ve p-ANCA negatif. C3 düşük, C4 alt sınırdan idi. ANA testi 1/1.000 titrede homojen saptandı. Bunun üzerine bakılan anti-dsDNA 161 IU/mL titresinde pozitif bulundu. Anti-dsDNA IFA yöntemi ile de pozitif. Direkt Coombs IgG testi pozitif. Otoimmün hemolitik anemi için diğer bulgular yoktu. Öyküde 10 yıl önce şüpheli bir cinsel ilişki maruziyeti olduğu öğrenildi. İstenilen anti-HIV testi pozitif geldi. Western blot yöntemiyle doğrulaması yapıldı ve tekrar pozitif olarak bulundu. Diğer viral seroloji ve hepatit markerları negatif. Malignite ve vaskülit tetkik için yapılan PET/BT'de, bu yönde bulgu yoktu. İnguinaldeki lenf nodu eksizyonel biyopsisinde özellik saptanmadı. Endoskopi, kolonoskopisi normaldi. Ekokardiyografide perikardiyal efüzyonu vardı. Mevcut bulgularla ACR/EULAR SLE kriterlerine göre, SLE tanısı konuldu. Hidroksiklorokin ve prednizolon tedavisi başlandı. Aynı zamanda HIV enfeksiyonu saptanan hastamıza AIDS tanısı konularak enfeksiyon hastalıkları tarafından antiretroviral tedavi başlandı. Takipte hastanın klinik ve laboratuvar değerlerinde düzelme oldu.

**Sonuç:** HIV enfeksiyonunun oluşan immün disregülasyon nedeniyle çeşitli otoimmün hastalıklarla birlikteliği sıktır. Bununla birlikte SLE ile birlikteliği literatürde nadir olarak bildirilmiştir. Benzer klinik ve laboratuvar bulgulara yol açabilmesi nedeniyle hem ayrıca tanıda düşünülmesi, hem de birlikte olma olasılığı akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** SLE, AIDS, HIV

### Sistemik lupus eritematosus hastalarında nöropsikiyatrik tutulum ve psikometrik durumun değerlendirilmesi

Emil Aliyev<sup>1</sup>, Ecem Selin Akbaş Aliyev<sup>2</sup>, Selcan Demir<sup>1</sup>, Halime Tuna Çak Esen<sup>2</sup>, Ebru Çengel Kültür<sup>2</sup>, Erdal Sağ<sup>1</sup>, Seza Özen<sup>1</sup>, Yelda Bilginer<sup>1</sup>

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

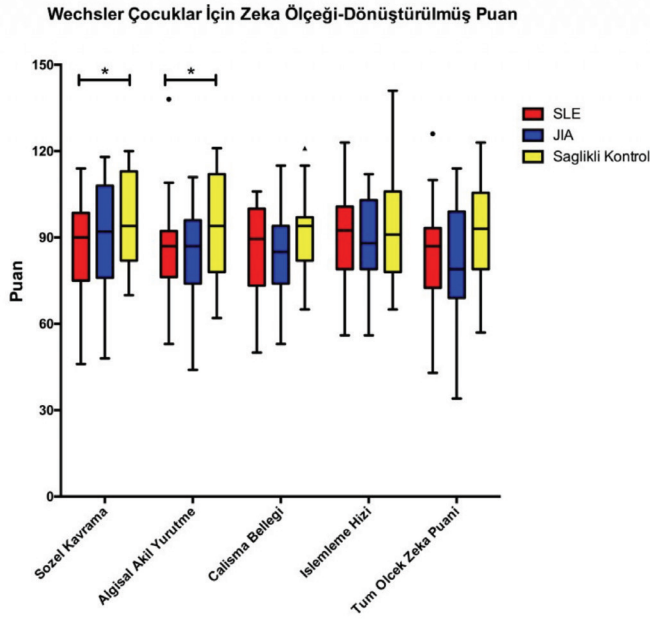
<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Giriş:** Sistemik lupus eritematosus (SLE) çoklu organ tutulumu ile karakterize otoimmün bir hastalıktır. Nöropsikiyatrik tutulum hastaların %20-27'sinde görülmektedir. Tanı alan SLE hastalarının yaklaşık 1/4'ü, tanı aldıktan 2 yıl sonra nöropsikiyatrik SLE geliştirmektedir. Çalışmanın amacı SLE hastalarında nörolojik, psikiyatrik ve bilişsel tutulum ve bulgular gelişmeden riskli grupları belirleyerek önlemler almak, daha ucuz ve daha uygulanabilir algoritmalar geliştirmektir.

**Olgu:** Araştırma kapsamında çalışmaya toplam 98 çocuk ve ergen alınmıştır. Hastaların 61'i kız (%62,2), 37'si (%37,8) erkekti. Bunlardan 34'ü (%34,7) SLE hastasıydı, hasta kontrol grubu olarak 31 (%31,6) juvenil idiyopatik artrit (JIA) hastası ve 33 (%33,7) sağlıklı çocuk ve ergen vardı. SLE hastalarının çalışmaya alınma yaş ortancası 17 (12-21), takip süresi ortancası ise 4 (0-13) yıldır. Yapılan psikiyatrik tarama sonucu SLE hastalarında ayrılık anksiyetesi ve yaygın anksiyete bozukluğu, özgül fobi anlamı olarak sağlıklı kontrol grubuna göre daha sık görüldü (sırasıyla p=0,054, p=0,052, p=0,018). Çalışmada çocuk/ergenlere Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği-IV de uygulandı. Uygulanan test sonuçlarında Algısal Akıl Yürütme Dönüştürülmüş Puanı ve Algısal Akıl Yürütme Standart Puanı SLE hastalarında sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşüktü (sırasıyla p=0,039, p=0,046). Sözel Kavrama Standart Puanı ile "kavrama" ve "simge arama" alt testi, SLE hastalarında sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük saptandı (sırasıyla p=0,046, p=0,017, p=0,036).

**Sonuç:** Bu çalışma pediatrik SLE hastalarında nörobilişsel ve nöropsikolojik testlerle, hastalık daha klinik bulgu vermeden, erken nöropsikiyatrik tutulumları göstermesi açısından literatürde ilk olma özelliği taşımaktadır. Aynı zamanda SLE hastalarında psikiyatrik tanı insidansı ve bunun SLE tutulumu ile ilişkili olup olmadığı sorgulanmıştır. Bu çalışma verileri ışığında nörolojik belirti ve bulguları olmasa da SLE hastalarının, hastalık aktivitesinden bağımsız olarak, nörobilişsel ve nöropsikolojik testlerle değerlendirilmesini, nöropsikiyatrik tutulum açısından yakın takip edilmesini ve gerekli durumlarda testlerin tekrarlanmasını önermekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik lupus eritematosus (SLE), SLEDAI, nöropsikiyatrik SLE (NPSLE), nörokognitif bozukluk, nöropsikolojik değerlendirme, psikiyatrik tarama



**Şekil 1.** Wechsler Çocuklar için zeka ölçeği-dönüştürülmüş puanlar

### PS-135

#### Ailevi Akdeniz ateşi ile ilişkili spondiloartrit daha sık ve daha erken kalça tutulumu ve kötü prognozla ilişkilidir

Murat Bektaş, Selma Sarı, Çiğdem Çetin, Banu Çiçek Yalçın Dulundu, Nevzat Koca, Burak İnce, Yasemin Yalçinkaya, Bahar Artım Esen, Murat İnanç, Lale Öcal, Ahmet Gül

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

**Amaç:** Ailevi Akdeniz ateşi (AAA) hastalarının önemli bir kısmında akut monoartrit atakları görülmektedir. Bununla birlikte, hastaların yaklaşık %5’inde kronik artrit ve/veya sakroiliit gelişebilmektedir. Kliniğimizde takip edilen AAA ilişkili spondiloartrit (AAA/SpA) hastalarının klinik ve laboratuvar özelliklerini, genotip/fenotip ilişkisini ve biyolojik-DMARD yanıtlarını değerlendirmeyi amaçladık.

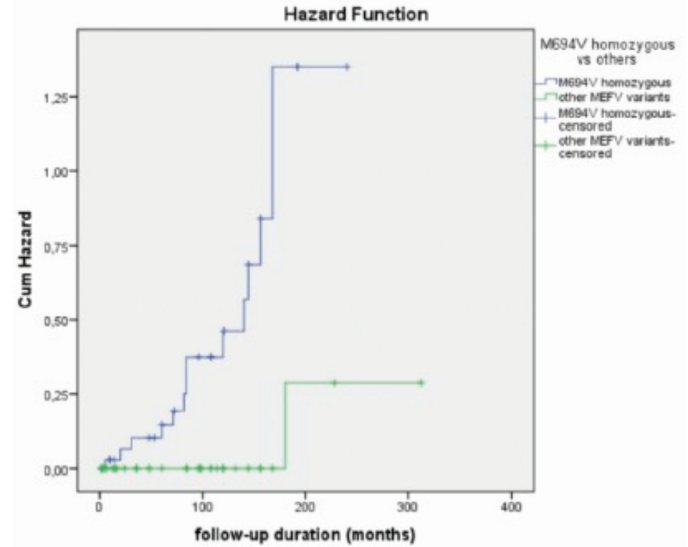
**Yöntem:** AAA kohortumuzdan ASAS ve/veya modifiye New York kriterlerini (mNYk) karşılayan SpA hastaları incelendi, verileri hasta dosyalarından standart form oluşturularak kaydedildi. SpA kohortundan yaş, cinsiyet ve takip süresi eşleştirilmiş bir grup hasta kontrol grubu olarak dahil edildi. Aksiyal radyografik değişiklikler direkt grafide BASRI skorumla sistemine göre değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmaya 111 AAA/SpA hastası (%53,2 kadın) dahil edildi. Ortalama takip süresi 93,6±76,9 (3-324) ay, ortalama hasta yaşı ise 43,5±12,3 (20-87) idi. SpA alt tipleri %23,4 aksiyal, %62,6 aksiyal ve periferik, %14 ise periferikti. Hastaların %56,1’inde (%80,7’si bilateral) kalça tutulumu, %34,7’sinde diz ve %27,7’sinde ayak bileği artritleri vardı. AAA/SpA hastalarının %23,3’ünde total eklem protezi (TEP) gereksinimi oldu. AAA/SpA grubunda kalça tutulumu ve TEP ihtiyacı kontrol grubuna göre daha yüksekti (Tablo 1). AAA/SpA hastalarında en sık (toplam n=79) görülen MEFV

genotipi homozigot M694V (%44,3) idi. Kalça tutulumu, iki MEFV varyantlarında heterozigotlara göre ve M694V homozigotlarda diğerlerine göre daha yüksekti. TEP ihtiyacı M694V homozigotlarda diğer MEFV varyantlarına göre daha yüksekti. Radyografik sakroiliit ve HLA-B27 pozitifliği AAA/SpA hastalarında kontrol grubuna göre daha düşüktü (Tablo 2). AAA/SpA hastalarında ortalama BASRI kalça skorları kontrollere göre daha yüksek (p=0,01) olurken; iki MEFV varyantlarında heterozigotlara göre (p=0,01) ve M694V homozigotlarda diğer MEFV varyantlarına göre (p<0,001) daha yüksek saptandı. Ayrıca AAA/SpA hastalarında kontrol grubuna göre b-DMARD gereksinimi ve amiloidoz gelişimi daha yüksekti.

**Sonuç:** Çalışmamızda kalça tutulumu ve TEP ihtiyacı SpA kontrol grubuna kıyasla AAA/SpA grubunda daha yüksek bulundu. AAA/SpA hastalarında kalça tutulumu HLA-B27 ile ilişkisiz, penetran MEFV varyantları ile ilişkili bulundu, biyolojik tedavi ihtiyacı ve amiloidoz riski ile birlikte prognoz diğer SpA hastalarından daha kötü olduğu düşünüldü.

**Anahtar Kelimeler:** Ailevi Akdeniz ateşi, spondiloartrit, kalça tutulumu, total eklem protezi, BASRI



**Şekil 1.** MEFV durumuna göre TEP ihtiyacının sağkalım analizi Log-rank: p=0,001

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

Klinik ve laboratuvar değişkenleri	AAA/SpA grubu (n=111)	Kontrol SpA grubu (n=216)	p değeri
Yaş (yıl) (ortalama ± SS) (IQR)	43,5±12,3 (18)	43,3±10,6 (17)	0,9
Cinsiyet (n, %)			
Erkek	52 (46,8)	104 (48,1)	0,8
Kadın	59 (53,2)	112 (51,9)	
SpA süresi (yıl) (ortalama ± SS) (IQR)	15,5±9,95 (12,75)	14,9±9,2 (12)	0,6
SpA'nın yaş başlangıcı (yıl) (ortalama ± SS) (IQR)	24,8±10,8 (15)	28,5±8,3 (10)	0,003*
Periferik artrit (n, %)	82/107 (76,6)	99/212 (46,7)	<0,001 (OR:25,96)
HLA-B27 pozitifliği (n, %)	6/21 (28,6)	105/139 (75,5)	<0,001 (OR:18,9)
CRP (mg/dL) (medyan ± SS) (IQR)†	22,2±24,4 (34,7)	8±28,8 (22,5)	0,003*
ESH (mm/saat) (medyan ± SS) (IQR)†	32±26,3 (32)	32±28,2 (41)	0,8*
Kalça tutulumu (n, %)	60/107 (56,1)	34/189 (18)	34/189 (18)
TEP (n, %)	24/103 (23,3)	13/205 (6,3)	<0,001 (OR:18,7)
mNYk karşılama (n, %)	59/90 (65,6)	166 (76,5)	0,001 (OR:10,9)
BASRI skoru			
BASRI-Kalça (ortanca ± SS)	2±1,4 (3)	2±1,4 (2,25)	0,01*
BASRI-Omurga (ortanca ± SS)	6±2,3 (4)	8±3 (4)	0,02*
BASRI toplamı (ortalama ± SS)	8,1±3,2 (5)	8,9±3,8 (6)	0,2
b-DMARD kullanımı (n, %)	69 (62,2)	68 (31,3)	<0,001 (OR:27,3)
Anti-TNF kullanımı (n, %)	53 (47,7)	68 (31,3)	0,005 (OR:7,8)
Amiloidoz (n, %)	18 (16,2)	5 (2,3)	<0,001 (OR:20,4)

SS: Standart sapma, IQR: Çeyrekler açıklığı, CRP: C-reaktif protein, ESR: Eritrosit sedimentasyon hızı, OR: Olasılık oranı, TEP: Total eklem protezi, mNYk: Modifiye New York kriteri, b-DMARD: Biological disease modifying antirheumatic drugs †atak arası dönemde \*Mann-Whitney U test

**Tablo 2.** AAA/SpA

Klinik ve laboratuvar değişkenleri	İki MEFV varyantı (n=56)	Bir MEFV varyantı (n=15)	p değeri	M694V homozigot (n=35)	Diğer MEFV varyantları (n=44)	p değeri
Yaş (yıl) (ortalama ± SS) (IQR)	44,6±15,4 (23)	43,3±18,3 (34)	0,8	45,4±13 (21)	41,2±16 (16)	0,8
Cinsiyet (n, %)						
Erkek	28 (53,2)	4 (26,7)	0,1	17 (47,2)	19 (52,8)	0,8
Kadın	28 (46,8)	11 (73,3)		19 (44,2)	24 (55,8)	
AAA başlangıç yaşı (yıl) (medyan ± SS) (IQR)	11,7±8,5 (9)	13,2±9,4 (16)	0,7*	8,9±6,8 (7)	14,8±8,7 (10)	0,002*
SpA başlangıç yaşı (yıl) (ortalama ± SS) (IQR)	25,7±12,5 (13)	26,8±8,7 (16)	0,8	25,9±10,8 (17)	24,9±11,8 (14)	0,9
Periferik artrit (n, %)	46 (85,2)	8 (61,5)	0,053	29 (82,9)	31 (77,5)	0,6
HLA-B27 pozitifliği (n, %)	5 (33,3)	0	0,5	2 (22,2)	3 (33,3)	0,6
CRP (mg/dL) (medyan ± SS) (IQR)†	28±27,4 (43)	17,9±22,6 (41,1)	0,2*	26,5±26,3 (37,3)	19,6±27,1 (50,8)	0,3*
ESH (mm/saat) (medyan ± SS)† (IQR)	38±28,5 (41)	41±23,3 (42)	0,4*	37,5±26,5 (44)	31±28,9 (33)	0,3*
Kalça tutulumu (n, %)	37 (68,5)	2 (15,4)	<0,001 (OR:12,2)	25 (71,4)	18 (45)	0,02 (OR:5,3)
TEP (n, %)	15 (27,8)	1 (7,7)	0,1	14 (40)	2 (5)	<0,001 (OR:13,6)
mNYk karşılama (n, %)	36 (73,5)	7 (63,6)	0,5	22 (68,8)	25 (69,4)	0,95
BASRI skorları	3±1,3 (2)	1,5±1,3 (2)	0,01*	3±1,1 (2)	1,5±1,3 (2)	<0,001*
BASRI-Kalça (medyan ± SS) (IQR)	7±2,2 (3,75)	6±2,8 (4,5)	0,3*	7±2,1 (3)	5±2,5 (3,75)	0,15*
BASRI-Omurga (medyan ± SS) (IQR)						
BASRI toplamı (ortalama ± SS) (IQR)	8,8±2,9 (4)	7,3±4,1 (5,75)	0,2	9,2±2,8 (10)	7,4±3,3 (4,75)	0,035
b-DMARD kullanımı (n, %)	42 (75)	8 (53,3)	0,1	29 (80,6)	24 (55,8)	0,02 (OR:5,4)
Anti-TNF kullanımı (n, %)	29 (51,8)	7 (46,7)	0,7	21 (58,3)	17 (39,5)	0,096
ANTI-IL-1 kullanımı (n, %)	22 (39,3)	2 (13,3)	0,06	15 (41,7)	10 (23,3)	0,08
Amiloidoz (n, %)	14 (25,5)	2 (13,3)	0,3	12 (33,3)	4 (9,5)	0,009 (OR:6,7)

SS: Standart sapma, IQR: Çeyrekler açıklığı, CRP: C-reaktif protein, ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı, OR: Olasılık oranı, TEP: Total eklem protezi, mNYk: Modifiye New York kriterleri, b-DMARD: Biological disease modifying antirheumatic drugs †atak arası dönemde \*Mann-Whitney U test

## Karaciğer amiloidoz depolanmasını göstermede yeni bir non-invazif tanı yöntemi olarak transient elastografi (fibroscan)

Murat Bektaş<sup>1</sup>, Bilger Çavuş<sup>2</sup>, Besim Fazıl Ağargün<sup>3</sup>, Volkan Şenkal<sup>2</sup>, Nevzat Koca<sup>1</sup>, Burak İnce<sup>1</sup>, Metban Mestanzade<sup>4</sup>, Pelin Özer Karaca<sup>5</sup>, Melek Büyük<sup>6</sup>, Yasemin Yalçınkaya<sup>1</sup>, Bahar Artım Esen<sup>1</sup>, Murat İnanç<sup>1</sup>, Mine Güllüoğlu<sup>6</sup>, Zehra Buğra<sup>5</sup>, Sevgi Beşişik<sup>4</sup>, Fatih Beşişik<sup>2</sup>, Ahmet Gül<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Istanbul Üniversitesi-Istanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>3</sup>Istanbul Üniversitesi-Istanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>4</sup>Istanbul Üniversitesi-Istanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>5</sup>Istanbul Üniversitesi-Istanbul Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>6</sup>Istanbul Üniversitesi-Istanbul Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Transient elastografi (fibroscan), kronik karaciğer hastalıklarında karaciğer sertliğini (KS) ölçmede kullanılan non-invazif bir tanı yöntemidir. Çalışmamızda amiloid birikimine bağlı artan KS'yi saptamada fibroscanin kullanılabilirliğini incelemeye amaçladık.

**Yöntem:** Bu kesitsel çalışma 5 hasta grubu [AA amiloidozu (AA-a), AL amiloidozu (AL-a), amiloidozu olmayan Ailevi Akdeniz ateşi (FMF) hastaları, sirotik karaciğer hastalığı, non-sirotik kronik hepatit B enfeksiyonu (KHB)] ve sağlıklı kontroller de (SK) yapılmıştır. Fibroscan ile KS değerlendirmesi kPa<7 normal, kPa≥7 anlamlı sertlik, kPa≥9,5 ileri sertlik ve kPa≥12 F4 sertlik olarak kabul edildi. Kronik karaciğer hastalığını gösteren FIB-4 ve APRI skorları hesaplandı.

**Bulgular:** Toplam 165 katılımcı (AA-a n=65; AL-a n=15; FMF n=20; sirotik n=16; KHB n=22; SK n=27) dahil edildi. Medyan KS sirotik hastalarda en yüksek; FMF ve SK'ye kıyasla AA-a ve AL-a hastalarında daha yüksekti. Medyan KS SK'ye kıyasla FMF hastalarında daha yüksekti. ALP düzeyleri AA-a ve AL-a gruplarında FMF, KHB ve SK'ye göre daha yüksekti. FIB-4 ve APRI skorları, ALP ve GGT seviyeleri hem AA-a, AL-a hem de FMF-AA gruplarında KS ile koreledi. KS skorları, FMF-AA'a kıyasla non-FMF-AA-a hastalarda daha yüksekti. FMF-AA-a grubunda ise tek ekson 10 MEFV varyantı olan hastalarda iki varyantı olanlara göre medyan KS, FIB-4, GGT ve ileri sertlik sıklığı daha yüksekti. Diğer MEFV varyantlarına kıyasla M694V homozigotlarda ileri ve F4 sertlik, GIS tutulumu ve kardiyak septum kalınlığı sıklığı daha düşüktü. Tek değişkenli analizde ileri yaş, amiloidoz tanı yaşı, FIB-4 ve KS skorları, ALP seviyeleri, non-FMF-AA biyopsi ile kanıtlanmış hastalarda karaciğer AA amiloidoz tutulumuyla ilişkili bulundu. KS'nin 12,05 kPa'lık eşik değeri AA-a'lı hastalarda %100 duyarlılık ve %85,5 özgüllüğe (LR=6,9, EAA=0,901, %95 GA: 0,81-0,99) sahipti.

**Sonuç:** Çalışmamızda, amiloidoz hastalarında fibroscan ile KS yüksek bulundu. Bulguların ilave çalışmalarla desteklenmesi

planlandı. FMF-AA'a'ya kıyasla non-FMF-AA-a hastalarında ve bir ekson 10 MEFV varyantı olan FMF-AA-a hastalarında, iki varyantı olanlara kıyasla KS daha yüksekti. Tek MEFV varyantı taşıyanlarda ilave genetik faktörlerin amiloidoz gelişiminde rol oynayabileceği düşünüldü.

**Anahtar Kelimeler:** Amiloidoz, fibroscan, karaciğer tutulumu, MEFV

**Tablo 1.** Hastalık gruplarına göre klinik ve laboratuvar bulguların karşılaştırılması

	AA Amiloidoz (n=65)	FMF hastaları (n=20)	AL amiloidoz (n=15)	Siroz (n=16)	Kronik Hepatit B (sirotik) (n=22)	Sağlıklı kontrol (n=27)	**	**	**	**	**	
Yaş (yıl) [ortalama±SD (ortanca, IQR)]	46.4±12.3 (46; 35)	43.4±11.7 (42.5; 58.1±14.6 (46; 35))	49.8±8.8 (49; 35)	49.8±8.8 (49; 35)	45.5±12 (45; 21)	44.5±14.4 (45; 23)	0.85	0.3	0.8	0.5	0.8	0.002
Ortalama (n, %)												
Erkek	38 (58.5)	10 (50)	6 (40)	10 (62.5)	13 (59.1)	17 (64.8)	0.5	0.8	0.95	0.7	0.7	0.2
Kadın	27 (41.5)	10 (50)	9 (60)	6 (37.5)	9 (40.9)	10 (35.2)						
Diabetes Mellitus (n, %)	5 (8.3)	2 (11.1)	2 (13.3)	3 (18.8)	3 (13.6)	3 (11.1)	0.7	0.6	0.4	0.8	0.9	0.6
Vücut Kitle İndeksi (kg/m <sup>2</sup> ) [ortalama±SD (ortanca, IQR)]	26.1±2.9 (25.7; 3.4)	26.8±4.9 (25.6; 5.4)	25.2±2.4 (24.8; 3.6)	27±1.7 (26.7; 6.7)	26.9±3.9 (25.5; 7.3)	26±4.6 (25.9; 5.7)	0.9	0.4	0.95	0.7	0.7	0.3
Karaciğer sertliği (kPa) [ortalama±SD (ortanca, IQR)]	10.7±11.9 (9.5; 5.3)	7.0±6.7 (7.1; 4.6)	14.0±12.7 (9.8; 11.6)	28.1±12 (26.7; 21.6)	6.4±5.5 (5.3; 2.8)	4.8±1.4 (4.9; 1.6)	<0.001*	<0.001*	0.02	0.001*	<0.001*	0.16
İleri sertlik (kPa) [ortalama±SD (ortanca, IQR)]	11 (47.7)	11 (55)	4 (27.5)	14 (88)	4 (18.2)	3 (6.5)	0.4	<0.001*	0.01	0.001*	<0.001*	0.6
F4 sertlik (kPa) [ortalama±SD (ortanca, IQR)]	17 (26.2)	4 (20)	7 (46.7)	15 (93.8)	3 (13.6)	0	0.4	<0.001*	0.2	0.001*	0.001*	0.1
FIB-4 skoru [ortalama±SD (ortanca, IQR)]	1.4±1.8 (0.97; 0.88)	0.8±0.4 (0.76; 0.54)	1.4±0.75 (1.3; 0.95)	3.5±2.4 (2.5; 3.4)	1.0±0.6 (0.85; 0.8)	0.8±0.75 (0.7; 0.47)	<0.001*	<0.001*	0.4*	0.005*	0.6	0.14
FIB-4 skoru (>1.4)	18 (27.7)	1 (6.3)	6 (40)	13 (86.7)	4 (20)	3 (11.1)	0.001*	<0.001*	0.4*	0.001*	0.3	0.3
FIB-4 skoru (>3.25)	3 (4.6)	0	0	6 (40)	0	1 (3.7)	0.5	0.001*	0.4	0.7	0.6	
APRI skoru [ortalama±SD (ortanca, IQR)]	0.4±0.35 (0.25; 0.17)	0.28±0.14 (0.26; 0.18)	0.8±0.5 (0.34; 0.24)	1.3±1.2 (0.77; 1.25)	0.24±0.11 (0.22; 0.2)	0.2±0.13 (0.16; 0.08)	<0.001*	<0.001*	0.3	0.001*	0.001*	0.4
Trombosit (10 <sup>9</sup> /mm <sup>3</sup> ) [ortalama±SD (ortanca, IQR)]	232±83 (232; 100)	243±54 (234; 91)	209±89 (197; 204)	136±55 (117; 77)	246±58 (236; 95)	271±70 (275; 96)	0.6	<0.001*	0.5	0.005*	0.15	0.3
ALT (U/L) [ortalama±SD (ortanca, IQR)]	35.1±16.6 (35; 17)	36.4±23.7 (28.5; 16.3)	17.5±6.7 (15; 7)	48.3±34.5 (38; 66)	26.4±19.8 (16; 33.8)	22.2±16.2 (17; 12.5)	0.02*	0.008*	0.7	0.4	0.001*	0.15
AST (U/L) [ortalama±SD (ortanca, IQR)]	25.8±13.9 (26; 17)	24.8±17 (22.5; 17.5)	18.5±10 (18; 48)	51.5±30 (48; 38)	22±7.9 (20; 11.8)	20±6.4 (18.5; 7.9)	<0.001*	0.008*	0.5	0.001*	0.001*	0.08
ALP (U/L) [ortalama±SD (ortanca, IQR)]	117±61.3 (97; 65.3)	91.5±34.8 (79; 55)	130±61 (103; 54)	115.3±72.2 (79; 126)	78.6±77.8 (76; 38.5)	65.5±16.4 (67; 21.75)	<0.001*	0.5	0.001*	<0.001*	0.002*	0.7
GGT (U/L) [ortalama±SD (ortanca, IQR)]	40±9.1 (38; 38)	30.4±30.5 (17; 25.8)	72±113 (41±67; 70; 51)	207±120 (16; 13.5)	18.5±15.4 (14; 14)		0.074*	0.2	0.2	0.005*	0.2	0.08

p1: Amiloidoz ve FMF hastalarının karşılaştırılması, p2: Amiloidoz ve sirotik karaciğer hastalığının karşılaştırılması, p3: Amiloidoz ve kronik karaciğer hastalığının karşılaştırılması, p4: Amiloidoz ve sağlıklı kontrolün karşılaştırılması, p5: FMF ve sağlıklı kontrolün karşılaştırılması, p6: AA ve AL amiloidozunun karşılaştırılması, \*Mann-Whitney U testi + Fisher's Exact testi, SD: Standart sapma, IQR: Çeyrekler arası aralık, FMF: Ailevi Akdeniz ateşi, kPa: Kilopaskal, FIB-4: Fibrozis-4 indeksi, APRI: AST-trombosit oranı indeksi, ALT: Alanin aminotransferaz, AST: Aspartat aminotransferaz, ALP: Alkalın fosfat, GGT: Gama glutamil transferaz

**Tablo 2.** Klinik ve laboratuvar parametreler ile karaciğer sertliğinin korelasyon analizi

Değişkenler	AA amiloidoz (r, p)	AL amiloidoz (r, p)	FMF-AA (r, p)	Non-FMF-AA (r, p)
Yaş	0,354 (0,004)	0,075	0,374 (0,006)	0,24
BKİ	NS	NS	NS	NS
FIB-4 skoru	0,504 (<0,001)	0,536 (0,048)	0,584 (<0,001)	NS
APRI skoru	0,485 (<0,001)	0,579 (0,03)	0,566 (<0,001)	NS
ALT	NS	NS	NS	NS
AST	0,341 (0,006)	0,542 (0,046)	0,329 (0,02)	NS
ALP	0,437 (<0,001)	0,645 (0,013)	0,322 (0,024)	0,799 (0,001)
GGT	0,506 (<0,001)	0,752 (0,002)	0,306 (0,033)	0,946 (<0,001)
Kardiyak septum duvar kalınlığı	0,319 (0,012)	0,383 (0,02)	0,314 (0,03)	NS

BKİ: Beden kitle indeksi, r: korelasyon katsayısı, NS: Non-significant

## PS-137

### Behçet hastalığında nörolojik tutulumun klinik bulgularla ilişkisi

Özlem Özdemir Işık, Senar Şan, Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle

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

**Amaç:** Behçet hastalığı (BH), multisistemik enflamatuvar bir vaskülitir. Deri, mukoza, göz, vasküler alan, eklem, gastrointestinal sistem ve nörolojik tutulum gözlenmektedir. Bu çalışmada, BH ile takip edilen hastalarda nörolojik tutulum verilerini sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** Romatoloji polikliniğimizde 2000-2020 yılları arasında BH tanısı ile takip edilen 394 hastanın klinik, demografik, laboratuvar verileri retrospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** BH tanısı ile takip edilen hastaların %44'ü kadın, %56'sı erkekti. %96'sında oral aft, %65'inde genital ülser, %33'ünde papülopüstüler lezyonlar, %38'inde eritema nodozum, %47'sinde paterji pozitifliği mevcuttu. Hastaların %6,1'inde (n=24) nörolojik tutulum tespit edildi. Nörolojik tutulumu olan bu hastaların %67'si erkek olup, ortalama tanı yaşı 25,1±8,2, hastalık süresi 13,2±6,3 yıldır. Nörolojik tutulum yaşı ortalama 28,4±9,6 yıl idi. Hastaların %54'ünde parankimal tutulum, %46'sında serebral venöz sinüs trombozu (SVST) mevcuttu. Hastaların %92'sinde oral aft, %71'inde genital ülser, %38'inde papülopüstüler lezyon, %46'sında paterji pozitifliği, %46'sında eritema nodozum saptandı. Nörolojik tutulumu olan hastalarda görülen semptomlar baş ağrısı, görme kaybı, diplopi, hemiparezi, epilepsi, proptozis ve ataksik yürüyüş ile yürüme güçlüğü idi (sırasıyla %67, %13, %25, %13, %8, %8 ve %13). Nörolojik tutulumu olan ve olmayan hastalar klinik ve demografik bulgular açısından karşılaştırıldığında her iki grupta, anlamlı farklılık gözlenmedi (Tablo 1). Parankimal tutulumlu ve SVST olan hastalar klinik, demografik bulgular açısından karşılaştırıldı. Papülopüstüler lezyon varlığı ve paterji pozitifliği parankim tutulumu olan hastalarda daha yüksekti (sırasıyla p=0,033, p=0,020). Ayrıca SVST varlığının pulmoner arteriyel tutulum ve alt ekstremitte venöz tromboz ile ilişkisi de değerlendirildi, ancak anlamlı bulgu gözlenmedi.

**Sonuç:** BH tanısından ortalama 2,5 ile 6,5 yıl sonra nörolojik semptomlar ortaya çıkmaktadır. Olguların %3-33'ünde nörolojik komplikasyonların ilk tutulum olabileceği ve bu durumun tanısız güçlükler yol açacağı belirtilmektedir. Hastalarımızın %3'ü ilk olarak nörolojik tutulumla tanı alırken, geri kalan %3'ünde BH tanısından ortalama 3,3 yıl sonra nörolojik tutulum saptanmıştır. Önemli bir morbidite nedeni olması ve özellikle SVST'nin vasküler tutulumla ilişkisi dolayısıyla nörolojik tutulum üzerinde durulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet hastalığı, nörolojik tutulum, klinik bulgular

**Tablo 1.** Nörolojik tutulumu olan ve olmayan hastaların verilerinin karşılaştırılması

n (%)	Nörolojik tutulum (+) n=24	Nörolojik tutulum (-) n=370	p
Cinsiyet			
Kadın	8 (33)	164 (44)	
Erkek	16 (67)	206 (56)	0,396
Aile öyküsü	5 (21)	43 (12)	0,194
Oral aft	22 (92)	357 (97)	0,230
Genital ülser	17 (71)	239 (65)	0,661
Papülopüstüler lezyon	9 (38)	120 (32)	0,655
Eritema nodozum	11 (46)	139 (38)	0,516
Paterji pozitifliği	11 (46)	174 (47)	0,988
Üveit	9 (38)	129 (35)	0,827
Retinal vaskülit	1 (4)	10 (2,7)	0,504
Artrit	3 (13)	95 (28)	0,221
Venöz tutulum	7 (29)	69 (19)	0,282
Alt ekstremitte derin venöz tromboz	5 (21)	47 (13)	0,227
Arter trombozu	1 (4)	3 (1)	0,224
Arter anevrizması	1 (4)	12 (3,2)	0,564
GİS tutulumu	2 (8)	15 (4)	0,277
Kardiyak tutulum	2 (8)	5 (1,4)	0,062
Pulmoner Tutulum	-	13 (3,5)	NA

GİS: Gastrointestinal sistem

## PS-138

### Tarih boyunca olağan şüpheli: Bir santral sinir sistemi tüberkülozu olgusu

Nur Yazdali Köylü<sup>1</sup>, Zarifa Rustamova<sup>1</sup>, Gizem Ayan<sup>2</sup>, Levent Kılıç<sup>2</sup>, Sedat Kiraz<sup>2</sup>

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

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

**Giriş:** Tüberküloz (TB), günümüzde kullanımları giderek yaygınlaşan biyolojik ajanların enfeksiyon reaktivasyon riskini artırması nedeniyle, tedavi öncesi taranması gereken, morbiditesi yüksek bir enfeksiyondür. Latent enfeksiyon açısından taranan ve negatif saptanan bireyler izlemlerinde de-novo TB enfeksiyonu gelişimi açısından takip edilmelidir. Bu olguda bel ağrısı, konstitusyonel semptomlarla başvuran, metastaz görünümünde vertebral tutulum ve intrakraniyal tüberkülozlar ile prezente, immünosüpresif tedavi altında bir de-novo tüberküloz olgusunun sunumu amaçlanmıştır.

**Olgu:** Beş yıldır romatoid artrit ve Sjögren sendromu tanılıyla metotreksat, prednizolon, hidroklorokin, sülfasalazin kullanımı öyküsü olan 59 yaşında kadın hasta, son 1 yıldır metotreksat 15 mg/hafta ve deflazakort kullanılmakta iken tedavisine yüksek hastalık aktivitesi nedeniyle haftalık subkütan tocilizumab tedavisi eklenmiş, ancak hasta bu tedaviyi 4 hafta kullandıktan sonra kendi isteğiyle kesmiş. Bu tedaviden yaklaşık 3 ay sonra hareketle artan, dinlenmekle azalan bel ağrısı şikayeti başlamış. Takip eden



dönemde kilo kaybı, gece terlemesi, subfebril ateş yakınmaları gelişmesi üzerine hasta Hacettepe Üniversitesi Romatoloji Polikliniği'ne başvurmuştur. Yaşı, konstitusyonel semptomları ve demir eksikliği anemisi nedeniyle ön planda malignite düşünülen hastaya yapılan abdomen görüntülemesinde sağ adneksial loju dolduran 74x41 mm'lik yumuşak doku kitlesi ve L1-L4 seviyelerindeki lumbal vertebralarda çok sayıda metastazla uyumlu olduğu düşünülen medüller lezyonlar saptandı. Total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi yapılan hastanın patolojisi leiomyom olarak sonuçlandı. L2 vertebra korpusundan alınan tru-cut biyopsiyeye ait patoloji kazeifiye granülomatöz enflamasyon olarak raporlandı. Tocilizumab tedavisinden önce negatif olan interferon- $\gamma$  salınım testi pozitif olarak sonuçlandı. Kraniyal görüntülemesindeki şüpheli punktat kontrastlanmalar, L1-L4 vertebralardaki medüller lezyonlar ve T11 seviyesindeki spinal kordun sağ yarısında saptanan lezyon tüberküloz lehine yorumlandı. Hastaya anti-tüberküloz tedavi (izoniazid, rifampin, etambutol, pirazinamid) başlandı. Ateş ve ağrı yanıtı olan hastanın tedavisinin 12 aya tamamlanması planlandı.

**Sonuç:** TB, tipik semptom ve bulgularının dışında malignite gibi prezente olabilen, nadir görülen tutulum paternleri ile klinikte karşımıza çıkabilir. TB reaktivasyonu/de-novo enfeksiyon, biyolojik ajan alma öyküsü ve konstitusyonel semptomları olan her hasta için ayırıcı tanıda yer almalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Tocilizumab, tüberküloz, tüberküloz



**Şekil 1.** (A) T11 vertebra düzeyinde spinal kordda çevresi ödemli tüberküloz ile uyumlu milimetrik lezyon (ok), L1-L4 vertebralarda medüller lezyonlar, (B) Bilateral serebral beyaz cevherde dağınık, multipl milimetrik, T2 hiperintens punktat lezyonlar

**Tablo 1.** Laboratuvar bulguları

Test	Değerler	Referans aralıkları
<b>Tam kan sayımı</b>		
Beyaz küre sayısı	8,2x1.000/ $\mu$ L	4,3-10,3x1.000/ $\mu$ L
MCV	68,1 fL	80,4-95,9 fL
Hemoglobin	7,3 gr/dL	11,7-15,5 gr/dL
Platelet sayısı	417x1.000/ $\mu$ L	159-388x1.000/ $\mu$ L
<b>Anemi parametreleri</b>		
Transferrin saturasyonu	%4	%20-50
Ferritin	16,2 $\mu$ g/L	11-307 $\mu$ g/L
<b>Akut faz reaktanları</b>		
Sedimentasyon	54 mm/saat	0-25 mm/saat
C-reaktif protein	3,74 mg/dL	0-0,8 mg/dL

## PS-139

### Behçet sendromu, ankilozan spondilit ve ailevi Akdeniz ateşi birlikteliği: Nadir bir durum

Adem Ertürk

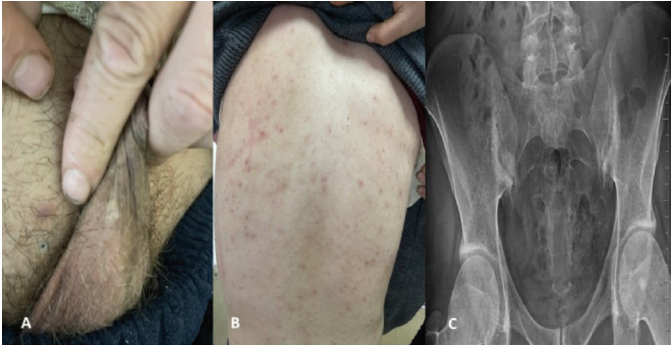
Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Afyonkarahisar

**Giriş:** Behçet sendromu (BS) etiopatogenezi tam olarak bilinmeyen multifaktöriyel enflamatuvar bir hastalıktır. Kompleks genetik yapısı hem otoenflamatuvar hastalıklarla, hem de Crohn hastalığı başta olmak üzere spondiloartritlerle benzerlikler göstermektedir. Burada BS, ailevi Akdeniz ateşi (AAA) ve ankilozan spondilit (AS) birlikteliği olan bir hasta sunulacaktır.

**Olgu:** Otuz üç yaşında erkek hasta sol gözde posterior üveit olması nedeniyle tarafımıza başvurdu. Hastanın yapılan romatolojik sorgulamasında yılda 5 kez tekrarlayan oral aftöz ülserleri oluyormuş. Bir kez genital bölgede aftöz ülseri olmuş, hipopigmente skar bırakarak iyileşmiş. Beş yıldır enflamatuvar karakterde bel ağrısı varmış. Spondiloartritlerle ilgili sorgulamasında özellik yoktu. Son 1 yıldır 2-3 gün süren 38,5 derece ateş ile birlikte karın ağrısı atakları oluyormuş, bu ataklar 3 kez tekrarlamış. Amca çocuklarına AAA tanısı koyulmuş. Fizik muayenesinde sakroiliak kompresyon testi bilateral pozitif. Modifiye Schober testi 6 cm'di. Sırtta akneiform lezyonları vardı. Skrotumda eski ülserine ait hipopigmente skar vardı. Yapılan tetkiklerinde; sedimentasyon 33 mm/saat, CRP 5,4 mg/dL, HLA-B27 pozitif, hemogram ve tam idrar tetkiki normaldi. AAA'ya yönelik yapılan genetik çalışmada M694V/V726A heterozigot mutasyonu saptandı. Sakroiliak eklem grafisi bilateral grade 3 sakroiliit olarak değerlendirildi. Tekrarlayan oral aftöz ülser, genital aftöz ülser (skrotal skar), sırtta akneiform lezyonlar ve göz tutulumu nedeniyle Behçet sendromu tanısı koyuldu. Tekrarlayan ateşle birlikte olan peritonit atakları, AAA için aile öyküsü ve M694V/V726A heterozigot mutasyonu olan hasta AAA olarak değerlendirildi. Enflamatuvar bel ağrısı ve direkt grafide bilateral grade 3 sakroiliiti olan hastaya AS tanısı koyuldu. Hastaya 1,5 mg kolşisin başlandı. Göz bölümü tarafından sol göze intravitreal deksametazon implant enjeksiyonu yapılmış, 48 mg metilprednisolon ve azatioprin 100 mg başlanılmıştı. BASDAI: 5,1 ve posterior üveiti olması nedeniyle adalimumab tedavisi başlandı. Metilprednisolonun azaltılarak kesilmesi planlandı.

**Sonuç:** BS ve AAA anormal nötrofil aktivasyonunun neden olduğu kronik tekrarlayan enflamatuvar hastalıklardır. Sakroiliit hem AAA hem de BS'de olası bir eklem tutulumu şeklidir. BS, AAA ve AS'nin aynı hastada birlikte bulunması çok nadir bir durumdur. Bu birliktelik, bu hastalıkların tesadüfi veya coğrafi dağılım paternlerine bağlı olabilir. BS ve AAA'nın ortak etiopatogenetik özellikleri bilinse de enflamatuvar bel ağrısı varlığında AS de akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Ailevi Akdeniz ateşi, ankilozan spondilit, Behçet sendromu



**Şekil 1.** (A) Skrotumda genital ülser skarı (B) Sırtta akneiform lezyonlar (C) Pelvis A-P grafisinde bilateral grade 3 sakroiliit

## PS-140

### Genç kadın hastada sırt ağrısını nadir bir nedeni: Gebeliğe bağlı osteoporotik kompresyon fraktürü

Hatice Reşorlu

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Çanakkale

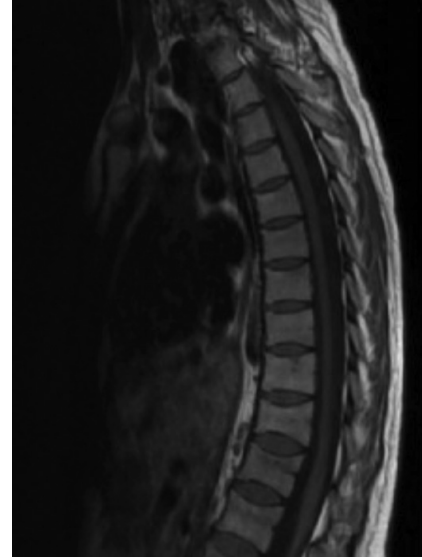
**Giriş:** Gebelik ve laktasyon ile ilişkili osteoporoz vertebral kompresyon kırıkları ve sırt ağrısı ile ortaya çıkan nadir bir durumdur. Gebeliğin üçüncü trimesterinde veya doğum sonrası erken dönemde ortaya çıkar. Etiyolojisi bilinmemektedir.

**Olgu:** Yirmi beş yaşında, dört ay önce doğum yapan hasta, gebeliğin son döneminde başlayan ve doğumdan sonra şiddetlenen bel ağrısı yakınmasıyla polikliniğimize başvurdu. Halen emziren hastanın bel ve sırt ağrısı nedeniyle daha önce başvurduğu dış merkezde, ağrısının kas ağrısı olarak nitelendirildiği bu nedenle parasetamol verildiği ve kuru iğneleme yapıldığı ancak bu tedavilerden fayda görmediği öğrenildi. Özgeçmişinde özellik yoktu. Gebelik veya emzirme dışında kırık için hiçbir risk faktörü tespit edilemedi. Ailesinde osteoporotik kırık öyküsü bulunmuyordu. Fizik muayenede; dorsal paravertebral kas spazmı ile bel hareketlerinde her yöne kısıtlılık ve ağrı vardı. Dorsal minimal kifotik postür gözlemlendi. Laboratuvarında; serum kalsiyum düzeyi 9,76 mg/dL, fosfor düzeyi 4,01 mg/dL, parathormon düzeyi 41,42 pg/mL (normal: 15-65), 25-hidroksivitamin D düzeyi 13,80 ng/mL (normal aralık: 10-40) olarak ölçüldü. Hastanın diğer biyokimyasal parametreleri 24 saatlik idrar kalsiyum atılımı ve tiroid fonksiyon testleri normaldi. Torakal, lomber X-ray ve MR değerlendirmesinde, multipl vertebrada yükseklik kayıpları ve kamalaşma gözlemlendi (Şekil 1). Kemik mineral yoğunluğu ölçümünde, L1-4 total T-skoru -3,1, Z-skoru:-3.0: ve femur boynu T-skoru -2,1, Z-skoru: -2,1 olarak bulundu. Hasta gebeliğe bağlı osteoporoz olarak değerlendirildi. Hastanın emzirmeyi sonlandırması önerildi ve D vitamini eksikliği tedavisi için 6 hafta süresince 50.000 U D vitamini ve günlük 1.200 mg kalsiyum desteği verildi. Osteoporoz tedavisi için, denosumab 60 mg 6 ayda bir başlandı ve takibe alındı. Bel ağrısı için ibuprofen 1.600 mg/gün başlandı ve kısa süreli lumbosakral çelik balenli korse kullanımı ile hastanın immobilizasyonu sağlandı.

**Sonuç:** Sırt ağrısı olan gebe veya emziren hastalarda gebelik ve laktasyon ile ilgili osteoporoz ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Tedavide emzirmenin kesilmesi ve kalsiyum/D vitamini takviyesi önerilmektedir. Ciddi olgularda spesifik farmakolojik tedaviler (bifosfonatlar, denosumab veya teriparatid) kullanılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Sırt ağrısı, osteoporoz, gebelik



**Şekil 1.** Torakal MR'de T1 sekansta multipl vertebral yükseklik kaybı

## PS-141

### COVID-19-ilişkili makrofaj aktivasyon sendromu için sınıflandırma kriterleri geliştirilmesi

Shirkhan Amikishiyev<sup>1</sup>, Mehmet Güven Günver<sup>2</sup>, Murat Bektaş<sup>1</sup>, Sarvan Aghamuradov<sup>1</sup>, Burak İnce<sup>1</sup>, Nevzat Koca<sup>1</sup>, Ege Sinan Torun<sup>1</sup>, Numune Aliyeva<sup>1</sup>, Selma Sarı<sup>1</sup>, Çiğdem Çetin<sup>1</sup>, Banu Çiçek Yalçın Dulundu<sup>1</sup>, Rabia Deniz<sup>3</sup>, Fatih Kemik<sup>3</sup>, Besim Fazıl Ağargün<sup>3</sup>, Übeyde Ayşe Gülseren<sup>3</sup>, Beliz Beşışık<sup>3</sup>, Onur Alkan<sup>3</sup>, Yavuz Burak Tor<sup>3</sup>, Naci Şenkal<sup>3</sup>, Görkem Durak<sup>4</sup>, Sevim Meşe<sup>5</sup>, Ali Ağaçfıdan<sup>5</sup>, Murat Köse<sup>3</sup>, Mustafa Erelel<sup>6</sup>, Arif Atahan Çağatay<sup>7</sup>, Sevgi Kalayoğlu Beşışık<sup>8</sup>, Figen Esen<sup>9</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-İstanbul Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>3</sup>İstanbul Üniversitesi-İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>4</sup>İstanbul Üniversitesi-İstanbul Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>5</sup>İstanbul Üniversitesi-İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Viroloji ve Temel İmmünoloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>6</sup>İstanbul Üniversitesi-İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>7</sup>İstanbul Üniversitesi-İstanbul Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>8</sup>İstanbul Üniversitesi-İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>9</sup>İstanbul Üniversitesi-İstanbul Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** COVID-19 seyrinde ikinci haftada başlayan hiperenflamatuvar yanıtın makrofaj aktivasyonu sendromuna (MAS) neden olarak akut sıkıntılı solunum sendromuna ve ölüme katkıda bulunabileceği görülmüştür. Farklı nedenlerle gelişen MAS için geliştirilmiş olan kriterler varsa da, bunların COVID-19-ilişkili MAS hastaları için yetersiz kaldığı gözlenmiştir. Bu çalışmanın amacı COVID-19-ilişkili MAS için ayırt ettirici bulguları saptamak ve kriter geliştirmektir.

**Yöntem:** Mart-Eylül 2020 tarihleri arasında COVID-19 tanısıyla yatırılan hastaların verileri keşif grubu olarak kullanıldı. Araştırmacılar tarafından MAS tanısı konularak anti-sitokin verilenler ve MAS olmayanlar diye gruplandı. MAS grubu tanısı “kesin” ve “sınırdaki” olanlar diye ayrıldı. Yatışlarının ilk 14 gününe ait ve MAS açısından anlamlı kabul edilen veriler sistemden çekildi. Eylül-Aralık 2020 arasında takip edilen bir grup hastanın verileri de, doğrulama grubu olarak kullanıldı. Keşif grubu döneminde MAS için glukokortikoidler kullanılmıyor iken, doğrulama grubu döneminde oksijen desteği gereken hastalar yatırılmakta olup MAS hastalarının 6 mg deksametazon veya eş değerlerini alması zorunlu idi. Uzman görüşüyle MAS kabul edilen ve edilmeyen hastaların değerlerindeki günlük değişim dinamikleri hesaplandı ve ayırt ettirici değerlerin tespiti için ROC eğrileri çizildi. Seçilen parametrelerle oluşturulan kriterlerin duyarlılık ve özgüllükleri hesaplandı.

**Bulgular:** Yatırılan 769 hastadan 77’si kesin, 83’ü sınırdaki MAS olarak değerlendirildi. MAS geliştiren grupta laboratuvar parametrelerinde değişikliklerin hastaneye yatışın yaklaşık 6. gününde farklılaştığı ve özellikle ferritin değerinde başlangıca göre 2 kat, D-dimer için 1,5 kat artışın belirleyici olduğu görüldü. Tablo 1’de verilen 12 parametreyle COVID-19 ilişkili MAS kriterleri oluşturuldu. Kriterlerle yatışın 5-6. gününde “45” olası MAS skorunun %79,6 duyarlılık ve %81,3 özgüllüğe ulaştığı, “60” skorunun özgüllüğü %94,6 olurken, duyarlılığın %40,8’e azaldığı görüldü. Kriterler doğrulama grubunda (n=162) da MAS için %80,3 duyarlılık sağlarken, yatışın 6-9 günlerinde özgüllüğün %47-66 düzeylerine azaldığı görüldü.

**Sonuç:** COVID-19-ilişkili MAS için geliştirdiğimiz kriterlerle  $\geq 45$  skorunun kabul edilebilir duyarlılık ve özgüllük ile MAS tanısı koymada yardımcı olduğu ve glukokortikoid tedavisinin duyarlılığı etkilemediği görülmüştür. Doğrulama grubunda özgüllüğün azalması, bu dönemde yatırılanlar arasında tedaviyle baskılanmış MAS hastalarının olmasına bağlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Makrofaj aktivasyonu sendromu (MAS), olası MAS, kesin MAS

**Tablo 1.** COVID-19-ilişkili makrofaj aktivasyon sendromu için geliştirilen öncü kriterler

1. Ateş ( $>37.0$  °C)
2. Ferritin konsantrasyonu  $> 550$  ng/mL
3. Hastalık başlangıcından 7 gün içinde ferritin konsantrasyonunda 2 kat artış
4. Nötrofil sayısı  $> 6000$  cell/mm<sup>3</sup>
5. Lenfopeni  $< 1000$  cell/mm<sup>3</sup>
6. Nötrofil/lenfosit oranı  $> 6$
7. D-dimer konsantrasyonu  $> 1000$  ng/ml
8. Hastalık başlangıcından 7 gün içinde D-dimer düzeyinde %50’den fazla artış
9. CRP konsantrasyonu  $> 50$  mg/L
10. LDH konsantrasyonu  $> 300$  U/L
11. ALT veya AST konsantrasyonu  $> 50$  U/L
12. Prokalsitonin konsantrasyonu  $< 1.2$  ng/ml

Hastane yatışının 5-7. gününde her pozitif parametre için 1 puan verilir

Skor hesaplanır: Toplam puan / 12 x 100

Olası MAS  $\geq 45$  ve kesin MAS  $\geq 60$

## PS-142

### COVID-19-ilişkili makrofaj aktivasyon sendromlu hastalarda tosilizumab tedavisine yanıtı öngören parametrelerin araştırılması

Shirkhan Amikishiyev<sup>1</sup>, Murat Bektaş<sup>1</sup>, Mehmet Güven Günver<sup>2</sup>, Burak İnce<sup>1</sup>, Sarvan Aghamuradov<sup>1</sup>, Nevzat Koca<sup>1</sup>, Görkem Durak<sup>3</sup>, Sevim Meşe<sup>4</sup>, Ali Ağaçfıdan<sup>4</sup>, Murat Köse<sup>5</sup>, Mustafa Erelel<sup>6</sup>, Arif Atahan Çağatay<sup>7</sup>, Sevgi Kalayoğlu Beşışık<sup>8</sup>, Figen Esen<sup>9</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-İstanbul Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, İstanbul

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

<sup>4</sup>İstanbul Üniversitesi-İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Viroloji ve Temel İmmünoloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>5</sup>İstanbul Üniversitesi-İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>6</sup>İstanbul Üniversitesi-İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>7</sup>İstanbul Üniversitesi-İstanbul Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>8</sup>İstanbul Üniversitesi-İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>9</sup>İstanbul Üniversitesi-İstanbul Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** COVID-19 ilişkili makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) sonucu akut solunum sıkıntısı sendromu ve ölüm riski artmaktadır. Destek tedavisine ek olarak verilen glukokortikoidler oksijen ve mekanik ventilatör desteği gereken hastalarda ölüm riskini azaltabilmektedir. Hedefe yönelik anti-sitokin ilaçlardan tosilizumabın da bu hastalarda fayda sağladığı gösterilmiştir. Bununla beraber hangi hastaların tosilizumabdan daha fazla yararlanacağını gösterecek çalışmalara ihtiyaç vardır.

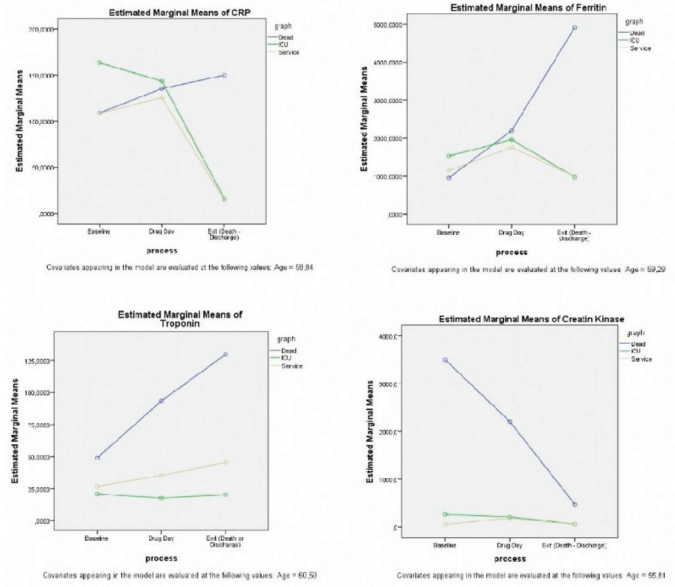
**Yöntem:** COVID-19 nedeniyle Mart-Aralık 2020 tarihleri arasında yatırılan ve MAS tanısıyla tosilizumab verilen hastalar

çalışmaya alındı. MAS tanısı uzman görüşü ile kondu ve daha sonra geliştirdiğimiz kriterlerle doğrulandı. Klinik ve laboratuvar bulguları standart formla kaydedildi.

**Bulgular:** Yatırılan 931 hastadan tosilizumab alan 150 hasta (120 erkek, 30 kadın, ortalama yaş 57,9) çalışmaya alındı. Mart-Eylül 2020 arasındaki hastalar sadece tosilizumabla, bu tarih sonrasındaki 26 hasta tosilizumabtan 2-3 önce başlayan deksametazon 6 mg/gün veya eş değerleriyle tedavi edildi. Tosilizumab intravenöz 400 mg (n=77), 600 mg (n=26) veya 800 mg (n=47) dozlarında verilmişti; 22 hastaya yanıtızlık veya alevlenme nedeniyle anakinra verildi. Toplam 126 (%84) hasta taburcu edildi. Hastaların çoğu (n=122, %81,3) tosilizumab tedavisini serviste aldı; 6 hasta tedavi sonrası YBÜ'ye nakledildi, 2 hasta serviste ani kardiyopulmoner arrestle öldü. Tosilizumab 28 (%18,6) hastaya YBÜ'de verildi ve 16'sı vefat etti. Tosilizumab sonrası anakinra alan 22 hastadan 9'u serviste, 13'ü YBÜ'de izlendi; 10 hasta entübe edildi ve 6 hasta öldü. Sağ kalan ve ölen hastaların özellikleri Tablo 1'de verildi. Ölenler yatışta daha düşük lenfosit ve monosit, daha yüksek D-dimer, troponin, CK değerlerine sahipti. Tosilizumab verildiğinde benzer CRP ve ferritin değerleri olan hastalardan takip sırasında ölenlerde tedaviye etkili CRP ve ferritin yanıtının olmadığı, lenfosit ve monosit değerlerinin artmadığı görüldü.

**Sonuç:** COVID-19 ilişkili MAS tedavisinde erken dönemde verilen tosilizumabın mortalite üzerine etkili olduğu ve tedavi sonrası CRP, ferritin, D-dimer düzeylerinde azalma ile lenfosit düzeylerinde artış görülmesinin olumlu sonuçla ilişkili olduğu bulundu. Tosilizumab tedavisine rağmen artan CK ve troponin değerleri kötü seyirle ilişkiliydi ve eşlik eden kardiyovasküler/trombotik süreçle bağlantılı olabileceği düşünüldü.

**Anahtar Kelimeler:** Makrofaj aktivasyon sendromu (MAS), yoğun bakım ünitesi (YBÜ), kreatinin kinaz (CK)



**Şekil 1.** Serviste, YBÜ'de takip edilenlerde sağ kalan ve ölen hasta gruplarının CRP, ferritin, troponin ve CK düzeylerinin tahmini marjinal ortalaması

**Tablo 1.** Tosilizumab tedavisinde alanlar arasında sağ kalan ve ölen hastaların özellikleri

	Sağ kalan			Ölen			p-değeri
	Bazal	Tosilizumab başlangıcı	Taburculuk	Bazal	Tosilizumab başlangıcı	Ölüm	
Ateş	37,8±1	37,4±0,9	36,5±0,4	38,1±0,8	37,1±0,7	36,8±0,6	0,81
Nötrofil	5,8±3,6	6,3±4,3	5±3,2	4,3±1,9	6,8±3,7	10,4±7,5	0,06
Lenfosit	1,0±0,6	0,95±0,7	1,6±0,7	0,83±0,2	0,71±0,2	0,72±0,4	0,002
Monosit	0,50±0,35	0,43±0,33	0,68±0,37	0,37±0,16	0,33±0,18	0,40±0,39	0,003
Trombosit	227,6±100	299±120	351±145	196,7±72	254,2±99	210,4±106	0,89
Ferritin	1269±1109	1881±1603	1052±705	825±814	1868±1603	4645±7559	0,018
D-dimer	1109±949	1246±1088	1419±2850	1473±955	2271±1914	7721±7675	0,005
CRP	119,3±87	128,9±89	13,1±31	116,2±78	138,3±65	155,5±140	0,010
LDH	373±163	403±140	300±77	382,5±129	571±204	1615±1678	0,005
ALT	40,4±25	65±68,7	93,6±66	29,5±16	46,6±32	499±992	0,001
AST	42,4±24	63,1±78	47±28	42,4±24	73,1±53	1000±1608	0,005
Prokalsitonin	0,24±0,33	0,31±0,38	0,06±0,04	0,21±0,14	0,46±0,28	1,8±2,6	0,005
Troponin	20,2±28	23,3±31	31±67	65,9±97	119±163	157,3±147	0,007
Kreatin kinaz	230±233	250±292	64±43	2870±4719	1931±2256	430±299	0,006
Fibrinojen	629,3±142	633±136	333±97	546,8±61	607,5±99	451±179	0,75
Kreatinin	1,08±0,6	1,0±1	1,0±0,7	1,1±0,5	1,3±0,6	1,5±0,9	0,35

## Romatoid artrit tedavisinde haftalık humira kullanımı

Yusuf Karabulut

Özel Yıldırım Doruk Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Bursa

**Amaç:** Romatoid artrit (RA) tedavisinde tedavi stratejisi olarak düşük hastalık aktivitesi veya remisyon elde etmek amacı ile DMARD sonrası kullanılan biyolojik ilaca yanıt vermeyen hastalarda aynı veya farklı mekanizmada alternatif ilaca geçilmesi genel olarak uygulanan kuraldır. Bir grup hastada başlangıçta var olan, iyi yanıtın ilaca gösterilen iyi toleransın ve yan etkinin olmaması nedeniyle farklı bir ilaca geçmektense kullanılan ilacın doz artırımının yapılması veya kullanım intervallerinin sıklaştırılması akılcı bir seçenek olabilir.

**Yöntem:** Bu çalışmada 2015-2020 yılları arasında poliklinik takibinde bulunan 1987 ACR veya 2010 EULAR kriterlerine uygun olarak RA tanısı konulmuş ve haftalık adalimumab 40 mg monoterapisi alan 15 hasta çalışmaya alınmıştır. Hastaların tümü metotreksat (MTX) kullanan ancak izlem sırasında MTX yan etki veya intolerans nedeniyle kesilen hastalardı. Hasta dosyaları retrospektif olarak incelenmiş ve demografik özellikler ilaç etkinliği, ilaç yan etkileri, ilaç kesilme sebepleri, DAS28 ve HAQ skorları komorbiditeleri kayıt altına alınmıştır.

**Bulgular:** MTX'in toksisite veya intolerans nedeniyle kesildiği, haftalık adalimumab tedavisi alan 15 hastanın özellikleri tabloda sunulmuştur. Monoterapi olarak haftalık adalimumab alan toplam 15 hastanın tümü tedavi başlangıcında 2 haftada bir 40 mg adalimumab ve haftalık 15 mg MTX kullanmışlardır. Hastaların 6 tanesinde hematolojik veya hepatik nedeni, 9 tanesinde ise gastirik intolerans ve mukozit, 3 tanesinde ise GİS intoleransı ve hepatotoksisite nedeni ile MTX kesilmiştir. MTX sonrası hastalık aktivasyonu nedeniyle haftalık adalimumab monoterapisi başlamıştır. Hastalar ortalama 12,5 ay adalimumab monoterapisi kullanmışlardır. On hasta adalimumab başlanmadan önce en az bir biyolojik kullanmıştır. Beş hastada ise adalimumab ilk biyolojik ilaç olarak kullanılmıştır. On beş hastanın tümünde MTX kesilmesi sonrası aktivasyon izlenmiş, kombinasyon tedavisi sırasında cevap elde edildiği için adalimumab monoterapisine geçilmiştir. Monoterapi sırasında hastaların DAS28 ve HAQ ölçümlerinde iyi yanıt oluştuğu gözlenmiş olup ciddi yan etki izlenmemiştir.

**Sonuç:** Bu çalışmada adalimumab monoterapisinin retrospektif olarak etkinliği ve yan etkileri araştırılmıştır. Haftalık adalimumab kullanımında standart kullanımına benzer etkinlik ve yan etki profili izlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Adalimumab, haftalık, monoterapi

Tablo 1. Hasta demografik ve klinik özellikleri

n	Yas/ cinsiyet	Anti- CCP	RF	Biyolojik ilac geçmiş	Ekstra artiküler tutulum	MTX hepatik/ hematolojik toksikite	MTX intolerans	Hastalık süresi/ay	*DAS28/ HAQ	**DAS28/ HAQ	Adalimumab kullanım süresi/ay	Steroid dozu	Diyabet	Hipertansiyon	Psöriyazis
1	48/E	+	+	TNF	-	+	+	38	5,3/1,4	3,3/0,9	24	2,5	-	+	+
2	37/E	+	+	TNF	-	+	+	64	5,1/1,5	1,6/0,8	18	5	+	+	-
3	56/E	+	-	TNF	-	+	-	79	6,7/1,2	3,0/0,6	10	5	+	+	-
4	51/K	+	+	TOFA	-	+	-	94	5,4/1,0	2,9/0,6	21	2,5	-	+	+
5	46/K	+	+	-	-	-	+	39	6,2/1,3	3,9/0,9	9	7,5	-	-	-
6	33/E	-	-	RTX	Sklerit	-	+	28	5,9/1,0	2,7/0,4	8	5	+	-	-
7	29/K	-	+	TNF	-	+	-	124	5,6/1,0	3,1/0,7	11	5	+	-	-
8	67/E	+	-	TNF	-	-	+	23	7,1/1,0	3,6/0,7	14	2,5	-	+	-
9	53/K	+	+	-	-	-	+	41	6,4/1,6	2,8/0,8	9	2,5	-	-	-
10	34/K	+	+	-	-	+	-	62	5,9/1,4	3,1/1,1	9	5	-	-	+
11	42/E	+	+	-	-	-	+	73	5,3/1,3	2,5/0,6	11	5	-	+	-
12	39/K	-	+	-	-	+	+	35	6,2/1,2	2,3/0,5	13	7,5	+	+	-
13	25/K	+	-	ABA	-	-	+	73	6,5/1,3	3,3/1,0	16	2,5	+	-	-
14	28/K	+	+	TOFA	-	+	-	18	7,1/1,7	3,4/1,3	8	5	-	+	-
15	31/K	+	+	RTX	-	+	-	24	5,8/1,4	2,3/0,5	7	2,5	-	+	-

\*Monoterapi öncesi, \*\*Monoterapi sonrası

## Romatoid artritli hastalarda hasta ve hekim global değerlendirilmesi arasındaki uyumsuzluğunun değerlendirilmesi

Gülşay Alp, Dilek Solmaz, Haluk Cinaklı, Eda Akat, Elif Durak Ediboğlu, Esra Erpek, Servet Akar

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

**Amaç:** Romatoid artrit (RA) hastalık aktivasyonunun değerlendirilmesi için kullanılan ölçeklerin de parçası olan hasta (PGA) ve hekim (PhGA) global değerlendirilmesi arasında değişken oranlarda; %50'ye kadar bildirilen uyumsuzluklar söz konusudur. Kendi RA popülasyonumuzda PGA ve PhGA arasındaki uyumsuzluğun sıklığını ve ilişkili olabilecek faktörleri değerlendirmeyi amaçladık.

**Yöntem:** Tek merkezli kesitsel bu çalışmaya ardışık ACR 2010 sınıflandırma kriterlerini karşılayan 233 (%79,3 kadın; ortalama yaş: 56,7±11,4) RA hastası dahil edildi. Hastalık aktivitesi, klinik hastalık aktivite indeksi (CDAI) ve hastalık aktivite skoru 28 C-reaktif protein (DAS28-CRP) kullanılarak değerlendirildi. PGA, PhGA ve ağrı değerlendirmeleri 0 ila 100 mm arasında değişen bir görsel analog skalada (VAS) ölçüldü. Uyumsuzluk, PGA ve PhGA arasındaki 30 mm'den fazla fark olarak tanımlandı. PGA ve PhGA arasındaki korelasyon Spearman korelasyon analiziyle değerlendirildi. İlişkili olabilecek faktörler tekli olacak şekilde lojistik regresyon ile gözden geçirildikten sonra çok değişkenli modelde p değeri <0,20 olan bağımsız değişkenler kullanıldı.

**Bulgular:** Uyumsuzluk sıklığı değişik kestirim değerlerine göre sırasıyla  $\geq 30$  mm için %15 (35/233) ve  $\geq 20$  mm için %59,7 (139/233) bulundu.  $\geq 30$  mm'ye göre uyumsuzluk olan ve olmayan hastalarda ortalama yaş ve cinsiyet dağılımları benzerdi (Tablo 1). Uyumsuz değerlendirme grubundaki hastalarda daha az ağrı skoru, hassas ve şiş eklem sayısı vardı. CDAI'ya göre remisyon ve yüksek hastalık aktivitesi grubunda diskordans daha düşüktü, PGA ve PhGA arasındaki fark VAS ağrı ile pozitif, şiş eklem sayısı ve CDAI ile negatif korelasyon göstermekteydi. Çok değişkenli modelde erkek cinsiyet, daha yüksek ağrı VAS ve normal CRP, PGA ve PhGA uyumsuzluğunun öngördürücüleri olarak bulundu (Tablo 2).

**Sonuç:** Hassas ve şiş eklem sayısı, CRP gibi objektif bulguların yokluğunda hasta ve hekim arasındaki uyumsuzluk daha sıkı. Bununla birlikte, erkek cinsiyet, daha yüksek VAS ağrı ve normal CRP uyumsuzluğu bu hasta grubunda bağımsız olarak öngörülebilmektedir. Sorunun büyük bir kısmı düşük ve orta hastalık aktivitesi olan hastalarda gözlemlendi. Bu durum hekimin tedavi kararını etkileyebilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Romatoid artrit, PGA, PhGA, uyumsuzluk

**Tablo 1.** Demografik ve klinik özellikleri

Değişkenler	Uyumsuzluk $\geq 30$ mm (n:35)	Uyumsuzluk<30 mm (n:198)	P
Yaş, mean (SD)	56.7 (12.2)	56.4 (11.1)	0.763
Kadın cinsiyet, n (%)	24 (68.6)	161 (81.3)	0.086
Hastalık süresi,yıl mean (SD)	9.0 (8.6)	10.4 (8.6)	0.244
Sigara, n (%)	19 (54.3)	84 (43.3)	0.229
Vücut kitle indeksi, mean (SD)	27.8 (4.5)	28.3 (5.4)	0.827
PGA (0-100 mm), mean (SD)	73.2 (15.9)	41.5 (24.6)	<0.001
PhGA (0-100 mm), mean (SD)	25.7 (14.8)	26.6 (20.5)	0.929
VAS ağrı (0-100 mm), mean (SD)	59.5 (26.8)	45.0 (28.0)	0.003
HES, mean (SD)	1.8 (2.4)	3.9 (4.7)	0.041
ŞES, mean (SD)	0.2 (0.5)	1.0 (2.4)	0.037
ESR (mm/h), mean (SD)	27.4 (18.7)	30.1 (10.2)	0.328
CRP (mg/L), mean (SD)	4.0 (8.1)	10.2 (15.8)	0.020
HAAQ, mean (SD)	1.0 (0.9)	1.3 (1.0)	0.625
DAS28 CRP, mean (SD)	2.9 (0.9)	3.0 (1.3)	0.677
CDAI			
Remisyon, n (%)	1 (2.9)	37 (18.7)	
Düşük hastalık aktivitesi, n (%)	16 (45.7)	75 (37.9)	0.025
Orta hastalık aktivitesi, n (%)	17 (48.6)	64 (32.3)	
Yüksek hastalık aktivitesi, n (%)	1 (2.9)	22 (11.1)	
Tedavi			
Metotreksat, n (%)	24 (68.6)	112 (56.6)	0.184
Leflunomid, n (%)	11 (31.4)	58 (29.4)	0.813
Kortikosteroid, n (%)	26 (74.3)	127 (64.1)	0.244
Gelişmiş tedavi, n (%)	5 (14.3)	47 (23.9)	0.211

**Tablo 2.** PGA, PhGA ve  $\Delta$ PGA-PhGA korelasyon analiz sonuçları

Değişkenler	PGA r	PGA p	PhGA r	PhGA p	$\Delta$ PGA-PhGA r	$\Delta$ PGA-PhGA p
Yaş	0,021	0,748	-0,006	0,922	-0,053	0,413
Hastalık süresi	0,012	0,856	0,030	0,651	0,018	0,787
VKI	0,010	0,877	0,010	0,877	-0,027	0,689
HES	0,447	<0,001	0,666	<0,001	0,048	0,460
ŞES	0,300	<0,001	0,580	<0,001	0,252	<0,001
VAS ağrı	0,706	<0,001	0,677	<0,001	-0,370	<0,001
ESR	0,054	0,406	0,097	0,140	0,007	0,917
CRP	0,064	0,328	0,184	0,005	0,073	0,266
CDAI	0,775	<0,001	0,893	<0,001	-0,206	0,001

**Tablo 3.** PGA ve PhGA arasında uyumsuzluk ile ilişkili olabilecek faktörler

Değişkenler	Tekli analiz OR	Tekli analiz 95 % CI	Tekli analiz p	Çoklu analiz OR	Çoklu analiz 95 % CI	Çoklu analiz p
Cinsiyet (erkek vs kadın)	1,9	0,89-4,4	0,090	2,8	1,1-6,9	0,020
ŞES (yok vs var)	1,6	0,80-3,5	0,164	1,9	0,77-4,6	0,158
HES (yok vs var)	2,4	0,90-6,6	0,076	2,2	0,74-6,9	0,147
VAS ağrı ( $\geq 40$ mm vs <40 mm)	2,9	1,09-7,9	0,032	4,4	1,4-13,0	0,007
CRP (<5,0 mg/L vs $\geq 5,0$ mg/L)	2,7	1,1-6,2	0,019	3,0	1,2-7,7	0,019

## Ailevi Akdeniz ateşi ve spondiloartrit birlikteliği

Mete Kara

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

**Giriş:** Ailevi Akdeniz ateşi (AAA), tekrarlayan ateş ve serozit atakları ile karakterize otozomal resesif otoenflamatuvar bir hastalıktır. AAA'da kas iskelet sistemi tutulumu %30-75 sıklığında bildirilmiştir ve en sık alt ekstremitelerde büyük eklemlerinde kendini sınırlayan monoartrit şeklinde görülür. Sakroiliit ise nispeten daha az görülen bir tutulum olmakla birlikte Türk ve Yahudi kökenli AAA'da diğer popülasyonlara göre beklenenden fazla olduğu bilinmektedir. Juvenil dönemde AAA tanısı alan, erişkin dönemde sakroiliit gelişen bir AAA olgusu bildirilmektedir.

**Olgu:** Yirmi üç yaşındaki erkek hastaya 14 yıl önce tekrarlayan karın ağrısı ile birlikte olan ateş, erizipel benzeri döküntü ve homozigot *MEFV* (*M694V*) gen mutasyonu olması üzerine AAA tanısı konularak kolşisin tedavisi başlanmıştır. Hasta, son bir yıldır kolşisinden yeterli yanıt alınmadığından anakinra tedavisi almaktadır. Hastada 3 aydır sağ gluteal bölgede enflamatuvar vasıflı ağrı ile 1 aydır sol dizde şişlik yakınması gelişti. Fizik muayenesinde bilateral FABERE ve FADIR testi ağrılıydı. C-reaktif protein 20,5 mg/L, olup diğer biyokimyasal ve mikrobiyolojik laboratuvar testleri normal saptandı. Pelvis grafisi bilateral evre 3 sakroiliit ile uyumlu olup sakroiliak MRG'de bilateral sakroiliak eklemler posteroinferior kemik yüzlerinde T2 sekansında hiperintens görünüm izlendi. Hasta AAA ilişkili spondiloartrit olarak izleme alındı. Kronik diz artritisi olduğundan sülfasalazin 2 gr/gün, diklofenak 75 mg/gün başlandı.

**Sonuç:** AAA hastalarında spondiloartrit prevalansında artış olduğu bilinmektedir. Türk AAA olgularında sakroiliit sıklığı %10,5 oranında bildirilmiştir. AAA ilişkili sakroiliitin spondiloartrite bağlı sakroiliitten ayırt edilmesi klinik olarak mümkün olmayabilir. AAA hastalarında omurga tutulumu sakroiliak tutulumuna göre daha az izlenmektedir. FMF patogenezindeki bazı faktörlerin spondiloartrit gelişimine yol açması muhtemeldir. Homozigot M694V mutasyonu taşıyanlarda artrit ve kas iskelet semptomlarının daha fazla olduğu bilinmektedir. Genellikle HLA-B27 negatif olan sakroiliak eklemler tutulumu FMF popülasyonunda daha siktir. AAA hastalarında HLA-B27 sıklığı %9 iken sakroiliiti olan AAA hastalarında HLA-B27 pozitifliği %47 olarak bildirilmiştir. Sonuç olarak AAA hastalarında spondiloartritin genel popülasyona göre daha sık eşlik edebilecek bir komorbidite olduğu akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Ailevi Akdeniz ateşi, spondiloartrit, sakroiliit



Sekil 1. Bilateral sakroiliit

## PS-146

### COVID-19-ilişkili makrofaj aktivasyon sendromlu hastalarda anakinra tedavisine yanıtı öngörebilecek bulguların araştırılması

Shirkhan Amikshiyev<sup>1</sup>, Rabia Deniz<sup>2</sup>, Mehmet Güven Günver<sup>3</sup>, Sarvan Aghamuradov<sup>1</sup>, Nevzat Koca<sup>1</sup>, Burak İnce<sup>1</sup>, Murat Bektaş<sup>1</sup>, Aysenur Yılmaz<sup>2</sup>, Yağmur Cantürk<sup>2</sup>, Görkem Durak<sup>4</sup>, Murat Köse<sup>2</sup>, Sevim Meşe<sup>5</sup>, Ali Ağaçfidan<sup>5</sup>, Mustafa Erelel<sup>6</sup>, Arif Atahan Çağatay<sup>7</sup>, Sevgi Kalayoğlu Beşşik<sup>8</sup>, Figen Esen<sup>9</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-İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>3</sup>İstanbul Üniversitesi-İstanbul Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>4</sup>İstanbul Üniversitesi-İstanbul Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>5</sup>İstanbul Üniversitesi-İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Viroloji ve Temel İmmünoloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>6</sup>İstanbul Üniversitesi-İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>7</sup>İstanbul Üniversitesi-İstanbul Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>8</sup>İstanbul Üniversitesi-İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>9</sup>İstanbul Üniversitesi-İstanbul Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İstanbul

**Giriş:** COVID-19 bir grup hastada makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) bulguları ile hiperenflamatuvar yanıt zemininde morbidite ve mortalitede artışa neden olabilen akut solunum sıkıntısı sendromuna ve çoklu organ yetmezliğine sebep olmaktadır. Oksijen veya mekanik ventilatör desteği gereken hastalarda glukokortikoidler standart tedavi haline gelmiştir. Tosilizumab ve anakinra gibi hedefe yönelik tedavilerin etkinliği gösterilmekle beraber hangi hasta grubunun bu tedavilerden fayda göreceğini gösterecek çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Yöntem:** Mart-Mayıs 2021 arasında hastaneye yatırılmış, COVID-19 ilişkili MAS tanısıyla anakinra almış olan hastalar çalışma grubunu oluşturdu. MAS tanısı uzman görüşü ile kondu ve daha sonra geliştirmiş olduğumuz kriterlerle doğrulandı. Klinik ve laboratuvar bulguları standart formla kaydedildi. Anakinra dozu hastanın enflamatuvar parametreleriyle oksijen ihtiyacına göre

100-300 mg/gün subkütan veya 400-800 mg/gün intravenöz olarak belirlendi.

**Bulgular:** Bin seksen COVID-19 hastasından 218'ine (151 erkek, 67 kadın; ortalama yaş 60,6±15,2) anakinra verildi. Yatış sürecinde 125 (%57,3) hasta serviste takip edilmiş olup, 21 (%9,6) hastada oksijen ihtiyacı olmadı; 69 (%31,6) hasta YBÜ'de takip edildi, 40 hasta entübe edildi ve bu hastalardan 30'u (%13,7) kaybedildi. Bazal değerleri benzer olmakla beraber, anakinra alıp sağ kalanlarda başlangıçta prokalsitonin daha düşüktü, ölen hastalarda da CRP, ferritin, D-dimer ve LDH düzeyleri daha yüksekti (Tablo 1,2). Ölen hastalarda anakinraya CRP, ferritin, D-dimer ve LDH değerlerinde anlamlı bir yanıt yoktu ve mortalite gelişen günde daha yüksek ferritin düzeyleriyle 2 kat artmış D-dimer değerleri görüldü. Ölen hastalardaki prokalsitonin, troponin ve transaminaz

düzeylerinde artışta ikincil enfeksiyonların da katkısının olabileceği düşünüldü.

**Sonuç:** COVID-19 ilişkili MAS tedavisinde anti-sitokin tedavilerin sonucunu değerlendirebilecek laboratuvar parametrelerine acil ihtiyaç vardır. Verilerimiz yatan hastalarda erken başlanan anakinra tedavisine yanıtların daha iyi olduğunu göstermektedir ve tedavi sonrası CRP, ferritin, D-dimer düzeylerinde azalma ile lenfosit düzeylerinde artış tedaviye olumlu yanıtla ilişkili bulunmuştur. Anakinra tedavisine rağmen artan D-dimer ve troponin değerleri kötü seyirle ilişkili olup, ölen hastalarda bu tedaviye rağmen egnellenemeyen kardiyovasküler ve trombotik süreçlerin katkısının olabileceğini düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Makrofaj aktivasyon sendromu (MAS), yoğun bakım ünitesi (YBÜ), C-reaktif protein (CRP)

**Tablo 1.** Anakinra tedavisi alan hastaların özellikleri

	Sağ kalan			Ölen			p değeri
	Bazal	Anakinra başlangıcı	Taburculuk	Bazal	Anakinra başlangıcı	Ölüm	
Nötrofil	6,8±4,2	7,6±4,1	6,7±2,8	6,7±4,3	9±5,8	9,7±7,3	0,02
Lenfosit	0,7±0,4	0,7±0,4	1,3±0,8	0,7±0,3	0,6±0,3	0,9±0,7	0,06
Monosit	0,4±0,2	0,4±0,2	0,6±0,3	0,4±0,2	0,4±0,3	0,6±0,9	0,03
Trombosit	235±101	293±132	337±139	223±115	255±120	210±148	0,03
Ferritin	1209±1094	1374±1446	775±680	997±1063	1560±1208	2606±6784	0,03
D-dimer	2170±4202	1808±2921	1000±1300	1996±3144	2422±2256	5181±5321	0,002
CRP	115±87	87±70	8±19	154±102	132±91	154±126	0,005
LDH	399±157	396±141	270±84	389±238	450±170	583±567	0,005
ALT	41±33	57±62	84±78	38±29	50±63	112±174	0,004
AST	49±50	49±41	36±27	42±26	50±43	218±458	0,005
Prokalsitonin	0,3±0,7	0,2±0,3	0,2±1,3	0,7±1,5	0,6±0,9	3,6±4,9	0,005
Troponin	24±67	73±599	26±66	40±57	35±47	132±160	0,55
Kreatin kinaz	230±331	139±179	43±43	120±51	166±199	83±35	0,02
Fibrinojen	607±155	601±152	382±122	665±204	660±186	539±164	0,005
Kreatinin	1,2±1	1,1±0,7	1,1±1,1	1,3±1,1	1,2±1	1,3±0,7	0,58

**Tablo 2.** Servis ve YBÜ'de takip edilmiş hastalardan sağ kalan ve ölenlerin değerlendirilmesi

	Servis			YBÜ			Ölenler			p-değeri
	Bazal	Anakinra başlangıcı	Taburculuk	Bazal	Anakinra başlangıcı	Taburculuk	Bazal	Anakinra başlangıcı	Ölüm	
Nötrofil	6,4±3,9	7,2±3,8	6,9±2,7	8,8±5	9,2±5,3	5,3±2,7	6,7±4,3	9±5,8	9,7±7,3	0,03
Lenfosit	0,7±0,4	0,7±0,4	1,3±0,7	0,8±0,5	0,7±0,3	1,4±0,8	0,7±0,3	0,6±0,3	0,9±0,7	0,84
Monosit	0,4±0,2	0,4±0,2	0,6±0,3	0,3±0,2	0,5±0,3	0,5±0,2	0,4±0,2	0,4±0,3	0,6±0,9	0,03
Trombosit	226±93	285±132	346±143	274±128	330±130	298±117	223±115	255±120	210±148	0,08
Ferritin	1213±1143	1333±1304	795±689	1193±871	1554±1963	686±643	997±1063	1560±1208	2606±6784	0,59
D-dimer	1748±2836	1557±2188	965±1374	4009±7755	2091±4912	1150±917	1996±3144	2422±2256	5181±5321	0,005
CRP	114±87	89±72	8±20	118±86	80±64	9±16	154±102	132±91	154±126	0,005
LDH	383±135	385±130	265±84	472±219	442±175	290±83	389±238	450±170	583±567	0,005
ALT	38±29	52±58	89±83	54±45	79±73	62±45	38±29	50±63	112±174	0,004
AST	45±32	47±40	37±29	68±92	59±42	32±14	42±26	50±43	218±458	0,005
Prokalsitonin	0,2±0,3	0,2±0,4	0,2±1,4	0,7±1,5	0,2±0,1	0,1±0,2	0,7±1,5	0,6±0,9	3,6±4,9	0,005
Troponin	20±68	73±662	16±41	40±60	74±163	67±118	40±57	35±47	132±160	0,45
Kreatin kinaz	219±311	140±183	44±44	428±644	113±110	33±21	120±51	166±199	83±35	0,03
Fibrinojen	603±155	612±145	382±109	623±153	559±173	381±159	665±204	660±186	539±164	0,20
Kreatinin	1,2±0,9	1,2±0,9	1,1±1,1	1,2±1,5	0,9±0,3	1,1±0,9	1,3±1,1	1,2±1	1,3±0,7	0,12



## PS-147

### RA ve AS tanılı 43 SARS-CoV-2 pozitif hastanın retrospektif analizi (tek merkez deneyimi)

Yusuf Karabulut

Özel Yıldırım Doruk Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Bursa

**Amaç:** AS ve RA tanılı kortikosteroid, immünoşüpresif, biyolojik veya sentetik DMARD kullanan hastaların pandemi döneminde primer hastalık ve SARS-CoV-2 enfeksiyonu hastalık yönetimi halen önemli bir sorundur. Çalışmamızda pandemisi sırasında romatoloji bölümünde takip, tedavi edilen PCR (+) SARS-CoV-2 tanısı alan 43 RA ve AS hastasının demografik özellikleri, primer hastalıkları, aldıkları biyolojik ve konvansiyonel DMARD tedavileri, komorbiditeleri ve SARS-CoV-2 seyrinin (hafif veya ağır, hospitalizasyon gerekip gerekmediği) incelenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Mayıs 2020-Mayıs 2021 tarihleri arasında romatoloji merkezinde takip ve tedavi edilirken PCR (+) SARS-CoV-2 tanısı alan, SARS-CoV-2 tedavi ve takipleri aynı merkezde yapılan 43 hasta çalışmaya alınmıştır. Hastaların dosyaları ve elektronik kayıtları retrospektif olarak kaydedilmiştir. SARS-CoV-2 nedeni ile hospitalizasyon gereken tüm hastalar aynı merkezde takip ve tedavi edilmişlerdir.

**Bulgular:** SARS-CoV-2 tanısı PCR ile doğrulanmış 43 olgunun 26'sı RA, 17'si AS idi. Yaş ortalamaları RA için  $51 \pm 18$ , AS için  $36 \pm 9$  olarak bulunmuştur. Kırk üç hastanın biyolojik ilaç kullanım oranı %76,7 (mono veya kombine) olarak bulundu. RA hastalarında biyolojik ve sentetik kombine kullanım oranı %65,3, sentetik DMARD kombinasyon (MTX, SLZ, PLQ) oranı %34,7 idi. AS hastalarının %82,3'ü biyolojik %17,7'si ise NSAİİ veya sentetik DMARD kullanıyordu. Kırk üç hastanın %79,1 hafif, %20,9 tanesi hospitalizasyon gerektiren ağır SARS-CoV-2 enfeksiyonu geçirdi. Hospitalizasyon gerektiren 9 hastanın 6 tanesi RA, 3 tanesi AS tanısı ile izleniyordu. RA hastalarında TNF dışı biyolojik MTX kombinasyonu kullanan 2 kombine sentetik DMARD (MTX + SLZ + PLQ + steroid) kullanan 4 hasta hospitalizasyon ihtiyacı duydu. Hospitalizasyon gereken tüm RA hastalarında ortalama steroid dozu 7,5 mg üzerinde idi. AS hastalarında ise hospitalizasyon ihtiyacı duyulan 3 hastanın da TNF kullanımının yanı sıra eşlik eden diyabet ve hipertansiyonları mevcuttu, IL 17 A blokerleri kullanımı mevcut değildi.

**Sonuç:** Bizim çalışmamızda SARS-CoV-2 hospitalizasyonu için, TNF inhibitörleri, tosilizumab ve IL17 A blokerleri kullanan hastalarda risk artımı olmadığı, 7,5 mg ve üzeri steroid kullanımının risk artımına yol açtığı düşünülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Romatoid artrit, ankilozan spondilit, SARS-CoV-2, hospitalizasyon

## PS-148

### Sülfasalazin ilişkili ilaç erüpsiyonunun aşikar hale getirdiği hipotiroidi

Zeynep Berire Kurtuluş<sup>1</sup>, Güllü Sandal Uzun<sup>2</sup>, Süleyman Nahit Şendür<sup>3</sup>, Levent Kılıç<sup>2</sup>

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

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

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

**Giriş:** İlaç ilişkili eozinofili ve sistemik semptomlar (DRESS) sendromu, yaygın deri döküntüleri, visceral organ tutulumu, lenfositoz, eozinofili ve lenfadenopati ile seyreden ciddi, idiosenkratik bir ilaç reaksiyonudur. İlişkili ilaca maruziyetten 3 hafta-3 ay sonrasında deri lezyonları ve semptomları görülmektedir. Klinik prezentasyonu değişebilmekte ve hastalık seyri uzayabilmektedir. Myozit, üveit, otoimmün tiroidit, hemofagositik sendrom gibi otoimmün reaksiyonlar seyrinde görülebilir. İlişkili ilacın kesilmesi ve destekleyici bakım temel tedavi yaklaşımı olsa da; bazı hastalarda immünoşüpresif tedavi ihtiyacı olabilmekte ve seyrinde alevlenmeler de görülebilmektedir.

**Olgu:** Dört yıl önce artrit şikayetiyle seronegatif romatoid artrit tanısı alan; hidrosiklorokin, deflazakort, metotreksat kullanmış olan 24 yaşında kadın hastaya 6 ay önce sülfasalazin (SLZ) 2x1.000 mg başlanmıştı. SLZ tedavisi başladıktan 1 ay sonra yüzde başlayıp boyuna ve vücuda yayılan kaşıntılı makülopapüler döküntü, ateş, bulantı, kusmayla başvurdu. Başvuru anında lökositoz ( $20,5 \times 10^3/\mu\text{L}$ ), eozinofili ( $1,08 \times 10^3/\mu\text{L}$ ) ve transaminaz değerlerinde yükselme (ALT: 265 U/L, AST: 179 U/L) tespit edildi. Toraks tomografisinde aksiller ve mediastinal multipl büyümüş lenf nodları (en büyüğü kısa çapı 1 cm) ve hepatobilier ultrasonografide hepatosplenomegali izlendi. Deri biyopsisi ilaç erüpsiyonuyla uyumlu ve 3 gün 250 mg/gün metilprednizolon (MPZ) iv, idamede oral 48 mg/gün MPZ verildi. İzleminde transaminazları ve lökositozu önce artıp sonra gerilemeye başlayan hasta MPZ dozu azaltılarak taburcu edildi. İlk başvuru anında TSH: 2,4  $\mu\text{IU/mL}$  olan hastanın, taburculuk sonrası 2. ayda yapılan tetkiklerde hipotiroidisi tespit edildi (TSH: 108  $\mu\text{IU/mL}$ , sT4: 3,51 pmol/L, anti-TPO: 44 IU/mL). Hastanın hipotiroidi ile ilişkili semptomu yoktu. Tiroid ultrasonografide tiroid bezi küçük, fibröz septalarla ayrılmış ve ileri derecede hipoekoik görüldü. Hastaya 75 mcg/gün levotiroksin tedavisi başlandı.

**Sonuç:** DRESS sendromunda allupurinol ve SLZ gibi antiromatizmal ilaçların kullanımına ikincil nadir ancak mortalitesi yüksek idiosenkratik bir ilaç reaksiyonudur. Tiroid disfonksiyonu nadir görülmeyle birlikte, sendromun uzun seyirli olması ve seyrinde dalgalanmaların görülmesi nedeniyle hastaların yakından takip edilmesi önemlidir. Bu olguda sendromun başlangıcından aylar sonra ve klinik yakınması olmayan hastada ciddi tiroid fonksiyon bozukluğu tespit edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Romatoid artrit, sülfasalazin, DRESS sendromu, otoimmün tiroidit



**Sekil 1.** Hastanın yatışı sırasındaki yaygın makülopapüler döküntüleri

## PS-149

### Jüvenil idiyomatik artrit tanısı ile izlenen 14-18 yaş aralığındaki hastaların yetişkin odaklı tedaviye geçiş sürecine hazır olma durumlarının değerlendirilmesi

Mine Sağlam<sup>1</sup>, Rana İşgüder<sup>2</sup>, Zehra Kızıldağ<sup>2</sup>, Balahan Makay<sup>2</sup>, Şevket Erbil Ünsal<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

**Amaç:** Çocuk romatoloji bilim dalında takipli 14-18 yaş aralığındaki juvenil idiyomatik artrit (JİA) tanılı hastaların erişkin takibine geçişte yaşadıkları zorluklar düşünülerek ülkemize valide edilmiş Transition Readiness Assessment Questionnaire (TRAQ) değerlendirmesiyle yetişkin odaklı tedaviye geçiş sürecini kolaylaştırmak amaçlanmaktadır.

**Yöntem:** Veri Kayıt Formu oluşturularak 14-16,16-18 yaş aralıklarındaki iki hasta grubuna poliklinik kontrollerinde çalışma hakkında bilgi verilip onamları alınarak anket uygulanmış, veriler SPSS programına girilerek istatistiksel olarak analiz edilmiş, literatürle karşılaştırılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmadaki 32 hastanın tanı dağılımları 12'si (%37,5) entezit ilişkili artrit (EİA), 9'u (%28,1) oligoartiküler JİA, 8'i (%25) poliartiküler JİA, 1'i (%3,1) sistemik JİA, 2'si (%6,3) psöriyatik artrit şeklindedir. Hastaların yaş aralığı 14-18 olup 16'sı (%50) kız, 16'sı (%50) erkektir. Yirmi (%62,5) ailede romatolojik hastalık öyküsü olup 12'sinde (%37,5) bulunmamaktadır. Yirmi dört (%75) hasta tedavi almaktayken, 8'i (%25) almamaktadır. Altı (%18,8) hastanın kronik hastalık sekeli bulunmaktayken, 26'sında (%81,3) yoktur. On dört-on altı yaş arası 13 hasta (%40,6), 16-18 yaş arası 19 hasta (%59,4) olup gruplar cinsiyet (p=0,72), aile öyküsü (p=0,926), tedavi alıyor olup olmama (p=0,219), kronik hastalık sekeli açısından (p=0,361) karşılaştırılmıştır, anlamlı fark bulunmamıştır. Yaşları 14-16 arasındaki hastaların 6'sı (%46,2) oligoartiküler JİA, 5'i (%38,4) poliartiküler JİA, 1'i (%7,7) EİA, 1'i (%7,7) psöriyatik artrit; 16-18 yaş hastaların ise 11'i (%57,8) EİA, 3'ü (%15,8) oligoartiküler JİA, 3'ü (%15,8) poliartiküler JİA, 1'i (%5,3) psöriyatik artrit, 1'i (%5,3) sistemik JİA tanı alt grubundadır. TRAQ skorları 14-16 yaş arası 69,23±10,1, 16-18

aralığı 73,26±11,6 saptanmış, iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,319).

**Sonuç:** İki gruptaki hastalarda cinsiyet, aile öyküsü, tedavi alıyor olup olmama, kronik hastalık sekeli açısından anlamlı fark saptanmamıştır. On altı-on sekiz yaş grubundaki hastaların TRAQ skoru daha yüksek olsa da iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamış olup bu grubun geçiş dönemine daha hazır olduğu tespit edilmiştir. Araştırmamız bir ön çalışma niteliğinde olup olgu sayısı artırılarak gerçekleştirilecek olan çalışmamızda farkın 16-18 yaş grubu lehine artacağı düşünülmektedir. Hastalar belirli aralıklarla bu anket çalışması ile değerlendirilerek geçiş sürecine farkındalıklarının artırılması ve geçiş için en uygun yaş aralığının saptanması sağlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Artrit, erişkin, geçiş, TRAQ

## PS-150

### Çocukluk çağı Takayasu arteritinde güncel tedavi yaklaşımlarımız

Seher Şener, Ümmüşen Kaya Akça, Erdal Atalay, Müşerref Kasap Cüceoğlu, Zeynep Balık, Özge Başaran, Ezgi Deniz Batu, Yelda Bilginer, Seza Özen

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Çocukluk döneminde nadir görülen bir hastalık olan Takayasu arteritinin (TA) tedavisinde kanıta dayalı veriler oldukça azdır. Bu durum, tedavi seçeneğini belirlerken karar vermeyi zorlaştırmaktadır. Bu çalışmada, çocukluk çağı başlangıçlı TA hastalarımızda kullandığımız tedavilerden ve son yıllarda artan biyolojik ajan kullanımının tedavi stratejilerimizde oluşturduğu yeniliklerden bahsetmeyi amaçladık.

**Yöntem:** Hacettepe Üniversitesi Çocuk Romatoloji Bilim Dalı'nda Ağustos 2005-Ocak 2021 tarihleri arasında takip edilen 25 TA hastasının tıbbi tedavi kayıtları geriye dönük olarak değerlendirildi. Tüm hastaların tedavi seçenekleri ve tedaviye yanıtları özetlendi.

**Bulgular:** Yirmi beş hastanın tanındaki ortalama yaşı 13,6±4 idi. Numano sınıflamasına göre tip III-V sınıflaması içerisinde ve yüksek akut faz reaktanlarına sahip olan 18 hastamızda (%72) ciddi hastalık tablosu mevcuttu. Tedavi seçiminde başlangıçta ağır hastalığı olanlara sadece steroid (%12) veya steroid + siklofosfamid (CYC) (%60) kombinasyon tedavisi uygulandı. Geleneksel immünosüpresif ajanlardan, 16 hastaya (%64) metotreksat, 15'ine (%60) CYC, 7'sine (%28) azotiyoprin, bir hastaya da (%4) mikofenolat mofetil tedavisi verildi. İzlemede akut faz reaktanları azalan ve hastalık aktivite skorları (ITAS-2010) normale dönen hastalarımızda biyolojik ajan tedavisine geçildi. Toplam 18 TA hastasında biyolojik ajan kullanıldı. Yirmi beş hastanın 13'ü tümör nekroz faktör-alfa (TNF-α) inhibitörü ajanlarla tedavi edilirken, 10 hastaya da interlökin (IL)-6 reseptör inhibitörü olan tocilizumab (TCZ) tedavisi verildi. TNF-α inhibitörlerinden, 12 hastada adalimumab (ADA), bir hastada ise etanersept tercih edildi. Altı hastada MR anjiyografide ilerleme görülmesi ve/veya akut faz reaktanlarında sürekli yükseklik saptanması nedeniyle ADA ve TCZ tedavileri arasında değişim yapıldı. Geleneksel immünosüpresif

ajanlarla tedavi edilen hastalar ile (ortalama ITAS-2010=0,5±0,53) biyolojik ajanlara geçen hastalar (ortalama ITAS-2010=0,56±0,92) arasında tedavi sonrası hastalık aktivite skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,876).

**Sonuç:** Son dönemlerde, geleneksel immünoşüpresanlara ek olarak, biyolojik ajan tedavileri çocukluk çağı TA hastalarında giderek daha fazla kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalar özellikle dirençli TA olgularında, TNF- $\alpha$  veya IL-6 inhibitörleri gibi biyolojik ajanların etkinliğini desteklemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Çocukluk çağı başlangıçlı Takayasu arteriti, tümör nekroz faktör-alfa inhibitörü, IL-6 inhibitörü

## PS-151

### Çocuk romatoloji hastalarında anti-TNF tedavinin hematolojik yan etkileri

Müşerref Kasap Cüceoğlu<sup>1</sup>, Fatma Gümrük<sup>2</sup>, Seza Özen<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Hematoloji Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Anti-TNF ajanlar çeşitli romatolojik hastalıkların tedavisinde kullanılmaktadır. Bu çalışmada infliksimab, adalimumab ve etanersept gibi anti-TNF ajanların hematolojik yan etkilerini araştırmayı amaçladık.

**Yöntem:** Aralık 2019-Aralık 2020 tarihleri arasındaki Hacettepe Üniversitesi Çocuk Romatoloji Anabilim Dalı'nda takip edilen hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Çalışmaya anti-TNF ile tedavi edilen 93 çocuk hasta dahil edildi. Demografik verileri, tedavi ve takip süreleri, ilaç dozu, ilaç yan etkileri analiz edildi. İlaç başlangıcında anemi, trombositopeni ve lökopeni (Hb <10,5 mg/dL, WBC <4.000 / $\mu$ L, plt <250.000/mm<sup>3</sup>) olan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

**Bulgular:** Bu çalışmaya 42 juvenil idiopatik artrit, 29 entezit ile ilişkili artrit, altı DADA2, dört CRMO, iki tanımlanmamış otoenflamatuvar hastalık, 2 psöriyatik artrit, bir PAPA ve bir Behçet hastası olmak üzere 93 pediatrik romatoloji hastası dahil edildi. Çalışma grubunun yaşı ortalama 14,7±4,1 yaştı. Hastalarımızdan 59'u (%63) etanersept, 28'i (%30) adalimumab ve altı hasta (%6) infliksimab kullanılmaktaydı. Adalimumab ve etanerseptte karşı herhangi bir alerjik reaksiyon saptanmadı. Bir hastada infliksimaba karşı aşırı duyarlılık reaksiyonu gelişti ve tedavi değişikliği ile adalimumaba geçildi. Tüm hastaların 11'inde (%11,8) trombositopeni, yedisinde (%7,5) lökopeni ve sadece birinde (%1) anti-TNF tedavisi sırasında anemi saptandı. Etanersept ile tedavi edilen hastaların %23,7'sinde (%15,2 trombositopeni, %6,7'sinde lökopeni ve %1,6'sında anemi), infliksimab alan hastalarının %16,6'sında (trombositopeni), adalimumab ile tedavi edilen hastaların %14,2'sinde (%10,7'sinde trombositopeni ve %3,5'i lökopeni) ilaç kullanımına bağlı hematolojik yan etkiler gelişti. Anti-TNF ilaç tedavilerinin toplam ortalama kullanım süresi etanersept, adalimumab ve infliksimab için sırasıyla 4,6±2,1 yıl, 5,1±2,5 yıl, 3,7±0,5 yıl idi. Hematolojik yan etki gelişenlerde biyolojik ajanın

başlaması ile yan etkilerin başlaması arasındaki süre lökopeni için ortalama 11,5 ay (min-maks: 3-33) ve trombositopeni için 29,4 ay (min-maks: 13-48) idi. Etanersept ile anemi gelişen bir hasta için süre 1 aydı.

**Sonuç:** Anti-TNF ajanlar günlük pediatrik romatoloji pratiğinde etkin bir şekilde kullanılmaktadır. Bu çalışmada, anti-TNF ilaçlarının kan hücrelerini etkileyebileceğini gözlemledik, özellikle etanersept ile hematolojik yan etkiler geliştiğini gözlemledik.

**Anahtar Kelimeler:** Çocukluk çağı, anti-TNF ilaçlar, etanersept, trombositopeni, lökopeni, ilaç yan etkisi

## PS-152

### Pediatrik romatolojiden erişkin romatolojiye transfer olan adölesanların değerlendirilmesi

Ezgi Karaçura<sup>1</sup>, Rana İşgüder<sup>2</sup>, Yeşim Erez<sup>3</sup>, Tuba Demirci Yıldırım<sup>3</sup>, Balahan Makay<sup>2</sup>, Fatoş Önen<sup>3</sup>, Şevket Erbil Ünsal<sup>2</sup>, İsmail Sarı<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

<sup>3</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

**Amaç:** Pediatrik romatolojiden erişkin romatolojiye geçiş yapan hastaların klinik gidişat ve sonlanımlarına ilişkin oldukça sınırlı veri bulunmaktadır. Pediatrik romatolojiden erişkin romatolojiye devredilen hastalara ilişkin tanı, takip ve tedavi verilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Dokuz Eylül Üniversitesi Pediatrik Romatoloji izleminde olan adölesan hastalardan erişkin romatoloji kliniğine yönlendirilenler çalışmaya alındı. Son bir yıl içerisinde erişkin klinik başvurusu olmayanlar takip dışı kabul edildi. Hastaların erişkin romatoloji başvuru/takip durumu, demografik bulgular, pediatri ve erişkin romatoloji izlemlerindeki klinik ve tedavi özellikleri kaydedildi.

**Bulgular:** Erişkin kliniğe yönlendirilen 82 hasta [45 kadın, ortalama yaş 12,1±3,9, bazal CRP 4,2 (0,2-259)] vardı. 59 (%71,9) hasta erişkin romatoloji polikliniğine başvururken 23 (%28,1) hastanın erişkin romatoloji kaydı bulunmamaktaydı. Pediatrik izlemden en sık romatolojik tanılar JİA (n=36) ve AAA (n=27) idi. Erişkin romatolojide ise AAA (n=19), JİA (n=8) ve spondiloartrit (n=8) en sık kaydedilen tanılardı. JİA tanılı hastaların 8'inin tanısı RA, 2'sinin spondiloartrit olarak değişirken toplamda 13 hastanın tanısı erişkin romatolog tarafından farklı kaydedilmişti. Pediatri izleminde biyolojik tedavi alan 26 (%31,7) hastadan 8'inin çeşitli nedenlerle biyolojik tedavisi değiştirilmişti. Biyolojik tedavi alan 21 hasta erişkin romatolojiye yönlendirilmesine rağmen 6 hasta başvurmamıştı. Erişkin romatoloji ilk vizitinde 3 hastaya DMARD, 1 hastaya biyolojik tedavi başlanırken toplamda 18 hastada majör/minör tedavi revizyonu yapılmıştı. İzlemden sadece bir hastaya biyolojik tedavi başlandığı, biyolojik tedavi değişimi yapılan hasta olmadığı görüldü (Tablo 1). AAA (n=37) hastalarının hiçbirisi amiloidoz ile komplike olmamıştı ve 5 AAA hastası biyolojik tedavi almaktaydı.

**Sonuç:** 1- Pediatrik romatoloji kliniğinde izlenen hastaların önemli bir bölümü aynı fakültenin erişkin romatoloji kliniğine başvurmamaktadır. 2- Hastaların önemli kısmında pediatrik izlemlerinde başlanan tedavilere devam edilmektedir. 3- Pediatrik kliniğinde kaydedilen ICD kodlarının önemli kısmı erişkin romatolojide de kullanılmakla birlikte hastaların bir kısmının ICD kodları erişkin terminolojiye göre değiştirilmektedir. 4- Çalışmada 2017'den sonraki hastaların verileri değerlendirilmiştir. Son 10 yıla ait verilerin inceleneceği çalışma planlanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Pediatrik, erişkin, devir, romatoloji, ICD kod

Tablo 1. Pediatrik ve erişkin izleme ait tedavi özellikleri (n=82)	
Pediatrik izlem	n (%)
Steroid kullanımı	31 (37,8)
DMARD kullanımı	56 (68,3)
Metotreksat kullanımı	41 (50)
Biyolojik kullanımı	26 (31,7)
Biyolojik değişimi	8 (30,7)
Biyolojik tedavi kesilmesi	5 (19,2)
Erişkin izlem	
İlk başvuru tedavi değişimi	18 (30,5)
DMARD eklenmesi	3 (5)
Steroid başlanması	3 (5)
Biyolojik başlanması	1 (1,6)
Tedavi kesilmesi*	-
İzlemdeki tedaviler	
Tedavi değişimi	19 (32,2)
DMARD eklenmesi/değişimi	10 (16,9)
DMARD kesilmesi	3 (5)
Biyolojik başlanan hastalar	1 (1,6)

DMARD: Disease-modifying antirheumatic drug \*DMARD ya da biyolojik kesilmesi

## PS-153

### AAA hastalarında gastrointestinal sistem tutulumu

Esra Kızmaz<sup>1</sup>, Derya Yıldırım<sup>2</sup>, Abdurrahman Tufan<sup>2</sup>, Mehmet Akif Öztürk<sup>2</sup>, Berna Göker<sup>2</sup>, Hamit Küçük<sup>2</sup>, Şeminur Haznedaroğlu<sup>2</sup>

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

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

**Giriş:** Ailevi Akdeniz ateşi (AAA) en yaygın monogenik otoenflamatuvar hastalıktır. Enflamatuvar yanıt pürin proteinini kodlayan *MEFV* genindeki mutasyondan kaynaklanır. Pürin, doğal immün yanıtta rol oynar ve interlökin-1 salınımını, lökosit apoptozunu ve nükleer faktör-kappa  $\beta$  yolunun blokajını sağlar. Pürin protein sentezinin disfonksiyonu sonucunda enflamatuvar sitokinlerin aşırı salgılanması meydana gelir. Hastalık sıklıkla akut ateş atakları ve enflamatuvar serozal tutulum ile kendini gösterir. Ancak artmış sitokin salgılanması nedeniyle gastrointestinal sistemin (GİS) mukozal harabiyetine bağlı gastrointestinal tutulum ile de seyredebilir. Biz bu çalışmada AAA'lı hastalarda GİS tutulum sıklığını ve endoskopik bulgularını inceledik.

**Yöntem:** Gazi Hastanesi'ne başvuran 997 AAA hastası tarandı. Bu hastalardan tanı öncesi veya sonrasında GİS semptomları nedeniyle kolonoskopi uygulanan 61 AAA hastası çalışmaya dahil edildi. AAA tanısı Tel Hashomer kriterlerine göre konuldu. Medikal tedavi (NSAİİ/anti-TNF, salazopyrin), endoskopik bulgular (ileum/kolon tutulumu-mukozal harabiyet/mukozal ödem) retrospektif olarak incelendi.

**Bulgular:** Altmış bir AAA hastasının 14'ünde gastrointestinal tutulum saptandı (%22,9). On dört hastanın 8'i kadın (%57,1), 6'sı erkekti (%42,9). On dört hastanın 5'inde terminal ileumda (%35,7), 8'inde kolonda (%57,1), 1 kişide ise hem terminal ileumda hem de kolonda tutulum (%7,1) saptandı. Hastaların %92,8'inde (13 hasta) GİS mukozal defekti (%85,7'sinde ülserasyon, %7,1'inde erozyon), %7,1'inde mukozal ödem saptandı. On dört hastanın 5'inde anti-TNF kullanımı (%35,7), 3'ünde salazopyrin kullanımı vardı (%21,4), hiçbiri NSAİİ kullanmıyordu.

**Sonuç:** Bu çalışmada AAA hastalarındaki gastrointestinal tutulum sıklığı ve tutulumun endoskopik bulgularını araştırdık. AAA hastalarının önemli bir kısmında gastrointestinal mukozal defektler görülebilmektedir. Bu mukozal bulgular AAA ile ilişkili gastrointestinal tutulumla işaret edebilir. Kronik GİS bulgularıyla gelen hastalarda ayrıntılı tanıda FMF düşünülmeli ve bu hastalarda endoskopik inceleme yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Kolonoskopi, ailevi Akdeniz ateşi, gastrointestinal enflamasyon

### FMF HASTALARINDA GASTROİNTESTİNAL SİSTEM TUTULUMU

Esra Kızmaz<sup>1</sup>, Derya Yıldırım<sup>2</sup>, Abdurrahman Tufan<sup>2</sup>, Mehmet Akif Öztürk<sup>2</sup>, Berna Göker<sup>2</sup>, Hamit Küçük<sup>2</sup>, Şeminur Haznedaroğlu<sup>2</sup>

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

**GİRİŞ**

FMF(Familial Mediterranean Fever) en yaygın monogenik otoenflamatuvar hastalıktır. İnflamatuvar yanıt pürin proteinini kodlayan *MEFV* genindeki mutasyondan kaynaklanır. Pürin, doğal immün yanıtta rol oynar ve interlökin-1 salınımını, lökosit apoptozunu ve nükleer faktör-kappa  $\beta$  yolunun blokajını sağlar. Pürin protein sentezinin disfonksiyonu sonucunda enflamatuvar sitokinlerin aşırı salgılanması meydana gelir(1). Hastalık sıklıkla akut ateş atakları ve enflamatuvar serozal tutulum ile kendini gösterir(2). Ancak artmış sitokin salgılanması nedeniyle gastrointestinal sistemin mukozal harabiyetine bağlı gastrointestinal tutulum ile de seyredebilir(3). Biz bu çalışmada FMF'li hastalarda gastrointestinal sistem(GİS) tutulum sıklığını ve endoskopik bulgularını inceledik.

**YÖNTEM**

Gazi Hastanesine başvuran 997 FMF hastası tarandı. Bu hastalardan tanı öncesi veya sonrasında GIS semptomları nedeniyle kolonoskopi uygulanan 61 FMF hastası çalışmaya dahil edildi. FMF tanısı Tel Hashomer kriterlerine göre konuldu. Medikal tedavi(NSAİİ/anti TNF, Salazopyrin), endoskopik bulgular(ileum/kolon tutulumu-mukozal harabiyet/mukozal ödem) retrospektif olarak incelendi.

Sekil A: Bilinen FMF hastası 37 yaş erkek hasta ishali şikayeti ile yapılan kolonoskopi ile ülserler.

Sekil C: Bilinen FMF hastası ileoçekal valvedeki yamalar tarzda ülser lenyon ve çıkan kolon proksimalinde kırmızı yanık aygeliğinde sıran ülser görülmektedir.

**BULGULAR:**

61 FMF hastasının 14'ünde gastrointestinal tutulum saptandı(%22.9). 14 hastanın 8'i kadın(%57.1), 6'sı erkekti(%42.9). 14 hastanın 5'inde terminal ileumda(%35.7), 8'inde kolonda(%57.1), 1 kişide ise hem terminal ileumda hem de kolonda tutulum (%7.1)saptandı. Hastaların %92.8'inde(13 hasta) GIS mukozal defekti(%85.7'inde ülserasyon, %7.1'inde erozyon), %7.1'inde mukozal ödem saptandı. 14 hastanın 5'inde anti TNF kullanımı(%35.7), 3'ünde salazopyrin kullanımı vardı(%21.4), hiç biri NSAİİ kullanmıyordu.

**SONUÇ:**

Bu çalışmada FMF hastalarındaki gastrointestinal tutulum sıklığı ve tutulumun endoskopik bulgularını araştırdık. FMF hastalarının önemli bir kısmında gastrointestinal mukozal defektler görülebilmektedir. Bu mukozal bulgular FMF ile ilişkili gastrointestinal tutulumla işaret edebilir. Kronik gastrointestinal sistem bulgularıyla gelen hastalarda ayrıca tanıda FMF düşünülmeli ve bu hastalarda endoskopik inceleme yapılmalıdır.

**REFERANSLAR**

1. Wang QH, Boritzke L, de Bari O, Wang Y, Perruccio F. Familial Mediterranean fever: from pathogenesis to treatment. J Genet Syndr Gene Ther. 2014;5:1-11.

2. Ural AH, Langosta J, Zemer O, et al. Criteria for the diagnosis of familial Mediterranean fever. Arthritis Rheum. 1997;40:1879-85.

3. Sireli İ. Small bowel mucosal damage in Familial Mediterranean fever: results of capsule endoscopy screening. Demir A, Akpınar F, Güllüoğlu S, Ergonen S, Akpınar İ, Ömür A, Soyler O, Karaca C, Demir K, Güllüoğlu S, Güllüoğlu M, Erer B, Şimşek S, Kayaalp S, Nettekci S, Gül A. Scand J Gastroenterol. 2014 Dec; 49(12):1414-8.

Sekil 1. AAA hastalarında GIS tutulumu poster

## PS-154

### Behçet hastalığı tanısına yönlendiren vena cava superior sendromu: Olgu sunumu

Enes Başaran, Duygu Temiz Karadağ, Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle

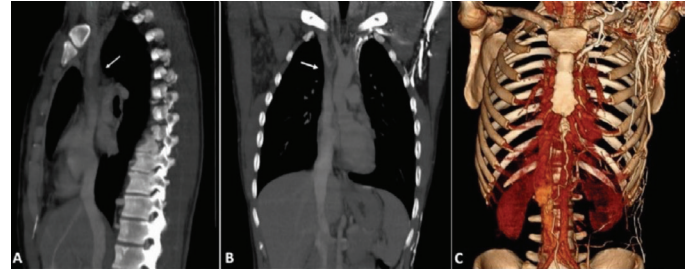
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

**Giriş:** Behçet hastalığı (BH), birçok sistemi tutabilen, kronik enflamatuvar bir hastalıktır. Tekrarlayıcı, mukokutanöz, oküler, serebral, gastrointestinal, kas-iskelet ve vasküler tutulumlar ile karakterizedir. Vasküler tutulumlar BH'de mortalite ve morbiditenin en önemli sebebidir. Vena cava superior sendromu (VCSS) ile prezente olan ve ardından BH tanısı konulan bir olguyu sunacağız.

**Olgu:** Bilinen sistemik hastalığı olmayan, 28 yaşında erkek hasta 15 gün önce farkına vardığı boyun ve omuzlarda şişlik şikayetiyle başvurmuş. Yüz ve boyunda şişlik, nefes darlığı, göğüs ön duvarında genişlemiş damarların (venöz kollateraller) saptanması üzerine VCSS ön tanısı ve vaskülit şüphesi ile romatoloji bölümüne konsülte edildi. Kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografide (BT) superior vena cavada akut; sol brakiosefalik ve sol juguler venlerde kronik oklüzyon saptandı. Hastanın öyküsünde 1 yıl öncesine kadar daha sık tekrarlayan oral aftları (>3 kez/yıl) ve iki yıl önce geçirilmiş genital ülseri olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde skrotumda eski genital ülserine ait skarlar görüldü. Göğüs ön duvarında yaygın kollateraller izlendi. Paterji testi negatif saptandı. Göz muayenesinde geçirilmiş üveit bulgusu görülmedi. Eşlik edebilecek diğer trombofilik nedenleri için bakılan tromboz paneli negatif saptandı. Oto-antikorlarından ANA, ENA, lupus anti-koagülanı, antiβ2-glikoprotein IgM/G, anti-kardiyolipin IgM/G negatif saptandı. Akut faz belirteçleri, hemogram ve biyokimya testlerinde patoloji saptanmadı. Tekrarlayan oral aft, genital ülser ve vasküler tromboz nedeniyle hastaya BH tanısı konuldu.

**Sonuç:** BH'de vasküler bulgular hastaların %10-40'ında ortaya çıkmakla birlikte, sıklıkla venöz trombozlar şeklinde görülmektedir. Venöz trombozlar sıklıkla alt ekstremitenin derin venlerinde saptanır. Süperfisyal tromboflebit, pulmoner arter anevrizması/trombozu, Budd-Chiari sendromu, periferik arter anevrizması/oklüzyonu, dural sinüs trombozu ve abdominal aort anevrizmaları diğer vasküler tutulum tipleridir. BH'de VCS trombozu nadir görülen bir tutulum olması nedeniyle VCSS'nin etiolojisinde genellikle ilk sıralarda yer almaz. CVS tutulumunun bazı hastalarda sessiz ve latent seyretmesi tanıyı güçleştirir. Sunduğumuz olgu VCSS ile başvuran genç hastalarda BH'nin ayırıcı tanılar arasında olması gerektiğini göstermesi açısından önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet Hastalığı, tromboz, vena cava superior sendromu



**Sekil 1.** Toraks BT anjiyografi görüntüleri. (A)-(B) Tromboze vena cava superior (beyaz oklar), (C) üç boyutlu vasküler rekonstrüksiyon ile kollaterallerin görünümü

## PS-155

### Biyolojik tedavi kullanan ailevi Akdeniz ateşi hastalarında COVID-19 seyri: Tek merkez deneyimi

Numune Aliyeva, Banu Çiçek Yalçın Dulundu, Vefa Süleymanova, Pelin Tekin, Yasemin Yalçınkaya, Bahar Artım Esen, Murat İnanç, Ahmet Gül

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

**Amaç:** Sağlıklı popülasyona kıyasla romatolojik hastalığı olanlarda, özellikle immüno-supresif ve biyolojik tedavi (bDMARD) alanlarda ciddi enfeksiyon sıklığının daha fazla olduğu bilinmektedir. COVID-19 hastalığı patogeneğinde inflamazom aktivasyonu önemli rol oynamaktadır. Bir inflamazomopati olan ailevi Akdeniz ateşi (AAA) hastalığında, özellikle ağır hastalık seyri nedeniyle biyolojik ilaç kullananlarda COVID-19 seyri konusunda veriler sınırlıdır. Biyolojik tedavi uygulanan AAA hastalarımızda COVID-19 görülme sıklığının ve seyrinin incelenmesi planlandı.

**Yöntem:** İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Romatoloji Polikliniği'nde takip edilen ve kolşisine dirençli hastalık seyri nedeniyle biyolojik tedavi uygulanan AAA hastaları belirlenerek telefonla arandı. Bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra 11 soruluk anket uygulandı. Semptomatik COVID-19 geçirdiği tespit edilen hastaların verileri merkezimizde retrospektif olarak daha kapsamlı olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Toplam 108 hasta olumlu yanıt vererek anket çalışmasına katıldı. Pandeminin ilk döneminde 7 hastanın semptomatik COVID-19 geçirdiği tespit edildi. Hastaların temel klinik ve laboratuvar özellikleri Tablo 1'de, COVID-19 hastalığı ile ilişkili klinik, laboratuvar ve tedavi özellikleri Tablo 2'de özetlendi. Üç hasta anakinra, bir hasta kanakinumab kullanmaktaydı, bir hasta da son 1 yıl içerisinde anti-IL-1 tedavisini almamıştı. Bir hasta ise kronik artrit nedeni ile adalimumab kullanmaktaydı. COVID-19 tanıları PCR ile doğrulanmıştı. Yedi hastanın sadece bir tanesi hastaneye yatırılmıştı ve hiçbirinde solunum desteği ihtiyacı gelişmemişti. COVID-19 seyrinde ve sonrasında herhangi bir hastada yeni AAA atağı gözlemlenmedi, sitokin fırtınası, tromboembolizm veya sekonder bakteriyel enfeksiyon gelişmedi.

**Sonuç:** Ciddi seyirleri nedeniyle biyolojik tedavi kullanan AAA hastalarında COVID-19'a yakalanma açısından bir risk artışı

bulgusu saptanmadı. Bu duruma hastaların kendilerini korumaya daha fazla dikkat etmelerinin katkısı olabilir. AAA hastalarında COVID-19 seyrinde sağlıklı popülasyona kıyasla herhangi olumsuz özellik saptanmadı ve hepsi solunum desteği gerekmeden

iyileşti. AAA hastalarının pandemi döneminde tedavilerine bir değişiklik yapmadan devam etmelerinin uygun olacağı kanaatine varıldı.

**Anahtar Kelimeler:** Ailevi Akdeniz ateşi, biyolojik ilaç, COVID-19

**Tablo 1.** COVID-19 enfeksiyonu geçiren AAA tanılı hastaların temel klinik ve laboratuvar özellikleri

	Hasta 1	Hasta 2	Hasta 3	Hasta 4	Hasta 5	Hasta 6	Hasta 7
Yaş (yıl)	45	48	39	53	32	37	31
Cinsiyet	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Erkek	Kadın	Kadın
Vücut kitle indeksi (kg/m <sup>2</sup> )	26,3	31	30	23,5	26	28	26
Sigara	Nadiren	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Evet	Hayır
Komorbidite	Crohn hastalığı	Hayır	JİA	HT	Hayır	Hayır	Hayır
Hastalık süresi (yıl)	20	27	24	18	24	33	20
MEFV gen mutasyonu	?	M694V /M680I	?	M694V homozigot	M694V homozigot	M694V heterozigot	M694V homozigot
Atak özellikleri	Ateş Peritonit Plörit	Ateş Peritonit Plörit spondilit	Ateş Peritonit Plörit	Peritonit Artrit	Ateş Peritonit Artrit	Peritonit Artrit	Ateş Peritonit Plörit Artrit
Amiloidoz	-	-	-	-	-	-	-
Biyolojik ajanlar	Anakinra 100 mg/gün	1 yıldır kullanmıyor	Adalimumab	Kanakinumab 150 mg/ay	Anakinra 100 mg/gün	Kanakinumab 150 mg/ay	Anakinra 100 mg/gün
Prednizon (mg/gün)	5 mg/gün	-	-	-	-	-	-
Kolşisin	2 mg	1,5 mg	1,5 mg	1,5 mg	1,5 mg	2 mg	2 mg
ACE inhibitörü ve/veya ARB	-	-	-	Ramipril 2,5 mg/gün	-	-	-

JİA: Juvenil idiopatik artrit, HT: Hipertansiyon, ARB: Anjiyotensin reseptör blokeri, ?: Bilinmiyor

**Tablo 2.** AAA tanılı hastaların COVID-19 klinik özellikleri

	Hasta 1	Hasta 2	Hasta 3	Hasta 4	Hasta 5	Hasta 6	Hasta 7
İlk semptomlar	Miyalji, baş ağrısı, diş eti ağrısı, öksürük	Ateş, karın ağrısı, koku kaybı	Asemptomatik	Ateş, öksürük, nefes darlığı, koku ve tat kaybı	Ateş, baş ağrısı, koku ve tat kaybı	Öksürük, baş ağrısı, koku ve tat kaybı	Ateş, öksürük, miyalji, baş ağrısı, tat ve koku kaybı
COVID-19 PCR	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet
Toraks BT bulguları	Evet	Evet	Çekilmemiş	Çekilmemiş	Çekilmemiş	Çekilmemiş	Çekilmemiş
Lenfopeni	Hayır	Hayır	Bakılmamış	Hayır	Hayır	Bakılmamış	Bakılmamış
CRP (mg/L)	4,03	98,7	Bakılmamış	48	2,1	Bakılmamış	Bakılmamış
Ferritin	Normal	Bakılmamış	Bakılmamış	115	Bakılmamış	Bakılmamış	Bakılmamış
Troponin T	Normal	Normal	Bakılmamış	Normal	Bakılmamış	Bakılmamış	Bakılmamış
COVID-19 aile öyküsü	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Evet	Evet
Hospitalizasyon	Hayır	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Hayır	Hayır
YBÜ yatışı	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Oksijen tedavisi	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Yüksek akımlı nazal kanül, NİMV	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
IMV	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Antibiyotik tedavisi	Azitromisin Sefuroksim	Sefiksım	Azitromisin	Seftriakson	Hayır	Hayır	Hayır
Antiviral tedavi	Oseltamivir	Oseltamivir	Hayır	Favipiravir	Favipiravir	Favipiravir	Favipiravir
Hidroksiklorokin	Evet	Evet	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Hayır
İlave biyolojik tedavi	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır

## Bazal BT'de buzlu cam görünümü, erkek cinsiyet ve metotreksat kullanımı; romatoid artrit-ilişkili interstisyel akciğer hastalığında radyografik progresyon ile ilişkili faktörler

Umur Kalyoncu<sup>1</sup>, Mustafa Ekici<sup>1</sup>, Emre Bilgin<sup>1</sup>, Alper Sarı<sup>1</sup>, Yusuf Baytar<sup>2</sup>, Ertuğrul Çağrı Bölek<sup>1</sup>, Berkan Armağan<sup>1</sup>, Bayram Farisoğulları<sup>1</sup>, Ömer Karadağ<sup>1</sup>, İhsan Ertenli<sup>1</sup>, Sedat Kiraz<sup>1</sup>, Levent Kılıç<sup>1</sup>, Şule Apraş Bilgen<sup>1</sup>, Gamze Durhan<sup>2</sup>, Ali Akdoğan<sup>1</sup>, Macit Arıyürek<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

**Giriş:** İnterstisyel akciğer hastalığı (İAH), romatoid artrit (RA) hastalarında önemli mortalite ve morbidite sebebidir. Akciğer bilgisayarlı tomografisi (BT) tanı ve progresyon takibinde önemli role sahiptir. Bu çalışmanın amacı radyografik progresyonu olan/olmayan İAH hastalarının klinik ve radyolojik özelliklerinin karşılaştırılmasıdır.

**Yöntem:** RA'sı olan ve akciğer BT görüntülemesi yapılmış hastalar retrospektif olarak 3 radyolog tarafından incelendi. Tespit edilen 822 hastanın 156'sında (%18,9) İAH saptandı. Bu 156 hastanın 101'ine (%64,7) en az bir kontrol BT çekilmişti, bu hastalar analize dahil edildi. İAH üç ana gruba ayrıldı: UIP, NSIP ve havayolu tutulumu. Avila ve ark. tarafından geliştirilen derecelendirme sistemi hastaların şiddetinin tespiti ve takibinde kullanılmıştır. Septal kalınlaşma, retikülasyonlar, buzlu cam opasiteleri görece olarak hafif özellikler olarak sayılırken traksiyon bronşektazileri ve bal peteği görünümüleri ağır tutulum olarak sayılır. Akciğerler üst, orta ve alt zon olarak 3 eşit segmente ayrılır. Progresyon; vertikal eksende aynı primer lezyonun farklı zonlarda ortaya çıkması veya ağır tutulumlardan birisinin (traksiyon bronşektazileri ve bal peteği görünümüleri) aynı zonda ortaya çıkması olarak tanımlanmıştır. Radyografik progresyonla ilişkili faktörlerin tanımlanması için çok-değişkenli analiz yapıldı.

**Bulgular:** Yüz bir hasta (215 BT) analize dahil edildi. Altmış yedi (%66,3) hastanın 3 BT'si, 30 (%29,9) hastanın 4 BT'si ve 17 (%16,9) hastanın 5 tane BT'si vardı. İlk ve son BT arasındaki ortalama süre 47,7±38,8 aydı. Yüz bir hastanın 42'sinde (%41,6) progresyon saptandı. Radyografik progresyonu olan/olmayan hastaların özellikleri tabloda karşılaştırılmıştır. Çok-değişkenli analizde (İAH hastalık süresine göre düzeltilmiş) buzlu cam opasitesi varlığı (aOR 8,6; CI: 1,65-44,9; p=0,011), erkek cinsiyet (aOR 2,9; CI: 1,13-7,4; p=0,026) radyografik progresyonla ilişkili olarak saptandı, bununla birlikte metotreksat kullanımı (herhangi bir dönemde) (aOR 0,21; CI: 0,07-0,6; p=0,04) azalmış radyografik progresyon olasılığıyla ilişkili bulunmuştur.

**Sonuç:** RA hastalarında İAH bulgularının hangi hastada progrese olacağı önemli bir sorudur. Bu çalışmaya göre, bazal incelemede buzlu cam varlığı özellikle erkek cinsiyette İAH ile ilişkili bulunmuştur. İAH hastalarında metotreksat kullanımı hakkında çelişkili yaklaşımlar bulunmakla birlikte bu çalışmada metotreksatla (diğer DMARD'lerde bu etki görülmemiştir) İAH olasılığındaki azalma arasında ilişki bulunmuştur. Metotreksatın

İAH progresyonuna etkisiyle ilgili ileri çalışmalara gereksinim vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Romatoid artrit ilişkili interstisyel akciğer hastalığı, radyografik progresyon, buzlu cam, metotreksat

**Tablo 1.** Radyografik progresyon görülen ve görülmeyen hastaların özellikleri

	Radyografik progresyon (+)	Radyografik progresyon (-)	p
n (%)	42 (41.5)	59 (59.5)	
Erkek n (%)	19 (45.2)	15 (25.4)	<b>0.038</b>
RA tanı yaşı [yıl] (SD)	57.0 (11.0)	54.5 (11.2)	0.25
İAH tanı yaşı [yıl] (SD)	62.3 (8.0)	61 (9.0)	0.63
RA-İAH arası süre [yıl] (SD)	4.3 (6.9)	6.1 (7.2)	0.22
RA hastalık süresi [yıl] (SD)	10.4 (7.5)	11.8 (7.8)	0.77
İAH hastalık süresi [yıl] (SD)	5.7 (3.5)	5.4 (3.8)	0.67
Sigara (herhangi bir dönem) n (%)	21/36 (58.3)	27/52 (51.9)	0.55
Romatoid faktör (+) n (%)	37/40 (92.5)	55/58 (94.8)	0.64
Anti-CCP (+) n (%)	14/22 (63.6)	28/37 (75.7)	0.32
Dispne n (%)	21 (53.8)	22 (41.5)	0.24
İAH paterni			
- UIP	30/42	30/59	0.12
- NSIP	9/42	22/59	
- Havayolu hastalığı	3/42	7/59	
X-ray'de İAH bulgusu n (%)	36/40 (90.0)	33/49 (67.3)	<b>0.011</b>
Romatoid akciğer nodülü n (%)	20 (47.6)	26 (44.8)	0.78
BT bulguları			
- Buzlu cam dansitesi, n (%)	40 (95.2)	44 (74.6)	<b>0.006</b>
- Bronşektazi, n (%)	29 (69.0)	40 (67.8)	0.89
- Retiküler dansite, n (%)	37 (88.1)	46 (78.0)	0.19
- İnterseptal kalınlaşma, n (%)	18 (43.9)	20 (33.9)	0.31
- Bal peteği, n (%)	26 (62.0)	24 (46.1)	<b>0.03</b>
Tedavi (herhangi bir dönemde)			
- Metotreksat, n (%)	25 (59.5)	49 (83.1)	<b>0.008</b>
- Leflunomid, n (%)	29 (69.0)	49 (83.1)	<b>0.10</b>
- Biyolojik DMARD n (%)	18 (43.0)	25 (42.4)	0.98
- Anti TNF n (%)	11 (26.2)	13 (22.0)	0.62
- Ritüksimab n (%)	13 (31.0)	12 (20.3)	0.22
Ölüm n (%)	15 (35.7)	12 (20.3)	<b>0.085</b>

BT: Bilgisayarlı tomografi, CCP: Siklik sitriline peptid, İAH: İnterstisyel akciğer hastalığı, NSIP: Nonspesifik interstisyel pnömoni, RA: Romatoid artrit, UIP: Usual interstisyel pnömoni

## PS-157

### Romatoid artrit-ilişkili interstisyel akciğer hastalığında romatoid akciğer nodüllerinin yerleşimi yeri: Sağ mı sol mu?

Emre Bilgin<sup>1</sup>, Mustafa Ekici<sup>1</sup>, Yusuf Baytar<sup>2</sup>, Emine Duran<sup>1</sup>, Gamze Durhan<sup>2</sup>, Ertuğrul Çağrı Bölek<sup>1</sup>, Güzde Kübra Yardımcı<sup>1</sup>, Bayram Farisoğulları<sup>1</sup>, Levent Kılıç<sup>1</sup>, Ali Akdoğan<sup>1</sup>, Şule Apraş Bilgen<sup>1</sup>, Ömer Karadağ<sup>1</sup>, Sedat Kiraz<sup>1</sup>, Macit Arıyürek<sup>2</sup>, Umur Kalyoncu<sup>1</sup>, İhsan Ertenli<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Romatoid akciğer nodüllerinin sıklığı yapılan çalışmada kullanılan tanısal yöntemlere göre %0,4 ve %32 arasında değişmektedir. Bununla birlikte, romatoid artrit ilişkili interstisyel akciğer hastalığında (RA-İAH) romatoid akciğer nodülleri ile ilgili veri oldukça kısıtlıdır. Bu çalışmada, tek merkezde takip edilen RA-İAH olgularında tespit edilen romatoid akciğer nodüllerinin genel özellikleri ve yerleşim yerlerinin tanımlanması amaçlanmıştır.

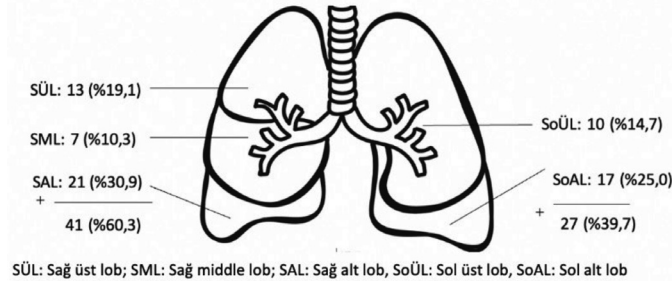
**Yöntem:** Hacettepe Üniversitesi Romatoloji Bölümü'nde, 2010 ve 2019 yılları arasında takip edilen ve toraks bilgisayarlı tomografisi olan 826 hasta retrospektif olarak incelendi. Bu hastaların 156'sında

(%18,8) RA-IAH saptandı. Deneyimli 2 radyolog tarafından olası romatoid pulmoner nodüller tanımlandı. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikler; nodüllerin sayısı, en büyük nodülün (dominant nodül) çapı ve yerleşimi kaydedildi. P değerinin 0,05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Toplam 156 hastanın 68'inde (%38,2) en az bir romatoid akciğer nodülü saptandı. RA için ortalama takip süresi 167±88 ay, RA-IAH için 72±46 ay idi. Otuz (%44,1) hasta UIP, 31 (%45,6) NSIP ve 7 (%10,3) hasta havayolu hastalığı paterninde RA-IAH olarak sınıflandı. Otuz beş (%51,5) hastanın sigara içme öyküsü (aktif veya bırakmış) mevcut idi. Romatoid faktör ve anti-CCP sırasıyla 60/68 (%88,2) and 33/45 (%73,3) hastada pozitif. Medyan nodül sayısı 3 (2-3) ve medyan dominant nodül boyutu 6,8 (5,0-11,5) mm idi. Dominant nodüllerin 41 (%60,3) tanesi sağ akciğere lokalize iken, 27 (%39,7) tanesi sol akciğere lokalize idi (p=0,09). Ek olarak, sağ alt lob en sık lokalizasyon iken (21, %30,9), sağ orta lob en az sıklıkta görülen yerleşim yeri idi (7, %10,3) (Şekil 1).

**Sonuç:** Bu çalışmada, RA-IAH hastalarında romatoid akciğer nodülü sıklığı oldukça yüksek saptanmıştır. Dominant romatoid akciğer nodülü sağ akciğere- daha sıklıkla da alt lobuna- yerleşmekle birlikte, lob bazında düşünüldüğünde belirgin bir yığılma göstermemektedir. Bu nodüllerin prospektif olarak takip edildiği, hastalık sürecine olan etkilerinin anlaşılmasına yardımcı olacak çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Romatoid artrit-ilişkili interstisyel akciğer hastalığı, romatoid nodül, BT



Şekil 1. Dominant romatoid akciğer nodüllerinin yerleşimi

## PS-158

### Ailevi Akdeniz ateşi hastalığına eşlik eden komorbid hastalıkların kliniğinde anakinra tedavisi sonrasında düzelme eğiliminin görüldüğü bir olgu sunumu

Koray Ayar<sup>1</sup>, Meral Seferoğlu<sup>2</sup>, Merve Yeni<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Bursa

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Bursa

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Bursa

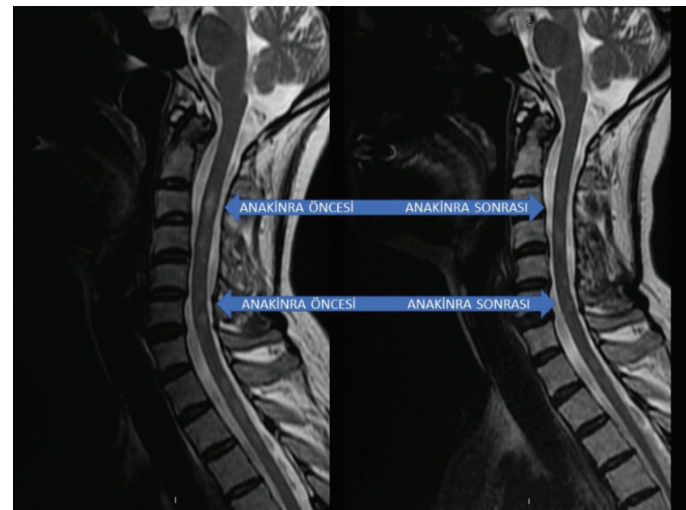
**Giriş:** Şu ana kadar ailevi Akdeniz ateşine (FMF) eşlik edebilen pek çok komorbid hastalık rapor edilmiştir. Bunlar arasında; sistemik amiloidoz, spondiloartropatiler, Henoch Schönlein purpurası,

poliarteritis nodoza ve multipl skleroz (MS) gibi hastalıklar bulunmaktadır. Biz burada FMF'ye eşlik eden spondiloartropati, amiloidoz ve MS komorbid hastalıkları olan ve tüm klinik bulgularda anakinra tedavisi ile gerileme eğiliminin görüldüğü bir olguyu sunmak istedik.

**Olgu:** Kırk beş yaşındaki kadın hasta yaklaşık 8 yıldır FMF ve eşlik eden spondiloartit, amiloidoz ile takip edilmekte ve kolşisin 0,5 mg 2x2, diklofenak sodyum 75 mg 1x1 kullanmaktadır. Hasta ani gelişen alt ekstremitelerde kas güçsüzlüğü (kas gücü 3/5), eşlik eden bel ağrısı, günde 5-6 kere olan sık dışkılama olması nedeniyle yatırıldı. Hastada M694V mutasyonu homozigot pozitif, sakroiliak MR'de solda hafif sağda minimal kemik iliği ödemi mevcuttu. Yirmi dört saatlik idrarda 2,6 gram/gün proteinüri tespit edildi. Servikal MR görüntülemesinde spinal kordda lineer T2 hiperintens lezyonlar tespit edildi. Hem serum hem beyin omurilik sıvısında (BOS) identik, BOS'de de oligoklonal bantlar saptandı. Anti-aquaporin-4 (AQP4) ve myelin oligodendrosit glikoprotein antikoru negatif bulunan hastaya MS tanısı kondu. On gün 1 gram pulse steroid tedavisi verildi. Fizik muayenede (FM) kas gücünde hafif iyileşme tespit edildi (4/5) ancak yürüme zorluğu, karın ağrısı, ishal ve bel ağrısı şikayetleri devam eden hastaya anakinra tedavisi başlandı. Anakinra tedavisinin 1. ayında bel ağrısı ve inatçı ishalinin tamamen gerilediği, 24 saatlik idrarda proteinürünün 1 gram/güne gerilediği görüldü. FM'de kas gücünün 5/5 olduğu ve hastanın rahatlıkla yürüyebildiği görüldü. Kontrol servikal MR incelemesinde sebat etseler de lezyonların belirgin olarak silikleştiği görüldü (Şekil 1).

**Sonuç:** Otoenflamatuvar hastalıklar doğal immün sistem disregülasyonu sonucunda oluşmaktadır. Son yıllarda bu disregülasyonun diğer bazı otoimmün hastalıkların oluşumunda etiyolojik bir rol üstlenebileceği düşünülüyor olsa da bu düşünceyi destekleyecek yeterli kanıt yoktur. Sunduğumuz olguda FMF patofizyolojik yolağı üzerinde en etkili ilaç olan anakinra ile diğer komorbid hastalıkların kliniğinde düzelmenin görülmesi bu hipotezi destekler niteliktedir.

**Anahtar Kelimeler:** Anakinra, FMF, multipl skleroz



Şekil 1. Anakinra öncesinde ve sonrasında servikal MR'de spinal kordda var olan demyelinizan plakların görünümü



## PS-159

### Nadir görülen bir olgu sunumu: VEXAS sendromu

Derya Yıldırım<sup>1</sup>, Eren Akcan<sup>2</sup>, İrem Pamuk<sup>2</sup>, Sena Gökhan<sup>2</sup>, Hamit Küçük<sup>2</sup>, Abdurrahman Tufan<sup>1</sup>, Seminer Haznedaroğlu<sup>1</sup>, Berna Göker<sup>1</sup>, Mehmet Akif Öztürk<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

**Giriş:** VEXAS sendromu, ateş, sitopeni, miyeloid/eritroid öncü hücrelerinde vakuoller, displastik kemik iliği, nötrofilik kutanöz ve pulmoner infiltratlar, kondrit ve vaskülit ile karakterize yeni tanımlanmış erişkin başlangıçlı bir enflamatuvar sendromdur. Sendrom, ubikuitin benzeri modifiye edici aktive edici enzim 1'i kodlayan bir X kromozomu geni olan UBA1'de somatik mutasyonlarla ilişkilidir. Biz kliniğimizde VEXAS sendromu tanıyan alan bir hastayı sunuyoruz.

**Olgu:** Yetmiş iki yaşında erkek konsitusyonel semptomlar, kilo kaybı ve oluşup kendiliğinden kaybolan ağrılı subkütan nodüllerle kliniğimize başvurdu (Şekil 1). Üç ay önce derin ven trombozu olan hastanın femoral vende tromboz görülüp balon anjiyoplasti yapılmıştı. Öyküsünde benign prostat hiperplazisi dışında özellik yoktu. Laboratuvar değerlendirmesinde sedimentasyon, C-reaktif protein yüksekliği ve makrositer anemisi mevcuttu. Bir yılda %20 kilo kaybı olan hastanın gatroskopi kolonoskopisinde özellik yoktu. Makrositer anemi ve sedimentasyon yüksekliği olan hastaya miyelom ön tanısıyla kemik iliği biyopsisi yapılmış, hipersellüler kemik iliği dışında özellik görülmemişti. Vaskülit veya bağ dokusu hastalıkları için yaptığımız taramada herhangi bir pozitif bulgu saptanmadı. Viral veya bakteriyel patojenler için çoklu serolojiler gibi kan kültürleri de negatifti. Lezyonlardan alınan deri biyopsisi Sweet sendromu ile uyumlu granülositlerin yoğun infiltrasyonunu gösterdi. PET/BT ile altta yatan bir malignite bulunmadı, deride yaygın lezyonlarda kemik iliğinde ve mediastende milimetrik lenf nodlarında tutulum izlendi ancak hematolojik malignite kanıtı yoktu. Sol inguinalde periferik 1,5 cm lenfadenopatisi olan hastanın biyopsi sonucu reaktif özellikteydi. Hasta VEXAS sendromu ön tanısıyla genetik test gönderilerek taburcu edildi.

**Sonuç:** VEXAS sendromu şiddetli otoenflamatuvar belirtiler ve miyeloid displazi birlikteliği olan yeni tanımlanmış bir varyant olarak karşımıza çıkmaktadır. Sweet sendromu, poliarteritis nodosa, tekrarlayan polikondrit gibi birçok farklı kliniğe ait tablolarla karışabilir. Bu hastalıklarda pek beklenmeyen makrositoz veya miyelodisplazi varlığı klinisyeni uyarmalı ve kemik iliğinde miyeloid öncüllerinin titiz analizi yapılmalıdır. Miyelodisplastik değişikliklere eşlik eden bağ doku hastalığı düşündürür bulgular varlığı ve akut faz reaktanı yüksekliği özellikle erkek hastalarda VEXAS sendromunu akla getirmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Anemi, kutanöz döküntü, VEXAS sendromu



Şekil 1. Hastanın döküntülerine ait görüntü

Tablo 1. Laboratuvar değerleri

	sedimentasyon	CRP	Hgb	MCV
01.06.2020	120	84	11,2	110
02.09.2020	110	120	10,1	108
08.11.2020	130	115	9,8	106
17.07.2021	165	120	8,7	103
29.07.2021	88	107	8,3	107

## PS-160

### Enflamatuvar artritlerde kranioservikal bileşke tutulumu: Bilgisayarlı tomografi ve/veya manyetik rezonans görüntüleme ile tek merkezli retrospektif analiz

Fatma Yalçınkaya<sup>1</sup>, Şafak Parlak<sup>2</sup>, Emre Bilgin<sup>2</sup>, Kader Karlı Oğuz<sup>2</sup>, Umut Kalyoncu<sup>2</sup>

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

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

**Amaç:** Kranioservikal bileşkenin tutulumu başta RA olmak üzere AS ve PsA hastalarında saptanabilmektedir. Bu çalışmanın amacı, enflamatuvar artritli hastalarda kranioservikal tutulum şeklinin ve sıklığının incelenmesidir.

**Yöntem:** Bu retrospektif analizde, RA, AS ve PsA için ICD-10 kodu olan ve 2010-2020 yılları arasında herhangi bir nedenle servikal BT/MRI yapılan hastaların kayıtları hastane veri tabanından tarandı. Şekilde normal BT ve MRG görüntüleri verilmiştir. RA, AS ve PsA tanısı deneyimli bir klinisyen tarafından tıbbi öykü, laboratuvar, tedavi öyküsüyle doğrulandı. Kranioservikal tutulumlar [anterior, posterior, lateral, rotasyonel atlantoaksiyel subluksasyon; vertikal subluksasyon (VS); subaksiyel subluksasyon; odontoid proses tutulumu (resorpsiyon/pannus), atlantoaksiyel ve atlantookspital tutulum] deneyimli bir radyolog tarafından BT/MRG ile değerlendirildi.

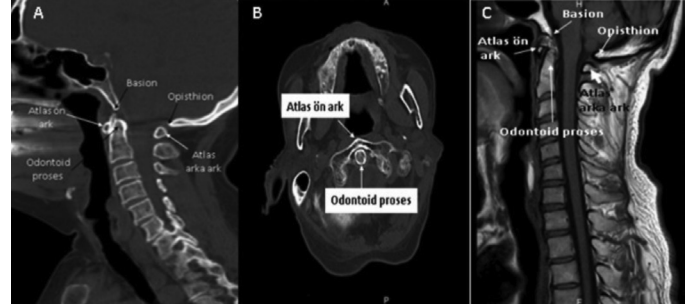
**Bulgular:** Toplam 4,442 kayıttan (1,558 hasta), 459 hasta (204 RA, 200 AS ve 55 PsA hastası) çalışmaya dahil edildi. AS hastalarında kadın yüzdesi ve tanı yaşı daha düşüktü. Hastaların demografik verileri tabloda verildi. Yüz altmış dört (%35,7) [101 (%49,5) RA, 53 (%26,5) AS, 10 (%18,2) PsA] hastada kranioservikal bileşke tutulumu saptandı. Herhangi bir tip tutulum ve odontoid süreç

patolojileri RA hastalarında AS ve PsA'ya göre daha yaygındı ( $p<0,001$ ) (Tablo). RA'lı hastalarda kranioservikal tutulum ile ilişkili faktörleri araştırmak için yapılan çok değişkenli analizde, tanı yaşı (OR %95 GA: 1,032 (1,008-1,056),  $p=0,008$ ), hastalık süresi (OR %95 CI: 1,113 (1,015-1,221),  $p=0,023$ ) bağımsız olarak ilişkili olduğu bulundu. VS diğer bir önemli tutulum tipi idi-RA'da 24 (%11,8), AS'de 20 (%10,2) ve PsA'da 6 (%10,9) hasta; bununla birlikte, VS'ye bağlı beyin sapı kompresyonu nispeten nadirdi (RA'da 6 (%2,9), AS'de 1 (%0,5) hasta ve PsA hastalarının hiçbirinde). Omurilik basısı 8 (%7,9) RA hastasında, 2 (%1,0) AS hastasında saptandı, PsA hastalarının hiçbirinde omurilik basısı saptanmadı.

**Sonuç:** Kranioservikal bileşke tutulumu, enflamatuvar artritli hastalarda, özellikle RA'lı hastalarda sıklıkla saptanabilmektedir. Odontoid proses tutulumu ve VS başlıca tutulum şekilleridir. VS sıklığı RA, AS ve PsA'da benzer olmasına rağmen, beyin sapı kompresyonu RA'da daha yaygındı; AS ve PsA'lı hastalarda oldukça nadir bir bulguydu. Bu durum enflamatuvar artritlerin

farklı şekillerde kranioservikal bileşke tutulumu yaptığını düşündürmektedir. Çalışmamızın seçilmiş bir hasta grubunda yapıldığı akıld tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Kranioservikal bileşke, BT, MRG, enflamatuvar artrit



**Şekil 1.** Servikal bölge anatomisi A) Sagittal BT, B) aksiyel BT, C) sagittal MRG

**Tablo.** Enflamatuvar artritlerin alt tiplerine göre demografik özellikler ve kranioservikal bileşke tutulumlarının sıklığı

	RA (n=204)	AS (n=200)	PsA (n=55)	p; RA vs. AS vs. PSA
Kadın, n (%)	166 (81,4)	124 (62,0)	45 (81,8)	<0,001
Tanı yaşı*	50 (41-60)	38 (32-47)	45 (35-52)	<0,001
Görüntüleme anındaki yaşı	57 (49-69)	44 (37-54)	48 (38-60)	<0,001
Hastalık süresi*	5 [(-5)-39]	4 [(-4)-35]	2 [(-7)-35]	0,046
<b>Görüntüleme sebebi, n (%)</b>				0,10
Tutulum şüphesi	30 (14,7)	43 (21,5)	17 (30,9)	-
Baş veya boyun ağrısı	61 (29,9)	70 (35,0)	10 (18,2)	-
Diskopati/radikülopati	68 (33,3)	47 (23,5)	16 (29,1)	-
Travma	17 (8,3)	19 (9,5)	5 (9,1)	-
Diğer/bilinmeyen	28 (13,7)	21 (10,5)	7 (12,7)	-
Herhangi bir tip tutulum	101 (49,5)	53 (26,5)	10 (18,2)	<0,001*
Odontoid proses tutulumu	69 (33,8)	24 (12,0)	2 (3,6)	<0,001*
Odontoid proses rezorpsiyonu	62 (30,4)	19(9,5)	2 (3,6)	<0,001*
Odontoid proses pannus	37 (18,1)	9(4,5)	2 (3,6)	<0,001*
Atlantoaxial sublaxation (AAS)	17 (8,3)	10 (5,0)	2 (3,6)	0,27
AAS'ye bağlı spinal kord basısı	5 (2,5)	1 (0,5)	0	0,15
Vertikal sublaksasyon (VS)	24 (11,8)	20/197 (10,2)	6 (10,9)	0,88
VS'ye bağlı beyin sapı basısı	6 (2,9)	1 (0,5)	0	0,08
Subaksiyel sublaksasyon (SAS)	12 (5,9)	4 (2,0)	1 (1,8)	0,09
SAS'a bağlı spinal kord basısı	3 (1,5)	1 (0,5)	0	0,44
Atlantoaksiyel eklem tutulumu	23/186 (12,4)	13 (6,5)	2 (3,6)	0,045
Atlantookspital eklem tutulumu	6/187 (3,2)	3 (1,5)	0	0,26
Diğerleri	9 (4,4)	3 (1,5)	0	0,08

\*Post-hoc analizlerde, RA-AS ve RA-PSA grupları arasındaki farklılıklar anlamlı düzeye ulaşmıştır

## Romatoid artrit hastalarında ikinci biyolojik/hedefe yönelik sentetik DMARD seçimindeki değişimler ve trendler: HUR-BIO kayıt kütüğünün 20 yıllık yolculuğu

Sedat Kiraz, Umut Kalyoncu, Ömer Karadağ, Levent Kılıç, Ali Akdoğan, İsmail Doğan, Şule Apraş Bilgen, Emre Bilgin, Ertuğrul Çağrı Bölek, Bünyamin Kısacık, Yüksel Maraş, Abdulsamet Erden, Berkan Armağan, Alper Sarı, Emine Duran, Bayram Farisoğulları, Gözde Kübra Yardımcı, Zehra Özsoy, Gizem Ayan, Meral Çalgüneri, İhsan Ertenli

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

**Amaç:** Son 20 yılda, anti-tümör nekroz faktör (TNF) alfa ajanları, romatoid artrit (RA) tedavisini yeniden şekillendirdi. Buna rağmen, RA tedavisinde karşılanamayan ihtiyaçlar, farklı molekülleri ve sitokinleri hedef alan çeşitli ilaçları da beraberinde getirmiştir. İlk bDMARD'yi tolere edemeyen/yanıt vermeyen RA hastalarında bu gelişmelerin günlük pratiği nasıl değiştirdiği hala bir araştırma sorusudur. Bu çalışmada, 20 yıllık tek merkez tecrübemizde ikinci biyolojik ajanların zaman trendlerini keşfetmeyi amaçladık.

**Yöntem:** HUR-BIO (Hacettepe Üniversitesi Romatoloji Biyolojik Kayıt Kütüğü) 2005 yılından bu yana biyolojik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç (DMARD) kullanan hastaların kaydedildiği tek merkez kayıt kütüğüdür. 2005 yılından önce biyolojik tedaviye başlayan hastaların kayıtları geriye dönük olarak yapılmıştır. 2020 yılı sonuna kadar 21 farklı romatolog HUR-BIO'nun geliştirilmesine katkıda bulundu. Bu çalışmada ikinci basamak biyolojik ajanların dağılımı (yan etki veya yanıtızsızlık nedeniyle birinci basamak biyolojik ajandan geçiş) 2001 yılından itibaren 5 yıllık periyotlara göre hesaplanmıştır. Ayrıca RA hastalarının demografik ve serolojik verileri rapor edilmiştir.

**Bulgular:** İkinci bir biyolojik ajan reçete edilen toplam 776 (776/2080, %37,3) RA hastası 2020 yılı sonu itibarıyla HUR-BIO'ya kayıtlıydı. Bu hastaların %83,7'si kadındı. bDMARD başlangıcındaki ortalama yaş 53,1±13,3 idi. Romatoid faktör oranı %69,1 ve anti-CCP pozitifliği %60,5 idi. Birinci basamak bDMARD'lerin dağılımı şu şekildeydi: Adalimumab 194 (%24,9), etanersept 209 (%26,9), infliximab 105 (%13,5), golimumab 39 (%5,0), sertolizumab 35 (%4,5), abatacept 78 (%10,0), rituksimab 46 (%5,9), tofasitinib 37 (%4,7), tosilizumab 33 (%4,2). 2001-2005, 2006-2010, 2011-2015 ve 2016-2020 yıllarında sırasıyla 11 (%1,4), 85 (%11,0), 282 (%36,3) ve 398 (%51,3) hastaya ikinci bDMARD reçete edildi. Zamanla anti-TNF olmayan bDMARD'lerin artması kullanımına yönelik bir eğilim saptandı (Tablo 1).

**Sonuç:** İkinci basamak biyolojik ve hedefe yönelik sentetik DMARD'nin seçimi olarak, anti-TNF olmayan bDMARD'ler, özellikle tofasitinib ve tosilizumab yıldan yıla daha fazla seçilmektedir. Buna rağmen, grup olarak anti-TNF ajanları, ikinci basamak bDMARD olarak hala yüksek oranda reçete edilen seçeneklerdir.

**Anahtar Kelimeler:** Romatoid artrit, HUR-BIO, biyolojik ajan

**Tablo 1.** RA hastalarında ikinci biyolojik DMARD'ların 5 yıllık dönemlere göre dağılımı

	2001-2005	2006-2010	2011-2015	2016-2020	Total
Adalimumab	3 (27,3)	15 (17,6)	69 (23,9)	77 (18,9)	164 (20,8)
Etanercept	8 (72,7)	35 (41,2)	49 (17,0)	41 (10,1)	133 (16,8)
Infliximab	0	12 (14,1)	13 (4,5)	25 (6,2)	50 (5,4)
Golimumab	0	0	19 (6,6)	8 (2,0)	27 (3,4)
Certolizumab	0	0	2 (0,7)	26 (6,4)	28 (3,5)
Anti-TNF	11 (100)	62 (72,9)	152 (53,9)	177 (44,5)	402 (51,8)
Tofasitinib	0	0	4 (1,4)	73 (17,9)	77 (9,7)
Tocilizumab	0	0	12 (4,2)	81(19,9)	93 (11,7)
Rituximab	0	22 (25,9)	53 (18,3)	32 (7,8)	107 (13,5)
Abatacept	0	1 (1,2)	61 (21,1)	35 (8,6)	97 (12,2)
Non-Anti-TNF	0	23 (27,1)	130 (46,1)	221 (55,5)	374 (48,2)
<b>Total</b>	<b>11 (100)</b>	<b>85 (100)</b>	<b>282 (100)</b>	<b>398 (100)</b>	<b>776 (100)</b>

*İlaçların Türkiye'deki onay yılları; infliximab: 2003, etanersept:2004, adalimumab: 2005, golimumab: 2013, sertolizumab: 2014, abatacept: 2010, tosilizumab: 2013, rituksimab:2009, tofasitinib: 2015*

## PS-162

## Romatoid artrit hastalarında ilk biyolojik/hedefe yönelik sentetik DMARD seçimindeki eğilimler: HUR-BIO kayıt kütüğünün 20 yıllık yolculuğu

İhsan Ertenli, Umut Kalyoncu, Ömer Karadağ, Levent Kılıç, Ali Akdoğan, İsmail Doğan, Şule Apraş Bilgen, Emre Bilgin, Emine Duran, Bünyamin Kısacık, Yüksel Maraş, Abdulsamet Erden, Berkan Armağan, Alper Sarı, Ertuğrul Çağrı Bölek, Bayram Farisoğulları, Gözde Kübra Yardımcı, Zehra Özsoy, Gizem Ayan, Meral Çalgüneri, Sedat Kiraz

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

**Amaç:** Son 20 yılda, romatoid artrit (RA) tedavisinde günlük pratiği değiştiren gelişmeler olmuştur. Patogenetik mekanizmaların anlaşılması, önce klinisyenlerin anti-tümör nekroz faktör (TNF) alfa ajanlarını, ardından farklı molekülleri hedefleyen ilaçları kullanmasını sağlamıştır. Bu gelişmelere paralel olarak tedavi kılavuzları da değişip gelişmektedir, bu gelişmelerin günlük pratiğe nasıl yansdığı da merak konusudur. Bu çalışmada, 20 yıllık tek merkez tecrübemizde ilk biyolojik ajanların zaman trendlerini keşfetmeyi amaçladık.

**Yöntem:** HUR-BIO (Hacettepe Üniversitesi Romatoloji Biyolojik Kayıt Kütüğü) 2005 yılından bu yana biyolojik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç (DMARD) kullanan hastaların kaydedildiği tek merkez kayıt kütüğüdür. 2005 yılından önce biyolojik tedaviye başlayan hastaların kayıtları geriye dönük olarak yapılmıştır. RA hastalarının demografik verileri, tedaviyle ilgili verileri (advers olaylar dahil) ve hastalıkla ilgili verileri kaydedilmiştir. 2020 yılı sonuna kadar 21 farklı romatolog HUR-BIO'nun geliştirilmesine katkıda bulundu. Bu çalışmada 2001 yılından itibaren 5 yıllık periyotlara göre birinci basamak biyolojik ajanların dağılımı verilmiştir. Ayrıca RA hastalarının demografik ve serolojik verileri rapor edilmiştir.

**Bulgular:** 2020 yılı sonuna kadar toplam 2,080 RA hastası HUR-BIO'ya kayıtlıydı. Bu hastaların %79,5'i kadındı. bDMARD başlangıcındaki ortalama yaş 53,3±17,8 idi. Romatoid faktör pozitiflik oranı %67,6, anti-CCP pozitifliği ise %61,0 idi. bDMARD sırasıyla 2001-2005, 2006-2010, 2011-2015 ve 2016-2020 yıllarında 65 (%3,2), 335 (%16,1), 858 (%41,2) ve 822 (%39,5) hastaya başlanmıştır. Zamanla anti-TNF olmayan

bDMARD'lerin artmış kullanımına yönelik bir eğilim saptandı (Tablo 1).

**Sonuç:** RA'daki günlük pratik, tedavi kılavuzlarıyla tutarlı görünmektedir. Anti-TNF olmayan bDMARD'lerin kullanımı yıldan yıla daha da artmaktadır. Jak kinaz inhibitörlerinin kullanımı özellikle son 5 yılda yükselmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Romatoid artrit, HUR-BIO, biyolojik ajan

**Tablo 1.** RA hastalarında ilk biyolojik DMARD'ların 5 yıllık dönemlere göre dağılımı

	2001-2005	2006-2010	2011-2015	2016-2020	Total
Adalimumab	15 (23,1)	111 (33,0)	187 (21,8)	153 (18,6)	466 (22,4)
Etanersept	30 (46,2)	154 (45,8)	229 (26,7)	54 (6,6)	467 (22,4)
İnfliksımab	20 (30,8)	58 (17,3)	64 (7,5)	7 (0,9)	149 (7,1)
Golimumab	0	0	37 (4,3)	43 (5,2)	80 (3,8)
Sertolizumab	0	0	37 (4,3)	68 (8,3)	105 (5,0)
<b>Anti-TNF</b>	<b>65 (100)</b>	<b>323 (96,4)</b>	<b>554 (64,5)</b>	<b>325 (39,5)</b>	<b>1267 (60,9)</b>
Tofasitinib	0	0	6 (0,7)	212 (25,8)	218 (10,5)
Tosilizumab	0	0	9 (1,0)	102 (12,4)	111 (5,3)
Ritüksımab	0	12 (3,6)	136 (15,8)	84 (10,2)	232 (11,1)
Abatasept	0	0	153 (17,8)	99 (12,0)	252 (12,1)
<b>Non-Anti-TNF</b>	<b>0</b>	<b>12 (3,6)</b>	<b>304 (35,5)</b>	<b>497 (60,5)</b>	<b>813 (39,1)</b>
<b>Total</b>	<b>65 (100)</b>	<b>335 (100)</b>	<b>858 (100)</b>	<b>822 (100)</b>	<b>2080 (100)</b>

*İlaçların Türkiye'deki onay yılları; İnfliksımab: 2003, etanersept:2004, adalimumab: 2005, golimumab: 2013, sertolizumab: 2014, abatasept: 2010, tosilizumab: 2013, ritüksımab:2009, tofasitinib: 2015.*

## PS-163

### Leptomeningeal enflamasyonla seyir gösteren romatoid artrit olgusu

Ayşe Özdede, Sabriye Güner, Serdal Uğurlu

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

**Amaç:** Romatoid artrit (RA), esas olarak eklem tutulumu ile karakterize otoimmün bir hastalık olup, ekstraartiküler tutulumu da oluşturduğu mortalite ve morbidite açısından önem arz etmektedir. Eklem dışı tutulumlarda nörolojik tutulum içerisinde doğrudan santral sinir sisteminin ve meninks tutulumu nadir olarak bildirilmiştir.

**Olgu:** Elli üç yaşında, on yıllık RA tanılı hasta, 2019 yılında başlayan giderek artış gösteren nöbet, baş ağrısı, motor hareketlerinde yavaşlık olması üzerine Mart 2021'de nöroloji kliniğinde takibe alınıyor. Yatış döneminde çekilen kontrastlı kraniyal MR'de frontoparietal bölgede daha belirgin olmak üzere her iki serebral hemisferde leptomeningeal yüzlerde yaygın sinyal artışı gözleniyor. 2016 yılına kadar RA açısından düzenli takibi olan hastanın özgeçmişinde 2019 Mart ayında geçirmiş olduğu araç içi trafik kazası sonrası subdural hematoma nedeniyle operasyon öyküsü ve ventrikuloperitoneal şant dışında özellik saptanmıyor. Romatoloji görüşü alınması amacıyla tarafımıza danışılan hastanın fizik muayenesinde, her iki el-el bileği, ayak-ayak bileğinde, dizlerde ve dirseklerde hassasiyet ve sinovitleri olduğu saptandı. Laboratuvar bulgularında, hemogloblin: 12,5 g/dL, lökosit: 9600/mm<sup>3</sup>, trombosit: 413,000/mm<sup>3</sup>, ESH: 52 mm/saat, CRP: 101 mg/L, RF: 113 IU/mL, CCP: 300 IU/mL iken, ANA (-), cANCA (-), pANCA (-), SS-A (-), SS-B (-) saptandı. Hastaya lomber ponksiyon yapıldı. BOS'de protein: 204, glukoz:

35 (serum glukoz: 153), hücre (-), ARB (-) olup, flow sitometrik incelemede: lenfositten zengin BOS saptanması üzerine hastaya 1 gr pulse metilprednizolon başlanıp tedavisi on güne tamamlanıp, ritüksımab 1 gr ve 40 mg/gün prednizolon verildi. Kliniğinde hem nörolojik olarak hem de eklem tutulumu yönünden düzelme saptanan hastanın bir ay sonraki kontrol kraniyal görüntülemesinde leptomeningeal kontrastlanmada regresyon saptandı.

**Sonuç:** RA'nın ekstra artiküler etkilenimi, hastalığın seyri ve prognozu açısından önemlidir. Eklem dışı bulgulardan nörolojik tutulum çoğunlukla RA'da periferik sinir sistemi etkilenimi ve servikal omurga tutulumuna sekonder spinal kord hasarı olarak bildirilmiştir. Doğrudan santral sinir sisteminin ve meninks tutulumu nadir olmakla birlikte fokal nörolojik defisitler, nöbet, kraniyal sinir disfonksiyonu veya değişmiş bilinç ile karakterize RA tanılı hastalarda leptomeningeal enflamasyon varlığı gösterilmiştir nadir olgulara ek olarak, biz de bu olguyu literatüre katkı amacı ile sunmayı amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** Enflamasyon, leptomeningeal, romatoid artrit

## PS-164

### Behçet sendromunda infliksımab tedavisi altında ortaya çıkan yeni tutulumlar

Nur Beyza Tükek<sup>1</sup>, Sinem Nihal Esatoğlu<sup>2</sup>, Gülen Hatemi<sup>2</sup>, Elif Buse Çalışkan<sup>1</sup>, Yılmaz Özyazgan<sup>3</sup>, Didar Uçar<sup>3</sup>, Yeşim Özgüler<sup>2</sup>, Emire Seyahi<sup>2</sup>, Melike Melikoğlu<sup>2</sup>, Uğur Uygunoğlu<sup>4</sup>, Aksel Siva<sup>4</sup>, Zekayi Kutlubay<sup>5</sup>, İbrahim Hatemi<sup>6</sup>, Aykut Ferhat Çelik<sup>6</sup>, Serdal Uğurlu<sup>2</sup>, İzzet Fresko<sup>2</sup>, Sebahattin Yurdakul<sup>2</sup>, Hasan Yazıcı<sup>2</sup>, Vedat Hamuryudan<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

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

*<sup>3</sup>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

*<sup>4</sup>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul*

*<sup>5</sup>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

*<sup>6</sup>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul*

**Amaç:** Monoklonal anti-tümör nekroz faktör antikörleri ve özellikle infliksımab (IFX) Behçet sendromunun (BS) tedavisinde sıkça kullanılmaktadır. Bununla birlikte IFX tedavisi sırasında yeni tutulumların zaman zaman ortaya çıkabildiği bildirilmiştir. Bu çalışmada geniş bir BS kohortunda IFX tedavisi sırasında yeni organ tutulumunun sıklığını araştırmayı amaçladık.

**Yöntem:** Kliniğimizde 2004 ve 2020 yılları arasında IFX alan tüm BS hastalarının dosyaları incelendi. IFX tedavisi sırasında yeni tutulum ortaya çıkan hastaların demografik verileri, IFX başlama endikasyonları, birlikte kullandıkları ilaçları, önceki tedavileri ve klinik seyirleri not edildi. IFX tedavisi öncesinde bulunmayan BS bulguları "yeni tutulum" olarak tanımlandı.

**Bulgular:** IFX başlanan 282 hastanın başlıca endikasyonlarını üveit (n=137) ve damar tutulumu (n=86) oluşturmaktaydı. Bu hastalardan

19'u (%7) ortalama 20±15,3 aylık takip süresince 23 yeni tutulum geliştirdi. Damar tutulumu (venöz ülser nedeniyle başlanmış 5 hasta dahil), üveit, santral sinir sistemi ve artrit nedeniyle IFX başlanmış olan hastalarda, yeni tutulum ortaya çıkma sıklığı sırasıyla %13 (12/91), %3 (4/137), %2,5 (1/40) ve %16 (2/12) idi. Yeni tutulumların çoğunluğunu vasküler lezyonlar oluşturmaktaydı (n=11, %48) ve 14/19 hasta IFX başlama endikasyonu olan tutulum açısından remisyondaydı. Yeni tutulum ortaya çıkmasını takriben IFX dozu artırıldı veya infüzyon aralıkları kısaltıldı (n=6) ya da başka bir ajana geçildi (n=8) ve/veya glukokortikoid, immüno-supresif ajan veya kolşisin eklendi (n=21). Bu tedavi değişiklikleri sonrasında 17/19 hastanın yeni tutulumunda remisyon sağlandı. Ortanca 29 aylık (ÇAA: 14-53) takip süresi boyunca 9 (%47) hasta

halen IFX tedavisine devam etmekteydi. IFX kesilme nedeni 7 hastada yeni tutulum ortaya çıkması, 2 hastada infüzyon reaksiyonu ve 1 hastada tedavi uyumsuzluğu idi. İki hastada görülen infüzyon reaksiyonu dışında yan etki gözlenmedi.

**Sonuç:** IFX tedavisi alan 282 hastanın tedavi süresince %7'sinde yeni tutulumlar ortaya çıkmıştır. Damar tutulumu olan hastaların yeni tutulumlar geliştirmeye daha yatkın olduğu görüldü. IFX tedavisinin dozunun artırılması veya infüzyon aralıklarının kısaltılması veya yeni bir tedavi ajanının eklenmesinin, hastaların yarısından fazlasında yeni tutulumların tedavisinde etkili olduğu görüldü.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet sendromu, infliksimab, yeni tutulum

**Tablo.** Yeni tutulum geliştiren 19 hastanın özellikleri

IFX başlama yaşı, cinsiyeti	BS tutulumları	IFX başlama endikasyonu	Birlikte kullanılan ilaçlar	Yeni tutulumu kadar geçen süre (ay)	Yeni tutulumlar	İlk yeni tutulumun tedavisi	İkinci yeni tutulumun tedavisi
16, K	O, EN, üveit	Üveit	Yok	26	GİS	IFX doz ↑	
25, E	O, G, üveit, IVC	IVC	AZA, CSA	10	PAT	Pulse ve CYC	
32, E	O, G, EN, IVC	Budd-Chiari	Yok	48	Artrit	MMF	
29, E	O, G, EN, üveit	Üveit	AZA	53	STM	GC eklendi	
34, E	O, G, EN, DVT, venöz ülser	Venöz ülser	Yok <sup>1</sup> , COL <sup>2</sup>	40 ve 50	Artrit <sup>1</sup> , STM <sup>2</sup>	COL ve GC eklendi	GC eklendi
44, K	O, EN, artrit	Artrit	Yok	36	GİS	AZA ve GC eklendi	
35, E	O, G, EN, DVT, periferik arter trombozu	DVT, periferik arter trombozu	AZA	32	PAT	Pulse ve CYC	
21, E	O, G, üveit, artrit, DVT, DST	DVT	MMF, GC	19	NBS	Pulse ve ADA	
30, K	O, G, EN, DVT, PAT, DST	PAT, DST, DVT	GC	8	Koroner arter trombozu	Pulse ve CYC	
42, E	O, G, DVT	Budd-Chiari	Yok	19	Artrit	IFX infüzyon aralığı ↓	
50, E	O, NBS	NBS	Yok <sup>1</sup> AZA, COL <sup>2</sup>	18 ve 30	EN <sup>1</sup> , DVT <sup>2</sup>	COL	ADA başlandı ve GC eklendi
31, K	O, Budd-Chiari, PAT	Budd-Chiari, PAT	AZA, GC	4	Artrit	Anakinra	
43, E	O, G, EN, PAT	PAT	Yok	7	Koroner arter trombozu	IFX doz ↑	
30, E	O, artrit, DVT, PAT	PAT	AZA	9	GİS	Pulse ve CYC	
42, E	O, G, üveit, DVT	DVT	MMF <sup>1</sup> , MMF, GC <sup>2</sup>	10 ve 11	STM <sup>1</sup> , EN <sup>2</sup>	IFX infüzyon aralığı ↓ ve GC eklendi	IFX doz ↑
35, E	O, G, üveit, artrit	Üveit	GC <sup>1</sup> AZA, COL, GC <sup>2</sup>	4 ve 6	EN <sup>1</sup> , STM <sup>2</sup>	COL	AZA ve GC doz ↑
26, E	O, G, üveit, NBS	Üveit	Yok	21	PAA	Pulse ve CYC	
23, E	O, EN, üveit, artrit, DVT	Artrit	Yok	8	STM	IFX infüzyon aralığı ↓ ve GC eklendi	
47, K	O, G, Aortit	Aortit	GC	5	Artrit	COL	

ADA: Adalimumab, AZA: Azatiopurin, COL: Kolşisin, CSA: Siklosporin-A, CYC: Siklofosamid, DST: Dural sinüs trombozu, DVT: Derin ven trombozu, E: Erkek, EN: Eritema nodosum, G: Genital ülser, GC: Glukokortikoid, GİS: Gastrointestinal, IFX: Infliksimab, IVC: Inferior vena cava, K: Kadın, MMF: Mikofenolat mofetil, NBS: Nöro-Behçet sendromu, O: Oral ülser, PAA: Pulmoner arter anevrizması, PAT: Pulmoner arter trombozu, Pulse: Yüksek doz intravenöz metilprednizolon (1 g/3 gün), STM: Yüzeysel tromboflebit, <sup>1</sup>İlk yeni tutulum ortaya çıktığında infliksimab ile beraber kullanılan ilaçlar, <sup>2</sup>İkinci yeni tutulum ortaya çıktığında infliksimab ile beraber kullanılan ilaçlar

## Behçet sendromunun vasküler tutulumunda infliksimab tedavisi

Gülen Hatemi<sup>1</sup>, Nur Beyza Tükek<sup>2</sup>, Sinem Nihal Esatoğlu<sup>1</sup>, Yeşim Özgüler<sup>1</sup>, Melike Melikoğlu<sup>1</sup>, Elif Buse Çalışkan<sup>2</sup>, Serdal Uğurlu<sup>1</sup>, İzzet Fresko<sup>1</sup>, Sebahattin Yurdakul<sup>1</sup>, Hasan Yazıcı<sup>1</sup>, Vedat Hamuryudan<sup>1</sup>

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

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

**Amaç:** Behçet sendromunda (BS) vasküler tutulum mortalite ve morbiditenin önemli bir nedenidir. İnfliksimab (IFX) BS'nin bütün tutulumlarında etkili bir tedavi olmakla birlikte vasküler tutulumdaki etkinliğine dair veriler oldukça kısıtlıdır. Kliniğimizde vasküler tutulum nedeniyle IFX başlanan hastalarda ilacın etkinliğini ve güvenliliğini araştırmayı amaçladık.

**Yöntem:** 2004-2020 yılları arasında IFX kullanan BS hastalarının dosyaları retrospektif olarak taranarak aralarında vasküler tutulum nedeniyle başlanmış olanlar belirlendi. Demografik ve klinik özellikler, vasküler tutulum tipi, öncesinde ve beraberinde kullandıkları ilaçlar, IFX kullanım süresi, nüks, kesilme nedenleri ve klinik seyir kaydedildi.

**Bulgular:** Seksen altı hastada (70 erkek, ortalama yaş 39,5±8,4 yıl) vasküler tutulum nedeniyle IFX tedavisi başlanmıştı. IFX tedavisini endike kılan vasküler tutulumun tipleri, IFX öncesi

kullanılan ilaçlar ve tedavi sonuçları Tablo 1, 2'de belirtilmiştir. Otuz üç hastada IFX tedavisi başlandığında birden çok farklı damarda tutulum vardı. Otuz sekizinde göz, 6'sında parankimal santral sinir sistemi ve 3'ünde gastrointestinal tutulum olmak üzere 47 hastada beraberinde başka bir majör organ tutulumu mevcuttu. Yükleme dozunu takriben IFX doz ve sıklığı 1 hasta dışında hepsinde 5 mg/kg 6-8 haftada birdi. Elli birinde başlangıç tedavisi intravenöz metilprednizolon (1 gr/3 gün) olmak üzere indüksiyon tedavisi sırasında tüm hastalar glukokortikoid almıştı. Ek olarak 42 hasta azatiopurin ve 6'sı mikofenolat mofetil kullanmıştı. Ortanca 25,9 ay (ÇAA: 1-103) takip süresi sonunda 57 (%66) hastada nüks gözlenmedi ve bu hastaların 14'ünde (%16) IFX tedavisi kesilebildi. IFX tedavisi 12 hastada yan etkiler nedeniyle kesilmiş olup bu yan etkiler 5 hastada infüzyon reaksiyonu ve 1'er hastada tüberküloz, yaygın zona, akciğer adenokarsinomu, fibromiksoid sarkom, sol kalp yetmezliği, sistemik lupus eritematozus ve palmoplantar püstülozis idi. Takip sonunda ölen 4 hastanın ölüm nedenleri akciğer adenokarsinomu (n=1), sepsis (n=1) ve pulmoner hipertansiyona bağlı sağ kalp yetmezliği (n=2) idi.

**Sonuç:** IFX'in immünosupresiflere ve glukokortikoidlere refrakter vasküler tutulumu olan BS hastalarında dahi etkin bir tedavi olduğu görülmüştür. Hastaların %66'sında takip süresince nüks izlenmemiş ve %13'ünde yan etkilere bağlı olarak tedavi sonlandırılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet sendromu, infliksimab, vasküler tutulum

**Tablo 1.** İnfliksimab tedavisini endike kılan vasküler tutulumun tipleri ve öncesinde kullanılmış olan ilaçlar

	Arteriyel tutulum (n=38)	Venöz tutulum (n=48)
İnfliksimab tedavisini endike kılan primer vasküler tutulumun tipi	Pulmoner arter anevrizması ve/veya trombozu (n=29), periferik arter anevrizması veya trombozu (n=5), aort anevrizması (n=4)	Alt ekstremitte DVT (n=25), dural sinüs trombozu (n=7), vena cava superior ve/veya inferior trombozu (n=5), venöz ülser (n=5), Budd-Chiari sendromu (n=4), intrakardiyak tromboz (n=2)
Önceki tedaviler		
İlk basamakta infliksimab kullanımı	4	13
Glukokortikoid	37	38
Siklofosamid (CYC)	26 (15/26 siklofosamid tedavisine refrakter; 11/26 siklofosamid sonrası idame tedavi için)	12 (9/12 CYC tedavisine refrakter, 3/12 CYC sonrası idame tedavisi için)
İnterferon-alfa	1	16
Azatiopurin	22	17
Mikofenolat mofetil	1	2
Siklosporin-A	-	1
Hasta uyumsuzluğu nedeniyle tedavisiz	2	1

**Tablo 2.** Takip sonunda infliksimab tedavisinin sonuçları

	Damar tutulumu nedeniyle IFX kullanan tüm hastalar (n=86) <sup>a</sup>	Arteriyel tutulum nedeniyle IFX kullanan hastalar (n=38)	Venöz tutulum nedeniyle IFX kullanan hastalar (n=48)
Vasküler nüks yaşamayan, n (%)	57 (66)	21 (55)	36 (75)
Remisyonda olup halen IFX kullanan, n (%)	33 (38)	12 (31)	21 (43)
Remisyon nedeniyle tedavisi kesilen, n (%)	14 (16)	6 (15)	8 (16)
Yan etki nedeniyle tedavisi kesilen, n (%)	12 (13)	4 (10)	8 (16)
Nüks nedeniyle tedavisi kesilen, n (%)	10 (11)	6 (15)	4 (8)
Hasta uyumsuzluğu nedeniyle tedavisi kesilen, n (%) <sup>b</sup>	13 (15)	7 (18)	6 (12)
Pre-op hazırlık için kesilen, n	3	2	1
Ölüm, n (%)	4* (5)	3* (8)	1 (2)

<sup>a</sup>Infliksimab tedavisi kesilen 53 hastanın 10'una ikinci kez infliksimab başlandı. Altısı sırasıyla 6, 23, 26, 19, 18, 28 aydır halen kullanılmakta. 4'ünde alerjik reaksiyon (n=3) ve hasta uyumsuzluğu (n=1) nedeniyle tekrar kesildi. <sup>b</sup>Hasta uyumsuzluğu nedeniyle ilacı kesilen 2 hastada sebep gebelik nedeniyle hastaların ilaca devam etmek istememesiydi. \*Pulmoner arter trombozuna bağlı pulmoner hipertansiyonu olan hasta infliksimab kullanılmakta sağ kalp yetmezliği sebebiyle vefat etti. Diğer 3 hastada öncesinde infliksimab kesilmişti

## PS-166

### Behçet sempozyumuna katılan hastalar genel hasta popülasyonunu temsil ediyor mu?

Sıtkı Safa Taflan, Sinem Nihal Esatoğlu, Yeşim Özgüler, Berna Yurtaş, Melike Melikoğlu, Gülen Hatemi

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

**Amaç:** Klinik çalışma tasarımına hasta katılımı giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Outcome Measures in Rheumatology (OMERACT) ve British Medical Journal, çalışmaların tasarlanması, hastalık yönetimi, sonuç ölçütlerinin ve ölçüm araçlarının geliştirilmesi gibi konularda hastaların katılımını gerekli görmekte ve teşvik etmektedir. Diğer yandan, bu süreçlere katılan hastaların genel hasta popülasyonunu temsil ettiğinden emin olmak, heterojen fenotipli sistemik enflamatuvar hastalıklar için zor olabilmektedir. Bu çalışmada, Cerrahpaşa Behçet Hastalığı Sempozyumu'na katılan Behçet sendromu (BS) hastalarının kliniğe başvuran genel hasta popülasyonunu temsil edip etmediğinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** 21 Şubat 2020'de İstanbul'da gerçekleşen Cerrahpaşa Behçet Hastalığı Sempozyumu sırasında sempozyuma katılan 104 BS hastasına (toplantı grubu) anket uygulandı. Kongreye afişler, web sitesi ve sosyal medya üzerinden yapılan duyurularla hastalar

davet edilmişti. Hastalar anket sorularını keypadler ile yanıtladı. Anket; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, hastalık süresi, BS semptomları ve tedavisiyle ilgili 21 sorudan oluşmaktaydı. Aynı anket romatoloji polikliniğimize rutin kontrolleri için başvuran 97 hastaya da (klinik grubu) uygulandı. Grupların karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı.

**Bulgular:** Hasta gruplarının demografik ve hastalık özellikleri Tablo 1, 2'de özetlenmiştir. Gruplar cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından benzerlik göstermekteydi. Her iki grupta erkek hasta sayısı daha fazla olup bu durumun erkeklerde BS'nin daha şiddetli seyretmesi ile ilişkili olduğu düşünüldü. Toplantı grubunda 40 yaş üstü ve hastalık süresi 20 yıldan fazla olan hasta sayısı anlamlı olarak daha yüksekti. Klinik grupta iş sahibi hasta sayısı daha fazla olmasına rağmen, her 2 grup arasındaki bu fark anlamlı değildi. Merkezi sinir sistemi tutulumu, vasküler tutulum, genital ülserler, eritema nodosum ve artrit, toplantı grubunda klinik gruba göre anlamlı derecede daha sıklıkla görüldü. Göz tutulumu, gastrointestinal tutulum ve papülopüstüler lezyonların sıklığı ise iki grupta benzerdi. Toplantı grubunda klinik gruba göre siklofosamid kullanımı anlamlı derecede daha sıklıkla görüldü.

**Sonuç:** Toplantı grubundaki hastalar klinik gruba göre daha şiddetli hastalığa sahipti. Diğer yandan tutulumların dağılımı açısından bakıldığında toplantı grubunun klinik grubu yeterli düzeyde temsil ettiği görüldü.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet sendromu, çalışma tasarımı, anket

**Tablo 1.** Demografi ve klinik özellikler

Özellikler	Toplantı grubu (n=104) (n/N, %)	Klinik grubu (n=97) (n, %)	p
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	43/97 (41)	35 (36)	0,30
<b>Yaş (yıl)</b>			
<20	1/95 (1)	3 (3)	0,026*
20-30	6/95 (5)	15 (15)	0,026*
30-40	27/95 (25)	36 (37)	0,026*
>40	61/95 (59)	43 (45)	0,026*
<b>Eğitim durumu (mezuniyet)</b>			
İlkokul	39/101 (38)	41 (42)	0,142
Ortaokul	15/101 (16)	12 (13)	0,142
Lise	23/101 (22)	31 (32)	0,142
Üniversite	24/101 (24)	12 (13)	0,142
Herhangi bir mesleği olan hastalar	49/101 (49)	55 (57)	0,26
<b>Hastalık süresi (yıl)</b>			
<5	13/98 (13)	27 (28)	0,03*
5-10	12/98 (12)	18 (19)	0,03*
10-20	31/98 (32)	32 (33)	0,03*
>20	42/98 (43)	20 (20)	0,03*
Düzenli kontrole gelen hastalar	90/101 (89)	86 (89)	1
Yalnızca mukokutanöz tutulum	11/99 (11)	14 (14)	0,53
Herhangi bir majör organ tutulumu olan hastalar	88/99 (89)	83 (86)	0,53
<b>BS bulguları</b>			
Oral aftöz ülser	88/97 (91)	94 (97)	0,13
Genital ülser	86/104 (83)	68 (70)	0,045
Eritema nodosum	77/103 (75)	47 (48)	0,0003
Papulopüstüler lezyonlar	69/103 (67)	75 (77)	0,09
Artrit	78/102 (77)	46 (47)	<0,0001
Göz tutulumu	51/103 (50)	53 (55)	0,48
Vasküler tutulum	42/98 (43)	25 (26)	0,036
SSS tutulumu	14/103 (14)	2 (2)	0,016
GİS tutulumu	14/97 (14)	6 (6)	0,10

\*Bonferroni düzeltmesi ile ayarlanan p değerleri <0,001'dir. BS: Behçet sendromu, SSS: Santral sinir sistemi, GİS: Gastrointestinal

**Tablo 2.** Tedaviler

İlaçlar	Toplantı grubu (n=104) (n/N, %)	Klinik grubu (n=97) (n, %)	p
<b>Prednizolon</b>			
Hala kullanan	30/104 (29)	34 (35)	0,37
Daha önce kullanmış olan	88/104 (85)	72 (74)	0,08
<b>Kolşisin</b>			
Hala kullanan	43/100 (43)	46 (47)	0,57
Daha önce kullanmış olan	86/100 (86)	74 (76)	0,10
<b>AZA</b>			
Hala kullanan	45/100 (45)	41 (42)	0,77
Daha önce kullanmış olan	81/100 (81)	74 (76)	0,49
<b>CYC</b>			
Hala kullanan	1/96 (1)	0 (0)	AO
Daha önce kullanmış olan	16/96 (17)	7 (7)	0,048
<b>bDMARDs</b>			
Hala kullanan	20/101 (20)	26 (27)	0,31
Daha önce kullanmış olan	28/101 (28)	32 (33)	0,44

AZA: Azatiopurin, CYC: Siklofosamid, bDMARDs: Biyolojik hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilaçlar, AO: Anlamli olmayan

## PS-167

### Uzun süredir takipsiz romatoid artrit hastasında gelişen hidropnömotoraks

Sevilay Batıbay, Rezan Koçak Ulucaköy, Baki Özdemir, Hafsa Feyza Özer, Zafer Günendi, Feride Nur Göğüş

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Ankara

**Amaç:** Romatoid artrit (RA) akciğer tutulumu sıklıkla plevral efüzyon şeklinde görülmektedir. Spontan ya da rekürren pnömotoraks ise nadir bir ekstraartiküler komplikasyon olup, nekrobiyotik kaviter nodüllerin plevral boşluğa rüptüre olması sonucu geliştiği düşünülmektedir. Burada uzun süredir takipsiz kalan, düzensiz ilaç kullanımı olan hidropnömotoraks saptadığımız RA tanılı olgumuzu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** Elli beş yaşında kadın hasta, 10 yıldır RA tanısı mevcut. Daha önce düzensiz metotreksat, sülfasalazin ve değişen dozlarda prednizolon kullanan hasta son 2 yıldır takipsizdi. El eklemlerinde, ayaklarda, dizlerde ve sırtta ağrı, nefes darlığı, halsizlik şikayetleri ile tarafımıza başvurdu. Fizik muayenesinde poliartrit saptanan hastanın akciğer sesleri sağ tarafta belirgin azalmıştı. DAS-28 CRP skoru 6,16 idi. Laboratuvarında belirgin akut faz yüksekliği, anemisi mevcuttu. Toraks BT'de sağ hemitoraksta en kalın yerinde 53 mm ölçülen plevral efüzyon ve hidropnömotoraks izlendi. Göğüs cerrahisi tarafından değerlendirilen hastaya tüp torakostomi uygulandı ve profilaktik sefazolin 1 gr/gün başlandı. Plevral mayi eksüda vasfındaydı (plevral sıvı protein: 0,38 g/dL, albümin <1,5 g/dL, LDH: 1154 U/L trigliserit: 11,1 mg/dL, total kolesterol: 19 mg/dL, glukoz <10 mg/dL, serum protein: 6,6 g/dL, albümin: 2,9 g/dL, LDH: 368 U/L). İlk alınan plevral sıvı kültüründe üreme saptanmadı, ARB boyama ve tbc kültürü negatifti. Hastanın



tedavisi Mtx 15 mg/hafta SC, folbiol 5 mg/hafta, leflunomid 10 mg/gün, prednizolon 15 mg/gün olarak düzenlendi. Takiplerinde akut fazları tekrar yükselmeye başlayan hastanın alınan yeni pleval mayı kültüründe *Stenotrophomonas maltophilia* üremesi nedeni ile trimetoprim sülfametoksazol başlandı. Gram boyamada Gram negatif basıl ve Gram pozitif kok görülmesi nedeni ile tedaviye meropenem 3\*1 eklendi. Onuncu günde yanıtızlık nedeni ile levofloksasin, tigesiklin ve linezolid tedavisine geçildi. Bir ay süresince toraks tüpü ile takip edilen hastanın nefes darlığı ve akut faz yanıtı geriledi, eklem muayenesinde artrit saptanmadı. Prednizolon dozu kademeli olarak 5 mg'a düşüldü.

**Sonuç:** RA akciğer tutulumunda pleval, hava yolları, parankim ve vasküler sistem etkilenebilmektedir. Pleval tutulum formları; plörit, pleval efüzyon, ampiyem, pnömotoraks ve psödoşilotoraks şeklinde olabilmektedir. RA'ya bağlı plörezi pleval sıvı glukozu düşük, LDH yüksek olup genellikle eksüda vasfındadır. Ayırıcı tanıda ampiyem, şilotoraks veya psödoşilotoraks, tbc plörezi düşünölmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Romatoid artrit, akciğer tutulumu, pleval efüzyon, pnömotoraks

**Tablo 1.**

	İlk başvuru	1. ay kontrol
BUN mg/dL	14	4
Kreatinin mg/dL	0,65	0,47
Ürik asit mg/dL	4,3	3,7
ALT U/L	16	20
Albümin g/dL	3,3	2,8
Total Protein g/dL	6,7	5,3
Hgb g/dL	9,5	10,5
MCV fL	78,6	99,1
PLT e3/uL	621	556
WBC e3/uL	10,64	5,56
Lenfosit e3/uL	1,9	1,75
Nötrofil E3/uL	7,94	3,28
ESR mm/St	74	25
CRP mg/L	90,7	20
Prokalsitonin ng/mL	0,157	-
RF IU/mL	<20	-
Anti CCP U/mL	>1000	-
Hepatit seroloji	HBsAg - Anti-HBe + Anti-HBc (Total) + Anti-HBc IgM - HBeAg - HBV DNA - Anti HCV -	-
Quantiferon	Negatif	-

Hastanın ilk viziti ve 1. ay takibindeki laboratuvar değerlerleri görölmektedir



**Resim 1.** İlk başvuruda PA-AC grafi ve toraks BT'de sağ hemitoraksta en kalın yerinde 53 mm ölçülen pleval efüzyon ve pnömotoraks izlenmiştir. Tüp torakostomi sonrası 1. ay kontrol PA-AC grafisinde belirgin düzelme izlendi

## PS-168

### Ailevi Akdeniz ateşi tanılı hastaların beslenme durumlarının ve olası risk faktörlerinin tanımlanması

Zahide Ekici Tekin<sup>1</sup>, Gülçin Otar Yener<sup>2</sup>, Selçuk Yüksel<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ankara Şehir Hastanesi, Çocuk Romatolojisi Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>Sanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği, Sanlıurfa

<sup>3</sup>Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Anabilim Dalı, Denizli

**Amaç:** Çocukların yaş ve cinsiyetlerine uygun kilo alıp, uzaması sağlıklı geliştiklerinin göstergesidir. Kronik hastalığı olan çocukların takibi daha da önem arz etmektedir. Son çalışmalar hastalık ilişkili malnütrisyon üzerinde durmaktadır. Kontrol edilememiş enflamasyonun da malnütrisyonu neden olduğuna dair yayınlar mevcuttur. Bu yazının amacı ülkemizdeki en sık otoenflamatuvar hastalık olan ailevi Akdeniz ateşi (AAA) tanılı ve tedavilerini düzenli kullanan çocukların beslenme durumlarını değerlendirmek, olası risk faktörlerini belirlemektir.

**Yöntem:** Bu kesitsel çalışma rutin kontrol sırasında gerçekleştirilmiştir ve 50 AAA hastası içermektedir. Demografik, antropometrik ve klinik veriler dışında beslenme durumu için üst kol orta çevresi (ÜKOÇ) ve triceps deri katlantı kalınlığı (TDK) ölçülmüştür. Türk çocuklarının referans değerlerine göre her bir parametrenin Z-skoru hesaplanmıştır [boy, kilo, vücut kitle indeksi (VKİ), ÜKOÇ, TDK, yaşa göre ağırlık, yaşa göre boy ve boya göre ağırlık (BGA)].

**Bulgular:** Araştırmaya dahil edilen 50 hastanın %56'sı erkekti. Medyan tartı 41,08 kg (16-92), boy 151 cm (101-193), VKİ 17,23 (11-30), BGA 94,45 (61-146), ÜKOÇ 21,50 (15-37) ve TDK 9,40 (5-32) olarak tespit edildi. Altı hastanın tartı, 2 hastanın boy ve 5 hastanın BGA z-skorları -2'nin altındaydı. Otuz iki hastada M694V, 18 hastada diğer mutasyonlar (M680I, V726A, A744S, E148Q, R202Q) mevcuttu. M694V pozitif hastaların boy Z-skoru ve ÜKOÇ ile TDK persentil değerleri diğer gruba göre anlamlı olarak düşüktü (Mann-Whitney U test, p=0,01, p=0,015 ve p=0,007).

**Sonuç:** M694V mutasyonuna sahip olmak AAA hastalarının büyüme gelişmelerini olumsuz yönde etkilemektedir. AAA hastaları uygun tedavi altında ataksız dahi olsalar büyüme gelişmelerini etkileyecek risk faktörleri mevcut ise daha yakından izlenmeli gerekirse desteklenmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Ailevi Akdeniz ateşi, beslenme durumu, enflamasyon, malnütrisyon

## Sakroileitin eşlik ettiği Ailevi Akdeniz ateşi, enflamatuvar barsak hastalığı ile entezit ilişkili artrit karşılaştırılması

Cüneyt Karagöl<sup>1</sup>, Elif Çelikel<sup>1</sup>, Fatma Aydın<sup>1</sup>, Zahide Ekici Tekin<sup>1</sup>, Tuba Kurt<sup>1</sup>, Serkan Coşkun<sup>1</sup>, Melike Mehveş Kaplan<sup>1</sup>, Nilüfer Tekgöz<sup>1</sup>, Müge Sezer<sup>1</sup>, Şamil Hızlı<sup>2</sup>, Banu Çelikel Acar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji Kliniği, Ankara

**Amaç:** Sakroileit (Sİ), hassasiyet ve ağrıya neden olan sakroiliak eklem enflamasyonudur. Çocuklarda Sİ'nin en sık nedenleri entezit ilişkili artrit (EİA), psoriatik artrit, reaktif artrit, enflamatuvar barsak hastalığı (İBH) ve ailevi Akdeniz ateşi (AAA) ile pyojenik Sİ'dir. Bu çalışmanın amacı AAA, İBH'ye eşlik eden Sİ ile EİA'daki Sİ'nin demografik, klinik ve laboratuvar özelliklerinin belirlenerek, birbirleri ile kıyaslamaktır.

**Yöntem:** Ankara Şehir Hastanesi Çocuk Romatoloji Kliniği'nde Haziran 2019-Haziran 2021 tarihleri arasında takip edilen ve Sİ saptanan, 34 EİA, 14 AAA ve 7 İBH (4 ülseratif kolit, 3 Crohn hastalığı) tanı hastanın klinik ve laboratuvar verileri geriye dönük olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmada yer alan 3 hastalık grubunda, hastalığın belirtilerinin başlama yaşı, tanı yaşı ve Sİ tanı alma yaşı yönünden istatistiksel fark saptanmadı. EİA erkeklerde baskın (%67,6) bulunsa da her üç grupta cinsiyet yönünden istatistiksel fark saptanmadı (p=0,125). Periferik artrit tutulumu ve HLA B27 pozitifliği EİA'da anlamlı yüksek bulundu (p=0,030, p=0,002; sırayla). Diğer klinik ve laboratuvar bulguları Tablo 1'de verilmiştir ve gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

**Sonuç:** Sİ saptanan hastaların örtüşen klinik ve laboratuvar bulguları nedeniyle altta yatan hastalığın tanısı günlük pratikte zor olabilir. Çalışmamızda EİA'da artmış periferik artrit sıklığı ve HLA B27 pozitifliği dışında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sİ'ye neden olan hastalığın belirlenmesi tedavi seçiminde önemli olduğu için bu konuda daha fazla olgu sayısı ile yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Sakroileit, juvenil idiyopatik artrit, ailevi Akdeniz ateşi, enflamatuvar barsak hastalıkları, çocuk

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

Demografik ve Klinik Veriler	EİA (n=34)	FMF (n=14)	İBH (n=7)	TOPLAM (n=55)	P Değeri
Primer hastalık belirtisi başlangıç yaşı (yıl)	13.5±1.6	8.5±1.1	8.41±2.2	10.9±1.8	0.243
Primer hastalık tanı yaşı (yıl)	13.0±2.7	9.9±3.6	10.7±3.3	11.9±3.3	0.164
Sİ tanı yaşı (yıl)	13.4±3.3	12.2±2.6	11.6±2.2	12.9±3.1	0.149
Cins E, n (%)	23 % 67.6	5 % 35.7	4 % 57.1	32 % 58.2	0.125
Aile hikâyesi varlığı, n (%)	17 (%50)	8 (%30.8)	1 (%14.3)	26 (%47.3)	0.157
Entezit varlığı, n (%)	13 (%38.2)	3 (%21.4)	1 (%14.3)	17 (%30.9)	0.309
Periferik eklem tutulumu, n (%)	23 (% 67.6)	7 (% 50)	2 (%28.6)	31 (% 56.4)	0.030
HLA B27 pozitifliği, n (%)	22 (% 64.7)	1 (%7.1)	1 (%14.3)	24 (% 43.6)	0.002
Aftöz ülser, n	2	1	1	4	-
Eritema nodosum, n	2	-	-	2	-
Üveit, n	2	-	1	3	-
Sedimentasyon yüksekliği, n (%)	17 (% 51.5)	10 (%30.3)	6 (%85.7)	33 (%60)	0.128

## Romatoid artrit ilişkili akciğer hastalığı prevalansı ve mortalite ile ilişkili faktörler: Tek merkez deneyimi

Didem Şahin Eroğlu<sup>1</sup>, Anıl Çolaklar<sup>2</sup>, Serdar Baysal<sup>3</sup>, Murat Torğutalp<sup>1</sup>, Asaf Baygül<sup>4</sup>, Serdar Sezer<sup>1</sup>, Emine Gözde Aydemir Gülöksüz<sup>1</sup>, Mehmet Levent Yüksel<sup>1</sup>, Müçteba Enes Yayla<sup>1</sup>, Emine Uslu Yurteri<sup>1</sup>, Çağlar Uzun<sup>2</sup>, Özlem Özdemir Kumbasar<sup>4</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 Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

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

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

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

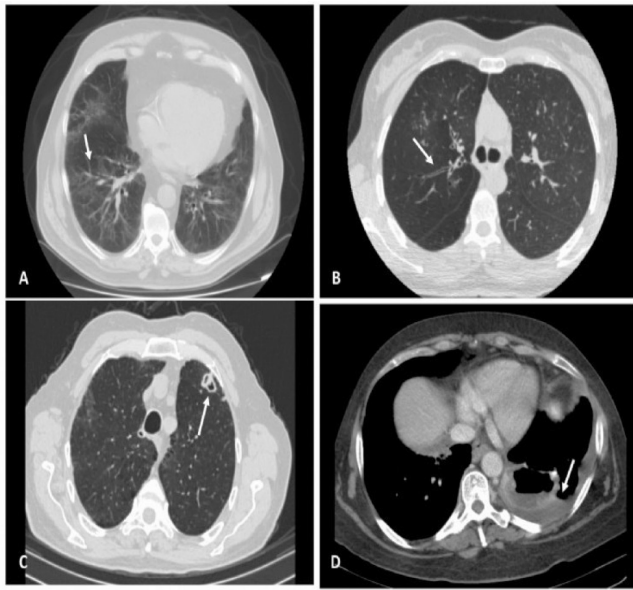
**Amaç:** Romatoid artrit ile ilişkili akciğer hastalığı (RA-AH), RA'da sıklıkla saptanan ekstraartiküler bir bulgu olup artmış mortalite ile ilişkilidir. Bugüne kadar yapılan birçok çalışma, RA ilişkili interstisyel akciğer hastalığına (RA-İAH) odaklanmış olup RA'nın diğer akciğer manifestasyonlarını bildiren az sayıda çalışma mevcuttur. Çalışmamızda, RA'lı hastalarda RA-AH sıklığını ve mortalite ile ilişkili faktörleri belirlemeyi amaçladık.

**Yöntem:** Ocak 2010-Aralık 2020 tarihleri arasında bölümümüze başvuran ve RA için 2010 ACR/EULAR sınıflandırma kriterlerini karşılayan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Bu hastalar arasında en az bir akciğer tomografisi (toraks-BT) olan hastaların görüntüleri hastaların kliniğine kör radyologlar tarafından tekrar incelendi. RA-AH, RA-İAH, hava yolu hastalığı (RA-HYH), romatoid pulmoner nodüller (RA-PN) ve/veya RA ilişkili pleval efüzyon (RA-PE) varlığı olarak tanımlandı. Hastaların klinik, laboratuvar ve tedavi özellikleri, RA-AH'nin her bir alt tipi için kaydedildi. RA-AH tanı tarihi, patolojinin tespit edildiği ilk toraks-BT tarihi olarak kabul edildi. Mortalite ile ilişkili faktörleri değerlendirmek için lojistik regresyon analizi uygulandı.

**Bulgular:** Dokuz bin yedi yüz elli altı RA hastasının 253'ünde (%2,6) RA-AH saptandı. RA-HYH en sık görülen alt tipti ve 119 (%47,0) hastada saptandı. RA-İAH, RA-PN ve RA-PE sırasıyla 107 (%42,3), 70 (%27,7) ve 31 (%12,3) hastada mevcuttu. Hastaların özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Altmış bir (%24,1) hastada takipleri boyunca 2 veya daha fazla RA-AH alt tipi birlikteliği vardı. Ortanca takip süresi olan 3,9 (IQR 5,1) yılda toplam 52 (%20,6) hasta öldü ve 5 yıllık sağkalım oranı %81,8 idi. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde, RA-İAH varlığı, pleval efüzyon ve ileri yaşta RA-AH tanısı almak mortalite ile pozitif olarak ilişkiliydi [odds oranları (OR) sırasıyla 2,28, 3,30 ve 1,04], buna karşılık metotreksat kullanımı ise koruyucuydu (OR 0,40) (Tablo 2).

**Sonuç:** Bu çalışmamızda, RA-AH prevalansının ve mortalitesinin sırasıyla yaklaşık %3 ve %20 olduğunu gösterdik. Bilinen risk faktörleri olan RA-İAH ve ileri yaşın yanı sıra pleval efüzyon olması da mortalite ile ilişkiliydi. Metotreksat alan hastalarda ise mortalite oranları düşüktü.

**Anahtar Kelimeler:** Romatoid artrit, akciğer tutulumu, prevalans, mortalite



**Şekil 1.** Farklı hastalarda RA-AH alt tipleri. Non-spesifik interstisyel pnömoni paterni olan interstisyel akciğer hastalığı (A), tübüler bronşektazi ile seyreden hava yolu hastalığı (B), nekrobiyotik kaviter romatoid nodül (C), plevral efüzyon (D)

**Tablo 1.** Farklı RA-AH alt tiplerindeki hastaların özellikleri

	RA-İAH (n=107)	RA-HYH (n=119)	RA-PN (n=70)	RA-PE (n=31)
RA tanı yaşı, ortalama (SS)	54,2 (13,0)	51,9 (12,9)	51,5 (11,4)	49,2 (11,8)
RA-AH tanı yaşı, ortalama (SS)	61,6 (10,4)	61,1 (9,7)	59,1 (9,2)	57,0 (10,8)
Erkek cinsiyet, n (%)	54 (50,5)	28 (23,5)	36 (51,4)	20 (64,5)
Sigara kullanımı, n (%)	52/96 (54,2)	35/96 (36,5)	43/67 (64,2)	21/29 (72,4)
Seropozitivite, n (%)	95 (88,8)	103 (86,6)	66 (94,3)	30 (96,8)
Yüksek CRP (>5 mg/L), n (%)	99 (92,5)	105 (88,2)	62 (88,6)	29 (93,5)
Yüksek sedim (>20 mm/saat), n (%)	84 (78,5)	85 (71,4)	51 (72,9)	25 (80,6)
Erozyon varlığı, n (%)	61 (57,0)	65 (54,6)	37 (52,9)	15 (48,4)
Subkutan romatoid nodüller, n (%)	18 (16,8)	4 (3,4)	10 (14,3)	4 (12,9)
RA-İAH, n (%)	-	20 (16,8)	28 (40,0)	9 (29,0)
RA-HYH, n (%)	20 (18,7)	-	13 (18,6)	5 (16,1)
RA-PN, n (%)	28 (26,2)	13 (10,9)	-	12 (38,7)
RA-PE, n (%)	9 (8,4)	5 (4,2)	12 (17,1)	-
Tüm nedenlere bağlı PE, n (%)	14 (13,1)	16 (13,4)	15 (21,4)	-
2+ RA-AH, n (%)	45 (42,1)	28 (23,5)	43 (61,4)	19 (61,3)
Amfizem, n (%)	50 (46,7)	23 (19,3)	30 (42,9)	18 (58,1)
Kardiyovasküler hastalık, n (%)	25 (23,4)	21 (17,6)	12 (17,1)	6 (19,4)
Malignite, n (%)	11 (10,3)	5 (4,2)	4 (5,7)	3 (9,7)
Oksijen ihtiyacı, n (%)	12 (11,2)	5 (4,2)	2 (2,9)	3 (9,7)
Ölüm, n (%)	30 (28,0)	22 (18,5)	12 (17,1)	8 (25,8)

RA-AH: RA ilişkili akciğer hastalığı, RA-İAH: RA ilişkili interstisyel akciğer hastalığı, RA-HYH: RA ilişkili hava yolu hastalığı, RA-PN: RA ilişkili pulmoner nodül, RA-PE: RA ilişkili pulmoner efüzyon

**Tablo 2.** RA-AH hastalarında mortalite ile ilişkili faktörler

	Tek değişkenli analiz, %95 GA	p değeri	Çok değişkenli analiz, %95 GA	p değeri
RA-AH tanı yaşı	1,07 (1,03-1,11)	<0,001	1,04 (1,01-1,09)	0,02
Erkek cinsiyet	0,92 (0,49-1,71)	0,78	0,72 (0,34-1,52)	0,39
Sigara	0,72 (0,37-1,41)	0,34	-	
Seropozitivite	1,86 (0,62-5,58)	0,27	-	
RA-İAH	2,20 (1,18-4,08)	0,013	2,28 (1,12-4,64)	0,023
Tüm nedenlere bağlı PE	2,22 (1,09-4,53)	0,028	3,30 (1,43-7,62)	0,005
bDMARD veya tsDMARD kullanımı	0,42 (0,21-0,84)	0,015	0,55 (0,26-1,19)	0,13
Metotreksat kullanımı	0,33 (0,17-0,64)	0,001	0,40 (0,19-0,84)	0,016
Kardiyovasküler hastalık	2,19 (1,06-4,53)	0,035	1,41 (0,61-3,26)	0,42

RA-AH: RA ilişkili akciğer hastalığı, RA-İAH: RA ilişkili interstisyel akciğer hastalığı, PE: Pulmoner efüzyon, bDMARD: Biyolojik hastalık modifiye edici ilaç, tsDMARD: Hedefe yönelik sentetik hastalık modifiye edici ilaç

## PS-171

### Lomber vertebra fraktürü sonrası tanı alan senil osteoporoz olgusu

#### Özlem Küçülmaz

Başkent Üniversitesi Alanya Uygulama ve Araştırma Merkezi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Antalya

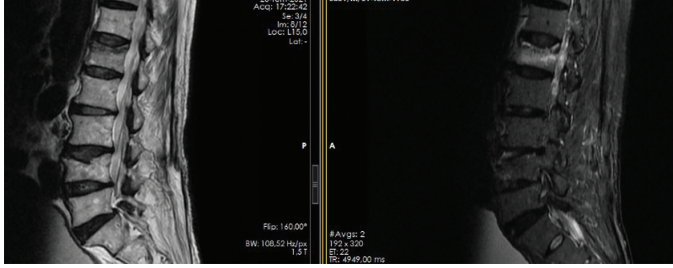
**Amaç:** Kadınlarda 65 erkeklerde ise 70 yaş sonrasında düzenli olarak kemik dansitometrisi (DXA) yapılmalı, osteoporoz saptandığı takdirde gecikmeden tedaviye başlanmalıdır. Bu olgu sunumunda amaç 15 sene hiç DXA yapılmamış bir senil osteoporoz olgusunun tartışılmasıdır.

**Olgu:** Seksen beş yaşında erkek hasta şiddetli bel ağrısı yakınmasıyla polikliniğimize başvurdu. Hastanın bir haftadır devamlı karakterde bel ağrısı ve gece ağrısı şikayeti mevcutmuş. Travma ya da zorlanma öyküsü yokmuş. Seksen beş yaşında olmasına rağmen daha önce hiçbir osteoporoz tetkikinin yapılmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde lomber vertebral palpasyonla hassastı, paravertebral kas spazmı eşlik etmekteydi. VAS'sı 10 puan üzerinden 10, kas güçleri 5/5 olarak değerlendirildi, derin tendon refleksleri hipoaktif, patolojik refleks yoktu. Hastanın rutinleri, kemik DXA'sı, direkt grafisi istendi. Laboratuvar parametreleri normal olarak değerlendirildi. Kemik DXA'sında sol femur T-skor -3,3, L1-L4 T-skor -4,5 olarak değerlendirildi. Direkt grafide L1'de şüpheli alan görülmesi üzerine lomber vertebral MR'sı istendi. MRG'de L1 vertebrada medullar ödem bulgusu, akut dönemde stabil görünümde kompresyon fraktür bulguları, L4 vertebra end paltoda düzensizlik ve yükseklik kaybı, stabil görünümde kompresyon fraktürü bulguları saptandı. Beyin cerrahi konsültasyonu istenen hastaya perkütan girişimle kifoplasti önerildi ancak hasta kabul etmedi. Hastaya bir ay süreyle istirahat emmesi, üç ay süreyle TLSO kullanması önerildi. Denasumab, kalsiyum ve D vitamini başlandı. Hasta aktif rehabilitasyon programına alındı, 15 seans rehabilitasyon sonrasında VAS'si 3 olarak değerlendirilen

ağrısı büyük oranda gerileyen hasta düzenli poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

**Sonuç:** Endikasyon olan hastalarda düzenli olarak kemik DXA'larının yapılması, osteoporozun erken teşhis edilerek medikal tedavinin başlanması olası fraktür ve defisit riskinin önlenmesi açısından son derece önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Fraktür, kemik dansitometrisi, senil osteoporoz, osteoporoz



**Şekil.** Lomber vertebral MR T1 sekans sagittal kesit ve STIR sekans sagittal kesit görüntüleri. L1 vertebra superior end platoda düzensizlik ve end platoya komşu kemik iliğinde T1 A serilerde silinme, STIR sekansında ise sinyal artışı mevcuttur. Medullar ödem bulgusu saptanmıştır. Posterior elemanların bütünlüğü korunmuştur. Akut dönemde stabil görünümde kompresyon fraktür bulguları mevcuttur. L4 vertebra end platoda düzensizlik ve yükseklik kaybı izlenmiştir. Stabil görünümde kompresyon fraktürü bulguları mevcuttur

## PS-172

### Metabolik sendromu olan kadınlarda el osteoartrit şiddeti ile serum rezistin seviyelerinin ilişkisi

Ekin Başak Doğanç<sup>1</sup>, Berna İmge Aydoğan<sup>2,3</sup>, Nilgün Başkal<sup>3</sup>, Safiye Tuncer<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Erzurum

<sup>2</sup>Güven Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği, Ankara

<sup>3</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

<sup>4</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Metabolik sendrom tanısı alan bireylerde el osteoartritin klinik ve radyolojik şiddetini ve serum rezistin düzeylerini belirlemek ve ayrıca beyaz yağ dokudan salınan bir adipositokin olan serum rezistin seviyelerinin el osteoartritin klinik ve radyolojik şiddetine katkısını araştırmaktır.

**Yöntem:** Çalışma, kesitsel bir çalışma olarak tasarlandı. Çalışmaya, metabolik sendrom ve el osteoartriti tanısı alan [MetS (+), el OA (+)] 29 hasta, metabolik sendromu olmayıp el osteoartriti olan [MetS (-), el OA (+)] 29 hasta ve 29 sağlıklı kontrol [MetS (-), el OA (-)] olmak üzere toplam 87 kişi dahil edildi. Her üç grup, 50-65 yaş arası kadın popülasyonundan seçildi. El osteoartriti tanısı ACR tanı kriterlerine göre, metabolik sendrom tanısı NCEP-ATP III kriterlerine göre konuldu. Likert skalasına göre ağrı varlığı ve şiddeti, grip (kavrama) ve pinç (sıkıştırma) gücü ölçülerek fonksiyon, duruöz el skoru kullanılarak dizabilite varlığı ve OARSI atlası kullanılarak yapısal hasar değerlendirildi. Ayrıca, üç grubun serum rezistin düzeyleri ELISA kiti kullanılarak ölçüldü.

**Bulgular:** Metabolik sendromu ve el osteoartriti olan grup [MetS (+), el OA (+)], metabolik sendromu olmayan ve el osteoartriti olan grup [MetS (-), el OA (+)] ve sağlıklı kontroller [MetS (-), el OA (-)] arasında ağrı varlığı ve şiddeti, fonksiyonel değerlendirme parametreleri, dizabilite skorları ve serum rezistin düzeyleri açısından fark yoktu. [MetS (-), el OA (+)] olan grupta yapısal hasar daha şiddetliydi. Serum rezistin düzeyleri ile ağrı şiddeti, fonksiyonel değerlendirme parametreleri, dizabilite skorları, el osteoartrit bulguları (toplam hassas eklem sayısı, toplam nodül sayısı.. gibi) ve yapısal hasar arasında da anlamlı bir ilişki bulunamadı.

**Sonuç:** Metabolik sendromun, el osteoartriti klinik ve radyolojik şiddetine katkısı yoktur. Metabolik sendromlularda serum rezistin düzeyleri daha yüksek değildir. Serum rezistin düzeylerinin de el osteoartriti şiddeti üzerinde etkisi yoktur.

**Anahtar Kelimeler:** El osteoartriti, metabolik sendrom, serum rezistin

## PS-173

### Ailesel Akdeniz ateşi hastalarında kronik artrit: Klinik özellikler ve tedavi

Ashlan Avanoğlu Güler<sup>1</sup>, Çağatay Coşkun<sup>2</sup>, Salih Ünal<sup>3</sup>, Erdi Tahta<sup>4</sup>, Hazan Karadeniz<sup>1</sup>, Reyhan Bilici Salman<sup>1</sup>, Hasan Satış<sup>1</sup>, Derya Yıldırım<sup>1</sup>, Rıza Can Kardeş<sup>1</sup>, Hamit Küçük<sup>1</sup>, Şeminur Haznedaroğlu<sup>1</sup>, Berna Göker<sup>1</sup>, Mehmet Akif Öztürk<sup>1</sup>, Abdurrahman Tufan<sup>1</sup>

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

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

<sup>3</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Giresun

<sup>4</sup>Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara

**Amaç:** Ailesel Akdeniz ateşi (AAA), tekrarlayan ateş, peritonit, plörit, erizipeloid eritem ve artrit atakları ile karakterize en yaygın görülen kalıtsal periyodik ateş sendromudur. AAA artrit büyük ölçüde kendini sınırlayan ve birkaç gün içinde gerileyen bir klinik prezentasyon göstermesine rağmen, bazı hastalarda şiddetli seyreden kronik artrit tablosu görülmektedir. Bu çalışmada, kronik artritli AAA hastalarının demografik, genetik, klinik özelliklerinin ve tedavilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Veriler 2010 yılında oluşturulan Gazi AAA kohortundan elde edilmiştir. Tanı konulan erişkin AAA hastalarının verileri Tel Hashomer kriterlerine göre düzenli aralıklarla kayıt edilmiştir. Hasta kayıtlarından retrospektif kohort analizi yapılmıştır. Veri tabanından komorbiditeler, atakların özellikleri, genetik analizler, HLA-B27 varlığı, kronik artrit tipi ve lokalizasyonu, tedaviler ve tedavilere yanıt verileri incelenmiştir.

**Bulgular:** Kronik artritli 41 (22 erkek, 19 kadın) hasta belirlendi. Çalışma popülasyonunun yaş ortalaması 37±11 yıldır. En yaygın MEFV varyantı, 36 (%88) hastada (27'si homozigot) gözlenen M694V idi. Yirmi iki (%53,6) hasta ASAS spondiloartrit kriterlerini karşıyordu. Diğer enflamatuvar komorbiditeler açısından

değerlendirildiğinde; 2 hastada Crohn hastalığı, 2 hastada psöriasis ve 1 hastada hidradenitis mevcuttu. Kronik artritli iki hastaya çocukluk döneminde JIA tanısı konmuştu. Hastaların AAA atakları ateş (%82,9), peritonit (%80,5), plörit (%56,1) olarak görüldü. Sekiz hastada (%19,5) kronik artrit, başka semptom olmaksızın hastalığın tek belirtisiydi. Sekiz hastada (%19,5) monoartrit, 33 hastada (%80,5) oligoartrit vardı. Poliartrit olduğu tespit edilen herhangi bir hasta yoktu. En sık görülen artrit lokalizasyonları dizler olup (%56,1), bunu kalça eklemleri (%36,6) ve ayak bilekleri (%36,6) izledi. Kronik artrit metotreksat (n=9), sülfasalazin (n=19), interlökin (IL)-1 antagonistleri (n=26), tümör nekroz faktör antagonistleri (n=24) ve IL-6 antagonistleri (n=2) ile tedavi edildi. Tedavilere rağmen 15 hastada eklem deformitesi ve 6 hastada eklem protezi gerekliliği oluştu.

**Sonuç:** Kronik artrit, AAA'nın nadir bir komplikasyonudur. En sık etkilenen eklemler dizler, kalça ve ayak bilekleridir. Kronik artritte prognoz; gelişmiş tedavilere rağmen kötü olup ancak erken teşhis ve hızlı tedavi ile iyileştirilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Ailesel Akdeniz ateşi, kronik artrit, prognoz

## PS-174

### Hiperfosfatemik familial tümoral kalsinozis: Romatolojik hastalıkların ayırıcı tanısında nadir bir hastalık

Nurbanu Hindioğlu<sup>1</sup>, Meryem Can<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Istanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Istanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahiliye Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

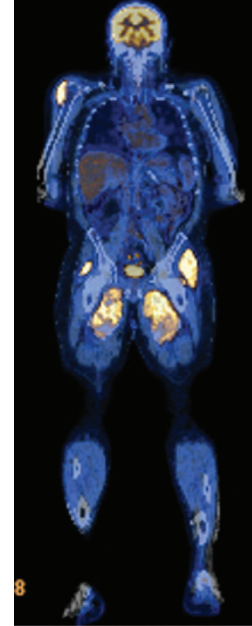
**Amaç:** Hiperfosfatemik familial tümoral kalsinozis (HFTC); sıklıkla kalça, omuz, dirsek eklemi çevresi ektopik kalsifikasyon ve hiperfosfatemi ile karakterize otozomal resesif bir hastalıktır. Nadir bir hastalık olup prevalansı bilinmemektedir. Prezantasyonu romatizmal hastalıklarla benzer özellikler barındırabilmektedir. Burada; yaygın eklem ağrısı, hareket kısıtlılığı ve akut faz reaktanlarında yükseklik ile başvuran ve HFTC tanısı alan bir olguyu sunmaktayız.

**Olgu:** Kırk dokuz yaşında erkek hasta ellerde ağrı-şişlik, omuz ve kalça hareketlerinde kısıtlılık şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Şikayetlerinin 5 yıl önce başladığını belirtti. Özgeçmişinde; HT, KAH mevcuttu. Soygeçmiş ve sistem sorgulamasında özellik tespit edilmedi. Fizik muayenede; bilateral el DIF eklemlerinde şişlik, bilateral el PIF eklemlerinde hassasiyet, lomber ve bilateral omuz, kalça ROM kısıtlılığı tespit edildi. Laboratuvar tetkiklerinde; CRP: 50 mg/L, ESR: 45 mm/s, RF: (-), anti-CCP: (-) idi. Lomber grafide osteoporoz ve yaygın osteofit formasyonları mevcuttu. Kalça MRG'de bilateral kalça çevresi heterotopik ossifikasyon

(HO) görüldü. Ek olarak istenen; Ca: 10 mg/dL, ALP: 87 U/L, PTH: 18 pg/mL ve fosfat: 7 mg/dL (2,6-4,5) olarak sonuçlandı. HO'ya neden olabilecek hastalık öyküsü bulunmaması ve akut faz yüksekliği nedeniyle istenen PET-CT'de, omuz ve bilateral kalça eklemi çevresinde yoğun patolojik <sup>18</sup>F-FDG tutulumu gösteren HO alanları izlendi (Resim 1). Skrotumda biyopsisi kalsinozis kutis ile uyumlu bulunan lezyonlar tespit edildi. Bu bulgularla yapılan ayırıcı tanı sonucunda HFTC şüphesi nedeniyle istenen gen analizinde *GALNT3* geninde homozigot patojenik gen mutasyonu tespit edildi. Endokrinoloji tarafından fosfor kısıtlı diyet başlanan hastanın takibine devam ediliyor.

**Sonuç:** HFTC'de periartiküler ektopik kalsifikasyon oluşumu etkilenen eklemde hareket kısıtlılığına yol açabilir. En sık görülen mutasyonlar; *FGF23*, *GALNT3*, *KL* genlerindedir. *FGF23* eksikliği/direnci nedeniyle renal fosfat emiliminin artması hiperfosfatemiye neden olmaktadır. Akut faz reaktanlarında yükseklik saptanabilir. Mikroskopide hidroksiapatit kristallerinin makrofajlar ile etkileşimi gösterilmiş olup bu durumun enflamatuvar sitokin salınımına neden olarak sistemik enflamasyon gelişimini açıklayabileceği öne sürülmüştür. Literatürde akut faz yüksekliği bulunan HFTC olgularında IL-1 antagonistlerine yanıt bildirilmiştir. Olgumuzda, HO ve hiperfosfatemi; geç prezentasyon ve ailede genetik hastalık öyküsü bulunmamasına rağmen tanıda yol gösterici olmuştur. HFTC şüphesi bulunan hastalarda serum fosfat düzeyi incelenmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Akut faz yüksekliği, heterotopik ossifikasyon, hiperfosfatemi



**Resim 1.** Omuz ve bilateral kalça eklemi çevresinde yoğun patolojik <sup>18</sup>F-FDG tutulumu gösteren HO alanları

## Romatoid artrit ile ilişkili interstisyel akciğer hastalığında tofasitinib: TReasure gerçek hayat verilerinden etkinlik ve güvenlik analizi

Umur Kalyoncu<sup>1</sup>, Emre Bilgin<sup>1</sup>, Abdulsamet Erden<sup>2</sup>, Hasan Satış<sup>3</sup>, Abdurrahman Tufan<sup>3</sup>, Emre Tekgöz<sup>4</sup>, Aşkın Ateş<sup>5</sup>, Belkis Nihan Coşkun<sup>6</sup>, Burcu Yağız<sup>6</sup>, Orhan Küçükşahin<sup>7</sup>, Veli Yazısız<sup>8</sup>, Gezmiş Kimyon<sup>9</sup>, Cemal Bes<sup>10</sup>, Canberk Sami Başbüyük<sup>11</sup>, Serdar Alkan<sup>11</sup>, Teoman Yusuf Cesur<sup>11</sup>, İhsan Ertenli<sup>1</sup>, Sedat Kiraz<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Ankara Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

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

<sup>4</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

<sup>5</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

<sup>6</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

<sup>7</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

<sup>8</sup>Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

<sup>9</sup>Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Hatay

<sup>10</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

<sup>11</sup>Pfizer, Türkiye

**Amaç:** RA-ilişkili interstisyel akciğer hastalığı (RA-İAH), önemli mortalite ve morbidite nedenidir. Oral JAK 1/3 inhibitörü olan tofasitinibin RA tedavisinde giderek artan kullanımına ek olarak RA-İAH ile ilgili umut verici çalışmalar mevcuttur.

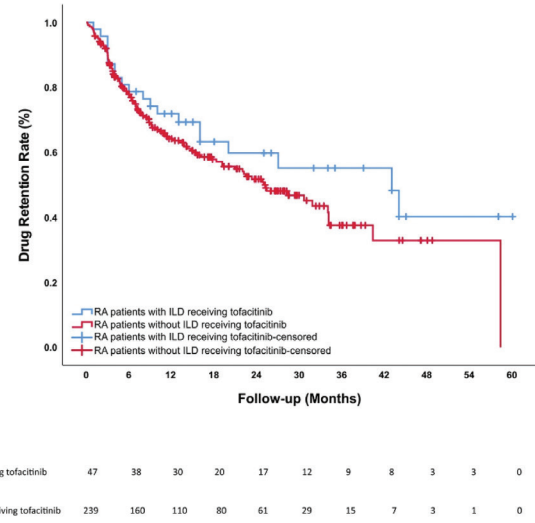
**Yöntem:** Bu çok merkezli (TReasure veritabanından 8 merkez), gözlemsel bir çalışma olup, YRBT görüntülerine göre İAH tanısı almış RA hastalarını içermektedir. Tofasitinib başlanan ve tofasitinib altındaki son vizitte RA ve RA-İAH ile ilgili demografik ve hastalık özellikleri kaydedildi ve bu veriler aynı kohorttaki tofasitinib kullanan ancak RA-İAH tanısı olmayan hastalarla karşılaştırıldı. Tofasitinibin ilaçta kalma oranlarını ve kesilme nedenlerini değerlendirmek için, bu çalışmadaki RA-İAH hastaların verileri, Hacettepe Üniversitesi'nde (HÜ) izlenen İAH'sı olmayan, tofasitinib kullanan RA hastalarının verileriyle karşılaştırıldı. Bu çalışma Pfizer sponsorluğunda yapılmıştır.

**Bulgular:** 47 RA-İAH hastası ve İAH'sı olmayan 387 RA hastasından oluşan kontrol grubu dahil edildi. Tofasitinib alan RA-İAH hastaları çoğunlukla erkekti, daha yaşlıydı ve daha yüksek bazal hastalık aktivitesine sahipti (Tablo). İAH paterni 44/47 (%93,6) hastada biliniyordu: 16 (%36,3) UIP, 24 (%54,5) NSIP ve 4 (%9,1) hava yolu hastalığı. Hastaların 15'i (%31,9) asemptomatikken, en sık başlangıç semptomu nefes darlığıydı [14 (%29,7) hasta]. On sekiz hastada tedavi öncesi ve sonrası FVC ve FEV1 değerleri vardı [tetkik arası ortalama süre 12 (9-19) ay]. Ortalama FEV1; 82,1'e

karşı 82,8 (sırasıyla; tedavi öncesi/sonrası, p=0,079), ortalama FVC %'si; 79,8'e karşı 82,8 (sırasıyla; tedavi öncesi/sonrası, p=0,014). İlaçta kalma oranlarını ve kesilme nedenlerini değerlendirmek için 47 RA-İAH ve İAH'sı olmayan 239 RA hastası (HÜ takipli) analiz edildi. İlaçta kalma oranları benzerdi (p=0,21, log-rank) (Şekil). RA-İAH grubunda tofasitinibin kesilmesinin en sık nedeni enfeksiyonlardı [5 (%25) hasta]. Tofasitinib altında takip süreleri İAH + ve - gruplarında sırasıyla 15 (7-32) ve 11 (4-24) aydı. İAH olan ve olmayan RA hastalarında enfeksiyon nedeniyle ilaç bırakma oranı sırasıyla 100 hasta-yılı için 6,3 ve 2,4'tü.

**Sonuç:** Hastaların çoğunda takip sırasında solunum fonksiyonları stabil kalmıştır. Tofasitinib, RA-İAH için umut verici bir seçenek olabilir. Tofasitinibin kesilmesi RA-İAH hastalarında yüksek oranda enfeksiyonlara bağlı görülmüştür; ancak RA-İAH hastalarının İAH olmayan RA hastalarından daha yaşlı olduğu akıld tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Tofasitinib, romatoid artrit ilişkili interstisyel akciğer hastalığı, TReasure



**Şekil.** İAH tanısı olan ve olmayan RA hastalarında tofasitinibte kalma oranları (Hacettepe Kohortu ile karşılaştırılmıştır)

**Tablo.** Tofasitinib altında İAH tanısı olan ve olmayan RA hastalarının özellikleri

	RA-İAH (+) n=47	RA-İAH (-) n=387	p
Erkek, n	20 (42,6)	69 (17,8)	<0,001
Yaş, yıl	64 (57-69)	56 (46-64)	<0,001
RA hastalık süresi, ay	128 (78-212)	110 (64-183)	0,171
Sigara durumu			
Hiç içmemiş	26 (55,3)	211 (56,4)	0,259
Aktif içici & bırakmış	19 (44,7)	163 (43,6)	
RF (+)	36 (78,3)	249 (68,8)	0,187
Anti-CCP (+)	30 (65,2)	196 (61,6)	0,640
RF veya anti-CCP (+)	41 (87,2)	242 (76,3)	0,094
Komorbidite varlığı	33 (70,2)	203 (52,5)	0,021
Tofasitinib öncesi DAS-28	5,4 (4,6-6,22)	4,36 (3,22-5,58)	<0,001
Tofasitinib öncesi ESH, mm/s	38 (19-73)	29 (17-45)	0,029
Tofasitinib öncesi CRP (mg/L)	6,75 (1,63-24)	9,95 (4,18-25,1)	0,065
Tofasitinib altında izlem, ay	15 (7-32)	7 (3-12)	<0,001

## RA hastalarında bDMARD tedavisine verilecek cevabın makine öğrenmesi ile tahmin edilmesi

Ceren Tuncer Şaka<sup>1</sup>, Gülşah Karakaya<sup>2</sup>, Emre Bilgin<sup>3</sup>,  
Levent Kılıç<sup>3</sup>, Umut Kalyoncu<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Mühendislik Fakültesi, Endüstri Mühendisliği Bölümü, Ankara

<sup>2</sup>Orta Doğu Teknik Üniversitesi İşletme Fakültesi, İşletme Bölümü, Ankara

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

**Amaç:** Romatoid artrit (RA) hastalarında hastalığın seyri, klinik semptomlar ve tedaviye cevap verme oldukça farklılık gösterir. Literatüre göre RA hastalarının yaklaşık üçte biri bDMARD tedavilerine cevap vermemektedir. Bu tip hastaların tedavi başında tahmin edilebilmesi, olası ek tedavi yöntemlerinin önerilmesi ve tedavinin doğru yönde şekillendirilmesi açısından önemlidir. Çalışmanın amacı, hastaların bDMARD tedavisine verecekleri cevabı tahmin etmekte kullanılacak faktörlerin belirlenmesi ve yüksek tahmin başarısı olan bir model ortaya konmasıdır. Ayrıca, tedaviye cevap vermeyeceği tahmin edilen hastalarda ek tedavilerin belirlenmesine yönelik bir karar destek sisteminin geliştirilmesi önerilmektedir.

**Yöntem:** HÜR-BİO veritabanına kayıtlı, 2013 ve sonrasında bDMARD tedavisine başlamış olan 1,101 hastadan Tablo 1’de verilen değişken değerleri tutulan ve HAQ değeri en az 0,5 olan 190 hastanın verileri kullanılmıştır. Hastaların yaşları 22-79 arasındadır. Bu hastaların tedavi başındaki değerleri ile yaklaşık 6 ay sonraki kontroldeki değerleri alınmış, tedaviye verilen cevabı ölçmek için HAQ skorundaki değişim kullanılmıştır. HAQ skoru değişiminin en az 0,22 olması iyileşme olarak kabul edilmiştir. Tahminler lojistik regresyon ile yapılmıştır. Sonuçlar başka makine öğrenme yöntemleri ile de kıyaslanmıştır.

**Bulgular:** Kurulan lojistik regresyon modelinin tahminlerinin doğruluk oranı %84’tür. Tedaviye cevap verecek olan hastaların tahmininde duyarlılık oranı %92, vermeyecek olan hastaların tahmininde özgüllük oranı %62’dir. Cinsiyet, yaş, ağrı ve yorgunluk seviyesi, daha önce kullanılan ilaçlar ve eşlik eden hastalıklar tahmin için öne çıkan faktörler olmuştur. Altı aydaki tedavi cevabı olumlu olan hastaların %87’sinin bir yıl sonundaki tedavi cevabının da olumlu olduğu, olumsuz olan hastaların %75’inin bir yıl sonundaki tedavi cevabının da olumsuz olduğu görülmüştür.

**Sonuç:** RA hastalarında bDMARD tedavisine cevap vermeyecek olanların tahmin edilmesi, bu hastalarda fizik tedavi, diyet, egzersiz, psikososyal rehabilitasyon gibi ek tedavi yöntemlerine zaman kaybetmeden başlanmasına olanak verecektir. Elde edilen sonuçlar, bu tahminin yapılabileceğini göstermiştir. Bundan sonraki aşamada, ek tedavi yöntemlerine hekim ve hasta tarafından ortak şekilde karar verilmesine olanak sağlayacak bir karar destek sisteminin geliştirilmesi hedeflenmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Biyolojik DMARD, romatoid artrit, makine öğrenmesi

**Tablo.** Tüm hastaların lojistik regresyonda değerlendirilen değişkenleri, HAQ skoru 6 ay içinde iyileşen ve iyileşmeyen hastaların karşılaştırması

Değişkenler*	Tüm hastalar (n=190)	HAQ’ı iyileşen hastalar (n=137, %72,1)	HAQ’ı iyileşmeyen hastalar (n=53, %27,9)
Kadın	164 (86,3)	114 (83,2)	50 (94,3)
Yaş, yıl (ort ± SS)	52,1±12,9	50,6±12,9	56,2±12,0
Evlili	170 (89,5)	123 (89,8)	47 (88,7)
Sigara paketyıl (ort ± SS)	6,9±14,3	6,1±13,9	9,0±15,2
VKI (ort ± SS)	30,7±6,8	30,6±6,9	30,9±6,6
CCP veya RF pozitif	147 (77,4)	106 (77,4)	41 (77,4)
İnterisyel akciğer hastalığı	1 (0,5)	1 (0,7)	0 (0,0)
Koronar arter hastalığı	18 (9,5)	9 (6,6)	9 (17,0)
Omurga cerrahisi	21 (11,1)	12 (8,8)	9 (17,0)
Ortopedik cerrahi	23 (12,1)	15 (10,9)	8 (15,1)
Kronik böbrek hastalığı	1 (0,5)	0 (0,0)	1 (1,9)
Tiroid hastalıkları	26 (13,7)	17 (12,4)	9 (17,0)
Serobovasküler olay	2 (1,1)	2 (1,5)	0 (0,0)
Hipertansiyon	71 (37,4)	44 (32,1)	27 (50,9)
Diabet	27 (14,2)	15 (10,9)	12 (22,6)
Tüberküloz öykü	3 (1,6)	2 (1,5)	1 (1,9)
Sjögren	8 (4,2)	5 (3,6)	3 (5,7)
Metotreksat (biyolojik öncesi)	161 (84,7)	115 (83,9)	46 (86,8)
Leflunomid (biyolojik öncesi)	103 (54,2)	71 (51,8)	32 (60,4)
Steroid (biyolojik öncesi)	164 (86,3)	121 (88,3)	43 (81,1)
Sedimentasyon (ort ± SS)	50,8±26,3	52,0±26,2	47,6±26,6
CRP (ort ± SS)	4,3±4,6	4,7±4,5	3,4±4,6
Şiş eklem sayısı (ort ± SS)	5,2±3,3	5,0±3,3	5,7±3,5
Hassas eklem sayısı (ort ± SS)	9,8±4,5	9,6±4,6	10,3±4,2
VAS Global (ort ± SS)	71,0±15,8	71,9±15,8	68,8±16,0
VAS Yorgunluk (ort ± SS)	67,3±24,5	67,6±24,4	66,6±25,0
VAS Ağrı (ort ± SS)	73,8±16,7	76,1±15,0	68,1±19,3
HAQ (ort ± SS)	1,4±0,6	1,4±0,6	1,1±0,5

\* n(%), eğer belirtilmişse ortalama ve standart sapma

CCP: Sirkül sitrülüne peptit, CRP: C-reaktif protein, HAQ: Health Assessment Questionnaire, RF: Romatoid faktör, VKI: Vücut Kitle İndeksi

## PS-177

### Romatoid artrit hastalarında servikal tutulum sıklığı ve ilişkili risk faktörlerinin değerlendirilmesi

Gülşah Alp, Haluk Cinaklı, Dilek Solmaz, Eda Akat, Elif Durak Ediboğlu, Esra Erpek, Servet Akar

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

**Amaç:** Romatoid artrit (RA) spinal tutulum, anterior atlantoaksiyel subluksasyon (aAAS), vertikal subluksasyon (VS) ve subaksiyel subluksasyon (SAS) olmak üzere servikal omurganın üst bölgesi ile sınırlıdır ve instabiliteye yol açar. Bu çalışmamızda RA’lı hastalarda servikal tutulum sıklığını ve ilişkili risk faktörlerini değerlendirmeyi amaçladık.

**Yöntem:** Tek merkezli kesitsel olarak planlanan çalışmaya ACR 2010 kriterlerine göre RA olarak sınıflandırılan ardışık 240 hasta dahil edildi. Hastalık aktivite değerlendirmelerine ek olarak aynı vizitte servikal fleksiyon, ekstansiyon ve nötral radyografileri çekildi. Densin ön yüzü ile atlasın ön arkının arka yüzünün arasındaki mesafenin fleksiyonda >3 mm olması aAAS, odontoid sürecinin ucu McGregor çizgisinin 4,5 mm üzerinde ise VS, C3-C7 arasında bir vertebranın, bir sonraki vertebraya göre >3 mm kayması SAS olarak değerlendirildi. Tüm servikal grafileri, hastaların tüm klinik verilerine kör iki okuyucu tarafından değerlendirildi, uyumsuzluk olması durumunda ortak bir oturum ile tekrar değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışma popülasyonunun %79’u (n=191) kadın ve ortalama yaş 56,4±11,4 yıl ve ortalama hastalık süresi 10,2±8,5 yıl olarak

bulundu. Katılımcıların 203 (%84,6) seropozitif ve 93 hastanın da el veya ayak grafilerinde erozyon tespit edildi. Servikal grafilerin değerlendirmesinde 25 (%10,4) hastada aAAS ve sadece bir hastada aAAS ve VS kombinasyonu vardı, SAS saptanmadı. aAAS olan ve olmayan hastalarda yaş ve cinsiyet benzerdi. aAAS'li üç hastadan birinde boyun ağrısı yoktu. Gelişmiş tedavi ve osteoporoz varlığı aAAS grubunda daha sık görülme eğilimindeydi. aAAS'li hastalar daha uzun hastalık süresine, daha fazla erozyona, eklem kısıtlılığına ve eklem protezi öyküsüne sahipti. Çok değişkenli regresyon analizinde, eklem kısıtlılığı ve eklem protezi öyküsü bağımsız olarak aAAS varlığının prediktörleri olarak bulundu.

**Sonuç:** Bu çalışmada RA'da en sık görülen servikal tutulum tipi aAAS olarak bulundu. Ağır hastalık ile ilişkili olabilecek uzun hastalık süresi, erozyon varlığı, eklem kısıtlılığı ve protez öyküsü gibi faktörler aAAS ile de ilişkilendirildi. Boyun ağrısı olmasa bile özellikle yerleşik hastalıkta servikal tutulum akıld tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** aAAS, romatoid artrit, radyografi, servikal tutulum

**Tablo 1.** Demografik ve klinik özellikleri

Değişkenler	aAAS var N:25	aAAS yok N:215	P değeri
Yaş, mean (SD)	56.0 (13.8)	56.4 (11.1)	0.68
Cinsiyet, n (%)	20 (80)	171 (79.5)	0.95
Hastalık süresi, yıl mean (SD)	16.9 (11.5)	9.4 (7.8)	0.001
Sigara içme, n (%)	12 (48)	93 (44.1)	0.70
Vücut kitle indeksi, mean (SD)	26.4 (4.9)	28.5 (5.3)	0.40
Boyun ağrısı, n (%)	16 (66)	102 (49)	0.10
Eklem kısıtlılığı, n (%)	16 (64)	41 (19.1)	<0.001
El ayak grafisinde erozyon, n (%)	76 (35.3)	17 (68)	0.002
Eklem protez öyküsü, n (%)	8 (32)	20 (9.3)	<0.001
Osteoporoz, n (%)	7 (28)	43 (20)	0.35
Komorbidite varlığı, n (%)	15 (60)	150 (69.8)	0.32
RF yada Anti-CCP pozitifliği, n (%)	23 (92)	180 (83.7)	0.39
<b>Hastalık aktivite ölçütleri</b>			
HES, median (IQR)	1 (4)	2 (6)	0.15
ŞES, median (IQR)	0 (1)	0 (1)	0.66
ESR (mm/h), mean (SD)	33.4 (16.5)	29.3 (16)	0.10
CRP (mg/L), mean (SD)	3.3 (38.5)	8.5 (14)	0.09
DAS28-CRP, mean (SD)	3.3 (1.3)	2.9 (1.1)	0.62
CDAI, mean (SD)	12.1 (9.7)	10.1 (6.0)	0.59
HAQ, mean (SD)	1.2 (0.7)	1.1 (1.54)	0.27
<b>Mevcut tedavi</b>			
Metotreksat, n (%)	12 (48)	128 (59.5)	0.27
Leflunomid, n (%)	10 (40)	62 (29)	0.26
Kortikosteroid, n (%)	20 (80)	139 (64.7)	0.13
Gelişmiş tedavi, n (%)	8 (32)	44 (20.6)	0.19

**Tablo 2.** aAAS risk faktörlerinin değerlendirilmesi

Değişkenler	Tek değişkenli analizler OR	Tek değişkenli analizler %95 CI	Tek değişkenli analizler p değeri	Çok değişkenli analizler OR	Çok değişkenli analizler %95 CI	Çok değişkenli analizler p değeri
Hastalık süresi, yıl ( $\geq 10$ vs $<10$ )	2,92	1,2-7,0	0,017	1,4	0,52-3,9	0,49
Eklem kısıtlılığı	7,5	3,1-18,2	<0,001	5,8	2,1-16	0,001
El veya ayak grafisinde erozyon	3,7	1,5-9,0	0,004	1,3	0,47-4,0	0,55
Eklem protez öyküsü	4,5	1,7-11,9	0,002	3,6	1,2-10,5	0,019

PS-178

## Renal amiloidozu olan ailevi Akdeniz ateşi hastalarında renal transplantasyonun uzun dönem sonuçları: Tek merkez deneyimi

Buğra Hatipoğlu<sup>1</sup>, Berivan Bitik<sup>2</sup>, Burak Sayın<sup>2</sup>, Günay Şahin Dalgıç<sup>2</sup>, Ayşenur Aslan<sup>2</sup>, Nurbanu Bursa<sup>3</sup>, Serhad Ok<sup>1</sup>, Mehmet Haberal<sup>4</sup>, Ahmet Eftal Yücel<sup>2</sup>

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

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

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

<sup>4</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Ailevi Akdeniz ateşi (AAA) tekrarlayan ateş, serözit, sinovit veya erizipel benzeri deri lezyonları ile karakterize bir otoenflamatuvar hastalıktır. AAA'nın en önemli komplikasyonu nefrotik sendrom ve son dönem böbrek yetmezliğine (SDBY) neden olabilen AA tipi sekonder amiloidozdur. Renal transplantasyon (RTr) SDBY için tercih edilen güncel tedavi yöntemidir. Bu çalışmanın amacı, bu hastaların demografik, klinik ve laboratuvar verilerini inceleyerek, RTr'nin uzun dönem sonuçlarını değerlendirmektir.

**Yöntem:** Merkezimizde takip edilen ve 1990 ile 2021 arasında RTr yapılan, biyopsi ile gösterilmiş amiloidozu olan 31 AAA hastasının (13 kadın/18 erkek) dosyaları incelenmiştir. Kontrol grubu olarak amiloidoz dışı nedenlerle RTr geçiren 52 (18 kadın) hasta seçilmiştir. Beş ve 10. yılda greft ve hasta sağkalımı kaydedilmiştir.

**Bulgular:** AAA hastalarında ortanca takip süreleri 108 (Q1-Q3; 60-192) ay, ortalama yaş ise 44,2±11,5'ti. Beş yıl veya daha uzun süre takipli hasta sayısı 25,  $\geq 10$  yıldır takipli hasta sayısı on beşi (Tablo 1). AAA hastalarının 11'i RTr sonrası, takip sürecinde ölmüştür. Ölümün sekizi beşinci yıl sonrasında, üçü ise daha erken dönemde olmuştur (3.-12. ve 24. aylarda). Bu hastalarda RTr ile ölüm zamanları arasında geçen ortalama zaman 108 (min-maks; 3-264) aydı. Ölüm nedenleri; lenfoma (2), COVID-19 (1), megakolon (1), invaziv aspergilloz (1), diseminan zona zoster enfeksiyonu (1), sepsis ve Guillain-Barre sendromu (1), kalp transplantasyonu sonrası sepsis (1), olası sepsis (3)'di. Üç hastada transplante böbrekte biyopsi ile amiloidoz rekürrensi saptanmıştır. Beşinci yılda greft sağkalım yüzdesi AAA grubunda %84, kontrol grubunda %88,8'di (p=0,092). Onuncu yılda AAA grubunda greft sağkalım yüzdesi AAA grubunda %86,6, kontrol grubunda %92,3'tü (p=1,0) (Şekil 1). Üç hasta kolşisin tedavisi yanında anakinra, bir hasta kanakinumab alıyordu. Hastaların hepsi RTr sonrası immünosupresif tedavi alıyordu.

**Sonuç:** AAA hastalarında renal transplantasyonun uzun dönem sonuçları, amiloidozu olmayan hasta grubundan belirgin farklı görünmemektedir. Bu çalışmada RTr yapılan 3 AAA hastasından biri ölmüştür. Ölüm nedenleri kullanılan immünosupresiflerin uzun dönem etkilerine bağlı olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Ailevi Akdeniz ateşi, amiloidoz, renal transplantasyon, kolşisin, son dönem böbrek yetmezliği



**Tablo 1.** Renal transplantasyon yapılan, AAA olan ve olmayan grupların demografik ve klinik özellikleri

	AAA olan (n=31)	AAA olmayan (n=52)
Yaş (ortalama ± SS)	44,2±11,5	44±11,7
Cinsiyet (K/E)	13/18	18/34
Takip süresi, ay (Q1-Q3)	108 (60-192)	108 (48-192)
RTr yaşı, yıl (Q1-Q3)	32 (25-40)	32,5 (21-44)
Kadavra/canlı (n)	8/23	7/45
Ölen hasta sayısı n (%)	11	0
5 ve üzeri yıldır takipte olan hasta sayısı (n)	25	36
5. yılda greft/ hasta sağkalımı, n (%)	21 (%84)/23 (%92)	32 (%88,8)/36 (%100)
10 ve üzeri yıldır takipte olan hasta sayısı (n)	15	26
10. yılda greft /hasta sağkalımı, n (%)	13 (%86,6)/15 (%100)	24 (%92,3)/26 (%100)

## PS-179

### İmmünoşüpresif tedavi sonrasında, tekrarlayan akciğer enfeksiyonu ve Herpes zoster enfeksiyonu geçiren bir romatoid artrit olgusu

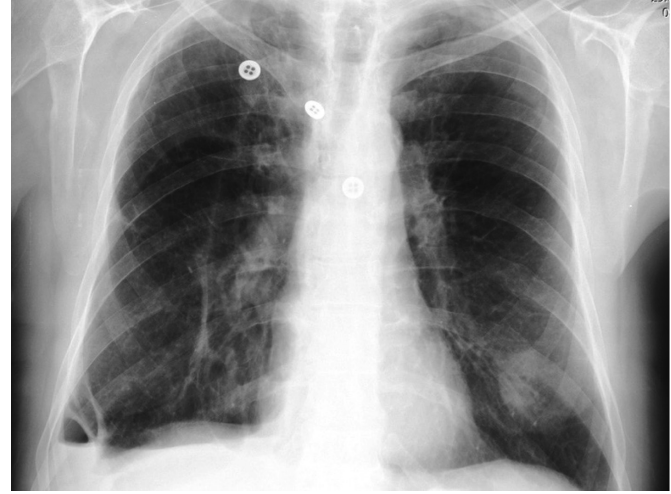
Gamze Dilek, Mehtap Kalçık Unan, Ayhan Kamanlı, İbrahim Tekeoğlu, Kemal Nas

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi, Rehabilitasyon ve Romatoloji Anabilim Dalı, Sakarya

Altmış yedi yaşında erkek hasta. 2014'te kliniğimizde seropozitif romatoid artrit tanısı konuldu. Hastaya metotreksat 15 mg ve prednizolon 5 mg tedavisi başlandı. 23.10.2015 tarihli kontrolünde bilateral el ağrı, sol el 2 ve 3 MKF metakarpofalangeal (MKF) eklemde artrit vardı. Prednizolon dozu artırıldı. 07.01.2016 kontrolünde sol el bileğinde artrit, sol 2-3 MKF artrit, sağ el 2. proksimalinterfalangeal artrit mevcuttu. CRP 22 mg/dL, SED 56 mm/s saptandı. DAS 28 4,8'di. Hastaya 16.02.2016 tarihinde etanercept 50 mg 1x1 hafta başlandı. 08.05.2016 tarihli kontrolünde DAS 28 2,8'di. Hastanın 21.12.2016 kontrolünde öksürük halsizlik yakınması vardı. Akciğer grafisinde bilateral plevral efüzyon saptandı. Göğüs cerrahisi pozitron emisyon tomografisi (PET) ve akciğer tomografisi tetkikleriyle plevral ampiyem tanısı koydu ve video destekli torakoskopik cerrahi yapıldı. Hastanın etanercepti kesildi. Antibiyoterapi tamamlandıktan sonra tedaviye metotreksat 10 mg, prednizolon 5 mg 1x1 ile devam edildi. 15.11.2019 tarihli kontrolünde öksürük, genel durum bozukluğu vardı. Hastanın laboratuvarında CRP 55 mg/dL, SED 78 mm/s geldi. Akciğer grafisinde plevral efüzyon saptandı. Göğüs cerrahisi hastada sol akciğer alt lobta ampiyem saptadı (Resim 1). Hastanın ampiyemi drene edildi ve tedavisi göğüs cerrahisi tarafından tamamlandı. Takiplerinde akciğer grafisi, akciğer tomografisi tetkikleri normaldi. Hastanın metotreksat 10 mg tedavisine devam edildi. Hastanın 22.03.2020 tarihli kontrolünde bilateral 2,3 MKF artrit vardı. DAS28 4,2 idi. Akciğer grafisi normaldi. Hastaya tofacinitib 5 mg 2x1 başlandı. Metotreksat tedavisine devam edildi. 02.04.2021 kontrolünde öksürük yakınması vardı. CRP

23 mg/dL, SED 111 idi. PET tetkikinde sağ akciğer alt lobda ampiyem saptandı. Tofacinitib ve metotreksat kesildi. Hastaya antibiyoterapi başlandı. Hasta 5 mg prednizolon ile takip edildi. 29.07.2021 tarihli kontrolünde 15 gün önce zona enfeksiyonu geçirdiğini belirtti. Hastanın antibiyoterapisi bittikten sonra geleneksel hastalık modifiye edici ajan tedavisiyle takibi planlandı. Hastamız etanercept ve tofacinitib tedavisi altındayken tekrarlayan akciğer enfeksiyonu geçirmiştir. Hastada immünoşüpresif tedavinin kesilmesinden 2 ay sonra zona enfeksiyonu gelişmiştir. Yaşlı hastalarda biyolojik immünoşüpresif tedavisi sırasında enfeksiyon takibine önem verilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Romatoid artrit, etanercept, tofacinitib, yaşlı hasta



**Resim 1.** Sol akciğer alt lobda ampiyem ve sağ kostafrenik sinüste hava boşluğu

## PS-180

### Behçet kohortunda klinik bulgular: Tek merkez verileri

Senar Şan, Özlem Özdemir Işık, Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle

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

**Amaç:** Behçet hastalığı ilk defa 1937'de Hulusi Behçet tarafından tanımlanmıştır. Tekrarlayan oral aft, genital ülser, deri lezyonları, göz tutulumu ve diğer sistemik tutulumları (vasküler, gastrointestinal, nörolojik) ile karakterize hem arteriyel hem venöz sistemi etkileyen sistemik bir vaskülitir. Kliniğimizde takipli Behçet hastalarının klinik ve demografik verilerini değerlendirmeyi amaçladık.

**Yöntem:** 2004-2020 yılları arasında Behçet tanısı alan 394 hastanın klinik, demografik verileri ve sistemik tutulumları retrospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmamızda hastaların %43,7'si kadın, %56,3'ü erkek, ortalama yaş 40±11, tanı yaşı 27,3±10, hastalık yaşı 13,1±7 yıl idi. Hastaların %98'inde mukokutanöz tutulum, %35'inde üveit, %2,8'inde retinal vaskülit, %24,9'unda artrit, %1 arteriyel oklüzyon, %1,3'ünde arteriyel anevrizma, %17,6'sında venöz sistem tutulumu, %4,3'ünde gastrointestinal tutulum, %1,8'inde

kardiyak tutulum, %6,1'inde kraniyal sistem tutulumu tespit edildi. Hastaların %3,3'ünde pulmoner arter tutulumu mevcuttu (Tablo 1). Pulmoner arter tutulumu olan hastaların %85'inde pulmoner arter trombozu, %62'sinde ise pulmoner arter anevrizması vardı. Venöz sistem tutulumu olan hastaların %68'inde alt ekstremitelerde derin venöz sistemde tutulum varken %29'unda yüzeysel tromboflebit tespit edildi. Arteriyel tutulumu olan 100 (%24,9) hasta incelendiğinde hastaların %75'inde monoarteriyel tutulum, %21'inde oligoarteriyel tutulum ve 3 (%3) hastada sakroileit tespit edildi. Gastrointestinal tutulum tespit edilen 17 (%4,3) hastanın hiçbirinde ince barsak tutulumu tespit edilmezken %76'sında ileal tutulum vardı. Santral sinir sistemi tutulumu olan 24 (%6,1) hastanın %54'ünde parankimal tutulum, %46'sında dural sinüs trombozu mevcuttu.

**Sonuç:** Behçet hastalığı arteriyel ve venöz sistemi tutabilen, bu nedenle pek çok organ ve sistemi etkileyen bir vaskülitir. Hastaların uzun dönem takibi ve sistem tutulumları açısından dikkatle değerlendirilmesi önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet hastalığı, epidemiyoloji, sistemik vaskülit

**Tablo 1.** Behçet hastalarının demografik ve klinik verileri

n=394	n (%)
<b>Cinsiyet</b>	
Kadın	172 (43,7)
Erkek	222 (56,3)
Aile öyküsü	48 (12,2)
Ateş ve kilo kaybı	21 (5,3)
Mukokutanöz tutulum	386 (98)
Oral aft	379 (96,2)
Genital ülser	256 (65)
Papülopüstüler lezyon	129 (32,7)
Eritema nodosum benzeri lezyon	150 (38,1)
Paterji pozitifliği	185 (47)
Üveit	138 (35)
Retinal vaskülit	11 (2,8)
Venöz tutulum	76 (17,6)
Tromboflebit	22 (5,6)
Derin venöz tromboz	52 (13,2)
Artrit	98 (24,9)
Monoartrit	74 (75,5)
Oligoartrit	21 (21,4)
Sakroileit	3 (3)
Arteriyel oklüzyon	4 (1)
Arteriyel anevrizma	5 (1,3)
Pulmoner arteriyel tutulum	13 (3,3)
Pulmoner tromboz	11 (2,8)
Pulmoner anevrizma	8 (2)
Gastrointestinal tutulum	17 (4,3)
İleum	9 (2,3)
Kolon	2 (0,5)
Rektum	1 (0,3)
İleokolon	4 (1)
Kardiyak tutulum	7 (1,8)
Perikardit	2 (0,5)
Ventriküler tromboz	4 (0,9)
Atriyal tromboz	1 (0,2)
Kraniyal tutulum	24 (6,1)
Parankimal tutulum	13 (3,3)
Serebral venöz tromboz	11 (2,8)

## PS-181

### Behçet kohortunda kardiyak tutulum

Senar Şan, Özlem Özdemir Işık, Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle

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

**Amaç:** Behçet hastalığı değişken boyutlu, arteriyel ve venöz sistemi etkileyen bir vaskülitir. Kardiyak tutulum ise Behçet hastalığının nadir ama hayati önemi olan enflamasyona bağlı trombotik tutulumlarından biridir. Bu çalışmada Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Poliklinik takibinde olan Behçet hastalarındaki kardiyak tutulum incelenmiştir.

**Yöntem:** 2004-2020 yılları arasında Behçet hastalığı tanısı alan 394 hastanın demografik ve klinik bilgileri retrospektif olarak incelendi. Kardiyak tutulum tespit edilen 7 (%1,8) hastanın diğer sistemik tutulumları değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastaların %71'i erkek, %29'u kadın, yaş ortalamaları 35,7-6±10,2 yıl, ortalama hastalık süresi 12,3±5,8 yıl idi. Hastaların %85'inde oral aft, %85,7'sinde genital ülser, %14,3'ünde papülopüstüler lezyonlar, %28,6'sında eritema nodosum, %28,6'sında kraniyal tutulum, %28,6'sında paterji pozitifliği tespit edildi. İki hastada (%28,5) perikardit, 5 (%71,4) hastada ise intrakardiyak tromboz tespit edildi. Tüm kardiyak trombotik durumlar sağ kalpte gerçekleşmişti. Bir hastanın tutulumu atriumda iken; diğer dört hastada ventriküler tutulum tespit edildi (Tablo 1). Behçet hastalarında kardiyak tutulum ile diğer tutulumlar arasında ilişki olup olmadığı araştırıldığında kardiyak tutulum ile arteriyel anevrizma varlığı ve pulmoner arteriyel tutulum (pulmoner arter anevrizması ve pulmoner arter trombozu) arasında ilişki gözlenirken multivariate lojistik regresyon analizinde ise sadece pulmoner arter trombozu ile bir ilişki saptandı (Tablo 2). Bir hasta kardiyak tromboz ile Behçet tanısı alırken, diğer 6 hastanın kardiyak tromboz gelişimi Behçet hastalığı tanısı sonrasında gelişmişti. Bir hastada pulmoner arter anevrizması ve pulmoner trombozun yanı sıra sağ derin ve yüzeysel femoral venöz tromboz da tabloya eşlik etmekteydi. İki hastada ise hem vena cava superior hem de vena cava inferior tutulumu mevcuttu.

**Sonuç:** Çalışmamızda Behçet hastalarında kardiyak tutulum oranı (%1,8) diğer çalışmalara (%7-46) kıyasla daha düşük oranda bulunmuşken, tutulum alt grubu açısından incelendiğinde perikardit sıklığı benzer tespit edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet hastalığı, atriyal tromboz, ventriküler tromboz

**Tablo 1.** Kardiyak tutulumu olan Behçet hastalarının klinik ve demografik verileri

n=7	n (%)
<b>Cinsiyet</b>	
Kadın	2 (29)
Erkek	5 (71)
Aile öyküsü	3 (42,9)
Oral aft	6 (85,7)
Genital ülser	6 (85,7)
Papülopüstüler lezyon	1 (14,3)
Eritema nodosum	2 (28,6)
Paterji pozitifliği	2 (28,6)
Üveit	1 (14,3)
Artrit	1 (14,3)
Venöz tutulum	3 (42,9)
Vena cava superior	1 (14,3)
Vena cava inferior	1 (14,3)
Alt ekstremité derin ven trombozu	2 (28,6)
Arteriyel oklüzyon	-
Arteriyel anevrizma	2 (28,6)
Pulmoner tutulum	3 (42,9)
Pulmoner arter anevrizması	2 (28,6)
Pulmoner arter trombozu	3 (42,9)
Gastrointestinal tutulum	-
Kraniyal tutulum	2 (28,6)
Parankimal tutulum	1 (14,3)
Serebral venöz tromboz	1 (14,3)

**Tablo 2.** Kardiyak tutulum ile diğer klinik bulguların ilişkisi

	Univariate		Multivariate	
	p	OR (%95 CI)	p	OR (%95 CI)
Arter anevrizması	0,003	13,7 (2,4-78,4)	-	-
Pulmoner arter tutulumu	0,000	28,8 (5,6-143,4)	-	-
Pulmoner arter trombozu	0,000	35,5 (6,8-185,5)	0,000	35,6 (6,8-185,5)
Pulmoner anevrizma	0,001	25,4 (4,0-157,9)	-	-

(Lojistik regresyon analizine göre)

## PS-182

### Pulmoner arterde anevrizma, tromboz ve pulmoner enfaktüs ile gelen bir Behçet olgusu

Hasan Ulusoy, Gökhan Yavuzbilge, Ayşegül Uçar, Seyyid Bilal Açıkgöz

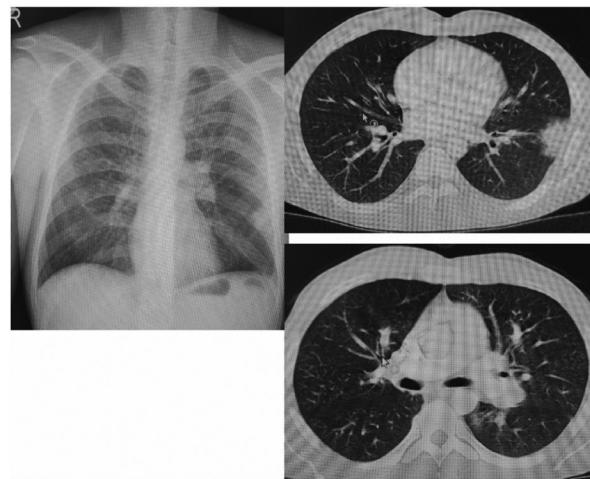
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun

**Amaç:** Behçet hastalığı çeşitli sistemik komplikasyonların eşlik edebildiği sistemik bir vaskülitir. Pulmoner arterde anevrizma ve tromboz Behçet hastalığı seyrinde görülebilen mortalitesi yüksek ciddi bir komplikasyondur.

**Olgu:** Otuz üç yaşında erkek hasta plöritik ağrı ve günlük 10-15 cc kanlı balgam şikayeti ile başvurdu. Öyküde hastanın Behçet hastalığı ile takipte olduğu ve kolşisin kullandığı anlaşıldı. Hastalık tanısının tekrarlayan oral ve genital ülserler, üveit atakları ve papülopüstüler lezyonlar ile konulduğu öğrenildi. Fizik muayenede solunum sayısı 25/dakika, kan basıncı 110/65 mmHg, kalp hızı 90/dakika, vücut sıcaklığı 37 °C olarak bulundu. Akciğer grafisinde sol hiler bölgede opasite artışı ve sol akciğer orta zonda periferik opasite artışı görüldü. Bilgisayarlı tomografi ve anjiyografide sağ pulmoner arter segmental dallarında tromboembolik dolum defektleri, sol pulmoner arter alt lob lobar dalında 27 mm tromboze anevrizmatik genişleme izlendi. Sol akciğer alt lob superiorunda pulmoner enfarktüsü gösteren plevra tabanlı konsolide alan izlendi. Ekokardiyografide kalp kapakları doğaldı ve intrakardiyak trombus gözlenmedi. Venöz Doppler ultrasonografide sağ femoral ve popliteal venlerde kronik tromboz görüldü. Balgam kültüründe üreme olmadı. Anti-fosfolipid antikorlar ve trombofili paneli negatifti. Hasta Behçet hastalığına bağlı pulmoner arter anevrizması, tromboz ve pulmoner enfarktüs kabul edilerek 3 gün 1000 mg metilprednisolon İV verildi. Takiben 1 mg/kg oral metilprednisolon başlanarak kademeli olarak azaltılmaya başlandı. Hastaya 6 ay süreyle aylık 1000 mg intravenöz siklofosfamid tedavisi planlandı ve ilk dozu yatışı sırasında uygulandı. Herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hastanın hemoptizisi 10 gün içerisinde durdu ve önerilerle taburcu edildi.

**Sonuç:** Behçet hastalığında kapiller yataktan büyük damarlara her çapta arterial ve venöz tutulum görülebilir. Venöz tutulum yüzeysel tromboflebit, derin ven trombozu ve vena cava sendromu şeklinde karşımıza çıkabilir. Arteriyel tutulum anevrizma, tromboz ve hemorajilere neden olabilir. Özellikle venöz tromboz öyküsü olan hastalarda pulmoner arterde anevrizma, tromboz ve pulmoner enfaktüs riski artmıştır. Bu hastalarda kullanılacak antikoagülan ve antiagregan tedavi ölümle sonuçlanabilecek hemorajilere neden olabilir. Tedavinin temelini immünosupresifler oluşturmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Anevrizma, Behçet hastalığı, pulmoner enfarktüs, tromboz



**Resim 1.** Akciğer grafisinde sol hiler bölgede opasite artışı ve sol akciğer orta zonda periferik opasite artışı. Bilgisayarlı tomografi ve anjiyografide sol pulmoner arter alt lob lobar dalında 27 mm tromboze anevrizmatik genişleme ve sol akciğer alt lob superiorunda pulmoner enfarktüsü gösteren plevra tabanlı konsolide alan

## Nörobekçet sendromlu olguların klinik, nöroradyolojik ve prognostik özelliklerinin incelenmesi: Sakarya ili deneyimi

Sümeyye Merve Türk<sup>1</sup>, Zeynep Öztürk<sup>1</sup>, Damla Karataş<sup>1</sup>, Emel Gönüllü<sup>1</sup>, Dilcan Kotan<sup>2</sup>, Onur Taydaş<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup>Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Sakarya

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

**Amaç:** Nörolojik tutulum, Bekçet hastalığının (BH) en ciddi uzun vadeli morbidite ve mortalite nedenlerinden biridir. BH'de nörolojik tutulum ya birincil nöral parankimal lezyonlardan kaynaklanır ya da majör vasküler tutulumla ikincildir. Nörolojik tutulum BH hastalarının yaklaşık %5'inde mevcuttur ve erkeklerde daha yüksek prevalans vardır. Bu çalışmada, tek merkezde nörobekçet sendromu tanısı ile takip edilen 8 hastanın klinik, nöroradyolojik ve prognostik özelliklerini inceledik.

**Yöntem:** Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde takipli 209 BH hastasının 8'i nörobekçet tanısıyla takipliydi. Hastaların ilk başvuru şikayetleri, tanı tarihleri, klinikleri ve nöroradyolojik görüntüleri ayrı ayrı değerlendirildi. Çalışmamızda bir nörolog, bir radyolog ve dört romatolog hastaları değerlendirdi. Ayrıca tanıda hastalar birlikte değerlendirilerek karar verildi. Beyin MR, nörobekçetlerin hepsinde değerlendirildi. BOS analizi uygun hastalarda uygulandı.

**Bulgular:** Takibimizdeki 209 BH tanılı hastanın 8'i (%3,8) nörobekçet kriterlerini karşılıyordu. Bu hastaların 7'si (%87,5) erkek, 1'i (%12,5) kadındı. Erkek/kadın oranı 7 idi. Hastaların 6'sının BH tanısı yok iken, ilk kez nörobekçet atağı ile başvurmuşlardı. Nörolojik semptomları oluşmadan önce 6 hastanın 4'ünde ISG tanı kriterlerine dahil olan belirtiler mevcuttu, ancak sadece 2 hasta BH için kriterleri tamamen karşılıyordu. Nörobekçetlerin tanı konulduğunda ortalama yaşı 28 (min 23-maks 59) idi. İki hasta BH ile takip edilirken, hastalığın 3. ve 19. yılında nörolojik tutulumları gelişmişti. Kümülatif hastalık süresi 283 ay, ortalama hastalık süresi 35,3 aydı. Hastaların semptomları belirgin çeşitlilik gösteriyordu. Sekiz hastanın 3'ünde nörolojik semptomlar subakut (2 gün-2 hafta), 5 hastada akut (ilk 2 gün). Bir hastada sinus ven trombozu, 7 hastada parankimal tutulum mevcuttu. 3 (%37) hastada konuşma bozukluğu, 4 (%50) hastada hipoestezi, 3 (%37) hastada görme bozukluğu, 1 (%13) hastada kranial sinir tutulumu, 2 (%25) hastada baş ağrısı mevcuttu. Takip ve tedavi uyumunun olmaması nedeniyle sık atak geçiren 3 hastamız vardı. Beş hasta sadece bir nörobekçet atağı geçirmişti.

**Sonuç:** Tipik MR görüntülemelerinde nörobekçet tanısı koymak daha kolay olmakta iken, atipik MR görüntülemeleri ve semptomlarının çeşitliliği nedeniyle tanıyı koymada iyi bir nörolog, radyolog ve romatolog iş birliği gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Bekçet hastalığı, nörolojik tutulum, Sakarya

## Erişkinlerde tekrarlayan ateşin nadir bir nedeni olarak PFAPA sendromu

Mete Kara

T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

**Amaç:** PFAPA sendromu, tekrarlayan ateş, aftöz stomatit, farenjit ve servikal adenit ile karakterize bir hastalıktır. Genellikle çocukluk çağında görülmekle birlikte yetişkinlerde de olabilmektedir. Hem yetişkinlerde nadir görülmesi hem de ülkemizde otoenflamatuvar hastalıklardan FMF'nin çok daha sık görülmesi, PFAPA sendromu tanısının konulmasında gecikmelere ve zorluklar yaşanmasına neden olmaktadır. Buna dikkat çekmek için bu olgu bildirilmiştir.

**Olgu:** Kırk yaşındaki erkek hastada, 10 yıldır 6-10 haftada bir tekrarlayan, 4-7 gün süren, 40 dereceye varan ateş, boğaz ağrısı atakları mevcuttu. Bazı ataklarına miyalji, baş ağrısı ve daha nadir olarak da konjonktivit ve sternal bölgede hassasiyet eşlik etmekteydi. Ataklar arasında hastanın herhangi bir yakınması yoktu. Atak esnasındaki fizik muayenesinde; tonsilla palatinada retiküler görünümde ülserler izlendi. Bazı ataklarında da orofarinks ve hipofarinkste çok sayıda ülser lezyon ve servikal lenfadenopati saptandı. Atak anındaki laboratuvar testlerinde beyaz küre 14,000/mm<sup>3</sup>, ESH: 66 mm/saat, CRP: 20 mg/L bulundu. Periferik yaymasında %60 PNL, %36 lenfosit saptandı. Serum biyokimyasal değerleri normal olarak değerlendirildi. Boyun ultrasonografisinde bilateral submandibüler bölgede ve ön servikal zincirde en büyüğü 3x1,5 cm boyuta ulaşan çok sayıda lenfadenopati saptandı. FMF ve diğer otoenflamatuvar hastalıklara yönelik genetik tarama testinde anlamlı bir patoloji saptanmadı. Hastanın atak esnasında uygulanan 1 mg/kg dozunda metilprednisolon ile yakınmaları kaybolmaktaydı. Son birkaç yıldır atakları daha sık görülmekte ve daha yüksek doz steroid kullanımı gerekmektedir. Hastanın klinik tablosu TRAPS, MKD ve erişkin PFAPA sendromu ile uyumlu olup, genetik testlerle TRAPS ve MKD dışlanması üzerine hastaya PFAPA sendromu tanısı konuldu. Yoğun steroid kullanımı PFAPA ataklarının sıklaşmasından sorumlu olduğundan hastaya IL-1 inhibitörü anakinra başlandı. Anakinra ile atakları tekrarlamadı.

**Sonuç:** PFAPA sendromu daha çok çocukluk döneminde görülse de erişkin dönemde de izlenebilmektedir. Çok sık görülmediği ve TRAPS ve MKD gibi diğer otoenflamatuvar hastalıklarla da karışabildiği için tanı konulması zorlaşmakta ve hastalara gereksiz antibiyoterapi uygulanmaktadır. Tedavisinde steroid, anakinra ve tonsillektomi bulunmaktadır. Yoğun steroid kullanımı ise atakların daha sık gerçekleşmesine neden olabilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** PFAPA sendromu, periyodik ateş sendromları, otoenflamatuvar hastalık, anakinra

## PS-185

### Behçet hastalığında kardiyak tutulum: Tek merkez deneyimi

Reşit Yıldırım, Mustafa Dinler, Nazife Şule Yaşar Bilge, Timuçin Kaşifoğlu

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

**Amaç:** Behçet hastalığı (BH) mukokutanöz bulguların yanı sıra morbidite ve mortalite açısından önemli olan kardiyak tutulum da görülebilir. Bu çalışmanın amacımız 3. basamak romatoloji kliniğinde takip edilen ve kardiyak tutulumu olan BH hastalarının klinik özelliklerini değerlendirmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Romatoloji bilim dalında 2000-2021 yılları arasında BH tanısı ile takip edilen 800 hastadan kardiyak tutulumu olan 14 hastanın demografik ve klinik özellikleri, aldıkları tedaviler ve prognozları değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastaların tamamı erkek ve sigara kullanmaktaydı (Tablo 1). Kardiyak tutulum gelişme yaşı ortalama 32,5+7,8 yıl olarak hesaplandı. Kardiyak tutulum hastaların 3'ünde tanıdan önce, 3'ünde BH hastalığı tanısı ile eş zamanlı ve 8'inde tanıdan sonra gelişmişti (ortalama 4,6 yıl). Sekiz hastada intrakardiyak trombüs (%57), 2 hastada sağ koroner arter anevrizması (%14), 4 hastada miyokard enfarktüsü (%29) olduğu saptandı. İntrakardiyak trombüsü olan 8 hastanın 6'sında sağ ventrikül (%75), 2'sinde sağ atriumda trombus vardı. Miyokard enfarktüsü geçiren hastaların tümünde sol ana koroner arterde total oklüzyon vardı. Hastaların %57'sinde derin ven trombozu (DVT) mevcut idi. Herediter trombofili testleri 8 hastada çalışıldı; 2 hastada heterozigot faktör V Leiden mutasyonu tespit edildi. Dokuz hasta siklofosamid ve steroid (7 kardiyak trombüs, 2 anevrizma), 3 hasta azatioprin ve steroid, 1 hasta interferon tedavisi almıştı. Dokuz hasta varfarin, 4 hasta antiagregan tedavi kullanıyordu. Tüm hastaların takiplerinde bakılan ekokardiyografide trombüsün ortadan kaybolduğu gözlemlendi. Dokuz hasta takibine devam etmekte, 3 hasta takip dışı kaldı ve 2 hasta BH dışı nedenlerle kaybedildi.

**Sonuç:** BH'de kardiyak tutulum nadir görülen bir klinik tablodur. En sık görülen kardiyak tutulum şekli intrakardiyak trombüs olup, çoğunlukla kalbin sağ boşluklarını tutar ve DVT en sık eşlik eden bulgudur. Erkek cinsiyet ve sigara içenlerde sıklığı artmıştır. Sonuç olarak genç erkek BH hastalarında, DVT ve sigara öyküsü var ise kardiyak trombüs gelişebileceği akılda tutulmalı ve yoğun immünoşüpresif tedavi başlanması prognoz açısından çok önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet hastalığı, kardiyak tutulum, erkek, sağ ventrikül, derin ven trombozu, immünoşüpresyon

**Tablo 1.** Kardiyak tutulumu olan Behçet hastalarının klinik özellikleri ve prognozları

Yaş, yıl (ort + SS)	48,5+10,4
Erkek, %	%100
Tanı yaşı, yıl (ort + SS)	30+7
Sigara öyküsü	%100
Oral aft	%100
Genital aft	%64
Osteofolliküler lezyon	%57
Eritema nodosum	%43
Üveit	%21,4
Paterji pozitifliği	%57,1
Vasküler tutulum	12 (%85)
- Derin ven trombozu	8 (%57)
- Pulmoner tutulum	5 (%35)
- Periferik arter anevrizması	1
SSS tutulumu	%14,3
GİS tutulumu	%21,4
Kardiyak tutulum	14
- İntrakardiyak trombüs	8 (%57,1)
• Sağ ventrikül	6
• Sağ atrium	2
- Koroner arter anevrizması	2 (%14,3)
- Miyokard enfarktüsü	4 (%28,6)
Kardiyak tutulum yaşı, yıl (ort + SS)	32,5+7,8
İmmünoşüpresif kullanımı	14
- Steroid	14
- Siklofosamid	9
- Azatioprin	3
- İnterferon	1
Antikoagulan kullanımı	9
Antiagregan kullanımı	4
Prognoz	14
- Takipte	9
- Takip dışı	3
- Mortalite	2

## PS-186

### Ailesel Akdeniz ateşi olan erişkin hastalarda alt ekstremite ile ilişkili anaerobik egzersiz kapasitesi ve fonksiyonel durum arasındaki ilişkinin araştırılması

Merve Eylül Acar<sup>1</sup>, Deniz Bayraktar<sup>2</sup>, Sercan Gücenmez<sup>3</sup>, Devrim Can Saraç<sup>2</sup>, Nurullah Bükür<sup>2</sup>, Umut Ziya Koçak<sup>2</sup>, Dilek Solmaz<sup>4</sup>, Servet Akar<sup>4</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir

<sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İzmir

<sup>3</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

<sup>4</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

**Amaç:** Ailesel Akdeniz ateşi [(FMF) Familial Mediterranean Fever] hastalığına sahip hastalar, ataklar arasında sağlıklı olarak değerlendirilmelerine rağmen subklinik enflamasyon ve geçmiş ataklara bağlı oluşan fonksiyonel kayıplar nedeniyle fiziksel olarak

etkilenmiş olabilirler. Bununla birlikte, yetişkin FMF'li hastaların egzersiz kapasitesi ile ilgili ya da azalmış iş yapabilme becerisinin fonksiyonel durum ile ilişkisini değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın amacı, FMF'li yetişkin hastalar ile sağlıklı kontroller arasında alt ekstremitte ile ilişkili anaerobik egzersiz kapasitesini karşılaştırmak ve FMF'li yetişkin hastalarda anaerobik egzersiz kapasitesi ve fonksiyonel durum arasındaki ilişkiyi incelemektir.

**Yöntem:** Araştırmaya 24 FMF tanılı erişkin hasta (12 erkek) ve 24 yaş-cinsiyet uyumlu sağlıklı kontrol (13 erkek) çalışmaya dahil edildi. Alt ekstremitte ile ilişkili anaerobik egzersiz kapasitesi Wingate anaerobik egzersiz testi kullanılarak değerlendirildi. Alt ekstremitte ile ilgili fonksiyonel durum; 9 basamak merdiven çıkma testi, 10 tekrarlı otur-kalk testi ve altı dakika yürüme mesafesi kullanılarak incelendi. Ayrıca kalça fleksör ve ekstansörleri ile diz fleksör ve ekstansörlerinin kuvveti el dinamometresi kullanılarak değerlendirildi.

**Bulgular:** FMF'li hastalar hem ortalama hem de tepe anaerobik egzersiz kapasitesi parametreleri açısından sağlıklı yaşlılarına göre anlamlı derecede daha kötü performans gösterdi ( $p<0,05$ , Tablo 1). FMF'li hastaların ortalama ve tepe anaerobik egzersiz kapasitesi değerleri ile tüm kas kuvveti ölçümleri, 9 basamak merdiven çıkma testi süreleri, 10 tekrarlı otur-kalk testi süreleri ve altı dakika yürüme mesafeleri arasında anlamlı düzeyde korelasyon saptandı ( $p<0,05$ , Tablo 2).

**Sonuç:** FMF'li erişkin hastaların alt ekstremitte ile ilişkili anaerobik egzersiz kapasiteleri sağlıklı akralarına göre daha azdır ve alt ekstremitte ile ilişkili anaerobik egzersiz kapasitesi ve alt ekstremitenin fonksiyonel durumu ilişkili gözükmemektedir. FMF'li hastalarda fonksiyonel durumun geliştirilmesi açısından anaerobik egzersiz kapasitesinin geliştirilmesi etkili olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Ailevi Akdeniz ateşi, egzersiz kapasitesi, fonksiyonel durum

**Tablo 1.** FMF hastaları ve sağlıklı kontrollerin karşılaştırılması

	FMF grubu medyan (IQR 25/75) (n=24)	Kontrol grubu medyan (IQR 25/75) (n=24)	p
Cinsiyet (kadın/ erkek) (n)	12/12	11/13	0,773#
Yaş (yıl)	31,5 (23,2/41,0)	32,0 (24,5/33,0)	0,502*
Boy (cm)	167,0 (160,0/172,0)	172,0 (163,2/179,0)	0,067*
Vücut ağırlığı (kg)	67,5 (59,2/81,5)	76,0 (58,2/88,7)	0,364*
Vücut kitle indeksi (kg/m <sup>2</sup> )	24,1 (21,0/27,7)	24,6 (21,2/28,5)	0,502*
Semptomlar başladığından itibaren geçen süre (yıl)	19,0 (9,8/24,0)	-	-
Tanıdan itibaren geçen süre (yıl)	10,0 (3,0/17,5)	-	-
Kolşisin dozu (mg)	1,5 (1,0/1,5)	-	-
Tepe güç (watt/kg)	5,8 (4,1/8,1)	7,8 (5,9/11,9)	0,030*
Ortalama güç (watt/ kg)	4,5 (3,0/6,0)	5,6 (4,5/7,9)	0,042*

$p<0,05$ , #: Ki-kare testi, \*: Mann-Whitney U testi, IQR 25/75: Çeyrekler arası aralık, n: Sayı, kg: Kilogram, m: Metre

**Tablo 2.** FMF hastalarında alt ekstremitte ilişkili anaerobik egzersiz kapasitesi ile fonksiyonel durum arasındaki ilişkiler

n=24	Tepe güç (watt/kg)	Ortalama güç (watt/ kg)
Alt ekstremitte kas kuvveti		
Total diz ekstansiyonu (kg)	rho: 0,586 p=0,003*	rho: 0,556 p=0,005*
Total diz fleksiyonu (kg)	rho: 0,745 p<0,001*	rho: 0,738 p<0,001*
Total kalça ekstansiyonu (kg)	rho: 0,804 p<0,001*	rho: 0,797 p<0,001*
Total kalça fleksiyonu (kg)	rho: 0,584 p=0,003*	rho: 0,567 p=0,004*
Alt ekstremitte fonksiyonel durumu		
6 DYM (metre)	rho: 0,646 p=0,001*	rho: 0,674 p<0,001*
9-basamak merdiven çıkma testi (saniye)	rho: -0,571 p=0,004*	rho: -0,599 p=0,002*
10-tekrarlı otur kalk testi (saniye)	rho: -0,559 p=0,005*	rho: -0,537 p=0,007*

$p<0,05$ , \*: Spearman sıra korelasyon katsayısı, IQR 25/75: Çeyrekler arası aralık, n: Sayı, kg: Kilogram, 6 DYM: 6 dakika yürüme mesafesi

## PS-187

### Behçet üveiti: 109 hastalık retrospektif tek merkez deneyimi

Reşit Yıldırım, Mustafa Dinler, Nazife Şule Yaşar Bilge, Timuçin Kaşifoğlu

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

**Amaç:** Behçet hastalığında (BH) üveit görme kaybına yol açan önemli bir morbidite nedenidir. Bu çalışmada amacımız 3. basamak romatoloji kliniğinde takip edilen ve üveiti olan BH hastalarının klinik özelliklerini, tedavi rejimlerini ve prognozlarını değerlendirmektir.

**Yöntem:** Romatoloji bilim dalında 2000-2021 yılları arasında BH tanısı ile takip edilen 800 hastadan üveiti olan 109 hastanın demografik ve klinik özellikleri, aldıkları tedaviler ve prognozları değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastaların çoğunluğu erkek idi (%65). BH tanı yaşı ortalama  $28\pm 8,48$  yıl, üveit gelişme yaşı ortalama  $27\pm 8,42$  yıl olarak hesaplandı. Hastaların %77'sinde üveitin, tanı anında veya tanıdan önce geliştiği gözlemlendi. Göz muayene verilerine ulaşılabilen hastalarda üveitin 45'inde tek taraflı, 54'ünde iki taraflı, çoğunlukla posterior (30) ve panüveit (30) şeklinde karakterize olduğu görüldü. Dokuz hastada başvuru sırasında retinal vaskülit mevcut idi. Yirmi beş hastada takibi boyunca tek atak, 45 hastada birden fazla atak ile karakterize idi (Tablo 1). Tedavi yaklaşımları değerlendirildiğinde 1. basamak tedavi verisi olan 105 hastada azatioprin (86), azatioprin ve siklosporin kombinasyonu (7), siklosporin (6), ilaçsız (5), interferon (1) tercih edilmişti. İkinci basamak tedavi ihtiyacı olan 53 hastada, azatioprin ve siklosporin kombinasyonu (18), siklosporin (16), interferon (9), azatioprin (6) modaliteleri kullanılmıştı. Üçüncü basamak tedavi ihtiyacı olan

24 hastanın 12'sinde interferonun en sık tercih edilen ajan olduğu görüldü. Dokuz hastada 4. basamak tedavi ihtiyacı olmuş ve bu hastaların 7'sinde anti-TNF ajanlar tercih edilmişti (adalimumab 5, infliksimab 2) (Tablo 2). Komplikasyon verilerine ulaşılan 74 hasta içerisinde katarakt (10), makülopati (7), glokom (6), optik atrofi (3) geliştiği saptandı. Sekiz hastada amaro, 28 hastada kısmi görme kaybı geliştiği tespit edildi.

**Sonuç:** Behçet üveiti önemli bir komorbidite nedenidir. Erkek cinsiyet, genç yaş önemli risk faktörleridir. Hastaların çoğunluğunda üveitin tanı anında veya öncesinde ortaya çıktığı unutulmamalıdır. Son yıllarda tedaviye yeni ajanların katılımı ile görme kayıplarında belirgin azalma ve diğer komplikasyonların da gelişimi engellenebilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet hastalığı, genç erkek, üveit, immünpresyon, prognoz

<b>Tablo 1.</b> Üveiti olan Behçet hastalarının klinik özellikleri ve prognozları	
Erkek/kadın, %	%65,1/%34,9
Tanı yaşı, yıl (ort ± SS)	28±8,48
Üveit tanı yaşı, yıl (ort ± SS)	27±8,42
Paterji pozitifliği	43/85
HLA-B51 pozitifliği	44/63
Oral aft	%100
Genital aft	%69
Osteofolliküler lezyon	%62
Eritema nodozum	%38
Vasküler tutulum	%15
Üveit-Behçet tanısı ilişkisi	109
- Tanı öncesi üveit	36 (%33)
- Üveit ile tanı alan	48 (%44)
- Tanı sonrası üveit	25 (%23)
Üveit özellikleri	99/109
- Unilateral/bilateral	45/54
- Anterior	12
- Posterior	30
- Panuveit	30
- Retinal vaskülit	9
Atak özellikleri	70/109
- Tek atak	25
- Birden fazla atak	45
Komplikasyonlar	26/74 (%35)
- Makülopati	7
- Glokom	6
- Katarakt	10
- Optik atrofi	3
Görme kaybı	36/63 (%57)
- Kısmi	28
- Amaro	8

**Tablo 2.** Behçet üveiti olan hastalarda tedavi yaklaşımları

Tedavi modalitesi	1. basamak (105)	2. basamak (53)	3. basamak (24)	4. basamak (9)
Azatioprin	86	6	3	-
Siklosporin	6	16	-	-
Azatioprin + Siklosporin	7	18	1	1
İnterferon	1	9	12	1
İnfliksimab	-	1	1	2
Adalimumab	-	2	4	5
Diğer	-	1	3	-
İlaçsız	5	-	-	-

## PS-188

### COVID-19 pandemisinin JİA tanılı hastalar üzerindeki etkileri

Şükrü Çekiç, Aytolun Gürçan, Zuhul Karalı,  
Sara Şebnem Kılıç Gültekin

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk İmmünoloji Anabilim Dalı,  
Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

**Amaç:** Juvenil idiyopatik artrit (JİA) tanılı hastalarda anti-TNF kullanımının COVID-19 enfeksiyonu için bir risk oluşturup oluşturmadığına dair sınırlı veri bulunmaktadır. Çalışmamızda JİA tanılı hastalarımızda COVID-19 pandemisinin etkisini değerlendirmeyi ve anti-TNF kullanımının COVID-19 enfeksiyonu için bir risk oluşturup oluşturmadığını belirlemeyi amaçladık.

**Yöntem:** Çalışmaya kliniğimizde JİA nedeniyle takip edilen 108 hasta katıldı. Hastalara COVID-19 enfeksiyon önleme tedbirlerine uyumlarını, bu dönemdeki tutumlarını ve COVID-19 enfeksiyonu olan hastalarda hastalığın seyrini sorgulayan online anket uygulandı.

**Bulgular:** Olguların yaş ortalaması 13,4±3,8 yıl, kadın/erkek oranı 62/46 idi. Hastalarda en sık görülen JİA alt tipi oligoartikülerdi (n=42, %38,9). Otuz altı olgu biyolojik ajan ve 30 olgu ise anti-TNF ilaç kullanıyordu. Ortalama anti-TNF ilaç kullanım süresi 21,8±17,1 aydı ve en sık kullanılan anti-TNF ilaç adalimumabtı (n=15, %13,9). Kullanılan diğer anti-TNF ilaçlar, biyolojikler ve DMARD'ler Tablo 1'de verilmiştir. Olguların çoğu (n=106, %98,1) COVID-19 koruma önlemlerine uyduklarını belirtmiştir. Çalışmamızda COVID-19 enfeksiyon sıklığı %11 idi (n=12). Anti-TNF dışındaki biyolojik ajanlarda COVID-19 ile enfeksiyon öyküsü yoktu. Anti-TNF tedavisi alanlar (n=3, %10) ve almayanlar (n=9, %11,5) (p=0,820) arasında COVID-19 sıklığı açısından fark yoktu. COVID-19 ile enfekte hastalarda en sık görülen semptom halsizlik (n=8, %67); diğer semptomlar Tablo 2'de gösterilmektedir. COVID-19 ile enfekte olan olgulardan 3'ü hastanede, 9'u evde tedavi gördü ve yoğun bakıma ihtiyacı olan hasta yoktu.

**Sonuç:** JİA'lı hastalarımızın çoğunda hafif bir COVID-19 klinik seyri vardı. Bu çalışma sonucunda JİA tanısı alan hastalarda anti-TNF kullanımının COVID-19 enfeksiyonu için artmış risk oluşturmadığı gözlemlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, JİA, anti-TNF

İlaç	Sayı	Oran (%)
Biyolojik ajanlar	36	33,3
Kanakinumab	2	1,9
Tosilizumab	5	4,6
Anti-TNF*	30	27,8
Etanercept	10	9,3
Infliksımab	8	7,4
Golimumab	1	0,9
Adalimumab	15	13,9
Diğer DMARD'lar		
Metotreksat	42	38,9
NSAİİ	28	25,9
Salazopirin	6	5,6
Sistemik steroid	11	10,2
Azatiyoprin	4	3,7
Hidroksi klorokin	1	0,9
Kolşisin	9	8,3

\* Bazı hastalar pandemi döneminde ilaç değişiklikleri nedeniyle birden fazla tip anti-TNF kullandılar.

Semptom	n=12	%
Halsizlik	8	67
Öksürük	7	58
Baş ağrısı	7	58
Miyalji	6	50
Tat kaybı	4	33
Koku kaybı	4	33
Ateş	4	33
Göğüs ağrısı	2	17
Dispne	2	17
Karın ağrısı	2	17
İshal	1	8
Boğaz ağrısı	1	8

## PS-189

### Ailevi Akdeniz ateşinde kullanılan yurt içi ve yurt dışı kolşisin preparatlarının tedavi etkinlikleri farklı mı?

Zeynep Yılmaz Bozkurt<sup>1</sup>, Nihal Lermi<sup>1</sup>, Tuğba Ocak<sup>1</sup>,  
Yasin Can Topçu<sup>2</sup>, Belkis Nihan Coşkun<sup>1</sup>, Yavuz Pehlivan<sup>1</sup>,  
Ediz Dalkılıç<sup>1</sup>

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

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

**Amaç:** Ailesel Akdeniz ateşi (AAA), akut ateş atakları ve serozal enflamasyon ile seyreden en yaygın kalıtsal otoenflamatuvar hastalıktır. Kolşisin AAA tedavisinde ilk tercih edilen ilaçtır. Bu çalışmada, AAA tedavisinde kullanılan yerli kolşisin preparatına dirençli hastalarda, ilacın farmasötik olarak değiştirilmesinin atak sıklığı ve süresi açısından yararını araştırmayı amaçladık.

**Yöntem:** AAA tanısı almış, tedavilerinde film veya şeker kaplı yerli kolşisin preparatı kullanırken, direnç veya yan etki nedeniyle sıkıştırılmış tablet formunda ithal bir kolşisin preparatına geçilen 75 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Demografik, klinik, genetik özellikleri ve tedaviye yanıt oranları değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastaların 21'i (%28) erkek, 54'ü (%72) kadındı. Hastaların ortalama yaşı 39,0±11,71 yıl, tanı yaşı ortalama 24,0±14,58 yıl, tanı süresi ortalama 11,0±9,02 yıl olarak saptandı. Hastalarda ekzon 10 mutasyonu %45,3, ekzon 2 mutasyonu %9,3, ekzon 2 ve 10 mutasyonu birlikte %17,3 oranında saptandı. Renal amiloidoz %5,3 oranındaydı. Tedaviye yanıtızlık nedeniyle preparat değişimi %84 olarak saptandı. Tedavide yurt içi preparattan yurt dışı preparata geçilen hastalarda atak sıklığı yılda 7 ve üzeri olma oranı %78,7'den %30,7'ye, 4-6 atak geçirme oranı %14,7'den %9,3'e düştüğü görüldü. Atak geçirmeme oranı %4'ten %28'e, 1-3 atak geçirme sıklığı %2,7'den %32,0'a yükseldi (p<0,001). Atak süresi 4 ve üzeri gün olan hastaların oranı yurt dışı kolşisine geçildikten sonra %52'den %10,7'ye geriledi. Ortalama atak süresinin 4,02 günden 1,8 güne düştüğü saptandı (p<0,001).

**Sonuç:** Kolşisin direnci veya yan etki nedeniyle yurt içi kolşisin preparatı kullanamayan hastalarda biyolojik tedaviye geçilmeden önce yurt dışı kolşisin preparatlarının kullanılmasıyla yıllık ortalama atak sıklığı ve süresinde belirgin anlamlı azalma saptandı. Bu sebeple, yüksek maliyetli ve bazı hastaların uyum sağlamakta zorlandığı biyolojik tedavilere geçilmeden önce kolşisinin farklı farmasötik preparatlarının kullanımı alternatif, etkili bir tedavi seçeneği olarak görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Ailesel Akdeniz ateşi, ilaç direnci, kolşisin preparatları

Tablo. Ailesel Akdeniz ateşi hastaların demografik ve klinik özellikleri

Hastaların özellikleri (n=75)	
Appendektomi öyküsü	%49,3
Ailede AAA öyküsü	%58,7
Ailede hemodiyaliz öyküsü	%14,7
Klinik özellikleri	Karın ağrısı %89,3 Ateş %72 Artrit %62,7 Artralji %70,7 Plörit %60 Perikardit %18,7 Miyalji %76 Erizipel benzeri döküntü %33,3 Orsit %4
Komorbidite	%34,7
Kullanılan yurt dışı kolşisin preparatları	İtalyan kolşisin %46,7 İspanyol kolşisin %14,7 Fransız kolşisin %54,7
Yurt dışı kolşisin preparatına geçilme nedeni	Direnç %84 İshal %21,3 Myopati %2,7 KCFT yüksekliği %6,7 Diğer %10,7
Yurt dışı kolşisin tedavisi sonrası biyolojik tedaviye geçilme oranı	Anakinra %22,7 Kanakinumab %4



## PS-190

### Pediyatrik Behçet tanılı olguların değerlendirilmesi: Üçüncü basamak deneyimi

Zuhal Karalı, Şükür Çekiç, İrem Çakır, Sara Şebnem Kılıç Gültekin

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk İmmünoloji Anabilim Dalı,  
Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

**Amaç:** Behçet hastalığı, tekrarlayan oral aft, genital ülserler ile karakterize enflamatuvar bir sistemik vaskülitir. Hastalığın seyrinde deri, göz, kas-iskelet sistemi, sinir sistemi ve gastrointestinal sistem tutulumları saptanabilir. Behçet hastalığı tanılı pediyatrik olguların klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgularını değerlendirmek.

**Yöntem:** Çalışmamıza Ocak 2011-Temmuz 2021 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Romatoloji Polikliniği'nde Behçet hastalığı tanısıyla takip edilen (0-20 yaş) 50 hasta alındı. Hastaların verileri elektronik dosya kayıtlarından incelendi. Hastalarımıza Uluslararası Behçet Hastalığı Çalışma Grubu'nun tanı kriterlerine göre tanı konmuştur.

**Bulgular:** Olguların 24'ü (%48) erkek, 26'sı (%52) kızdı. Hastaların tanı yaşı ortalama 9±4,55 (erkeklerde 10,75±4,55, kızlarda 12,35±3,65) idi. Yirmi olgunun (%36,3) ailesinde Behçet hastalığı öyküsü vardı. Hastaların 48'inde (%96) oral aft, 16'sında (%32) genital ülser mevcuttu (Tablo 1). Üveit olan 9 hastanın 6'sı panüveit, 1'i posterior ve 2'si anterior üveitti. Cinsiyetlere göre semptomların dağılımı arasında herhangi bir fark yoktu. Otuz dokuz hastada (%78) HLA-B51, 14 hastada (%28) ANA pozitifliği saptandı. İmmünolojik tetkiklerinde 34 hastanın 11'inde (%32,3) serum immünoglobulinleri düşüktü; 6 hastada IgG, 3 hastada IgM ve 2 hastada IgA düşüklüğü mevcuttu. Üç olguda trombüs saptandı (bir olguda sağ ventrikülde, iki olguda intrakraniyal transvers sigmoid sinüste ve sol juguler vende trombüs). Tedavide en çok kullanılan ilaç kolşisin (n=45, %82) idi. Biyolojik ajan tedavilerinin hasta bulgularına göre kullanımı Tablo 2'de gösterilmiştir. İzlemede 35 hastada (%70) tedavi ile klinik bulgularda iyileşme görüldü. Üveit ile takip edilen 8 hastada biyolojik ajanlarla tam düzelleme saptandı. Yalnızca 1 hasta üveite sekonder komplike katarakt gelişmesi üzerine opere edildi. Hastalarımızdan yalnızca 3'ü COVID-19 tanısı almış olup 1'i tedavisiz izlenirken, 2'si favipiravir ile ayaktan tedavi edildi. COVID pozitif olan 3 hastamız yalnızca kolşisin tedavisi kullanılmaktaydı.

**Sonuç:** Behçet hastalığı çocukluk çağında nadirdir. Sık olmamakla birlikte yaşamı tehdit eden komplikasyonlar görülebilmektedir. Morbiditeyi azaltmak ve klinik izlemi kolaylaştırmak için klinisyenler her zaman gelişebilecek olumsuzluklar açısından dikkatli olmalıdırlar.

**Anahtar Kelimeler:** Pediatri, Behçet hastalığı, vaskülit

Tablo:1

Tanı anında eşlik eden bulgular	n	%
Üveit	9	18
Cilt tutulumu	18	36
Gastrointestinal Sistem tutulumu	19	38
Santral sinir sistemi tutulumu	6	12
Vasküler tutulum	3	6
Artrit	17	34

Tablo:2

Bulgular	Üveit (n)	Artrit (n)	Venöz trombüs (n)	Santral sinir sistemi tutulumu (n)
Biyolojik Ajanlar				
Azatiopürin	2	2	3	1
Metotreksat	2	2	-	-
Adalimumab	3	1	-	-
İnfliksımab	3	1	-	-

## PS-191

### Jüvenil idiyopatik artritli hastalarda sekel durumunun değerlendirilmesi

Sevda Asadova<sup>1</sup>, Ayşenur Paç Kısaarslan<sup>2</sup>,  
Sümevra Özdemir Çiçek<sup>3</sup>, Nihal Şahin<sup>4</sup>, Sema Nur Taşkın<sup>2</sup>,  
Şeyda Doğan<sup>2</sup>, Hakan Poyrazoğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kayseri

<sup>2</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediyatrik Romatoloji Anabilim Dalı, Kayseri

<sup>3</sup>Kayseri Şehir Hastanesi, Pediyatrik Romatoloji Kliniği, Kayseri

<sup>4</sup>Bursa Şehir Hastanesi, Pediyatrik Romatoloji Kliniği, Bursa

**Amaç:** Biyolojik tedavi sonrası jüvenil idiyopatik artritli (JİA) hastaların hayat kalitesi ve eklem fonksiyonları normal sınırlara yaklaşmıştır. Bu çalışma Türkiye'de yapılan ilk hasar değerlendirme çalışmasıdır.

**Yöntem:** Çalışmaya 2 yıl ve üzeri takipli 202 JİA olgusu dahil edildi. Demografik veriler, eşlik eden hastalıklar, laboratuvar sonuçları, takip sürecinde hastalık aktiviteleri ve verilen tedaviler incelendi. Hastalık aktivitesi, hayat kalitesi, jüvenil artrit artıklar ve ekstraartiküler hasar indeksleri son muayenede hesaplandı. Sekel skorlarına etki eden faktörler lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastaların 127'si (%62,6) kız, 75'i (%36,9) erkekti. Medyan yaş 13 yıl (IQR: 11-16), tanı yaşı 7 yıl (IQR: 4-10) idi. Ortalama takip süresi 5 (IQR: 4-8) yıldır. On yedi (%8) sistemik, 82 (%40,5) oligo, 41 (%20) poli, 54 (%26) entesit ilişkili, 5 (%2,4) psoriatik, 3 (%1,5) undiferansiye artrit olgusu mevcuttu. Doksan iki (%45,3) hastada komorbid hastalık mevcuttu. En sık görülen komorbid hastalık ailevi Akdeniz ateşi (44/47) idi. Elli dört (%26,6) hastanın romatolojik hastalık açısından aile öyküsü vardı. Demografik verilerde hastalık alt grupları arasında anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). Hastaların JADI-A skoru medyan 0 (min-maks: 0-24), JADI-E skoru 0 (min-maks: 0-4) hesaplandı. Multivariate lojistik regresyon analizinde JADI-A skoruna etkili bağımsız risk faktörleri olarak ortalama yıllık atak sayısı OR (%95 CI): 1,759 (1,300-2,379), p=0,000, ortalama yıllık eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) OR (%95 CI): 1,072 (1,021-1,125), p=0,005, JADI-E skoruna başvuru

C-reaktif protein değeri OR (%95 CI): 1,007 (1,000-1,014), p=0,037, ortalama yıllık ESH değeri OR (%95 CI): 1,051 (1,008-1,095), p=0,019 tespit edildi. JADI-A skorunu etkileyen yıllık atak sayısının cut-off değeri 1,38 [AUC: 0,734 (0,641-0,828)/p=0,001], yıllık ESH'nin cut-off değeri 14,32 [AUC: 0,617 (0,514-0,7121)/p=0,027], JADI-E skorunu etkileyen tanı CRP cut-off değeri 13,25 [AUC: 0,662 (0,541-0,782)/p=0,009], yıllık ESH 15,10 [AUC: 0,674 (0,567-0,780)/p=0,002] olarak hesaplandı.

**Sonuç:** Biyolojik dönemde değerlendirilen kohortumuzda JADI-A ve JADI-E skorları bildirilmiş diğer çalışmalara göre düşüktü. Rutin klinikte kullanılan parametrelerin değerlendirilmesinin, sekeli öngörmede yardımcı olabileceği sonucuna varıldı.

**Anahtar Kelimeler:** Çocuk, artrit, sekel

## PS-192

### Romatoid artrit, FMF (Ailesel Akdeniz Ateşi) ve hemokromatozis ilişkili CPPD (kalsiyum pirofosfat hastalığı) birlikteliğine uzanan serüven: Tanıyı gözden geçirmek önemlidir!

Çisem Okur<sup>1</sup>, Sarpcan Maden<sup>1</sup>, Engin Çeşmeci<sup>1</sup>, Gizem Ayan<sup>2</sup>, Güllü Sandal Uzun<sup>2</sup>, Levent Kılıç<sup>2</sup>, Mustafa Arıcı<sup>3</sup>

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

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

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

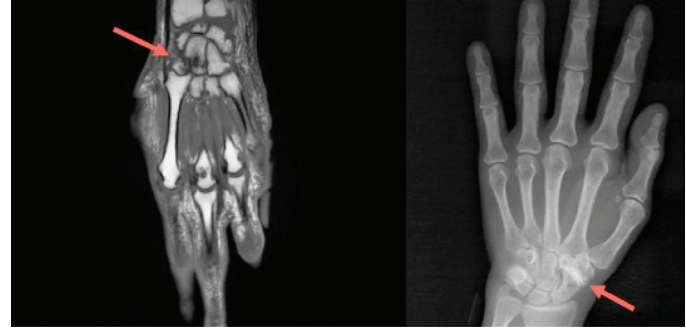
**Amaç:** Kalsiyum pirofosfat hastalığı (CPPD) sinovyal ve periartiküler dokuları etkileyen, yaşlılarda görülen kristalin depo artritidir. Prezantasyonu romatoid artrit (RA) benzerlik gösterebilir. Sekonder Amiloid A (AA) amiloidozu sıklıkla Ailesel Akdeniz Ateşine (FMF) ikincil görülürken; kontrolsüz, uzun süreli hastalığı, eklem dışı bulguları olan seropozitif RA hastaları, AA amiloidoz gelişimi açısından risk altındadır. Burada, RA tanısıyla izlemeyken sekonder amiloidoz saptanan bir olguda tanı revizyonu süreci ve sonuçlarını sunmayı amaçladık.

**Olgu:** Bilinen tip 2 diyabeti, hipertansiyonu olan, yedi yıldır iki el bileğinde aralıklı ağrı ve şişliği olan 54 yaşında kadın hasta dört yıl önce dış merkezde RA tanısı almış. Bu dönemde romatoid faktör negatif, anti-CCP antikoru üst sınırın 6 katı kadar yüksek saptanmış. Hidroksiklorokin, leflunomid, deflazakort başlanmış. İki yılın sonunda kendi isteğiyle tedavilerini bırakmış. Kasım 2020'de bacaklarında ve karnında şişlik şikayetiyle yeniden değerlendirilmiş. Nefrotik düzeyde proteinüri saptanarak Aralık 2020'de böbrek biyopsisi yapılmış. Amiloid A pozitif saptanmış. Önceki tedavileri kolşisin eklenerek yeniden başlanmış. Ocak 2021'de şikayetlerinin artmasıyla Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıklarına başvuran hastanın iki yıldır tedavisiz olmasına rağmen amiloidozise yapacak şiddette RA kliniği, eklem grafisi bulguları olmaması nedeniyle tanısı gözden geçirildi. Ailesinde FMF tanılı bireyler olduğu, altı yıl önce başlayan aralıklarla tekrarlayan karın ağrısı ataklarının olduğu, ateşin eşlik ettiği öğrenildi. Homozigot M694V mutasyonu saptandı, FMF ikincil amiloidozis kabul edildi. Hastanın sağ el grafisinde radyokarpal eklemde dens kalsifik

görünüm nedeniyle yapılan manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) distal radyoulnar eklem sinoviti ve dejeneratif kristal artropati açısından anlamlı artrit saptandığından CPPD düşünüldü. Alta yatan metabolik anomaliler araştırılırken transferrin saturasyonu %76, ferritin 484.3 µg/L saptandı. Hemokromatozis düşünülen hastada H63D mutasyonu heterozigot saptanarak tanı kesinleştirildi.

**Sonuç:** Bu olgu bize, romatolojik hastalıkların birbirini taklit edebileceğini veya birlikte bulunabileceğini, klinik tablo bir hastalığa veya hastalığın progresyonuna uymadığında tanıyı gözden geçirmenin önemini hatırlatmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** CPPD, FMF, hemokromatozis, kristal depo hastalıkları, sekonder amiloidoz



**Şekil 1.** Sağ el MRG'de (solda) skafoid, kapitat, trapezium arasında dejeneratif artrit bulguları, sağ el düz grafide (sağda) dens kalsifik görünüm oklarla işaretlenmiştir  
MRG: Manyetik rezonans görüntüleme

## PS-193

### Behçet hastalığında pulmoner tutulum: 28 hastanın retrospektif değerlendirilmesi

Reşit Yıldırım, Sedanur Oğuzman, Nazife Şule Yaşar Bilge, Timuçin Kaşifoğlu

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

**Amaç:** Behçet hastalığı (BH) mukokutanöz bulguların yanı sıra hayatı tehdit eden vasküler, pulmoner tutulumlar ile de kendini gösterebilir. Bu çalışmada amacımız 3. basamak romatoloji kliniğinde takip edilen ve pulmoner tutulumu olan Behçet hastalarının özelliklerini değerlendirmektir. **Yöntem:** Romatoloji Bilim Dalı'nda 2000-2021 yılları arasında Behçet tanısı ile takip edilen 800 hastadan pulmoner tutulumu olan 28 hastanın demografik ve klinik özellikleri, aldıkları tedaviler ve prognozları değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastaların çoğunluğu erkek (%82,1) idi. BH tanısı yaş ortalaması 32±10,9 yıl, pulmoner tutulum gelişme yaşı ortalaması 37±11,4 yıl olarak hesaplandı. Hastaların 2'sinde tanıdan önce, 5'inde tanı esnasında ve 21'inde BH tanısından sonra (minimum 2, maksimum 19 yıl) pulmoner tutulum geliştiği tespit edildi. Hastaların 7'sinde pulmoner arter anevrizması (5'inde izole pulmoner arter anevrizması, 2'sinde vaskülit ve tromboz da eşlik ediyordu) (%25), 13 hastada vaskülit (buzlu cam/hemoraji) (%46,4) ve 18 hastada pulmoner tromboemboli (%64,3) saptandı. Toplam 28 hastanın 15'inde derin ven trombozu (%53,6), 8'inde

üveit (%28,6) klinik bulgular arasında yer almaktaydı. Pulmoner tutulumu olan 5 hastada eş zamanlı sağ ventrikülde intrakardiyak trombüs eşlik etmekteydi. İndüksiyon tedavisi olarak 22 hastada siklofosfamid (%78), 4 hastada azatioprin tercih edilmişti. İki hastanın ilk tanısı dış merkezde koyulduğundan ayrıntılı verilerine ulaşılamadı. Antikoagulan tedavi olarak 18 hastaya warfarin başlanmıştı (16'sı pulmoner tromboemboli, 7'si vaskülit). Bir tanesi pulmoner arter anevrizma kanaması, 2'si başka nedenlerden olmak üzere toplam 3 hasta kaybedildi (Tablo 1).

**Sonuç:** Pulmoner arter anevrizması BH'nin en sık görülen pulmoner tutulum şekli olarak bildirilmiştir. Ancak bizim çalışmamızda buzlu cam alanları ile karakterize olan pulmoner vaskülit ve tromboemboli, pulmoner arter anevrizmasından daha sık görülmüştür. Genç erkek ve derin ven trombozu olan Behçet tanılı hastalarda akciğerlerde buzlu cam mevcut ise Behçet ilişkili pulmoner vaskülit akla gelmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet hastalığı, pulmoner vaskülit, pulmoner tromboembolizm

<b>Tablo 1.</b> Pulmoner tutulumu olan Behçet hastalarının klinik özellikleri ve prognozları	
Erkek/Kadın, %	%82,1/%17,9
Tanı yaşı, yıl (Ort ± SS)	32±10,9
Pulmoner tutulum yaşı, yıl (Ort ± SS)	37±11,4
Sigara öyküsü	11/19
HLA-B51 pozitifliği	9/13
Paterji pozitifliği	8/17
Oral aft	%100
Genital aft	%71,4
Osteofolliküler lezyon	%71,4
Eritema nodozum	%46,4
Üveit	%28,6
Derin ven trombozu	%53,6
Kardiyak tutulum	%17,8
Pulmoner tutulum	28
- Pulmoner arter anevrizması	7 (%25)
- Pulmoner vaskülit	13 (%46,4)
- Pulmoner tromboembolizm	18 (%64,3)
İmmünoşüpresyon (birinci basamak)	26
- Steroid	26
- Siklofosfamid	22 (%78)
- Azatioprin	4
Antikoagulasyon (warfarin)	18
- Pulmoner tromboembolizm	16
- Pulmoner vaskülit	7
Prognoz	19
- Takipte	16
- Takip dışı	9
- Mortalite	3
• Pulmoner anevrizma kanaması	1
• Diğer	2

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

## PS-194

### Çocukluk çağı birincil ve ikincil Raynaud fenomeni olgularının değerlendirilmesi

Müge Sezer, Elif Çelikel, Fatma Aydın, Zahide Ekici Tekin, Tuba Kurt, Nilüfer Tekgöz, Cüneyt Karagöl, Serkan Coşkun, Melike Mehveş Kaplan, Banu Çelikel Acar

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Pediatrik Romatoloji Bölümü, Ankara

**Amaç:** Çalışmanın amacı çocukluk çağı birincil ve ikincil Raynaud fenomeni (RP) hastalarının klinik, laboratuvar ve kapilleroskopik bulgularını değerlendirmektir.

**Yöntem:** Ocak 2014-Ocak 2021 tarihleri arasında çocuk romatoloji bölümünde RP tanısı ile takip edilen 0-18 yaş arasında 95 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik verileri, laboratuvar parametreleri ve kapilleroskopik bulguları geriye dönük olarak kaydedildi. Kapilleroskopi bulguları; normal (kapil sayısı >7, kapil morfolojisi normal, kapiller genişleme yok, avasküler alan yok), non-spesifik anormallikler (kapil sayısında azalma, kapiller genişleme, anormal morfoloji veya mikrohemorajiden biri) ve skleroderma paterni (dev kapil varlığı veya kapil sayısında belirgin azalma ile anormal morfoloji birlikteliği) olarak sınıflandırıldı.

**Bulgular:** Hastaların 68'i (%71,6) kadın (kadın-erkek oranı=2,51:1) idi. Tanıda ortalama yaş 15,5 (13,9-16,5) yılı. 69 (%72,6) hastada bifazik, 26 (%27,4) hastada trifazik renk değişikliği saptandı. Hastaların 21'inde (%22,1) ağrı, 40'ında (%42,1) uyuşma vardı. Hastaların 84'ü (%88,5) birincil RP, 11'i (%11,5) ikincil RP idi. İkincil RP'li hastaların 3'ünde (%27,2) SLE, 2'sinde (%18,2) skleroderma, 1'inde (%9,1) juvenil dermatomyozit ve 5'inde (%45,5) juvenil idiyopatik artrit tanısı mevcuttu. Artralji, artrit, döküntü ve tekrarlayan ateş ikincil RP olgularında anlamlı olarak daha sıklıkla (sırasıyla p=0,001, p=<0,001, p=0,01, p=0,035). Renk değişim paterni, tam kan sayımı parametreleri, başlangıç yaşı, akut faz reaktanları birincil ve ikincil RP olgularında anlamlı farklılık göstermedi. Kırk (%42,6) hastada anti nükleer antikor (ANA) pozitifliği. ANA pozitifliği (>1/320 titre üzerinde) ikincil RP'li hastalarda daha sıklıkla (p=0,01). Kapilleroskopi bulgularına erişilebilen 40 hastanın 2'sinde skleroderma paterni, 19'unda non-spesifik değişiklikler, 19'unda normal bulgular gözlendi. Kapiller düzensizlik, tortüyoöz kapiller ve dallanma artışı ikincil RP olgularında anlamlı olarak daha sıklıkla (sırasıyla p=0,015, p=0,015, p=0,003).

**Sonuç:** Kapilleroskopi bulgularına ek olarak eklem şikayetleri, döküntü, ateş, yüksek titre ANA pozitifliği olan hastalar alta yatan bağ doku hastalıkları açısından detaylı olarak değerlendirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Kapilleroskopi, pediatri, raynaud fenomeni

## Romatoid artrit ilişkili interstisyel akciğer hastalıklarının klinik özelliklerinin geriye yönelik değerlendirilmesi

Ahmed Cihad Genç<sup>1</sup>, Fevziye Türkoğlu Genç<sup>2</sup>, Zeynep Öztürk<sup>3</sup>, Yasemin Gündüz<sup>4</sup>, Yusuf Aydemir<sup>5</sup>, Emel Gönüllü<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hendek Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Sakarya

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

<sup>3</sup>Akyazı Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Sakarya

<sup>4</sup>Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Sakarya

<sup>5</sup>Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Sakarya

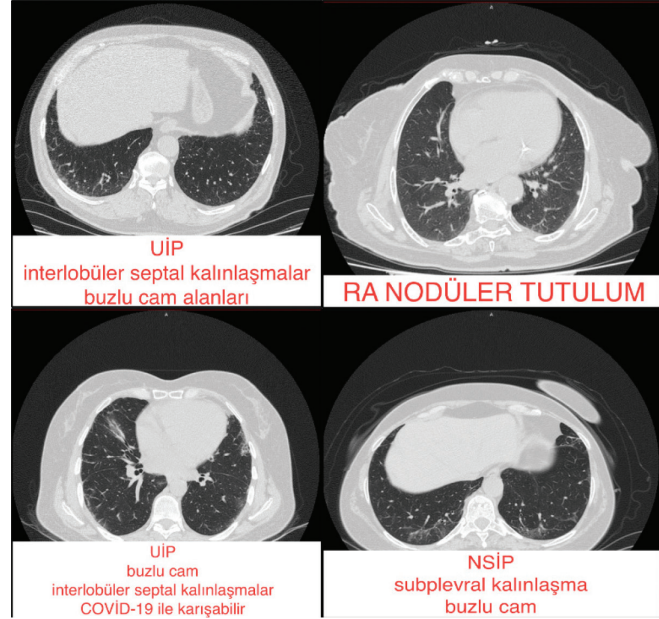
**Amaç:** Romatoid artrit (RA) tanımlı hastaların yaklaşık %40'ında RA ilişkili interstisyel akciğer hastalığı (RA-İAH) görülebilmektedir. RA-İAH mortaliteyi etkileyen önemli bir faktördür ve gelişimi sinsi olabilir. RA-İAH takip ve tedavisinde konsensus sağlanmış algoritmalar tam olarak bulunmamaktadır. Biz de kliniğimizde RA-İAH yönünden değerlendirilmiş hastaların klinik özelliklerini ve tedavide uyguladığımız yöntemleri geriye yönelik değerlendirmek istedik.

**Yöntem:** Çalışmada Eylül 2018-Ağustos 2019 tarihleri arasında merkezimize başvuran, göğüs hastalıkları uzmanı veya radyolog tarafından RA-İAH açısından değerlendirilmiş 87 hasta çalışmaya dahil edildi. Retrospektif, kesitsel, tanımlayıcı çalışmadaki verilerin istatistiksel analizleri için IBM SPSS 23 programı kullanılmıştır.

**Bulgular:** Seksen yedi hastanın 4'ü kadın, 4'ü erkek cinsiyet olmak üzere 8'inde RA-İAH tespit edildi. İki non-spesifik interstisyel pnömoni, 5'i olağan interstisyel pnömoni, 1'i RA'ya bağlı nodül ile uyumluydu. Selofan ral varlığında RA-İAH rastlanma ihtimali 6,9 kat (%95 güven aralığı: 1,485-32,07) artmış bulundu (p=0,021). İAH olan grupta rezidüel volüm (p=0,018), total kapasite (p=0,019), karbonmonoksit difüzyon kapasitesi (p=0,063) diğer gruba göre daha düşük bulundu. İAH tanısı alan 8 hastadan 5'i İAH tanısı almadan önce metotreksat kullanmıştı. Üç hastada metotreksat kesilip rituksimab, 1 hastada leflunomid kesilip rituksimab, 1 hastada azatioprin kesilip rituksimab başlandı. Bir hasta oral metotreksat alırken kliniği stabil kabul edilip subkütan metotreksata geçildi.

**Sonuç:** Mortaliteyi artıran ve sinsi başlangıçlı olabilen RA-İAH tanısında geç kalınmaması için RA hastalarında selofan ral varlığı, anti-CCP, romatoid faktör pozitifliği, sigara içiciliği, erkek cinsiyet ve yaşlı olmak gibi risk faktörleri varsa, yılda bir kez karbonmonoksit difüzyon kapasitesi, spirometrik fonksiyon testleri ile takip edilmeli, gerekiyorsa yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi gibi ileri tetkikler istenmelidir. RA tedavisinde sık kullanılan metotreksatın RA-İAH ile ilişkisi tartışmalıdır. Klinisyenin hastanın kliniği ve öyküsüne göre tedaviyi düzenlemesi gerekir. Rituksimab tedavisi küçük olgu serilerinde ciddi refrakter RA-İAH için başarılı bulunmuştur. RA-İAH tedavisinde genel kabul görmüş bir seçenek için daha fazla sayıda randomize, kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Romatoid artrit, interstisyel akciğer hastalığı, metotreksat, rituksimab, yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi, DLCO-SFT



**Resim 1.** RA-İAH örnek radyolojik görüntüleri  
RA-İAH: Romatoid artrit - interstisyel akciğer hastalığı

**Tablo 1.** Selofan ral varlığının RA-İAH açısından riski

	Risk oranı	%95 Güven aralığı	p
Selofan Ral	6,9	1,485-32,07	0,021

## PS-196

### Behçet sendromu olan bir hastada akut batın tablosu: IgA vaskülit

Berna Yurttaş<sup>1</sup>, Nur Beyza Tükek<sup>2</sup>, Selcan Seven<sup>2</sup>, Selçuk Candan<sup>3</sup>, Ali İbrahim Hatemi<sup>3</sup>, Gülen Hatemi<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Tekirdağ İ. Fehmi Cumaloğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Romatoloji Kliniği, Tekirdağ

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

<sup>3</sup>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>4</sup>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Behçet sendromu (BS), tekrarlayan oral aft, genital ülser, üveitle karakterize multisistemik bir vaskülitir. Hastalık seyri perforasyon, masif kanamalar ve derin ülslerle karakterize gastrointestinal sistem tutulumu az da olsa görülmektedir. Gastrointestinal kanamayla bulgu veren bir başka vaskülitte IgA vaskülitidir. Lökositoklastik vaskülit ve karın ağrısıyla yönlendirilen bir BS hastasını sunuyoruz.

**Olgu:** Elli üç yaşında hipertansiyonu olan erkek, 1 haftadır periumbilikal bölgede yoğunlaşan ağrıyla başvurdu. Dışkılama

sayısı 1, kan ve mukus yoktu. Otuz yıl önce oral aft, genital ülser, üveitle BS tanısı aldığı öğrenildi. Koronavirüs pandemisi sebebiyle tüm ilaçlarını kesmişti. Görünümü huzursuz, ateşi 37,1, kalp hızı 95 nb/dk, kan basıncı 130/80 mmHg idi. Solunum ve kardiyak muayenesi normaldi. Batında yaygın hassasiyet, alt ekstremitelerde distalde bilateral palpabl purpuralar mevcuttu (Resim 1). Hemogloblin: 12,6 g/dL, lökosit: 13,700/L, kreatinin: 0,77 mg/dL, C-reaktif protein: 86 mg/L, ALT: 45, elektrolitleri normaldi. Gaita kültüründe üreme olmadı. Toksin A-B negatif, gaitada gizli kan pozitif. Batın görüntülemeye vasküler yapılar açıldı ancak distal ileumdan yaklaşık 25 cm'lik segmentte orta ileal anlarda 8 mm'lik duvar kalınlık artışı saptandı. Kolonoskopik inceleme normaldi. Deri lezyonlarından lökositoklastik vaskülit düşünülerek biyopsi alındı. C3-C4 normal, IgG: 640 mg/dL (700-1600), IgA: 280 mg/dL (70-400), IgM: 15 mg/dL (40-230), idrarda protein negatifti. Viral seroloji, kriyoglobulin, ANA, anti-dsDNA, c-ANCA, p-ANCA negatif görüldü. Oral alımı kesildi, intravenöz hidrasyon, Siprofloksasin ve Metronidazol başlandı. Deri biyopsisi lökositoklastik vaskülitte uyumlu, immünfloresanda IgA birikimi görüldü. Hastaya 1000 mg metilprednizolon (D1-D3) takiben azatiyoprin ve 1 mg/kg/gün prednizolon tedavisi başlandı. Tedaviden belirgin fayda gören hasta steroid dozu azaltılarak taburcu edildi.

**Sonuç:** Henoch Schönlein Purpurası da denilen IgA vaskülit, deri, renal, eklem ve gastrointestinal sistem tutulumuyla seyreden sistemik bir küçük damar vaskülitidir. Çocuklukta daha sık görülmekle beraber, erişkinlerde de görülebilmektedir. Gastrointestinal tutulum şiddetli karın ağrısı, masif kanama ve barsak obstrüksiyonu şeklinde olabilir. Bu hastada kolonoskopide BS'nin tipik derin ülserlerinin olmaması, deri biyopsisinde IgA vaskülit bulgularının olması BS ilişkili tutulumu dışlatmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet sendromu, gastrointestinal tutulum, IgA vaskülit



Resim 1. Hastanın deri döküntüleri

## PS-197

### Uzun süredir diyaliz öyküsü olan hastada septik artrit ile komplike olmuş amiloid artropatisi

Berna Yurttaş<sup>1</sup>, Nur Beyza Tükek<sup>2</sup>, Mert Bektaş<sup>2</sup>, Melike Melikoğlu<sup>3</sup>, Gülen Hatemi<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Tekirdağ İ. Fehmi Cumaloğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Romatoloji Kliniği, Tekirdağ

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

<sup>3</sup>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Beta-2 mikroglobulin birikimine bağlı sistemik amiloidoz, diyaliz tekniklerinin son yıllarda gelişmesine rağmen nadir de olsa gözükmemektedir. En sık karşılaşılan klinik bulgular karpal tünel sendromunu da içeren kas iskelet problemleridir. Biz de septik artrit ile komplike olmuş bir Beta-2 Mikroglobulin Amiloidozu olgusunu sunuyoruz.

**Olgu:** Elli üç yaşında, VUR'ye bağlı kronik böbrek yetmezliği (KBY) ile 28 yıldır hemodiyalize giren hasta 10 gündür olan sağ omuzda ağrıyla başvurdu. Travma öyküsü olmayan hastanın sol el bileği ve sağ kalçasında ağrı ve hareket kısıtlılığı vardı. Ultrasonografide sol el bileğinde tenosinovit görüldü. Sivasslı olan hastanın ailesinde romatizmal hastalık öyküsü, tekrarlayan karın ağrısı ve ateş anamnezi yoktu. Üç yıl önce HCV nedeniyle tedavi aldığı öğrenildi. Solunum ve kardiyak muayenesi doğaldı, oral aft, genital ülser, döküntü, lenfadenopati saptanmadı. Sol üst ekstremitede AV fistül mevcuttu. Sol el bileği MR tenosinovitle uyumluydu, sakroiliak MR'de aktif enflamasyon bulgusu saptanmadı. Pelvik MR'de her iki eklem sıvısında artış ve sinovyal hipertrofi görüldü. Yatışında 38,1 ateşi olan hastanın kan ve idrar kültürleri alındı. Hemogloblin: 10,3 g/dL, MCV: 82, trombosit: 464,000/L, lökosit: 9,600/L, diyaliz öncesi kreatinin: 8,9 mg/dL, C-reaktif protein: 95 mg/L, sedimentasyonu 86 mm/h, karaciğer fonksiyon testleri normal, LDH: 180 IU/L, ürik asit: 3,7 mg/dL görüldü. Viral serolojide anti-HCV pozitifliği hariç bulgu yoktu. Hemokültürlerde üreme olmadı, ekokardiyografide enfektif endokardit bulgusu görülmedi. Protein elektroforezi normaldi. Uzun süredir diyalize giren hastada beta-2 mikroglobulin: 32.810 ng/mL saptandı. Amiloid artropatisi ön tanısıyla sol el bileği sinovyumundan biyopsi alındı. Omuz artrit ve çevre dokuda apse tespiti üzerine alınan ponksiyonda MRSA üremesi olması nedeniyle linezolid tedavisi başlandı.

**Sonuç:** Beta-2 mikroglobulin birikimine bağlı amiloidoz, hemodiyaliz alan KBY'li hastalarda sık görülen ve diyaliz süresi ile ilişkili bir komplikasyondur. Tanı için gereken biyopsi materyalinin polarize ışıkta incelenmesi ve immünohistokimyasal yöntemle amiloid birikiminin beta-2 mikroglobulin yapısında olduğunun gösterilmesidir. Transplantasyon hızlı semptomatik rahatlama sağlayabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Amiloid artropatisi, beta-2 mikroglobulin amiloidozu, hemodiyaliz

## Klinik bulguları Behçet sendromu'nu taklit eden bir primer immünyetmezlik sendromu olgusu

Nur Beyza Tükek<sup>1</sup>, Berna Yurttaş<sup>2</sup>, Gülen Hatemi<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Tekirdağ İ. Fehmi Cumalıoğlu Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Tekirdağ

<sup>3</sup>Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Behçet sendromunun (BS) multisistemik ve geniş semptom aralığına sahip bir hastalık olmasının yanında bazı otoenflamatuvar sendrom ve primer immün yetmezliklerin BS benzeri fenotipte görülebileceği bilinmektedir. Biz de bu tanıların iç içe geçtiği, fırsatçı enfeksiyon sebebiyle MAS tablosunda gelen bir olgumuzu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** Dört yıldır başka bir merkezden BS tanısı ile izlenen 18 yaşındaki kadın hasta ateş, ishal, karın ağrısı ile başvurdu. Öyküsünde oral aft, genital ülser ve tekrarlayan diz artriti atakları öğrenildi ve azatioprin, yüksek doz steroid ve adalimumab kullanılmaktaydı ve kliniği bu tedavilere yanıtıydı. Tetkiklerinde hb: 10,2 g/dL, wbc: 4300 µL, plt: 148.000, kre: 0,6 mg/dL, CRP: 28, AST: 127 IU/L, ALT: 73 IU/L, LDH: 570 IU/L, INR: 1,2 görüldü. Takibinde ateşi ve hipotansiyonu olan hastanın kültürleri alındı, hidrasyonu sağlandı. Geniş spektrumlu antibiyoterapi başlandı, kültürlerinde üreme olmadı. Çevresel yayma toksik granülasyon lehine değerlendirildi, şistosit izlenmedi, reaktif lenfositler görüldü. Toraks batın tomografisinde enfeksiyon odağı izlenmedi. Ekokardiyografide vejetasyon yoktu. Göz dibinde özellik görülmedi. Total/direkt bilirubin: 0,6/0,3 mg/dL, Haptogloblin: 58 mg/dL, düzeltilmiş retikülosit: 1,73 olup hemoliz düşünülmedi. Hepatit serolojisi negatifti. Diyaresinin ara ara olduğu öğrenilen hastanın kolonoskopisinde kript, kript abseleri görüldü, non-spesifik kolit olarak değerlendirildi. Gönderilen EBV DNA 2.000.000/kopya olarak görüldü, immünosüpresif tedavisi kesildi. Hasta mental retarde ve anne-baba dayı-hala çocuğuydu. Genital skarı yok, oral aft olarak tariflediği lezyonlar erozyon şeklindeydi. Ayrıca ilk klinik başladığında bakılan tüm romatolojik seroloji ve HLA B51 negatifti. Tedavisi kesilen hasta takibe alındı.

**Sonuç:** Hastada BS benzeri kliniğin olması, anne-babanın akraba olması, intestinal bulguların ön planda olması ön planda HA20 yetmezliği düşündürdü. BS ülkemizde oral-genital ülserlerde ilk olarak akla gelse de, özellikle akraba evliliği öykülü olgularda nadir de olsa tablonun HA20 yetmezliğini de içine alan primer immün yetmezlik sendromlarıyla ilişkili olabileceği akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet sendromu, HA20 yetmezliği, immünyetmezlik sendromları

## COVID-19 enfeksiyonu sonrası gelişen Behçet hastalığı vasküler tutulum aktivasyonu ve Sweet sendromu olgusu

Alper Yıldırım

Uşak Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Uşak

**Amaç:** COVID-19, ağır akut solunum sendromu koronavirüs 2'nin (SARS-CoV-2) neden olduğu multisistemik bir hastalıktır. Behçet hastalığı (BH) deri, mukoza, gözler, eklemler, sinir sistemi, kardiyovasküler sistem ve gastrointestinal sistemi etkileyen multisistemik bir vaskülitir. BH'li hastaların önemli bir kısmı immünsüpresyona duyarlıdır ve sağlıklı bireylere göre enfeksiyonlara daha yatkındır.

**Olgu:** Yirmi iki yaşında erke hasta; 2019 yılında BH tanısı alan hastaya azatiopurin, kolşisin ve steroid tedavileri başlanmış. Bu tedaviler altında ateş, öksürük, deri döküntüleri olması üzerine bakılan COVID-19 pozitif gelmiş. CRP: 104,2 mg/L ESR: 46 mm/saat D-Dimer: 997 ng/mL fibrinojen: 498 mg/dL olarak gelmiş ve gönderilen kan/idrar kültürlerinde üreme olmamış. COVID-19 enfeksiyonu nedeni ile favipiravir, steroid, düşük molekül ağırlıklı heparin ve moksifloksasin tedavileri almış. Sol boyunda ve kollarda eritematöz deri döküntüleri olması üzerine dermatoloji tarafından Sweet sendromu düşünülerek steroid tedavisi önerilmiş (Resim 1). Akut faz reaktanları yüksek çıkması üzerine romatolojik açıdan değerlendirildi. Baş ağrısı olması üzerine istenen Serebral MR Venografide "Superior sagittal sinüs her iki transvers sigmoid ve internal jugüler vende akım sinyali izlenmedi (sinüs ven trombozu)" saptandı. Göğüs ağrısı üzerine bakılan BT anjiyografide "Her iki tarafta brakiosefalik ven ve superior vena kava lümeni oklüde görünümünde" ve Karatis RDUSG'de "sağda internal juguler vende izlenebilen brakiosefalik vene dek uzanım gösteren uzun segment trombus" olarak geldi. Hastada COVID-19 enfeksiyon ilişkili BH aktivasyonu (Sweet sendromu, vasküler ve santral sinir sistemi tutulumu) düşünülürdü. Hastaya siklofosamid ve infliksimab tedavileri planlandı. Hasta immünosüpresif tedavileri kabul etmedi. Steroid tedavisi ve azatiopurin tedavisine devam edildi.

**Sonuç:** Doğrudan viral etkilerin yanı sıra vazokonstriktör anjiyotensin II'deki artış, vazodilatör anjiyotensindeki azalma ve sepsis kaynaklı sitokin salınımı COVID-19'da bir koagülopatiyi tetikleyebilir. Romatolojik belirtiler arasında enflamatuvar artrit, lupus benzeri sendromlar ve vaskülopati bulunur. COVID-19 enfeksiyonu sonrası bir vaskülit olan BH'de tromboz ve Sweet sendromu gelişiminin akılda tutulması ve ayırıcı tanıda düşünülmesi için sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, Behçet hastalığı, sweet sendromu



Resim 1.

## PS-200

### Sistemik ve poliartiküler juvenil idiyopatik artritli hastalarda tocilizumab tedavisinin (intravenöz ve subkütan) etkinliği ve güvenilirliği: Prospektif çalışmanın kısa dönem sonuçları

Şengül Çağlayan, Kadir Ulu, Taner Coşkun, Ferhat Demir, Betül Sözeri

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Juvenil idiyopatik artrit (JİA), çocukluk çağıının en sık görülen kronik romatizmal hastalıklarından birisidir. Tocilizumab (TCZ), orta ila şiddetli aktif JİA'yı tedavi etmek için kullanılan bir interlökin 6 (IL-6) reseptör antagonistidir. Hem intravenöz (IV) hem de subkütan (SC) yolla kullanımı çocuklarda onaylanmıştır. Bu çalışmada, JİA tanılı hastalarda, SC TCZ'nin IV TCZ'ye göre etkinliğini ve güvenilirliğini değerlendirmek amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Haziran 2016-Ocak 2021 tarihleri arasında Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Romatoloji Kliniği'nde JİA tanısı alan ve en az bir doz TCZ kullanan tüm hastalar prospektif olarak izlendi. Hastalık aktivitesi, tedavinin başlangıcında 12,24 ve 48. haftada, JADAS-27 ESR ile değerlendirildi. Şiddetli advers olaylar, yaşamı tehdit eden ve/veya hastane yatışı gerektiren, kalıcı sakatlığa veya tedavinin kesilmesine yol açan olaylar olarak tanımlandı.

**Bulgular:** Çalışmaya 32'si sistemik JİA (%68,1) ve 15'i poli JİA (%31,9) olmak üzere toplam 47 hasta (34 kadın, 13 erkek) dahil edildi. Hastaların tanı anındaki ortalama yaşı 7,8±4 yıl ve TCZ başladığındaki medyan yaş 10,4 yıldır (IQR 6,2 - 14 yıl). Tüm hastalara başlangıçta hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar (metotreksat veya sülfasalazin) verildi. Çoğu hasta TCZ'den önce prednizon (%89,4, N=42) ve/veya biyolojik bir ajan (%51, N=24) kullanmıştı. TCZ tedavisi sonrası tüm hastaların %46,8'i inaktif hastalığa ulaştı ve steroid kullanan 42 hastanın 11'inde (%26,1) steroid kesildi. IVTCZ ile tedavi edilen 40 hastanın medyan JADAS-27 skoru, başlangıçta 21'den (IQR, 17-24.6) 48. haftada 4'e (IQR, 0-8) geriledi. Yirmi üç hastada SC TCZ kullanıldı, bunların

16'sı IV tedaviden sonra ve 7'si doğrudan TCZ kullanan hastalardı. Bu hastaların medyan JADAS-27 skoru başlangıçta 7'den (IQR, 0.5-15.2) 48. haftada 0'a (IQR, 0-5) geriledi. Hastaların 13'ünde (%27,6) şiddetli advers olay gözlemlendi. Malignite veya ölüm olgusu bildirilmedi.

**Sonuç:** Bu kohortta, TCZ'nin hem SC hem de IV formu, switchler de dahil olmak üzere hem pJIA hem de sJIA'lı çocukların uzun süreli tedavisinde etkili bulunmuştur ve iyi tolere edilir.

**Anahtar Kelimeler:** Poli JIA, sistemik JIA, tocilizumab, etkinlik, güvenilirlik

## PS-201

### Orjinal ve biyobenzer adalimumab moleküllerinin çocukluk çağı romatizmal hastalıklarında etkinlik ve güvenliğinin karşılaştırılması

Kadir Ulu, Ferhat Demir, Taner Coşkun, Şengül Çağlayan, Betül Sözeri

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği, İstanbul

**Amaç:** TNF- $\alpha$  inhibitörü adalimumab, farklı romatizmal hastalıklarda kullanılan hastalık modifiye edici biyolojik antiromatizmal bir ilaçtır (bDMARD). Biyobenzer adalimumab (ABP-501) ise yakın zamanda FDA ve EMA tarafından onaylanan adalimumab biyobenzeri üründür. Orjinal ve biyobenzer adalimumab moleküllerinin çocukluk çağı romatizmal hastalıklarında etkinlik ve güvenliğini karşılaştırmayı amaçladık.

**Yöntem:** Bu retrospektif, tek merkezli çalışma, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği'nde yapılmıştır. Bu çalışmaya 1 Ocak 2016-1 Haziran 2020 tarihleri arasında kronik romatizmal hastalık nedeniyle takip edilen ve en az üç ay süreyle orjinal veya biyobenzer adalimumab tedavisi alan hastalar dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik verileri tedavinin başlangıcında, 3., 6., 12., 24. ve 36. aylarında toplandı. Hastalık aktivite değerlendirmesi JİA tanılı hastalarda JADAS-27 ve ACR yanıtları, üveit tanılı hastalarda SUN kriterleri ve Behçet tanılı hastalarda Behçet Hastalık Aktivite İndeksi ile yapıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya adalimumab ile tedavi edilen toplam 98 hasta (72 orjinal ve 26 biyobenzer molekül) dahil edildi. Çalışmada kız/erkek oranı 50/48'di. Hastalar adalimumab tedavisi uygulanma sebebi artrit ve üveit olanlar olarak gruplandırıldı. Tüm hastalar adalimumab ile tedavi döneminin en az bir aralığında eş zamanlı DMARD aldı.

**Sonuç:** Orjinal ve biyobenzer adalimumab grupları arasında daha önce kullanılan DMARD tipleri açısından bir fark yoktu. Tedavi öncesi tüm hastaların aktif hastalığı vardı. Hem artrit hem de üveit grupları arasında 3., 6., 12., 24., 36., aylarda orjinal ve biyobenzer adalimumab alan hastalar arasında ilaç etkinliği bakımından yanıtlar benzerdi. Her grupta bir hastada ciddi yan etki görüldü (orjinal adalimumab grubunda lenfoma, ABP-501 grubunda tüberküloz menenjit). Orjinal adalimumab grubunda sekiz hastada ve ABP-501 grubunda iki hastada ciddi olmayan yan etki gözlemlendi, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Biyobenzer adalimumab ABP-501 ile orjinal adalimumab arasında

etkinlik ve güvenlik açısından anlamlı bir fark gözlenmemiştir.  
**Anahtar Kelimeler:** Adalimumab, biyobenzer, ABP-501, çocuk

## PS-202

### Romatoid artrit hastalarında hekim onaysız tekli tofacitinib tedavisine geçiş sıklığı ve ilaca uyum oranları

Nevsun İnanç<sup>1</sup>, Kerem Abacar<sup>1</sup>, Mehmet Öztürk<sup>2</sup>,  
Abdurrahman Tufan<sup>2</sup>, Hazan Karadeniz<sup>2</sup>, İsmail Sarı<sup>3</sup>, Gerçek Can<sup>3</sup>,  
Yeşim Erez<sup>3</sup>, Yavuz Pehlivan<sup>4</sup>, Hüseyin Dalkılıç<sup>4</sup>, Tuğba Özbudak<sup>4</sup>,  
Ayşe Çefle<sup>5</sup>, Ayten Yazıcı<sup>5</sup>, Abdurrahman Şenel<sup>6</sup>, Servet Akar<sup>7</sup>,  
Elif Ediboğlu<sup>7</sup>, Süleyman Koca<sup>8</sup>, Rabia Sağır<sup>8</sup>, Sema Yılmaz<sup>9</sup>,  
Semral Gülcemal<sup>9</sup>, Özgül Soysal<sup>10</sup>, Canberk Sami Başıbüyük<sup>11</sup>,  
Serdar Alkan<sup>11</sup>, Teoman Yusuf Cesur<sup>11</sup>, Fatoş Önen<sup>3</sup>

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

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

<sup>3</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı,  
Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

<sup>4</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji  
Bilim Dalı, Bursa

<sup>5</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli

<sup>6</sup>Kayseri Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kayseri

<sup>7</sup>İzmir Katip Celebi Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji  
Bilim Dalı, İzmir

<sup>8</sup>Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji  
Bilim Dalı, Elazığ

<sup>9</sup>Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji  
Bilim Dalı, Konya

<sup>10</sup>Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği,  
Romatoloji Bölümü, Manisa

<sup>11</sup>Pfizer Türkiye, İnflamasyon ve İmmünoloji Grubu

**Amaç:** Bu çalışmada, tofasitinib alan romatoid artrit (RA) hastalarında doktor onayı olmadan monoterapi alım oranını

belirlemek ve tofasitinibin ilaç sağ-kalım oranını değerlendirmek amaçlandı.

**Yöntem:** Bu ulusal, çok merkezli, geriye dönük çalışmada, TURKBIO Kayıt veri tabanındaki hastaların verileri kullanılmıştır. Demografik özellikler, klinik özellikler, RA hastalık süresi, hastalık aktivitesi, komorbiditeler ve tedavi ile ilgili veriler analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Başlangıçta tofasitinib ve en az bir başka csDMARD kombinasyonu tedavisi başlanan 153 hasta dahil olmak üzere, mevcut tedavilerine devam eden hastalarla birlikte toplam 231 RA hastasının (%84,8 kadın, medyan yaş: 56 yıl) verileri çalışmaya alınmıştır; 31 kişiye başlangıçta kombinasyon tedavisi verildi, ancak hastalar kendi istekleriyle tofasitinib monoterapisine geçti (onaysız monoterapi); 21'ine başlangıçta tofasitinib monoterapi verildi ancak takipte kombinasyon tedavisine geçildi; 26 hastaya başlangıçta monoterapi verildi ve tedavilerine monoterapi olarak devam edildi. DAS28-CRP ile değerlendirilen remisyon oranı (sırasıyla %60,5 ve %70, p=0,328) açısından kombinasyon tedavisi ve monoterapi grupları arasında anlamlı fark saptanmadı. Kombinasyon grubu ile karşılaştırıldığında monoterapi grubunda komorbidite oranları yüksek bulundu (%83,3'e karşı %60,3, p=0,031). Komorbiditelerin varlığı monoterapiye geçişi (onaysız monoterapi) etkileyen önemli bir faktördü (p=0,039, risk oranı: 3,29, %95 güven aralığı: 1,06-10,18). Onaysız monoterapi ve kombinasyon gruplarının ilaç sağkalım oranları farklılık göstermedi. Tofasitinibin medyan ilaç sağkalım süresi, onaysız monoterapi grubunda sırasıyla %89,6 ve %60,2'lik 1 yıllık ve 4 yıllık ilaç sağkalım oranları ile 27+ ay olmuştur.

**Sonuç:** Çalışma popülasyonunun %13,4'ü onay almadan monoterapiye geçse de, onaysız monoterapi ve kombinasyon gruplarının remisyon ve ilaç sağkalım oranları farklı saptanmadı. Komorbidite, kombinasyon tedavisinden monoterapiye (onaysız monoterapi) geçişi etkileyen önemli bir faktör olarak saptandı. Bu çalışma Pfizer tarafından desteklenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Monotherapy, rheumatoid arthritis, tofacitinib, disease-modifying antirheumatic drugs, adherence, survival



**A**

Abdulkadir Ermiş	PS-097	Alida Aliyeva	PS-098, PS-130
Abdullah Canataroğlu	PS-022, PS-086	Alper Sarı	SS-11, PS-088, PS-089, PS-156, PS-161, PS-162
Abdulsamet Erden	SS-22, PS-036, PS-088, PS-089, PS-107, PS-131, PS-161, PS-162, PS-175, SP-012	Alper Yıldırım	PS-199
Abdurrahman Şenel	PS-202	Andaç Komaç	PS-070, PS-074
Abdurrahman Tufan	SS-11, SP-012, PS-014, PS-020, PS-031, PS-033, PS-055, PS-082, PS-087, PS-153, PS-159	Anıl Çolaklar	PS-170
Abdurrahman Tufan	PS-173, PS-175	Anna Abbasgholizadeh	SP-001, SP-002
Abdurrahman Tufan	PS-202	Arif Atahan Çağatay	PS-141, PS-142, PS-146
Adem Ertürk	PS-139	Arzu Cennet Işık	PS-046
Adrien Mirouse	SS-18	Arzu Taghiyeva	PS-024, PS-039, PS-100, PS-106
Ahmed Cihad Genç	PS-114, PS-195	Asaf Baygöl	PS-170
Ahmet Eftal Yücel	PS-020, PS-049, PS-051, PS-122, PS-178	Aslıhan Avanoğlu	SS-11
Ahmet Gül	SS-08, SS-09, SS-19, SS-20, SS-21, SS-24, SP-001, SP-002, SP-013, SP-014, PS-005, PS-023, PS-053, PS-057, PS-069, PS-073, PS-102, PS-135, PS-136, PS-141, PS-142, PS-146, PS-155	Aslıhan Avanoğlu Güler	PS-014, PS-173
Ahmet Kaya Bilge	PS-005, PS-073	Aşkın Ateş	SS-23, PS-092, PS-120, PS-123, PS-170, PS-175
Ahmet Kıvanç Cengiz	PS-002	Atalay Doğru	SP-012
Ahmet Merih Birlik	PS-079	Aydan Köken Avşar	PS-013
Ahmet Omma	SS-22, SP-012, PS-036, PS-131, SS-13	Ayhan Kamanlı	PS-127, PS-179
Akın Işık	SS-09, PS-005	Aykut Ferhat Çelik	PS-164
Aksel Siva	SP-017, PS-164	Aykut Özçadircı	PS-128
Alev Çetin Duran	PS-040	Aynur Kamburoğlu	PS-028
Alexandre Le Joncour	SS-18	Ayşe Bahar Keleşoğlu Dinçer	PS-120
Ali Ağaçfidan	PS-141, PS-142, PS-146	Ayşe Cefle	SS-13, SS-11, SS-12, SP-004, SP-006, PS-018, PS-070, PS-074, PS-076, PS-078, PS-085, PS-108, PS-137, PS-154, PS-180, PS-181, PS-202, SS-04
Ali Akdoğan	SS-05, SS-06, SS-11, SP-005, SP-011, SP-019, PS-024, PS-088, PS-089, PS-094, PS-096, PS-100, PS-110, PS-111, PS-126, PS-132, PS-156, PS-157, PS-161, PS-162	Aysenur Yılmaz	PS-146
Ali İbrahim Hatemi	PS-196	Aysun Aksoy	SS-18
Ali İhsan Ertemli	PS-123, SS-05, SS-06, SS-15, SP-005, SP-011, SP-019, PS-094, PS-096, PS-110, PS-111	Ayşe Engin	SP-001
Ali Karakaş	SS-10, PS-006, PS-008, PS-027, PS-079, PS-083	Ayşe Nur Tufan	SP-003
Ali Şahin	SS-11	Ayşe Özdede	SP-009, PS-099, PS-103, PS-163
		Ayşe Selcen Pala	SP-020
		Ayşegül Uçar	PS-037, PS-182
		Ayşenur Aslan	PS-178
		Ayşenur Paç Kısaarslan	PS-191
		Ayşenur Yalçıntaş Kanbur	PS-020, PS-049
		Ayten Yazıcı	SS-12, SS-13, SP-003, SP-004, SP-006, PS-018, PS-070, PS-074, PS-076, PS-078, PS-085, PS-108, PS-137, PS-154, PS-180, PS-181, PS-202
		Aytolun Gürçan	PS-188

## B

Bahar Artım Esen	SS-09, SS-19, SS-20, SS-21, SS-24, SP-001, SP-002, SP-013, SP-014, PS-005, PS-023, PS-053, PS-057, PS-069, PS-073, PS-102, PS-135, PS-136, PS-155
Bahar Özdemir	SS-22, PS-036, PS-107, PS-131
Baki Özdemir	PS-035, PS-167
Balahan Makay	PS-149, PS-152
Banu Acar	SP-023
Banu Balcı Peynircioğlu	SS-06, PS-111
Banu Çelikel Acar	PS-169, PS-194
Banu Çiçek Yalçın Dulundu	PS-135, PS-141, PS-155
Başak Yalıcı Armağan	SP-009, PS-099, PS-103
Bayram Farisoğulları	SS-01, SS-02, SS-05, SS-06, SS-15, SP-011, SP-019, PS-024, PS-039, PS-088, PS-089, PS-094, PS-096, PS-100, PS-110, PS-111, PS-121, PS-156, PS-157, PS-161, PS-162, PS-038
Bekir Torun	PS-051
Beliz Beşışık	PS-141
Belkis Nihan Coşkun	SP-003, PS-016, PS-028, PS-034, PS-062, PS-112, PS-123, PS-175, PS-189
Bengisu Aslan	PS-060
Berivan Bitik	PS-020, PS-049, PS-107, PS-178
Berkan Armağan	SS-02, SS-22, PS-036, PS-038, PS-088, PS-089, PS-107, PS-131, PS-156, PS-161, PS-162
Berna Göker	PS-014, PS-020, PS-031, PS-033, PS-055, PS-082, PS-087, PS-153, PS-159, PS-173
Berna İmge Aydoğan	PS-172
Berna Yurttaş	PS-166, PS-196, PS-197, PS-198
Besim Fazıl Ağargün	PS-005, PS-069, PS-136, PS-141
Beşire Tazebay	PS-090
Betül Sözeri	PS-200, PS-201
Bilger Çavuş	PS-136
Buğra Hatipoğlu	PS-178
Buğu Bulat	SS-23
Buket Filiz	PS-115
Burak İnce	SS-13, SP-002, PS-069, PS-102, PS-135, PS-136, PS-141, PS-142, PS-146
Burak İner	PS-085

Burak Karakaya	PS-042
Burak Okyar	PS-051
Burak Sayın	PS-178
Burcu Çelik Eroğlu	PS-048
Burcu Usta	SS-01, PS-121
Burcu Yağız	SP-003, PS-112, PS-123, PS-175
Burcu Yılmaz	PS-034
Burhan Engin	PS-103, SP-009, PS-099
Bülent Altun	PS-024, PS-100
Bünyamin Kısacık	SS-04, SS-16, PS-088, PS-161, PS-162
Bünyamin Polat	SS-22
Büşra Demir	PS-102
Büşra Kaya	PS-023

## C-Ç

Cafer Adıgüzel	SP-021
Can Ilgın	SS-13
Canan Albayrak Yaşar	PS-026, PS-058
Canberk	PS-175
Canberk Sami Başbüyük	PS-202
Cansu Akleylek	SP-003
Cantürk Taşçı	PS-043
Cem Özişler	SP-012
Cemal Bes	SS-11, SS-14, PS-032, PS-080, PS-084, PS-091, PS-123, PS-119, PS-018, PS-175
Ceren Önal	PS-024, PS-100
Ceren Tuncer Şaka	PS-176
Cesur Gümüş	SP-015, PS-116
Cihat Yörük	PS-054, PS-113, PS-129
Cuma Bülent Gül	PS-090
Cüneyt Karagöl	SP-023, PS-169, PS-194
Çağatay Coşkun	PS-173
Çağlar Uzun	PS-170
Çiğdem Çetin	SS-09, SS-20, SS-21, PS-005, PS-135, PS-141
Çisem Okur	PS-048, PS-192

## D

Damla Karataş	PS-114, PS-125, PS-183
Damla Yenersu Güzey	PS-069

David Saadoun	SS-18	Eda Otman Akat	PS-117, PS-124, SP-015, PS-030, PS-047, PS-077, PS-105
Demet Baş	PS-031	Edibe Ünal	PS-126, PS-128, PS-132
Demet Yalçın	SS-07	Ediz Dalkılıç	SP-012, PS-016, PS-028, PS-034, PS-062, PS-112, PS-189
Deniz Aral Özbek	PS-025	Ege Nur Atabey Gerlegiz	PS-128
Deniz Bayraktar	SS-03, SP-010, PS-186	Ege Sinan Torun	SS-20, SS-21, PS-005, PS-141
Deniz Doğan	PS-043	Ekin Başak Doğanç	PS-172
Deniz Sema Maktav Çelikmen	SS-07	Ekin Yüksel	PS-108
Denizcan Güven	SS-14	Elif Buse Çalışkan	PS-164, PS-165
Derya Akarken	PS-045	Elif Çelikel	SP-023, PS-169, PS-194
Derya Baykız	PS-005	Elif Durak	SS-13
Derya Kaşkari	SP-003	Elif Durak Ediboğlu	SS-04, SP-010, SP-015, PS-030, PS-047, PS-077, PS-101, PS-105, PS-109, PS-116, PS-117, PS-123, PS-124, PS-144, PS-177
Derya Özer Kaya	SP-010	Elif Ediboğlu	SS-14, SP-016, PS-107, PS-202
Derya Yıldırım	PS-020, PS-031, PS-033, PS-055, PS-082, PS-087, PS-153, PS-159, PS-173	Elif Günay Bulut	PS-058
Devrim Can Saraç	SP-010, PS-186	Emel Bülbül Başkan	SP-009, PS-099, PS-103
Didar Uçar	SP-017, PS-164	Emel Gönüllü	SP-012, PS-114, PS-123, PS-125, PS-183, PS-195
Didem Kozacı	SS-04	Emel Uyar	PS-043
Didem Şahin Eroğlu	SS-23, PS-170	Emil Aliyev	PS-134
Dilcan Kotan	PS-183	Emin Oğuz	SP-001, SP-002
Dilek Solmaz	SS-03, SS-04, SP-010, SP-012, SP-015, PS-030, PS-047, PS-077, PS-101, PS-105, PS-109, PS-116, PS-117, PS-123, PS-124, PS-144, PS-177, PS-186	Emine Arzu Sağlam	PS-024, PS-100
Duygu Ersözlü	PS-123	Emine Büşra Ata	PS-093
Duygu Gürel	PS-042, PS-071	Emine Duran	SS-05, SS-06, SS-15, SP-011, SP-019, PS-024, PS-088, PS-089, PS-094, PS-096, PS-100, PS-107, PS-110, PS-111, PS-157, PS-161, PS-162
Duygu Tecer	PS-043	Emine Duygu Ersözlü	SP-012
Duygu Temiz Karadağ	SS-11, SP-004, SP-006, PS-085, PS-154	Emine Figen Tarhan	SP-012, PS-045
<b>E</b>		Emine Göknur Işık	SP-002
Ebru Atalar	SS-22	Emine Gözde Aydemir Gülöksüz	SS-23, PS-092, PS-120, PS-170
Ebru Çengel Kültür	PS-134	Emine Uslu Yurteri	PS-092, PS-170
Ebru Torun	PS-065, PS-066, PS-067, PS-068	Emire Seyahi	SP-017, SP-020, PS-164
Ebru Yılmaz	PS-001, PS-004	Emre Alp Akatay	SP-010
Ece Çelik	PS-060	Emre Bilgin	SS-02, SS-05, SS-06, SS-14, SS-15, SP-005, SP-008, SP-011, SP-019, PS-024, PS-025, PS-088, PS-089, PS-094, PS-096, PS-100, PS-107, PS-110, PS-111, PS-156, PS-157, PS-160, PS-161, PS-162, PS-175, PS-176
Ecem Güleç	PS-133		
Ecem Selin Akbaş Aliyev	PS-134		
Eda Akat	PS-144, PS-177		
Eda Öksüm Solak	SP-009, PS-099, PS-103		
Eda Öncel	PS-054, PS-113		
Eda Otman	PS-101		

Emre Selim	PS-017	<b>F</b>	
Emre Tekgöz	PS-043, PS-175	Fadime Bildik	PS-016
Emre Tokgöz	PS-123	Fahrettin Bıçakcı	PS-043
Enes Başaran	PS-154	Farid Hajjiyev	PS-013
Enes Erul	PS-039	Farida Fortune	SP-007
Enes Yayla	PS-092	Fatih Albayrak	PS-051
Engin Çeşmeci	PS-192	Fatih Beşışık	PS-136
Erdal Atalay	SP-022, SP-023, PS-150	Fatih Kemik	SS-21, SP-002, PS-005, PS-141
Erdal Bodakçı	PS-056	Fatih Yıldırım	PS-018, PS-032, PS-080, PS-084, PS-091, PS-119
Erdal Sağ	PS-134	Fatih Yıldız	SP-012, PS-051
Erdem Bektaş	SS-21	Fatma Alibaz Öner	SS-13, SS-18, PS-098, PS-130
Erdem Gürel	SS-19, SS-24, SP-014, PS-005	Fatma Aydın	SP-023, PS-169, PS-194
Erdem Özcan	PS-011	Fatma Birgül Kumbaroğlu	PS-128
Erdi Tahta	PS-033, PS-173	Fatma Erden	PS-036
Eren Akcan	PS-159	Fatma Gümrük	PS-151
Erkan Ceylan	SS-07, SP-021	Fatma Tuncer	SS-12, SP-006, PS-018
Erkan Derebek	PS-081	Fatma Yalçinkaya	PS-160
Erkan Parlak	SS-01, PS-121	Fatoş Önen	SS-10, SS-13, SP-009, PS-006, PS-008, PS-012, PS-027, PS-042, PS-071, PS-079, PS-081, PS-083, PS-099, PS-103, PS-129, PS-152, PS-202
Erkan Sayan	PS-090	Feray Tabakan	PS-022, PS-086
Erkan Yılmaz	SS-10	Ferhat Cüce	PS-043
Erkin Oğuz Sarı	PS-126, PS-132	Ferhat Demir	PS-200, PS-201
Erkingül Birday	PS-097	Feride Göğüş	PS-063
Ertugrul Çağrı Bölek	SS-15, SP-019, SS-02, SS-05, SS-06, SS-14, SP-011, SP-016, PS-024, PS-058, PS-088, PS-089, PS-094, PS-096, PS-100, PS-106, PS-107, PS-110, PS-111, PS-156, PS-157, PS-161, PS-162	Feride Nur Göğüş	PS-035, PS-104, PS-167
Esen Kasapoğlu Günal	SP-012	Fevziye Türkoğlu Genç	PS-114, PS-195
Esra Dilşat Bayrak	PS-009	Figen Esen	PS-141, PS-142, PS-146
Esra Erpek	SP-015, PS-030, PS-047, PS-077, PS-101, PS-105, PS-117, PS-124, PS-144, PS-177	Figen Yargucu	SS-04, SS-11
Esra Kızmaz	PS-153	Filiz Türe Özdemir	SP-007
Esra Özsoy Adışen	PS-103, SP-009, PS-099	Firdevs Ulutaş	PS-026, PS-058
Esra Öztürk	PS-095	Fulya Coşan	SS-07, SP-021
Evren Gümüş	PS-045	Funda Erbasan	PS-060
Evren Üstüner	PS-092	Füsün Ardıç	PS-026
Eyüp Sabri Uçan	PS-027	<b>G</b>	
Ezgi Deniz Batu	SP-023, PS-150	Gamze Akkuzu	PS-119
Ezgi Karaçura	PS-152	Gamze Dilek	PS-127, PS-179
		Gamze Durhan	PS-093, PS-156, PS-157
		Gamze Türk	PS-118

Gerçek Can	SP-009, PS-008, PS-071, PS-079, PS-081, PS-099, PS-103, PS-202
Gezmiş Kimyon	SP-012, PS-029, PS-123, PS-175
Gizem Ayan	SS-05, SS-14, SS-15, SP-009, SP-011, SP-012, SP-019, PS-024, PS-048, PS-088, PS-089, PS-093, PS-094, PS-096, PS-099, PS-100, PS-103, PS-107, PS-110, PS-111, PS-138, PS-161, PS-162, PS-192
Gizem İrem Kınıklı	PS-075
Gizem Kaynar Özçelik	PS-080
Gizem Köybaşı	PS-032
Gizem Sevik	PS-098, PS-130
Gökhan Çağlayan	PS-006
Gökhan Kabadayı	SS-04, PS-109, PS-123
Gökhan Keser	SS-04, SS-13
Gökhan Sargın	SS-04
Gökhan Tazegül	SS-17
Gökhan Yavuzbilge	PS-037, PS-182
Gonca Fidan	PS-043
Gonca Mumcu	SP-007
Görkem Durak	PS-141, PS-142, PS-146
Gözde Duran	SS-03, SP-010
Gözde Kübra Yardımcı	SS-01, SS-02, SS-05, SS-06, SS-15, SP-005, SP-011, SP-019, PS-024, PS-039, PS-088, PS-089, PS-094, PS-096, PS-100, PS-106, PS-110, PS-111, PS-121, PS-157, PS-161, PS-162
Gözde Pempe	PS-022
Gözde Yıldırım Çetin	SP-012, PS-051
Gül Sandal Uzun	SS-05, SS-15, SP-011, SP-019, PS-110
Gülşah Alp	SP-015, PS-030, PS-047, PS-077, PS-101, PS-105, PS-117, PS-124, PS-144, PS-177
Gülşah Kınıklı	SS-04, SS-23, PS-075, PS-092, PS-120, PS-170
Gülçin Otar Yener	PS-168
Gülşen Yılmaz	PS-043
Gülen Hatemi	SS-04, SS-11, SP-009, SP-017, SP-020, PS-099, PS-103, PS-164, PS-165, PS-166, PS-196, PS-197, PS-198
Gülfer Okumuş	SP-013, PS-073
Güllü Sandal Uzun	SS-06, SP-005, PS-024, PS-094, PS-096, PS-100, PS-111, PS-148, PS-192

Gülşah Karakaya	PS-176
Gülşah Şen	PS-078
Günay Şahin Dalgıç	PS-049, PS-178, PS-020
Güneş Dorukhan Çavuşoğlu	PS-097
Günnur Deniz	SP-001
Güzide Nevsun İnanç	PS-130
<b>H</b>	
Hafsa Feyza Özer	PS-167
Hakan Alkan	PS-026
Hakan Apaydın	SS-22
Hakan Emmungil	PS-123, SS-13, PS-015, PS-011
Hakan Oral	PS-038
Hakan Poyrazoğlu	PS-191
Hale Akpınar	PS-013
Halil Yazıcı	SS-19, SS-24, SP-014
Halime Tuna Çak Esen	PS-134
Haluk Cinaklı	SP-015, PS-030, PS-047, PS-077, PS-101, PS-105, PS-117, PS-124, PS-144, PS-177
Hamit Küçük	PS-014, PS-020, PS-031, PS-033, PS-055, PS-082, PS-087, PS-153, PS-159, PS-173
Handan Yarkan Tuğsal	PS-109
Hande Ece Öz	SS-03, PS-072
Haner Direskeneli	SS-13, SS-18, PS-098
Hasan Emre Kocabay	PS-092
Hasan Satış	PS-014, PS-173, PS-175
Hasan Ulusoy	PS-037, PS-182
Hasan Yazıcı	SP-017, SP-020, PS-164, PS-165
Hatice Ecem Konak	SS-22
Hatice Reşorlu	PS-140
Hatice Tuna Hörmət Öz	PS-003
Hazan Karadeniz	PS-014, PS-173, PS-202
Hilmi Erdem Gözden	PS-095
Huri Özdoğan	SP-020
Hüseyin Dalkılıç	PS-202
<b>I-İ</b>	
Işlısu Ezgi Uluşık	SS-07
Işın Kılıçaslan	SS-19, SS-24, SP-014
İbrahim Ethem Ay	SS-17

İbrahim Hatemi	PS-164
İbrahim Tekeoğlu	PS-127, PS-179
İhsan Ertenli	SS-02, PS-024, PS-038, PS-088, PS-089, PS-100, PS-156, PS-157, PS-161, PS-162, PS-175
İhsan Şükrü Şengün	PS-012
İlker İlhanlı	PS-002
İlyas Ercan Okatan	PS-017
İmdat Eroğlu	SP-008
İmren Aydın Tatlı	SP-007
İrem Çakır	PS-190
İrem Pamuk	PS-159
İrfan Öcal	PS-077
İsmail Doğan	PS-162, PS-088, PS-089, PS-161
İsmail Sarı	PS-006, PS-008, PS-012, PS-013, PS-054, PS-071, PS-079, PS-129, PS-152, PS-202
İsmail Taşkıran	PS-025
İzzet Fresko	SP-017, SP-020, PS-164, PS-165

## J

Jabrail Jabrayilov	PS-024, PS-100
--------------------	----------------

## K

Kader Karlı Oğuz	PS-058, PS-160
Kadir Ulu	PS-200, PS-201
Kadriye Halli Akay	PS-001
Kaplan Kaplan	PS-085
Kemal Nas	PS-127, PS-179
Kenan Aksu	SS-13
Kerem Abacar	SP-007, PS-202
Kerem Yiğit Abacar	PS-098, PS-130
Konul Mammadova	PS-073
Koray Ayar	PS-090, PS-095, PS-158
Kutay Kaşlı	PS-126
Kübra Kalkan	SS-13, PS-011, PS-015
Kübra Kaya	SS-04

## L

Lale Öcal	SS-09, SP-002, PS-135
Lavdie Rada	PS-114

Levent Kılıç	SS-02, SS-05, SS-06, SS-14, SS-15, SP-005, SP-011, SP-012, SP-019, PS-024, PS-038, PS-039, PS-048, PS-058, PS-088, PS-089, PS-094, PS-096, PS-100, PS-106, PS-110, PS-111, PS-126, PS-138, PS-148, PS-156, PS-157, PS-161, PS-162, PS-176, PS-192
--------------	--

## M

M. Lale Öcal	PS-057
Macit Ariyürek	PS-157, PS-093, PS-156
Mahdume Lale Öçal	SS-24, SP-014
Mathieu Vautier	SS-18
Mediha İrem Onar	PS-032
Mehmet Akif Eksin	SS-22, PS-131
Mehmet Akif Ötegeçeli	PS-034
Mehmet Akif Öztürk	PS-014, PS-020, PS-031, PS-033, PS-055, PS-082, PS-087, PS-153, PS-159, PS-173
Mehmet Ali Balcı	SS-16
Mehmet Engin Tezcan	PS-046
Mehmet Güven Günver	PS-141, PS-142, PS-146
Mehmet Haberal	PS-178
Mehmet Levent Yüksel	SS-23, PS-170
Mehmet Öztürk	PS-202
Mehmet Pamir Atagündüz	PS-130
Mehtap Kalçık Unan	PS-127, PS-179
Melda Ulaş Güncan	PS-022, PS-086
Melek Büyük	PS-136
Melek Seren Aksun	PS-058
Melek Yalçın Mutlu	SS-14, PS-018, PS-032, PS-080, PS-084, PS-091, PS-107, PS-119
Melih Pamukçu	PS-061
Melike Ersoy	PS-045
Melike Mehveş Kaplan	SP-023, PS-169, PS-194
Melike Melikoğlu	SP-017, SP-020, PS-164, PS-165, PS-166, PS-197
Melis Dilbil	PS-060
Melodi Gizem Can	PS-023
Meltem Söylev Bajin	PS-027
Meral Çalgünleri	PS-088, PS-089, PS-161, PS-162
Meral Seferoğlu	PS-158
Meral Üner	PS-024, PS-100

Meral Yay	SP-007	Mustafa Ferhat Öksüz	PS-050
Merih Birlik	SS-10, SS-11, PS-008, PS-042, PS-083, PS-113	Mustafa Kader	SS-23
Mert Bektaş	PS-197	Mustafa Oktay Tarhan	PS-042
Mert Can Ataca	PS-081	Mustafa Özmen	SS-04, SP-010, PS-101, PS-105, PS-116, PS-117, PS-124
Merva Tuna	PS-118	Muzaffer Onur Turan	SP-015
Merve Çelik	PS-027, PS-071	Müçteba Enes Yayla	PS-075, PS-120, PS-170
Merve Eylül Acar	PS-186	Müge Aydın Tufan	SP-018, PS-051, PS-122
Merve Yeni	PS-158	Müge Sezer	SP-023, PS-169, PS-194
Meryem Can	PS-097, PS-174	Müşerref Kasap Cüceoğlu	SP-023, PS-150, PS-151
Metban Mestanzade	PS-136		
Mete Kara	SS-03, PS-145, PS-184	<b>N</b>	
Metin Özgen	SS-11	Naci Şenkal	PS-141
Mine Güllüoğlu	PS-136	Nazife Şule Yaşar Bilge	SS-13, SS-14, PS-185, PS-187, PS-193
Mine Sağlam	PS-149	Nazlı Elif Nacar	PS-126, PS-132
Muhammed Çınar	SP-012	Necati Çakır	PS-044
Muhammed Mert Sonkaya	SS-07, SP-021	Necmettin Yıldız	PS-026
Muhammet Çınar	SS-04, PS-043, PS-123	Neriman Sıla Koç	PS-024, PS-100
Muhammet Emin Kutu	PS-133	Neslihan Akdoğan	SP-009, PS-099, PS-103
Murat Bektaş	SS-08, SS-21, SP-002, SP-009, PS-023, PS-069, PS-099, PS-102, PS-103, PS-135, PS-136, PS-141, PS-142, PS-146	Neslihan Gökçen	SS-12, PS-074, PS-076, PS-085
Murat Borlu	SP-009, PS-099, PS-103	Neslihan Yılmaz	SP-003
Murat Çağan	PS-106	Nevsun İnanç	SS-11, SP-007, PS-202
Murat Erdugan	PS-057	Nevzat Koca	PS-057, PS-069, PS-102, PS-135, PS-136, PS-141, PS-142, PS-146
Murat İnanç	SS-09, SS-11, SS-13, SS-19, SS-20, SS-21, SS-24, SP-001, SP-002, SP-009, SP-013, SP-014, PS-005, PS-023, PS-053, PS-057, PS-069, PS-073, PS-099, PS-102, PS-103, PS-135, PS-136, PS-155	Nihal Lermi	PS-016, PS-034, PS-062, PS-189
Murat Kavas	PS-046	Nihal Şahin	PS-191
Murat Kiracı	SS-06, PS-111	Nihan Cüzdan Balta	PS-040
Murat Köse	PS-141, PS-142, PS-146	Nilgün Atakan	SP-009, PS-099, PS-103
Murat Torğutalp	PS-170	Nilgün Başkal	PS-172
Murat Yiğit	PS-026, PS-058	Nilüfer Alpay Kanitez	SS-13, PS-123
Mustafa Arıcı	PS-024, PS-100, PS-192	Nilüfer Ecem Gezerer	PS-096
Mustafa Dinler	PS-185, PS-187	Nilüfer Tekgöz	PS-169, PS-194
Mustafa Ekici	PS-156, PS-157	Numune Aliyeva	SS-20, SP-013, PS-023, PS-053, PS-073, PS-141, PS-155
Mustafa Ender Terzioğlu	PS-060	Nur Banu Karaca	PS-075, PS-126, PS-128, PS-132
Mustafa Erdoğan	SS-11, PS-018, PS-032, PS-084, PS-091	Nur Beyza Tükek	SP-017, PS-164, PS-165, PS-196, PS-197, PS-198
Mustafa Erelel	PS-141, PS-142, PS-146	Nur Yazdalı Köylü	PS-138
		Nuray Aktay Ayaz	SS-08
		Nurbanu Bursa	PS-178
		Nurbanu Hindioğlu	PS-174

Nurdan Oruçoğlu	PS-022, PS-086
Nurullah Bükler	PS-186
<b>O-Ö</b>	
Olida Çeçen	SS-07
Onur Alkan	PS-141
Onur Keskin	SS-01, PS-121
Onur Taydaş	PS-183
Orhan Eren	PS-004
Orhan Küçükşahin	SS-11, SS-22, SP-012, PS-036, PS-123, PS-131, PS-175
Osman Kara	SS-07, SP-021
Oya Köker	SS-08
Ozan Cemal İçaçan	SS-11, SS-14, PS-018, PS-032, PS-080, PS-107
Ömer Dizdar	SS-14
Ömer Karadağ	SS-01, SS-02, SS-04, SS-05, SS-06, SS-14, SS-15, SP-005, SP-011, SP-016, SP-019, PS-024, PS-048, PS-058, PS-088, PS-089, PS-094, PS-096, PS-100, PS-106, PS-110, PS-111, PS-121, PS-123, PS-156, PS-157, PS-161, PS-162
Ömer Uludağ	SS-09, SS-19, SS-20
Önay Gerçik	SS-04, PS-109
Övgü Bıçkıcı	PS-063
Özge Başaran	SP-023, PS-150
Özge Can Bostan	PS-107
Özgül Soysal	PS-202
Özgür Çakır	SP-004, SP-006, PS-085
Özgür Ozyuncu	PS-106
Özlem Karakaş	SS-22, PS-036, PS-131
Özlem Küçülmez	PS-064, PS-171
Özlem Özdemir Işık	PS-018, PS-070, PS-078, PS-137, PS-180, PS-181
Özlem Özdemir Kumbasar	PS-170
Özlem Pehlivan	PS-115
Özlem Unay Demirel	SS-07
Öznur Sadioğlu Çağdaş	SP-003, PS-076
Özün Bayındır	SS-13, SP-012, PS-109

**P**

Pakize Nilüfer Akpınar Tekgöz	SP-023
Pamir Atagündüz	PS-123
Patrice Cacoub	SS-18
Pelin Özer Karaca	PS-136
Pelin Tekin	PS-155
Pınar Akyüz Dağlı	SS-22
Pınar Durmaz	PS-002

**R**

Rabia Deniz	SP-001, PS-057, PS-141, PS-146
Rabia Sağır	PS-202
Rafi Haner Direskeneli	PS-130
Rana Günöz Cömert	PS-023
Rana İşgüder	PS-149, PS-152
Recep Bekiş	PS-006
Recep Yılmaz	PS-010, PS-120
Reşit Yıldırım	SS-14, PS-185, PS-187, PS-193
Reyhan Bilici Salman	PS-014, PS-173
Rezan Koçak Ulucaköy	PS-035, PS-104, PS-167
Rıdvan Mercan	PS-123
Rıza Can Kardaş	PS-173
Rızacan Kardaş	SS-14

**S-Ş**

Saba Kiremitçi	PS-010
Sabriye Güner	PS-163
Sadettin Kılıçkap	SS-14
Safiye Tuncer	PS-172
Salih Ünal	PS-173
Saliha Sunkak	PS-118
Saltuk Buğra Kaya	PS-107
Samet Alkan	SS-16
Samet Karahan	PS-003
Sami Başibüyük	PS-175
Sara Şebnem Kılıç Gültekin	PS-188, PS-190
Sarpçan Maden	PS-192
Sarvan Aghamuradov	PS-141, PS-142, PS-146
Savaş Yaylı	SP-009, PS-099, PS-103
Sebahattin Yurdakul	SP-017, SP-020, PS-164, PS-165
Seda Çolak	PS-043, PS-123



Seda Kutluğ Ağaçıran	PS-098, PS-130	Serkan Coşkun	SP-023, PS-169, PS-194
Sedanur Oğuzman	PS-193	Serkan Özmen	SP-023
Sedat Kiraz	SS-02, SS-05, SS-06, SS-15, SP-005, SP-009, SP-011, SP-019, PS-024, PS-038, PS-088, PS-089, PS-094, PS-096, PS-099, PS-100, PS-103, PS-110, PS-111, PS-123, PS-126, PS-128, PS-132, PS-138, PS-156, PS-157, PS-161, PS-162, PS-175	Serkan Senkal	PS-043
Sedat Yılmaz	SS-04, PS-043	Serkan Yazıcı	SP-009, PS-099, PS-103
Seher Şener	SP-023, PS-150	Sermin Özkal	PS-042
Selcan Demir	PS-134	Serpil Ergülü Eşmen	SP-012
Selcan Seven	PS-196	Servet Akar	SS-03, SS-04, SS-13, SS-14, SP-010, SP-012, SP-015, PS-030, PS-047, PS-077, PS-101, PS-105, PS-109, PS-116, PS-117, PS-123, PS-124, PS-144, PS-177, PS-186, PS-202
Selçuk Candan	PS-196	Servet Yolbaş	SS-11
Selçuk Yüksel	PS-168	Seval Pehlevan	SP-012
Selda Çelik	SP-003, PS-080, PS-133	Sevda Asadova	PS-191
Selime Ermurat	SP-003	Sevgi Beşışık	PS-136
Selma Sarı	SS-08, SS-20, PS-135, PS-141	Sevgi Kalayoğlu Beşışık	PS-141, PS-142, PS-146
Sema Kaymaz Tahra	SS-13	Sevil Yiğit	PS-044
Sema Nur Taşkın	PS-191	Sevilay Batıbay	PS-035, PS-104, PS-167
Sema Umut	PS-012	Sevim Meşe	PS-141, PS-142, PS-146
Sema Yılmaz	SP-012, PS-202	Seyyid Bilal Açıkgöz	PS-182
Semih Güllü	SS-10, PS-006, PS-008, PS-027, PS-042, PS-071, PS-079, PS-081, PS-083, PS-129	Seza Özen	SP-022, SP-023, PS-134, PS-150, PS-151
Seminur Haznedaroğlu	PS-033, PS-159, PS-014, PS-020, PS-031, PS-055, PS-082, PS-087, PS-153, PS-173	Sezen Koçarlan	PS-051
Semral Gülcemal	PS-202	Shirkhan Amikishiyev	SP-013, PS-073, PS-141, PS-142, PS-146
Sena Gökhan	PS-159	Sıtkı Safa Taflan	SP-017, PS-166
Senar Şan	SP-004, PS-085, PS-108, PS-137, PS-180, PS-181	Sibel Bakırcı	SP-012
Şengül Çağlayan	PS-200, PS-201	Sibel Varelci	SS-19, SS-24, SP-014
Sercan Gücenmez	SP-010, PS-101, PS-105, PS-109, PS-116, PS-117, PS-124, PS-186	Sibel Zaralı	PS-069
Serdal Uğurlu	SS-11, SP-009, SP-020, PS-099, PS-103, PS-163, PS-164, PS-165	Sibel Zehra Aydın	SP-012
Serdar Alkan	PS-175, PS-202	Sinakhanım Huseynzada	PS-013
Serdar Baysal	PS-170	Sinem Burcu Kocaer	SS-13, PS-072
Serdar Can Güven	SS-22, PS-036, PS-131	Sinem Girgin	PS-024
Serdar Kaymaz	PS-026	Sinem Girgin	PS-100
Serdar Sezer	PS-092, PS-120, PS-170	Sinem Nihal Esatoğlu	SP-017, SP-020, PS-164, PS-165, PS-166
Seren Aksun	SP-008	Sinem Sağ	PS-044
Serhad Ok	PS-178	Soner Şenel	SS-11
		Suzan Çınar	SS-19
		Sülen Sarıoğlu	PS-042
		Süleyman Koca	PS-202
		Süleyman Men	PS-027

Süleyman Nahit Şendur	PS-148
Süleyman Serdar Koca	PS-123, SS-11
Sümeyra Özdemir Çiçek	PS-191
Sümeyye Merve Türk	PS-114, PS-125, PS-183
Şafak Mirioğlu	SS-19, SS-24
Şafak Parlak	PS-160
Şamil Hızlı	PS-169
Şebnem Karasu	SP-015, PS-116
Şeref Rahmi Yılmaz	PS-024, PS-100
Şerife Emre	PS-003
Şevket Erbil Ünsal	PS-149, PS-152
Şeyda Doğanant	PS-191
Şirhan Amikişiyev	PS-023, PS-053
Şükrü Çekiç	PS-188, PS-190
Ş. Şule Arpaş Bilgen	SP-005
Şule Arpaş Bilgen	SS-02, SS-05, SS-06, SS-15, SP-011, SP-019, PS-024, PS-038, PS-039, PS-088, PS-089, PS-094, PS-096, PS-100, PS-106, PS-110, PS-111, PS-128, PS-132, PS-156, PS-157, PS-161, PS-162
Şule Ketenci Ertaş	PS-118
Şule Yaşar Bilge	PS-123

## T

Taha Koray Şahin	PS-058
Tahir Saygın Ögüt	PS-060, PS-107
Tahsin Murat Turgay	SS-23, PS-010, PS-092, PS-120, PS-170
Taner Coşkuner	PS-200, PS-201
Tarkan Ergün	PS-065, PS-066, PS-067, PS-068
Taşkın Şentürk	SS-04
Taylan Kav	SS-01, PS-121
Teoman Yusuf Cesur	PS-175, PS-202
Timuçin Avşar	SS-07
Timuçin Kaşifoğlu	SS-13, SS-14, SP-012, PS-185, PS-187, PS-193, PS-123
Tolga Yıldırım	PS-024, PS-100
Tuba Demirci Yıldırım	PS-079, PS-083, PS-107, PS-152
Tuba Kurt	SP-023, PS-169, PS-194
Tuba Yüce İnel	PS-012, PS-013, PS-079
Tuğba Kula Atik	PS-040
Tuğba Ocak	PS-034, PS-189

Tuğba Özbudak	PS-202
Tuğçe Ekici	SP-015
Tuncay Duruöz	SP-012
Tutku Aydın	PS-115

## U-Ü

Ufuk İlgen	PS-011, PS-015
Uğur Karasu	PS-026, PS-058
Uğur Uygunoğlu	SP-017, PS-164
Umut Kalyoncu	SS-01, SS-02, SS-04, SS-05, SS-06, SS-15, SP-005, SP-008, SP-009, SP-011, SP-012, SP-019, PS-024, PS-025, PS-038, PS-058, PS-088, PS-089, PS-093, PS-094, PS-096, PS-099, PS-100, PS-103, PS-110, PS-111, PS-121, PS-123, PS-128, PS-156, PS-157, PS-160, PS-161, PS-162, PS-175, PS-176
Umut Ziya Koçak	PS-186
Übeyde Ayşe Gülseren	SS-20, PS-141
Ümit Savaşçı	PS-043
Ümmüşen Kaya Akca	SP-022, SP-023, PS-150

## V

Vedat Ataman Serim	PS-006
Vedat Hamuryudan	SS-11, SP-009, SP-017, SP-020, PS-099, PS-103, PS-164, PS-165
Vefa Süleymanova	PS-155
Veli Çobankara	PS-026
Veli Yazısız	PS-060, PS-123, PS-175
Volkan Şenkal	PS-136

## Y

Yağmur Cantürk	PS-146
Yakup Arslan	PS-043
Yasemin Gündüz	PS-195
Yasemin Özlük	SS-19, SS-24, SP-014
Yasemin Özsürekli	SP-023
Yasemin Şahinkaya	SS-09
Yasemin Yalçinkaya	SS-11, SS-19, SS-20, SS-21, SS-24, SP-001, SP-002, SP-013, SP-014, PS-005, PS-023, PS-053, PS-057, PS-069, PS-073, PS-102, PS-135, PS-136, PS-155
Yasin Can Topçu	PS-189

Yavuz Burak Tor	PS-141	Zahide Tekin	SP-023
Yavuz Furuncuoğlu	SS-07	Zarifa Rustamova	PS-138
Yavuz Pehlivan	PS-016, PS-028, PS-034, PS-062, PS-112, PS-123, PS-189, PS-202	Zehra Buğra	PS-136
Yavuz Yüksel	PS-065, PS-066, PS-067, PS-068	Zehra Karacaer	PS-043
Yelda Bilginer	SP-023, PS-134, PS-150	Zehra Kızıldağ	PS-149
Yeşim Erez	SS-10, PS-006, PS-008, PS-054, PS-079, PS-081, PS-083, PS-113, PS-152, PS-202	Zehra Özsoy	SS-05, SS-06, SS-15, SP-008, SP-011, SP-019, PS-024, PS-088, PS-089, PS-094, PS-096, PS-100, PS-110, PS-111, PS-161, PS-162
Yeşim Özgüler	SP-017, SP-020, PS-164, PS-165, PS-166	Zekayi Kutlubay	SP-017, PS-164
Yılmaz Özyazgan	SP-017, PS-164	Zeki Soypaçacı	PS-077
Yunus Durmaz	PS-002	Zeliha Ademoğlu	PS-011, PS-015
Yunus Erdem	PS-024, PS-100	Zeynep Balık	SP-023, PS-150
Yusuf Aydemir	PS-195	Zeynep Berire Kurtuluş	PS-148
Yusuf Baytar	PS-156, PS-157	Zeynep Dünder Ök	PS-026
Yusuf Karabulut	PS-143, PS-147	Zeynep Gözde Özkan	SP-002
Yüksel Maraş	PS-088, PS-161, PS-162	Zeynep İrem Bulut	PS-126, PS-132
<b>Z</b>		Zeynep Öztürk	PS-114, PS-125, PS-183, PS-195
Zafer Günendi	PS-035, PS-063, PS-104, PS-167	Zeynep Yılmaz Bozkurt	PS-016, PS-034, PS-062, PS-189
Zahide Ekici Tekin	PS-168, PS-169, PS-194	Zuhal Karalı	PS-188, PS-190
		Züleyha Bingöl	SP-013





Ulusal  
**ROMATOLOJİ** Dergisi  
Journal of Turkish Society for Rheumatology